COMMUNAUTÉ D'UNIVERSITÉS ET ÉTABLISSEMENTS
UNIVERSITÉ PARIS-EST

ÉCOLE DOCTORALE CULTURES ET SOCIÉTÉS (ED 529)

LIS – LETTRES, IDÉES, SAVOIRS (EA 4395)
UNIVERSITÉ PARIS EST – CRÉTEIL

LA SANTÉ SEXUELLE, GENÈSE ET USAGES D'UN CONCEPT

Étude d'épistémologie historique, XIXe – XXIe siècles

Thèse pour le doctorat en philosophie
et en épistémologie, histoire des sciences et des techniques

Présentée et soutenue publiquement par
David SIMARD

le 25 novembre 2019

Sous la direction de M. Roberto POMA

Rapporteur·e·s
Mme Sylvie CHAPERON
M. Philippe SABOT

Jury
M. Jean-Marc BALEYTE, Professeur Praticien Hospitalier, Université Paris Est - Créteil
Mme Sylvie CHAPERON, Professeure, Université Toulouse Jean Jaurès
Mme Cynthia KRAUS, Maître d'enseignement et de recherche, Université de Lausanne, Suisse
Mme Julie MAZALEIGUE-LABASTE, Chargée de recherche, CNRS
M. Roberto POMA, Maître de conférences HDR, Université Paris Est – Créteil ; *Directeur de thèse*
M. Philippe SABOT, Professeur, Université de Lille ; *Président du jury*
M. Patrick SINGY, Adjunct Professor, Union College, NY, USA

Résumé - Abstract

Français

Le concept de santé sexuelle a été institutionnalisé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans les années 1970, alors que s'accroissaient les controverses entre la psychanalyse et le cognitivo-comportementalisme. La nouvelle définition de travail qu'en a proposé l'OMS au début des années 2000 a entériné l'approche cognitivo-comportementale articulée à l'utilitarisme, en l'inscrivant résolument dans la suite de son concept de santé comme état de bien-être. Ce concept mêle ainsi une dimension épistémologique à une dimension morale et sociale.

Ce travail de recherche se propose d'éclairer les usages contemporains du concept de santé sexuelle en en retraçant la genèse, qui précède de loin son institutionnalisation par l'OMS. Nous remontons ainsi à ses premières occurrences dans la première moitié du XIXe siècle, alors que la santé désigne principalement l'absence de maladies.

Nous adoptons une méthode d'épistémologie historique, avec un travail sur les textes de l'époque dans le champ médical anglo-américain et dans celui du continent européen. S'il est courant de mettre en question les concepts du champ médical et de celui de la santé, en particulier ceux touchant la sexualité, à partir d'un regard social qui met en évidence leur dimension normative et de biopouvoir, le présent travail se propose d'étudier le concept de santé sexuelle en menant également une analyse interne aux champs dans lesquels le concept a été forgé et déployé. Sans contester la pertinence de l'abord socio-politique, le choix méthodologique qui fait aussi droit à sa rationalité interne permet de mieux souligner ce qu'il peut y avoir d'irréductiblement normatif dans le concept de santé sexuelle.

Ce dernier est donc analysé à l'aune du modèle scientifique dans lequel il émerge, à savoir la physiologie hygiéniste vitaliste. Cette genèse va dessiner son histoire jusqu'à aujourd'hui, alors que s'opposent une sexologie qui en fait son objet, et une médecine sexuelle mécaniciste qui s'y réfère aussi. L'histoire des épistémologies de la biologie éclaire non seulement la genèse et les usages du concept de santé sexuelle, mais aussi ses rapports au domaine de la pathologie sexuelle. Les oppositions de modèles épistémologiques se traduisent par des approches thérapeutiques différentes, sinon adverses, pour la conception et la prise en charge des problèmes sexuels. Ne se réduisant pas à l'absence de maladies sexuelles, la santé sexuelle selon l'OMS, holistique, entend recouvrir également le mental et le social, dans une démarche préventive et éducative en santé publique. Ce dernier point en souligne en outre la charge éthique, dans une optique eudémonique, que lui ont conféré dès le XIXe siècle ses usages hygiénistes.

Ce travail permet ainsi à la fois : 1) de resituer le concept de santé sexuelle dans une histoire plus longue que celle qui la fait habituellement débuter après la Seconde Guerre mondiale ; 2) d'enrichir l'historiographie de la sexologie, pour laquelle le concept de santé sexuelle est devenu majeur au XXIe siècle ; 3) d'interroger l'histoire de la sexualité telle que développée par Michel Foucault ; 4) d'éclairer les rapports du normal et du pathologique qui sont en jeu dans le concept de santé sexuelle et dans les controverses entre la psychodynamique et le cognitivo-comportementalisme ; 5) d'interroger l'idée selon laquelle les usages contemporains de ce concept participeraient de la médicalisation de la sexualité.

English

SEXUAL HEALTH, GENESIS AND USES OF A CONCEPT
Study of historical epistemology, 19th - 21st centuries

The concept of sexual health was institutionalized by the World Health Organization (WHO) in the 1970s, when controversies between psychoanalysis and cognitive-behaviourism were growing. The new working definition proposed by the WHO in the early 2000s endorsed the cognitive-behavioural approach articulated to utilitarianism, by firmly embedding it in the continuation of its concept of health as a state of well-being. This concept thus combines an epistemological dimension with a moral and social dimension.

This research work aims to shed light on the contemporary uses of the concept of sexual health by tracing its genesis, which far precedes its institutionalization by the WHO. We thus go back to its first occurrences in the first half of the 19th century, when health refers mainly to the absence of disease.

We adopt a method of historical epistemology, with work on the texts of the time in the Anglo-American medical field and in the field of medicine on the European continent. While it is common to question the concepts of the medical and health fields, particularly those related to sexuality, from a social perspective that highlights their normative and biopower dimensions, this work aims to study the concept of sexual health by conducting also an internal analysis of the fields in which the concept has been forged and deployed. Without contesting the relevance of the socio-political approach, the methodological choice that acknowledges its internal rationality as well makes it possible to better emphasize what can be irreducibly normative in the concept of sexual health.

The latter is therefore analysed according to the scientific model in which it emerges, namely vitalist hygienist physiology. This genesis will shape its history until today, while a sexology that makes it its object, and a mechanistic sexual medicine that also refers to it, are in opposition. The history of biological epistemologies sheds light not only on the genesis and uses of the concept of sexual health, but also on its relationship to the field of sexual pathology. The opposition of epistemological models results in different, if not adverse, therapeutic approaches to the conception and treatment of sexual problems. According to the WHO, sexual health is not reduced to the absence of sexual diseases, but is holistic and aims to cover the mental and social aspects as well, in a preventive and educational approach in the area of public health. This last point also underlines the ethical burden, from an eudemonic perspective, conferred on it by its hygienic uses since the 19th century.

This work thus allows at the same time: 1) to place the concept of sexual health in a longer history than that which usually begins after the Second World War; 2) to enrich the historiography of sexology, for which the concept of sexual health has become major in the 21st century; 3) to question the history of sexuality as developed by Michel Foucault; 4) to shed light on the relationships between the normal and the pathological that are at stake in the concept of sexual health and in the controversies between psychodynamics and cognitive-behaviourism; 5) to examine the idea that contemporary uses of this concept would contribute to the medicalization of sexuality.

Mots-clés : santé sexuelle, sexualité, hygiénisme, normal, pathologique, perversions

Keywords: sexual health, sexuality, hygiene, normal, pathological, perversions

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier M. Roberto Poma, mon directeur de thèse, qui a accepté de diriger mon travail et qui m'a ainsi permis de m'investir dans un projet qui me tenait à cœur depuis longtemps, sans que j'ose jusqu'alors franchir le pas.

Je voudrais aussi remercier l'Université Paris Est – Créteil, les enseignantes-chercheuses et enseignants-chercheurs ainsi que les personnels administratifs qui m'ont soutenu dans ma démarche à divers niveaux, et qui ont contribué à rendre possible que j'emprunte la voie d'un tel travail.

Du côté du monde de la sexologie et de la santé sexuelle en France, je voudrais également remercier les personnes qui m'ont incité, soutenu et encouragé à mener ce travail de philosophie dans un domaine dont elles ont fait profession.

Enfin, je remercie du fond du cœur Maria, qui m'a supporté, dans toute la polysémie du terme, pendant toutes ces années de travail, et qui a dû vivre au quotidien avec un « thésard ». Merci à elle pour ses encouragements, son soutien constant, sa confiance en moi lorsque je doutais, son amour.

Note sur l'écriture inclusive

Nous avons choisi de rédigé notre thèse en écriture dite « inclusive ». Ceci consiste à refuser deux règles grammaticales concernant le genre, instituées par l'Académie française au XVIIe siècle, quelques années après sa fondation, au motif que « le masculin est plus noble que le féminin »[1] : 1) que le masculin l'emporte sur le féminin dans les accords ; 2) que le masculin est aussi le neutre.

Ceci entraîne une modification dans les habitudes techniques d'écriture, mais aussi de lecture. Les règles en la matière ne sont pas officielles, l'écriture inclusive n'étant pas devenue, pour l'heure, l'écriture tout court. Nous avons donc choisi certaines techniques parmi plusieurs utilisées aujourd'hui. Pour cela, nous nous sommes appuyés sur le *Guide d'aide à la féminisation des noms de métiers, titres, grades et fonctions* publié en 1999 par l'Institut national de la langue française[2], le *Guide pratique pour une communication publique sans stéréotype de sexe* publié en 2015 par le Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes[3], et sur le *Manuel d'écriture inclusive* publié en 2016 par Mots-Clés[4]. Dans ce travail, nous en retenons les règles suivantes : l'accord des noms de métiers, titres, grades et fonctions avec le sexe des personnes qui les occupent ; l'usage de la règle de proximité pour les accords ; l'utilisation de l'ordre alphabétique lors de l'énumération de termes identiques ou équivalents au féminin et au masculin ; l'utilisation du féminin et du masculin lorsque le propos désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Concernant la première règle, l'usage du féminin pour le mot « médecin » se traduit par « la médecin », en considérant « médecin » comme épicène, pour éviter les confusions avec « médecine » comme science et pratique. La dernière règle peut dans un certain nombre de cas être appliquée par le recours au point médian ou milieu. Nous avons choisi de l'utiliser uniquement lorsque l'énonciation orale (ou mentale) du mot n'est pas modifiée, afin de garder sa fluidité à la lecture. Nous écrivons par exemple « professionnel · le · s », mais pas « éducateurs · trices », auquel nous préférons « éducateurs et éducatrices » (en appliquant en outre la règle de l'ordre alphabétique). De même, nous utilisons « celles et ceux » plutôt que « ceux · elles ».

---

[1] Voir VIENNOT Eliane, *Non, le masculin ne l'emporte pas sur le féminin ! Petite histoire des résistances de la langue française*, Donnemarie-Dontilly, iXe, 2014 (Xx-y-z).

[2] CERQUIGLINI Bernard (éd.), *Femme, j'écris ton nom… Guide d'aide à la féminisation des noms de métiers, titres, grades et fonctions*, Paris, Institut national de la langue française / CNRS, 1999.

[3] HAUT CONSEIL À L'ÉGALITÉ ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES, *Guide pratique pour une communication publique sans stéréotype de sexe*, Paris, HCEfh, 2015.

[4] HADDAD Raphaël et BARIC Carline, *Manuel d'écriture inclusive*, Paris, Mots-Clés, 2016.

Concernant spécifiquement le terme « auteur », nous suivons la recommandation du *Guide d'aide à la féminisation des noms de métiers*, en conservant la forme identique au masculin, et en ajoutant un « e » lorsqu'il s'agit d'une femme, plutôt que le terme « autrice »[5]. Celle-ci permet d'utiliser le point médian (« auteur · e · s ») plutôt que la formulation plus longue « auteurs et autrices ».

Nous utilisons également le substantif « personnel » comme épicène n'ayant qu'un genre (« le personnel »), sur le modèle du substantif « la personne », quel que soit le sexe des personnes désignées.

Enfin, concernant la règle de la proximité pour les accords, elle consiste à accorder un adjectif commun à deux noms dont l'un est féminin et l'autre masculin, avec le nom le plus proche, comme par exemple dans la phrase : « Il s'agit de différences et de rôles de genre *inscrits* dans les lois de la nature ». Nous l'utilisons que lorsque nous ne pouvons recourir au point médian selon l'usage expliqué plus haut.

Malgré notre vigilance, il est probable que certaines erreurs eu égard à ces règles aient tout de même été faites.

Avertissement sur les traductions

Sauf indication contraire, les traductions proposées lorsque nous citons des textes en langue étrangère (le plus souvent en anglais) sont les nôtres. Nous reportons systématiquement les textes originaux cités en note de bas de page.

Avertissement sur les auteur · e · s cité · e · s

Très connu · e · s ou peu connu · e · s, nous avons choisi de préciser la nationalité et le domaine disciplinaire des auteur · e · s que nous citons. Nous considérons en effet, comme cela sera montré dans les pages qui suivent, que ces éléments ne sont pas neutres quant aux manières de penser, et partant quant aux usages ou absences d'usage du terme de « santé sexuelle ». Nous avons également appliqué cette règle pour les références à la littérature secondaire.

[5] CERQUIGLINI (éd.), *Femme, j'écris ton nom… Guide d'aide à la féminisation des noms de métiers, titres, grades et fonctions*, *op. cit.*, 1999, p. 25.

Sommaire

LISTE DES ABRÉVIATIONS **17**

PRÉAMBULE **19**

INTRODUCTION **23**

La santé sexuelle, un problème ? 25
Prolifération des usages de « santé sexuelle » à la fin du XXe siècle 25
Un effet d'évidence définitionnelle 26

Nouvelles perspectives 31
Le prisme de l'OMS : l'occultation de 150 ans d'histoire 31
Étude d'épistémologie historique 35
De la psychopathologie à l'hygiène 40
Une « manière de voir » 43

I/ LES ORIGINES HYGIÉNISTES DU CONCEPT DE SANTÉ SEXUELLE AU XIXE SIÈCLE **51**

I.1 — Un cadre d'émergence néo-hippocratique et vitaliste **53**

I.1.1 — Un syntagme anglo-américain du réformisme médical 53
Les premières occurrences de « *sexual health* » 53
Une aire de pensée spécifique 55

I.1.2 — La pensée physiologique néo-hippocratique au tournant du XIXe siècle : influence du vitalisme 56
Critique animiste du mécanicisme : de Descartes à Stahl en passant par Leibniz 56
Du dualisme âme/corps à l'opposition vivant/mort 59

I.1.3 — L'influence de la physiologie vitaliste sur la réforme sanitaire aux États-Unis (1830-1850) 63
Broussais et Bichat inspirateurs de Sylvester Graham 63
Sexe, diète et tempérance chez Graham 68
Sexe et santé : la question de l'excitation et du désir sexuels 69
Le vitalisme de Graham entre le discours de la semence et le discours de la sexualité 73

I.1.4 — Santé sexuelle et médecines dites « alternatives » 76
Convergence du vitalisme néo-hippocratique et de l'hygiénisme domestique 76
Critique de la médecine dite « orthodoxe », éclectisme et médecine protestante aux États-Unis 80

I.2 — Hygiénisme et santé sexuelle dans la sphère anglo-américaine (1820-1890) 86

I.2.1 — Le physiologisme britannique et l'éducation populaire 88
Maladies de la peau et santé sexuelle : Sir Arthur Clarke 89
Les femmes et le sexe, ou la question de l'hystérie 91
Contre l'abstinence sexuelle : le néo-malthusianisme physiologique et utilitariste de Drysdale 97
Un concept physiologique du registre de l'éducation populaire selon le *self-help* 104

I.2.2 — Santé sexuelle, réforme sanitaire et hygiénisme américain 108
L'Église adventiste du septième jour : santé et éthique protestante 109
James Caleb Jackson : la santé des organes reproducteurs au cœur d'une théorie de l'hérédité 112
Bien se nourrir et ménager ses capacités reproductives : John Harvey Kellogg 118
Santé sexuelle, impuissance et stérilité au prisme du vitalisme 121

I.2.3 — Convergence de la réforme sanitaire et de la phrénologie 127
Bosse de l'« amativité », amour et progéniture selon Orson Squire Fowler 127
La santé sexuelle comme objet de la science sexuelle et « créative » 134

I.2.4 — Santé sexuelle et reproduction 139
La détermination du sexe des enfants 139
Santé sexuelle ou santé reproductive ? Néo-malthusianisme et planification familiale 144

I.2.5 — Au carrefour de la biologie, de la médecine et de l'éthique 148
Entre physiologie, utilitarisme et protestantisme 148
La prophylaxie, ou la santé comme objet premier de la médecine 151
La santé sexuelle dans l'histoire des sciences de la vie 153

I.3 — « Santé sexuelle » en France et dans l'espace germanophone au XIXe siècle 156

I.3.1 — Hygiénisme, police de santé et sexualité 156
Hygiène publique et médecine légale en France 156
La sexualité au prisme de la médecine légale 159
L'hygiène publique comme médecine d'État 163

I.3.2 — Quelle place pour la santé sexuelle dans l'hygiène publique de l'Europe continentale ? 164
Quelques rares occurrences à la fin du XIXe siècle 164
Néo-hippocratisme et biopolitique 166
Épistémologie, morale et politique 168

II/ SOCIALISATION DE LA SANTÉ SEXUELLE DANS LA PREMIÈRE MOITIÉ DU XXE SIÈCLE 171

II.1 — La santé sexuelle hors de la psychanalyse et de la sexologie 173

II.1.1 — Le tournant du XXe siècle : un moment majeur de l'histoire de la sexualité 173
Massification de l'éducation, féminisme, eugénisme et race 174
Émergence de la sexologie, entre science, politique et société 178
Psychanalyse et sexologie : un premier divorce 187
France et aire germanophone : deux tendances distinctes en psychologie sexuelle 190

II.1.2 — La santé sexuelle aux pays de la première sexologie et de la psychanalyse 193
L'hygiène publique aux prises avec la prostitution et les maladies vénériennes 193
Freud et l'éducation sexuelle : une lettre au Dr. Fürst 197

II.2 — Santé sexuelle et hygiène sociale (1890-1920) 200

II.2.1 — La santé sexuelle objet de l'hygiène et de l'éducation sexuelles aux États-Unis 200
L'hygiène sexuelle ou la préservation de la santé sexuelle naturelle 200
Le siècle de l'école et du sexe 203
Le champ de la santé sexuelle selon Bigelow 205
Santé sexuelle et morale sexuelle 212
L'éducation sexuelle positive : valorisation du normal, tabou des perversions 215

II.2.2 — Psychologie et santé sexuelles en Grande-Bretagne : Havelock Ellis 222
Hygiène sociale et santé sexuelle chez Ellis 222
Havelock Ellis dans le sillage allemand 226

II.2.3 — La santé sexuelle en France au début du XXe siècle 229
Louis Fiaux et la critique de la police des mœurs 229
Faiblesses scientifiques du réglementarisme pour la santé publique 232
Contestation féministe du réglementarisme 234
Éducation sexuelle et natalisme 236

II.3 — L'entre-deux guerres : vers un concept positif de santé 239

II.3.1 — Race, évolution, eugénisme et hygiène sexuelle 239
Méliorisme éducationnel ou fixisme racial 239
Santé sexuelle et eugénisme 243
La santé sexuelle vétérinaire 246

II.3.2 — Éducation sexuelle, eugénisme et féminisme au Royaume Uni : Catherine Gasquoine Hartley 249
Des revendications féministes contre la dégradation de la santé de la race 249
La santé sexuelle, finalité de l'éducation sexuelle d'un certain féminisme 253

Maladies vénériennes et responsabilité des femmes 257
Santé sexuelle, psychologie sexuelle et psychanalyse 260
Éducation et éthique de la responsabilité 262
Insistance de l'éthique 265
La formation des éducateurs et éducatrices 267

II.3.3 — La santé comme entièreté : incidences anthropologiques et épistémologiques 270
Une psychanalyse du sujet indivisible 270
Vers une définition positive de la santé par l'entremise du mental 271
Dimension sociale de la santé positive américaine : Bigelow et Fisher 277
L'influence sociale européenne : Sigerist et Stampar 283
Un éclairage étymologique : la santé entre *sänitäs* et *χailaz* 287
Américanisation de la psychanalyse : vers la normalité aconflictuelle 289
Le normal et le pathologique au prisme de la santé positive 293

II.3.4 — La santé sexuelle à l'aube de la fondation de l'OMS 298
Un concept ancré dans une discursivité scientifique 299
Une science calviniste ? 303
Éthique et science 308

III/ LA SANTÉ SEXUELLE ENTRE PLANIFICATION FAMILIALE, SEXOLOGIE ET PSYCHANALYSE 313

III.1 — Sexologie, planification familiale et santé sexuelle après la Seconde Guerre (1945-1970) 315

III.1.1 — Santé, bien-être et mathématiques 315
La santé comme état complet de bien-être 315
Le problème du bien-être 318
Bien-être et utilitarisme 320
Modélisation mathématique de la santé 321

III.1.2 — La santé sexuelle holistique contre la sexologie de Kinsey 323
Le holisme au nom de la morale : John H. Stokes 323
Kinsey, zoologue taxinomiste de l'orgasme humain 326
Kinsey contre Bigelow et la morale hygiéniste 331

III.1.3 — Santé sexuelle et planification familiale 334
Le malthusianisme contraceptif contre la santé publique selon l'OMS 335
Sanitarisation holistique de la planification familiale 337
Santé sexuelle et planning familial selon Mary Steichen Calderone 338
L'éducation sexuelle complète comme médecine préventive 344
Un sillon francophone 350

III.2 — La santé sexuelle selon l'OMS, au cœur des controverses de la *scientia sexualis* (1965- 1979) 356

III.2.1 — La santé sexuelle comme objet sexologique 358
Entre planification familiale et sexologie 359

Promotion d'une sexologie holistique 368
Définition holistique de la santé sexuelle 370

III.2.2 — Santé sexuelle et sexologie médicale : Abraham et Pasini 375
Hégémonie de la sexologie médicale ? 376
La sexologie médicale et la sexualité normale 380
Santé sexuelle et sexualité normale 384

III.2.3 — La sexothérapie conjugale au prix de la psychanalyse : Masters, Johnson, Kaplan 388
Le mariage et le couple objets de la médecine 388
L'approche conjugale de Masters et Johnson 390
Entre conjugalité et individualités 393
La sexologie comportementale contre la psychanalyse 397
Kaplan ou la synthèse échouée entre psychanalyse et béhaviorisme 400
Causes prochaines et causes éloignées des troubles du fonctionnement sexuel 411
Quelle historicité du vivant sexuel ? 419

IV/ UNE SCIENCE MÉDICALE DE LA SEXUALITÉ NORMALE ?425

IV.1 — Quelle scientificité du concept de santé sexuelle ? (1980-2019) 427

IV.1.1 — Entre les faits et les valeurs 427
Un concept de la science sexologique 427
La santé sexuelle à l'épreuve des valeurs socio-culturelles 431
Concept scientifique *et* axiologique : un paradigme post-positiviste 441
Une définition stipulative non opératoire ? 448
La valeur des droits sexuels 451
Santé publique et éthique de la responsabilité 456

IV.1.2 — La santé sexuelle à l'épreuve de la science médicale 461
Qualité et quantité 461
Entre sexologie clinique et santé publique : individu et population 469
Le normal et le pathologique en santé sexuelle clinico-épidémiologique 477
Quelle nosographie de la sexologie de santé sexuelle ? 486
Les problèmes de santé sexuelle dans la CIM-11 496
L'incongruence de genre et les troubles paraphiliques : troubles mentaux ou problèmes de santé sexuelle ? 501

IV.2 — Médicalisation de la sexualité et *scientia sexualis* 510

IV.2.1 — Une médicalisation de la sexualité ? 510
De la sexologie médicale à la médecine sexuelle 511
Sexualité, sanitarisation, médicalisation 524
La sanitarisation de la sexualité par l'OMS 527
La sanitarisation est-elle une médicalisation ? 531

IV.2.2 — L'histoire foucaldienne de la sexualité au regard de la santé sexuelle 541

Une catégorie de la *scientia sexualis* ? 541
Physiologie et sexualité normale chez Foucault 546
Une histoire de la sexualité hors des techniques de l'aveu ? 551
Vie et mort, normal et pathologique 560

CONCLUSION 563

BIBLIOGRAPHIE 571

Sources primaires 571

Sources secondaires 592

INDEX NOMINUM 605

Liste des abréviations

AASEC : American Association of Sex Educators and Counselors

AASECT : American Association of Sexuality Educators, Counselors and Therapists

AMA : American Medical Association

APA : American Psychiatric Association

APHA : American Public Health Association

ASHA : American Social Hygiene Association / American Sexual Health Association

BSP : Bureau sanitaire panaméricain

CIFERN : Centre d'information familiale et de régulation des naissances

CIM : Classification internationale des maladies

DE : Dysfonctions érectiles

DSM : Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

EBM : Evidence-Based Medicine

FAO : Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (Food and Agriculture Organization of the United Nations)

FHAR : Front homosexuel d'action révolutionnaire

GMPc : Guanosine monophosphate cyclique

ICD : International Classification of Diseases

INED : Institut national de la démographie

IPPF : International Planned Parenthood Federation

ISSIR : International Society for Sexual and Impotence Research

ISSM : International Society for Sexual Medicine

IST : Infections sexuellement transmissibles

JAMA : Journal of the American Medical Association

JSM : Journal of Sexual Medicine

LEI : Life Extension Institut

L.M.R.S. : Ligue mondiale pour la réforme sexuelle

MFPF : Mouvement français pour le planning familial

MST : Maladies sexuellement transmissibles

NIH : National Institutes of Health

OH : Organisation d'Hygiène

OIHP : Office international d'Hygiène publique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

PAHO : Pan-American Health Organization

PDE5 : Phosphodiestérase GMPc-spécifique de type 5

SAR : Sexuality Attitudes Reassessment

SDN : Société des Nations

SIDA : Syndrome immuno-déficient acquis

SIECUS : Sexuality Information and Education Council of the United States

SMSNA : Sexual Medicine Society of North America

UN : United Nations

UNESCO : Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization)

UNFPA : Fonds des Nations unies pour la population (United Nations Population Fund)

UNICEF : Fonds des Nations unies pour l'enfance (United Nations Children's Fund)

UNRRA : United Nations Relief and Rehabilitation Administration

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

WAS : World Association for Sexology / World Association for Sexual Health

WGSDSH : Working Group on Sexual Disorders and Sexual Health

WhK : Wissenschaftlich-humanitäres Komitee

WHO : World Health Organization

WPATH : Association mondiale des professionnels pour la santé transgenre (World Professional Association for Transgender Health)

Préambule

Suite aux riches et passionnants échanges avec les membres du jury lors de la soutenance de cette thèse et au rapport de soutenance, la présente version intègre quelques précisions et légères modifications par rapport au texte présenté pour la soutenance. Des précisions plus importantes sont à apporter concernant la constitution du corpus étudié.

Une partie du corpus a été constituée à partir d'une recherche lexicographique sur des outils en ligne, qui est détaillée dans l'introduction, en en soulignant certaines limites. Quelques éclaircissements s'avèrent nécessaires sur la place qu'occupe cette méthode, ainsi que cela l'a été souligné lors de la soutenance. Cette recherche numérique a permis de mettre en évidence un corpus méconnu qui emploie expressément le terme de « santé sexuelle » bien avant les travaux de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), et de donner une profondeur de champ historique à ses usages. Ce point de départ a conduit ensuite à la consultation d'ouvrages numérisés et imprimés qui ne sont pas ressortis avec cette méthode de recherche, permettant d'étoffer le corpus, et de mettre en rapport, sinon en contraste, les textes employant le terme « santé sexuelle » avec d'autres relevant du champ de l'histoire de la sexualité, en particulier du XIXe siècle et du début du XXe.

S'ajoute également la recherche d'imprimés rares publiés au cours du XXe siècle, en langue anglaise, disponibles uniquement sur le marché de l'occasion américain et britannique, ou dans certaines bibliothèques étrangères, et dont nous avons fait l'acquisition. Nous avons également acquis des textes imprimés en français dans leur édition originale, consultables par ailleurs dans quelques bibliothèques françaises, et qui constituent pour la plupart des textes majeurs de l'histoire de la médecine et/ou de la sexologie au XXe siècle. Une liste de ces différents textes figure plus bas.

Enfin, bien que nous l'ayons fait en note de bas de page dans le corps de ce travail, nous en profitons pour souligner ici que l'un des textes que nous avons eu le plus de difficultés à nous procurer, nous a été transmis à la fois par un sociologue américain et par une bibliothèque espagnole. Le texte en question est le rapport du bureau régional européen de l'OMS intitulé *Concepts of Sexual Health: Report of a Working Group, Copenhagen 5-7 May 1987*. Il s'agit d'un texte cité dans plusieurs articles, mais à peu près introuvable, y compris auprès de l'OMS et de certains des auteurs s'y référant dans des articles maintenant un peu anciens, celui-ci s'étant perdu dans leurs archives. La particularité de ce texte est de ne pas avoir été officiellement publié par l'OMS, bien qu'il ait fait l'objet d'un travail d'édition. Ceci explique les difficultés à se le procurer. Par chance, et après avoir sollicité de multiples personnes et institutions, nous avons pu l'obtenir par deux voies différentes.

La première est celle de sociologues des États-Unis. Nous avons d'abord contacté Laura M. Carpenter de la Vanderbilt University, et auteure de l'entrée sur la santé sexuelle dans la *Blackwell Encyclopedia of Sociology* (voir *infra*). Ne retrouvant pas le texte dans ses archives, elle nous a orienté vers ses collègues Steven G. Epstein, de la Northwestern University, et Laura Mamo, de la San Francisco State University, co-auteur · e · s d'un article sur le concept de santé sexuelle (voir *infra*), que nous avons contacté · e · s conjointement. Steven Epstein disposait de la version PDF du texte, et nous l'a envoyée très rapidement. Nous l'en remercions chaleureusement, ainsi que ses collègues qui ont accueilli favorablement nos sollicitations et qui ont manifesté leur intérêt pour notre recherche.

Nous avions également sollicité le service de documentation de l'Institut de la femme et pour l'égalité des chances du Ministère de la Présidence chargé des Relations parlementaires et de l'Égalité en Espagne, qui dispose d'un copie du texte de l'OMS dans son fonds. Le chef du service, Jose Luis San Lázaro Rodríguez, a très aimablement répondu à notre demande en numérisant le texte et en nous l'envoyant également au format PDF. Que le service de documentation et lui-même en soient vivement remerciés.

Liste des ouvrages rares et/ou en édition originale acquis

Abraham Georges et Pasini Willy, *Introduction à la sexologie médicale*, Paris, Payot, 1975.

Abraham Georges et Porto Robert, *Psychanalyse et thérapies sexologiques*, Paris, Payot, 1978 (Bibliothèque scientifique).

Davis Clive M. (éd.), *Challenges in Sexual Science: Current Theoretical Issues and Research Advances*, Society for the Scientific Study of Sex, 1983.

Fischer Charles, *L'amour et la morale. Essai d'interprétation physiologique de la pensée humaine*, Paris, Payot, 1925 (Bibliothèque scientifique).

GEISENDORF William et PASINI Willy (éds.), *Sexologie 1970-1973*, Genève, Médecine & Hygiène, 1974.
HESNARD Angelo, *Traité de sexologie normale et pathologique*, Paris, Payot, 1933 (Bibliothèque scientifique).
ILLICH Ivan, *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*, Paris, Seuil, 1975.
KAPLAN Helen Singer, *La nouvelle thérapie sexuelle. Traitement actif des difficultés sexuelles*, Paris, Buchet/Chastel, 1979.
KINSEY Alfred C., POMEROY Wardell B. et MARTIN Clyde E., *Le comportement sexuel de l'homme*, Éditions du Pavois, Paris, 1948.
KINSEY Alfred C., POMEROY Wardell B., MARTIN Clyde E. et GEBHARD Paul H., *Le comportement sexuel de la femme*, Amiot-Dumont, Paris, 1954.
KOLODNY Robert C., MASTERS William H. et JOHNSON Virginia E., *Textbook of Sexual Medicine*, Boston, Little, Brown and Co., 1979.
MASTERS William H. et JOHNSON Virginia E., *Les réactions sexuelles*, Paris, Robert Laffont, 1970.
MASTERS William H. et JOHNSON Virginia E., *Les mésententes sexuelles et leur traitement*, Paris, Robert Laffont, 1971.
MASTERS William H., JOHNSON Virginia E. et LEVIN Robert J., *L'union par le plaisir*, Paris, Robert Laffont, 1975.
NISSENBAUM Stephen, *Sex, Diet, and Debility in Jacksonian America: Sylvester Graham and Health Reform*, Westport / London, Greenwood Press, 1980 (Contributions in Medical History).
Partisans (32-33), 1966.
RISSE Guenter B., NUMBERS Ronald L. et LEAVITT Judith Walzer (éds.), *Medicine Without Doctors: Home Health Care in American History*, New York, Science History Publications/USA, 1977.
SIGERIST Henry E., *Introduction à la médecine*, Paris, Payot, 1932 (Bibliothèque scientifique).
SIGERIST Henry E., *Medicine and Human Welfare*, New Haven, Yale University Press, 1941.
SZASZ Thomas Stephen, *Le mythe de la maladie mentale*, Paris, Payot, 1986.
WORLD HEALTH ORGANIZATION REGIONAL OFFICE FOR EUROPE, *Concepts of Sexual Health: Report of a Working Group, Copenhagen 5-7 May 1987*, Copenhagen, WHO/Europe, 1987.

Introduction

Prolifération des usages de « santé sexuelle » à la fin du XXe siècle

Dans le dernier quart du XXe siècle, a émergé le concept de « santé sexuelle » sur le plan institutionnel au niveau international. Au début des années 1970, l'OMS a entamé des travaux sur la formation à la sexualité des personnels de santé. Le constat qui motivait ceux-ci est que ces personnels n'étaient pas correctement formés pour répondre aux sollicitations des patientes et patients à propos de leurs difficultés sexuelles. Des sexologues ont pris part aux discussions, qui se sont orientées vers une promotion de la sexologie et sa possible élévation au rang d'une spécialité médicale. Elle se présente en effet comme la plus à même d'orienter favorablement la formation des professionnel · le · s de santé et de prendre en charge les questions de sexualité. Dans les documents de l'OMS, la santé sexuelle devient le concept pivot à la fois de l'élaboration des formations à la sexualité et de l'institutionnalisation de la sexologie. Il faudra cependant attendre les années 1990 pour que son utilisation à travers le monde croisse de façon exponentielle, alors que sévit l'épidémie de SIDA d'une part et que, d'autre part, est lancée sur le marché en 1998 aux États-Unis et l'année suivante en Europe, une molécule pour traiter chimiquement les troubles de l'érection — molécule inhibitrice de l'enzyme phosphodiestérase de type 5 (PDE5), connue sous le nom commercial de Viagra, puis sous ceux de concurrents comme Cialis et Levitra.

Les littératures spécialisées, institutionnelles et grand public voient alors se multiplier les références à la « santé sexuelle », jusqu'à ce qu'elle fasse partie couramment des discours sur la sexualité, et en particulier des discours sexologiques et de santé publique. Ce phénomène s'observe à travers le monde, en particulier sur l'ensemble du continent américain et en Europe, et donc dans plusieurs langues. Les éléments statistiques fournis par une recherche par mots clés avec l'application linguistique Ngram Viewer, montrent en effet que la fréquence de la chaîne de mots « santé sexuelle » et de ses traductions dans les publications de quatre langues particulièrement utilisées sur le continent américain et en Europe (français, anglais, espagnol, allemand), et dont les trois premières font partie des langues officielles de l'ONU, a fortement cru depuis les années

1990[1]. Aux États-Unis, les sociologues Steven Epstein et Laura Mamo ont également effectué une recherche sur Ngram Viewer pour « *sexual health* », ainsi que dans d'autres bases de données comme PubMed (moteur de recherche bibliographique spécialisé en biologie et en médecine), la base des projets financés par les National Institutes of Health (NIH) des États-Unis, ainsi que les archives des principaux organes de presse américains, sur la période 1975-2014. Pour toutes les bases de données, on constate une forte progression du nombre d'occurrences à partir des années 1990, aussi bien, donc, dans des publications spécialisées que grand public[2].

Un effet d'évidence définitionnelle

Chez les professionnel · le · s de santé, mais aussi dans le milieu associatif dédié à la sexualité, les références à la santé sexuelle renvoient presque systématiquement à la définition qu'en propose l'OMS. C'est le cas par exemple de la World Association for Sexual Health (WAS), organisation de sexologues ; de l'American Sexual Health Association (ASHA) qui œuvre depuis le début du XXe siècle dans le domaine de la santé publique ; ou de la Chaire UNESCO Santé Sexuelle & Droits Humains établie en France, chaire universitaire aux missions éducatives et politiques[3]. Ces trois organisations comptent parmi les principales promotrices de la santé sexuelle à l'échelle internationale.

Dans son rapport *Defining Sexual Health* publié en 2006, l'OMS précise que sa définition est « de travail » (*working definition*), comme celle d'autres termes qu'elle propose : sexe, sexualité, et droits sexuels. Prudente, elle ajoute que ces définitions de travail « sont offertes à titre de contribution à l'avancement des connaissances dans le domaine de la santé sexuelle », mais qu'elles « ne représentent pas une position officielle de l'OMS »[4].

---

[1] Voir encadré *infra* p. 29-30.

[2] Epstein Steven et Mamo Laura, « The proliferation of sexual health: Diverse social problems and the legitimation of sexuality », *Social Science & Medicine* 188, 2017, p. 181.

[3] L'auteur de ce travail est correspondant de la chaire en question et est impliqué dans les activités d'enseignement universitaire de celle-ci.

[4] « *These working definitions are offered as a contribution to advancing understanding in the field of sexual health. They do not represent an official position of WHO* ». World Health Organization, *Defining Sexual Health: Report of a Technical Consultation on Sexual Health, 28–31 January 2002, Geneva*, Geneva, WHO, 2006, p. 5.

Pourtant, la définition de travail proposée par l'OMS est souvent entendue comme la définition de la santé sexuelle *validée* par l'OMS, et comme un point de départ sur lequel bâtir des formations, interventions, stratégies de promotion ou politiques de santé publique. À titre d'exemple, l'introduction au document de stratégie nationale de santé sexuelle pour la période 2017-2030, publié par le Ministère des affaires sociales et de la santé français, s'ouvre par la définition proposée par l'OMS, introduite en ces termes : « Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : "*La santé sexuelle est*"… »[5].

Depuis une quinzaine d'années, la définition de la santé sexuelle communément diffusée et reprise est celle adoptée en 2002 par l'OMS :

> La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social relatif à la sexualité ; ce n'est pas seulement l'absence de maladie, de dysfonction ou d'infirmité. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination et violence. Pour que la santé sexuelle soit atteinte et maintenue, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et réalisés.[6]

Comme on le voit, elle recouvre de multiples dimensions et n'est pas neutre, à plus d'un titre, en particulier épistémologique et axiologique. Elle est loin de pouvoir être simplement utilisée comme allant de soi. Bien sûr, une difficulté spécifique à l'OMS est de devoir produire des documents et des définitions qui puissent faire consensus auprès de ses membres internationaux. Elle tient ainsi à souligner que le travail de définition de la santé sexuelle en 2002 a reposé sur un processus consultatif avec des experts internationaux, et que ces définitions reflètent une compréhension évolutive des concepts et s'appuient sur des documents de consensus internationaux, tels le programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement des Nations Unies

---

[5] « Stratégie nationale de santé sexuelle. Agenda 2017 - 2030 », Paris, Ministère des affaires sociales et de la santé, 2017, p. 7.

[6] « *Sexual health is a state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence. For sexual health to be attained and maintained, the sexual rights of all persons must be respected, protected and fulfilled* ». World Health Organization, *Defining Sexual Health: Report of a Technical Consultation on Sexual Health*, *op. cit.*, 2006, p. 5.

qui s'est tenue au Caire en 1994[7], et les déclaration et programme d'action de la quatrième Conférence mondiale des Nations Unies sur les femmes qui s'est tenue à Pékin en 1995[8].

On comprend qu'une institution spécialisée rattachée à l'Organisation des Nations Unies, qui compte pas loin de deux cents États membres aux considérations touchant la sexualité qui ne concordent pas, doive prendre en compte les organisations politiques et cultures différentes sinon divergentes de ses membres dans la rédaction de ses documents. Par exemple, six pays où l'homosexualité est passible de la peine de mort en 2019 (Arabie Saoudite, Iran, Nigéria, Somalie, Soudan, Yémen[9]) font partie des États membres. Toujours à propos de l'homosexualité, elle est criminalisée au total dans soixante-dix États membres[10]. Dans de telles conditions, les textes de l'OMS doivent être suffisamment consensuels pour ne pas entraîner de virulentes contestations d'une partie de ses membres.

Mais ce cadre des relations internationales au sein d'une organisation fondée après la Seconde Guerre mondiale n'évacue pas la question du sens des notions employées par ses agences. La recherche de consensus institutionnel n'en aboutit pas moins à produire des définitions dont ni les termes ni leur cadre de pensée ne sont neutres. De plus, et conformément aux objectifs de l'OMS et de la WAS, la définition de la santé sexuelle est reprise et réemployée au-delà de son cadre institutionnel d'origine, par des gouvernements nationaux, des organisations non gouvernementales, et des professionnel · le · s de santé : médecins, psychologues, sexologues.

On ne peut donc se contenter de reprendre ce concept tel quel, et d'en faire un axiome des discours de santé publique ou de santé personnelle sur la sexualité. Il s'agit au contraire de le questionner. Or, la première remise en question à propos de ce concept ne porte pas sur sa définition, mais sur son histoire.

---

[7] Nations Unies, *Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, 5-13 septembre 1994*, New York, Nations Unies, 1995.

[8] Nations Unies, *Rapport de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes, Beijing, 4-14 septembre 1995*, New York, Nations Unies, 1996.

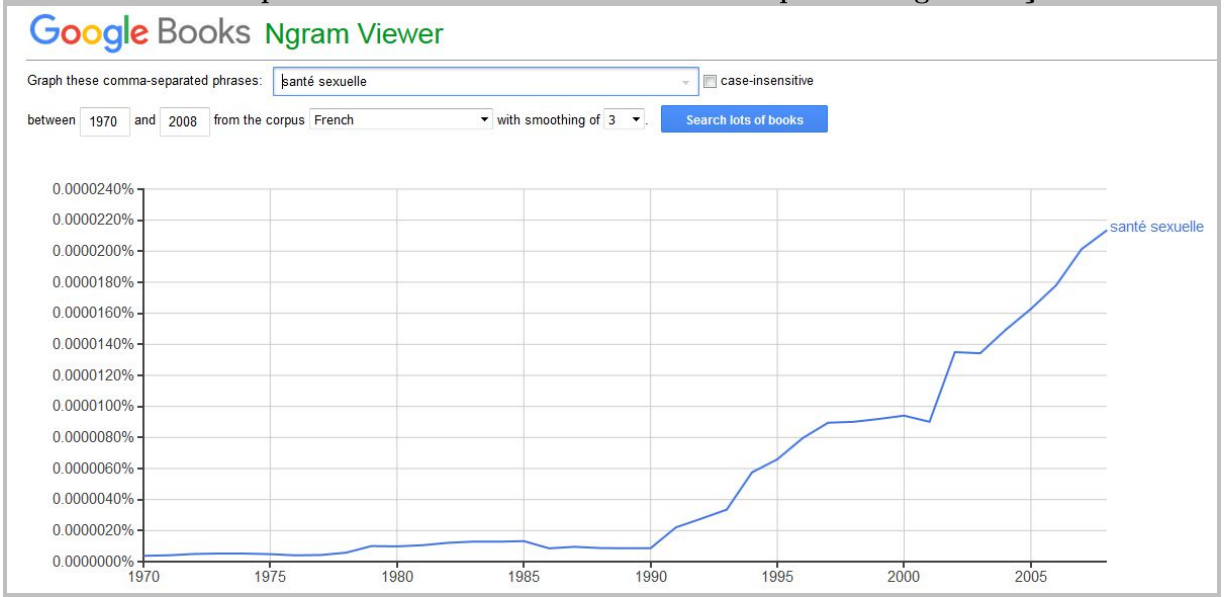
[9] Ramón Mendos Lucas (éd.), *State-Sponsored Homophobia 2019*, 13th ed., Geneva, ILGA, 2019, pp. 15-16.

[10] Ibid., p. 15.

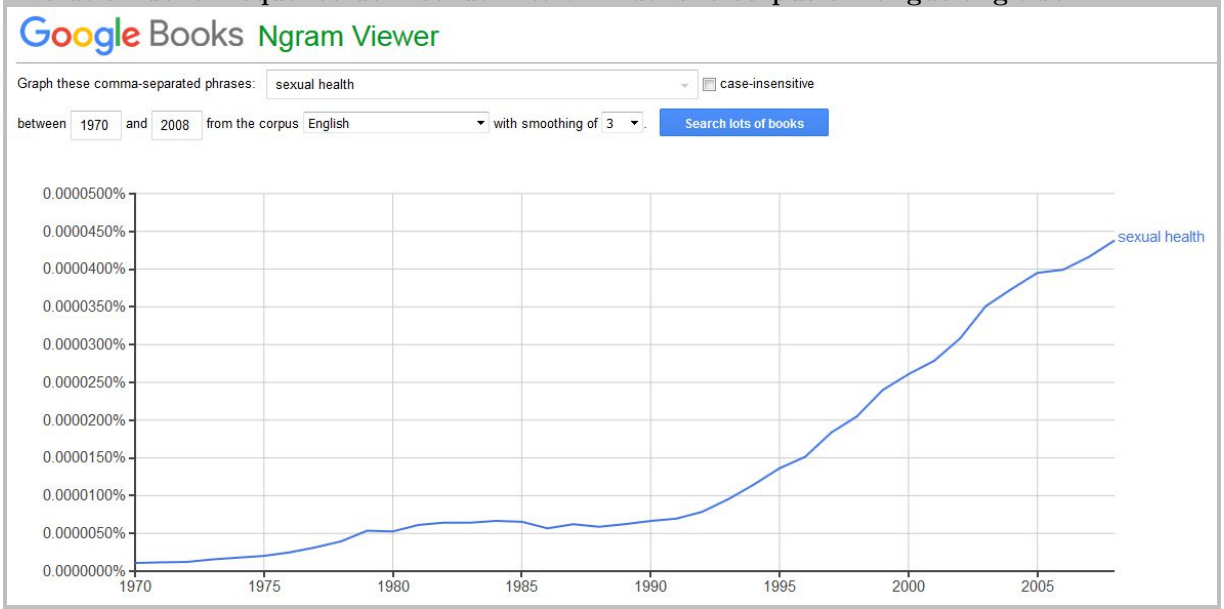
Fréquence des chaînes de mots « santé sexuelle », « sexual health », « salud sexual » et « sexuelle Gesundheit » dans la base de données textuelles de Google Books entre 1970 et 2008

Google propose un outil de recherche linguistique appelé Ngram Viewer, qui interroge les bases de données textuelles de Google Books. Celles-ci comportent plusieurs millions de références en plusieurs langues. Les données extraites par l'outil de recherche ne peuvent être considérées comme exhaustives, la base de données, bien que riche, étant limitée en nombre d'ouvrages référencés et quant aux périodes interrogeables (la dernière année disponible à ce jour est 2008). Mais les résultats obtenus sont suffisamment contrastés pour confirmer l'hypothèse d'une croissance significative et spectaculaire de l'utilisation de la notion de « santé sexuelle » et de ses traductions à partir des années 1990 dans les corpus français, anglais, espagnol et allemand, même en tenant compte du fait que le nombre de références recensées sur les dernières dizaines d'années par la base de données est plus important que sur les décennies précédentes.

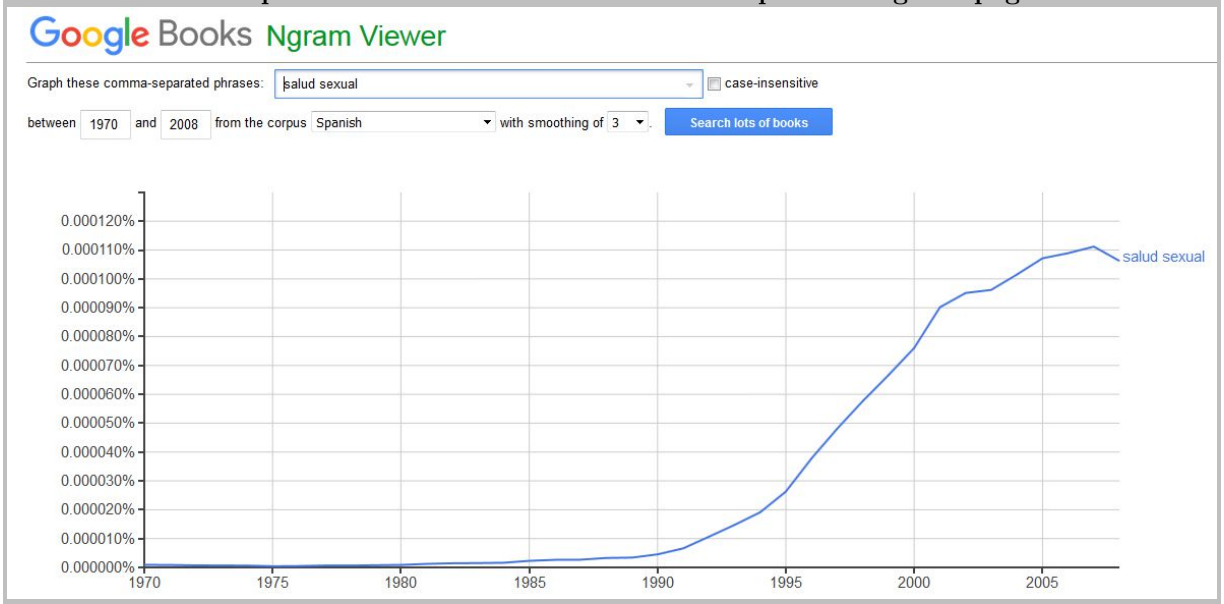
Évolution de la fréquence de « santé sexuelle » dans le corpus en langue française



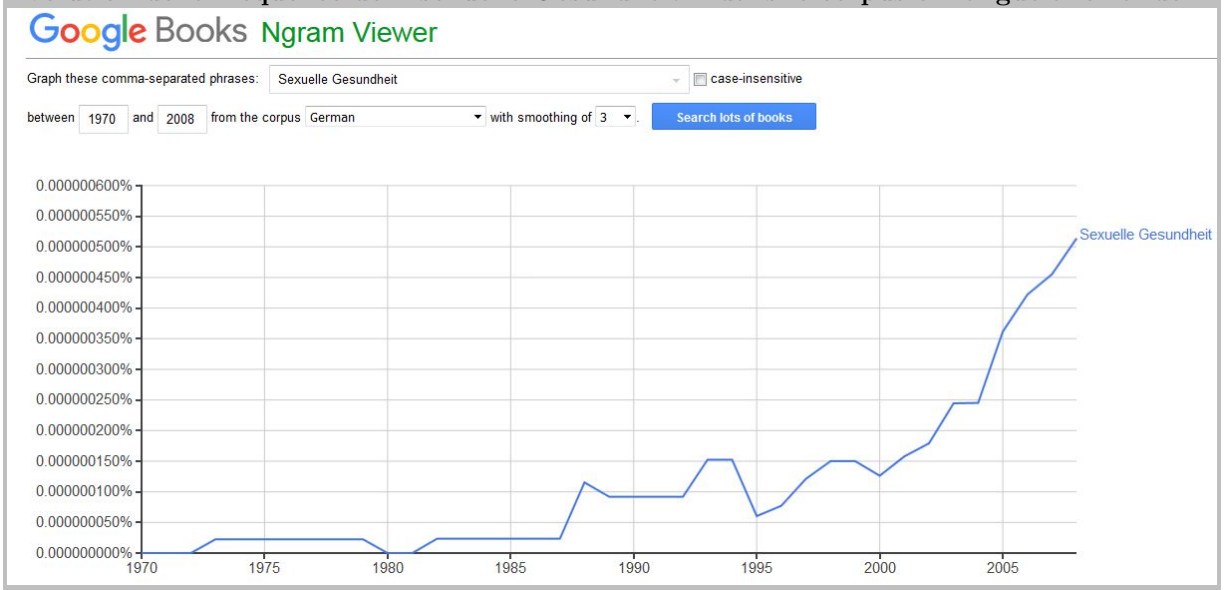
Évolution de la fréquence de « sexual health » dans le corpus en langue anglaise



Évolution de la fréquence de « salud sexual » dans le corpus en langue espagnole



Évolution de la fréquence de « sexuelle Gesundheit » dans le corpus en langue allemande



Ces recherches statistiques ont été effectuées le 30 janvier 2016.

Le prisme de l'OMS : l'occultation de 150 ans d'histoire

On associe communément en sexologie et en santé publique le concept de santé sexuelle à l'OMS. Indéniablement, son institutionnalisation par l'agence de l'ONU a contribué à sa très large diffusion. En 1997, La militante féministe brésilienne Sonia Corrêa, alors à l'Institut brésilien d'analyse sociale et économique (Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas — Ibase) retrace le développement et la légitimation des usages des termes de « santé reproductive », « santé sexuelle », « droits reproductifs » et « droits sexuels » par des institutions telles que l'OMS et la Fédération internationale de planification familiale (International Planned Parenthood Federation — IPPF) d'un côté, et les groupes militants du mouvement international pour la santé des femmes de l'autre[11]. Dans ce processus, elle souligne l'importance de la Conférence internationale au Caire en 1994, de la Conférence mondiale à Pékin en 1995, et du Sommet mondial pour le développement social de 1995 à Copenhague[12] — rencontres dans lesquelles ces institutions ont joué de concert un rôle important pour faire valoir ce que Corrêa appelle « le langage de la santé reproductive, du genre et de la sexualité »[13]. Dans une perspective féministe, l'auteure met en lumière la manière, non sans tensions internes, dont ces concepts ont été articulés entre eux, et comment le domaine de la santé et celui du droit ont été mis en musique.

Dans un ouvrage collectif finlandais publié en 2000 sur les nouvelles perspectives sur la santé sexuelle, la sociologue américaine Ilsa L. Lottes en rédige le premier chapitre[14]. Elle s'inscrit dans la suite de Corrêa, en se concentrant plus spécifiquement sur

---

[11] Corrêa Sonia, « From reproductive health to sexual rights: achievements and future challenges », *Reproductive Health Matters* 5 (10), 1997, p. 108.

[12] Nations Unies, *Rapport du Sommet mondial pour le développement social, Copenhague, 6-12 mars 1995*, New York, Nations Unies, 1995.

[13] « *[...] the language of reproductive health, gender and sexuality* ». Corrêa, « From reproductive health to sexual rights », *art. cit.*, 1997, p. 107.

[14] Lottes Ilsa, « New Perspectives on Sexual Health », in: Lottes Ilsa et Kontula Osmo (éds.), *New Views on Sexual Health: the Case of Finland*, Helsinki, The Population Research Institute, 2000 (Publications of the Population Research Institute. Series D 37), pp. 7-28.

« l'origine, la signification et l'utilisation du terme "santé sexuelle" ». Selon elle, les quatre termes étudiés par Corrêa sont relativement récents dans les discours locaux, régionaux, nationaux et internationaux, et « leur utilisation a émergé principalement au cours des trois dernières décennies » [15]. Plus précisément : « Les termes "santé sexuelle" et "bien-être sexuel" peuvent être trouvés dans les documents de l'OMS des années 1970 et 1980 »[16]. L'angle d'approche militant et institutionnel, dans une démarche de promotion des droits des femmes au niveau international, tend ainsi à focaliser l'attention sur la dynamique lexicale au sein des Nations Unies. Cet angle, de fait, borde le recul historique sur le concept de santé sexuelle.

S'appuyant sur les travaux de Corrêa et Lottes, d'autres auteur · e · s ne vont envisager l'histoire du concept de santé sexuelle qu'à partir des années 1970. C'est le cas par exemple chez le psycho-sociologue Alain Giami en France, chez le psycho-sociologue néerlandais Theodorus G.M. Sandfort et la psychologue clinicienne allemande Anke A. Ehrhardt, ou encore, aux États-Unis, chez le psychologue Weston M. Edwards et le sexologue Eli Coleman — qui fut président de la WAS de 1997 à 2001.

S'intéressant à l'émergence, au développement et aux usages multiples du concept de santé sexuelle en santé publique dans divers pays occidentaux, Giami prend pour point de départ le rapport publié en 1975 par l'OMS, qui propose une définition de la santé sexuelle considérée comme la première produite par l'Organisation (nous verrons que ce n'est pas tout à fait le cas). S'il rappelle que la sexualité a fait l'objet de politiques de santé publique dès le XIXe siècle, il date aux années 1970 l'émergence du concept de santé sexuelle dans le cadre de la santé publique : « Le concept de santé sexuelle a été développé en 1975, engageant à la fois la responsabilité gouvernementale (politique) et la responsabilité individuelle »[17].

Deux ans plus tard, dans l'article d'ouverture d'un numéro de la revue *Archives of Sexual Behavior* consacré à la santé sexuelle, Sandfort et Ehrhardt parlent de « l'émergence récente du concept de santé sexuelle », qui ne signifie toutefois pas « qu'un tout

---

[15] « *This chapter elaborates on the origin, meaning, and use of the term "sexual health"* ». Ibid., p. 7.

[16] « *The terms 'sexual health' and 'sexual well-being' can be found in documents of the WHO from the 1970s and 1980s* ». Ibid., p. 13.

[17] « *The concept of sexual health was developed in 1975, involving both governmental responsibility (political) and individual responsibility* ». GIAMI Alain, « Sexual Health: The Emergence, Development, and Diversity of a Concept », *Annual Review of Sex Research* 13 (1), 2002, p. 9.

nouveau champ de pratique et de recherche s'est matérialisé »[18]. Les auteure · e · s précisent en effet que dans le champ de la santé publique, « la sexualité est une préoccupation de longue date et a été abordée en termes d'hygiène sociale ou sexuelle et de réforme sexuelle, avant que la "santé sexuelle" ne devienne à la mode »[19]. C'est effectivement le cas, mais nous verrons que l'hygiène sociale américaine s'est préoccupée de la sexualité en utilisant précisément le concept de santé sexuelle dès le début du XXe siècle.

Coleman et Edwards publient leur article dans le même numéro d'*Archives of Sexual Behavior*. Leur angle d'étude n'est pas de retracer les définitions de la santé sexuelle au cours de l'histoire, mais de traiter ses différentes définitions depuis celle de l'OMS en 1975, ce qui revient à n'envisager que les débats qui ont eu lieu à partir et au sein de l'OMS. Publiant leur étude en 2004, elle débute ainsi dans les termes suivants, qui bornent sa perspective historique : « Au cours des trois dernières décennies, la compréhension du terme "santé sexuelle" a évolué de façon intéressante »[20].

Chez ces différentes et différents auteur · e · s, l'émergence et l'historique du concept de santé sexuelle ne remontent alors au mieux qu'à la définition de la santé par l'OMS en 1946, dans le sillage de laquelle est placée celle de la santé sexuelle. Dans cette période, Giami et Patrick de Colomby, de l'Institut national de la démographie en France (INED), signalent tout de même l'usage de « santé sexuelle » par le sexologue français Georges Valensin, dont il a fait le titre d'un de ses ouvrages paru en 1964[21]. Les chercheurs estiment que Valensin a élaboré « une première approche de la "santé sexuelle" »[22].

Cependant, ni Valensin, ni l'OMS n'ont inventé le syntagme de « santé sexuelle ». On en trouve en effet des occurrences dès le XIXe siècle, et tout au long du XXe. Nos investigations dans les bases de données numériques désormais particulièrement riches et multiples comparativement à ce qu'il en était au début des années 2000, permettent de

---

[18] « *The recent emergence of the concept of sexual health does not mean that a completely new field of practice and research has materialized* ». SANDFORT Theo G.M. et EHRHARDT Anke A., « Sexual health: A useful public health paradigm or a moral imperative? », *Archives of Sexual Behavior* 33 (3), 2004, p. 182.

[19] « *From a public health perspective, sexuality has been a concern for a long time and has been addressed in terms of social or sexual hygiene and sexual reform, before "sexual health" became fashionable* ». Ibid.

[20] « *In the past three decades, the understanding of the term "sexual health" has evolved in interesting ways* ». EDWARDS Weston M. et COLEMAN Eli, « Defining Sexual Health: A Descriptive Overview », *Archives of Sexual Behavior* 33 (3), 2004, p. 189.

[21] VALENSIN Georges, *Santé sexuelle*, Paris, La Table Ronde, 1964 (L'Ordre du jour).

[22] GIAMI Alain et COLOMBY Patrick de, « Profession sexologue ? », *Sociétés contemporaines* 1 (41-42), 2001, p. 42.

dater son apparition au moins à la première moitié du XIXe siècle. Sans pouvoir établir fermement qu'il s'agit de ses tout premiers usages, nous en retrouvons en effet trace dès les années 1820. Si, dans la première moitié du XIXe siècle, les occurrences que nous avons pu en retracer restent parcimonieuses, il devient beaucoup plus courant au cours de la seconde moitié du même siècle. Le tournant du XXe siècle et la première moitié de celui-ci n'en sont pas non plus avares. Certes, la fréquence de ses usages n'atteint pas les niveaux du tournant du XXIe siècle, mais nous ne pouvons ignorer sa présence non fortuite dans les discours du champ de l'hygiène dès le XIXe siècle. Plus précisément, ces usages s'enracinent dans la pensée hygiéniste anglo-américaine réformiste du XIXe siècle, alors que l'hygiénisme d'Europe continentale de l'époque n'en fait pas mention.

L'histoire du concept de santé sexuelle n'a pas commencé après la Seconde Guerre mondiale, et la deuxième moitié du XXe siècle n'est pas la période de son émergence. Comme vont le montrer par contraste les pages qui suivent, il nous paraît même qu'en faisant débuter peu ou prou l'histoire du concept de santé sexuelle avec son institutionnalisation par l'OMS, on passe à côté de la genèse de celui-ci et de sa richesse théorique et doctrinale, en prenant pour un commencement ce qui est l'aboutissement d'une histoire qui avait à l'époque environ 150 ans, et qui a aujourd'hui deux siècles.

Cette antériorité est celle de l'emploi même du terme de « santé sexuelle », qui est notre point de départ. Ce terme a d'abord été employé comme une notion, au sens de la désignation d'une forme de connaissance sur un objet qui reste cependant peu élaboré intellectuellement. Une telle élaboration est venue dans un second temps, permettant d'adosser au terme de « santé sexuelle » une signification précise lui donnant statut de concept, prenant place dans un ensemble théorique lui-même élaboré — en l'occurrence celui de l'éducation sexuelle. L'histoire de ce qui a d'abord été une notion pour devenir ensuite un concept reste à écrire. Au début des années 1980, à propos de l'histoire de la thérapie sexuelle et de la recherche sur le sexe, le sexologue allemand Erwin Haeberle s'exprimait en ces termes :

> Malheureusement, l'histoire de la thérapie sexuelle attend toujours d'être écrite, tout comme l'histoire de la recherche sur le sexe. De telles études fondamentales et, à long terme, indispensables, n'existent tout simplement pas à l'heure actuelle dans ces deux domaines. Ainsi, pour toutes les fins pratiques, nous appartenons à une profession sans passé. Pourtant, sans une prise de conscience de nos origines et de nos traditions, une

auto-évaluation critique est très difficile. Comme nous ne savons pas d'où nous venons, on ne peut guère s'attendre à ce que nous sachions où nous allons et pourquoi.[23]

Si des travaux historiographiques ont depuis été menés dans les champs dont Haeberle parle, nous pouvons aujourd'hui reprendre ses conclusions à propos de l'histoire de la santé sexuelle hantée par le point aveugle de sa genèse, qui affecte également l'histoire de la sexologie, dans la mesure où celle-ci a désormais fait de la santé sexuelle son objet privilégié.

Étude d'épistémologie historique

On sait que le philosophe français Michel Foucault distingue deux méthodes de recherche d'ordre historique, l'une synchronique et l'autre diachronique : l'archéologie et la généalogie. Si nous devions nous situer par rapport à ces méthodes, nous dirions en première approche que nous proposons d'adopter une démarche qui s'apparenterait plutôt à une archéologie diachronique. Diachronique, parce que notre recherche s'étend sur deux siècles marqués par des changements importants en histoire de la médecine, de la biologie, de l'hygiène et de la sexologie, qui vont se répercuter sur la conceptualisation de la santé sexuelle. Archéologique, parce qu'il ne s'agit pas — justement pas — de partir du *nexus* savoir-pouvoir qui appartient à la méthode généalogique telle que mise en œuvre par Foucault. Bien sûr, les questions d'articulation entre le savoir et le pouvoir à propos du concept de santé sexuelle sont très présentes. Cependant, ce n'est pas d'abord sous cet angle que nous souhaitons aborder la santé sexuelle, mais selon une démarche qui s'intéresse en premier lieu aux énoncés du savoir pour eux-mêmes.

Plusieurs angles d'approche sont possibles pour interroger le concept de santé sexuelle. Le fait de le mettre en question à partir, par exemple, d'une problématique

[23] « *Unfortunately, a history of sex therapy still waits to be written, as does a history of sex research. Such fundamental and, in the long run, indispensible studies simply do not exist at this time in either field. Thus, for all practical purposes, we belong to a profession without a past. Yet, without an awareness of our origins and traditions, a critical self-assessment is very difficult. Since we do not know where we came from, we can hardly be expected to know where we are going and why* ». HAEBERLE Erwin J., « The Manufacture of Gladness: Some Observations on Sex Therapy », in: DAVIS Clive M. (éd.), *Challenges in Sexual Science: Current Theoretical Issues and Research Advances*, Society for the Scientific Study of Sex, 1983, p. 8.

portant sur la médicalisation de la sexualité, peut conduire à privilégier l'angle du biopouvoir inspiré de Foucault[24], ou l'angle industriel et institutionnel dans la suite de la critique de la médicalisation en général par l'intellectuel austro-américain Ivan Illich[25], pour ne citer que ces deux regards critiques contemporains de l'institutionnalisation de la santé sexuelle par l'OMS. Et précisément, le fait qu'une organisation telle qu'une agence de l'ONU se soit emparée de ce concept renforce l'inclination à un abord critique, mettant l'accent sur les questions de pouvoir. De fait, l'OMS se situe au premier rang des institutions à avoir promu une définition et l'usage des termes de « santé sexuelle » au niveau international. D'autres instances nationales et internationales, gouvernementales et non-gouvernementales, et dont l'objet est la santé publique, lui ont emboîté le pas. Il en ressort que le premier corpus significatif de diffusion du concept de santé sexuelle dans la deuxième moitié du XXe siècle est institutionnel, et que c'est dans ce cadre qu'ont été produits un certain nombre de discours sur la sexualité adossés à ce concept.

Or, il est courant que les usages institutionnels soient rapportés à des considérations sociales, et que s'exerce sur eux un œil critique quant aux normes véhiculées par de tels usages. C'est le cas dans un numéro de la revue *Cahiers du Genre* consacré à « la production de la santé sexuelle ». Celui-ci entreprend une « analyse des normes à l'œuvre dans la production de la santé sexuelle selon différents contextes historiques, géographiques et sociaux », et plus particulièrement une analyse des normes de genre[26]. Le point de vue procède ici d'une critique négative et suspicieuse, la santé sexuelle étant entendue comme un instrument du biopouvoir lui-même négativement connoté : « Derrière leur apparente neutralité médico-scientifique, les conceptions de la sexualité et de la santé publique qui émergent à l'époque contemporaine font de la santé sexuelle un rouage essentiel du contrôle des comportements et des populations »[27]. Cette approche par les normes est aussi celle de Giami, cette fois-ci dans une perspective qui se veut cependant plus descriptive que critique. Lorsqu'il retrace le développement du concept de santé

---

[24] FOUCAULT Michel, *Histoire de la sexualité I. La volonté de savoir*, Paris, Gallimard, 1976 (Tel).

[25] ILLICH Ivan, *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*, Paris, Seuil, 1975.

[26] ADAM Adeline, DUPLAN Karine, GALLOT Fanny, GONZALEZ-QUIJANO Lola, ROUCOUX Guillaume et VALZEMA Marie-Sherley, « Le sexe sous contrôle médical. Introduction », *Cahiers du Genre* 1 (60), 2016, pp. 5-6.

[27] Ibid., p. 7.

sexuelle dans les pays occidentaux après la Seconde Guerre mondiale, il l'inscrit dans le cadre de l'inclusion de la sexualité dans le champ de la santé publique. Cette dernière relevant de programmes politiques porteurs de valeurs, l'auteur souligne les implications morales et politiques de la construction du concept de santé sexuelle[28], et met en exergue, à l'appui de cet angle de vue, la diversité des usages conceptuels et de santé publique de la santé sexuelle selon les normes culturelles et sociales des pays qui y ont recours dans leurs politiques de santé[29].

Ce type d'approches est tout à fait pertinent et permet de réinscrire les conceptualisations spécifiques à un champ dans des ensembles plus vastes, ce qui contribue à les éclairer. Ce n'est toutefois pas par cette entrée que le présent travail sera mené. Celle-ci présente en effet la particularité de mettre en question le concept à partir de références extérieures au champ dans lequel il est employé. Utilisé dans le domaine de la santé, le concept de santé sexuelle est interrogé à partir des champs sociaux, culturels et politiques. Si cette démarche est justifiée — et ce d'autant plus que la santé sexuelle est institutionnalisée dans le domaine de la santé publique —, elle ne doit pas conduire à faire l'économie d'une analyse interne au champ dans lequel le concept a été forgé et déployé. Nous rejoignons ici les démarches de plusieurs épistémologues en France, Julie Mazaleigue-Labaste à propos de la généalogie du concept de perversion, et Steeves Demazeux à propos des transformations du *Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM), que l'on peut inscrive dans la suite du philosophe des sciences français Jean Gayon. Ce dernier procède à ce qu'il appelle une « reconstruction rationnelle » notamment à propos du darwinisme, et plus spécialement du concept de sélection naturelle[30]. Il s'agit pour lui « d'assumer la question difficile de la validité des théories »[31]. Ainsi, si cette approche « n'exclut aucunement par ailleurs une entreprise de reconstruction sociale de l'histoire des sciences »[32], elle consiste à se situer au cœur de l'élaboration de la rationalité de leurs discours. Chez Mazaleigue-Labaste, ceci se traduit par la réfutation

---

[28] Giami, « Sexual Health: The Emergence, Development, and Diversity of a Concept », *art. cit.*, 2002, p. 7.
[29] Ibid., pp. 30-32.
[30] Gayon Jean, *Darwin et l'après-Darwin. Une histoire de l'hypothèse de sélection naturelle*, 2e éd. revue et corrigée, Paris, Matériologiques, 2019, p. 14.
[31] Ibid., p. 13.
[32] Ibid., p. 14.

de l'affirmation selon laquelle le concept de perversion sexuelle inventé par la psychiatrie ne serait qu'un « habillage pseudo-scientifique de la morale sexuelle traditionnelle d'inspiration chrétienne »[33]. À l'appui de cette réfutation, elle rappelle que la distinction entre la perversion en un sens pathologique et la perversité en un sens moral a constitué le « schème cardinal de l'histoire de la perversion sexuelle », depuis le début du XIXe siècle jusqu'au début du XXIe siècle[34]. De son côté, Demazeux entreprend une histoire du DSM, et en particulier de sa troisième révision (DSM-III), qui s'intéresse à la dimension théorique de celui-ci, « à ses présupposés scientifiques, à ses conditions d'élaboration ». Il s'agit ainsi pour lui de « découvrir la *rationalité interne* du projet du DSM-III », contre une approche qui ramènerait principalement la rédaction du DSM-III — qui a constitué un tournant paradigmatique de la classification — à la seule stratégie de reconquête de pouvoir par les psychiatres (non psychanalystes) des territoires de la santé mentale[35].

Ceci ne signifie pas pour autant qu'il s'agit d'entreprendre, dans le cadre d'une opposition dépassée entre l'internalisme et l'externalisme, une étude seulement internaliste des discours scientifiques mobilisant la santé sexuelle, et, plus globalement, portant sur la sexualité. En tant qu'historique, l'étude épistémologique est contextualisée. Mais en tant qu'épistémologie, l'attention est particulièrement portée sur les questions internes au champ scientifique. Ce que nous voulons éviter est l'éviction de ces questions, à laquelle procéderait une réduction de la production scientifique à ses déterminants sociaux et politiques.

La démarche épistémologique est donc celle que le présent travail se propose de suivre à propos du concept de santé sexuelle. Il convient d'étudier pour elle-même la rationalité de ce concept, utilisé au sein de discours qui se veulent scientifiques. Ce n'est que par la suite, nous semble-t-il, que nous pouvons changer d'angle pour mettre en évidence les dimensions politiques, sociales et morales du concept de santé sexuelle. D'autant plus que le travail épistémologique permettra d'en montrer les limites internes, et de souligner le caractère axiologique du concept de santé sexuelle, justifiant ainsi dans

---

[33] MAZALEIGUE-LABASTE Julie, *Les déséquilibres de l'amour. La genèse du concept de perversion sexuelle de la Révolution française à Freud*, Montreuil-sous-Bois, Ithaque, 2014 (Philosophie, anthropologie, psychologie), p. 11.

[34] Ibid., pp. 12-14.

[35] DEMAZEUX Steeves, *Qu'est-ce que le DSM ? Genèse et transformations de la bible américaine de la psychiatrie*, Paris, Ithaque, 2013 (Philosophie, anthropologie, psychologie), p. 17.

un second temps l'analyse de critique sociale. Si, comme le rappelle le psychanalyste français Pierre-Henri Castel, le « Sexe […] est immédiatement et au quotidien moral et politique »[36], il relève néanmoins d'une histoire des sciences. La sexualité est en effet bien un objet de l'hygiène d'abord et plus tard de la sexologie, dont la santé sexuelle est devenue un concept majeur au tournant du XXIe siècle. C'est pourquoi nous souhaitons contribuer à éclairer les éléments épistémologiques que suivent « les sexologues pour définir leurs objets légitimes, ainsi que les raisonnements ou les expérimentations qui constituent leur domaine propre »[37].

Cette approche va permettre de mettre en lumière des éléments relatifs à la genèse du concept de santé sexuelle qui restent ignorés dans les approches centrées sur la santé publique institutionnelle et la charge axiologique et socialement normative de celui-ci. Si Giami dit inscrire son étude dans le sillage de l'épistémologie historique du philosophe américain Arnold Davidson, sa démarche est orientée par le but qu'il s'est proposé : « Mon objectif est de déterminer la place et le statut de la sexualité dans la santé publique et de souligner le fait que la régulation sociale de la sexualité en termes de santé sexuelle dépend de son contexte national, politique et culturel »[38]. Il s'agit ainsi de « comprendre l'importance et les implications pratiques et politiques des questions de santé sexuelle en santé publique »[39]. De fait, si, en référence à Davidson, son travail se dit être « une tentative d' "épistémologie historique" et une analyse de la "formation des concepts" », l'angle adopté par Giami est en fait plus généalogique qu'archéologique au sens foucaldien. Par conséquent, il ne procède pas à une épistémologie historique au sens davidsonien.

De leur côté, Coleman et Edwards entendent identifier « l'émergence et l'évolution [des] définitions [de la santé sexuelle] afin de mieux comprendre leurs racines historiques

---

[36] CASTEL Pierre-Henri, « Sexologie et théories savantes du sexe », *Revue d'Histoire des Sciences Humaines* 2 (17), 2007, p. 4.

[37] Ibid.

[38] « *My aim is to determine the place and status of sexuality in public health and to underline the fact that social regulation of sexuality in terms of sexual health depends on its national, political, and cultural context* ». GIAMI, « Sexual Health: The Emergence, Development, and Diversity of a Concept », *art. cit.*, 2002, p. 2.

[39] « *In order to understand the significance and the practical and political implications of sexual health issues in public health...* ». Ibid.

et les forces qui ont un impact sur la discussion »[40]. Or, ce dernier point réfère aux « événements politiques, sociaux et historiques, comme les répercussions de la révolution sexuelle des années 1960, la lutte en cours pour les droits reproductifs et l'avortement, la maturation du mouvement des droits des gays, la surpopulation et les effets dévastateurs du VIH/sida au niveau international »[41]. L'angle principalement socio-politique de l'histoire du concept de santé sexuelle restreinte à l'après Seconde Guerre mondiale ne permet pas, dès lors, de répondre à l'objectif affiché de comprendre les racines historiques du concept. Coleman ayant été particulièrement impliqué, lorsqu'il était président de la WAS, dans le processus de ce que nous pouvons appeler la sexologisation de la santé sexuelle par le truchement de l'OMS, et faisant la promotion du cadre théorique et pratique de la santé sexuelle depuis les années 1990, c'est d'abord comme politiquement engagé dans les questions de santé sexuelle qu'il traite de celles-ci. Ceci le conduit à une forme de présentisme dans sa manière d'en faire l'histoire. Que ce soit par Giami ou Edwards et Coleman, le concept de santé sexuelle est abordé en premier lieu relativement aux enjeux institutionnels qui lui sont associés depuis que l'OMS en a donné une définition.

De la psychopathologie à l'hygiène

Afin de remettre en perspective la genèse du concept de santé sexuelle, nous avons choisi de travailler sur le repérage du *syntagme* « santé sexuelle » (en anglais, allemand et français[42]), et non sur l'*idée* de santé sexuelle qui pourrait être présente dans certains écrits sans cette dénomination. La première raison en est que c'est le syntagme qui, depuis les années 1990, a connu un usage spectaculaire à travers le monde, et que celui-ci est devenu un étendard du domaine de la sexologie et en santé publique. Il a acquis

---

[40] « *In this paper, we will identify the emergence and evolution of these definitions to achieve a better understanding of its historical roots and the forces impacting the discussion* ». EDWARDS et COLEMAN, « Defining Sexual Health », *art. cit.*, 2004, p. 189.

[41] « *... political, social, and other historical events, such as the aftereffects of the 1960s sexual revolution, the ongoing struggle over reproductive rights and abortion, the maturation of the gay rights movement, overpopulation concerns, and the devastating international impact of HIV/AIDS* ». Ibid.

[42] Nous retenons les langues qui couvrent à la fois l'émergence du syntagme « santé sexuelle » (l'anglais) et la production de la psychopathologie sexuelle du XIXe siècle (le français et l'allemand). Dans ce cadre, l'espagnol, cité plus haut, n'est pas ici retenu.

une force symbolique et institutionnelle. C'est aussi sur la base de son énonciation que l'histoire de ce concept a été faite jusqu'ici, comme nous l'avons vu précédemment. Or, c'est précisément la restriction du repérage du terme de « santé sexuelle » aux cinquante dernières années que nous mettons en question. À partir de ces constats, nous souhaitons en rechercher les linéaments depuis ses premières occurrences.

La seconde raison est que l'idée de santé sexuelle est elle-même tributaire de l'usage de sa dénomination, et qu'elle dépend de ce qui est entendu par le concept plus général de santé, qui n'est pas univoque. Rechercher les occurrences de « santé sexuelle » permet ainsi d'identifier les contextes discursifs de ces usages. Ceci permettra d'envisager l'épistémologie et l'histoire de la sexualité depuis le XIXe siècle sous un autre angle que celui, classique, de la psychopathologie sexuelle et de ses perversions. Aux côtés notamment du style de raisonnement psychiatrique mis en exergue par Davidson pour penser la constitution de la sexualité comme concept et comme expérience, les recherches sur la santé sexuelle permettent de mettre en évidence un style hygiéniste, qui a produit des discours sur le sexe au XIXe siècle. L'hygiénisme n'est pas abordé par l'épistémologie historique de la sexualité chez Davidson, et assez peu chez Foucault. Lorsqu'il l'est, c'est dans ses formes articulées à l'aliénisme et à la médecine légale, dont les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* en France constituent un corpus privilégié. Autrement dit, l'hygiène dont il est question dans le style psychopathologique est *sociale*. Elle constitue un rôle de la psychiatrie à laquelle est dévolue une fonction de régulation des désordres sociaux. En ce sens, l'hygiène est subsumée sous la catégorie du *pathologique*, et son objet organisateur est la *perversion sexuelle*. Or, ce que nous désignons comme le style hygiéniste, par distinction du style psychopathologique, est celui dont l'objet est la sexualité *normale*, et qui, au XIXe siècle, met particulièrement en exergue la dimension *domestique* de l'hygiène. C'est à l'hygiène comme promotion de la santé individuelle, et non comme déclinaison de la lutte contre la pathologie dans la population, que nous nous référons en premier lieu. Ce n'est que dans un deuxième temps que cette hygiène domestique va évoluer vers une hygiène sociale aux États-Unis, qui n'aura pas les mêmes atours qu'en Europe.

Les travaux sur les questions de sexualité dans la littérature hygiéniste de cet ordre au XIXe siècle, et sur les liens entre le sexe et la santé, existent, notamment aux

États-Unis[43]. Mais la question sexuelle sous l'angle hygiéniste n'a pas été appréhendée, à notre connaissance, à travers le prisme du concept de santé sexuelle, dont il est dit en Europe comme outre-Atlantique que l'histoire commence dans les années 1970. C'est ce travail que nous nous proposons de mener dans les pages qui suivent.

Pour ce faire, nous avons notamment compulsé plusieurs bases de données et outils en ligne, et tout d'abord l'outil Ngram Viewer de *Google Books*, qui permet d'effectuer des recherches textuelles dans une base de données de plusieurs millions de références dans plusieurs langues, entre les années 1800 et 2008. Nous avons complété ces recherches par des repérages dans les bases de données mais aussi dans des ouvrages ciblés accessibles en ligne sur d'autres sites : HathiTrust, bibliothèque numérique qui résulte de partenariats entre plusieurs institutions académiques et de recherche essentiellement américaines ; *Gallica*, bibliothèque numérique de la Bibliothèque nationale de France ; *Internet Archive*, bibliothèque numérique membre de l'*American Library Association*. Bien que l'ensemble de ces sources totalisent des dizaines de millions de textes[44], elles ne peuvent prétendre à l'exhaustivité ni à une égale recension dans toutes les langues. C'est particulièrement le cas en allemand sur *Internet Archive*, qui s'avère très lacunaire[45]. De plus, l'utilisation de ressources en ligne américaines favorise la surreprésentation des textes en anglais[46]. L'interprétation du nombre d'occurrences d'un terme dans une langue doit donc être prudente. Cependant, le recoupement avec les modes de pensée des ouvrages des principaux auteurs sur la sexualité, et la cohérence que l'on trouve avec l'absence ou la présence plus ou moins importante du syntagme « santé sexuelle » en anglais, français et allemand selon l'angle de pensée et l'époque, permettent de formuler l'hypothèse d'une véritable corrélation entre le terme et la manière de pensée. Le peu de références obtenues avec *Gallica* pour le syntagme en français, de même que pour celui en allemand sur la

---

[43] Voir en particulier NISSENBAUM Stephen, *Sex, Diet, and Debility in Jacksonian America: Sylvester Graham and Health Reform*, Westport / London, Greenwood Press, 1980 (Contributions in Medical History).

[44] Beaucoup d'entre elles se recoupent. Les résultats sur *Internet Archive* et *Gallica* incluent la base de données de la Bibliothèque interuniversitaire de Santé de Paris.

[45] Une recherche de « *sexuelle Gesundheit* », sans aucun critère restrictif, n'obtient que sept résultats (recherche actualisée le 12 septembre 2019).

[46] Sur *Google Books*, la recherche de « *sexual health* », sans aucun critère restrictif, obtient plus de 580 000 résultats, auxquels s'ajoutent près de 28 000 résultats pour « *sex health* ». Celle de « santé sexuelle » en obtient un peu moins de 10 000, tandis que « *sexuelle Gesundheit* » en obtient à peine 2 300 (recherches actualisées le 12 septembre 2019).

bibliothèque numérique de la Bibliothèque nationale allemande, renforcent cette hypothèse[47]. C'est à partir de celle-ci que les pages qui suivent sont rédigées.

Cette méthode de recherche nous ouvre à un corpus anglo-américain du XIXe et du début du XXe siècle à peu près méconnu dans l'historiographie de la sexualité produite en Europe continentale, avec des auteur · e · s comme Sylvester Graham, James Caleb Jackson, John Harvey Kellogg, Maurice Bigelow ou encore Catherine Gasquoine Hartley. Cette historiographie est en effet très européo-centrée, dans la suite de Foucault et ce même jusque chez des auteurs américains comme Arnold Davidson[48]. Or, le corpus que nous étudions appartient au champ des discours à prétention scientifique sur le sexe. La *scientia sexualis*, pour reprendre les termes de Foucault, s'en trouve étendue dès le XIXe siècle de ce qui est codé comme relevant de la psychopathologie sexuelle, à ce qui est considéré comme la sexualité normale, cette dernière n'étant pas seulement sous-entendue en creux par rapport à la première ou posée simplement en axiome de la production portant principalement sur la psychopathologie sexuelle.

Une « manière de voir »

Le philosophe français Jean-François Braunstein note que dans les œuvres du médecin et sociologue polonais Ludwik Fleck, du médecin et philosophe français Georges Canguilhem, ou dans les œuvres archéologiques de Foucault, la dimension historique domine sur l'épistémologique. Il souligne également que ces trois auteurs rejettent l'angle des théories de la connaissance, qui reposent sur la distinction entre le sujet connaissant et l'objet à connaître, pour examiner les rapports entre les deux, et évaluer la validité

[47] La recherche de « santé sexuelle » sur *Gallica* obtient 120 résultats consultables en ligne ou sur place, tandis que celle de « *sexuelle Gesundheit* » n'obtient que neuf résultats sur la *Deutsche Digitale Bibliothek* (recherches actualisées le 12 septembre 2019).

[48] Il s'agit d'un choix délibéré chez Davidson : « Plutôt que de partir de l'histoire et de la philosophie des sciences anglo-américaines récentes, j'entends prendre pour point de départ son analogue français - pour nous, Américains, un peu plus étranger d'un point de vue philosophique. Plus précisément, je compte examiner quelques suggestions de Michel Foucault, qui se situe dans une lignée d'éminents épistémologues français des sciences, qui va de Gaston Bachelard jusqu'à lui en passant par Georges Canguilhem ». DAVIDSON Arnold I., « Styles de raisonnement : de l'histoire de l'art à l'épistémologie des sciences », in: *L'émergence de la sexualité. Épistémologie historique et formation des concepts*, Paris, Albin Michel, 2005 (Bibliothèque Albin Michel Idées), pp. 220-221.

des discours scientifiques[49]. Pour notre part, tout en considérant que les sciences sont historiques au sens où elles s'enracinent dans des contextes sociaux, politiques et culturels qui sont fondamentaux pour en rendre compte, et au sens où elles ne procèdent pas par accumulation de connaissances sur la nature jusqu'à se rapprocher au plus près de ce en quoi cette dernière consisterait dans son essence, nous insisterons sur les aspects épistémologiques du concept de santé sexuelle, en en resituant les usages dans l'histoire de la pensée médicale et de la pensée du vivant. Les éléments extra-scientifiques, en particulier les éléments culturels, seront aussi convoqués pour éclairer ces usages dans l'aire anglo-américaine ainsi que ses non usages en Europe continentale. De même, les évolutions des modes de pensée impactant les références à la santé sexuelle, spécialement aux États-Unis, seront insérées dans le renouvellement des problématiques sociales et démographiques de ce pays. Mais c'est au sein de l'histoire de la médecine, des sciences du vivant et des sciences du sexe, dans ce qu'elles ont à dire d'un point de vue qu'elles revendiquent comme scientifique, que nous souhaitons en premier lieu étudier la genèse et les usages du concept de santé sexuelle.

Ceci nous amènera à entrer dans les débats spécifiquement épistémologiques qui animent ces sciences et leur histoire, qu'il s'agisse des oppositions entre empirisme et expérimentation, holisme et réductionnisme, modèle vitaliste et modèle physico-chimique, faits et valeurs, causes proximales et causes ultimes, etc., qui relèvent de la théorie de la connaissance. Les conflits entre les approches psychodynamiques et les approches cognitivo-comportementales au sein desquels la sexologie et la santé sexuelle se sont trouvées pris, constitueront un exemple de choix sur ces questions, structurant pour l'histoire contemporaine de la sexologie et du concept de santé sexuelle.

La méthode que nous adoptons pourrait alors être apparentée à l'épistémologie historique de Davidson, qui fait le choix d'une orientation archéologique inspirée de Foucault, à distance de son orientation généalogique[50]. Ceci signifie qu'il concentre son analyse sur le plan conceptuel plutôt que sur celui des rapports de pouvoir sous-jacents à l'usage de ces concepts. Plus précisément, Davidson entend rendre compte des conditions

---

[49] Braunstein Jean-François, « Fleck, Canguilhem, Foucault. Ludwik Fleck et le "style français" en philosophie des sciences », in: *Penser avec Fleck. Investigating a life studying life sciences*, Collegium Helveticum, Zürich, Johannes Fehr, Nathalie Jas, Ilana Löwy, 2009 (Collegium Helveticum Heft 7), p. 92.
[50] Davidson, « Styles de raisonnement », *art. cit.*, 2005, p. 221.

de possibilité pour les discours d'être considérés comme vrais ou faux. La principale question dont il traite est : « dans quelles conditions des énoncés deviennent-ils de possibles candidats au vrai ou au faux en sorte de revendiquer le statut d'une science ? »[51]. Ces conditions sont réunies dans ce que Davidson appelle « style de raisonnement ». Lorsqu'il demande quelles sont les conditions de possibilité des énoncés sur la perversion sexuelle, sa réponse est le style de raisonnement psychiatrique[52].

Or, pour notre part et dans le présent travail, nous ne nous situons pas au niveau des conditions historiques de possibilité des discours de santé sexuelle en tant que candidats au statut de vérité. Nous nous contentons de partir de leur prétention à être vrais en tant que scientifiquement fondés. Adoptant le propos du philosophe américain Thomas Kuhn selon lequel « les stades primitifs du développement de la plupart des sciences ont été caractérisés par une concurrence continuelle entre un certain nombre de conceptions opposées de la nature, dont chacune était partiellement dictée par la méthode et l'observation scientifiques »[53], nous considérons que ceci vaut pour les discours du XIXe siècle qui appartiennent au champ des médecines qui se qualifient d'« alternatives », et que nous considérons rétrospectivement comme non scientifiques, mais qui font partie de l'histoire des sciences. Notre choix part du constat que le premier enjeu concernant la genèse du concept de santé sexuelle n'est pas archéologique au sens foucaldien, mais est de lui accorder la place spécifique qui lui revient eu égard aux discours sur la perversion sexuelle. L'enjeu est celui de l'extension du champ de la *scientia sexualis*, rabattu jusqu'alors sur les discours de la psychopathologie sexuelle, y compris dans leurs aspects hygiénistes. Si, en première approche, nous avons évoqué une archéologie diachronique concernant notre méthode, afin de souligner la distance que nous prenons avec l'approche généalogique d'inspiration foucaldienne, ce n'est toutefois pas non plus à une archéologie de type foucaldien que nous procéderons.

En conséquence, nous avons préféré ne pas désigner les discours hygiénistes référant à la santé sexuelle par la catégorie de style de raisonnement. Dans la mesure où le terme d'*épistémè* de Foucault a le sens archéologique dans lequel s'est inscrit Davidson,

---

[51] Ibid., p. 219.
[52] Ibid., p. 235.
[53] KUHN Thomas S., *La Structure des révolutions scientifiques*, Paris, Flammarion, 1983, p. 21.

nous ne l'avons pas non plus retenu. Comment, dès lors, désigner la « manière de voir »[54] de l'hygiénisme sexuelle, pour la différencier de celle de la psychopathologie sexuelle ?

Braunstein signale que le philosophe israélien Nathan Rotenstreich a relevé l'usage par Foucault du terme de « style », que l'on trouve d'abord chez Fleck[55]. Ainsi, dans l'*Archéologie du savoir*, on peut lire que « la science médicale à partir du XIXe siècle se caractérisait moins par ses objets ou ses concepts que par un certain *style*, un certain caractère constant de l'énonciation »[56]. Foucault formule cette assertion dans le cadre d'une hypothèse sur ce qui assure l'unité de types d'énoncés, ici « leur forme et leur type d'enchaînement », ou, plus précisément pour la médecine, « un même regard posé sur les choses, un même quadrillage du champ perceptif, une même analyse du fait pathologique selon l'espace visible du corps, un même système de transcription de ce qu'on perçoit dans ce qu'on dit (même vocabulaire, même jeu de métaphores) »[57]. Mais Foucault ne retient pas cette hypothèse, du fait de la dispersion des énoncés médicaux, par exemple entre les énoncés descriptifs et les énoncés qui reposent sur des instruments de mesure et d'expérimentation. L'archéologie consistera à rechercher ce qui, pour une époque donnée, fait unité du divers au niveau des règles de formation des discours, en amont de la divergence des doctrines.

Pour autant, le concept de style retient notre attention. On le trouve aussi bien chez Fleck que Foucault et Davidson, ou encore chez l'épistémologue canadien Ian Hacking[58] dont s'inspire Davidson. Tous deux se réfèrent également au zoologue et historien des sciences australien Alistair Cameron Crombie, auteur du monumental *Styles of Scientific Thinking in the European Tradition*[59]. Dans les années 1990, Gayon a d'ailleurs

---

[54] FOUCAULT Michel, *Naissance de la clinique*, Paris, Presses Universitaires de France, 2009 (Quadrige Grands Textes), p. 267. Voir BRAUNSTEIN, « Fleck, Canguilhem, Foucault », *art. cit.*, 2009, p. 93.

[55] BRAUNSTEIN, « Fleck, Canguilhem, Foucault », *art. cit.*, 2009, p. 94.

[56] FOUCAULT Michel, *L'archéologie du savoir*, Paris, Gallimard, 1969, p. 47. Cité par BRAUNSTEIN, « Fleck, Canguilhem, Foucault », *art. cit.*, 2009, p. 94.

[57] FOUCAULT, *L'archéologie du savoir*, *op. cit.*, 1969, p. 47.

[58] HACKING Ian, « Language, Truth and Reason », in: HOLLIS Martin et LUKES Steven (éds.), *Rationality and Relativism*, Cambridge, MIT Press, 1982, pp. 48-66 ; HACKING Ian, « 'Style' for historians and philosophers », *Studies in History and Philosophy of Science Part A* 23 (1), 1992, pp. 1-20.

[59] CROMBIE Alistair Cameron, *Styles of Scientific Thinking in the European Tradition: the History of Argument and Explanation Especially in the Mathematical and Biomedical Sciences and Arts*, 3 vol., London, Duckworth, 1994.

relevé la prolifération du terme de « style » en histoire des sciences, et en a proposé une cartographie[60].

Si ce terme retient notre attention, c'est parce qu'à la lecture des textes dans lesquels nous avons repéré le syntagme de « santé sexuelle », ils nous ont paru relever d'un certain style discursif non pas en un sens littéraire, mais au sens d'une manière de penser. Sans aucun doute, le fait que Davidson parle de style de raisonnement psychiatrique a joué un rôle dans le fait d'avoir été sensible en termes de style aux discours hygiénistes sur le sexe du XIXe siècle américain. Mais détaché de sa signification archéologique, le style nous est resté comme une *impression* que ces textes exerçaient à leur lecture, ce qui peut s'entendre en un sens esthétique, si l'on désigne par là une esthétique des formes de penser, sans rapport à la question du beau.

Cette impression est celle d'un contraste entre la manière de penser le sexe aux États-Unis au XIXe siècle, et celle de le penser en Europe continentale durant la même période. Ce contraste se manifeste par la prévalence d'un œil sanitaire d'un côté, et d'un œil pathologique de l'autre. Or, il nous apparaît clairement que ce contraste est culturel, ce qui rend compte du fait qu'il se traduit par des prévalences géographiquement situées, de part et d'autre de l'Atlantique. Le Royaume Uni se situe dans un entre deux, mais nous le rapportons tout de même d'abord au style que l'on trouve aux États-Unis, parce qu'y est utilisé le concept de santé sexuelle, contrairement à ce qu'il en est en Europe continentale. Toutefois, nous verrons, avec Havelock Ellis, dans quelle mesure s'exercent les influences continentales. Il ne s'agit pas non plus, par ce partage de styles reposant sur des différences culturelles, d'unifier artificiellement tout le continent européen. Mazaleigue-Labaste a mis en évidence les différences de conception des perversions sexuelles entre la France et l'aire germanophone. Nous verrons également que le brouillage des frontières entre le normal et le pathologique, et la naissance de la psychanalyse et de la sexologie, s'enracinent dans l'aire germanophone, et non en France. Mais globalement, le point d'entrée de la *scientia sexualis* d'Europe continentale est le pathologique, tandis que celui des États-Unis et du Royaume Uni qui ressort de notre recherche est le normal.

[60] GAYON Jean, « De la catégorie de style en histoire des sciences », *Alliage. Culture - Science - Technique* (26), 1996, pp. 13-25.

Dans la cartographie des usages du terme de « style » en histoire des sciences que Gayon dessine, nous nous situerions donc dans un usage de type local et national, ou plutôt culturel. C'est la raison pour laquelle nous ne retenons pas non plus le concept kuhnien de paradigme, dont Gayon dit qu'il constitue ce qu'il y a de plus opposé à l'idée d'une science stylisée, parce que « lorsqu'un paradigme est véritablement installé, il n'y a plus place pour des styles concurrents »[61]. Le paradigme désigne en effet un cadre scientifique qui s'est imposé, et qui homogénéise les modes de pensée qui fonctionnent avec des méthodes standardisées.

Gayon souligne cependant les limites de l'approche locale des styles scientifiques pour l'histoire des sciences. Le mouvement propre de la science, en effet, est de résorber les styles locaux « dans des méthodes communément acceptées », conformément au processus d'universalisation des connaissances spécifiques aux sciences. Mais un usage du terme de « style » en histoire générale des sciences, comme chez Crombie, tend à identifier celui-ci au concept de méthode. Comme le dit Gayon, la carte des usages de « style » en histoire des sciences est organisée sur la base des deux fonctions traditionnelles et antinomiques de cette catégorie, à savoir une fonction universalisante et une fonction individuante (individuation au niveau de collectifs locaux). On retrouve cette antinomie dans la double étymologie du mot « style » : *stylos* en grec, qui désigne les règles à appliquer pour la production d'une œuvre ; *stylus* en latin, qui renvoie au matériel d'écriture et valorise « la singularité de toute expression »[62]. Pour Gayon, l'intérêt philosophique de ce terme réside précisément dans l'articulation et tension entre individuation et universalisation. Les conditions de possibilité de l'objectivité scientifique ne sont pas anhistoriques. Il s'agit d'une production historique et collective, dont l'ambition est d'être universalisable. Nous reprenons à notre compte la conclusion de Gayon sur le terme de « style » :

> Le mot de « style », avec ses héritages divers et apparemment contradictoires, est sans doute à même d'exprimer le processus historique complexe par lequel des connaissances étroitement dépendantes d'un contexte viennent à s'universaliser. C'est tout le charme du mot que de pouvoir exprimer à la fois la singularité contextuelle et la vocation universelle de la connaissance scientifique.[63]

---

[61] Ibid.

[62] Ibid.

[63] Ibid., p. 25.

Ce terme correspond très bien à ce que nous voulons dire lorsque nous l'employons pour désigner le style hygiéniste anglo-américain du XIXe siècle, qui se distingue du style psychopathologique du continent européen à la même époque. Il ne s'agit pas du style de raisonnement dans un cadre archéologique foucaldien, ce pour quoi nous n'emploierons pas cette dénomination. Mais, en y ajoutant la dimension esthétique dont nous avons parlé plus haut, il s'agit bien d'un style au sens de ce qui produit une impression culturellement différenciée à propos de discours du champ scientifique, donc à prétention universelle.

Pouvons-nous alors parler de « style de pensée » ? Comme le souligne Braunstein, ce concept de Fleck est assez proche du concept archéologique d'*a priori* historique chez Foucault, concept qui fait écho à celui d'*épistémè* et qui désigne, dans une période historique donnée, ce qui « découpe dans l'expérience un champ de savoir possible, définit le mode d'être des objets qui y apparaissent, arme le regard quotidien de pouvoirs théoriques et définit les conditions dans lesquelles on peut tenir sur les choses un discours reconnu pour vrai »[64]. De fait, le concept de style de pensée de Fleck comprend l'idée d'une clôture du style sur lui-même, qui devient ainsi contraignant et qui détermine « ce qu'il n'est pas possible de penser autrement »[65]. Il désigne « un état du savoir déterminé » et « un état de la culture » qui procède d'un « collectif de pensée » [66], et se situe au niveau des conditions de possibilité de ce qui est pensable. Il entre trop en résonance avec l'*épistémè* de Foucault ou le style de raisonnement de Davidson pour que nous le retenions.

Par élimination, nous avons donc opté pour « style d'appréhension », dans la mesure où il s'agit d'une opération de l'esprit, qui s'entend ici relativement aux exigences de scientificité revendiquées. Différents styles d'appréhension du sexe ont vu le jour au XIXe siècle, de part et d'autre de l'Atlantique. Ces styles ne correspondent pas aux styles de raisonnement ou aux styles de pensée, qui se situent au niveau du savoir au sens foucaldien des conditions de possibilité des sciences. Si l'on reprend la distinction qu'opère

---

[64] FOUCAULT Michel, *Les mots et les choses. Une archéologie des sciences humaines*, Paris, Gallimard, 1966, p. 171.

[65] FLECK Ludwik, *Genèse et développement d'un fait scientifique*, Paris, Flammarion, 2008 (Champs Sciences), p. 71.

[66] Ibid., p. 74.

Foucault entre les sciences et le savoir[67], ils appartiennent au niveau des sciences, c'est-à-dire de production des connaissances, alors que les styles de raisonnement ou de pensée appartiennent au niveau du savoir, c'est-à-dire de formation des conditions et des règles de production des connaissances. Ceci signifie que les styles d'appréhension se situent en aval des styles de raisonnement ou de pensée, et que les styles d'appréhension hygiénique et pathologique à propos de la sexualité pourraient relever d'un même style de raisonnement, qui ne pourrait alors être qualifié de psychiatrique. Mais ceci est une autre affaire.

Les résultats produits par la mise en perspective historique et la méthode d'épistémologie historique que nous adoptons sont multiples : outre la mise en évidence d'une histoire longue de deux siècles, elles permettent d'enrichir l'historiographie de la sexologie, pour laquelle le concept de santé sexuelle est devenu majeur au XXIe siècle. Nous apporterons également un éclairage sur les rapports du normal et du pathologique qui sont en jeu dans le concept de santé sexuelle et dans les controverses entre la psychodynamique et le cognitivo-comportementalisme. Nous interrogerons l'idée selon laquelle les usages contemporains de ce concept participeraient de la médicalisation de la sexualité. Enfin, nous interrogerons l'histoire de la sexualité telle que développée par Foucault, et son style d'appréhension exclusivement pathologique. Principalement, deux prismes majeurs sont mis en question dans les pages qui suivent : celui de l'OMS pour l'histoire de la santé sexuelle, et celui de l'anormalité pour l'histoire de la sexualité.

[67] FOUCAULT, *L'archéologie du savoir*, *op. cit.*, 1969, p. 232 sq.

I/ Les origines hygiénistes du concept de santé sexuelle au XIXe siècle

I.1 — Un cadre d'émergence néo-hippocratique et vitaliste

I.1.1 — Un syntagme anglo-américain du réformisme médical

Les premières occurrences de « *sexual health* »

La méthode de recherche dans les bases de données bibliographiques que nous avons adoptée a produit des résultats surprenants, dont l'interprétation est délicate. Dans la première moitié du XIXe siècle, les occurrences de « santé sexuelle » que nous avons trouvées, concentrées en langue anglaise, sont sporadiques. « *Sexual health* » est ainsi utilisé par différents auteurs anglais et américains, au demeurant assez peu nombreux, et ils n'y réfèrent qu'une fois, voire deux. Et à chaque fois, aucune définition n'en est donnée. Ainsi l'effet produit est celui d'un syntagme qui ne pose pas problème, dont la signification semble évidente, comme le serait celle d'une expression habituelle. Pourtant, son usage n'est pas courant, y compris chez les auteurs qui y ont recours[1]. Nous aurions alors affaire à un concept qui va de soi tout en étant rare. Ceci contraste avec, tout

[1] Non seulement le syntagme n'apparaît qu'une seule fois dans la quasi-totalité des textes repérés à partir de notre méthode de recherche, mais l'extension, lorsqu'elle fut possible, de la recherche à d'autres textes de ces mêmes auteurs n'a pas permis de trouver d'autres occurrences.

d'abord, la seconde moitié du XIXe siècle, avec le XXe siècle, et surtout avec la fin du XXe siècle et le début du XXIe, où le sens de « santé sexuelle » paraît également aller de soi en santé publique, mais où ses usages, de façon plus cohérente avec cet effet d'évidence sémantique, sont prolifiques.

Il nous semble que deux hypothèses peuvent être formulées pour rendre compte de cet état de fait. Tout d'abord, la méthode de recherche peut être lacunaire. Les bases de données d'ouvrages du XIXe siècle, et peut-être plus particulièrement de la première moitié du siècle, peuvent être très incomplètes comparativement à des périodes plus récentes, même si elles sont régulièrement enrichies. Nous ne sommes pas en mesure de déterminer si les choix éditoriaux d'enrichissement de ces bases pourraient conduire à des biais de non représentativité ou de sous-représentativité éditoriale de leur époque. L'hypothèse pourrait ainsi être ici qu'il existe beaucoup plus de textes dès les débuts du XIXe siècle dans lesquels le syntagme « santé sexuelle » est présent. En l'état actuel de nos possibilités de recherche, cette question reste indécidable. Toutefois, le fait que les auteurs qui l'utilisent y aient recours aussi rarement ne plaide pas en faveur de cette hypothèse. En effet, si l'usage de « *sexual health* » était beaucoup plus courant, on pourrait s'attendre à ce qu'il soit plus souvent utilisé dans les textes dans lesquels il n'apparaît pourtant qu'une seule fois.

Une autre hypothèse est que, bien que peu courant, sa signification semble aller de soi parce qu'il renvoie à un type de vocabulaire qui, lui, est plus courant. Tout d'abord, les discours sur la santé sont légion, de même que ceux sur le sexe. Par ailleurs, la spécification du type de santé est effectivement courante, comme ceci s'observe avec le terme de « *mental health* », dès les premières années du XIXe siècle (c'est également le cas en français avec « santé mentale » et en allemand avec « *geistige Gesundheit* »). Dès lors, l'emploi de « *sexual health* » ne ferait que décliner, à propos du sexe, des dénominations habituelles dans les champs de l'hygiène et de la médecine. Sans pouvoir trancher de façon définitive, et en restant prudent, notre assentiment va plutôt à cette dernière hypothèse. L'évolution du nombre d'occurrences au fil du XIXe siècle dans les bases de données reflèterait alors une évolution du nombre d'usages effectifs, timides dans la première moitié du XIXe siècle, et de plus en plus conséquents à partir des années 1850. Ces considérations quantitatives faites, voyons maintenant en quoi consistent qualitativement les emplois de « *sexual health* ».

Une aire de pensée spécifique

Au XIXe siècle, ceux-ci ressortissent globalement d'une aire de pensée spécifique. Tant sur le plan scientifique que sur le plan éthique, la dimension culturelle anglo-américaine se caractérise à la fois par des influences de l'Europe continentale, des spécificités internes qui circulent entre la Grande Bretagne et les États-Unis, et la revendication d'une pensée spécifiquement américaine. Les influences d'Europe continentale sont celles du vitalisme et du néo-hippocratisme, tandis que les spécificités internes sont le protestantisme (d'influence d'Europe continentale plus ancienne et déjà bien ancré dans l'aire anglo-américaine au début du XIXe siècle), une référence marquée au bonheur, et la conception domestique de l'hygiène. Nonobstant les influences européennes, s'ajoute un sentiment national américain qui considère que les États-Unis constituent le pays dépositaire de la véritable réforme protestante, tandis que l'Europe serait en déclin.

Dans la seconde moitié du XIXe siècle, toujours dans l'aire anglo-américaine, la dimension sociale de l'hygiène va venir enrichir l'hygiène domestique, notamment sous l'influence du néo-malthusianisme et de l'utilitarisme qui pose la question du bonheur aussi bien sur le plan individuel que sur le plan collectif. La santé sexuelle va alors se trouver articulée à la santé reproductive. Enfin, avec la question de la massification de l'école, le tournant du XXe siècle va poser la question de l'éducation à l'hygiène sexuelle, et le recours au concept de santé sexuelle va s'accroître. Ce n'est que durant cette période que des usages de « santé sexuelle » vont commencer à apparaître en Europe continentale.

Ainsi, tout au long du XIXe siècle, se sont mis en place les éléments à propos de la santé sexuelle que l'on va retrouver avec l'institutionnalisation de celle-ci par l'OMS. Il ne s'agira cependant pas d'une simple transposition de ces éléments d'un siècle à l'autre, mais d'un remaniement de ceux-ci qui va s'opérer autour du concept de santé entendue comme un état positif de bien-être, alors qu'au XIXe siècle elle s'entend comme l'absence de maladies[2].

[2] Au demeurant, avec la méthode génétique appliquée au concept de santé sexuelle, il convient de se garder d'une vision rétrospectiviste de cette genèse.

I.1.2 — La pensée physiologique néo-hippocratique au tournant du XIXE siècle : influence du vitalisme

C'est donc dans des écrits de langue anglaise de la première moitié du XIXe siècle que nous avons trouvé les premiers usages de « santé sexuelle ». Il apparaît que l'émergence de ce syntagme est directement corrélée à l'un des courants de pensée naturaliste qui connaît une forte influence tant en Europe que dans une partie des États-Unis : le vitalisme. La recontextualisation du concept de santé sexuelle dans l'histoire plus globale des sciences du vivant présente non seulement un intérêt historique du point de vue de l'étude de son émergence, mais permet aussi d'apporter de précieux éclairages sur les débats contemporains entre les approches holistiques ou réductionnistes en sexologie et en médecine sexuelle. Avant de nous centrer sur les usages de « *sexual health* », nous allons donc décrire le contexte de pensée du vivant, qui touche autant à la physiologie qu'à la pathologie, dans lequel ces usages se sont fait jour.

Critique animiste du mécanicisme : de Descartes à Stahl en passant par Leibniz

Comme le rappelle l'historienne Roselyne Rey, le vitalisme s'est développé vers le milieu du XVIIIe siècle comme une tentative de réponse aux insuffisances du mécanicisme d'une part, dominant en médecine depuis le XVIIe siècle, et de l'animisme d'autre part, en particulier celui de Georg Ernst Stahl[3]. La problématique initiale est celle du dualisme entre l'âme et le corps et des rapports entre ces deux substances. La réponse du mécanicisme a consisté à appliquer à la connaissance du corps les principes de la physique fondée sur les mathématiques. Rey décrit ainsi les prétentions du mécanicisme comme une tentative « de ramener la physiologie à des lois statico-hydrauliques »[4]. On songe ici bien

[3] Rey Roselyne, « L'âme, le corps et le vivant », in: Grmek Mirko D. (éd.), *Histoire de la pensée médicale en Occident. De la Renaissance aux Lumières*, vol. 2 / 4, Paris, Seuil, 1997, p. 118.
[4] Ibid., p. 119.

sûr à l'animal-machine selon Descartes et à sa réduction de celui-ci à un ordre mathématico-géométrique[5], dont les implications en médecine étaient claires à son esprit, puisqu'il s'agissait pour lui de « trouver une médecine qui soit fondée en démonstrations infaillibles »[6]. Ceci se traduit par l'assimilation du vivant à l'automate, de telle sorte qu'on « aboutit à l'étrange paradoxe, selon lequel la meilleure façon d'apprendre à voir la nature est de fabriquer des automates »[7].

Chez Descartes, la vie constitue ainsi une propriété de la matière, mais cette dernière est ramenée au concept de l'étendue, analysable et divisible de façon géométrico-mathématique. C'est ainsi que, comme le rappelle la philosophe française Sarah Carvallo, Descartes « réduit l'origine de la vie à la fermentation cardiaque des esprits animaux », qui sont les corps les plus subtils du sang qui se logent dans le cerveau[8], ce qui revient à nier « la spécificité de la vie à l'égard des autres phénomènes de la matière ». Le dualisme de Descartes ne se situe donc pas entre la matière et la vie, mais entre la matière et l'esprit[9]. Surtout, ceci met en lumière le fait que le mécanicisme ainsi conçu, qui se veut relever d'une démarche rationaliste, repose sur un dualisme de l'âme et du corps, et partant sur une métaphysique de l'âme.

L'orientation mécaniciste cartésienne sera nuancée par Leibniz dans son débat avec Stahl :

> Quoique tout dans la matière ait une explication mécanique, tout ne s'y explique pas d'une manière matérielle, c'est-à-dire à l'aide de ce qui est purement passif dans les corps, ou bien en s'appuyant sur les principes purement mathématiques de l'arithmétique et de la géométrie.[10]

---

[5] Descartes René, *Œuvres et lettres. Traité de l'homme*, Paris, Gallimard, 1999 (Bibliothèque de la Pléiade), p. 807.

[6] Descartes René, « Lettre à Mersenne, janvier 1630 », in: *Œuvres et lettres*, Paris, Gallimard, 1953 (Bibliothèque de la Pléiade), p. 915.

[7] Gontier Thierry, « Le corps humain est-il une machine ? », *Revue philosophique de la France et de l'étranger* 126 (1), 2001, p. 35.

[8] Descartes, *Œuvres et lettres. Traité de l'homme*, *op. cit.*, 1999, p. 814.

[9] Carvallo Sarah, *La controverse entre Stahl et Leibniz sur la vie, l'organisme et le mixte*, Paris, Vrin, 2004 (Bibliothèque des textes philosophiques), p. 14.

[10] Leibniz Gottfried Wilhelm, « Doutes ou objections de Leibnitz touchant quelques assertions de la vraie théorie médicale de Stahl », in: Stahl Georg Ernst, *Œuvres médico-philosophiques et pratiques*, vol. VI / VI, Paris, J.-B. Baillière, 1864, p. 14 ; Cité par Rey, « L'âme, le corps et le vivant », *art. cit.*, 1997, p. 120.

Ainsi, Leibniz s'accorde avec Stahl pour considérer que le mécanicisme est insuffisant à saisir le principe de la vie, dans la mesure où le simple décalque des lois physiques de la matière et du mouvement sur le vivant échoue à une telle saisie, leur seul champ de validité étant l'inerte[11]. Mais, si pour les deux auteurs, il s'agit de connaître la vie à partir de ce qui en fait la spécificité, la réponse de Leibniz à la question de l'essence de la vie repose sur l'idée d'un principe formel soumis à des lois métaphysiques (par distinction d'un principe matériel soumis à des règles mathématiques) dans le cadre de sa théorie de l'harmonie préétablie, tandis que celle de Stahl est animiste. Nous avons alors affaire à deux conceptions distinctes de l'action de l'esprit sur le corps. Leibniz exclut en effet l'idée d'une causalité de l'esprit sur le corps (et inversement), la concordance entre les deux substances relevant d'une harmonie établie en amont par Dieu. Ce n'est donc pas à proprement parler d'une action de l'esprit sur le corps qu'il s'agit. De son côté, Stahl défend *a contrario* l'idée d'un « principe actif, moteur et incorporel, capable de produire un acte de même nature que lui, c'est-à-dire également incorporel, et ayant la puissance d'exercer cet acte sur la matière corporelle »[12]. L'âme est ce principe qui a le pouvoir de mettre le corps en mouvement. C'est elle qui permet qu'une matière répondant au mécanisme devienne un organisme, en le mettant, en tant que « force *supérieure et externe* », « en acte » selon « son but final »[13].

Il n'en reste pas moins que ces deux réponses à la question de la vie reposent elles aussi, comme le mécanicisme cartésien, sur un dualisme de l'esprit et du corps, la différence avec Descartes résidant dans le fait que pour Leibniz et Stahl, la vie est une propriété de l'esprit et non de la matière[14]. En outre, chacun à sa manière, les deux auteurs introduisent une finalité, de Dieu ou de l'âme.

---

[11] Carvallo, *La controverse entre Stahl et Leibniz sur la vie, l'organisme et le mixte*, *op. cit.*, 2004, pp. 9-10.

[12] Stahl Georg Ernst, « Avant-propos aux Doutes ou objections de Leibnitz », in: *Œuvres médico-philosophiques et pratiques*, vol. VI / VI, Paris, J.-B. Baillière, 1864, p. 7.

[13] Stahl Georg Ernst, « Réponse de Stahl aux doutes et objections de Leibnitz », in: *Œuvres médico-philosophiques et pratiques*, vol. VI / VI, Paris, J.-B. Baillière, 1864, p. 59. Les accents aristotéliciens sont patents.

[14] Carvallo, *La controverse entre Stahl et Leibniz sur la vie, l'organisme et le mixte*, *op. cit.*, 2004, p. 15.

Du dualisme âme/corps à l'opposition vivant/mort

Or, c'est précisément contre toute forme de dualisme et de métaphysique de l'âme que ceux que Rey appelle « les vitalistes de la première génération »[15] se sont érigés, de même que par méfiance eu égard à l'idée d'une finalité. Sans être lui-même vitaliste, Buffon a proposé un déplacement dichotomique pour rendre compte de la présence de la vie dans le vivant, contre l'idée que celle-ci résulterait seulement d'une forme d'organisation : « Il me paraît que la division générale qu'on devrait faire de la matière est entre matière vivante et matière morte, au lieu de dire matière organisée et matière brute : le brut n'est que le mort »[16]. Pour le naturaliste en effet, le mort est du vivant qui ne l'est plus. Ainsi, les pierres, la terre, etc., sont constituées de débris et de parties mortes d'animaux et de végétaux. Mais la nature est d'abord productrice de matière vivante, dont la vie réside en elle, dans ce qu'il appelle des molécules organiques. La reprise vitaliste de cette proposition est que la vie est inhérente au vivant, dans la moindre molécule ou fibre. Ceci se traduit en particulier par l'idée d'une sensibilité présente partout dans le corps, que le médecin Théophile de Bordeu, l'un des tout premiers vitalistes, résume ainsi : « il n'y a aucune raison de douter que les parties du corps ne soient toutes douées de la faculté sensible »[17]. Cette théorie s'appuie en particulier sur les travaux du médecin et anatomiste anglais Francis Glisson, qui, au milieu du XVIIe siècle, mit en exergue l'importance du système nerveux et fit de l'irritabilité la propriété spéciale des tissus vivants[18]. Lorsque Bordeu demande quelle est la nature de la faculté sensible, il considère qu'il s'agit de l'un de ces objets sur lesquels il convient de se taire plutôt que de chercher à raisonner, ce qui constitue la part d'obscurité du vitalisme. Mais il associe clairement cette faculté au système nerveux : « il paraît assez démontré par la ligature des nerfs,

---

[15] REY, « L'âme, le corps et le vivant », *art. cit.*, 1997, p. 121.

[16] BUFFON Georges-Louis Leclerc, *Histoire naturelle, générale et particulière, avec la description du Cabinet du Roy*, vol. 2 / 31, Paris, Imprimerie royale, 1749, p. 39 ; Cité par REY, « L'âme, le corps et le vivant », *art. cit.*, 1997, p. 121.

[17] BORDEU Antoine de, BORDEU Théophile de et BORDEU François de, *Recherches sur les maladies chroniques*, vol. 1, Paris, Ruault, 1775, p. 334 ; Cité par REY, « L'âme, le corps et le vivant », *art. cit.*, 1997, p. 122.

[18] Voir REY, « L'âme, le corps et le vivant », *art. cit.*, 1997, pp. 122-123 ; NISSENBAUM, *Sex, Diet, and Debility in Jacksonian America*, *op. cit.*, 1980, p. 54.

qu'ils sont les seuls organes de la sensibilité, et que c'est d'eux que toutes ces parties [du corps] tiennent cette propriété »[19].

Est alors rejetée l'idée d'une passivité du corps, dont les mouvements ne seraient que le fruit de lois mécaniques, ou d'une âme extérieure. Le dualisme de l'âme et du corps, qui permettait soit de réduire le corps à une substance répondant à des lois physiques mécaniques, soit d'attribuer la vie à un principe extérieur au corps, se trouve dès lors remis en cause, et avec lui, la conception métaphysique de l'âme. Avant son déclin avec le développement de la chimie organique et les critiques de Claude Bernard sur le fait que le vitalisme, prônant, dans la filiation hippocratique, l'observation empirique rationnelle sur le plan épistémologique, se positionnait généralement contre l'approche expérimentale tenue pour altérer les processus naturels, le vitalisme apparaît donc d'abord comme une tentative d'élaborer une science du vivant débarrassée de la métaphysique.

Enfin, le premier vitalisme s'est montré plutôt hostile à l'explication de la vie par la chimie organique, en raison de l'opposition entre le vivant et le mort. L'analyse chimique nécessite en effet d'extraire du corps ses éléments, ce qui revient à les dissocier de leur environnement naturel. Dès lors, l'analyse chimique est celles « d'humeurs mortes »[20], selon les termes de Bordeu. Rey souligne ainsi que la même idée d'altération des processus naturels préside au rejet de l'expérimentation et de la chimie pour étudier le vivant. Elle précise cependant que, si ces positionnements sont marqués dans le premier vitalisme, ils ne sont pas si tranchés dans tout le courant vitaliste, parmi lequel on trouve des positions plus nuancées, comme celle de Bichat, même si c'est au prix de tensions épistémologiques internes[21]. Par ailleurs, le philosophe belge Charles Wolfe, de son côté, met en évidence les positionnements moins tranchés au sein du vitalisme à propos des processus chimiques. Surtout, il insiste sur le fait que l'opposition classique entre la machine et la vie ne permet pas de rendre compte des nuances au sein aussi bien du mécanicisme (y compris cartésien)[22] et du vitalisme — au cœur même de l'École de Montpellier. Ce dernier peut se concevoir, avec le concept d'organisation ou d'économie animale,

[19] Bordeu, Bordeu et Bordeu, *Recherches sur les maladies chroniques*, *op. cit.*, 1775, p. 334.
[20] Ibid., p. 362.
[21] Rey, « L'âme, le corps et le vivant », *art. cit.*, 1997, p. 123 sq.
[22] Wolfe Charles, *La philosophie de la biologie avant la biologie. Une histoire du vitalisme*, Paris, Classiques Garnier, 2019 (Histoire et philosophie des sciences), p. 93.

comme un mécanisme « élargi »[23], tandis que le premier n'ignore pas, comme avec le concept de machine vivante[24], la spécificité du vivant par rapport à l'automate. Wolfe prend ainsi ses distances avec la reprise par Rey « des oppositions classiques entre la machine et l'organisation, la machine et la sensibilité, le matérialisme et le vitalisme »[25]. Elles permettent toutefois de poser des premiers jalons, à partir desquels peuvent être décrites les nuances et la complexité mises en évidence par Wolfe.

Cette cartographie des conceptions du vivant à l'époque moderne étant dessinée, ajoutons deux positions par rapport au vitalisme qui vont nous servir à analyser les philosophies du vivant sous-jacentes aux usages du concept de santé sexuelle : celle de Canguilhem, et celle du biologiste germano-américain Ernst Mayr. Tous deux considèrent que la biologie est une science autonome par rapport à la physique, et refusent de se référer à un principe vital d'ordre métaphysique. Mais ils n'ont pas la même appréciation ni le même usage du vitalisme. Mayr y voit certes une réponse au mécanicisme, mais qu'il ne considère pas comme plus valable que celui-ci. Il réfute que la conception mécaniciste puisse être le fondement de toute science, et donc que la physique soit la science par excellence, mais il souligne que le vitalisme a souvent postulé l'existence de forces immatérielles et promu des interprétations métaphysiques du vivant[26]. Pour lui, l'opposition entre le mécanicisme (ou encore le physicalisme) et le vitalisme a été rendu obsolète par le développement de ce qu'il appelle l'organicisme, qu'il décrit comme « la nouvelle philosophie holistique de la biologie »[27], où le holisme s'entend comme la réfutation de la réduction des régularités du vivant aux lois de la physique, et de la réduction de l'organisme comme ensemble à la somme de ses parties, du fait de la prise en compte des interactions dans les systèmes complexes que constituent les organismes. L'organicisme, dit-il, s'est développé au XXe siècle sous l'influence du darwinisme. Les propriétés autonomes des organismes ne tiennent pas à des forces immatérielles, mais à la structure

[23] Ibid., pp. 87-88.
[24] Ibid., p. 295.
[25] Ibid., p. 233.
[26] Mayr Ernst, « The Autonomy of Biology: The Position of Biology Among the Sciences », *The Quarterly Review of Biology* 71 (1), 1996, p. 98.
[27] « *[...] the new holistic philosophy of biology* ». Ibid., p. 99.

ordonnée de leur système, et à la possession d'un « programme génétique » (*genetic program*) acquis historiquement au cours de l'évolution[28]. Ces propriétés sont : la présence d'un constituant historique dans le programme génétique hérité ; l'extrême complexité des systèmes biologiques, même les plus simples, comparativement à la matière inanimée ; un haut degré d'organisation, offrant de nombreuses possibilités de propriétés émergentes, c'est-à-dire n'apparaissant pas analytiquement dans les composants de l'organisme, et ne pouvant donc y être réduites ; l'absence de constance des taxons dans la classification des espèces, du fait de l'évolution[29].

Tout en affirmant l'autonomie de la biologie par rapport à la physique, le vitalisme est donc écarté, en tant que science, en raison de son caractère métaphysique. De son côté, Canguilhem considère que l'abord physico-chimique de la vie conduit à perdre l'objet que l'on est supposé étudier :

> [...] on doit attendre peu d'une biologie fascinée par le prestige des sciences physico-chimiques, réduite ou se réduisant au rôle de satellite de ces sciences. Une biologie réduite a pour corollaire l'objet biologique annulé en tant que tel, c'est-à-dire dévalorisé dans sa spécificité[30].

Or si, pour le philosophe, la biologie soucieuse de son indépendance par rapport à la physique et la chimie a tôt fait d'être qualifiée de vitaliste en un sens péjoratif, cette appellation « convient, à titre approximatif et en raison de la signification qu'elle a prise au XVIIIe siècle, à toute biologie soucieuse de son indépendance à l'égard des ambitions annexionnistes des sciences de la matière »[31]. Le postionnement n'est pas ici scientifique comme chez Mayr, mais philosophique. Dans l'usage canguilhemien du vitalisme, l'affirmation de l'autonomie de la biologie par Mayr serait vitaliste. C'est en ce sens canguilhemien et dans sa dimension philosophique — qui pose la question du vivant relativement au non vivant — que nous employons le terme de « vitalisme », ce pour quoi, à la suite de Canguilhem, nous inscrivons Broussais et Bichat dans ce courant, alors que d'autres situent Broussais comme un représentant de l'organicisme de l'École de Paris contre le vitalisme de l'École de Montpellier, et Bichat comme un médecin cherchant à concilier

[28] Ibid.
[29] Ibid., p. 102.
[30] Canguilhem Georges, *La connaissance de la vie*, 2e édition revue et augmentée, Paris, Vrin, 2015 (Bibliothèque des textes philosophiques), p. 105.
[31] Ibid., p. 106.

les deux[32]. Pour autant, il ne s'agit pas de prendre position contre tout matérialisme, comme s'il s'agissait de préserver une forme spirituelle pour rendre compte du vivant, ou une métaphysique de la vie. La matière des sciences physico-chimiques s'entend comme construction épistémique quantitative, à laquelle des caractéristiques du vivant ne sauraient être réduites. Tel est le sens philosophique, sans référence à une quelconque réalité métaphysique, qui nous intéresse pour analyser les discours à prétention scientifique sur le vivant au sein desquels a émergé le concept de santé sexuelle.

I.1.3 — L'influence de la physiologie vitaliste sur la réforme sanitaire aux États-Unis (1830-1850)

Broussais et Bichat inspirateurs de Sylvester Graham

Le vitalisme nous intéresse particulièrement pour retracer la genèse du concept de santé sexuelle, parce que c'est dans son sillage qu'il va émerger aux États-Unis. C'est en effet dans le cadre de l'hygiénisme tel que développé par la réforme sanitaire que vont se faire les usages de « *sexual health* ». L'une des figures américaines majeures de cette réforme dès la période dite *antebellum* dans l'historiographie américaine — soit avant la guerre de Sécession — est le pasteur presbytérien et diététicien végétarien Sylvester Graham. Il n'était pas médecin, mais il s'installa peu avant 1830 à Philadelphie, qui disposait de deux écoles de médecine dominant la médecine américaine de l'époque[33]. C'est aussi la capitale de la Pennsylvanie, haut lieu quaker fondé en 1682 par l'Anglais William Penn, qui a fui la persécution britannique envers les dissidents puritains de l'Église anglicane, inspirés du calvinisme et ayant conduit à la constitution de l'Église presbytérienne.

[32] Raynaud Dominique, « La controverse entre organicisme et vitalisme : étude de sociologie des sciences », *Revue française de sociologie* 39 (4), 1998, pp. 721-750. À propos de Bichat, Wolfe parle de vitalisme « adouci » (Wolfe, *La philosophie de la biologie avant la biologie*, *op. cit.*, 2019, p. 361). Il ne fait en outre aucune mention de Broussais dans son livre qui se présente comme une histoire du vitalisme, ainsi que l'indique son sous-titre.

[33] Nissenbaum, *Sex, Diet, and Debility in Jacksonian America*, *op. cit.*, 1980, p. 53.

Le nom de Graham est resté associé au pain qu'il proposa en 1829 comme alternative au pain blanc, ainsi qu'à des biscuits. Il défendit à la fois un régime végétal et le contrôle de la sexualité, sur la base d'une théorie de la physiologie humaine « cohérente et compliquée », pour reprendre les termes de l'historien américain Stephen Nissenbaum[34]. Or, comme le rappelle ce dernier, sa conception de la physiologie est dérivée des travaux de deux figures du vitalisme européen : François Broussais et Xavier Bichat[35].

On retrouve chez les deux médecins l'opposition à une réduction mathématicienne de l'étude du vivant, Broussais étant lui-même influencé par Bichat. Comme le rappelle Canguilhem, ce dernier, dans ses *Recherches physiologiques sur la vie et la mort*[36], « oppose l'objet et les méthodes de la physiologie à l'objet et aux méthodes de la physique », dans la mesure où « faire entrer de force [les phénomènes vitaux] dans le cadre rigide des relations métriques c'est les dénaturer »[37].

Nissenbaum inscrit donc Broussais et Bichat dans le courant vitaliste[38]. Le *Traité de physiologie appliquée à la pathologie* de Broussais[39] a été traduit en anglais et publié à Philadelphie en 1826, tandis que sa doctrine de « médecine physiologique », qui se positionne contre la conception ontologique des maladies, était décrite dès le début des années 1820 dans le *Journal of Foreign Medical Science*[40]. Selon Nissenbaum, c'est à travers la lecture de Broussais que Graham a découvert Bichat[41]. Graham s'est appuyé sur leurs physiologies qu'il a combinées avec le végétarisme. De Broussais, il a repris l'idée de contractilité des tissus ou fibres organiques[42], qui, pour le français, est une propriété vitale[43], à laquelle préexiste, comme sa condition de possibilité, ce qu'il appelle la

---

[34] « *[...] coherent and complicated* ». Ibid., p. 4.

[35] Ibid., p. 53.

[36] Bichat Xavier, *Recherches physiologiques sur la vie et la mort*, Paris, Brosson, Gabon et Cie, 1800.

[37] Canguilhem Georges, *Le normal et le pathologique*, 12e édition, Paris, Presses Universitaires de France, 2013 (Quadrige), p. 37.

[38] Nissenbaum, *Sex, Diet, and Debility in Jacksonian America*, *op. cit.*, 1980, pp. 57; 60.

[39] Broussais François-Joseph-Victor, *Traité de physiologie appliquée à la pathologie*, Paris, Delaunay, 1822.

[40] Nissenbaum, *Sex, Diet, and Debility in Jacksonian America*, *op. cit.*, 1980, p. 57.

[41] Ibid., p. 60.

[42] Broussais décline lui-même le concept d'excitabilité du médecin écossais John Brown, qui vaut aussi bien en physiologie qu'en pathologie.

[43] Broussais, *Traité de physiologie appliquée à la pathologie*, *op. cit.*, 1822, p. 21.

« force vitale »[44]. Or, pour Broussais, il existe deux zones du corps particulièrement sujettes à la contractilité et aux développements pathologiques de celle-ci en irritation ou inflammation du fait de leur contact avec des éléments extérieurs au corps : les voies pulmonaires et les voies gastro-intestinales, qui réfèrent à deux besoins physiques vitaux, la respiration et la nutrition. L'inflammation des voies gastro-intestinales — la gastrite ou la gastro-entérite — occupe une place particulièrement centrale dans sa conception des maladies. Elle revient en effet régulièrement soit comme cause, soit comme effet de pathologies[45]. On comprend alors l'intérêt d'une physiologie de la contractilité dont les excès se traduisent par des inflammations, en particulier au niveau gastro-intestinal, pour le végétarisme de Graham. Ce d'autant plus que Broussais proposait le recours à la diète (et la saignée) comme moyens antiphlogistiques, c'est-à-dire anti-inflammatoires. La physiologie et la pathologie ne variant que quantitativement, les inflammations procèdent le plus souvent d'excès (et parfois de défaut). La diète est alors fréquemment préconisée pour réduire les inflammations gastro-intestinales. Broussais propose ainsi des régimes

[44] Si la propriété vitale répond à des lois qui peuvent être aussi bien physiques que chimiques, et si elle tient au fait que la matière animale est organisée, la force vitale consiste en « la puissance qui préside à la formation, au développement et à la conservation de l'individu », c'est-à-dire qui crée la forme de la matière animale comme organisée. Cette antécédence de la force vitale sur les propriétés vitales est une antécédence sur la forme organisée de la matière animale. Broussais dit que la force vitale « est assurément inconnue dans son essence, car c'est une cause première ; mais elle se manifeste à nos sens par des changemens de forme dans la matière » (ibid., pp. 26-28). En reprenant l'opposition de Raynaud entre organicisme et vitalisme, Broussais pourrait donc être considéré comme organiciste du point de vue de la matière animale, et comme vitaliste du point de vue de la condition de possibilité de la matière animale. Toutefois, l'opposition étudiée par Raynaud repose sur celle entre maladie générale, d'orientation holiste, et maladie localisée dans un organe (d'où le terme d'organicisme). L'affaire se complique dès lors que l'on relève, avec Wolfe, que : « Par une ironie de l'histoire, on qualifie souvent ceux que nous appelons "vitalistes", tels Bordeu, Fouquet ou Ménuret, d'organicistes » (Wolfe, *La philosophie de la biologie avant la biologie*, *op. cit.*, 2019, p. 234).

[45] Nissenbaum affirme que pour Broussais, l'irritation gastro-intestinale constituait virtuellement la source effective de toutes les maladies, comme le cancer, la syphilis, la tuberculose, les fièvres, etc. (Nissenbaum, *Sex, Diet, and Debility in Jacksonian America*, *op. cit.*, 1980, p. 59). On retrouve cette thèse sous la plume du médecin Michel Valentin, ainsi que sous celle de Jean-François Braunstein (Valentin Michel, *François Broussais, empereur de la médecine (1772-1838) : jeunesse, correspondance, vie et œuvre*, Dinard, Association des amis du Musée du pays de Dinard, 1988 ; Braunstein Jean-François, *Broussais et le matérialisme. Médecine et philosophie au XIXe siècle*, Paris, Méridiens Klincksieck, 1986 [Philosophie], p. 38). Cependant, Broussais décrit ce type d'irritation également comme un effet de l'exercice inapproprié de l'intellect, de certains mouvements affectifs et des passions (Broussais, *Traité de physiologie appliquée à la pathologie*, *op. cit.*, 1822, p. 275 sq.).

spécifiques, notamment végétaux et lactés, parfois même en lieu et place de la prise de médicaments. Ainsi pour le traitement précoce des phtisies :

> Je conseillerai donc à tous mes collègues de tenter la cure des phthisies commençantes, chez les sujets qui ne sont pas épuisés, par le régime lacté, végétal et féculent, sans mélange ; j'oserai même ajouter que sans son aide ils obtiendront fort peu de guérisons, malgré l'emploi des spécifiques les plus vantés ; et qu'avec lui ils pourront souvent se passer de tous les médicamens.[46]

L'intérêt de Graham pour Broussais fut donc celui pour une physiologie dans laquelle le régime alimentaire jouait un rôle de première importance. Il fut doublé d'un intérêt pour la thèse de Bichat selon laquelle la vie et les lois qui la gouvernent sont engagées dans une lutte pour protéger l'organisme contre les lois physico-chimiques qui gouvernent la matière inanimée[47]. Bichat définit ainsi la vie de la manière suivante : « *la vie est l'ensemble des fonctions qui résistent à la mort* »[48]. Elle constitue le principe par lequel les corps vivants réagissent aux actions continuelles sur eux exercées par les corps inorganiques. Par ailleurs, ici encore, ce principe est « inconnu dans sa nature », et il ne peut être « apprécié que par ses phénomènes », à savoir les réactions des corps vivants aux corps inertes[49].

Graham sera cependant plus proche des vues physiologiques de Broussais que de Bichat, en ce qu'elles posent une continuité au sein de tout le corps vivant, depuis l'ensemble des organes jusqu'au cerveau et réciproquement par l'entremise du système nerveux, tandis que Bichat instaure une division au sein du vivant, entre l'organique et l'animal. Pour ce dernier, la vie organique est celle des fonctions de régulation interne du corps, tandis que la vie animale est celle des relations avec le monde extérieur[50]. Sans rejeter cette distinction qui, comme nous le verrons, lui servira pour penser la sexualité,

---

[46] Broussais François-Joseph-Victor, *Histoire des phlegmasies ou inflammations chroniques, fondée sur de nouvelles observations de clinique et d'anatomie pathologique*, vol. 1 / 3, 2e édition, Paris, Moronval, 1816, p. 559 ; Cité par Cardenas Diana, *La nutrition en médecine : approche épistémologique, problèmes ethiques et cas cliniques*, Université de Franche-Comté, 2016, p. 77.

[47] Nissenbaum, *Sex, Diet, and Debility in Jacksonian America*, *op. cit.*, 1980, p. 60.

[48] Bichat, *Recherches physiologiques sur la vie et la mort*, *op. cit.*, 1800, p. 1. Souligné dans le texte.

[49] Ibid.

[50] Ibid., pp. 2-4.

aux yeux de Graham l'approche de Broussais est en somme plus holistique car interactionniste[51], et elle permet de fonder une éthique de la tempérance sur la physiologie[52], et ce aussi bien dans le domaine du régime alimentaire que dans celui de la sexualité. Graham élabore ainsi ce que Nissenbaum appelle une « physiologie de la subsistance » ou du minimum vital, qui articule les idées végétariennes à la problématique des dangers supposés de la masturbation et des excès maritaux[53].

Le théoricien végétarien combina ainsi la physiologie vitaliste à l'éthique protestante. C'est en cette combinaison que consiste la réforme sanitaire aux États-Unis, et bien que Graham ne fut pas médecin, il put s'appuyer sur des médecins présents dans les mouvements promoteurs de la tempérance, et en particulier sur le docteur John Bell. Ce dernier fut l'un des traducteurs de la *Physiologie appliquée à la pathologie* de Broussais, dont il accompagna l'une des éditions d'une préface présentant la médecine physiologique de Broussais comme une extension logique dans le domaine pathologique et médical du travail de Bichat. Surtout, tout en reconnaissant que Broussais n'a pas inféré de morale de son système physiopathologique, il souligne que l'intérêt de ses doctrines dépasse leurs mérites purement scientifiques, en ce que tout en faisant appel à la nature, elles permettent de fonder solidement une « moralité saine » (*sound morality*)[54].

---

[51] L'usage que fait Graham de Broussais est donc en décalage avec le rattachement de celui-ci à l'organicisme localiste que fait Raynaud, en rappelant : « Médecin de l'armée des côtes de l'Océan et des campagnes napoléoniennes, [Broussais] profita de ses multiples observations pour développer ses thèses localistes » (Raynaud, « La controverse entre organicisme et vitalisme », *art. cit.*, 1998, p. 733). De fait, il faisait partie de l'École de Paris, et son approche de l'irritation, en accord avec le principe de continuité qu'il pose entre le normal et le pathologique aux variations quantitatives près, est quantitative. Mais son modèle de la gastrite, tout en localisant l'inflammation, est physiologique plutôt qu'anatomique, et ainsi plus dynamique que statique. Les analyses de Canguilhem ont par ailleurs mis en évidence « une collusion de concepts quantitatifs et qualitatifs dans la définition donnée des phénomènes pathologiques » chez Broussais, de même que chez Bichat, Comte et Claude Bernard (Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, *op. cit.*, 2013, p. 51). Voir également la thèse de doctorat de Klein Alexandre, *Du corps médical au corps du sujet. Étude historique et philosophique du problème de la subjectivité dans la médecine française moderne et contemporaine*, Thèse de doctorat, Nancy, Université de Lorraine, 2012, pp. 155, 298.

[52] Nissenbaum, *Sex, Diet, and Debility in Jacksonian America*, *op. cit.*, 1980, p. 64.

[53] Ibid., pp. 3-4.

[54] Ibid., p. 75.

Sexe, diète et tempérance chez Graham

Cette combinaison entre la physiologie vitaliste et la morale va se traduire par le recours promis à un grand succès du concept de « lois de la vie » (*laws of life*), associé au concept de santé, voire superposable aux « lois de la santé », qui induisent un certain nombre de conduites pour être préservées et pour prévenir le déclenchement de maladies. Les lois physiologiques, qui font l'objet d'une description scientifique, se trouvent enrichies d'une dimension prescriptive, ce qui permet un glissement entre lois de la nature et lois morales. Ainsi, les violations des lois de la vie déclenchent des maladies, ce qui implique le devoir de se conformer à celles-ci. Ceci est particulièrement vrai pour l'être humain, seul animal qui dégrade sa nature. Par conséquent, « [i]l est […] important que l'homme comprenne sa nature et ses relations, afin qu'il puisse connaître et accomplir ses devoirs en accord avec les lois constitutionnelles de sa vie ».[55]

S'adressant aux jeunes hommes dans une démarche éducative inhérente à l'hygiénisme, Graham a posé les deux grandes fonctions de la vie : la nutrition et la reproduction, nécessaires à l'existence individuelle pour la première, et à celle de l'espèce pour la seconde[56]. Dans cette adresse aux jeunes hommes, Graham entend énoncer « les véritables principes physiologiques et pathologiques qui concernent l'organisation sexuelle, les fonctions, les propensions et les passions de l'homme », et ce selon une exactitude qui relève de la vérité scientifique[57].

Le modèle de l'irritation qu'adopte Graham conduit à une évolution de l'idée de tempérance à partir des questions alimentaires. En effet, le célèbre pasteur presbytérien Lyman Beecher[58], co-fondateur de la Société américaine de tempérance, promouvait la modération en matière de consommation d'alcool à cause des risques d'addiction. Ses

---

[55] « *How important, […] is it, that man should understand his nature and relations, that he may know and perform his duties consistently with the constitutional laws of his life* ». GRAHAM Sylvester, *A Lecture to Young Men on Chastity. Intended Also for the Serious Consideration of Parents and Guardians*, 2nd ed., Boston, Light & Stearns, Crocker & Brewster, 1837, p. 33.

[56] Ibid., p. 29.

[57] « *[…] the true physiological and pathological principles which relate to the sexual organization, functions, propensities and passions of man…* ». Ibid., p. 19.

[58] Beecher est connu pour avoir proposé au début du XIXe siècle une forme amendée du calvinisme, laissant de la place au revivalisme. Voir SHOOK John R. (éd.), *The Dictionary of Early American Philosophers*, 2 vol., New York ; London, Continuum, 2012, p. 102.

arguments physiologiques consistaient à établir un lien de continuité entre une consommation modérée régulière et une consommation immodérée, la première entraînant la seconde. Le problème sur lequel se centre le modèle de l'addiction est donc celui des habitudes intempérantes. Au contraire, le modèle de l'irritation se centre sur les effets sur l'organisme. Pour Graham, les effets de l'alcool sont immédiats, et l'alcool doit être banni. Le modèle de l'irritation conduit ici à une éthique de l'abstinence.

Surtout, compte tenu de la place fondamentale qu'occupe l'irritation dans la physiologie vitaliste reprise par Graham, l'éthique de la tempérance trouve à s'étendre à tous les domaines de la vie humaine, et pas seulement à la consommation d'alcool[59]. Ainsi en est-il de la sexualité[60].

Sexe et santé : la question de l'excitation et du désir sexuels

À partir de la distinction faite par Bichat entre la vie organique et la vie animale, Graham va élaborer une théorie particulière des manifestations pathologiques dans le domaine sexuel. Selon lui, la vie sexuelle relève de ces deux formes de vie. Ainsi, d'un côté, la production de semence et son éjection par les organes mâles de la génération ressortissent de la vie organique — il s'agit de fonctions internes du corps. D'un autre

---

[59] NISSENBAUM, *Sex, Diet, and Debility in Jacksonian America*, *op. cit.*, 1980, pp. 80-81.

[60] Nonobstant les différences entre Beecher et Graham, le parallèle entre l'alcool et la sexualité est promis à un grand avenir dans le modèle protestant de la tempérance pouvant aller jusqu'à l'abstinence. Le médecin protestant Benjamin Rush, considéré comme un pionnier de la psychiatrie américaine (voir SHOOK (éd.), *The Dictionary of Early American Philosophers*, *op. cit.*, 2012, p. 912), publie en 1784 un ouvrage consacré aux effets des spiritueux sur l'esprit et le corps humain : *An Inquiry into the Effects of Ardent Spirits upon the Human Body and Mind* (pour une traduction française, voir RUSH Benjamin, « Une enquête sur les effets des spiritueux sur le corps et l'esprit humains. Avec un compte rendu sur les moyens de les prévenir et les remèdes pour les soigner », *Psychotropes* 17 [3], 2011, pp. 179-212). Les éditions suivantes intègrent un thermomètre physique et moral qui propose une échelle de progression de la tempérance à l'intempérance en fonction des breuvages consommés (p. 2-3). Parmi les remèdes que Rush propose contre la récurrence des épisodes d'ivresse, se trouve en premier lieu la foi dans les doctrines chrétiennes (ibid., pp. 207-208). En 1953 est publié par les Alcooliques Anonymes un ouvrage sur les douze étapes supposées mener à l'abstinence, dont les premières sont d'ordre religieux (ALCOHOLICS ANONYMOUS, *Les douze étapes et les douze traditions*, New York, Alcoholics Anonymous World Services, 2003, sect. Introduction). Or, cette méthode des douze étapes pour traiter l'alcoolisme est reprise et adaptée en 1983 par l'éducateur américain Patrick J. Carnes pour lutter contre l'addiction sexuelle (CARNES Patrick, *Out of the Shadows: Understanding Sexual Addiction*, Center City, Hazelden, 1994, pp. 165-191). C'est à partir de cet ouvrage que le thème de l'addiction sexuelle va faire l'objet d'une littérature de plus en plus abondante.

côté, les mouvements volontaires du pénis durant l'acte sexuel en vue de la reproduction relèvent de la vie animale — il s'agit de rapports au monde extérieur, dont les mouvements volontaires sont les vecteurs. Bien que la nature duale du vivant selon Bichat pose problème relativement à l'approche holistique de Graham, ce dernier la reprend mais en établissant une connexion entre l'organique et l'animal par l'intermédiaire des organes reproducteurs — les seuls parmi tous les organes à être intégralement connectés à la fois au cerveau et au système digestif, et à faire le lien entre les deux[61]. Il rétablit ainsi la continuité au sein du corps inspirée par l'usage qu'il fait de Broussais.

Plus précisément, pour Graham, les fonctions nutritives et de reproduction dépendent des propriétés vitales des tissus des organes que sont les tissus musculaires et les tissus nerveux. S'attardant sur ces derniers, Graham les distingue entre le cerveau et la moelle épinière d'une part, qui appartiennent à la vie animale (ce système nerveux permettant notamment la perception du monde extérieur et l'activation volontaire des muscles), les ganglions et le plexus d'autre part, qui appartiennent à la vie organique (qui président à tous les processus chimiques vitaux, c'est-à-dire, selon Graham, qui constituent les instruments de « l'énergie vitale » — *vital energy* — par laquelle le corps convertit, selon une suite de processus de transformation, la nourriture en solides et fluides de l'ensemble du corps — tel le sperme). Les organes de la digestion dépendent pour l'essentiel des nerfs de la vie organique. Ceux de la reproduction dépendent des deux classes de nerfs[62].

S'établit alors une double réciprocité : entre les organes génitaux et le cerveau, et entre ces mêmes organes génitaux et ceux de la digestion. La première se traduit par le fait que des pensées lascives et l'imagination peuvent exciter et stimuler les organes reproducteurs, de même que l'état d'excitation de ces organes — résultant par exemple d'une abondance de semence dans les testicules — peuvent provoquer des pensées lascives. La seconde se traduit par le fait que les organes de la digestion sont immédiatement affectés par la condition des organes génitaux et réciproquement, dans la mesure où ils sont alimentés par la même classe de nerfs. Ainsi, si la vie organique et la vie animale constituent deux formes de vie distinctes comme chez Bichat, des interactions entre les

[61] Nissenbaum, *Sex, Diet, and Debility in Jacksonian America*, *op. cit.*, 1980, p. 105.
[62] Graham, *A Lecture to Young Men on Chastity*, *op. cit.*, 1837, pp. 34-35.

deux posent une continuité entre celles-ci, ce qui se traduit par un état d'irritabilité pathologique qui provoque ce que Graham appelle une débilité (*debility*), c'est-à-dire l'aggravation et l'excès d'excitation et de sensation de la vie organique[63].

Comme le souligne Nissenbaum, cette conception de la débilité renverse celle du médecin Samuel Tissot, pour lequel les excès de la vie sexuelle provoquaient un épuisement et une perte de sensations[64]. Chez Tissot, l'excès se situe dans l'activité sexuelle. On sait en particulier combien de maux il attribue à la masturbation, du fait de ses effets supposés sur le corps[65]. Les théories de Tissot s'inscrivent dans ce que le philosophe aux États-Unis Patrick Singy a appelé le discours de la semence. Celui-ci se distingue du discours de la chair et de celui de la sexualité. Le discours de la chair est celui du péché, qui recherche le degré de culpabilité dans les actes et pensées sexuelles selon qu'ils et elles sont volontaires ou non. Le discours de la sexualité est celui qui pose des instincts à l'origine des préférences et des actes sexuels, et qui catégorise des identités en fonction de ceux-ci (les homosexuel · le · s, les hétérosexuel · le · s…). Le discours de la semence, quant à lui, articule la question de la quantité de semence à celle de la santé, et s'inscrit dans une conception plus globale sur les sécrétions du corps[66]. Comme le dit Singy, il s'agit d'un problème « strictement quantitatif et hydraulique »[67]. De fait, nous retrouvons ici une conception mécaniciste du corps, qui perd et régénère ses fluides. Et, particulièrement intéressant pour notre propos, la régénération des fluides est rapportée à la nutrition. En effet, la perte des fluides, continuelle, nous entraînerait vers la mort si nous ne nous nourrissions pas. Tissot appelle « nutrition » les « différentes préparations » que subissent les aliments une fois que nous les avons ingérés. Sans ce travail de nutrition, « tous ces aliments deviennent inutiles, et n'empêchent pas qu'on ne tombe dans tous les maux que l'épuisement entraîne ». Et il se trouve que la plus grande entrave à la nutrition est provoquée par « les évacuations trop abondantes ». Tissot conclut :

> Telle est la fabrique de notre machine, et en général des machines animales, que, pour que les aliments acquièrent ce degré de préparation nécessaire pour réparer le corps, il

[63] Ibid., pp. 36-38.

[64] Nissenbaum, *Sex, Diet, and Debility in Jacksonian America*, *op. cit.*, 1980, pp. 114-115.

[65] Tissot Samuel-Auguste, *L'onanisme. Essai sur les maladies produites par la masturbation*, Paris, Garnier Frères, 1905.

[66] Singy Patrick, *L'usage du sexe. Lettres au Dr. Tissot, auteur de* L'Onanisme *(1760)*, Lausanne, BHMS, 2014 (Sources en perspective), pp. 10-27.

[67] Ibid., p. 22.

> faut qu'il reste une certaine quantité d'humeurs déjà travaillées, naturalisées, si l'on veut me permettre ce terme.[68]

On voit ici comment un discours qui articule la nutrition à la question du sexe par l'entremise d'une problématique de la régénération des fluides et de leur évacuation peut ne pas relever de la conception vitaliste du vivant, mais d'un modèle plus mécaniciste. Or, c'est précisément sur ce point de la conception du vivant que Tissot et Graham diffèrent fondamentalement, ce qui se traduit par des significations opposées de la débilité — épuisement physique par perte de semence d'un côté, excès de sensibilité de l'autre, y compris du seul fait de l'imagination.

La catégorie de l'imagination et les pensées ne font pas sens dans le discours de la semence de Tissot[69], alors qu'elles peuvent provoquer l'excitation corporelle dans celui de Graham. Comme nous l'avons vu, les connexions entre la vie organique et la vie animale permettent de poser une continuité entre ce qui relève de l'esprit et ce qui relève du corps. Ceci permet à Graham d'élaborer sur le sexe ce que Nissenbaum appelle une « pathologie du désir »[70]. Par l'entremise du système nerveux, le désir sexuel exerce son influence aussi bien sur la vie organique que sur la vie animale, de même que ce désir peut être provoqué par l'état morbide des nerfs de la vie organique, conséquence par exemple de l'ingestion de substances et aliments stimulants ou épicés, ou en trop grande quantité :

> Toutes sortes de substances stimulantes et échauffantes, d'aliments très relevés, de plats riches, la libre utilisation de la chair, et même l'excès de nourriture, tous, plus ou moins — et certains à un très grand degré — accroissent l'excitabilité concupiscente et la sensibilité des organes génitaux, et augmentent leur influence sur les fonctions de la vie organique, et sur les facultés intellectuelles et morales.[71]

---

[68] Tissot, *L'onanisme*, *op. cit.*, 1905, pp. 1-2.

[69] Même lorsqu'il cherche à établir une différence entre la perte de semence par masturbation et celle par coït marital, Tissot ne fait pas appel à des catégories de l'esprit, mais à des mécanismes physiques, comme le fait par exemple que le masturbateur éjaculerait plus fréquemment que le mari faisant l'amour avec sa femme. Voir Singy, *L'usage du sexe*, *op. cit.*, 2014, p. 27.

[70] Nissenbaum, *Sex, Diet, and Debility in Jacksonian America*, *op. cit.*, 1980, p. 105.

[71] « *All kinds of stimulating and heating substances, high-seasoned food, rich dishes, the free use of flesh, and even the excess of aliment, all, more or less — and some to a very great degree — increase the concupiscent excitability and sensibility of the genital organs, and augment their influence on the functions of organic life, and on the intellectual and moral faculties* ». Graham, *A Lecture to Young Men on Chastity*, *op. cit.*, 1837, p. 40.

Dès lors, l'enjeu pour Graham n'est pas l'évacuation trop abondante de la semence, mais les conséquences de l'imagination sur le corps et réciproquement. Autrement dit, l'excitation sexuelle constitue en elle-même un problème, en amont de l'éjaculation, et même en l'absence de cette dernière. Et ce, parce que l'excitation ou « stimulation vitale » produit déjà des tensions musculaires et des convulsions, jusqu'à la débilité générale et l'irritabilité morbide :

> C'est cette EXCITATION particulière, ou STIMULATION VITALE, qui provoque la tension musculaire et les convulsions, et l'action accrue du cœur, et occasionne la congestion viscérale, et perturbe toutes les fonctions du système, et donc produit la débilité générale, l'irritabilité et la sympathie morbides, et toute la suite des maux qui en résultent (…), sans atteindre l'apogée du coït, et provoque une émission de semence, et les paroxysmes convulsifs qui l'accompagnent.[72]

Le modèle vitaliste de Graham met en jeu un phénomène psychologique qui a des conséquences sur le corps. C'est un élément qualitatif qui conduit à l'évacuation d'une quantité de semence, dans une problématique qui ne se réduit dès lors pas à des considérations mécaniques, mais qui engage aussi l'esprit.

Le vitalisme de Graham entre le discours de la semence et le discours de la sexualité

Le modèle de la tempérance trouve donc à s'appliquer, non seulement sur les mêmes fondements que pour le régime alimentaire, mais aussi en articulation directe à la question nutritionnelle. Plus, il concerne l'imagination et le désir, posant ainsi la question de ce qui se produit dans l'esprit, à partir des effets sur le corps. En reprenant le découpage proposé par Singy de ce que l'on appelle communément « l'histoire de la sexualité »[73], il apparaît que le discours de Graham n'est pas celui de la semence. Mais il n'est

---

[72] « *It is this peculiar EXCITEMENT, or VITAL STIMULATION, which causes the muscular tension and convulsion, and increased action of the heart, and occasions visceral congestion, and disturbs all the functions of the system, and thus produces general debility, morbid irritability and sympathy, and all the consequent train of evils which result (...), without amounting to the acme of coition, and causing an emission of semen, and the convulsive paroxysms which attend it* ». Ibid., p. 49.

[73] Singy met l'appellation entre guillemets dans la mesure où, à strictement parler, le terme « sexualité » serait à réserver au « discours de la sexualité », les discours de la chair et de la semence ne relevant pas, dans ce cas, de l'histoire de la sexualité, qui débute avec le discours de la sexualité. L'enjeu est ici d'éviter

pas non plus encore celui de la sexualité. Il se situe plutôt comme un discours pivot entre les deux. En effet, tout comme le discours de la chair et celui de la sexualité, Graham accorde une importance primordiale à l'intériorité (l'esprit). Mais il ne déploie ni un discours du péché, ni un discours de l'instinct et de l'identité. En revanche, il se positionne par rapport au discours de la semence de Tissot, en considérant que si le sperme est effectivement un fluide de première importance, les maux résultant de son évacuation ont été excessivement surestimés[74]. De fait, pour lui, les causes des maux se situent déjà en amont, au niveau de l'imagination et du désir, ce qui réintroduit la centralité de l'intériorité pour le sexe. Toutefois, cette intériorité n'est pas pensée comme instinct, mais par contraste avec lui. Plus exactement, il y a deux types d'intériorité, celle de l'esprit et celle de la vie organique. L'instinct se rapporte à cette dernière. Mais ce qui fait la spécificité de l'être humain est de pouvoir déroger aux lois de l'instinct. D'une manière générale, les fonctions de nutrition et de reproduction sont gouvernées par les lois de l'instinct dans l'ordre animal. Ainsi, concernant la fonction de reproduction en particulier, elle échappe à l'excès du fait d'être naturellement contrôlée dans sa périodicité. Or, cette fonction est gouvernée par la raison et non par l'instinct chez l'être humain :

> [Ces fonctions] sont — dans un pur état de nature — instinctivement périodiques dans leurs désirs sexuels, et ne souffrent donc pas d'un exercice excessif de la fonction de reproduction. Mais chez l'homme, ces fonctions importantes — et surtout celle de la reproduction — sont, quant à leur exercice, placées sous le contrôle des pouvoirs rationnels.[75]

Comme le précise Graham, il n'entend pas par-là que l'être humain est fondé à satisfaire son appétit sexuel comme bon lui semble sans que cela porte atteinte à sa nature. Comme nous l'avons vu, l'excès sexuel a des conséquences pathologiques sur le plan de la vie organique. Plus précisément, les lois constitutionnelles de sa nature se trouvent atteintes, ce qui porte également atteinte à sa santé. Ceci signifie que l'être

---

de procéder à l'histoire des représentations d'une catégorie qui serait elle-même anhistorique. Voir SINGY, *L'usage du sexe*, *op. cit.*, 2014, p. 1 sq.

[74] GRAHAM, *A Lecture to Young Men on Chastity*, *op. cit.*, 1837, pp. 43-45.

[75] « *They are — in a pure state of nature — instinctively periodical in their sexual desires, and therefore do not suffer from an excessive exercise of the function of reproduction. But in man, these important functions — and especially that of reproduction — are, as to their exercise, placed under the control of the rational powers* ». Ibid., p. 31.

humain « a le pouvoir et les moyens de détruire le gouvernement de la loi de l'instinct »[76], et que pour tout de même se conformer à cette loi, la raison ainsi que la moralité dont l'être humain est seul doué, doivent contrebalancer ce pouvoir de destruction. Ce contrepoids s'établit à deux niveaux qui sont articulés — scientifique et moral : « [L'homme] est également doté de pouvoirs rationnels pour *établir* ces lois constitutionnelles, et de pouvoirs moraux pour *prévenir* cet excès »[77]. Chez l'être humain, le respect des lois de l'instinct, c'est-à-dire de la vie organique, qui consiste dans le fait de ne pas provoquer d'irritation, repose donc sur la mise au jour de ces lois par la raison, et sur la mise en adéquation de ses manières d'être avec ces lois. Il ne s'agit pas ici de constitution d'identités sexuelles selon tel instinct particulier, mais de ce que les spécificités humaines rendent nécessaires pour que les lois de l'instinct soient suivies. Une continuité est établie entre les lois de la vie organique, les lois de la raison et les lois de la moralité, qui rend possible l'observance des premières. Ainsi, le respect des lois de l'instinct — qui est unique — requiert-il des procédés volontaires de l'esprit, tandis que dans le discours de la sexualité selon Singy, les instincts — pluriels et distribués différemment selon les individus — s'imposent et rendent la volonté impuissante.

Ainsi, du discours de la semence, Graham retient une certaine importance de la question des fluides, mais qu'il relativise dans la physiologie générale, en se référant à l'idée de vie organique sur fond vitaliste qui se détache de l'approche mécaniciste de Tissot. Et en accordant à la vie animale, en particulier au cerveau et partant à l'imagination, le pouvoir d'agir sur la vie organique, il pose un jalon du discours de la sexualité, sans toutefois en relever tout à fait.

Il convient également de noter que l'instinct est un régulateur naturel qui évite l'excès, et que c'est la faculté rationnelle qui pose problème (tout en étant aussi la solution). Autrement dit, la nature est bonne, et c'est en ce sens que ses lois sont les lois de la santé ou lui sont congruentes. Nous ne nous trouvons pas là dans une conception selon laquelle l'instinct pousse à l'excès, et qu'ainsi il faut le contrôler, telle qu'on la trouve dans les oppositions classiques entre la nature et la culture, comme dans les travaux de

---

[76] « *... man, who has the power and means to destroy the government of the law of instinct...* ». Ibid., pp. 31-32.

[77] « *[Man] is also endowed with rational powers to* ascertain *those constitutional laws, and moral powers to* prevent *that excess* ». Ibid., p. 32.

l'OMS sur la santé sexuelle dans les années 1970 et les modèles éducationnels associés. Chez Graham, c'est plutôt la spécificité humaine qui instaure qu'il ait à agir pour préserver sa santé. C'est un point commun avec le discours de la sexualité, où les excès sont des déviations de l'instinct.

I.1.4 — Santé sexuelle et médecines dites « alternatives »

Convergence du vitalisme néo-hippocratique et de l'hygiénisme domestique

La pensée de Sylvester Graham est caractéristique de la réforme sanitaire de l'époque *antebellum*, que l'historiographie américaine appelle également « jacksonnienne » (en référence aux présidences d'Andrew Jackson), qui court des années 1830 aux années 1850. Alors que se développent l'urbanisation et l'industrialisation, c'est une période de renouveau religieux, désigné comme « second grand réveil » (*Second Great Awakening*), qui voit les mouvements protestants croître de la toute fin du XVIIIe siècle aux années 1850. L'une des caractéristiques de certains de ces mouvements est de prêcher un salut moral et physique plutôt que théologique, et d'occuper ainsi une place de choix dans le mouvement populaire en faveur de la santé[78]. Ce positionnement n'étonne pas eu égard à l'importance qu'accorde le protestantisme à la vie terrestre en général, au corps et à sa santé en particulier, le corps étant dit dans la Bible « temple du Saint Esprit »[79]. Comme le souligne l'historien Olivier Faure, « en terre protestante », la religion « est un facteur important de la promotion des règles de santé publique »[80]. Et de santé domestique aux États-Unis, ajouterons-nous.

L'alliance entre des mouvements protestants et les approches physiologiques plus rationnelles date surtout des années 1830 et ne caractérise pas tous les mouvements protestants. Selon l'historienne américaine Helen Lefkowitz Horowitz, les discours sur le

---

[78] Larchet Nicolas, « Food reform movements », in: Smith Andrew F. (éd.), *The Oxford Encyclopedia of Food and Drink in America*, vol. 1 / 3, 2nd edition, Oxford, Oxford University Press, 2012, p. 797.

[79] Première épître de Paul aux Corinthiens, 6-19, *La sainte Bible. Nouveau Testament*, Paris, Barbey, 1909, p. 225.

[80] Faure Olivier, « Les stratégies sanitaires », in: Grmek Mirko D. (éd.), *Histoire de la pensée médicale en Occident. De la Renaissance aux Lumières*, vol. 2 / 4, Paris, Seuil, 1997, p. 291.

sexe dans la première moitié du XIXe siècle aux États-Unis ont été façonnés selon trois cadres (*frameworks*) distincts : un cadre vernaculaire, de culture populaire dont on retrouve des éléments dans l'*Aristotle's Master-Piece* rédigé par des auteurs anonymes et édité et réédité en anglais depuis la fin du XVIIe siècle[81] ; un cadre de christianisme évangélique ; et un cadre de science populaire. À partir du milieu du XIXe siècle, un quatrième va émerger : le radicalisme sexuel[82]. Selon Horowitz, le second grand réveil a d'abord remis au goût du jour les anciennes notions chrétiennes sur la nature humaine et le péché — notamment le péché de chair et la luxure. Les mouvements réformistes ont appelé les chrétiens à réorganiser la société et la culture de manière à garder le contrôle des passions humaines. D'abord en conflit avec ceux qu'Horowitz appelle les libres penseurs, dont l'approche du sexe est plus scientifique, une partie des protestants les a rejoints pour mêler science et pratiques religieuses. C'est ainsi que s'est élaboré le troisième cadre discursif de science populaire du corps, auquel appartient Sylvester Graham[83].

Dans ce cadre, la moralité réside dans le fait de se conformer à la nature et à ses lois, c'est-à-dire à préserver sa santé ou à chercher à la rétablir en faisant fond sur les lois physiologiques. Le présupposé est que les lois naturelles sont aussi prescriptives car bonnes, ce qui tend à identifier la physiologie à la santé, ou du moins à faire de la physiologie le modèle de la santé. L'inspiration est clairement hippocratique. On retrouve en effet un écho à la théorie de la *natura medicatrix*, selon lequel la nature cherche d'elle-même à rétablir l'état de santé : « La nature est le médecin des maladies. La nature trouve pour elle-même les voies et moyens, non par intelligence ; (…) la nature, sans instruction et sans savoir, fait ce qui convient »[84]. Cette médecine repose sur une confiance en la nature, qu'il faut d'une certaine manière laisser faire, ou dont il faut suivre les lois. Cette « expression de la confiance du vivant dans la vie, de l'identité de la vie avec soi-même dans le vivant humain » caractérise le vitalisme selon Canguilhem[85], qui

[81] Pour une édition américaine du début du XIXe siècle, voir par exemple *Aristotle's Master-Piece, Completed in two Parts*, New York, Flying Stationers, 1807.
[82] HOROWITZ Helen Lefkowitz, *Attitudes toward Sex in Antebellum America. A Brief History with Documents*, New York, NY, Palgrave Macmillan, 2006 (The Bedford Series in History and Culture), p. 2.
[83] Ibid., pp. 8-9.
[84] HIPPOCRATE, « Sixième livre des épidémies », in: LITTRÉ Emile (éd.), *Œuvres complètes d'Hippocrate*, vol. V, Paris, J.-B. Baillière, 1846, p. 315.
[85] CANGUILHEM, *La connaissance de la vie*, *op. cit.*, 2015, p. 109.

rappelle la définition qu'en a donné Paul-Joseph Barthez : « J'appelle *principe vital* de l'homme la cause qui produit tous les phénomènes de la vie dans le corps humain »[86].

Dès lors, le rôle du médecin consiste surtout à accompagner le malade plus qu'à le soigner. Au XIXe siècle dans les courants protestants, le médecin a pour rôle d'établir les lois de la physiologie et d'indiquer comment s'y conformer. Au demeurant, ce rôle peut également être joué par des non-médecins, comme nous l'avons vu avec Graham (qui cependant fréquentait et lisait de nombreux médecins à Philadelphie). Dans une reprise notamment de la « loi de Moïse »[87], les discours sur les méfaits de l'alcool, le végétarisme, la promotion de la tempérance et les propos sur le sexe s'inscrivent dans cette logique d'accompagnement qui marie physiologie et morale.

Convergent ainsi le naturalisme néo-hippocratique, le vitalisme et l'élaboration d'un éthique des conduites de préservation de la santé, c'est-à-dire l'hygiène. Pour la philosophe et historienne des sciences française Claire Salomon-Bayet, l'hygiénisme du XIXe siècle est d'ailleurs l'autre nom du néo-hippocratisme[88]. Déjà selon l'article consacré à l'hygiène dans l'*Encyclopédie*, la conservation de la santé repose sur trois piliers : maintenir l'état actuel de l'individu en se conformant à sa situation, qui s'entend aussi bien du point de vue de sa constitution interne que de son environnement extérieur (âge, sexe, climat…) ; agir sur les causes des maladies, ce qui constitue la prophylaxie ; établir les règles de conduite permettant de prolonger la vie en santé aussi longtemps que possible, ce qui constitue l'adoption de régimes. Ces piliers induisent le bon usage de six facteurs : l'air, l'alimentation et la boisson, le mouvement et le repos du corps (l'exercice), le sommeil et la veille, les excrétions, et les passions de l'âme[89]. En somme, dans la suite du mot de Celse selon lequel la meilleure des médecines est celle qui se passe de médecine[90], il

---

[86] Cité par ibid.

[87] *La Sainte Bible. Ancien Testament*, Paris, Delessert, 1899. Sur l'alimentation, voir en particulier le Deutéronome 14, 1-21, p. 216-217.

[88] SALOMON-BAYET Claire, « Le néo-hippocratisme aurait-il un avenir ? », *Histoire des sciences médicales* XXXVII (3), 2003, p. 352.

[89] DIDEROT Denis et D'ALEMBERT Jean Le Rond (éds.), « Hygiène », in: *Encyclopédie, ou dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers, par une société de gens de lettres*, vol. 17, Nouvelle édition, Genève, Pellet, 1778, pp. 935-936.

[90] « *optima medicina est non uti medicina* ». Cité par SALOMON-BAYET, « Le néo-hippocratisme aurait-il un avenir ? », *art. cit.*, 2003, p. 352.

s'agit d'éviter, autant que faire se peut, d'avoir à recourir à la thérapeutique, qui intervient une fois que la maladie est contractée, et ce en s'appuyant sur la physiologie individuelle dans son environnement, sur la prévention, et sur des règles de conduite.

D'une manière générale, avec la rationalisation de la médecine, le XVIIIe siècle a contribué à populariser celle-ci, en Europe comme aux États-Unis, conduisant à l'émergence d'une littérature médicale domestique, comme en témoigne entre autres l'*Avis au peuple sur sa santé* de Tissot[91] ou le *Domestic Medicine* du médecin écossais William Buchan[92]. Cette orientation s'est traduite en Grande Bretagne et aux États-Unis par le développement du *self-help* en médecine, qui revient peu ou prou à une « médecine sans docteurs »[93], déclinaison du propos de Celse. L'historien de la médecine américain Guenter Risse qualifie le *self-help*, que l'on peut traduire par « aide à soi-même », de la manière suivante :

> Le terme se réfère généralement au diagnostic, aux soins et même à la prévention de l'invalidité et de la maladie sans assistance médicale professionnelle directe. En fait, ces activités se déroulent le plus souvent dans l'intimité de la maison, d'où l'expression de médecine *domestique*.[94]

Ceci ne signifie toutefois pas que la pratique du *self-help* médical se passe totalement des médecins. En effet, celle-ci s'appuie sur des ouvrages grand public rédigés par des médecins, ainsi que par d'autres acteurs et actrices de l'articulation de la physiologie et de la morale que constitue l'hygiène du XIXe siècle, qui lisent et fréquentent les médecins promouvant la médecine domestique — en particulier des figures du protestantisme[95]. Faure met en avant qu'à partir au moins du XVIe siècle, « la santé et la maladie

---

[91] TISSOT Samuel A. D., *Avis au peuple sur sa santé*, 2 vol., 3e édition, Lausanne, François Grasset, 1766.

[92] BUCHAN William, *Domestic Medicine : or, a Treatise on the Prevention and Cure of Diseases, by Regimen and Simple Medicines*, Philadelphia, Thomas Dobson, 1795 ; Sur Buchan, voir BLAKE John B., « From Buchan to Fishbein: The Literature of Domestic Medicine », in: RISSE Guenter B., NUMBERS Ronald L. et LEAVITT Judith Walzer (éds.), *Medicine Without Doctors: Home Health Care in American History*, New York, Science History Publications/USA, 1977, pp. 11-30.

[93] RISSE Guenter B., NUMBERS Ronald L. et LEAVITT Judith Walzer (éds.), *Medicine Without Doctors: Home Health Care in American History*, New York, Science History Publications/USA, 1977.

[94] RISSE Guenter B., « Introduction », in: RISSE Guenter B., NUMBERS Ronald L. et LEAVITT Judith Walzer (éds.), *Medicine Without Doctors: Home Health Care in American History*, New York, Science History Publications/USA, 1977, p. 2.

[95] Comme nous le verrons plus loin, certains médecins font eux-mêmes partis de mouvements protestants.

ne relèvent plus seulement de l'expérience individuelle, mais deviennent aussi des questions collectives », ce qui a pour corollaire que « le rapport individuel entre le patient et son médecin, qui vise la guérison, se double d'une approche plus globale orientée vers la prévention »[96]. Comme nous le verrons plus loin, cette orientation a conduit au développement d'une conception très étatique et populationnelle de l'hygiène, comme en Allemagne ou en France. Mais dans l'aire anglo-américaine, et particulièrement aux États-Unis, le développement de l'hygiène a pris la forme domestique du *self-help*, qui est une manière plus individualisée de concevoir le collectif. La littérature médicale populaire y a bien un objectif collectif, mais qui repose sur la responsabilité individuelle.

Critique de la médecine dite « orthodoxe », éclectisme et médecine protestante aux États-Unis

Pour terminer de brosser le contexte épistémologique d'émergence de la notion de santé sexuelle, il nous faut insister sur un point de l'histoire de la médecine aux États-Unis du début du XIXe siècle. L'inspiration vitaliste de la réforme sanitaire se double en effet, outre d'une approche empiriste qui lui appartient déjà, d'un rejet de la médecine dite « orthodoxe », considérée à la fois comme relevant d'un rationalisme spéculatif et comme inefficace à soigner. Plus précisément, c'est sur la base de ce constat d'inefficacité que la cause invoquée en est le rationalisme spéculatif. La réforme sanitaire va alors consister en l'élaboration de médecines dites « alternatives », et va conduire à l'essor, outre du végétarisme, d'une physiologie phrénologique, de la balnéothérapie, de l'homéopathie, de l'herboristerie, et plus globalement de médecines considérées comme non scientifiques et relevant du charlatanisme par la médecine « régulière ». C'est dans ce champ des médecines « alternatives » que l'on va retrouver de multiples usages de la notion de santé sexuelle au XIXe siècle. De surcroît, le vitalisme est classiquement considéré de façon sévère en histoire de la biologie, du fait de la place qu'il laisse à un certain mystère niché dans le concept de principe vital — en particulier avec les développements spiritualistes dans le sillage de l'École de Montpellier —, et de son rapport hostile à la chimie du

[96] FAURE, « Les stratégies sanitaires », *art. cit.*, 1997, p. 279.

vivant[97]. Dès lors, la question de la rationalité des discours où la santé sexuelle apparaît se pose.

C'est pourtant avec des prétentions scientifiques que les médecines « alternatives » se sont développées aux États-Unis. Comme le rappelle le professeur d'histoire et d'humanités médicales américain John Haller, la médecine « orthodoxe » recourait aux saignées et à des produits toxiques comme le mercure — pratiques qui ont eu cours encore tout au long du XIXe siècle —, dont les effets thérapeutiques paraissaient douteux. De plus, la médecine officielle s'est montrée démunie face aux épidémies de choléra qui ont frappé les États-Unis en 1832 et 1849[98]. Sur le plan épistémologique, le reproche fait à cette médecine est d'être trop théorique et de reposer sur des constructions intellectuelles déductives établies sur des principes simples censés rendre compte de la diversité du vivant et des cas — sur un système. Ce rationalisme déductiviste est alors considéré comme spéculatif et métaphysique par les tenants de la médecine réformée, qui lui opposent une approche empiriste et inductive. L'empirisme se traduit par le fait de refuser de s'enfermer dans une théorie dogmatique, et par celui de promouvoir toute méthode qui se révèle efficace. En somme, la prétention des médecines « alternatives » est d'être plus rationnelles que la médecine « orthodoxe », car plus factuelles. Comme le dit Haller, elles ont redonné confiance en la médecine à la population, alors que la confiance dans les médecins s'était largement étiolée du fait des échecs thérapeutiques de ceux-ci[99].

C'est donc une médecine éclectique qui se développe aux États-Unis dans la première moitié du XIXe siècle. Dans sa *Réfutation de l'éclectisme*, le philosophe Pierre Leroux rappelle la définition de l'éclectisme par l'Académie française, à laquelle il adjoint son appréciation négative :

> On appelle *éclectiques*, dit le Dictionnaire de l'Académie, les philosophes qui, *sans adopter de système*, choisissent les opinions les plus vraisemblables. Cette définition est exacte : les éclectiques, en effet, ceux qui à diverses époques ont mérité véritablement ce nom, et qui, sentant qu'ils le méritaient, l'ont quelquefois pris et s'en sont targués, étaient des philosophes qui n'avaient pas de système, des philosophes dénués de ce qui constitue toute vraie philosophie, savoir un certain nombre de dogmes liés,

[97] Rey, « L'âme, le corps et le vivant », *art. cit.*, 1997, pp. 128, 131.

[98] Haller John S., *Medical Protestants: the Eclectics in American Medicine, 1825-1939*, Carbondale, Southern Illinois University Press, 2013, p. 34.

[99] Ibid., p. xvi.

> enchaînés, et formant une théorie religieuse, morale, ou politique, plus ou moins complète, c'est-à-dire, en d'autres termes, un système ; des philosophes, en un mot, fort peu philosophes.[100]

L'esprit de système est précisément ce que refusent les empiristes de la réforme sanitaire. Mais l'opposition épistémologique se double d'une opposition religieuse, au sein du christianisme, entre les protestants et les catholiques. Le système déductif instaure une hiérarchie entre un ensemble de dogmes dont l'institution de l'Église est garante — dans l'interprétation de la Bible en particulier —, tandis que l'éclectisme refuse ce rapport hiérarchique, comme le protestantisme a refusé l'autorité de l'Église. Si Leroux pose une identité d'essence entre la religion et la philosophie, ce n'est pas tant en catholique mais tout de même en tant que chrétien qui fait de la Trinité comme « formule de la vie » une vérité philosophique[101], qu'il entend combattre l'éclectisme revendiqué de Victor Cousin qui sépare religion et philosophie[102]. C'est en revanche bien d'un point de vue revendiqué comme catholique que le docteur en médecine et homme politique français Philippe Buchez entreprend une critique de l'éclectisme — et en particulier là encore de Cousin —, dont il dit qu'il repose « sur une seule affirmation essentielle, savoir : que l'étude du *moi* est le point de départ et le fondement de toutes nos connaissances et de toutes nos certitudes »[103]. Et c'est clairement contre le protestantisme qu'il dirige sa critique de l'éclectisme : « L'éclectisme moderne est une philosophie protestante, inventée par des protestans, dans des pays protestans. On peut le considérer comme la conclusion philosophique du protestantisme »[104]. De même que le fondement du protestantisme « fut la proclamation de la souveraineté de la raison individuelle faite par Luther », de même celui de l'éclectisme est le moi dans sa souveraineté. L'assimilation entre le protestant et l'éclectique est ainsi opérée : « le protestant est un chrétien révolté qui se donne la liberté d'interprétation, l'éclectique est un incrédule qui se donne carrière à lui-même ».[105]

---

[100] LEROUX Pierre, *Réfutation de l'éclectisme où se trouve exposée la vraie définition de la philosophie, et où l'on explique le sens, la suite, et l'enchaînement des divers philosophes depuis Descartes*, Paris, Charles Gosselin, 1834, p. 1.
[101] Ibid., p. XIII.
[102] Ibid., p. 61 sq.
[103] BUCHEZ Philippe-Joseph-Benjamin, *Essai d'un traité complet de philosophie, du point de vue du catholicisme et du progrès*, vol. 2, Paris, Eveillard, 1839, p. 354.
[104] Ibid., p. 418.
[105] Ibid.

Or en médecine, nous dit Haller, l'école éclectique est caractéristique des États-Unis, à tel point qu'elle est parfois appelée « l'École américaine »[106]. Celle-ci est intimement liée au protestantisme, et la réforme sanitaire s'entend aussi bien d'un point de vue médical que d'un point de vue religieux. Non seulement la réforme sanitaire est portée par des protestants ainsi que, comme nous le verrons, par des protestantes, mais un parallèle est fait par les éclectiques entre la démarche de réforme sanitaire face à la médecine « orthodoxe », et la réforme protestante face aux autorités chrétiennes. En exergue de son ouvrage, Haller cite ainsi le médecin Edward Foote, promoteur de la réforme sanitaire :

> L'éclectisme est autant une protestation dans le domaine de la médecine que la Réforme de Luther dans le domaine de la religion. Nous sommes protestants contre les vieux dogmes de la médecine, tout comme les disciples de Luther étaient protestants contre les dogmes de l'église papale.[107]

Cette façon de refuser la dogmatique et la hiérarchie médicales comme ont été refusées la dogmatique et l'autorité ecclésiastiques, a pour incidence non seulement de favoriser l'empirisme contre le rationalisme systématiste, mais aussi une médecine populaire et un anti-élitisme qui se traduit par la revendication des courants médicaux sectaires — au sens de courants dissidents — de pouvoir exercer au même titre que les médecins « réguliers », et d'avoir ainsi un accès égal au public et les mêmes droits aux yeux de la loi. Dans les années 1820-1830, la médecine « orthodoxe » a alors perdu ses privilèges avec la libéralisation des options thérapeutiques proposées au public[108].

La médecine populaire consiste dès lors à s'adresser au public de manière simple (*plain*[109]), aussi peu technique que possible, en particulier à travers des livres à destination du grand public, comme nous l'avons évoqué plus haut. Les discours médicaux en langage courant font écho à l'usage des langues vernaculaires par les protestants pour l'accès à la Bible. Il s'agit en outre, comme nous l'avons vu, de permettre au public de se passer, d'une part et dans la logique hygiéniste, des médicaments perçus comme non naturels et

---

[106] « *The eclectic school, sometimes called the American school...* ». HALLER, *Medical Protestants*, *op. cit.*, 2013, p. xv.

[107] « *Eclecticism is as much a protest in the field of medicine as was Luther's Reformation in the domain of religion. We are protestants against the old dogmas of medicine, just as the disciples of Luther were protestants against the dogmas of the Papal church* ». Edward B. Foote, cité par ibid., p. vii.

[108] Ibid., p. 32.

[109] On retrouve le mot *plain* dans le titre ou le sous-titre de multiples ouvrages de la réforme sanitaire.

toxiques, et d'autre part du recours aux médecins eux-mêmes, dans la logique du *self-help*. Les réquisits de ses orientations sont la remise en question de la rationalité de la médecine officielle, et de la nécessité d'une haute technicité dans la connaissance médicale enseignée par les écoles de médecine officielles.

La remise en cause des études médicales officielles a conduit à l'usage peu rigoureux des qualifications de « médecin » (*physician*), « chirurgien » (*surgeon*), « docteur » (*doctor*), dans un pays où les distinctions entre ces dénominations n'étaient déjà pas aussi formalisées qu'en Europe. Compte tenu de la géographie et de la démographie des États-Unis, faites de grandes étendues clairsemées de petites villes et de villages, non seulement les médecins devaient être polyvalents plutôt que spécialisés, mais quiconque acquérait une pratique médicale sur le tas jouissait de la reconnaissance du titre de docteur[110]. Une conséquence de cet état de fait est que, parmi les réformistes du XIXe siècle qui se déclarent médecin, toutes et tous n'ont pas suivi de formation médicale officielle. L'anti-élitisme, renforcé par l'anti-intellectualisme dénonçant le rationalisme spéculatif, permet ainsi tout aussi bien de défendre une médecine populaire que l'exercice de la médecine sans études médicales.

C'est dans ce contexte que va être utilisée la notion de santé sexuelle aux États-Unis. Nissenbaum n'hésite d'ailleurs pas à voir en Graham un promoteur de la santé sexuelle articulée aux problèmes digestifs : « Cette connexion [entre le sexe et l'inconfort digestif] permet d'expliquer le fait que Graham a structuré sa carrière après 1831 autour des doubles problèmes de santé digestive et de santé sexuelle »[111]. Et de fait, comme nous l'avons vu, le pasteur articule les questions du sexe et les questions de santé. Cependant, il n'emploie pas lui-même le syntagme « santé sexuelle ». De même, Foote, cité par Haller, est l'auteur d'un ouvrage qui consacre toute une partie à la « philosophie du mariage et sexuelle » qui, dans la perspective d'une physiologie électro-chimique, lie les questions de santé aux questions sexuelles[112]. S'inscrivant dans l'héritage vitaliste déjà vu chez

---

[110] HALLER, *Medical Protestants*, *op. cit.*, 2013, pp. 2, 5.

[111] « *This connection helps explain the fact that Graham structured his career after 1831 around the dual problems of digestive and sexual health* ». NISSENBAUM, *Sex, Diet, and Debility in Jacksonian America*, *op. cit.*, 1980, p. 111.

[112] FOOTE Edward B., *Medical Common Sense; applied to the Causes, Prevention and Cure of Chronic Diseases and Unhappiness in Marriage*, revised and enlarged ed., New York, E. B. Foote, 1868, pp. 243-376.

Graham qui articule voire superpose les lois de la vie et les lois de la santé[113], il n'emploie cependant pas non plus le syntagme de « santé sexuelle ».

C'est bien tout de même dans le cadre du *self-help* médical et dans des ouvrages grand public que ce dernier va émerger, en particulier sous la plume de médecins protestants américains, mais aussi sous celles d'auteurs britanniques, la plupart du temps protestants également ou anglicans. La réforme sanitaire américaine va avoir la particularité de se traduire par le développement des médecines dites alternatives, ce qui ne sera pas le cas en Grande Bretagne. Mais on retrouve globalement les usages de « *sexual health* » dans des ouvrages de médecine populaire hygiénistes d'orientation vitaliste et fortement teinté de protestantisme, aussi bien en Grande Bretagne qu'aux États-Unis, comme nous allons maintenant pouvoir le constater plus en détail.

[113] Ibid., pp. 25, 362.

I.2 — Hygiénisme et santé sexuelle dans la sphère anglo-américaine (1820-1890)

C'est d'abord chez des auteurs britanniques que nous avons trouvé les premières et rares occurrences de « *sexual health* », entre les années 1820 et 1840. À partir des années 1840 et jusqu'aux années 1860, nous en trouvons aussi bien dans des textes britanniques qu'américains. Enfin, à partir des années 1870 et jusqu'à la fin du XIXe siècle, les occurrences sont exclusivement américaines. Compte tenu des limites déjà évoquées de la méthode employée pour le repérage de ce syntagme dans diverses bases de données, nous ne pouvons tirer la conclusion ferme et définitive selon laquelle l'usage de « *sexual health* » aurait été timidement inauguré en Grande Bretagne, repris aux États-Unis, pour devenir ensuite exclusivement américain. Les résultats que nous avons obtenus ne sont que le reflet du corpus que nous avons pu établir à partir de banques de publications très riches mais incomplètes, et pour lesquelles nous ne connaissons pas les politiques éditoriales. Par ailleurs, l'archivage numérique d'ouvrages de la première moitié du XIXe siècle est peut-être plus lacunaire que celui de la seconde moitié du siècle.

À partir du corpus que nous exploitons, nous n'avons en revanche aucun doute sur le fait que les usages de « *sexual health* » sont bien ancrés dans le corpus hygiéniste de médecine « alternative » américain. Par ailleurs, que ce soit en Grande Bretagne ou aux États-Unis, le poids de la religion protestante est patent. Dans la plupart des références qui constituent notre corpus, sont promues la tempérance et la retenue sexuelles. Si le défaut d'activité sexuelle est parfois pointé comme problématique pour la santé, c'est surtout l'excès en la matière contre lequel les lectrices et les lecteurs sont mis en

garde. En effet, celui-ci est supposé être la source de nombreuses maladies, comme les maladies vénériennes (syphilis, gonorrhée[114]…), les irritations et inflammations, la spermatorrhée (écoulement involontaire et spontané du sperme), la stérilité ou l'impuissance (*impotence*)[115]. La masturbation et plus généralement les plaisirs solitaires, de même que l'émission de semence jugée trop fréquente, en solitaire ou non, sont considérées comme sources d'épuisement des capacités sexuelles, depuis l'érection jusqu'aux capacités de reproduction. Ainsi, tous les ouvrages publiés sur la physiologie du sexe et de la « génération » soulignent les dangers supposés de la *self-indulgence* et de la *self-pollution*. Ces mises en garde s'adressent parfois à l'un ou l'autre sexe, mais le plus souvent aux deux. Toutefois, même si la question de la puissance sexuelle n'est pas réservée aux hommes, elle leur est tout de même plus souvent adressée, tandis que les femmes sont plus souvent averties sur leur fertilité. Quelquefois mise en regard de la santé sexuelle, l'hystérie est aussi considérée, sans surprise, comme quasi-exclusivement féminine.

À partir de nos recherches dans le domaine de la santé sexuelle, s'il apparaît que la genration des sexes est présente, elle ne se résume pas à une distinction et à une hiérarchie des rôles sexuels. Bien sûr, des discours spécifiquement adressés aux femmes ou aux hommes existent dans la mesure où l'organo-physiologie d'un sexe à l'autre diffère, et où, par exemple, seules les femmes sont susceptibles de grossesse, et seuls les hommes sont susceptibles d'éjaculation de sperme. Par ailleurs, la question de la masculinité et de la féminité en rapport avec l'état de santé est mise en avant dans le cadre du développement d'un savoir sur le sexe[116]. Mais l'idée d'égalité entre les sexes croît — certes de façon plus précoce aux États-Unis qu'au Royaume Uni[117]. Cette tendance se retrouve dans notre corpus, où des propos féministes — pour l'époque — concernant le domaine sexuel sont présents.

Le XIXe siècle est aussi celui du malthusianisme et du néo-malthusianisme, de la transformation ou de l'évolution des espèces, et de l'hérédité. La maîtrise de la qualité

---

[114] Familièrement appelée « chaude pisse ».

[115] Voir McLaren Angus, *Impotence: a Cultural History*, Chicago, University of Chicago Press, 2007, en particulier les chapitres 5 et 6.

[116] Voir ibid., chapitre 5 : « Neurasthenia, Decadence, and Nineteenth-Century Manhood » ; Russett Cynthia Eagle, *Sexual Science: the Victorian Construction of Womanhood*, Cambridge, London, Harvard University Press, 1989.

[117] Russett, *Sexual science*, *op. cit.*, 1989, p. 9.

de la reproduction, comme le contrôle des naissances, sont des enjeux qui vont traverser les ouvrages abordant la physiologie et la santé sexuelles. Si l'abstinence ou la modération sexuelle sont souvent proposées comme des remèdes pour prévenir les maladies et éviter la surpopulation, des positions opposées préconisant la contraception se font également entendre, annonçant les mouvements de planification familiale. En outre, l'harmonie ou l'adéquation sexuelle dans le mariage constitue un enjeu pour une reproduction de qualité, sinon pour la reproduction tout court, contre l'infertilité ou la dégradation de la descendance. Nombreux sont les ouvrages qui consacrent des pages, sinon des chapitres entiers, à la bonne entente sexuelle et au bon assemblage des conjoints dans le mariage, qui est un objet de la physiologie et de la médecine. Nous verrons que la détermination du sexe de l'enfant en amont de la grossesse, dont l'ambition n'est pas nouvelle puisqu'elle remonte à l'Antiquité, va trouver dans la physiologie sexuelle et plus globalement la science du sexe un nouveau champ de théorisation et de recettes.

Le XIXe siècle, enfin, est celui de l'émergence des termes de « sexualité »[118], « science sexuelle » et « sexologie ». Nous verrons comment le syntagme de « santé sexuelle » croise ou non ceux-ci. La terminologie sexuelle du XIXe siècle propose un lexique repris jusqu'à aujourd'hui, mais aussi un lexique qui a été en partie abandonné : maladies vénériennes, indulgence… Nous emploierons ces termes tombés en désuétude lorsqu'ils sont ceux utilisés par les auteur · e · s étudié · e · s.

I.2.1 — Le physiologisme britannique et l'éducation populaire

C'est donc d'abord chez des auteurs britanniques s'adressant au grand public que nous avons repéré des usages du terme « *sexual health* », dès les années 1820. Ce à quoi la santé sexuelle fait référence, ou ce dont elle est le contraire, n'est pas clairement délimité et varie d'un usage à l'autre. Se dégage tout de même une tendance à l'opposer à l'hystérie. C'est aussi chez un auteur britannique en particulier, George Drysdale, que la santé sexuelle va s'insérer dans le cadre d'une pensée néo-malthusienne de contrôle des

[118] Pour désigner autre chose que la sexuation chez les plantes, les mollusques ou même l'être humain.

naissances. Mais c'est d'abord chez un auteur spécialisé dans les maladies de la peau que l'on en trouve une première utilisation.

Maladies de la peau et santé sexuelle : Sir Arthur Clarke

La première occurrence de « *sexual health* » que nous avons pu identifier se trouve dans un ouvrage de dermatologie, publié en 1821 par le médecin britannique Sir Arthur Clarke, qui s'inscrit dans une démarche de médecine populaire[119]. Le lien avec les organes de la nutrition et l'alimentation y est immédiatement fait :

> Nous sommes […] en mesure de retracer certaines maladies de la peau, sans conteste, à un état désordonné de l'estomac et des intestins, tandis que d'autres *provoquent* un dérangement dans ces organes. La *sympathie* entre la peau et le canal alimentaire est telle que lorsque la première est sèche et desséchée, les intestins sont chauds et constipés. Lorsque la digestion est dérangée, la peau est sèche, ridée et décolorée.[120]

Il s'agit d'un ouvrage antérieur à celui de Graham sur le sexe, la diète et la santé, dont nous avons vu qu'il n'emploie pas le syntagme « santé sexuelle », alors que celui de Clarke l'utilise à une reprise, à l'occasion de l'exposé des conséquences d'un cas de scorbut chez une jeune femme, qui fait selon lui suite à une affection du foie ou du canal alimentaire : « Sa santé sexuelle a été interrompue, son appétit s'est détérioré et son allure générale s'est trouvée considérablement diminuée et émaciée »[121]. Aucune précision n'est donnée sur ce que désigne la santé sexuelle. Son évocation s'inscrit dans une suite de détériorations physiques. Toutefois, celle-ci semble désigner également le fait de pouvoir entretenir des relations avec un homme et avoir des enfants, au sens peut-être de pouvoir plaire, capacité suspendue par les détériorations dermatologiques. En effet, lorsque Clarke décrit les effets entraînés par le traitement du scorbut, il souligne que la jeune femme a pu se marier et devenir mère :

---

[119] « *[…] an essay intended for general and popular reference* ». Clarke Arthur, *An Essay on Diseases of the Skin: containing Practical Observations on Sulphureous Fumigations, in the Cure of Cutaneous Complaints, with Cases*, London, Henry Colburn, 1821, p. 22.

[120] « *We are […] enabled to trace some diseases of the skin, unquestionably, to a disordered state of the stomach and bowels; while others* induce *a derangement in these organs. Such is the* sympathy *between the skin and the alimentary canal, that when the former is dry and parched, the bowels are hot and constipated. When the digestion is deranged, the skin is dry, wrinkled and discoloured* ». Ibid., p. 31.

[121] « *Her sexual health was interrupted, her appetite bad, and her general habit greatly reduced and emaciated* ». Ibid., p. 63.

> Son appétit et sa force augmentèrent chaque jour ; ses yeux se rétablirent progressivement ; sa constitution féminine devint régulière ; et en six semaines, sa santé et sa beauté furent restaurées. Peu de temps après elle était mariée, et elle est maintenant la mère d'un enfant en bonne santé.[122]

Quoi qu'il en soit, si le discours de Clarke n'a pas la santé sexuelle pour objet central, la référence à celle-ci s'inscrit dans le cadre d'un modèle de pensée physiologique et thérapeutique congruent à celui que nous avons décrit chez Graham. Sur le plan physiologique, l'interaction entre différentes parties du corps est supposée, comme nous l'avons vu plus haut. Clarke s'inscrit ainsi dans la conception continuiste de l'organisme, qui repose sur le système nerveux, et plus spécifiquement ici, l'idée d'une concordance entre différentes parties du corps : la sympathie. De plus, sans se prononcer définitivement sur les causes des maladies de la peau, il consacre plus de développements à celles qui renvoient à une conception néo-hippocratique de l'étiologie qu'à celle qui repose sur l'idée de corps étrangers. Ainsi, il fait état de la théorie des animalcules, à laquelle s'opposent des théories qui considèrent que ces derniers ne sont pas les causes mais les effets des maladies de la peau, qui résulteraient de l'ingestion de nourriture inappropriée. Se référant à Galien et au médecin anglais Robert Willan — considéré comme l'un des fondateurs de la dermatologie —, il cite les désordres internes au corps pouvant être provoqués par l'alimentation de mauvaise qualité, le manque d'hygiène personnelle, et la consommation de certains vins et fruits parmi les causes possibles des maladies et démangeaisons de la peau[123]. La carence en oxygène par défaut d'aération, ainsi que l'influence du climat, sont également citées à propos du scorbut[124]. Sur le plan thérapeutique, Clarke préconise les bains chauds et surtout la fumigation sulfureuse, qui consiste à brûler du soufre dans un lieu clos (comme une caisse où est logé le corps, la tête étant seule à l'extérieur), de sorte que ses vapeurs restent en contact avec la peau. Chaque fumigation doit être suivie d'exercices en plein air[125]. C'est donc dans un cadre néo-hippocratique qu'il est fait référence pour la ou l'une des premières fois à la santé sexuelle, mais où

---

[122] « *Her appetite and strength daily increased ; her eyes gradually recovered ; her female constitution became regular ; and in the course of six weeks, her health and beauty were restored. She was shortly after married, and is now the mother of a fine healthy child* ». Ibid., p. 65.

[123] Ibid., pp. 25-27.

[124] Ibid., p. 29.

[125] Ibid., pp. 34-43.

celle-ci, bien qu'il s'agisse de dermatologie, n'est pas considérée elle-même directement en un sens physiologique, mais comme une capacité à plaire et à fonder une famille, autrement dit comme capacité sociale conditionnée par des questions physiques. La dermatologie sera cependant surtout présente dans le domaine de la santé sexuelle relativement aux « maladies vénériennes », du fait des conséquences dermatologiques de certaines d'entre elles, comme la syphilis.

Les femmes et le sexe, ou la question de l'hystérie

La deuxième occurrence de « *sexual health* » que nous avons trouvée date de 1839, et figure dans le *Tegg's Handbook for Emigrants*[126] du prolifique éditeur britannique Thomas Tegg. Celui-ci s'est notamment spécialisé dans la réimpression d'ouvrages libres de droit qu'il revendait à bas prix. Par ailleurs attaché à l'éducation des enfants, il a publié des ouvrages ludiques de sciences. Il a également fait la promotion de livres favorisant l'avancement de soi (*self-advancement*), ou de ce qu'on appelle aujourd'hui le développement personnel [127].

Alors que l'Empire britannique est en pleine apogée, son *Handbook for Emigrants* s'adresse aux colons, notamment en Australie[128], qui se trouvent éloignés des centres d'implantation coloniaux et qui de ce fait dépendent plus ou moins d'eux-mêmes pour ce qui concerne les commodités et leur confort de vie. Ce manuel couvre plusieurs domaines (conseils sur les ustensiles de cuisine à posséder, liste d'outils pour construire une charpente, technique de préparation du bois avant de le peindre…), dont le domaine médical. Ce dernier est divisé en trois chapitres : le premier est consacré à des pathologies organiques (de la tête, de la poitrine et de l'abdomen), le second à des dérèglements internes ou causés par l'environnement qui se manifestent sous forme d'attaques ou de crises, et le dernier à des infections (scarlatine, coqueluche, variole…). Dans le second chapitre

---

[126] TEGG Thomas, *Tegg's Handbook for Emigrants; Containing Useful Information & Practical Directions on Domestic, Mechanical, Surgical, Medical, and Other Subjects, Calculated to Increase the Comforts, and Add to the Conveniences of the Colonist*, London, Bradbury and Evans, 1839.

[127] BARNES James J. et BARNES Patience P., « Reassessing the Reputation of Thomas Tegg, London Publisher, 1776-1846 », *Book History* 3 (1), 2000, p. 49.

[128] Le *Handbook for Emigrants* fut ainsi édité en Australie par les fils de Tegg, James et Samuel, qui ont ouvert une librairie à Sydney en 1834. Voir ibid., pp. 57-58.

figurent les hystéries, aux côtés des fièvres intermittentes, des rhumatismes et des démangeaisons. Objets de discours, de théories et de controverses depuis l'Égypte ancienne, Tegg a considéré qu'il convenait que les colons disposent de certaines informations et de certains conseils pour faire face aux hystéries par leurs propres moyens. Les débats au sujet de l'hystérie portent sur ce qu'elle désigne, du fait d'oppositions quant à son siège (l'utérus, le cerveau…) et à ses causes (sexuelles ou non notamment)[129]. Or, c'est en voulant donner des indications sur les causes des hystéries que Tegg recourt à l'idée de santé sexuelle : « elles sont généralement causées par quelque état particulier de santé sexuelle »[130]. À vrai dire, la description de leur cause n'est pas très précise. Mais elle s'inscrit dans le cadre des théories sexuelles sur l'hystérie. Une indication supplémentaire est donnée sur les personnes atteintes : presque exclusivement des femmes selon Tegg — bien qu'il dise que quelques hommes, d'un tempérament fragile et nerveux, puissent parfois présenter des symptômes similaires —, et préférentiellement celles qui sont célibataires comparativement aux femmes mariées. Il ne fait que reprendre l'un des éléments des théories sexuelles de l'hystérie, qui rapportent sa survenue à un manque d'activités sexuelles, en lien ou non avec la reproduction.

La référence à la santé sexuelle présente ici la particularité d'être faite dans le chapitre qui ne traite ni de l'anatomopathologie, ni des infections. Quoi que l'utilisation de « *sexual health* » par Tegg soit isolée, et bien qu'il s'agisse d'un usage par un non médecin, il est significatif que son emploi se situe dans la partie la plus néo-hippocratique du découpage du domaine médical que l'auteur opère, à savoir celle qui réfère à l'environnement et à l'idée d'un équilibre interne du corps. Le néo-hippocratisme ouvre en effet la voie à une approche holistique de la santé et de la maladie, en étendant le champ de la santé à des domaines qui ne sont pas directement médicaux — comme l'environnement social —, et en cherchant à tenir ensemble ce qui relève du mental et ce qui relève du physique. Comme nous l'avons vu, cette approche fut particulièrement celle du vitalisme

[129] Brémaud Nicolas, « Panorama historique des définitions de l'hystérie », *L'information psychiatrique* 91 (6), 2015, pp. 485-498.

[130] « *they are generally caused by some peculiar state of sexual health* ». Tegg, *Tegg's Handbook for Emigrants*, *op. cit.*, 1839, p. 159.

au tournant du XIXe siècle, qui était alors en tension sur le plan doctrinal avec l'organicisme localiste[131], qui considérait que les maladies résultent d'un problème organique précisément localisé, ce à quoi renvoie le premier chapitre que Tegg consacre au domaine médical, et où ne se trouve précisément pas l'usage qu'il fait de « *sexual health* ».

Tegg n'a pas développé une pensée élaborée et structurée du vivant, ce qui peut s'expliquer par le fait qu'il n'était ni médecin, ni philosophe. Sa démarche intellectuelle et éditoriale générale étant par ailleurs tournée vers la publication d'ouvrages grand public et populaires, c'est-à-dire simplifiés dans les connaissances transmises, il se contente de s'en remettre à des médecins faisant preuve de clarté. Ainsi, antérieurement à son manuel pour les colons, il fut l'auteur d'un livre des connaissances à destination des jeunes hommes — compilation plus ou moins maîtrisée des connaissances générales de l'époque —, dont le second chapitre est consacré à la nature[132]. Concernant le corps humain, il cite *in extenso* un médecin anatomiste, l'écossais William Hunter, connu notamment pour avoir fondé l'une des écoles d'anatomie et de chirurgie londoniennes les plus réputées de la seconde moitié du XVIIIe siècle. Le propos a des accents mécanicistes, mais on y retrouve l'idée d'un principe interne actif dans le corps animal en général et humain en particulier — ce qui évoque le mécanicisme élargi décrit par Wolfe :

> Une supériorité de la machine animale est particulièrement frappante. Dans les machines d'artifice humain ou d'art, il n'y a pas de pouvoir interne, pas de principe dans la chose elle-même, par lequel elle peut se modifier et s'adapter à toute blessure qu'elle peut subir, ou faire en sorte que toute blessure se répare : mais dans la machine naturelle ou corps animal, cela est très bien pourvu par les pouvoirs internes de la machine elle-même.[133]

Ainsi, la machine corporelle est habitée par un principe interne de réparation non mécanique, dont le fonctionnement reste mystérieux et qui, pour Tegg, procède de Dieu : « [Les pouvoirs de réparation] sont des aspects du Divin Architecte »[134]. Tegg emploie donc *sexual health* à propos de l'hystérie sur le fond d'une pensée qui accorde par ailleurs

---

[131] Voir RAYNAUD, « La controverse entre organicisme et vitalisme », *art. cit.*, 1998.

[132] TEGG Thomas, *The Young Man's Book of Knowledge, containing a Familiar View of the Importance of Religion, the Works of Nature, Logic, Eloquence, the Passions, Matter and Motion, Magnetism, Mechanical Powers, Hydrostatics, Hydraulics, Optics, Acoustics, Electricity, Galvanism, Geometry, &C*, 19th edition, London, Thomas Tegg, 1828.

[133] Ibid., p. 82.

[134] « *they are characteristics of the Divine Architect* ». Ibid.

une place primordiale à la religion, aux côtés des sciences de la nature. Le premier chapitre de son ouvrage destiné au jeune homme lui est consacré. Il a en outre édité ou réédité plusieurs ouvrages consacrés au protestantisme[135]. Mais ce qui frappe particulièrement est l'association qu'il fait entre la religion et le bonheur (*happiness*) :

> Il est reconnu que l'homme est supérieur aux créatures sauvages, et que cette supériorité consiste dans sa capacité d'être beaucoup plus heureux en lui-même, et dans son pouvoir de contribuer de façon plus éminente au bonheur des autres, ce qui lui permet de se rapprocher de son Créateur, qui est suprêmement bon, et infiniment heureux. [136]

Cette supériorité de l'humain sur les autres créatures est ensuite redoublée au sein des êtres humains, en raison des croyances religieuses. La capacité au bonheur s'en trouve augmentée :

> [...] pour la même raison qu'un homme surpasse les autres animaux, un homme qui croit en la révélation divine, et surtout un chrétien, est supérieur aux autres hommes ; sa compréhension du mental étant éduquée par une connaissance que la révélation lui fait connaître, il est capable d'être beaucoup plus heureux en lui-même, et de promouvoir avec une fougue plus généreuse le bonheur des autres.[137]

L'eudémonisme de Tegg repose sur une conception empiriste de l'apprentissage de la vie, par lequel, au fil des expériences, se forment nos idées. L'horizon n'est donc pas celui d'un salut de l'âme qui passerait par le fait de négliger la vie terrestre. Il s'agit en revanche de ne pas considérer le bonheur seulement selon les sensations immédiates (suis-je heureux ici et maintenant ?), mais à partir d'un ensemble de conduites qui s'inscrivent dans le temps[138].

---

[135] Voir Neal Daniel, *The history of the Puritans, or Protestant non-conformists ; from the Reformation in 1517, to the Revolution in 1688*, 3 vol., New edition, London, Thomas Tegg, 1837 ; Chillingworth William, *Chillingworth's Religion of Protestants. A Safe Way to Salvation*, New edition, London, Thomas Tegg, 1845.

[136] « *It is acknowledged that man is superior to brute creatures, and that this superiority consists in his capacity of being much happier in himself, and in his power of contributing in a more eminent degree to the happiness of others; by which means he makes nearer approaches to his Maker, who is supremely benevolent, and superlatively happy* ». Tegg, *The Young Man's Book of Knowledge*, *op. cit.*, 1828, pp. 1-2.

[137] « *[...] for the very same reason that a man excels other animals, a believer in divine revelation, and especially a Christian, is superior to other men; his comprehension of mind being enlarged by such knowledge as revelation brings him acquainted with, so that he is capable of being much more happy in himself, and of a more generous ardour in promoting the happiness of others* ». Ibid.

[138] Ibid., p. 1.

Sans être un théoricien, Tegg fait donc écho à l'idée générale selon laquelle l'accès au bonheur est une question terrestre individuelle, et qu'il repose sur la connaissance de la nature, tout en ayant un sens spirituel. Le souci de la santé sexuelle, et en particulier la prise en charge de l'hystérie, apparaissent alors comme une des conditions du bonheur.

On retrouve ailleurs le lien entre le terme « *sexual health* » et l'hystérie, dans les débats entre médecins à propos de cette dernière. Dans l'une des revues médicales majeures de l'Angleterre du milieu du XIXe siècle, *The Medical Times*, le président de la *Westminster Medical Society*, Edward Murphy, rapporte les échanges qui y ont eu lieu sur l'étiologie et la symptomatologie de l'hystérie. On retrouve d'un côté les médecins la rapportant au système nerveux et au cerveau[139], et de l'autre ceux qui font des organes de la génération son siège. Dans les deux positions, l'approche n'en est pas moins physiologique plutôt que seulement anatomique, mais le désaccord porte sur le caractère sexuel ou non de l'hystérie. Mentionnant le cas d'une femme décrit par un médecin défendant plutôt l'hypothèse sexuelle, Murphy précise alors que « sa santé sexuelle était très dérangée »[140].

Plus tardivement dans le siècle, la question de l'hystérie et de la santé sexuelle est également posée dans le cadre de l'analyse de personnes qui simulent une maladie sans mobile apparent, contrairement à des cas où la simulation a un but précis, comme éviter de faire son service militaire ou d'aller à l'école. Cette question est soulevée par le chirurgien Jonathan Hutchinson dans le *British Medical Journal*, dont il est l'éditeur pour le compte de la *British Medical Association*. L'idée que l'hystérie procède par simulation ou imitation, en feignant d'autres maladies, est courante, et on la trouve déjà au XVIIe siècle chez Thomas Sydenham[141]. Hutchinson rapporte plusieurs cas dont il souligne que l'un des points communs est qu'ils concernent des jeunes filles d'une quinzaine d'années, soit un âge qu'il rapporte à ce qu'il appelle l'« époque hystérique » (*the hysterical epoch*),

---

[139] L'hypothèse d'une étiologie neurologique de l'hystérie a joué un rôle de première importance au XVIIIe siècle pour imposer l'abord médical rationnel contre les discours religieux de la possession démoniaque, mais aussi la théorie humorale de la mélancolie. Voir MENGAL Paul et POMA Roberto, « Utérus expulsif ou utérus convulsif. Deux visages de la médecine des femmes », *Dix-Huitième Siècle* 36 (1), 2004, p. 23 sq.

[140] « *Her sexual health was very much deranged* ». MURPHY Edward, « Observations on some remarkable cases of hysteria », *The Medical Times. A Journal of Medical and Chemical Science, Literature, Criticism, and News* 21, 1850, p. 407.

[141] BRÉMAUD, « Panorama historique des définitions de l'hystérie », *art. cit.*, 2015, p. 486.

c'est-à-dire l'âge de la puberté et pas encore l'âge de se marier[142]. Toutefois, Hutchinson estime que le diagnostic d'hystérie pour la simulation sans mobile apparent n'est pas tout à fait approprié, dans la mesure où les patientes ne sont pas vraiment atteintes d'hystérie, mais veulent seulement se faire remarquer et attirer l'attention. La qualification d'hystérique est donc employée plutôt pour souligner que les motifs somme toute banals de la simulation sont en rapports avec l'amour et le sexe, plutôt que pour établir un diagnostic médical. Ainsi, « la tendance est probablement liée au sexe seulement et non à la maladie ». Dès lors, précise Hutchinson, la référence qu'il fait à l'hystérie ne signifie pas que ce comportement « soit associé directement à quelque perturbation que ce soit dans la santé sexuelle »[143].

Son argumentation repose sur l'idée que les filles sont globalement moins autosuffisantes sexuellement et qu'elles ont besoin de plus d'attention que les garçons. Autrement dit, leur profil « hystérique » (entre guillemets donc) est dans leur nature, et il faut se garder de porter systématiquement un diagnostic médical d'hystérie sur elles. Concernant la santé sexuelle, on comprend alors que si l'« époque hystérique » ne correspond pas à une perturbation de celle-ci, l'hystérie comme diagnostic médical en constitue bien une perturbation. Ceci signifie que la référence à la santé sexuelle doit être réservée au discours médical, et non au discours sur la sexualité en général. « Santé sexuelle » est l'antonyme de la maladie sexuelle que constitue l'hystérie, et cette dernière est une atteinte à la première. En conséquence de quoi, la santé sexuelle désigne l'absence d'hystérie. Le texte de Hutchinson ne permet pas d'établir s'il étend la santé sexuelle à l'absence d'autres maladies sexuelles, et plus généralement à l'absence de toutes maladies sexuelles, ou s'il en réserve l'usage à la question de l'hystérie. En revanche, la distinction qu'il fait entre le sexe et la maladie sexuelle qui conduit à réserver la référence à la santé sexuelle en regard de cette dernière, circonscrit le champ de la santé sexuelle à un sous-domaine de la sexualité, sous-domaine qui est de la compétence des médecins. Ce point est d'importance, car il pose la question de la dimension médicale de la santé sexuelle, et apporte un éclairage à la question, que nous poserons plus loin, de la médicalisation de la sexualité par l'entremise du concept de santé sexuelle.

---

[142] HUTCHINSON Jonathan, « Motiveless Malingerers », *The British Medical Journal* I, 1870, p. 16.

[143] « *We doubt much whether, in giving the name "hysterical" to the malady in question, we ought to mean that it is associated directly with any disturbance in sexual health* ». Ibid.

Un dernier point que nous voulons souligner concernant la mise en regard de la santé sexuelle et de l'hystérie, est qu'elle situe la première dans le domaine de la psychologie. Au XIXe siècle, l'hystérie désigne en effet un phénomène mental qui se traduit dans le corps, ou un phénomène corporel qui a des répercussions mentales. Les conceptions aliénistes, tout en pouvant s'opposer[144], permettent d'envisager les deux sens de circulation, avec le système nerveux comme système de connexion. La continence sexuelle est généralement considérée comme la cause première de l'hystérie, et c'est l'idée que l'on retrouve aussi bien chez Tegg que chez Hutchinson. Si ce dernier considère l'hystérie comme une maladie, il fait des cas de simulation sans mobile l'objet des psychologues. Listant tous les points auxquels les personnes menant des recherches sur ces cas doivent selon lui être attentives, il ajoute que lorsque ces investigations auront été menées, ce travail « sera d'une grande valeur pour le psychologue »[145]. Nous avons donc à la fois une référence à la santé sexuelle relativement à une maladie considérée comme ayant une dimension mentale, et une distinction entre l'hystérie et un profil « hystérique » qui relève de la psychologie.

Contre l'abstinence sexuelle : le néo-malthusianisme physiologique et utilitariste de Drysdale

Un autre auteur anglais, le médecin britannique et néo-malthusien George Drysdale, pose un rapport d'antonymie entre la santé sexuelle et l'hystérie. Toutefois, la santé sexuelle ne s'oppose pas seulement à l'hystérie, mais se comprend dans une philosophie plus globale qui condamne l'abstinence sexuelle. C'est seulement parce que l'hystérie serait la résultante de l'abstinence qu'elle entre en opposition avec la santé sexuelle telle que l'auteur la conçoit.

---

[144] C'est le cas par exemple entre Jean-Baptiste Louyer-Villermay, qui situe le siège de l'hystérie dans l'utérus, et à laquelle le cerveau, comme le reste du système nerveux, ne font que participer ; et Étienne-Jean Georget, pour lequel les causes en sont des « affections morales vives », qui peuvent aussi être vécues par les hommes. Voir BRÉMAUD, « Panorama historique des définitions de l'hystérie », *art. cit.*, 2015, pp. 486-487.

[145] « *… it will be of great value to the psychologist* ». HUTCHINSON, « Motiveless Malingerers », *art. cit.*, 1870, p. 16.

On trouve ainsi une occurrence de cette dernière en 1854 dans l'ouvrage majeur de Drysdale intitulé *Éléments de science sociale ou religion physique, sexuelle et naturelle*[146]. Celui-ci est consacré aux questions sexuelles et de reproduction, dans une optique de science sociale fondée sur les connaissances médicales. L'auteur en est resté anonyme jusqu'à sa mort en 1904. Dédié « aux pauvres et aux souffrants », son livre a connu un très grand succès : il fut réédité trente-cinq fois jusqu'en 1905, fut vendu à plusieurs dizaines de milliers d'exemplaires et traduit dans plusieurs langues. Son frère, Charles Robert Drysdale, qui fut président de la Ligue malthusienne anglaise fondée en 1877, assura la promotion des idées néo-malthusiennes en général et de George en particulier auprès des ouvriers[147].

Drysdale aborde l'hystérie au chapitre des « maladies des organes génitaux de la femme ». Il estime que celle-ci peut être due aussi bien à une agitation ou une irritation de l'esprit, qu'à un épuisement du corps. Surtout, il rapporte la nature de l'hystérie à « une morbidité *sexuelle* enracinée », « véritable essence du dérangement de l'état mental »[148]. Là aussi sans surprise, la cause de l'hystérie selon Drysdale est l'insatisfaction des appétits sexuels, alors même qu'ils sont excités. Il en veut pour preuve les populations qui en sont atteintes : « les demoiselles, les veuves, les femmes mal mariées »[149].

Drysdale s'oppose à l'abstinence sexuelle prônée par l'Angleterre victorienne et Malthus, en ce que non seulement elle provoque l'hystérie, mais aussi tout un tas d'autres problèmes de santé, pour l'homme comme pour la femme. À l'instar des autres néo-malthusiens anglais, il refuse de considérer que la lutte contre la pauvreté repose sur la privation sexuelle, et oppose à l'abstinence comme moyen de contrôle des naissances, le développement des moyens anticonceptionnels. Il promeut également les rapports sexuels hors mariage, ce dernier exerçant un contrôle de la sexualité contre lequel il se dresse. Il

---

[146] DRYSDALE George, *Éléments de science sociale ou religion physique, sexuelle et naturelle. Exposé sur la véritable cause et sur le remède des trois principaux maux de la Société : la Pauvreté, la Prostitution et le Célibat*, 4e édition, Paris, Félix Alcan, 1885. Edition en anglais : DRYSDALE George, *The Elements of Social Science; or, Physical, Sexual and Natural Religion*, 4th ed. (1st ed. 1854), London, E. Truelove, 1861.

[147] DROUARD Jacques-Antoine, « La "révolution sexuelle" des frères Drysdale », *Cercles* (7), 2003, p. 6.

[148] DRYSDALE, *Éléments de science sociale ou religion physique, sexuelle et naturelle*, *op. cit.*, 1885, p. 135. Souligné par l'auteur.

[149] Ibid., p. 137.

s'agit, en somme, de pouvoir avoir « à la fois du pain et de l'amour »[150]. Dans cette logique, pour traiter l'hystérie mais aussi pour la prévenir, il préconise le « commerce sexuel »[151]. Mais il ne considère pas que la masturbation soit un remède, dans la mesure où elle « augmente la faiblesse nerveuse et l'état morbide des sentiments sexuels »[152].

Le néo-malthusianisme de Drysdale repose fondamentalement sur l'usage et la généralisation des moyens de prévention de la fécondation, et donc sur les comportements individuels, en particulier des femmes des classes défavorisées. La dimension de « science sociale » de son propos réside dans l'idée que l'orientation des conduites individuelles selon les lois de la nature va mener au reflux des principaux maux sociaux selon lui induits par le non-respect de ces lois : la pauvreté, la prostitution (à laquelle sont associées les maladies vénériennes) et le célibat. Les individus ne doivent donc pas tout attendre des médecins, mais il relève de leur responsabilité personnelle de préserver et rechercher la santé :

> Notre santé, comme tout le reste de la vie, est la récompense de l'effort individuel ; il faut que notre propre corps y travaille, il faut que notre propre raison y concoure dans la mesure de nos forces. Laisser toute la responsabilité au médecin est un mal qui mène aux plus funestes conséquences.[153]

Si Drysdale considère comme Malthus que la surpopulation est la cause de la pauvreté, c'est dans ce qu'il appelle la « copulation préventive »[154] qu'il voit la solution à celle-ci. Il entend par là « le coït accompagné de précautions qui empêchent la fécondation »[155]. En limitant le nombre d'enfants dans les classes laborieuses, celles-ci réduiront la mise en concurrence qui fait baisser les salaires, en même temps que l'abondance de population qui fait augmenter les prix des denrées alimentaires dont le rythme de production, conformément au principe de population de Malthus, n'est pas proportionné

[150] Ibid., p. 252.
[151] Ibid., pp. 138, 140.
[152] Ibid., p. 134.
[153] Ibid., p. 16.
[154] Les moyens de copulation préventive répertoriés par Drysdale sont les rapports sexuels hors de la période de fécondation, le coït interrompu juste avant l'éjaculation, la capote, l'éponge venant boucher le col de l'utérus, ou encore l'injection d'eau tiède ou froide dans le vagin immédiatement après le coït. La méthode de l'éponge a sa préférence. Ibid., pp. 255-256.
[155] Ibid., p. 253.

à la croissance de la population[156]. Avec le contrôle des naissances, les salaires augmenteront et la pauvreté reculera. En conséquence, la prostitution, à laquelle s'adonnent des femmes pour des raisons économiques, tendra également à disparaître, et avec elles les maladies vénériennes : « le grand préservatif contre les maladies vénériennes de la femme et de l'homme, c'est *l'abolition de la prostitution*, de l'amour vénal »[157].

Le contrôle des naissances par la copulation préventive est proposé comme une solution concurrente et contraire à la continence retenue par Malthus pour équilibrer les rapports entre la population et la production des ressources. La raison en est les lois de la nature. Drysdale soutient l'idée qu'il existe une loi dite « de l'exercice », selon laquelle « *la santé des organes et des émotions de la reproduction dépend d'une quantité suffisante d'exercice normal* ». *A contrario*, « le manque d'exercice tend puissamment à produire la souffrance et la maladie chez l'homme et chez la femme »[158]. C'est dans le cadre de cette approche quantitativiste du défaut et de l'excès[159], et au moment où il évoque les maladies produites selon lui par la continence, que Drysdale parle de « santé sexuelle », en en faisant un synonyme de « vertu sexuelle » :

> [...] les préjugés particuliers sur la moralité sexuelle qui, malheureusement, prédominent tant dans la Grande-Bretagne, ont généralement empêché la reconnaissance ouverte de ces lois naturelles, sur lesquelles seules on peut fonder une théorie vraie de vertu ou de santé sexuelle.[160]

Parmi les maladies produites par la continence, nous retrouvons donc l'hystérie chez les femmes. Drysdale cite également, toujours pour les femmes, la chlorose et les désordres de la menstruation. Pour les hommes, il énumère l'affaiblissement génital, la spermatorrhée et l'hypocondrie[161].

Au nom des lois de la nature, la santé sexuelle se trouve ainsi chargée de valeur, dans un sens qui incite à la pratique de rapports sexuels suffisants pour assurer la santé des organes de la reproduction, selon une approche fonctionnaliste. L'emploi de « vertu », assimilée à « santé » — assimilation faite de manière générale et répétée par Drysdale,

---

[156] Ibid., p. 204.
[157] Ibid., p. 169.
[158] Ibid., p. 368. Souligné par l'auteur.
[159] Après les maux résultant de la continence, Drysdale consacre un chapitre aux maux résultant de l'excès. Ibid., pp. 70-72. Voir également p. 141-142.
[160] Ibid., p. 371. Voir p. 496 de l'édition anglaise.
[161] Ibid.

et pas seulement pour la sexualité —, a pour fonction de contrebalancer le poids de la « moralité sexuelle » victorienne, certes en arguant de lois de la nature, mais en restant dans le registre moral, ce qui permet d'opposer une morale à une autre. C'est ainsi que selon Drysdale, l'observance de la loi d'exercice relève du « salut » et du « devoir » de l'homme et de la femme. L'ensemble de ces réflexions s'inscrit dans ce que Drysdale appelle une « religion physique », sur laquelle il s'appuie pour promouvoir une « théorie et une pratique vraie de morale sexuelle »[162]. C'est que la vertu désigne précisément le fait d'obéir aux lois naturelles, au lieu d'invoquer le surnaturel (pour que le malade recouvre la santé par exemple), tandis que le vice consiste dans le fait de négliger ces lois : « Toute vertu provient de ce que nous observons les conditions naturelles qui la produisent ; tout vice, de ce que nous négligeons ces conditions »[163]. Cette observance des conditions naturelles se traduit par la santé, qui est la preuve de la vertu, c'est-à-dire des conduites conformes aux lois de la nature : « La santé du corps, cette preuve manifeste d'une vie physiquement vertueuse… »[164]. En ce sens, la religion physique « est diamétralement opposée aux croyances chrétiennes et spiritualistes »[165]. Il s'agit de fonder une morale sur les lois de la nature en général et du corps en particulier, et non sur des lois divines et une métaphysique de l'âme, à partir de laquelle le corps se trouverait déprécié.

Conformément à la loi de l'exercice, la santé sexuelle se trouve associée à la vigueur sexuelle, et d'une manière générale la santé est articulée à la vigueur. Drysdale accuse le spiritualisme de conduire à la négligence des « facultés physiques » ou « forces corporelles ». Ceci conduit à la perte de vigueur, non seulement du corps mais aussi de l'esprit. Or :

> Si le corps est faible, chétif, enclin aux sensations désordonnées ; s'il n'a pas un goût vif pour les plaisirs des sens, goût produit par des organes sains et bien exercés, l'esprit manquera certainement de quelqu'un ou de quelques-uns des éléments qui contribuent à former l'excellence littéraire. Il y aura une absence de santé, de sérénité, de vigueur soutenue, de goût naturel, de puissance de la vie, choses qui sont toutes les signes d'un esprit sain et bien équilibré.[166]

[162] Ibid., p. 375.
[163] Ibid., p. 313.
[164] Ibid., p. 1.
[165] Ibid., p. 3.
[166] Ibid., p. 36.

Cette perte de force et de puissance vitale, tout autant de l'esprit que du corps, concerne aussi bien ce que Drysdale appelle la « vigueur virile » ou « mâle vigueur » que les femmes. Le propos est en effet féministe. D'une part, « sous l'influence du spiritualisme, l'esprit a dégénéré tout comme le corps et perdu de sa mâle vigueur »[167]. D'autre part, le spiritualisme a dégradé davantage encore la femme :

> On admet à peine que les vertus physiques soient de son ressort : la force, la vigueur, le courage et l'activité ne sont pas considérés comme des qualités féminines ; aux yeux du spiritualisme, elles enlèvent en quelque sorte le charme particulier à la femme. C'est pourquoi l'état physique de la femme est généralement dégradé au suprême degré. Les femmes sont devenues des créatures chétives, faibles, craintives, délicates.[168]

Or pour Drysdale, « la puissance et la force corporelles de la femme sont tout aussi indispensables à la santé et à la vigueur du genre humain que celles de l'homme »[169]. Et ce, parce que les mêmes lois de l'exercice régissent les deux sexes[170].

C'est donc pour des raisons physiologiques qu'il faut entretenir la vigueur aussi bien chez l'homme que chez la femme, ce qui couvre également la vigueur sexuelle. Car aussi bien chez les deux sexes, « la vigueur des appétits sexuels est une grande vertu », « signe d'une constitution robuste, d'organes sains et d'une disposition sexuelle naturellement développée »[171]. L'agencement entre la santé et la vigueur repose sur celui entre la physiologie et la santé. La physiologie est en effet pour Drysdale « l'observation des faits qui se rapportent à la santé », tandis que la pathologie est celle des faits qui se rapporte à la maladie, et la thérapeutique celle de ceux qui se rapportent au traitement[172]. Or, ce qu'observe la physiologie, est que les organes ont besoin d'exercice pour être entretenus, c'est-à-dire pour que leur vigueur soit conservée. La loi de l'exercice établie par la physiologie opère le lien entre la santé et la vigueur. Dès lors, la préservation de la santé sexuelle, qui repose également sur l'exercice, réside dans l'entretien de la vigueur des organes sexuels. Toutefois, cet exercice doit être correctement proportionné, et l'excès d'exercice, comme avec la masturbation, conduit non pas à l'entretien de la vigueur sexuelle, mais à son affaiblissement.

---

[167] Ibid., p. 38.
[168] Ibid., p. 40.
[169] Ibid.
[170] Ibid., p. 126.
[171] Ibid., p. 131.
[172] Ibid., p. 368.

Au demeurant, cette conception du corps et des lois de la nature n'est pas incompatible avec les conceptions protestantes. Toutefois, le mariage et le célibat constituent d'autres cibles de Drysdale. La loi de l'exercice ne peut selon lui s'accommoder avec le mariage, qui restreint le cadre des relations sexuelles autorisées, et qui impose le célibat en dehors de lui, ce qui entraîne notamment le développement de l'hystérie.

Soulignons encore que si la loi de l'exercice s'applique aux organes en général et aux organes sexuels en particulier, elle vaut aussi pour les émotions, y compris celles qui « se rattachent au système sexuel ». Les émotions sont considérées comme de « grands *appétits* naturels implantés dans le corps », parmi lesquels figure l'amour. Or : « De la régularité et de la satisfaction de ces appétits dépendent essentiellement la santé et le bonheur du genre humain »[173]. Nous retrouvons là l'association de la santé et du bonheur. Drysdale s'inscrit dans la continuité de l'utilitarisme de John Stuart Mill, auquel il se réfère à de multiples reprises dans son livre. Encensant Malthus pour la mise en évidence du principe de population, il renvoie à Mill et à ses *Principes d'économie politique*, dont le principe de population est la clef de voûte[174] :

> M. Mill démontre ce que ne peuvent manquer de voir ceux qui réfléchissent profondément à la question, que ce principe [de population] est la base principale de l'économie politique et de la science morale.[175]

Exposant les idées de l'ouvrage de Mill, Drysdale reprend à son compte l'objectif politique de l'accroissement du bonheur, articulée au contrôle des naissances dans les classes ouvrières :

> Le grand but de la politique devrait être d'élever le type de bien-être parmi les classes ouvrières, de rendre leur situation telle qu'elles comprennent clairement que leur bonheur dépend d'elles-mêmes et du contrôle qu'elles exercent sur la faculté de reproduction.[176]

---

[173] Ibid., p. 370.

[174] Sans faire preuve du pessimisme de Malthus, Mill écrit à propos de l'accroissement de la population que « les discussions soulevées à ce sujet par l'essai de Malthus ont fait connaître si complètement la vérité, bien que cette vérité ne soit pas admise unanimement, qu'il suffira sans doute d'examiner aujourd'hui la question plus succinctement qu'il n'eût été nécessaire dans toute autre circonstance ». MILL John Stuart, *Principes d'économie politique, avec quelques-unes de leurs applications à l'économie sociale*, vol. I, 2e édition, Paris, Guillaumin, 1861 (Économistes et publicistes contemporains), p. 174.

[175] DRYSDALE, *Éléments de science sociale ou religion physique, sexuelle et naturelle*, *op. cit.*, 1885, pp. 230-231.

[176] Ibid., p. 236.

Le principe utilitariste d'augmentation du bonheur et de diminution du malheur vient renforcer l'argument selon lequel la vertu consiste à suivre les lois de la nature et en particulier la loi de l'exercice. C'est en effet ce principe qui justifie de remettre en cause l'institution du mariage et d'instaurer la possibilité de divorcer facilement :

> La grande difficulté qui empêche les hommes de proposer un changement défini dans notre code sexuel, est la presque impossibilité de *changer d'une façon quelconque la théorie du mariage, sans la renverser de fond en comble.* Le divorce facile à obtenir renverse cette théorie en fait. Et cependant rien n'est plus indispensable au bien-être sexuel des couples mariés. Rendre l'amour en dehors du mariage honorable et légitime, détruit évidemment la doctrine du mariage ; et cependant il est impossible d'éviter, d'une autre manière, les maux les plus terribles, la prostitution, la masturbation, les maladies génitales et vénériennes et des souffrances innombrables.[177]

Le calcul des plaisirs et des peines s'effectue ainsi sur ce qui contraint la loi de l'exercice dans le mariage où les époux ne se désirent plus, et les conséquences d'une institution qui pousse, pour pouvoir satisfaire la loi de la nature, à contourner sa rigueur dans des conditions telles que croissent les malheurs.

Un concept physiologique du registre de l'éducation populaire selon le *self-help*

Ce qui ressort de ces premiers usages britanniques des termes de « santé sexuelle » réside principalement en trois points, qui vont être tout à fait importants pour la suite de l'historique du concept. Tout d'abord, il s'agit d'emplois dans des ouvrages destinés au grand public ou qui ont connu un large succès. C'est en effet surtout dans les manuels et autres ouvrages populaires que « *sexual health* » va être utilisée en Grande Bretagne et aux États-Unis au XIXe siècle. Nous avons vu que ce phénomène s'inscrit dans celui de la tradition du *self-help* ou de « l'aide à soi-même », domestique mais aussi communautaire. Comme nous le verrons, ceci contraste avec le centralisme étatique de l'Europe continentale, qui ignore le syntagme de « santé sexuelle » au XIXe siècle.

Ensuite, l'activité physique comme vecteur de santé sexuelle — y compris concernant l'hystérie —, se comprend en particulier chez Drysdale dans le refus à la fois du dualisme et d'une hiérarchie entre l'âme et le corps : « Séparer l'un de l'autre, c'est

[177] Ibid., p. 275.

annihiler la vérité de la nature. Placer l'un au-dessus de l'autre, est une présomption monstrueuse qui détruit l'harmonie de l'univers »[178]. Cette harmonie se traduit aussi par l'égale considération à porter à toutes les parties du corps, et notamment aux « organes de la génération » :

> … nous ne saurions avilir une portion quelconque de la nature humaine, sans dégrader tout notre être. Il serait difficile d'énumérer tous les maux qui ont découlé de cette malheureuse idée sur les parties génitales, dont les fonctions ne le cèdent à nulle autre en importance et en perfection.[179]

Les usages de « santé sexuelle » vont en effet être référés à une prédominance de la physiologie contre les considérations métaphysiques sur la conception de l'être humain. Comme nous le verrons, même les discours protestants et se référant à Dieu, accordent une place prédominante à la physiologie et à une approche holistique. Nous retrouvons ici les échos du vitalisme. Chez Drysdale, le spiritualisme est particulièrement visé, dans la mesure où il se focalise sur l'esprit dans l'ignorance du corps[180]. Le fait que Drysdale parle de « religion physique » ne permet ainsi pas de voir en celle-ci une simple transposition des préceptes religieux chrétiens au niveau de la nature. La loi de l'exercice qui invite aux rapports sexuels en dehors du mariage, qui dissocie, par la promotion des moyens de contraception, la sexualité de la reproduction, et la prise de position de Drysdale contre la religion chrétienne l'illustrent suffisamment. La dimension religieuse chez Drysdale réside dans l'idée qu'il s'agit de se référer à un idéal infini, mais qui a ses fondements dans la nature : « tout idéal humain fondé sur une réalité dans la nature est infini, et peut en conséquence former une religion »[181]. Elle renvoie ainsi à un but à atteindre, ce qui nous amène au point suivant.

Le troisième point, qui prendra toute son ampleur au tournant du XXe siècle, est celui du recours à l'éducation pour orienter les conduites. Drysdale déplore en effet que « l'éducation donnée à l'enfance et à la jeunesse ne comprend pas la connaissance du corps, l'instruction nécessaire pour diriger la vie physique »[182]. Le recours à ce qui s'ap-

[178] Ibid., p. 4.
[179] Ibid., p. 7.
[180] Ibid., p. 6.
[181] Ibid., p. 5.
[182] Ibid., p. 1.

pellera quelques dizaines d'années plus tard l'éducation sexuelle, dans le cadre de l'hygiène sexuelle, est préfiguré chez Drysdale : il s'agit en effet du « gouvernement de notre vie physique »[183], qui doit atteindre du même mouvement à la vertu et à la santé. Le refus du dualisme et de toute hiérarchie entre l'âme et le corps repose sur l'idée d'une intrication entre les deux, qui constitue « l'homme comme être complet »[184], selon une approche qui se révèle donc holistique, à la fois dans le sens d'une prise en compte du corps et de l'esprit sans réduction de l'un à l'autre ni exclusion de l'un des deux, mais aussi de la recherche d'effets sociaux par l'éducation. L'idée d'un esprit sain dans un corps sain se trouve ainsi exprimée par Drysdale : « Pouvez-vous avoir un esprit sain sans une cervelle saine ? »[185] La réponse étant négative, la santé et la vertu se trouvent irrémédiablement liées :

> Si vous ne voulez pas mener une vie physiquement vertueuse, c'est-à-dire une vie saine, vous êtes un être immoral. Si vous le désirez, il n'est qu'une seule voie : c'est d'étudier les lois de la santé et d'y obéir.[186]

Dès lors, « toutes les maladies corporelles doivent être regardées comme un signe de péché », et ce, que la maladie soit de « sa propre faute » ou héréditaire[187]. Cette articulation de la santé et de la morale reposant sur celle du corps et de l'esprit rend la recherche et la préservation de la santé particulièrement exigeantes. La responsabilité individuelle est fortement engagée, et atteindre à la vertu revient à accéder à une forme d'excellence. C'est ainsi que Drysdale parle aussi bien d'« excellence morale » que d'« excellence physique », l'une pouvant « se résoudre » en l'autre, « et réciproquement »[188]. L'exigence de vertu est telle qu'elle concerne également la mort. Les personnes sont coupables non pas d'être mortelles, mais de mourir, dès lors que la mort n'est pas « naturelle ». Mourir autrement que de vieillesse — c'est-à-dire mourir de maladie — est la marque du péché, qui est d'autant plus grand que la maladie a été grave :

---

[183] Ibid., p. 4.
[184] Ibid., p. 5.
[185] Ibid., p. 4.
[186] Ibid., p. 5.
[187] Ibid.
[188] Ibid.

> Si la vie saine est le couronnement des vertus physiques, la mort dans toutes ses formes, excepté la mort naturelle, spontanée, par le déclin graduelle de la vieillesse, est le plus grand des péchés physiques[189].

La maladie et la mort sont ainsi des punitions. Ces dernières ne sont cependant pas divines, mais infligées par la nature. En résonance avec le *self-help*, l'adage de Drysdale est alors le suivant : « Vivre et mourir selon la nature, et aider aux autres à faire de même ! »[190] Cet adage fait écho aux conceptions néo-hippocratiques de la santé et de l'hygiène, et à l'idée qu'il faut suivre et accompagner la nature. Elle promeut également une forme de vitalisme qui tend à considérer la mort comme une extériorité, c'est-à-dire comme une forme de positivité pleine et entière. Nous verrons plus loin que Foucault a une interprétation du vitalisme diamétralement opposée, dans le cadre de sa conception de la biologie comme d'une blessure infligée à l'être humain et à l'humanisme du bonheur. L'idée d'une pleine positivité de la vie et de la santé sera précisément promue par l'OMS, et nous retrouverons dans la deuxième moitié du XXe siècle des tensions entre une conception positive de la santé sexuelle et une conception plus « dramatique » du sexuel par la psychanalyse. Nous y reviendrons.

Dans la pensée de Drysdale, la dimension éthique et normative se trouve très tôt associée aux usages du syntagme « santé sexuelle », et ce dernier est systématiquement intégré aux questions d'hygiène, ce qu'illustre une autre occurrence de « *sexual health* » au milieu du XIXe siècle dans *The Lancet* — publié à New York —, sous la plume d'un médecin irlandais spécialisé dans le cancer, le docteur Walter Hayle Walshe : « Nos recherches devraient ensuite porter […] sur ce qu'on appelle l'histoire commémorative, y compris les conditions d'hygiène et la santé sexuelle du patient »[191]. C'est notamment cette association qui conduit nombre de recherches à adopter un angle socio-bio-politique en histoire de la sexualité. Toutefois, il n'en reste pas moins que le concept de santé en général et celui de santé sexuelle en particulier reposent sur un certain rapport à la

[189] Ibid., p. 6.

[190] Ibid., p. 7.

[191] « *Our investigations should next turn […] to what is called the commemorative history, including the hygienic conditions and sexual health of the patient* ». WALSHE Walter H., « Lectures on Clinical Medicine », *The Lancet* IX (3), 1849, p. 163.

nature, tant dans la place qu'elle occupe sur le plan anthropologique que dans l'ordre de la connaissance :

> Quiconque ne connaît pas les lois naturelles des organes sexuels et les maladies qu'entraîne la désobéissance à ces lois, ne peut raisonner justement sur la moralité sexuelle.[192]

Pour fonder une organisation sociale et des comportements individuels sur les lois de la nature, il faut au préalable établir ces lois, et entreprendre ainsi un travail qui se veut scientifique. L'importance accordée à la physiologie contre la métaphysique pour comprendre la vie humaine mérite que l'on prenne au sérieux les prétentions scientifiques qui président aux usages du syntagme et du concept de santé sexuelle, ne serait-ce que pour évaluer jusqu'à quel point un tel concept peut être dégagé ou non de toute dimension axiologique. En revanche, si la santé sexuelle est une condition du bien-être sexuel, elle n'est pas elle-même définie comme état de bien-être. La physiologie est certes articulée à l'utilitarisme, mais sans s'y réduire.

I.2.2 — Santé sexuelle, réforme sanitaire et hygiénisme américain

L'on va retrouver des usages de « *sexual health* » en rapport avec la vigueur sexuelle ou la reproduction chez les auteur · e · s des États-Unis. Toutefois, l'orientation hygiéniste protestante va y être plus prononcée, comme nous l'avons vu avec Graham, qui pose dès la première moitié du XIXe siècle le cadre de pensée de la santé sexuelle. Dans la suite de ce dernier, les occurrences du syntagme « *sexual health* » vont apparaître chez des médecins qui s'inscrivent dans le cadre de la réforme sanitaire, qui sera particulièrement promue par l'Église adventiste du septième jour — d'inspiration sabbatiste[193] et issue du courant protestant milléristе —, avec la création en 1866 de l'Institut de réforme sanitaire. Les usages de « *sexual health* » vont également se retrouver dans l'univers des médecines dites alternatives.

---

[192] Drysdale, *Éléments de science sociale ou religion physique, sexuelle et naturelle*, *op. cit.*, 1885, p. 171.
[193] Le septième jour est en effet le samedi (Sabbat).

L'Église adventiste du septième jour : santé et éthique protestante

C'est à l'une des co-fondatrices de l'Église adventiste, Ellen G. White, qu'est dû l'intérêt des adventistes pour la santé. En 1863, elle prétend avoir eu une vision : « J'ai vu que maintenant il nous fallait nous occuper particulièrement de la santé que Dieu nous a donnée, car notre travail n'était pas encore fait »[194]. S'inspirant des médecins hygiénistes et en particulier de James Caleb Jackson[195], elle a fait jusqu'à sa mort en 1915 la promotion de règles de vie afin de préserver ou recouvrer la santé, qui reposent sur ce qu'elle appelle les « principes de la santé », récapitulés dans un ouvrage de 1905, *Le Ministère de la Guérison*. Ces principes ont trait à « l'hygiène générale » (circulation du sang, respiration, ventilation et soleil), à la manière de s'habiller, à celle de s'alimenter, à la consommation de stimulants (café, thé…) et de narcotiques, ainsi que d'alcool[196].

Si, avec Drysdale, nous avons vu que l'attention au corps s'inscrit dans le rejet de l'âme métaphysique, ici elle repose sur les croyances religieuses : « C'est le Seigneur qui a établi les lois de la nature, et celles-ci ne sont pas des exigences arbitraires »[197], comme l'affirme White. C'est ainsi qu'au moment où elle aborde les questions d'hygiène, elle établit le lien entre la foi religieuse comme spiritualité, la physiologie comme science, et l'hygiène comme éthique, à partir de la première épître aux Corinthiens :

> La pensée que notre corps doit être le temple de Dieu, une habitation où sa gloire se révèle, devrait nous pousser à prendre soin de nos forces physiques et à les développer. Le Créateur a fait de notre corps un chef-d'œuvre. Il faut en étudier la structure, en comprendre les besoins, et le préserver de toute atteinte du mal.[198]

Une telle place accordée au corps repose *in fine* sur ce qui fonde la théologie protestante dans ses divers courants : le salut de l'âme ne dépend pas de la soumission

---

[194] « *I saw that now we should take special care of the health God has given us, for our work was not yet done* ». WHITE Ellen G., *Manuscript Releases*, vol. 5 [Nos. 260-346], Silver Spring, Ellen G. White Estate, 1990, p. 89.

[195] NUMBERS Ronald L., « Sex, Science, and Salvation: The Sexual Advice of Ellen G. White and John Harvey Kellogg », in: ROSENBERG Charles E. (éd.), *Right Living: an Anglo-American Tradition of Self-Help Medicine and Hygiene*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 2003, p. 209.

[196] WHITE Ellen G., *Le Ministère de la Guérison*, Silver Spring, Ellen G. White Estate, 1977, pp. 185-236 ; Texte original : WHITE Ellen G., *The Ministry of Healing*, Washington, D.C., Review and Herald, 1905, pp. 271-346.

[197] WHITE, *Le Ministère de la Guérison*, *op. cit.*, 1977, p. 72.

[198] Ibid., p. 186.

de la vie terrestre à des préceptes et des interdits imposés de l'extérieur, énoncés à partir de l'idée que la chair est le terreau du péché.

Si nous avons vu plus haut à quel point le protestantisme est présent dans la réforme sanitaire, il nous faut aller plus loin pour comprendre à la fois comment il a pu s'articuler à l'hygiénisme, et ce qu'il y a apporté de spécifique. Pour éclairer ce point, nous reprenons à notre compte la distinction entre la morale et l'éthique que l'on peut établir à partir de Foucault, pour dire que le protestantisme promeut l'éthique contre la morale, c'est-à-dire l'intériorisation personnelle de règles de conduite qui fait de soi une personne morale sur le plan de la subjectivité, contre un code énonçant de grands principes et réglementant les comportements depuis l'extérieur. Il ne s'agit pas tant ici du contenu de la règle que du rapport que l'on entretient à celle-ci. Une personne peut bien se conduire selon l'énoncé d'un code (comme les dix commandements), mais ne faire que se conformer à celui-ci pour des raisons autres que morales (par exemple par peur de représailles). Par contre, si sa conduite est personnelle et réfléchie (« *se* conduire »), elle opère « non pas simplement comme agent, mais comme sujet moral de cette action », ce qui relève de « la *détermination de la substance éthique*, c'est-à-dire la façon dont l'individu doit constituer telle ou telle part de lui-même comme matière principale de sa conduite morale »[199]. Le refus de cette extériorité législatrice — incarnée par l'Église — se traduit par la destitution du pouvoir de rédemption de l'institution ecclésiastique dans le cadre du commerce des indulgences, permettant d'effacer ici-bas des fautes en vue du salut de l'âme. L'accès à la Bible ne passe alors plus par l'intermédiaire de l'Église qui en donne son interprétation et exerce une autorité, mais il se fait de manière directe par les croyantes et croyants. Si, dans le catholicisme, l'éthique peut découler de la morale, dans la mesure où la constitution du sujet moral de l'action peut consister en l'assimilation subjective d'un code extérieur promu par une hiérarchie, elle ne dépend pas de l'ordre hiérarchique dans le protestantisme.

Cette prévalence de l'éthique sur la morale a une double incidence : la vie corporelle est libérée des commandements ecclésiastiques, et il appartient à chacune et chacun de prendre soin de cette vie en raison des conséquences ici-bas, sans présumer du salut de l'âme. Chez White, l'hygiène est le domaine de déploiement de cette éthique du corps,

[199] FOUCAULT Michel, *Histoire de la sexualité II. L'usage des plaisirs*, Paris, Gallimard, 1984, p. 37.

et pour atteindre son but, à savoir la santé, elle doit reposer sur la physiologie. On retrouve ici ce qui fait la spécificité de l'éthique protestante selon Weber : « estimer que le devoir s'accomplit dans les affaires temporelles, qu'il constitue l'activité morale la plus haute que l'homme puisse s'assigner ici-bas »[200], et que celui-ci se réalise comme une activité quotidienne qui relève d'une vocation (*Beruf* en allemand).

L'Église adventiste du septième jour et les hygiénistes américains inspirateurs de sa doctrine sur la santé, ou eux-mêmes membres de cette Église, s'inscrivent dans la suite de Graham, en promouvant le végétarisme et des techniques de bien-être associées à la santé, comme l'hydrothérapie ou la diététique. D'une façon plus générale, dans la partition des courants de la médecine, l'orientation naturaliste néo-hippocratique constitue le terreau de la médecine dite « douce », qui peut conduire au passage de la médecine sans docteurs au rejet des médicaments. White reprend cette idée :

> Des milliers de gens seraient heureux de connaître les moyens de soigner les malades sans médicaments toxiques. L'ignorance touchant la réforme sanitaire fait un mal incalculable. Les erreurs au point de vue diététique et l'emploi d'aliments nuisibles sont en grande partie la cause des misères et des crimes qui affligent le monde.[201]

Au contraire, la connaissance des lois de la nature permet de s'y conformer et ainsi d'être heureux sur Terre : « Faites comprendre que les lois de la nature étant celles de Dieu, elles sont établies pour notre bien ; que notre soumission à ces lois nous procure le bonheur ici-bas et nous prépare pour la vie à venir »[202]. Il s'agit alors d'enseigner les principes de la santé sur la base des lois de la nature, dans le cadre d'une éducation populaire.

Comme nous l'avons vu, le mouvement de réforme sanitaire s'est développé comme une voie concurrente à la médecine dite orthodoxe. Dans ce contexte, la question du régime alimentaire occupa une place de choix dans la médecine « alternative », et ce dès la période *antebellum* comme nous l'avons évoqué avec Graham[203]. Cet intérêt perdurera dans la seconde moitié du XIXe siècle. On le retrouve en particulier chez deux

---

[200] WEBER Max, *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme*, Paris, Plon, 1964, p. 69.

[201] WHITE, *Le Ministère de la Guérison*, *op. cit.*, 1977, p. 96.

[202] Ibid. La dissociation entre la vie terrestre et la vie de l'âme n'est donc pas totale, mais elle est suffisante pour donner plein droit à la vie terrestre.

[203] SUZUKI Nanami, « Popular Health Movements and Diet Reform in Nineteenth-Century America », *The Japanese Journal of American Studies* (21), 2010, p. 114.

médecins hygiénistes dont l'un, déjà évoqué comme inspirateur d'Ellen White, est James Caleb Jackson, et l'autre, membre de l'Église adventiste du septième jour, est John Harvey Kellogg. Jackson fut l'inventeur des premières céréales à consommer au petit-déjeuner et appelées « granules ». Kellogg est resté célèbre jusqu'à aujourd'hui pour ses *corn flakes*. Ce n'est cependant pas pour leurs inventions céréalières qu'ils nous intéressent particulièrement ici, mais parce qu'ils ont tous deux eu recours au syntagme de « santé sexuelle » dans leurs ouvrages hygiénistes. Celui-ci se trouve alors associé à des discours de réforme sanitaire attentifs au régime alimentaire et opposés à l'absorption de médicaments considérés comme toxiques, en vue de favoriser le bien-être dans la vie terrestre. Ainsi que nous l'avons souligné, l'articulation entre le régime alimentaire et le sexe remonte à Graham, et elle est centrale dans la réforme sanitaire. Dans la suite de la physiologie de la subsistance, c'est l'articulation du régime alimentaire et de la modération sexuelle que l'on retrouve chez Jackson et Kellogg.

James Caleb Jackson : la santé des organes reproducteurs au cœur d'une théorie de l'hérédité

Jackson s'inscrit dans le courant hygiéniste et réformiste de la médecine américaine. Il a développé et articulé la cure par l'eau (*water cure*) et l'hygiène alimentaire dans le centre de santé qu'il a fondé en 1858 dans l'État de New York. Il s'est inspiré du médecin autrichien Vincent Priessnitz, considéré comme le fondateur de l'hydrothérapie moderne pour avoir renouvelé les techniques hippocratiques et galiennes de l'usage de l'eau à des fins thérapeutiques.

Plutôt que de chercher à soigner les maladies par la médication, Jackson fait la promotion d'une hygiène de vie reposant sur le fait de se conformer aux « lois de la vie », titre par ailleurs de la revue dont il fut un co-éditeur : *The Laws of Life*. Il s'agit pour lui non seulement de traiter les maladies selon des méthodes d'hygiène, mais aussi et surtout, conformément à la philosophie hygiéniste, d'éviter celles-ci grâce au mode de vie, ce qui contribuera au bonheur : « enseigner à ses voisins et ses semblables les lois de la santé, leur montrer partout que le bonheur résulte du respect de la loi, le leur faire

sentir et l'exemplifier, cela procure à l'âme une ample récompense »[204]. Certes, « [l]a compétence est bonne au chevet des malades » [205], mais c'est en amont, lorsque les personnes ne sont pas malades, qu'il convient d'agir, parce que la lutte contre la maladie une fois celle-ci installée est souvent vouée à l'échec. Ainsi, aussi importante que soit la clinique, la priorité est donnée à la prévention.

Plutôt que celui de maladie, le concept central des méthodes de Jackson est celui de santé, associé là encore à celui de nature. Il existe selon lui deux manières de traiter les personnes malades, l'une qui recourt à des moyens qui, s'ils sont utilisés sur quelqu'un en santé, rendent malade, et l'autre qui emploie des moyens qui, administrés à une personne en santé, conservent la santé. Les premiers moyens sont appelés « anormaux ou non-naturels » par Jackson, tandis que les seconds sont dits « normaux ou naturels »[206]. La norme est donc ici la nature, et celle-ci est évaluée par l'état de santé. Les lois de la vie sont alors articulées aux lois de la santé, cette dernière consistant en l'absence de maladies :

> Les lois de la santé et de la vie sont si reliées dans la compréhension de celles-ci par la conscience humaine que n'importe quel être humain peut les apprécier jusqu'ici comme, en les suivant, rester en santé, ou, en d'autres termes, ne pas être malade.[207]

En somme, les normes hygiéniques coïncident avec les normes physiologiques, ces dernières constituant une forme d'hygiène innée, faisant de la physiologie une « hygiène idéale » selon les termes du philosophe Jacques Lambert. À charge pour l'individu de se conformer à celle-ci — ce qui constitue, en termes modernes, son rôle gestionnaire. Lam-

---

[204] « *[...] to teach one's neighborgs and fellow-men the laws of health, to show them that everywhere happiness is the result of obedience to law, to make them feel it and exemplify it ; this brings to the soul ample reward* ». JACKSON James Caleb, *Hints on the Reproductive Organs: their Diseases, Causes, and Cure on Hydropathic Principles*, New York, Fowlers and Wells, 1852, p. 6.

[205] « *Skill is good at the bed-side of the sick* ». Ibid.

[206] JACKSON James Caleb, *How to Treat the Sick Without Medicine*, Dansville, Austin, Jackson & Co., 1870, p. 9.

[207] « *The laws of health and life are so related in the understanding of them to human consciousness that any human being may so far appreciate them, as, by following them, to keep in health, or, in other words, not to be sick* ». Ibid., p. 12.

bert précise d'ailleurs que cette représentation de l'articulation entre physiologie et hygiène a particulièrement perduré dans le domaine de l'hygiène individuelle[208]. Ajoutons que l'hygiénisme de Jackson se présente comme un psycho-hygiénisme. Comparativement à l'hygiénisme classique, celui-ci prend également en compte le fait que des maladies ont aussi des causes mentales et morales.

Dans la suite de la médecine « alternative », Jackson préfigure notamment les controverses sur la réduction de la médecine à l'administration de médicaments et l'emploi de substances non naturelles en médecine (comme les vaccins de synthèse), et sur la déshumanisation de la médecine ignorant les aspects psychologiques des maladies somatiques — médecine qu'il appelle « allopathie »[209]. Il continue aujourd'hui de faire référence dans le champ des médecines dites naturelles, comme la naturopathie, et dans les courants végétariens.

Pour autant il ne s'agit pas pour lui, pas plus que pour les autres actrices et acteurs de la réforme sanitaire, de promouvoir une conception irrationnelle de la médecine. Au contraire, nous avons vu qu'il s'appuie sur la connaissance rationnelle des lois de la nature, même si celles-ci sont considérées comme l'œuvre de Dieu. Dans son ouvrage de 1852, *Hints on the Reproductive Organs*, il considère, à propos du rôle des pasteurs, que ceux-ci ne doivent pas seulement s'occuper du salut de l'âme, mais de celui de l'homme composé à la fois d'une âme et d'un corps. Il défend ainsi une approche holistique, et enjoint les ecclésiastiques à tenir compte de la physiologie :

> Maintenant, si les ministres [du culte] s'intéressaient à la physiologie et, en relation avec leurs exhortations spirituelles, insistaient sur la loi de pureté physique des êtres humains, en leur faisant sentir que le glouton et le débauché sont pareillement abominables — que la beuverie et la mastication du tabac, le tabac à fumer et à priser sont autant d'influences destinées à renverser et à détrôner la nature supérieure — que la consommation de thé, de café et d'aliments riches ouvre la voie à la maladie et aux drogues [médicaments] — que, dans tout ceci et semblables abus, se cache la cause d'une grande partie de la dépravation qui se manifeste à l'étranger sous forme d'ivresse, de jeux de hasard, d'obscénité et de misère sordide, le monde serait bientôt plus proche du paradis.[210]

---

[208] LAMBERT Jacques, « Normes vitales, normes pour vivre : l'idée de norme est-elle possible sans celle d'une gestion ? », *Philosophia Scientiæ. Travaux d'histoire et de philosophie des sciences* (12-2), 2008, p. 142.

[209] JACKSON, *Hints on the reproductive organs*, *op. cit.*, 1852, p. 14.

[210] « *Now, would ministers give their attention to physiology, and in connection with their spiritual exhortations, press home on human beings the law of physical purity, making them feel that the glutton and the debauchee are alike abhorrent — that dram-drinking and tobacco-chewing, smoking and snuffing, are so*

Sur ces bases, il convient d'identifier les causes des maladies. Jackson en dénombre cinq : 1) les rapports sexuels excessifs ; 2) le vice solitaire ou auto-indulgence, c'est-à-dire la masturbation ; 3) la gloutonnerie alimentaire et la vie sédentaire ; 4) la transmission héréditaire ; 5) les drogues (les médicaments)[211]. Les première et deuxième causes sont d'ordre sexuel, et couvrent aussi bien les relations inter-individuelles (restreintes au couple) que les pratiques solitaires. C'est dans ce cadre que Jackson parle de santé sexuelle. Le syntagme « *sexual health* » n'apparaît qu'une seule fois, lorsqu'il aborde la transmission de maladies ou malformations des parents à leurs enfants du fait d'une « faible santé sexuelle » (*feeble sexual health*)[212]. Jackson désigne par là un épuisement (*exhaustion*) physique du système reproducteur des parents, qui se transmet à leurs enfants[213]. Il s'agit en somme d'hérédité physique. Les causes de cet épuisement peuvent être, chez l'homme, un usage trop fréquent de ses organes génitaux, qui vont perdre leur vigueur et transmettre ce manque de vigueur à la descendance. Ou encore, chez la femme, une tendance de son système utérin à être malade. L'on constate que la vigueur sexuelle est de nouveau associée à la santé sexuelle, dans la mesure où Jackson parle de santé sexuelle faible dès lors que la vigueur sexuelle est absente. En particulier, si l'homme, lorsqu'il était jeune, a abusé de la masturbation (*self-indulgence*), « la vigueur de son système sexuel » va être détruite. Ses enfants vont alors hériter de cette piètre santé sexuelle, et leur propre système sexuel sera moins vigoureux « que si leur père n'avait pas été dépravé »[214]. Mais cette faiblesse ne se transmet pas que sous la forme de problèmes sexuels. Une faible santé sexuelle des parents peut aussi se traduire chez les enfants, selon Jackson, par des scrofules (infections de la peau ou des muqueuses), des malformations telles que le pied-bot ou des membres raccourcis, par une cécité, le nanisme ou une faible vigueur d'esprit, etc.[215]

---

many influences calculated to subvert and dethrone the higher nature — that tea-drinking, coffee-drinking, and the eating of rich foods, all pave the way for disease and drugs — that in these and kindred abuses is concealed the cause of much of the depravity which stalks abroad in the forms of drunkenness, gambling, lewdness, and squalid misery, the world would be nearer heaven soon ». Ibid., p. 11.

[211] Ibid., p. 14.

[212] Ibid., p. 26.

[213] Ibid., p. 25.

[214] « *If a young man by self-indulgence destroys the vigor of his sexual system, and marries and begets children, those children will be less vigorous in their sexual system than though their father had been undepraved* ». Ibid.

[215] Ibid., p. 26.

La santé sexuelle s'entend ainsi sur un plan physique. Mais le point le plus remarquable est qu'elle est associée à une théorie de l'hérédité. Elle apparaît comme la santé des organes sexuels en tant qu'organes de la reproduction. Si ceux-ci ne sont pas dans un bon état de santé, la capacité reproductive s'en trouve affectée, et la déficience se transmet aux générations suivantes. Bénédict Morel n'a pas encore publié son *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles, et morales de l'espèce humaine*[216], mais l'idée d'une transmission héréditaire des maladies a déjà cours, notamment avec la parution, entre 1847 et 1850, du *Traité philosophique et physiologique de l'hérédité naturelle dans les états de santé et de maladie du système nerveux* du médecin aliéniste français Prosper Lucas[217]. L'idée de dégénération possible des espèces animales remonte par ailleurs au milieu du XVIIIe siècle et à l'*Histoire naturelle* de Buffon[218]. Et les idées transformistes de Lamarck sont largement diffusées dans les premières décennies du XIXe siècle, en Europe et outre-Atlantique.

Cette articulation de la santé sexuelle à l'hérédité est l'une des premières formes de combinaison de la santé sexuelle à la reproduction. Elle diffère de celle que Drysdale opère à la même époque au Royaume Uni, dont l'articulation a la forme d'une distinction. Toutes deux n'en témoignent pas moins d'une articulation de l'idée de santé sexuelle à celle de reproduction, que nous verrons de nouveau à l'œuvre dans la seconde moitié du XXe siècle.

L'angle reproductif de Jackson sera confirmé une dizaine d'années plus tard dans son ouvrage intitulé *The Sexual Organism and Its Healthful Management*[219]. On y trouve une nouvelle occurrence de « *sexual health* ». Il l'utilise alors qu'il soutient que, pour suivre les lois de la vie, il ne faut pas considérer physiquement les filles différemment des garçons jusqu'à l'adolescence. Il considère en effet que l'organisme des filles durant l'enfance est inerte, et qu'il ne s'active dans sa spécificité qu'à partir de l'adolescence. Dès lors, si des parents éduquent physiquement leur fille pendant l'enfance en anticipant le

---

[216] MOREL Bénédict-Auguste, *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives*, Paris, J.-B. Baillière, 1857.

[217] LUCAS Prosper, *Traité philosophique et physiologique de l'hérédité naturelle dans les états de santé et de maladie du système nerveux*, 2 vol., Paris, J.-B. Baillière, 1847.

[218] BUFFON Georges-Louis Leclerc, *Histoire naturelle, générale et particulière, avec la description du Cabinet du Roy*, vol. 14 / 31, Paris, Imprimerie royale, 1766, p. 311.

[219] JACKSON James Caleb, *The Sexual Organism and Its Healthful Management*, Boston, B. Leverett Emerson, 1862.

fait que son organisme va manifester des spécificités sexuées dans l'avenir qui ne sont pourtant pas actives, au lieu de l'éduquer comme les garçons, cela augmente son risque de tomber malade plus tard. C'est ainsi que la traiter comme si elle n'était pas une fille jusqu'à ce que son organisme devienne actif sur le plan sexuel, et ce faisant suivre l'ordre de la nature, c'est lui « assurer les meilleures conditions possible de santé sexuelle »[220].

L'année suivante, il consacre un court chapitre de quelques pages aux questions sexuelles dans *How to Treat the Sick Without Medicine*[221]. On n'y trouve pas d'occurrence de « *sexual health* », mais un renvoi à *The Sexual Organism*. Il y rapporte cependant les traitements des problèmes sexuels fonctionnels[222] ainsi que des infections comme la syphilis ou la gonorrhée[223] au psycho-hygiénisme, qu'il n'avait pas encore thématisé en tant que tel au tout début des années 1860, se positionnant alors seulement comme hygiéniste. La conception holistique de l'être humain s'y trouve ainsi consolidée.

Mais l'intérêt de ce chapitre dans *How to Treat the Sick Without Medicine* réside dans le fait qu'il inscrit clairement les questions de sexualité dans une pensée médicale hostile aux médicaments — hostilité, ou au moins méfiance, dont on voit qu'elle ne cesse d'être la toile de fond sur laquelle se dessinent les usages de « *sexual health* ». Concernant Jackson, d'un côté il considère comme irrationnel, pour soigner les malades, l'utilisation de substances qui rendent malades les bien-portants. Il voit un certain nombre de médicaments utilisés à son époque, non sans raison, comme des poisons[224] (que l'on songe au mercure). D'un autre côté, il considère le régime alimentaire comme un moyen de premier plan pour la conservation de la santé. Or, c'est dans ce cadre qu'il développe ses considérations sur la sexualité et la santé sexuelle en lien avec les fonctions reproductives.

---

[220] « *[It] is therefore calculated to secure the best possible conditions of sexual health* ». Ibid., p. 218.
[221] Voir Jackson, *How to Treat the Sick Without Medicine*, *op. cit.*, 1870, pp. 443-447.
[222] Ibid., p. 445.
[223] Ibid., p. 446.
[224] Ibid., p. 22.

Bien se nourrir et ménager ses capacités reproductives : John Harvey Kellogg

Si Ellen White s'inspira de Jackson pour promouvoir une réforme sanitaire portée par l'Église adventiste, Kellogg fut membre de ladite Église, et comme le rappelle l'historien des sciences américain Ronald L. Numbers, White fut sa mère adoptive, sa conseillère spirituelle, et sa formatrice concernant la réforme sanitaire[225].

Lecteur de Graham, dont il recommande le pain pour ses vertus diététiques, Kellogg publie un premier ouvrage hygiéniste sur la vie sexuelle en 1877, intitulé *Plain Facts about Sexual Life*[226]. On y trouve deux occurrences de « *sexual health* », la première dans les pages consacrées aux « problèmes sexuels variés » (« *various sexual matters* »), et la seconde dans l'appendice. C'est d'abord à propos des problèmes liés aux menstruations que Kellogg parle de santé sexuelle. Plus précisément, parmi les causes de dérangements menstruels, il cite la mode vestimentaire : la répartition inégale des vêtements, avec trop de couches sur le bassin et pas assez sur les jambes, ce qui peut conduire la femme à attraper froid ; la manière de porter les jupes, qui compressent l'utérus ; le port du corset qui compresse la taille et congestionne également l'utérus. C'est alors que Kellogg affirme qu'il est impératif de réformer ces pratiques vestimentaires pour les femmes qui souhaitent « assurer ou conserver leur santé sexuelle »[227].

L'autre occurrence est en relation avec les questions d'alimentation. L'appendice de l'ouvrage commence par un chapitre sur la nourriture et le régime alimentaire. Kellogg fustige l'usage de condiments, non seulement inutiles sur le plan nutritif, mais également causes de problèmes pour l'organisme, comme la dyspepsie (troubles digestifs) avec des effets désastreux, en particulier, selon lui, sur les organes sexuels, à la fois de manière indirecte du fait de troubles de l'estomac et du foie, et de manière directe en ayant une influence dans l'excitation et la congestion des parties génitales — en les stimulant de manière trop importante (moutarde, gingembre, sel, poivre, épices…). Il faut donc se

[225] NUMBERS, « Sex, Science, and Salvation: The Sexual Advice of Ellen G. White and John Harvey Kellogg », *art. cit.*, 2003, p. 207.

[226] KELLOGG John Harvey, *Plain Facts about Sexual Life*, Battle Creek, The Office of the Health Reformer, 1877.

[227] « *… to secure or retain sexual health* ». Ibid., pp. 56-57.

passer de tous les condiments si l'on souhaite « maintenir ou retrouver la santé sexuelle »[228].

Quelques années après la publication de cet ouvrage, Kellogg le remanie dans une certaine mesure et le fait paraître sous un nouveau titre : *Plain Facts for Old and Young*[229]. On y retrouve exactement dans les mêmes termes la référence à la santé sexuelle à propos des effets de la mode vestimentaire, avec une précision qui conduit au réemploi du syntagme, sur le fait que le degré de santé sexuelle sera bon pour le reste de sa vie si la jeune fille peut traverser les deux premières années de sa puberté sans problèmes ovariens ou utérins sérieux[230]. En revanche, les autres occurrences de « *sexual health* » ont disparu (pour l'une, l'appendice a été supprimé et a été remplacé par deux chapitres à connotation morale, l'un pour les garçons, l'autre pour les filles). Toutefois, une nouvelle est introduite, dans le contexte d'une référence aux coutumes des femmes indiennes, qui souffriraient à peine au moment de l'accouchement. La raison avancée par Kellogg est la suivante : « la préservation de la santé sexuelle grâce au repos pendant la période menstruelle »[231].

Ici encore, les usages de « *sexual health* » réfèrent à la question de la reproduction : il s'agit de protéger les organes reproducteurs — utérus, ovaires — pour préserver les capacités reproductrices et le rythme des cycles — périodes menstruelles, accouchement moins douloureux. On voit bien, par contraste, qu'il ne s'agit pas de favoriser une vie sexuelle orientée vers le plaisir, qu'il convient au contraire de contenir en évitant les stimulations des parties génitales — rejet des aliments supposément stimulants, repos pendant la période menstruelle.

Comme chez Drysdale, mais *a contrario* des positions de ce dernier sur le recours au « commerce sexuel », Kellogg associe la santé et la vigueur. De nouveau la physiologie est considérée comme l'étude des lois de la santé. S'interrogeant sur le centre du contrôle de la « passion sexuelle », il étudie l'hypothèse gallienne qu'il s'agisse du cervelet, comme l'affirment, dit-il, certains phrénologues (outre Franz Joseph Gall, Johann Gaspar Spurzheim et George Combe, il s'agit notamment d'Orson Squire Fowler, sur lequel nous

---

[228] « *... to maintain or to regain sexual health* ». Ibid., p. 340.

[229] KELLOGG John Harvey, *Plain Facts for Old and Young*, Burlington, Segner & Condit, 1881.

[230] « *... a good degree of sexual health* ». Ibid., pp. 90-91.

[231] « *... the preservation of their sexual health by rest during the menstrual period* ». Ibid., p. 87.

reviendrons plus loin). Kellogg doute que la propension aux sentiments amoureux et sexuels (*amativeness* dans la phrénologie anglophone[232]) soit localisée dans le cervelet, et à tout le moins il conteste qu'elle soit la fonction exclusive de celui-ci. Il considère en effet que le cervelet est lié à l'action nerveuse réflexe et aux nerfs de la vie organique, et qu'ainsi, s'il est bien développé, il dote l'organisme d'un « bon niveau de vigueur constitutionnelle ». Ceci concerne la santé de l'organisme dans son ensemble et donc également la puissance sexuelle, mais pas de façon spéciale. La vigueur sexuelle n'est en effet que le fruit de la santé du corps en général :

> Le cervelet est intimement lié à l'action nerveuse réflexe et aux nerfs de la vie organique. S'il est largement développé, l'individu possédera, en général, un organisme physique bien développé et un bon niveau de vigueur constitutionnelle. Il aura une santé vigoureuse, et probablement une forte puissance sexuelle ; non pas, cependant, comme une fonction spéciale, mais pour la même raison qu'il aura une bonne digestion.[233]

Dès lors, la santé sexuelle se trouve associée à la vigueur sexuelle. Kellogg ne l'exprime pas directement, mais cela se déduit de sa conception générale de la santé. En outre, la puissance sexuelle ne concerne pas que l'homme, mais également la femme. Citant d'autres auteurs, Kellogg examine les effets néfastes de l'avortement — considéré par lui comme un crime —, qui, d'une façon générale porte atteinte à la santé et à la vigueur de la femme. Il cite en ces termes un autre médecin, un certain Dr. Black : « Souvent le choc constitutionnel [suite à un avortement] est si grave que la force n'est jamais complètement récupérée, la victime présentant une absence frappante et permanente de toutes les marques de santé et de vigueur »[234]. Dans un autre ouvrage spécialement destiné aux femmes — dans lequel on retrouve par ailleurs les mêmes propos et citations sur l'avortement —, Kellogg évoque la vigueur de l'utérus. Celle-ci peut être

---

[232] Dans le second volume de la traduction française du *Traité de phrénologie* de George Combe, on trouve en appendice un tableau récapitulatif des noms des facultés mentales adoptées par Franz Joseph Gall, avec leurs dénominations en français, allemand et anglais. L'*amativeness* est la première de celles-ci. Elle traduit l'allemand *Zeugungstrieb*, dont la traduction française proposée est « instinct de la génération ». COMBE George, *Traité de phrénologie*, vol. II, Bruxelles, Société belge de librairie, 1840, p. 442.

[233] « *The cerebellum is intimately connected with reflex nervous action and with the nerves of organic life. If it is largely developed, the individual will possess, in general, a well-developed physical organism and a good degree of constitutional vigor. He will have vigorous health, and probably strong sexual powers ; not, however, as a special function, but for the same reason that he will have a good digestion* ». KELLOGG, *Plain Facts about Sexual Life*, *op. cit.*, 1877, p. 98.

[234] Ibid., p. 195.

insuffisante, ce qui peut avoir pour conséquence de retarder le travail de l'utérus pour la naissance. Ce manque de vigueur se traduit par l'échec de l'organe à se contracter[235].

La vigueur sexuelle concerne donc autant l'homme que la femme. Dans les deux cas, elle réfère à la vigueur des organes sexuels, dont la santé réside dans la bonne capacité à la reproduction. L'agencement entre la santé sexuelle, la vigueur sexuelle et la reproduction va être courant dans la seconde moitié du XIXe siècle aux États-Unis. Comme nous allons le voir, dans la suite du vitalisme grahamien, le registre de la « vitalité » (*vitality*) ou de la « force vitale » (*vital strength*), de l'« énergie vitale » (*vital energy*) ou de la « puissance vitale » (*vital power*), va être très présent dans les ouvrages consacrés à la sexualité et à la santé sexuelle. Bien que la santé soit considérée comme l'absence de maladie, elle se trouve doublement associée à des positivités qualitatives : le bonheur d'une part, et la vie comme vigueur ou énergie d'autre part. Même définie négativement, la santé est connotée positivement par ce par quoi elle se traduit. Elle est même parfois identifiée directement à la vigueur. Il s'agit en somme d'une forme de puissance. Dans ce cadre, l'impuissance (*impotence*) et la stérilité vont faire l'objet d'une attention particulière. Elles représentent l'antonyme de la santé sexuelle, à savoir l'épuisement sexuel, sous les termes de la « débilité » — comme nous l'avons vu avec Graham — ou de l'asthénie.

Santé sexuelle, impuissance et stérilité au prisme du vitalisme

Comme le rappelle l'historien de la sexualité américain Angus McLaren, le problème de l'impuissance sexuelle masculine au XIXe siècle reposait sur deux piliers : l'idée que la production spermatique est limitée et qu'il ne faut pas l'épuiser ; et l'importance du mariage qui, étant idéalisé à la faveur de sa privatisation, est chargé d'attentes et d'espoirs élevés pouvant donner lieu à des déceptions cruelles[236]. Dès lors, de nombreux médecins, ainsi que des non médecins ou des médecins manifestement auto-proclamés, ont fait du mariage et de ce qui peut nuire à son bon déroulement — la reproduction — des objets de leurs discours. Un ouvrage illustre particulièrement, dans son titre même,

[235] KELLOGG John Harvey, *Ladies' Guide in Health and Disease. Girlhood, Maidenhood, Wifehood, Motherhood*, Des Moines, W. D. Condit, 1883, p. 473.
[236] MCLAREN, *Impotence: a Cultural History*, *op. cit.*, 2007, pp. 102-103.

le développement d'un discours de type médical portant sur le mariage dans ses rapports avec les questions d'impuissance et de stérilité. Il s'agit de *Matrimony, Impotency and Sterility, Anatomically, Physiologically and Medically Explained*, d'un médecin américain dénommé Henry Fawcett. Il propose en 1844 un ouvrage sur ces questions déjà surabondamment traitées, parce que celles-ci font l'objet, selon lui, de livres écrits par des charlatans se faisant appeler « docteur », qui prétendent guérir toutes les maladies, des affections vénériennes jusqu'à la folie, en passant par l'épilepsie et le cancer, avec le même traitement[237].

Le point de départ de sa réflexion sur ces thématiques est qu'il existe chez l'être humain un désir naturel découlant de la création du genre humain par Dieu, qui est d'assurer la perpétuation de l'espèce. Dès lors, « l'incapacité à la propagation est instinctivement ressentie comme un mal dégradant »[238]. En conséquence, lutter contre les maladies sexuelles est de première importance, celles-ci tendant à restreindre voire affaiblir les futures populations, et à porter atteinte au bonheur des personnes actuellement malades. Or pour Fawcett, ces maladies résultent de l'excitation sexuelle excessive, qui se traduit par ce qu'il appelle le sensualisme[239]. Parmi les excès sexuels figure en particulier l'auto-pollution (*self-pollution*), c'est-à-dire la masturbation trop fréquente accompagnée de l'émission de liquide séminal. Pour Fawcett, cet excès existe chez les hommes comme chez les femmes, et les conséquences sont du même ordre chez les deux sexes : l'impuissance sexuelle, qui affaiblit, voire détruit, les capacités reproductives. Dès lors, « les intentions du mariage [sont] complètement frustrées »[240]. Cette théorie repose sur la conception physiologique selon laquelle les liquides séminaux sont des liquides vivants, qui alimentent le corps en force vitale :

> C'est une doctrine universellement admise que le sang est vraiment vital ; et si parmi les excrétions, la semence est le seul fluide réabsorbé dans la masse de sang vivant qui circule, comment échapper à la conclusion adoptée par de nombreux Physiologistes, *selon laquelle la semence* — celle qui est capable de produire le futur être, *est aussi*

[237] FAWCETT Henry, *Matrimony, Impotency and Sterility, Anatomically, Physiologically and Medically Explained, with a Comprehensive Exposition of the Nature and Modern Treatment of Syphilis, Secondary Sumptoms, Gonorrhoea, Gleet, Strictures, Whites, Seminal Weakness, Noctural Emissions, and all the Consequences Arising from Masturbation*, New York, H. Fawcett, 1844, p. iii.

[238] « *Incapacity for propagation is instinctively felt to be a degrading evil* ». Ibid., p. 64.

[239] Ibid., p. 48 sq.

[240] « *... the intentions of marriage as completely frustrated* ». Ibid., p. 84.

elle-même vivante ; ou pouvons-nous imaginer un véhicule plus adapté pour restaurer et soutenir notre propre pouvoir vital. [241]

La théorie selon laquelle les fluides du corps sont vivants est d'autant plus vraie, pour Fawcett, pour les fluides qui donnent eux-mêmes la vie. Il reprend ici la théorie du physiologiste allemand Johann Blumenbach, auquel il réfère :

> « *Il est impossible de nier que l'homme ou la femme, ou les deux, ou les fluides génitaux réunis, sont vivants*, parce que, de leur union, ou l'un influencé par l'autre, un être vivant est produit, qui partage les qualités vitales de chaque parent. En conséquence, Blumenbach attribue *à la fois aux fluides génitaux mâles et femelles le fait d'être en vie.*[242]

De ce que les fluides séminaux sont vivants, il conclut que l'évacuation trop fréquente de ceux-ci prive le corps d'une source de vitalité, en particulier alors qu'il n'est pas encore complètement formé — durant l'adolescence, par la masturbation ou des éjaculations nocturnes involontaires —, mais aussi une fois adulte, y compris du fait de relations sexuelles dans le cadre du mariage. Les conséquences en sont en particulier l'impuissance comme incapacité à accomplir l'acte sexuel, et la stérilité comme incapacité à propager l'espèce, contrariant ainsi la finalité du mariage. Parmi les excès sexuels, l'auto-pollution est considérée comme la principale cause de l'impuissance et de la stérilité[243]. Enfin, si des parents sexuellement affaiblis parviennent tout de même à enfanter, leur progéniture sera elle-même faible : « Les parents malades et délicats procréent des descendants malades et faibles »[244]. C'est ici que se trouve le vitalisme, comme référence à une forme d'énergie vitale qui fonde la vie, et pas seulement dans le fait que la semence soit vivante.

---

[241] « *It is an unniversally admitted doctrine, that the blood is truly vital ; and if among the excretions, the semen be the only fluid re-absorbed into the mass of living circulating blood, how shall we escape the conclusion adopted by many Physiologists,* that the semen — *that which is able to quicken into action the future being,* is also itself alive ». Ibid., pp. 65-66.

[242] « It is impossible to deny that the male or female, or both, or united genital fluids, are alive*, because, from their union, or one influenced by the other, a living being is produced, which partakes of the vital qualities of each parent. Accordingly, Blumenbach grants* both male and female genital fluids to be alive ». Ibid.. En fait la citation n'est pas de Blumenbach mais du traducteur de l'édition anglaise intitulée *The Elements of Physiology*, le médecin John Elliotson, qui a copieusement annoté sa traduction. Le texte de Fawcett relève en partie du plagiat. Voir BLUMENBACH Johann Friedrich, *The Elements of Physiology*, 4th ed., London, Longma, Rees, Orme, Brown and Green, 1828, p. 62.

[243] FAWCETT, *Matrimony, Impotency and Sterility*, *op. cit.*, 1844, p. 153.

[244] « *Diseased and delicate parents procreate diseased and weakly offspring* ». Ibid., p. 151.

Le traitement médical doit être adapté selon l'idiosyncrasie de chaque patiente et patient. Fawcett s'oppose globalement aux discours hygiénistes néo-hippocratiques de la réforme médicale. Ainsi, il conteste d'une part que l'on puisse se passer des médecins et se contenter d'une auto-prise en charge à partir de recettes générales proposées dans des livres. Le dosage et la combinaison des remèdes doivent en effet être adaptés à chaque personne, ce que seul un médecin peut estimer. Le dispositif clinique est donc ici primordial. Il en veut pour preuve les centaines de cas qu'il a traités avec succès, et dont les problèmes d'impuissance, de stérilité et autres « ont été remplacés *par la santé, la vigueur et le bonheur* »[245]. D'autre part, il rejette le principe de la *natura medicatrix*, qu'il considère comme irrationnel[246]. Toutefois, il partage avec les tenants de la réforme sanitaire leur grande méfiance vis-à-vis du mercure — qu'il déconseille dans le traitement de la syphilis notamment[247] —, ainsi que, plus globalement, la philosophie vitaliste.

En conclusion, Fawcett résume le projet de son ouvrage en ces termes :

> Je me suis donc efforcé, sans détour, d'expliquer le but du présent travail ; d'offrir un portrait intelligible des interruptions de la jouissance de la santé sexuelle et, en en *expliquant les causes d'une manière simple, percutante et perspicace*, de permettre au lecteur de démêler le labyrinthe apparemment inextricable et confus de ses propres fantaisies errantes et malades ; d'attirer l'attention sur les causes cachées, et peut-être insoupçonnées, de la souffrance humaine ; pour le rétablissement de la santé, de la vigueur primitive, de l'utilité, de l'activité et de la joyeuse hilarité.[248]

Nous constatons que l'emploi de « *sexual health* » n'est pas réservé aux médecines dites alternatives de la réforme sanitaire, mais qu'on le retrouve plus globalement dans le cadre de discours d'inspiration vitaliste qui associent la santé à la vigueur et au bonheur. L'ouvrage de Fawcett a pour objet le traitement des maladies sexuelles et non leur prévention. Mais bien que l'approche hygiéniste ne soit pas celle qu'il adopte, la conception de la santé comme vigueur associée au bonheur y est présente et vient clore l'ouvrage.

---

[245] « *… have been exchanged* for health, vigour and happiness ». Ibid., p. 170.

[246] Ibid., pp. 169-170.

[247] Ibid., pp. 17-18.

[248] « *I have thus endeavoured, candidly, to explain the purpose of the present effort ; to offer an intelligible portraiture of the interruptions to the enjoyment of sexual health, and by* explaining the causes in a simple, forcible, and perspicuous manner*, to enable the reader to disentangle the apparently inextricable and confused maze of his own wandering and diseased fancies ; to point to the concealed, and it may be unsuspected cause of human suffering ; to the restoration of health, pristine vigour, usefulness, activity and joyous hilarity* ». Ibid., p. 171.

Si la santé sexuelle est ici ce qu'il s'agit de recouvrer, sa conception est la même que celle de la réforme sanitaire qui entend la préserver en agissant en amont de la survenue des maladies.

Ajoutons que la théorie de l'épuisement de la semence fait écho à celle de Tissot. Cependant, cet épuisement ne se comprend pas en un sens qui serait seulement mécanique et quantitatif. La force vitale est un élément qualitatif, et l'on retrouve chez Fawcett un lexique vitaliste. En outre, même si le sens de la *debility* chez Fawcett ne recouvre pas celui que l'on trouve chez Graham, il s'inscrit tout de même, lui aussi, dans un discours qui fait le pont entre le discours de la semence et le discours de la sexualité, en faisant reposer toute la problématique de la maîtrise des excès sexuels sur l'élément psychologique que constitue le désir, moteur ici de la perpétuation de l'espèce.

Le discours de Fawcett, faisant de la santé sexuelle une forme de vitalité dont les principaux antonymes sont l'impuissance et la stérilité, est représentatif de la physiologie du champ de la spécialisation sexuelle des médecins réguliers comme de l'hygiénisme de la réforme sanitaire du XIXe siècle américain. Il apparaît ainsi que, si la réforme sanitaire constitue un domaine privilégié d'usages du terme de « santé sexuelle », la médecine officielle peut y recourir aussi, dans la mesure où les deux courants — qui peuvent par ailleurs être abordés à la façon des éclectiques — ont en commun des inspirations vitalistes et une conception de la santé comme vigueur et comme favorisant le bonheur. En outre, l'enjeu pour un médecin comme Fawcett, ainsi qu'il l'exprime clairement dans l'introduction de son ouvrage, est de ne pas laisser le domaine des maladies sexuelles aux charlatans, et, sur le plan épistémologique, à ceux qu'il appelle les « empiristes », dont il rapporte qu'ils publient de façon considérable sur le sujet. Il superpose au demeurant les charlatans aux empiristes, mais les empiristes que l'on trouve chez les éclectiques — et dont plusieurs sont bien diplômés de médecine — ne sont pas réductibles aux charlatans décrits par Fawcett.

En somme, l'opposition de Fawcett aux empiristes n'est pas celle d'une physiologie expérimentale, au sens où Claude Bernard, dans la suite de François Magendie, l'a théorisée. Pour Bernard, le vitalisme — qu'il amalgame avec l'animisme et le spiritualisme[249]

[249] Pour Bernard, Stahl et Bichat sont tous deux vitalistes, le premier dans une forme « outrée », le second d'une manière plus scientifique. BERNARD Claude, *Leçons sur les phénomènes de la vie communs aux animaux et aux végétaux*, vol. 1 / 2, Paris, J.-B. Baillière et fils, 1878, p. 50.

— est une position philosophique ou théologique qui n'a pas sa place en physiologie comme science exacte. L'idée de force vitale — quel que soit sa dénomination — ne dérive pas de l'expérience[250]. En ce sens, les empiristes critiqués par Fawcett ne le sont pas vraiment. Mais l'approche clinique qu'il leur oppose ne revient pas à une méthode expérimentale. L'impuissance sexuelle est en effet considérée comme le résultat d'une perte de force vitale, qui suffirait à rendre compte du phénomène, et sur la base de laquelle elle peut se transmettre à la descendance. Or Claude Bernard affirme que :

> [...] les recherches physiologiques nous apprennent que la force ou les forces vitales ne peuvent rien sans le concours des conditions physiques. Il y a un accord intime, une étroite liaison des phénomènes physiques et chimiques avec les phénomènes vitaux.[251]

Si nous appliquons cette conception des phénomènes vitaux à l'impuissance sexuelle, il en résulte qu'elle ne peut s'expliquer par la perte de force vitale, mais que doit y présider des phénomènes physico-chimiques. C'est précisément sur cette conception physico-chimique que repose aujourd'hui le traitement des troubles de l'érection, qui dans certains cas résultent d'un problème de flux sanguin causé par une désactivation de la guanosine monophosphate cyclique[252] dans le muscle lisse du pénis, et que l'on traite par la prise de molécules inhibitrices de l'enzyme phosphodiestérase de sous-type 5[253].

Fawcett, lui, reconduit le modèle de la force vitale, au sein duquel se déploie l'idée de santé sexuelle. Plusieurs autres auteurs anglophones utilisant le syntagme de « *sexual health* » vont appréhender la puissance sexuelle et les capacités de reproduction dans cette perspective, y compris tout au long de la seconde moitié du XIXe siècle. Fawcett sera d'ailleurs plagié à plusieurs reprises, par des réformistes sanitaires de la médecine populaire, précisément sur le passage cité plus haut où il utilise « *sexual health* ». C'est le cas de George Cooke en 1852, Albert H. Hayes en 1868, et Louis J. Jordan en 1871. Tous trois publient des ouvrages traitant notamment du mariage, de l'impuissance et de la stérilité où la santé sexuelle est assimilée à la vigueur sexuelle. Et tous les trois repren-

[250] Ibid., pp. 42, 45.
[251] Ibid., p. 48.
[252] Molécule organique GMPc influant directement sur le mécanisme de l'érection chez l'homme mais aussi chez la femme (érection du clitoris). Chez l'homme, elle entraîne le relâchement des muscles lisses du pénis, ce qui facilite l'afflux du sang dans la verge.
[253] Enzyme PDE5 qui dégrade la GMPc.

nent mot pour mot le propos de Fawcett selon lequel il s'est « efforcé, sans détour, d'expliquer le but du présent travail ; d'offrir un portrait intelligible des interruptions de la jouissance de la santé sexuelle… », etc.[254]

Le discours de la santé sexuelle comme vigueur va également se retrouver au sein de la phrénologie de la seconde moitié du XIXe siècle, en particulier chez l'américain Orson Squire Fowler. Celui-ci élabore toute une pensée de la sexualité dans le champ des médecines « alternatives », alors même que se développe une physiologie et une médecine plus scientifiques et expérimentales que la médecine orthodoxe contre laquelle la réforme sanitaire s'est constituée dans la première moitié du XIXe siècle.

I.2.3 — Convergence de la réforme sanitaire et de la phrénologie

Bosse de l'« amativité », amour et progéniture selon Orson Squire Fowler

Enfant de l'Amérique jacksonienne, et alors que, fils de fervents congrégationalistes new-yorkais, il se destinait d'abord à être prêcheur, Fowler, avec d'autres membres de sa famille, est devenu l'un des plus fameux représentants de la phrénologie américaine au XIXe siècle, qui prétend procéder à l'analyse du caractère sur la base de la conformation du crâne. En 1832, Spurzheim vient faire la promotion de la phrénologie aux États-Unis.

---

[254] COOKE George, *Professional Experience in Various Climates: a Complete Practical Treatise on Genital Maladies; with Pathological Observations on the Philosophy of Reproduction, Spermatorrhoea, and their Immediate and Remote Consequences: together with the More Successful Management of Diseases of Women and Children, as Adopted at the Present Day*, 2nd ed., Albany, Gen. George Cooke, 1852, p. 146 ; HAYES Albert H., *The Science of Life; or Self-Preservation. A Medical Treatise on Nervous and Physical Debility, Spermatorrohoea, Impotence, and Sterility, with Practical Observations on the Treatment of Diseases of the Generative Organs*, Boston, Albert H. Hayes, 1868, p. 253 ; JORDAN Louis J., *Man's Mission on Earth! A Treatise on Nervous Debility and Physical Exhaustion, being a Synopsis of Lectures Delivered at the Museum of Anatomy, Science and Art*, New York, L. J. Jordan, 1871, p. 90. Sur Cooke et Jordan comme représentants de la médecine populaire et de la réforme sanitaire, voir HOOLIHAN Christopher (éd.), *An Annotated Catalogue of the Edward C. Atwater Collection of American Popular Medicine and Health Reform. A-L*, vol. I, Rochester, University of Rocherster Press, 2001, pp. 220 et 554. Sur Hayes, voir HOOLIHAN Christopher (éd.), *An Annotated Catalogue of the Edward C. Atwater Collection of American Popular Medicine and Health Reform. Supplement: A-Z*, vol. III, Rochester, University of Rocherster Press, 2008, pp. 330-331.

Il y décède au bout de quelques semaines, mais c'est à partir de sa venue que la phrénologie va connaître un attrait populaire en tant que pratique pour la vie quotidienne. Cette évolution d'une phrénologie anatomo-physiologique et fonctionnelle réservée à des spécialistes, vers une phrénologie pratique pouvant servir à améliorer l'humanité sur les plans physique, moral, social, et culturel, est en grande partie due à sa reconfiguration par la réforme sanitaire et à la famille Fowler en particulier. Sur plusieurs générations, cette dernière a exercé une influence importante au sein du réformisme sanitaire, depuis le mouvement de la tempérance jusqu'au mouvement contre les corsets trop serrés pour les femmes, en passant par le végétarisme, l'hydrothérapie, l'homéopathie et l'éducation sexuelle[255]. Les rapprochements entre la phrénologie et la réforme sanitaire se sont matérialisés de multiples manières. Les frères Fowler, Orson et Lorenzo, ont fondé une maison d'édition en 1835 à New York. En 1843, ils s'associent avec Samuel R. Wells. La maison d'édition Fowlers & Wells va publier ou rééditer plusieurs ouvrages de réformistes sanitaires, comme *Hints on the Reproductive Organs* de James Caleb Jackson, ou *Lectures on the Science of Human Life* de Sylvester Graham, ainsi que plusieurs ouvrages du médecin hygiéniste Russell Thacher Trall qui, avec le médecin Joel Shew, développa les premières cures hydrauliques à New York en 1844, non pas seulement comme traitement thérapeutique à la manière de Priessnitz, mais dans l'esprit hygiéniste de la réforme sanitaire. Trall ouvrit ensuite sa propre école hydraupatique, le *New York Hygeio-Therapeutic College*, qui devint le centre de référence américain en la matière, et dont Lorenzo Fowler était membre[256]. Ellen White, quant à elle, fut d'abord hostile à la phrénologie, qu'elle voyait, tout comme le mesmérisme et la psychologie, comme des outils de Satan. Mais après son séjour dans les années 1860 dans le centre de cure hydraulique ouvert par Jackson à Dansville, dans l'État de New York, elle commença à intégrer des considérations phrénologiques dans ses écrits, suivant alors la tendance au rapprochement entre la phrénologie et la réforme sanitaire, et se ralliant au respect dont la phrénologie jouissait au sein de l'Église adventiste[257].

---

[255] STERN Madeleine B., *Heads and headlines: the Phrenological Fowlers*, Norman, University of Oklahoma Press, 1971.

[256] NUMBERS Ronald L., *Prophetess of Health: a Study of Ellen G. White*, 3rd ed, Grand Rapids, William B. Eerdmans, 2008 (Library of religious biography), pp. 114-117.

[257] Ibid., p. 206.

S'étant fait connaître en architecture avec son modèle de maison octogonale supposée meilleure pour la santé et plus optimale pour l'ensoleillement, Orson Squire Fowler s'est par ailleurs spécialisé dans les questions touchant la sexualité. Son parcours en la matière va de l'étude du concept phrénologique d'*amativeness* dans les années 1840, à la revendication d'une science sexuelle (*sexual science*), qu'il paraît être, d'après nos recherches dans les bibliothèques numériques, le premier à énoncer en 1870. L'ensemble repose sur une phrénologie pratique qui postule la perfectibilité de l'être humain par l'éducation, et non sa fixité à laquelle le contraindrait sa conformation crânienne et cérébrale. Comme le précise l'historienne américaine Madeleine Stern, la phrénologie ainsi comprise peut s'articuler à l'esprit réformiste et même lui fournir une assise :

> Enseigner avec une certitude dramatique le caractère imprévisible de la nature humaine ouvre la voie à la perfectibilité de la race entière. La phrénologie peut ainsi servir de base à l'orientation et au socle de la réforme.[258]

En 1846, Fowler consacre un ouvrage à l'amour et au lignage (*parentage*), *Love and Parentage*, qui s'inscrit dans une perspective héréditariste de perpétuation de la « race »[259]. Selon lui, l'être humain, comme les autres êtres vivants, recèle dans sa constitution primitive une loi de propagation, sans laquelle l'espèce s'éteindrait. Mais de même que la faim est ce qui porte l'être humain à répondre à la loi de se maintenir en vie en se nourrissant, de même il existe une faculté de l'esprit qui le pousse à la reproduction : l'*amativeness*, que nous appellerons désormais « amativité », et dont l'amour constitue la dimension émotionnelle[260]. L'amativité peut être plus ou moins développée, ce qui s'observe, selon les théories phrénologiques, sur le relief du crâne. Il existe en effet, selon les phrénologues, une « bosse » de l'amativité située dans la partie postérieure basse du crâne, au-dessus de la nuque, dont la proéminence varie en fonction de la taille de l'organe supposé contenir les moyens d'action de l'amativité, à savoir le cervelet[261].

---

[258] STERN, *Heads and headlines*, *op. cit.*, 1971, p. 33.

[259] FOWLER Orson Squire, *Love and Parentage Applied to the Improvement of Offspring; Including Important Directions and Suggestions to Lovers and the Married Concerning the Strongest Ties and the most Sacred and Momentous Relations of Life*, New York, Fowler & Wells, 1846.

[260] Ibid., p. 16.

[261] Ibid., pp. 17-19.

Dans la mesure où l'amativité est constitutive de l'être humain et que sa fin est de rapprocher les hommes des femmes et inversement en vue de la perpétuation de l'espèce, faire des enfants est un devoir. Il y a donc une obligation morale à exercer cette faculté et à devenir parents, et l'exercice approprié de celle-ci, comme l'exercice approprié de toute autre faculté, est source de bonheur, qui prend ici la forme du plaisir[262]. Mais l'amativité peut être pervertie. Le bonheur résulte du fait de suivre les lois de la nature, mais celles-ci peuvent être enfreintes et leur infraction inflige de la douleur. Fowler a donc adjoint à *Love and Parentage* un opus de soixante-dix pages proposé en supplément, et consacré entièrement à cette faculté relative à la « fonction sexuelle » (*sexual function*)[263]. Son propos y est de décrire les effets de sa « perversion »[264], et de proposer des moyens d'y remédier et de la prévenir.

L'amativité est pervertie par « la promiscuité excessive, l'indulgence matrimoniale et solitaire » qui violent les lois de la fonction sexuelle[265]. Les maux que ces excès sexuels provoquent sont de deux ordres : physiques et moraux. Les atteintes physiques sont des atteintes à la santé. Sans vouloir développer son propos sur ce point, Fowler souligne que celle-ci est essentielle au bonheur, et que tout ce qui nuit à la santé nuit dans les mêmes proportions au bonheur, ce qui est le cas de l'excès sexuel :

> S'attarder ici sur l'importance de la santé comme moyen de plaisir et sur son caractère essentiel à toute forme et à tout degré de bonheur, nous éloignerait trop de notre sujet. Qu'il suffise de dire que tout ce qui nuit à la santé, ou engendre la maladie, est proportionnellement fatal au bonheur, et source de souffrance.[266]

Ces atteintes sont aussi bien globales que spécifiques à l'appareil sexuel. L'énergie que demande l'acte sexuel, qui engage tout le corps et tout l'esprit, conduit à l'épuisement (*exhaustion*) général du corps si l'acte sexuel est trop souvent pratiqué. Par exemple, l'appareil digestif peut également être atteint[267]. La mobilisation intense du corps et de

---

[262] Ibid., p. 20.

[263] FOWLER Orson Squire, *Amativeness: or Evils and Remedies of Excessive and Perverted Sexuality; including Warning and Advice to the Married and Single*, New York, Fowler & Wells, 1846, p. v.

[264] Ibid.

[265] Ibid., p. 20.

[266] « *To dwell here on the importance of health as a means of enjoyment, and its essentiality to every form and degree of happiness, would take us too far from our subject. Suffice it to say, that whatever impairs the health, or engenders disease, is proportionally fatal to happiness, and prolific of suffering* ». Ibid., p. 21.

[267] Ibid., p. 30 sq.

l'esprit tient à ce que, selon la conception de l'hérédité de Fowler, c'est par l'entremise de l'exercice de l'amativité que les parents transmettent à leur progéniture tout ce qui tient à leur physiologie et à leur mentalité[268]. On retrouve le lexique de la vitalité et de la faiblesse :

> [...] cette indulgence [sexuelle] draine le système de vitalité, et bien sûr laisse les organes les plus vulnérables particulièrement affaiblis [*debilitated*], jusqu'à ce que la maladie, ainsi invitée, s'installe, détruise les organes les plus faibles, et se termine par la mort.[269]

En outre, l'excès produit l'inflammation des nerfs des organes sexuels, qui se répand dans le reste du corps et qui atteint l'être entier, y compris sur le plan mental[270]. On retrouve ici l'idée d'une connexion entre le système des appareils génitaux et le reste du corps, et entre le physique et le mental par l'entremise du système nerveux. C'est pour cette raison que des atteintes aux organes sexuels peuvent porter atteinte à la santé générale du corps, en même temps qu'à la santé des organes en question. Mais, toujours sur le plan de la santé physique, Fowler indique que les excès sexuels peuvent également mettre en péril les « caractéristiques sexuelles » mêmes, à savoir la masculinité chez l'homme et la féminité chez la femme. Fowler a une conception très genrée de ces caractéristiques : la noblesse et l'efficience pour l'homme, la beauté et la grâce pour la femme. C'est ce qu'il désigne par le terme de « sexualité » (*sexuality*). Ainsi, la masculinité et la féminité sont référées à la constitution organique de la sexuation, et l'ensemble constitue la sexualité, d'une part de l'homme, et d'autre part de la femme. Ceci s'entend aussi bien sur le plan physique que sur le plan mental. Plus précisément, Fowler distingue une sexualité physique et une sexualité mentale, toutes deux atteintes en cas d'excès sexuels. En effet, les détériorations physiques nuisent également aux qualités mentales associées à chaque genre, comme la détermination pour l'homme et l'amabilité pour la femme[271].

Enfin, l'inflammation des organes sexuels qui s'étend au reste du corps, et l'atteinte mentale de la sexualité qui en résulte, conduisent également à un mal moral, celui

---

[268] Ibid., p. 21.

[269] « *[...] this indulgence drains the system of vitality, and of course leaves the weaker organs especially debilitated, till disease, thus invited, sets in, destroys the feebler organs, and ends in death* ». Ibid., p. 23.

[270] Ibid., p. 26.

[271] Ibid., pp. 27-29.

de la dépravation. Le circuit que propose Fowler pour expliquer ce phénomène est le suivant :

> L'indulgence excessive enflamme les organes sexuels, le corps tout entier, et l'Amativité, située dans le cervelet, en particulier, ce qui enflamme et déprave l'ensemble du groupe animal des organes, et crée ainsi le péché sous toutes ses formes.[272]

Nous sommes ici dans le registre de la perversion, mais en un sens plus moral aux résonances religieuses que psychopathologique. À tel point que la prise en charge de celle-ci relève des prérogatives des moralistes et des prêcheurs réformistes, non des psychiatres ou médecins, d'autant que la dépravation sexuelle est reliée à toutes les autres dépravations. Fowler s'exclame : « Moralistes ! voyez dans cette relation de sexualité pervertie à la dépravation universelle, votre première œuvre de réforme » [273]. Elle est prioritaire parce qu'elle constitue le socle des autres vices : « Les ministres peuvent prêcher jusqu'au jugement dernier contre tous les autres vices sans effet, jusqu'à ce qu'ils prêchent la pureté morale et sous toutes ses formes ».[274]

Fowler établit un lien entre les atteintes à la santé causées par des affections sexuelles et les perversions sexuelles entendues en un sens moral. Mais son propos ne relève pas de la psychopathologie sexuelle psychiatrique, sa démarche étant hygiéniste et morale dans l'esprit de la réforme sanitaire. La santé articulée au bonheur est son angle d'approche et le point de départ de sa réflexion, qui repose sur une physiologie fonctionnaliste à partir de laquelle se détermine le normal et l'anormal :

> Le bonheur est le seul produit constitutionnel de chaque fonction de notre être. Pourtant, chaque fonction est capable d'une action douloureuse. Ces deux formes ou produits de l'action de nos fonctions respectives ne sont pas des aléas qui vont et viennent, mais toutes sont régies par une loi inflexible. Cette fonction est nécessairement agréable, lorsqu'elle s'harmonise avec la constitution primitive, et remplit le dessein légitime de la faculté exercée, et elle est alors dite normale ou naturelle. L'action de

---

[272] « *Excessive indulgence inflames the sexual organs, the whole body, and Amativeness, located in the cerebellum, in particular, and this inflames and depraves the whole animal group of organs, and thereby creates sin in all its forms* ». Ibid., p. 37.

[273] « *Moralists! behold in this relation of perverted sexuality to universal depravity, your first work of reform* ». Ibid., p. 38.

[274] « *Ministers may preach till doomsday against any and all other vices without effect, till they preach moral purity and in all its forms* ». Ibid.

> quelque fonction que ce soit est douloureuse, lorsqu'elle viole ou s'écarte de son institution ou de sa fin normale et primitive, et elle est alors dite anormale, ce qui signifie non naturelle.[275]

Les fonctions peuvent fonctionner adéquatement ou dysfonctionner, c'est-à-dire répondre à leur finalité ou non. Ceci produit un partage sur plusieurs plans de manière concomitante : celui du ressenti, celui de la normalité, et celui de la nature. Ces plans s'ordonnent et s'alignent sur un axe positif et sur un axe négatif : bonheur/normalité/naturalité d'un côté, douleur/anormalité/non naturalité de l'autre.

Qu'en est-il de la normalité en matière de sexualité ? Fowler n'utilise pas encore le syntagme « santé sexuelle » dans *Love and Parentage* ou *Amativeness*, mais les éléments en sont posés, dans une optique de la vitalité et de la faiblesse. En revanche, dans les années 1870, il l'emploie à de multiples reprises. On le trouve tout d'abord dans le supplément d'un livre de 1859 en trois volumes intitulé *The Family* consacré au mariage, au parentage et aux enfants[276]. Ce supplément publié en 1870 a pour titre *Sexuality Restored*. Son propos ne manifeste pas de grande originalité par rapport à ce qu'il a déjà écrit auparavant, et son concept de sexualité réfère toujours à l'adéquation entre le sexe organique et le genre comme ensemble des qualités de la masculinité et de la féminité, qu'il désigne d'ailleurs ici précisément par le terme de *gender*, qu'il emploie abondamment[277]. Mais Fowler introduit les termes de « santé sexuelle », et il affirme que celle-ci crée la fermeté ou le maintien (*buoyancy*). De même que l'état sexuel influence l'être dans son entier, un « état sexuel sain » (*healthy sexual state*) produit des effets bénéfiques globaux. Cet état de santé sexuelle désigne la « sexualité vigoureuse » (*vigourous sexuality*) qui, en cas de « déficience » (*impairment*), a des effets néfastes[278]. Ainsi, « obéir

---

[275] « *Happiness is the one constitutional product of every function of our being. Yet every function is capable of a painful action. Nor are these two forms or products of the action of our respective functions, chance comers and goers, but all are governed by inflexible law. That function is necessarily pleasurable which harmonizes with the primitive constitution, and fulfils the legitimate design, of the faculty exercised, and is called normal or natural. That action of any function is painful which violates or departs from its normal, primitive institution or end, and is called abnormal, which means unnatural* ». Ibid., p. 20.

[276] FOWLER Orson Squire, *The Family*, New York, O. S. Fowler, 1859.

[277] Le terme y est utilisé plus de soixante-dix fois. Pour nous en tenir qu'aux titres de sections ou de chapitres, voir FOWLER Orson Squire, *Sexuality Restored, and Warning and Advice to Youth against Perverted Amativeness; including its Prevention and Remedies: as Taught by Phrenology and Physiology*, Boston, H. O. Houghton, 1870, pp. 5, 11, 14, 36, 137.

[278] « *Sexual health creates buoyancy* ». Ibid., p. 27.

aux lois sexuelles de la nature entraîne une parfaite santé et vigueur sexuelles, tandis que toutes les défaillances sexuelles sont la conséquence de leur infraction »[279].

La santé sexuelle est alors, nous dit Fowler, d'une valeur absolue incommensurable : « Autant chercher à mesurer l'océan avec une cuillère »[280]. Il propose donc des comparaisons relativement à des choses considérées habituellement comme précieuses, en se déplaçant du registre de la valeur aussi bien vitale et morale, vers le registre du prix. En voici quelques exemples. La fortune n'est rien en cas de « pauvreté sexuelle » (*sexual poverty*). Pas plus que couvrir sa fille des plus belles toilettes et des plus beaux bijoux pour le bal ne provoquera l'admiration, mais au contraire la pitié, des personnes qui la savent « sexuellement déficiente » (*sexually impaired*). Enfin, le prince héritier du trône d'une grande nation, couvert de richesses, d'honneur et de prestige, « s'il est sexuellement décrépit et malade, est plus pauvre que son plus humble sujet sexuellement bien portant »[281]. Ainsi, la santé sexuelle se trouve-t-elle fortement investie sur le plan axiologique.

La santé sexuelle comme objet de la science sexuelle et « créative »

Elle va alors être l'objet non seulement de la « science sexuelle », mais aussi de la « science créative ». Fowler apparaît comme le premier auteur à introduire le concept de « science sexuelle » (*sexual science*) dans les discours sur la sexualité humaine. En 1870, il en fait le titre de l'un de ses ouvrages majeurs, qui compte près de mille pages. On trouve déjà avant lui cette notion en horticulture[282], et la botanique emploie par ailleurs le terme de « sexualité » depuis la fin du XVIIIe siècle pour désigner la reproduction des

---

[279] « *Obeying Nature's sexual laws, causes perfect sexual health and vigor, whilst all sexual impairments are consequent on their infraction* ». Ibid., p. 116.

[280] « *As well attempt to measure the ocean with a spoon* ». Ibid., p. 29.

[281] « *... if sexually dilapidated and diseased, is poorer than his humblest well-sexed subject* ». Ibid., pp. 30-31.

[282] Voir par exemple PRINCE William R., « The strawberries of the world, and their normal scientific character », *The Horticulturist and Journal of Rural Art and Rural Caste* XVII (187), 1862, p. 38. L'auteur y appelle les Européens à adopter la « science sexuelle américaine » (*American sexual science*) pour restaurer la fertilité des cultures du Hautbois (sureau).

plantes, dans la suite de la théorie selon laquelle celle-ci repose sur une distinction entre mâle et femelle[283]. L'emprunt de Fowler à l'horticulture est d'ailleurs direct :

> De même que la science horticole, en enseignant les lois et les conditions de la croissance des végétaux, montre comment promouvoir cette croissance, et donc celle de toutes les autres sciences, de même la « science sexuelle » montre comment promouvoir le genre, en enseignant ses lois et conditions matérielles. Tout cela se fait par le biais des « mâles et femelles » qu'il crée, avec toutes leurs affections et interrelations mutuelles. Bien sûr, tout le bonheur domestique et toute la vertu découlent de son bon exercice, tandis que de son mauvais émanent toutes les discordes conjugales et sexuelles, les misères et les vices.[284]

La science sexuelle est alors la science de la sexualité comprise à partir de la différence entre mâle et femelle. Elle a pour but d'exposer ses lois, ses effets, ses conditions, et les moyens de l'améliorer. Son objet est aussi bien ce qui appartient spécifiquement à chaque sexe que leur relation, et donc aussi la nature de celle-ci, à savoir l'amour. Il ne s'agit pas seulement de proposer une science de l'homme en tant que masculin, et de la femme en tant que féminine, mais aussi de l'homme comme époux et de la femme comme épouse[285].

En outre, la particularité de la sexualité est d'engendrer la vie, aussi bien que de déterminer le caractère : « Sa mission exaltée est d'ENGENDRER LA VIE et de PRÉDÉTERMINER LE CARACTÈRE INTÉRIEUR, et ainsi de gouverner la conduite »[286]. Fowler décrit la fonction de reproduction en des termes emphatiques qui font penser à un prêche — ce qui est un trait caractéristique de l'ensemble de ses écrits. Par ailleurs, à la reproduction

---

[283] Voir par exemple la brève du *Magazin für die Botanik* qui aborde le retour des doutes à la fin du XVIIIe siècle concernant la « sexualité des plantes » (*die Sexualität der Pflanzen*). RÖMER Job. Jacob et USTERI Paulus (éds.), « Kurze Nachrichten », *Magazin für die Botanik* IV (XI), 1790, p. 185.

[284] « *As horticultural science, by teaching the laws and conditions of vegetable growth, shows how to promote that growth, and thus of all the other sciences, so "sexual science" shows how to promote gender, by teaching its material laws and conditions. All this it effects by means of "males and females" whom it creates, together with all their mutual affections and interrelations. Of course, all domestic happiness and virtue flow from its right exercise, while from its wrong emanate all conjugal and sexual discords, miseries, and vices* ». FOWLER Orson Squire, *Sexual Science; including Manhood, Womanhood, and their Mutual Interrelations; Love, its Laws, Power etc., Selection, or Mutual Adaptation; Married Life made happy; Reproduction, and Progenal Endowment, or Paternity, Maternity, Bearing, Nursing, and Rearing children; Puberty, Girlhood, etc.; Sexual Ailments Restored, Female Beauty Perpetuated, etc., etc. As Taught by Phrenology*, Philadelphia, National Publishing Company, 1870, p. 16.

[285] Ibid., pp. v-vi.

[286] « *To ORIGINATE LIFE, and to PREDETERMINE INNATE CHARACTER, and thereby govern conduct, is its exalted mission* ». Ibid., p. v.

est immédiatement accolée une dimension éthique. Cette conception missionnaire de la sexualité va étendre le champ de la science sexuelle à la parentalité comme devoir de faire des enfants et de leur transmettre de bonnes caractéristiques physiques et morales. En plus d'avoir pour objets l'homme et la femme dans leurs spécificités genrées respectives, ainsi que leur condition d'époux et d'épouse, la science sexuelle les étudie également en tant que père et mère, et observe leur progéniture. En ce sens, l'étude de l'hérédité fait partie de son champ[287].

La science sexuelle n'a donc pas qu'un objectif théorique, mais aussi pratique. Il ne s'agit pas seulement de connaître les lois de la sexualité, mais aussi d'en faire la *promotion*, afin d'atteindre au souverain bien et à une forme de félicité dans la relation entre l'homme et la femme :

> En divulguant les lois naturelles et les conditions de genre, la science sexuelle (…) montre comment promouvoir ce *summum bonum*, en indiquant comment satisfaire ses lois et conditions, et ainsi l'améliorer [*enhance*] proportionnellement ainsi que cette félicité domestique qu'il crée.[288]

Ce registre de la promotion, en tant que pratique d'incitation à des conduites spécifiques, va être promis à un grand avenir jusqu'à aujourd'hui — il deviendra cardinal dans le lexique de la santé publique en général et de la santé sexuelle en particulier. Il s'articule à celui de l'amélioration (*enhancement*), également promis à un bel avenir dans le champ du développement personnel notamment. La finalité pratique de la promotion des lois de la sexualité est de favoriser une « vigueur sexuelle normale », en tant qu'elle est une condition préalable au mariage ou, pour le dire autrement et dans des termes qui traduisent mieux le propos de Fowler, en tant qu'elle est un réquisit de ce que l'on pourrait appeler, en recourant à un néologisme, la « mariabilité » : « La vigueur sexuelle normale est aussi la grande condition nubile préalable pour se marier, et ce qui permet d'en jouir. Tous les hommes et toutes les femmes devraient déployer toutes leurs énergies pour se préparer à devenir des partenaires conjugaux aussi parfaits que possible »[289].

---

[287] Ibid., p. vi.

[288] « *Sexual science, (...) by disclosing the natural laws and conditions of gender, shows how to promote this* summum bonum*, by showing how to fulfil its laws and conditions, and thereby proportionally enhance it and that domestic felicity it creates* ». Ibid., p. 18.

[289] « *Normal sexual vigor is also the great marrying and marriageable prerequisite and enjoyer. All men and women should exert all their energies to fit themselves for becoming just as perfect conjugal partners as possible* ». Ibid., p. 16.

La science sexuelle doit donc permettre de s'assurer de la vigueur ou santé sexuelle, les deux termes étant régulièrement associés également dans *Sexual Science*. Celle-ci doit présider au mariage afin non seulement qu'il soit heureux, mais aussi pour la progéniture : « Un enfant de parents en bonne santé et vigueur sexuelles vaut mieux à ses yeux et à ceux de ses semblables que s'il était né de ces mêmes parents malades sexuellement, bien que le même à tous les autres égards »[290]. Avec l'hérédité, nous touchons au cœur de ce qui constitue la tâche de la science sexuelle pour Fowler, qui est de promouvoir la bonne perpétuation de la « race », dont témoigne la santé sexuelle. Celle-ci est donc à la fois ce qui permet d'évaluer que la reproduction est de qualité, et ce qu'il s'agit de conserver et de viser pour la qualité de la reproduction. L'exercice de l'œil descriptif sur l'état de santé sexuelle est aussi, du même mouvement, celui d'un regard prescriptif. On retrouve l'entremêlement de la démarche d'établissement d'un savoir et de la démarche pratique de gouvernement des conduites, la première étant commandée par la seconde en tant qu'elle est sa finalité.

L'exigence éthique trouve *in fine* sa justification non pas seulement dans la santé sexuelle, mais dans la valeur de la vie comme création, que l'état de santé sexuelle glorifie. Tout l'édifice de Fowler concernant la science sexuelle, et partant son objet qu'est la santé ou vigueur sexuelle, repose sur l'idée que la vie humaine est une création divine. En ce sens, la science sexuelle bénéficie du privilège particulier d'être la science la plus utile de toutes les sciences : elle « expose les économies créatrices de Dieu », ce en quoi elle renferme « toute la majesté et l'importance de la création elle-même »[291]. Pour Fowler, la sexualité incarne le moyen par lequel Dieu crée toute forme de vie, et la science sexuelle a pour fonction d'en décrire les lois, afin qu'elles puissent être respectées, ce qui revient à respecter la création divine. La santé sexuelle est aussi bien la marque de ce respect, que ce qu'il s'agit de maintenir pour perpétuer ce respect. La sexualité et la santé sexuelle se trouvent ainsi superposées, la seconde constituant la formulation de l'exigence du respect des lois de la première. Les lois de la sexualité s'expriment dans la santé sexuelle réalisée.

---

[290] « *One child from parents in sexual health and vigor is worth to himself and fellow-men a score born of those same parents diseased sexually, though the same in all other respects* ». Ibid., p. 35.

[291] « *… it expounds God's creative economies (…). Therefore in it inhere all the majesty and importance of creation itself!* ». Ibid., p. 11.

On comprend alors qu'en 1875, Fowler ait enrichi le titre de la réédition remaniée de son ouvrage, désormais intitulé *Creative and Sexual Science*. La science de la sexualité est en effet la science de la création. L'auteur s'en explique en ces termes dans la préface :

> La science créative ajoutée en tant que point de vue, dépasse largement la seule science sexuelle, parce que les deux ensemble expriment exactement la pensée réelle, le sens, leur objet commun — la création des « enfants parfaits » — en plus d'être plus solennel, tandis que la « science sexuelle » exprime seulement leurs instruments.[292]

Dans la seule appellation de *sexual science*, il manquait la dignité de ce dont il s'agit, à savoir la création de la vie par Dieu. L'ajout de *creative science* corrige cela, et répartit les angles de vue complémentaires mais différents sur le même objet : les aspects instrumentaux pour la « science sexuelle » qui s'enracine dans la physiologie et la phrénologie, et les aspects qui allouent de la valeur à l'usage de ces connaissances en raison de leur finalité pour la « science créative », qui réfère à la création divine de la vie. La santé sexuelle devient alors plus spécifiquement l'objet de la science créative et de sa dimension prescriptive. C'est ce que confirme Fowler au détour d'une question sur le sommeil, alors qu'il traite des bonnes habitudes de vie pour le développement physique des enfants. Il renvoie en effet à un autre de ses ouvrages, intitulé *Human Science*[293], pour en lire plus sur l'importance d'un sommeil suffisant et les questions de santé générale, en précisant que la « science créative », elle, traite seulement de la « santé sexuelle »[294].

---

[292] « *Creative Science added, as a stand-point greatly surpasses Sexual Science alone, because both together exactly express the real thought, drift, subject-matter of both — the creation of "perfect children" — besides being more dignified, while "Sexual Science" expresses only their instrumentalities* ». FOWLER Orson Squire, *Creative and Sexual Science: or, Manhood, Womanhood, and their Mutual Interrelations, Love, its Laws, Power, etc.*, Cincinnati, Cincinnati Publishing, 1875, p. x.

[293] FOWLER Orson Squire, *Human Science: or, Phrenology; its Principles, Proofs, Faculties, Organs, Temperaments, Combinations, Conditions, Teachings, Philosophies, etc., etc., as Applied to Health, its Values, Laws, Functions, Organs, Means, Preservation, Restoration, etc.*, Philadelphia, National Publishing Company, 1873.

[294] FOWLER, *Creative and Sexual Science*, *op. cit.*, 1875, p. 834.

I.2.4 — Santé sexuelle et reproduction

L'insertion des discours sur la santé sexuelle dans le cadre de la problématique de l'hérédité et de la perpétuation de la « race » est récurrente. Que la science sexuelle soit articulée à une science créative par Fowler n'est qu'une des modalités par lesquelles la santé sexuelle se trouve associée à la reproduction et à la qualité de celle-ci. Elle tend ainsi à recouvrir la santé de la progéniture, selon des théories de l'hérédité fortement spéculatives — notamment de transmission de la vigueur ou de la faiblesse sexuelle à la descendance, comme nous l'avons vu également chez Jackson. Un obstétricien anglais, David Davis, expliquait quant à lui, dans les années 1840, que si la santé sexuelle des femmes était atteinte, leurs capacités à avoir de nouveaux enfants s'en trouvaient altérées. Il attribuait en particulier cette diminution de la fécondité à un premier accouchement trop précoce, ou encore à un ou des avortements, ayant causé des blessures graves de l'utérus, des ovaires et / ou des trompes de Fallope : « Combien de fois entendons-nous nos patientes mariées, imputer des symptômes impliquant particulièrement leur santé sexuelle aux incidents d'un ancien travail »[295].

La santé sexuelle fut en outre invoquée pour établir une théorie à propos de la détermination du sexe des enfants à naître. À la fin du XIXe siècle, le médecin américain Finley Ellingwood publia un article à ce sujet qui occasionna des débats. Voyons ceci plus en détail.

La détermination du sexe des enfants

Les théories sur les déterminants du sexe des enfants à naître remontent à l'Antiquité. Elles furent nombreuses et spéculatives jusqu'au XXe siècle. En 1913, le biologiste français Max Kollmann notait :

> Il n'est pas de question biologique qui ait suscité la curiosité autant que celle du déterminisme du sexe. En l'absence des données précises, qui ont manqué jusqu'à la fin

[295] Davis David D., *Elements of Obstetric Medicine; with the Description and Treatment of some of the Principal Diseases of Children*, 2nd ed., London, Taylor and Walton, 1841, p. 372.

> du siècle dernier, les philosophes et les médecins ont inventé depuis l'antiquité un nombre énorme de théories sans fondement.[296]

Ainsi, dans le quatrième livre de son traité *De la génération des animaux*, Aristote discute différentes théories de la génération du mâle et de la femelle qui ont cours à son époque. Parmi celles-ci figure celle d'Anaxagore, selon laquelle les mâles viennent de la semence du testicule droit, et les femelles de la semence du testicule gauche. Aristote cite également la théorie d'Empédocle, d'après laquelle la différenciation des sexes se fait dans la matrice de la femelle, selon qu'elle est chaude — ce qui donnera un mâle — ou froide — ce qui donnera une femelle. Enfin, le Stagirite rapporte la théorie de Démocrite pour lequel, si la différenciation du sexe s'opère bien dans la matrice femelle, c'est la prédominance de la semence de l'un des parents qui est déterminante[297]. Il propose alors sa propre théorie, qui repose sur la distinction qu'il fait entre la forme et la matière, la première, désignant le principe de l'espèce, étant apportée par le mâle, et la seconde par la femelle. Si la forme a exercé sa puissance, alors l'enfant sera un mâle. Si elle y a échoué, alors naîtra une femelle[298].

En 1886, Ellingwood prend part à ces questions. Cet obstétricien protestant est un promoteur de la médecine éclectique, et fut secrétaire de la *National Eclectic Medical Association* au tournant du XXe siècle[299]. Il fut connu en particulier pour ses écrits d'herboriste-thérapeute (ou herbaliste), et est aujourd'hui considéré comme l'un des auteurs de référence par les naturopathes américains[300]. C'est dans le numéro de février 1886 d'une revue de médecine éclectique, *The Chicago Medical Times*, qu'il décrit la théorie dite « de la santé sexuelle » concernant la détermination du sexe des enfants. Quelques mois plus tard, il revient rapidement sur cet article dans une autre revue, *The Medical*

---

[296] KOLLMANN Max, « Le déterminisme du sexe chez l'Homme. Discussion de quelques théories », *Bulletins et Mémoires de la Société d'Anthropologie de Paris* 4 (2), 1913, p. 238.

[297] ARISTOTE, *De la génération des animaux*, Paris, Les Belles Lettres, 1961, pp. 136-137.

[298] ARISTOTE, *De la génération des animaux*, *op. cit.*, 1961. Sur le mâle comme type générique de la vie et la femelle comme déviation et forme de monstruosité chez Aristote et chez Galien, mais aussi sur les controverses à ce sujet au XVIe siècle, voir ZUCCOLI Sofia, « Un *monstre parfait*. Le savoir médical face au corps féminin (XVIème siècle, France et Italie) », *Historia Magistra* (27), 2018, pp. 20-35.

[299] HALLER, *Medical Protestants*, *op. cit.*, 2013, p. 212.

[300] Ibid., pp. 247-248 ; WOOD Matthew, *Vitalism: The History of Herbalism, Homeopathy, and Flower Essences*, 2nd ed., Berkeley, North Atlantic Books, 2000, pp. 100-101.

Brief[301]. C'est par ce dernier article que nous avons connaissance de la publication de l'article original dans *The Chicago Medical Times*, que nous n'avons malheureusement pas pu retrouver. Les éléments dont nous disposons pour la description de la théorie de la santé sexuelle sont donc parcellaires, établis à partir de ce second et court article d'Ellingwood et d'articles d'autres médecins qui ont réagi à l'article original. Dans *The Medical Brief*, Ellingwood rappelle ainsi les termes de sa théorie : « le parent qui, au moment de la conception, possède le plus haut degré de santé et de force sexuelles, va, à ce moment-là, imprimer son sexe à la progéniture ». Il ajoute qu'il « n'y a pas de relation invariable entre le degré de santé sexuelle et le degré d'excitation sexuelle au moment du coït »[302].

Dans la suite, il rejette rapidement la théorie des testicules droit et gauche issue d'Anaxagore, puis il consacre l'essentiel de son texte à la réfutation de la théorie selon laquelle la conception sans plaisir est impossible. Nous n'en savons donc pas plus, à partir de ce texte, sur la théorie de la santé sexuelle pour la détermination du sexe. Tout au plus pouvons-nous lui trouver quelque ressemblance lointaine avec la théorie de Démocrite, dans la mesure où il s'agit manifestement d'une question de prédominance, où la santé sexuelle a remplacé la semence. Un commentaire d'un autre médecin, Charles A. West, renforce cette interprétation. West estime qu'une étude statistique menée par le médecin, explorateur et missionnaire anglican Robert William Felkin sur une tribu en Ouganda, « offre une preuve additionnelle substantielle » à la théorie de la santé sexuelle[303], et ce, précise West, contrairement à la conclusion à laquelle Felkin lui-même aboutit sur la base de ses statistiques, et pour qui « le parent temporairement supérieur produit le sexe *opposé* »[304]. Sans entrer dans les détails du débat statistique, l'opposition sur l'interprétation des données repose sur des partis pris différents. Un très grand

---

[301] ELLINGWOOD Finley, « Determination of Sex », *The Medical Brief* XIV (6), 1886, pp. 243-245.

[302] « *[...] parent which is, at the time of conception, possessed of the greatest degree of sexual health and strength, will, at that moment, impress his or her sex upon the offspring. I also state the proposition that there is no invariable relation between the degree of sexual health, and the degree of sexual excitement, exhibited at the time of coition* ». Ibid., p. 243.

[303] « *[...] offer substantial additional proof* ». WEST Charles A., « Determination of sex », *The Chicago Medical Times* XVIII (8), 1886, p. 351.

[304] « *[...] the temporary superior parent produces the* opposite *sex* ». Felkin cité par West, ibid. ; Voir FELKIN Robert W., « A contribution to the determination of sex, derived from observations made on an African tribe », *Edinburgh Medical Journal* XXXII (sept.), 1886, pp. 234-235.

nombre de naissances de filles est en effet interprété par Felkin comme le signe que les hommes, des guerriers supposés vigoureux parce qu'ils venaient de vaincre, ont déterminé le sexe des enfants, tandis que les femmes, appartenant à la tribu vaincue, étaient affaiblies. Au contraire, West considère que les hommes qui venaient de vaincre, ont fêté la victoire en s'adonnant à la licence et à l'excès, notamment envers les femmes vaincues. Or, il estime que « l'excès n'est pas productif de force, mais de faiblesse »[305]. Il poursuit :

> Ces hommes ont une indulgence illimitée et ils exercent leurs fonctions sexuelles à la limite de leur force sexuelle. Ils sont temporairement épuisés. Les femmes, par contre, sont déprimées, tristes, inexcitables. Leur force sexuelle n'est pas mobilisée. Il n'y a pas de passion, pas de désir. Il y a plutôt un manque d'inclination sexuelle. Il n'y a rien, sinon un seul rapport sexuel auquel elles peuvent ne pas répondre, pour agir comme un appel à leur force sexuelle. Les femmes sont les plus fortes sexuellement, de loin ; les hommes sont les épuisés, les faibles et les incapables, et par conséquent le sexe des plus fortes prévaut et des filles doivent en résulter.[306]

De nouveau, la santé sexuelle est associée à la force ou vigueur sexuelle. On voit qu'il ne s'agit pas d'une force qui consiste dans une domination interrelationnelle, mais interne à chaque personne. La domination sexuelle de l'homme, qui se traduit ici par le viol, ne fonde pas la force sexuelle mais l'épuise, tandis que la situation de contrainte et d'absence de désir de la femme préserve sa force sexuelle, ce pour quoi selon West c'est elle qui va déterminer le sexe de l'enfant qu'elle va porter. Cette théorie de la santé sexuelle est cohérente avec le positionnement éthique de l'hygiénisme de la réforme sanitaire, qui est une éthique centrée sur soi, sa conduite non pas tant envers les autres mais envers sa propre physiologie. L'indulgence dont il est question dans le propos de West revient à l'auto-indulgence, dans la mesure où il s'agit de se conduire avec excès de telle sorte que les conséquences sont pour soi-même. West ne dit d'ailleurs rien, sinon de descriptif, concernant les viols, qu'il ne qualifie d'ailleurs pas lui-même comme tels.

---

[305] « *[...] excess is not productive of strength, but weakness* ». West, « Determination of sex », *art. cit.*, 1886, p. 352.

[306] « *These men have unlimited indulgence and they exercise their sexual functions to the utmost limit of their sexual strength. They are temporarily exhausted. The women, on the other hand, are dejected, sad, unexcitable. There is no draft upon their sexual strength. There is no passion, no desire. There is rather sexual disinclination. Not a thing, but perhaps a single intercourse to which they may not respond, to act as a draft upon their sexual strength. The women are the stronger sexually, by far; the men are the exhausted, weak and incapable ones, and as a result the sex of the stronger ones prevail and girls must be the result* ». Ibid.

De même, le fait pour une femme d'être violée n'attente pas à sa santé sexuelle. Le plaisir n'en est donc pas une condition. C'est aussi la raison pour laquelle il est possible qu'une femme tombe enceinte même en l'absence de plaisir ou d'excitation sexuelle. Le propos de West est cohérent avec celui d'Ellingwood à ce sujet également. Or, c'est précisément sur ce point qu'un autre médecin éclectique, Carl F. Lindorme, fait porter sa critique. Dans un article en réponse à celui de West, il affirme que si « la santé sexuelle est sans aucun doute un élément important du patrimoine [*inheritance*] », son expérience de médecin lui a fait observer que les déficiences sexuelles chez les femmes n'interfèrent pas, ni qualitativement, ni quantitativement, sur les grossesses, qu'il s'agisse de garçons ou de filles[307]. L'erreur de West tient à ce qu'il lie deux points qui selon lui ne sont pas nécessairement reliés, « la santé sexuelle et la supériorité sexuelle »[308]. Or, nous dit Lindorme, cette dernière n'est pas conditionnée par la première. Il oppose alors à West l'excitation sexuelle comme facteur déterminant principal — mais pas unique — pour le sexe de l'enfant, précisément celui qu'Ellingwood avait écarté dans sa théorie de la santé sexuelle :

> [...] c'est l'EXCITATION sexuelle qui, quant à l'héritage du sexe, constitue la supériorité, non pas seule, mais avec d'autres influences, et cela explique pourquoi c'est toujours le sexe opposé du parti sexuellement supérieur qui naît. Qu'est-ce qu'un homme veut, quand il est sexuellement excité ? Est-ce son propre sexe ? Bien sûr que non, c'est une fille qu'il veut ; eh bien, et si la volonté de sa compagne ne contrôle pas la sienne, il l'aura.[309]

L'excitation de l'homme par la femme aiguille la détermination du sexe de l'enfant, qui découle de ce par quoi l'homme est excité. Ainsi, si l'homme a une fille, c'est parce qu'il est excité par les femmes. Si la femme n'est pas elle-même dans un fort état d'excitation sexuelle, elle ne peut rivaliser avec l'excitation de l'homme et déterminer le sexe de l'enfant. La santé sexuelle ne s'avère donc pas suffisante pour la détermination du sexe.

---

[307] « *Sexual health is no doubt an important item of inheritance* ». LINDORME Carl F., « Determination of sex », *The Chicago Medical Times* XVIII (9), 1886, pp. 401-402.

[308] « *[...] sexual health and sexual superiority* ». Ibid., p. 402.

[309] « *[...] it is the sexual EXCITEMENT, which as to the inheritance of the sex constitutes the superiority, not all alone, but together with other influences, and this explains why it is always the opposite sex of the sexually superior party that is born. What is it a man wills, being sexually excited? Is it his own sex? For sure not, it is a girl he wants; well, and if the will of his mate does not check his, he will get it* ». Ibid., p. 403.

Santé sexuelle ou santé reproductive ? Néo-malthusianisme et planification familiale

La théorie de la détermination du sexe par la santé sexuelle perpétue l'articulation de la santé sexuelle à la reproduction. D'une certaine manière, elle revient à une forme de santé reproductive[310], si l'on entend par là la capacité à faire des enfants de son propre sexe. Avec Drysdale, nous avons également vu une modalité d'articulation entre la santé sexuelle et la reproduction. Mais celle-ci se situe au niveau d'autres enjeux. Elle y est comprise dans le cadre d'une pensée néo-malthusienne invitant à recourir aux moyens de contraception, et ainsi à contrôler les naissances. Or, ceci pose d'une manière spécifique la question des rapports entre la santé sexuelle et la reproduction, sur laquelle nous voulons maintenant revenir.

La filiation historique entre le néo-malthusianisme britannique et les mouvements de planification familiale en Grande Bretagne et ailleurs est connue. Le Mouvement français pour le planning familial l'a rappelé à l'occasion de l'anniversaire de ses cinquante ans, en soulignant le rôle des néo-malthusiens dans les origines du combat pour la contraception. Évoquant la création de la Ligue néo-malthusienne dont Robert Drysdale fut président, le rôle de l'anarchiste Paul Robin, militant pour l'éducation populaire et la mixité à l'école, relais des idées néo-malthusiennes en France après son séjour à Londres, y est souligné[311]. L'inscrivant également dans la suite de Drysdale, l'historienne française Sylvie Chaperon rappelle en outre que Robin a consacré les quinze dernières années de sa vie au néo-malthusianisme, dans lequel il voyait « un remède à la plupart des fléaux sociaux »[312].

L'influence de George Drysdale sur les mouvements féministes de planification familiale est en outre attestée par un article que lui a consacré Margaret Higgins Sanger, co-fondatrice en 1921 de la Ligue américaine pour le contrôle des naissances (*American*

---

[310] L'expression « santé reproductive » (*reproductive health*) ne paraît être employée qu'à partir des années 1980-1990, sous l'impulsion du réseau de planification familiale et de l'OMS. Voir CORRÊA, « From reproductive health to sexual rights », *art. cit.*, 1997, p. 108.

[311] FRIEDMANN Isabelle et MOUVEMENT FRANÇAIS POUR LE PLANNING FAMILIAL (éds.), « Quand les femmes ont le devoir d'enfanter... », in: *Liberté, sexualités, féminisme. 50 ans de combat du planning pour les droits des femmes*, Paris, La Découverte, 2006, pp. 11-12 ; Voir également CHAPERON Sylvie, *Les origines de la sexologie (1850 - 1900)*, Paris, Payot & Rivages, 2012 (Petite Bibliothèque Payot), pp. 226-232.

[312] CHAPERON, *Les origines de la sexologie (1850 - 1900)*, *op. cit.*, 2012, pp. 226-227.

Birth Control League) qui, en fusionnant avec le Bureau de recherche clinique sur le contrôle des naissances (*Birth Control Clinical Research Bureau*), est devenue en 1942 la Fédération américaine pour le planning familial (*Planned Parenthood Federation of America*). C'est dans la *Birth Control Review*, qu'elle édite, que Sanger écrit en 1923 un article sur les idées de Drysdale, feuilletonisé sur pas moins de quatre numéros de la revue[313]. Le néo-malthusien y est présenté comme un « prophète du contrôle des naissances » en couverture du premier numéro de parution. Sanger commence ainsi son article :

> George Drysdale est peut-être le plus grand pionnier de notre conception moderne du contrôle des naissances, car il a été le premier à aborder ce grand problème du point de vue de la psychologie individuelle et sociale. Il voyait, plus clairement que n'importe lequel de ses prédécesseurs, la grande nécessité d'une nouvelle science et d'une nouvelle psychologie du sexe. Il a revitalisé la théorie de Malthus en la sortant de la sphère de l'économie politique et en revendiquant le contrôle des naissances du point de vue des besoins humains et individuels. Il a rejeté les vieux préjugés métaphysiques du dogme politique et théologique et a insisté sur la nécessité d'une étude scientifique et biologique des instincts et des besoins humains.[314]

Influencée par la psychanalyse freudienne et par Havelock Ellis — avec lequel elle a été en lien lors de son exil en Europe pour échapper aux poursuites judiciaires après avoir diffusé des informations sur les méthodes anticonceptionnelles —, Sanger rattache Drysdale à la psychologie du sexe dans laquelle elle inclut le neurologue et psychanalyste autrichien Sigmund Freud, alors qu'il s'agit surtout d'une physiologie sexuelle dans laquelle il n'est nullement question de processus psychiques inconscients. Il est cependant vrai que, selon les propres dires d'Ellis, Drysdale a influencé sa pensée. Mais ce fut surtout en l'éloignant du christianisme[315], et sur la question populationnelle et du contrôle des

---

[313] SANGER Margaret, « The Vision of George Drysdale I », *Birth Control Review* VII (7), 1923, pp. 177-179 ; SANGER Margaret, « The Vision of George Drysdale II », *Birth Control Review* VII (8), 1923, pp. 198-201 ; SANGER Margaret, « The Vision of George Drysdale III », *Birth Control Review* VII (9), 1923, pp. 225-227 ; SANGER Margaret, « The Vision of George Drysdale IV », *Birth Control Review* VII (10), 1923, pp. 258-260.

[314] « *George Drysdale is perhaps the greatest pioneer of our modern conception of Birth Control, because he was the first to approach this great problem from the point of view of individual and social psychology. He saw, more clearly than any of his predecessors, the great necessity of a new science and psychology of sex. He revitalized the theory of Malthus by lifting it out of the sphere of political economy, and vindicating Birth Control from the point of view of human and individual need. He discarded the old metaphysical preconceptions of political and theological dogma, and insisted upon the necessity of scientific and biological study of human instincts and needs* ». SANGER, « The Vision of George Drysdale I », *art. cit.*, 1923, p. 177.

[315] ELLIS Havelock, *My Life*, London, William Heinemann, 1940, p. 91.

naissances[316]. Toutefois, le rapprochement opéré par Sanger tient également à la lecture psycho-physiologique qu'elle fait de la psychanalyse. Elle affirme ainsi que l'apport majeur de Freud est d'avoir proposé « une théorie purement naturaliste de l'évolution mentale » [317], certes dans le sens où son approche ne repose pas sur une métaphysique de l'esprit, mais aussi parce qu'elle considère que le concept central de Freud est celui d'instinct, qui ancre l'être humain dans sa condition animale :

> Le point central de la nouvelle psychologie telle qu'interprétée par Freud et ses disciples est le déplacement de cette science de l'intellectuel vers l'instinctif, et la dérivation depuis les centres inférieurs des activités plus complexes, proches de ceux présents chez les autres animaux que l'homme. [318]

Il s'agit alors d'une « réduction du mental à des termes psycho-physiologiques », qui « met la psychologie en phase avec les sciences organiques »[319]. Le réductionnisme à l'œuvre ne consiste donc pas seulement dans le fait de rendre compte des phénomènes psychologiques par le niveau de la nature, par opposition à des explications métaphysiques ou religieuses. Parler d'instinct plutôt que de pulsion modifie considérablement la lecture que l'on peut faire de Freud, dont l'un des crédits est précisément d'avoir substitué le concept de pulsion à celui d'instinct promu par la psychopathologie sexuelle de la seconde moitié du XIXe siècle. Si Freud se situe bien dans le cadre d'une démarche rationnelle refusant toute métaphysique, ce n'est pas à lui que l'on doit l'introduction d'une conception instinctuelle de la psychologie sexuelle. Sanger procède ainsi à une réduction supplémentaire, qui consiste à rabattre les phénomènes psychologiques sur les phénomènes physiologiques, et à considérer l'être humain dans ce qui constitue sa condition commune avec les autres animaux. L'instinct ramène le psychique à l'organo-physiologique, là où la pulsion se comprend comme une poussée qui articule le corps et le psy-

---

[316] Voir CROZIER Ivan, « Havelock Ellis, eugenicist », *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences* 39 (2), 2008, p. 188.

[317] « *[...] a purely naturalistic theory of mental evolution* ». SANGER, « The Vision of George Drysdale II », *art. cit.*, 1923, p. 198.

[318] « *The central point in the new psychology as interpreted by Freud and his disciples is the shifting of this science away from the intellectual to the instinctive, and the derivation of the more complex activities from lower centers, closely akin to those present in other animals than man* ». Ibid.

[319] « *It brings psychology into line with the organic sciences* ». Ibid.

chique. L'étayage psychique sur les organes dans les phases du développement psychosexuel (bouche, anus, organe génital) ne suppose pas chez Freud une réduction organique du psychique, à laquelle semble procéder Sanger.

Quoi qu'il en soit, c'est comme précurseur du contrôle des naissances, non par l'abstinence sexuelle mais par des méthodes anticonceptionnelles, que Drysdale est encensé par Sanger[320]. Et de fait, la santé sexuelle repose chez lui sur la généralisation de ces méthodes, dans la mesure où c'est grâce à celles-ci que la loi de l'exercice peut être suivie sans grossesses non désirées ni propagation des maladies vénériennes par le vecteur de la prostitution, elle-même pendant « souterrain » du mariage indissoluble comme seul cadre autorisé des relations sexuelles. Dès lors, la santé sexuelle est fortement dépendante de ce qui relève de ce que l'on appellera plus tard la santé reproductive ou génésique, qui inclut l'accès aux moyens de contraception. Dès le XIXe siècle, l'idée de santé sexuelle engage à la fois la déconnexion entre la sexualité et la reproduction par la maîtrise anticonceptionnelle, et l'articulation entre les deux en termes sanitaires. Si ni chez Drysdale, ni chez Sanger, la question des modalités de cette articulation n'est directement posée, les éléments qui amèneront à problématiser les rapports entre santé sexuelle et santé reproductive à partir de la seconde moitié du XXe siècle, et entre sexologie et planification familiale, sont déjà en germe. Du moins, si nous éclairons le présent par le passé, plutôt que le passé par le présent, nous pouvons dire qu'au XIXe siècle, la sexualité et la reproduction ont été articulées de telle manière que l'on comprend qu'aient pu se développer les débats de la seconde moitié du XXe siècle à propos de la santé sexuelle et de la santé reproductive.

[320] Si cette influence sur le féminisme s'exerce sur la question du contrôle des naissances, Chaperon rappelle qu'il n'en est pas de même à propos de « la morale sexuelle libertaire » des néo-malthusiens, comme nous l'avons observé chez Drysdale. Le féminisme britannique, en particulier, promeut « l'éducation à la tempérance sexuelle ». CHAPERON, *Les origines de la sexologie (1850 - 1900)*, *op. cit.*, 2012, pp. 227, 218.

I.2.5 — Au carrefour de la biologie, de la médecine et de l'éthique

Entre physiologie, utilitarisme et protestantisme

Nous venons de voir dans les pages qui précèdent dans quel contexte global les premiers usages du syntagme « santé sexuelle » ont été faits. Aux États-Unis, ces usages s'inscrivent plus particulièrement dans le cadre d'une réforme sanitaire en lien avec le protestantisme. La santé sexuelle ne repose alors pas sur les mêmes réquisits dans l'ensemble de la pensée hygiéniste. Entre Drysdale et Kellogg, l'opposition sur la question de la continence est ainsi manifeste. Si le premier l'exclut pour des raisons de santé qui tiennent à la loi de l'exercice, et s'il rejette ainsi l'une des préconisations de Malthus pour le contrôle des naissances, le second réfute catégoriquement que la continence soit néfaste pour la santé, et considère les arguments soutenant la thèse contraire comme « trop frivoles pour mériter l'attention »[321].

Il n'en reste pas moins que l'on retrouve chez tous les médecins qui utilisent le syntagme « santé sexuelle », comme chez les protestantes et protestants, médecins ou non, défendant la réforme sanitaire, un style d'appréhension hygiéniste utilitariste promouvant le *self-help* qui requiert lui-même une forme d'éducation. Le refus d'une métaphysique de l'âme comme chez Drysdale aussi bien que la dissociation du salut de l'âme et des œuvres terrestres par White et l'Église adventiste du septième jour, conduisent à une valorisation du corps et à la promotion de la physiologie au rang de fondement gnoséologique d'un système de conduites. Pour pratiquement toutes et tous, l'objectif est la santé dans une démarche prophylactique et pas seulement de traitement thérapeutique des maladies. Il s'agit alors de prodiguer des conseils et une forme d'éducation à destination des populations. L'éducation désigne aussi bien la transmission d'un savoir que de règles de conduite, formant le pont entre la science et l'éthique. À l'image de la traduction de la Bible en langues vernaculaires, la publication d'ouvrages accessibles et populaires

[321] Kellogg, *Plain Facts about Sexual Life*, *op. cit.*, 1877, p. 118.

et de manuels est un moyen privilégié de cette éducation, qui met en relief le trait caractéristique de la tradition anglo-américaine du *self-help* dans le domaine de la médecine et de l'hygiène, qui sont alors domestiques[322]. Dans ce cadre, à la fin du XIXe siècle, la santé sexuelle intégrera en tant que telle les titres de manuels de médecine domestique ou à destination des hommes pour les guider, comme *Sexual Health: a Companion to "Modern Domestic Medicine"* [323] du médecin Henry Granger Hanchett (chapitre publié à part et en complément d'un ouvrage de médecine domestique[324]), ou *Male Sexual Health: a Gold Mine of Value to Every Man, Married or Single*[325], du médecin Archibald Adams[326]. Il s'agit d'ouvrages grand public rédigés par des médecins qui n'ont pas la reconnaissance d'un Drysdale, d'un Jackson ou d'un Kellogg.

Un autre point commun aux auteur · e · s que nous venons d'étudier est l'association de la santé au bien-être ou au bonheur. Le *Handbook* de Tegg est trop pratico-pratique pour aborder la question du bonheur, mais nous avons vu son intérêt pour la question par ailleurs. Drysdale, quant à lui, se réfère à l'utilitarisme de Mill. L'articulation du bonheur et de la santé se trouve également au cœur de la réforme sanitaire américaine et de la phrénologie. Si celle-ci n'est pas exprimée de façon évidente chez Jackson et Kellogg, elle l'est chez White et chez Fowler, et on la trouve auparavant chez Graham, pour lequel ce sont à la fois la santé et le bonheur qui dépendent des « lois de la vie », dont la connaissance se révèle ainsi du plus haut intérêt :

> Tout ce qui, par conséquent, augmente votre connaissance de votre nature constitutionnelle et vous fait mieux connaître les lois de la vie dont dépendent votre santé et votre bonheur, ne peut qu'être intéressant pour vous. [327]

---

[322] Voir ROSENBERG Charles E. (éd.), *Right Living: an Anglo-American Tradition of Self-Help Medicine and Hygiene*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 2003.

[323] HANCHETT Henry Granger, *Sexual Health: a Companion to « Modern Domestic Medicine »*, New York, Charles T. Hurlburt, 1887.

[324] HANCHETT Henry Granger, *The Elements of Modern Domestic Medicine: a Plain and Practical Hand-Book Describing Simple Diseases*, New York, Charles T. Hurlburt, 1887.

[325] ADAMS Archibald, *Male Sexual Health: a Gold Mine of Value to Every Man, Married or Single*, Philadelphia, Lee Publishing Compagny, 1898.

[326] L'usage du terme en titre d'ouvrage est donc bien antérieur au livre du sexologue Georges Valensin paru en 1964 et intitulé *Santé sexuelle*. Voir VALENSIN, *Santé sexuelle*, *op. cit.*, 1964.

[327] « *Whatever, therefore, increases your knowledge of your constitutional nature, and makes you better acquainted with those laws of life upon which your health and happiness depend, cannot be otherwise than interesting to you* ». GRAHAM, *A Lecture to Young Men on Chastity*, *op. cit.*, 1837, p. 29.

On retrouve également le lien entre santé et bien-être, et plus directement entre santé sexuelle et bien-être chez Hanchett :

> [...] même dans les toutes premières années, l'appareil sexuel féminin est de première importance en regard du bien-être physique de la future femme.
> Et inversement, le bien-être physique général de la fille ou de la femme est de première importance dans le maintien de la santé et de l'activité sexuelles.[328]

On trouve alors dans ces usages de la santé sexuelle nombre d'éléments auxquels les définitions de l'OMS et la sexologie d'après la Seconde Guerre mondiale vont faire écho : l'importance accordée à la prévention en médecine, l'éducation et le conseil, l'autonomie et l'éthique individuelle, mais aussi les prémisses du développement personnel dans la suite du *self-help*, et l'articulation entre santé sexuelle et bien-être. Rappelons à propos de ce dernier point la place particulière qu'occupe le bien-être dans la culture américaine, qui est mentionné dans le préambule de la Constitution des États-Unis (par le terme de *Welfare*)[329].

Pour autant, le concept de santé sexuelle de la fin du XXe siècle n'est pas le simple décalque de celui qui est employé au XIXe siècle, où la santé s'entend principalement comme l'absence de maladies et en un sens physiologique, et où la santé sexuelle est fortement articulée à la question de la reproduction. Nous verrons qu'entre ces deux périodes, d'une part la conception de la santé va évoluer, et d'autre part la sexualité va être dissociée de la reproduction, ce qui va modifier en conséquence ce que désignent la santé sexuelle et son rapport au bien-être. Cependant, une filiation relativement marquée se dessine entre la santé sexuelle de l'hygiénisme anglo-américain du XIXe siècle et celle

---

[328] « *[...] even in the earliest years the female sexual apparatus is of prime importance with regard to the physical well-being of the future woman. / And conversely, the general physical well-being of the girl or woman is of prime importance in the maintenance of sexual health and activity* ». HANCHETT, *Sexual Health: a Companion to « Modern Domestic Medicine »*, *op. cit.*, 1887, p. 37.

[329] « *We the People of the United States, in Order to form a more perfect Union, establish Justice, insure domestic Tranquility, provide for the common defence, promote the general Welfare, and secure the Blessings of Liberty to ourselves and our Posterity, do ordain and establish this Constitution for the United States of America* » (« Nous, le Peuple des États-Unis, en vue de former une Union plus parfaite, d'établir la justice, de faire régner la paix intérieure, de pourvoir à la défense commune, de développer le bien-être général et d'assurer les bienfaits de la liberté à nous-mêmes et à notre postérité, nous décrétons et établissons cette Constitution pour les États-Unis d'Amérique »). Voir *The Constitution of the United States of America. Analysis and Interpretation*, Centennial, Washington, U.S. Government Publishing Office, 2017 (Senate Document 112–9), p. 3.

qui va être promue par la sexologie moderne et l'OMS. Et cette dernière sera critiquée en partie pour ses origines américaines sur le continent européen.

La prophylaxie, ou la santé comme objet premier de la médecine

Revenons sur une particularité de la place de l'hygiène dans la réforme sanitaire : le fait que la santé soit considérée comme le premier objet de la médecine sur le plan pratique. L'approche prophylactique de l'hygiène étend en effet le champ de la médecine non pas seulement au traitement des maladies, mais à la conservation de la santé. Dans son *Introduction à la médecine*, l'historien suisse de la médecine Henry Sigerist distingue deux tâches qui incombent aux médecins : guérir et prévenir. Or, il présente la prévention comme leur « second objectif » et comme le but de l'hygiène, qui fait partie « de la science médicale »[330]. Au XIXe siècle, l'hygiène paraît cependant occuper la première place dans l'ordre des tâches de la médecine.

Ceci s'explique en particulier par le fait que la médecine obtient peu de succès dans le traitement des maladies, ce qui a favorisé au XIXe siècle le développement de critiques de la médication inutile voire dangereuse. Il s'agit alors de prévenir l'apparition des maladies. En ce sens, à l'heure de l'extension des villes, le développement hygiéniste de la prophylaxie relève plus d'un aveu d'échec que d'une volonté d'étendre le pouvoir médical. Selon Foucault, ce mouvement a commencé au XVIIIe siècle et n'a cessé de s'amplifier jusqu'à nos jours :

> D'une manière générale, on peut affirmer que la santé s'est transformée en un objet de l'intervention médicale. Tout ce qui garantit la santé de l'individu, par exemple l'assainissement de l'eau, les conditions de vie ou le régime urbain est aujourd'hui un champ d'intervention médicale qui, en conséquence, n'est plus uniquement lié aux maladies.[331]

Si, au XVIIIe siècle, le champ d'intervention de la médecine autre que la maladie se concentre sur « l'air, l'eau, les constructions, les terrains, les égouts »[332], au XIXe siècle aux États-Unis, il s'étend à l'hygiène alimentaire et sexuelle. De ce point de vue, nous ne

---

[330] SIGERIST Henry E., *Introduction à la médecine*, Paris, Payot, 1932 (Bibliothèque scientifique), p. 303.
[331] FOUCAULT Michel, « Crise de la médecine ou crise de l'antimédecine ? », in: *Dits et écrits III (1976-1979)*, Paris, Gallimard, 1994, p. 49.
[332] Ibid., p. 50.

suivons pas Foucault lorsqu'il dit, dans le même texte, que l'hygiène et la morale sexuelle constituaient un « extérieur » à la médecine au XIXe siècle[333] — du moins si nous portons notre regard du côté anglo-américain. Au contraire, en même temps que la sexualité faisait l'objet de la médecine en France et en Allemagne sous l'angle pathologique avec la psychiatrie et la psychopathologie sexuelle, elle devenait également un objet médical sous l'angle de la santé en Grande-Bretagne et en Amérique du Nord. L'affirmation de Foucault permet cependant de souligner le fait que l'hygiène peut être pensée autrement que comme un objet de la médecine, possibilité qu'il nous faudra retenir lorsque nous aborderons la question de savoir si les usages contemporains du concept de santé sexuelle relèvent ou non d'une médicalisation de la sexualité.

Il ne s'agit toutefois pas de prétendre que la prophylaxie est une innovation de l'hygiénisme du XIXe siècle. Si elle est au cœur de celui-ci, et si partant la santé est objet de la médecine, la nouveauté réside dans sa reprise et son élaboration dans un style d'appréhension spécifique, le style hygiéniste. Comme on le sait, la prophylaxie est en effet plus ancienne et remonte à l'hippocratisme et au galiénisme antiques, qui traversent le Moyen-Âge et qui ont été renouvelés à partir du XVIIe siècle. En ce sens, la santé est un objet de l'intervention médicale depuis l'Antiquité. En revanche, l'urbanisation, le développement des manufactures, puis les révolutions industrielles, ont conduit à un changement des modes de pensée et d'organisation du social de manière transversale. Ce fut particulièrement le cas concernant les villes et le travail[334]. Ont alors émergé des manières d'élaborer et d'articuler des savoirs et des pratiques, des savoirs à des fins pratiques dans le champ de ce que nous appelons aujourd'hui la médecine préventive, et qui constituent l'hygiénisme. Ce style d'appréhension s'est étendu au domaine de la sexualité, à propos de laquelle le style psychopathologique ne saurait être considéré comme le seul fondateur de la modernité sexuelle.

---

[333] Ibid., p. 51 ; Foucault tient cependant un propos différent dans *Les anormaux* : « A partir du XVIIIe siècle, [...] la médecine a pu commencer à devenir un contrôle hygiénique et à prétention scientifique de la sexualité ». FOUCAULT Michel, *Les anormaux. Cours au Collège de France. 1974-1975*, Paris, Seuil / Gallimard, 1999 (Hautes études), p. 207.

[334] Dans le domaine du travail également, la Réforme protestante a modifié la conception du domaine par la place accordée aux soins du corps. Voir POMA Roberto, « Santé et sécurité au travail. L'émergence d'une médecine "sociale" à l'époque moderne », in: LE ROUX Nicolas (éd.), *Sciences et techniques à l'époque moderne*, Paris, Presses de l'université Paris-Sorbonne, 2020, à paraître.

La santé sexuelle dans l'histoire des sciences de la vie

Nous avons vu avec Fowler que la multiplication des usages de « *sexual health* » s'est faite dans le cadre de la persistance de conceptions vitalistes du vivant, alors que se développait en Europe une physiologie expérimentale sous l'impulsion de Claude Bernard. À partir du schéma historique en trois phases proposé par Gayon pour l'histoire de la biologie en son sens moderne, nous pouvons dire que le développement des usages de « *sexual health* » est resté ancré tout au long du XIXe siècle dans la phase spéculative de l'histoire de la biologie. Gayon distingue trois phases de l'histoire de la biologie depuis le XIXe siècle : une phase spéculative qui formule « le projet même d'une science unifiée de la vie », et qui se situe dans la première moitié du XIXe siècle. Parmi les différentes manières de formuler ce projet, certaines reposaient sur des « *a priori* vitalistes ». La seconde phase est institutionnelle et consiste à ériger la biologie en science spéciale à part entière, en particulier en distinguant clairement la physiologie de la médecine. Auguste Comte a largement contribué à cette institutionnalisation à partir des années 1840, ainsi que Claude Bernard dans la seconde moitié du XIXe siècle. La troisième phase que dégage Gayon est celle des « grands cadres théoriques qui ont peu à peu donné sens à l'idée d'une science spéciale de la vie », comme la théorie cellulaire, la théorie de l'évolution, la théorie de l'hérédité, et ce que Gayon appelle « la théorie matérielle de la vie », qui réunit la théorie biochimique et la théorie moléculaire[335].

De fait, au XIXe siècle, les usages de « *sexual health* » ne se déplacent pas de la phase spéculative à la phase institutionnelle, mais restent cantonnés à la première. D'une certaine manière, il pouvait difficilement en être autrement, dans la mesure où nous ne parlons pas seulement de sexualité mais de *santé* sexuelle. L'abord de la sexualité en rapport avec les questions de santé fige le premier dans la tradition de la physiologie issue de Jean Fernel. Au milieu du XVIe siècle, ce médecin d'Henri II a en effet défini la physiologie comme « le préambule théorique nécessaire à la pathologie et à la thérapeutique », autrement dit dans l'optique de la médecine. Elle est alors la science des fonctions du corps humain à l'état de santé[336]. Plus précisément, la physiologie est pour Fernel la

[335] GAYON Jean, « La philosophie de la biologie », in: HOQUET Thierry et MERLIN Francesca (éds.), *Précis de philosophie de la biologie*, Paris, Vuibert, 2014 (Philosophie des sciences), pp. 16-21.
[336] Ibid., p. 17.

première des cinq parties de la médecine, à savoir « le discours de la nature humaine, qui explique entièrement la nature de l'homme sain, toutes les facultés et les fonctions ». Suivent la pathologie, la pronostique, l'hygiène — comme « régime de vivre » —, et la thérapeutique[337]. Ce modèle où la physiologie s'entend comme la science des lois de la santé est celui au sein duquel a émergé le syntagme de « santé sexuelle », et dans lequel il est resté engoncé tout au long du XIXe siècle. Dans le cadre de l'éthique protestante, l'hygiène a primé sur la thérapeutique dans les modes d'action, en ce qu'elle était révélatrice de la vertu, alors que la maladie était considérée comme le résultat d'un excès sexuel, et qu'ainsi la thérapeutique — souvent inefficace par ailleurs —, n'intervenait qu'en aval du manque de vertu. En somme, le traitement de la sexualité sous l'angle de la santé a rabattu la première sur les exigences de la seconde à préserver. La physiologie sexuelle n'a eu d'autre objectif que pratique, comme la phrénologie de Fowler était une phrénologie pratique, où la connaissance théorique était orientée par une finalité éthique. Les lois de la sexualité ont alors été les lois de la santé sexuelle, c'est-à-dire les règles de conduite à suivre pour que la sexualité consiste en la santé sexuelle. Cette emprise de la santé exercée sur la sexualité est sans doute ce qui caractérise, *in fine*, la physiologie sexuelle vitaliste d'obédience protestante. C'est à la lumière de cet agencement entre santé et sexualité que nous pourrons interroger les premières définitions de la santé sexuelle proposée par l'OMS dans les années 1970, qui entendait fournir « une définition exhaustive et universellement acceptable de la sexualité humaine »[338].

Bien sûr, les discours physiologistes hygiénistes de santé sexuelle ne sont pas hétérogènes aux grands cadres théoriques de la troisième phase décrite par Gayon. Nous avons pu souligner en particulier leur insertion dans les théories de l'hérédité. Mais comme le dit lui-même Gayon, ces phases « se sont plus ou moins chevauchées »[339]. Par ailleurs, les théories de l'hérédité furent largement spéculatives au XIXe siècle, quelles que soient les revendications d'empirisme.

Ces considérations sur les rapports entre les discours référant à la santé sexuelle avec les sciences de la vie — qui doivent établir les « lois de la vie » pour les auteur · e · s

[337] FERNEL Jean, *Les VII livres de la physiologie*, Paris, Jean Guignard le Jeune, 1555, pp. 20-22.

[338] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Formation des professionnels de la santé aux actions d'éducation et de traitement en sexualité humaine. Rapport d'une réunion de l'OMS*, Genève, OMS, 1975 (Série de rapports techniques 572), p. 6.

[339] GAYON, « La philosophie de la biologie », *art. cit.*, 2014, p. 16.

que nous avons étudié · e · s — portent cependant sur un périmètre délimité des productions discursives sur le sexe : celui de l'aire anglo-américaine. Or, il en va tout autrement en Europe continentale. En France et en Allemagne en particulier, ce qui retient notre attention est l'absence de références à la santé sexuelle au XIXe siècle, tandis qu'y prolifèrent les discours de psychopathologie sexuelle. Il nous faut donc nous arrêter maintenant sur cet état de fait.

I.3 — « Santé sexuelle » en France et dans l'espace germanophone au XIXe siècle

I.3.1 — Hygiénisme, police de santé et sexualité

Hygiène publique et médecine légale en France

La France et l'Allemagne ont particulièrement été étudiées pour retracer la médicalisation de la sexualité par la psychiatrie au XIXe siècle en Europe, avec pour concept central celui de perversion[340]. L'angle psychopathologique est ici prédominant. Mais qu'en est-il, dans ces pays, de l'abord de la sexualité par la santé ? Nous avons vu qu'en Grande-Bretagne et aux États-Unis, l'abord de la santé par la médecine s'est adossée à une démarche hygiéniste de réforme sanitaire. Or, l'hygiénisme s'est aussi développé en Europe continentale.

Toutefois, la manière de penser l'hygiène diffère profondément de celle que l'on trouve chez les Anglo-Américains. Il n'y est en particulier pas question de *self-help*. Ainsi, en France, plutôt qu'une hygiène privée ou domestique, c'est le concept d'une hygiène publique qui est mis en avant depuis la Révolution française jusqu'au début du XXe siècle, avec pour point d'orgue le fait qu'elle soit un projet politique de la IIIe République. Le

[340] Voir en particulier Foucault, *La volonté de savoir*, *op. cit.*, 1976 ; Lantéri-Laura Georges, *Lecture des perversions. Histoire de leur appropriation médicale*, Paris, Economica, 2012 ; Davidson Arnold I., *L'émergence de la sexualité. Épistémologie historique et formation des concepts*, Paris, Albin Michel, 2005 (Bibliothèque Albin Michel Idées) ; Mazaleigue-Labaste, *Les déséquilibres de l'amour*, *op. cit.*, 2014.

pouvoir de l'État, et plus spécifiquement son pouvoir de police, est au cœur de la pensée hygiéniste. La médecine qui fait de l'hygiène l'un de ses objets est alors la médecine légale. Comme le rappelle le sociologue français Laurent Mucchielli, « la médecine légale et l'hygiène publique sont (…) des domaines intimement liés dans les enseignements médicaux et dans les recherches » en France[341]. C'est à l'occasion d'une comparaison des positions biopolitiques du médecin légiste et criminologue Alexandre Lacassagne à celles de l'italien Cesare Lombroso que Mucchielli fait cette précision. Selon lui, Lacassagne partage les mêmes ambitions biopolitiques que Lombroso, et le seul point qui le différencie de ce dernier est que son anthropologie criminelle « doit seulement être replacée dans une perspective hygiéniste, dans le contexte français de réaffirmation du néo-lamarckisme et dans le cadre de son héritage phrénologique » pour bien être comprise[342]. Mais si Mucchielli étudie la fin du XIXe siècle et le début du XXe, et si Lacassagne illustre l'articulation de la criminologie et de l'hygiénisme à la fin du XIXe siècle, les liens forts entre la médecine légale et l'hygiène publique sont antérieurs, et la fin du XIXe siècle constitue le point culminant de ceux-ci. En témoignent, à titre d'exemple significatif de la pensée hygiéniste dominante de l'époque, les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* publiées à partir de 1829, dans le premier numéro desquelles on peut lire les lignes suivantes, dans un texte qui constitue l'annonce programmatique de la revue :

> La médecine n'a pas seulement pour objet d'étudier et de guérir les maladies, elle a des rapports intimes avec l'organisation sociale ; quelquefois elle aide le législateur dans la confection des lois, souvent elle éclaire le magistrat dans leur application, et toujours elle veille, avec l'administration, au maintien de la santé publique. Ainsi appliquée aux besoins de la société, cette partie de nos connaissances constitue l'*hygiène publique* et la *médecine légale*.[343]

Si là aussi le champ d'intervention de la médecine excède celui des maladies pour s'étendre à la santé, cette dernière se conçoit dans l'horizon de l'hygiène publique, définie

---

[341] MUCCHIELLI Laurent, « Criminologie, hygiénisme et eugénisme en France (1870-1914) : débats médicaux sur l'élimination des criminels réputés « incorrigibles » », *Revue d'Histoire des Sciences Humaines* 2 (3), 2000, p. 67, note 53.

[342] Ibid., p. 66.

[343] ADELON Nicolas-Philibert, ANDRAL Gabriel, BARRUEL Jean-Pierre, ARCET Jean-Pierre-Joseph D', DEVERGIE Marie-Guillaume-Alphonse, ESQUIROL Jean-Etienne, KERAUDREN Pierre-François Kéraudren, LEURET François, MARC Charles Chrétien Henri, ORFILA Mathieu, PARENT-DUCHATELET Alexandre Jean-Baptiste et VILLERMÉ Louis René, « Prospectus », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* 1 (1), 1829, p. v.

comme « art de conserver la santé aux hommes réunis en société »[344]. Elle s'entend ainsi comme santé publique, ce qui ne désigne pas que sa dimension collective, mais aussi le fait qu'elle est administrée. Or, s'il s'agit pour l'hygiène publique d'apprécier les effets des climats, de s'occuper de la qualité des denrées alimentaires, des endémies et épidémies, des hôpitaux, cimetières, etc., dans une optique scientifique et en améliorant les connaissances sur ces questions, « elle a devant elle encore un autre avenir dans l'ordre moral ». Plus précisément, le crime est considéré comme un objet de l'hygiène publique, dont les développements scientifiques doivent permettre d'éclairer le pouvoir politique pour les faire reculer :

> Les fautes et les crimes sont des maladies de la société qu'il faut travailler à guérir, ou, tout au moins, à diminuer ; et jamais les moyens de curation ne seront plus puissans que quand ils puiseront leur mode d'action dans les révélations de l'homme physique et intellectuel, et que la physiologie et l'hygiène prêteront leurs lumières à la science du gouvernement.[345]

Notons que si le champ de la médecine peut s'étendre à la santé publique parce que son objet n'est pas restreint à celui des maladies, c'est toutefois par une assimilation de problèmes sociaux à des maladies que cette extension s'opère. Ceci révèle combien, même si les deux présentent le point commun d'être adossées à la physiologie, la représentation de la santé de l'hygiène publique à la française diffère de celle de l'hygiène domestique anglo-américaine, celle-ci permettant une ouverture à la question du bien-être individuel, tandis que la conception française est tournée vers l'idée d'ordre social.

Dès lors que la médecine s'engage par l'hygiène dans un rôle social au service du pouvoir pour combattre la criminalité, elle devient un instrument de police. L'incidence sur l'idée de santé est alors considérable, comme l'illustre parfaitement l'introduction au premier numéro des *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* rédigée par le psychiatre Charles Chrétien Marc — qui a fait ses études de médecine en Allemagne. En effet, la plupart des occurrences du mot « santé » — qui s'entend toujours comme « santé publique » ou « générale »[346] — sont accolées au terme de « police », dans la mesure où la santé publique est considérée comme l'affaire de la « police de santé ». Ainsi, ce terme

[344] Ibid., p. vi.

[345] Ibid., p. vii.

[346] Marc Charles Chrétien Henri, « Introduction », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* 1 (1), 1829, p. x; xi xiii.

revient sept fois dans le texte de trente pages de Marc. De fait, l'introduction du psychiatre consiste dans sa première partie à retracer l'histoire de la police de santé, depuis l'institution de la police par les Romains jusqu'à la création par des préfets de police de conseils de salubrité au début du XIXe siècle, en passant par la création d'une police spécifiquement de santé par le roi Jean II au XIIIe siècle, ou la réforme de la police qui inclut la police de santé par le premier lieutenant général de police de Paris Gabriel Nicolas de La Reynie au XVIIe siècle. Marc s'inscrit ainsi dans la lignée du médecin François-Emmanuel Fodéré, auteur en 1798 du *Traité de médecine légale et d'hygiène publique ou de police de santé*, réédité en six volumes au début du XIXe siècle, après la promulgation du Code Napoléon[347].

La sexualité au prisme de la médecine légale

En outre, il est remarquable pour le sujet qui nous occupe, que ce qui se rapporte le plus à la sexualité dans son propos, à savoir le mariage et la reproduction, est évoqué par Marc en référence à l'histoire de la médecine légale, qui occupe la seconde partie de son texte. Il y défend l'idée que celle-ci a émergé bien plus tardivement que l'hygiène publique, à partir du XVIe siècle seulement, du fait des lacunes en anatomie humaine faute de procéder par l'observation en ouvrant les cadavres. Or, il évoque rapidement le Code Justinien, qui contenait des dispositions qui selon lui « auraient dû favoriser l'étude de la médecine légale », si l'esprit irrationnel n'avait pas dominé. Et il se trouve que ces dispositions sont « relatives au mariage, à l'époque de l'accouchement, à la supposition de part, à l'impuissance, etc. »[348] Marc ne fournit pas plus de précisions, mais l'on peut supposer qu'il évoque notamment les dispositions du *Digeste* de l'empereur romain qui requièrent l'observation de médecins ou de sages-femmes pour l'exercice d'un droit ou l'application d'une peine concernant le mariage et la famille, comme le divorce pour cause d'impuissance, la reconnaissance ou non de la paternité lorsqu'une femme se dit enceinte

[347] FODÉRÉ François-Emmanuel, *Traité de médecine légale et d'hygiène publique, ou de police de santé, adapté aux Codes de l'Empire français, et aux connaissances actuelles*, 6 vol., Paris, Mame, 1813-1815.
[348] MARC, « Introduction », *art. cit.*, 1829, p. xxii.

de son mari, la transmission de l'héritage à l'enfant à naître lorsque le père est décédé pendant la grossesse, etc.[349]

De plus, il mesure le développement de la médecine légale de la fin du XVIe siècle et du début du XVIIe non seulement en se référant aux travaux du chirurgien et anatomiste Ambroise Paré, mais aussi en mettant en avant un ouvrage qui traite de la virginité, de la grossesse et de l'accouchement, et un autre qui traite de l'impuissance. Le premier est de l'une des figures de l'histoire de la gynécologie et de l'obstétrique, Séverin Pineau, qui cherche à établir les signes permettant de s'assurer de la virginité des femmes[350]. Le second est de l'avocat Vincent Tagereau, qui critique la pratique judiciaire dite des « congrès », qui consiste en l'imposition par les tribunaux d'examens androlologiques et gynécologiques aux époux accusés d'incapacité sexuelle[351].

L'abord de la sexualité se fait donc dans un style d'appréhension qui distingue deux sciences, l'hygiène publique et la médecine légale, et qui s'emploie à les articuler en ce qu'elles convergent vers un même intérêt pour le pouvoir politique : gérer et administrer, notamment à partir des codifications légales, les comportements des populations. D'où l'importance, pour les initiateurs des *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, de développer et diffuser les savoirs en ces matières : l'intérêt scientifique, dans le cadre des « sciences d'observation » débarrassées des fausses croyances et superstitions qui les ont longtemps étouffé[352], est ainsi imbriqué aux intérêts de la justice et de l'administration :

> Le mouvement de progression imprimé aujourd'hui à l'hygiène publique et à la médecine légale, le haut intérêt que ces sciences présentent non-seulement aux hommes qui exercent les différentes branches de l'art de guérir, mais encore aux jurisconsultes et aux administrateurs, entraînent pour eux le besoin de connaître les perfectionnemens et les applications spéciales qu'elles provoquent.[353]

---

[349] Voir en particulier JUSTINIEN, *Les cinquante livres du* Digeste *ou des* Pandectes *de l'empereur Justinien*, Réimpr. de l'éd. de Metz 1803-1811, Aalen, Scientia Verlag, 1979, p. 452 sq.

[350] PINÆUS Severinus, *De virginitatis notis, graviditate & partu ;* suivi de Ludovicus Bonaciolus, *De conformatione foetus. Accedunt alia*, 1e éd. 1598, Lugd. Batavor., Hegerus, 1641.

[351] TAGEREAU Vincent, *Discours sur l'impuissance de l'homme et de la femme*, Paris, Antoine de Breuil, 1616.

[352] MARC, « Introduction », *art. cit.*, 1829, p. xxii.

[353] Ibid., p. xxxvi.

On sait par ailleurs que, comme l'a souligné Foucault, la médecine légale a conduit à promouvoir l'idée d'une normalité en regard de la figure de l'anormal, objet de l'expert-psychiatre, dont l'expertise s'est peu à peu imposée aux tribunaux eu égard à deux articles du Code pénal sur la question de la responsabilité : article 64 introduit en 1810 sur l'absence de crime s'il y a état de démence ou contrainte par une force à laquelle le prévenu n'a pu résister[354], et introduction du concept de « circonstances atténuantes » en 1832[355]. L'imputation et le degré de responsabilité relativement à un acte nécessitait alors de rechercher les ressorts psychologiques de cet acte, mettant ainsi en exergue la personnalité du justiciable. Il s'agissait de savoir si le prévenu devait être orienté vers la prison ou l'hôpital.

Selon Foucault, l'expertise psychiatrique a rapidement évolué de la question de la responsabilité vers celle de la dangerosité. Elle a dédoublé le délit, en associant à un délit qualifié par la loi une manière d'être, et en répétant ainsi l'infraction pour l'inscrire « comme trait individuel »[356]. Ce doublet est à la fois psychologique et éthique, dans la mesure où il décrit des traits de personnalité et des conduites, comme lorsque l'expertise parle de « personnalité peu structurée », de « manifestation d'un orgueil perverti », de « donjuanisme », etc.[357]

Or, d'après le philosophe, ce doublet psychologico-éthique n'a pas seulement pour fin d'expliquer le crime, mais il conduit à un déplacement de ce sur quoi le jugement du tribunal va porter. Il ne s'agit plus seulement de l'acte commis, mais de la vérité du justiciable, c'est-à-dire ce que l'on peut savoir de lui. L'infraction définie par la loi ne suffit plus à elle seule à juger, il faut savoir à qui l'on a affaire et s'en remettre ainsi aux producteurs de discours vrais que sont les experts-psychiatres. Il s'agit là d'une articulation particulière de l'exercice d'un pouvoir (punir) au domaine du savoir (révéler la vérité du justiciable), qui conduit à promouvoir la catégorie de l'anormal. Si l'expertise médico-légale fait la jonction entre le judiciaire et le psychiatrique, elle « n'est homogène ni au

---

[354] Article aboli en 1994. Le Code pénal actuel dispose en son article 122-1 : « N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes ». Sur la genèse de l'article 64, voir GUIGNARD Laurence, « La genèse de l'article 64 du code pénal », *Criminocorpus. Revue d'Histoire de la justice, des crimes et des peines*, 22.04.2016.

[355] Voir FOUCAULT, *Les anormaux*, *op. cit.*, 1999, pp. 9-10.

[356] Ibid., p. 16.

[357] Ibid., p. 15.

droit ni à la médecine »[358]. Son objet n'est ni le délinquant, ni le malade, et son pouvoir n'est ni judiciaire, ni médical. Le troisième terme de l'anormal qu'elle propose comme son objet fait d'elle un pouvoir de normalisation, que l'on peut particulièrement repérer dans le domaine de la sexualité[359]. En effet selon Foucault, s'opère à partir du XVIIIe siècle, sous les termes de la maladie nerveuse, une reprise médicale de la convulsion qui était l'objet de la pastorale chrétienne dans le cadre d'une problématique de la direction de conscience. La convulsion comme trouble dans le modèle de la chair, interprétée comme un effet et une résistance à la direction de conscience, se trouve externalisée par la pastorale pour devenir un objet de la médecine, en tant qu'action paroxystique du système nerveux[360]. Pour Foucault, c'est de cette manière que « la médecine va prendre pied, et pour la première fois, dans l'ordre de la sexualité »[361], et ce en investissant le champ de l'hygiène comme moyen de contrôle :

> C'est dans la mesure où elle a hérité de ce domaine de la chair, découpé et organisé par le pouvoir ecclésiastique, c'est dans la mesure où elle en est devenue, à la demande même de l'Église, l'héritière ou l'héritière partielle, que la médecine a pu commencer à devenir un contrôle hygiénique et à prétention scientifique de la sexualité.[362]

C'est dans ce contexte d'ensemble que s'inscrit l'hygiénisme français, articulé à la médecine légale et partant à la psychiatrie. En ce sens, l'axe de la santé est congruent à celui de la pathologie, et sur les deux versants il s'agit de combattre « les fautes et les crimes », le point commun entre santé et pathologie étant la médecine légale.

---

[358] Ibid., p. 38.
[359] Ibid., p. 39.
[360] Ibid., pp. 205-208.
[361] Ibid., p. 208.
[362] Ibid., p. 207. Pour autant, l'interprétation foucaldienne d'un transfert du modèle de la chair au modèle médical ne peut simplement signifier qu'il s'agirait d'un simple recodage d'un domaine à un autre d'un même objet. Le transfert de l'un à l'autre modifie l'objet, dont l'intérêt épistémologique n'est pas faible. En conséquence, si « une étude historique des technologies de pouvoir » constitue un apport réel à la compréhension des phénomènes de transfert entre la morale chrétienne et le discours médical, nous ne saurions suivre Foucault lorsqu'il affirme que « tous ces phénomènes, qui sont fort importants pour l'émergence de la sexualité dans le champ de la médecine, on ne peut pas les comprendre en termes de science » (ibid., p. 210).

L'hygiène publique comme médecine d'État

L'application « aux besoins de la société » de certaines connaissances médicales que constituent l'hygiène publique et la médecine légale doit ainsi faire sentir l'importance de ces domaines, et c'est ce à quoi entendent s'employer les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*. Or, les initiateurs de la revue citent en exemple les Allemands : « Un recueil destiné à cette spécialité doit être très-utile. Depuis longtemps les Allemands l'ont senti, et en ont fait le sujet de journaux très-précieux »[363].

Dans son introduction, Marc souligne l'importance de la parution en 1778 du *Traité complet d'hygiène publique* du médecin Jean-Pierre Fanck. La référence comporte des erreurs sur l'orthographe du nom de l'auteur et sur la date de parution. Il s'agit en effet de l'Alsacien Jean-Pierre Frank (Johann Peter Frank en allemand), et la parution du premier tome du traité, qui en compte six, date de 1779. Le titre original en est *System einer vollständigen medicinischen Polizey* (soit en français *Système d'une police médicale complète*)[364], ce qui éclaire encore une fois le sens donnée à l'hygiène publique.

Marc glorifie Frank dont il considère que le travail « imprima une grande impulsion à la culture scientifique de l'hygiène publique ». C'est alors en ces termes qu'il décrit son influence en Allemagne mais aussi en Europe, dont la France :

> [L'hygiène publique] fut admise au nombre des sciences enseignées dans les universités allemandes, et devint le sujet de plusieurs écrits et recueils spéciaux. Cette impulsion favorable s'étendit aussi sur plusieurs autres pays, tels que la Hollande, l'Italie et surtout la France, où les ouvrages de Mahon et de Fodéré parurent à peu de distance l'un de l'autre.[365]

De fait, Frank a joui d'une « réputation durable » en Autriche — il fut médecin de la famille impériale autrichienne — et plus largement en Europe, selon les termes du sociologue français Bernard-Pierre Lécuyer. Il représente le point culminant de l'élaboration d'une politique médicale gouvernementale réalisée « par la voie réglementaire », alors qu'il a « occupé durant toute sa vie des positions officielles au service de souverains

---

[363] Adelon et al., « Prospectus », *art. cit.*, 1829, p. v.

[364] Frank Johann Peter, *System einer vollständigen medicinischen Polizey*, vol. 1 / 6, Mannheim, Schwan, 1779.

[365] Marc, « Introduction », *art. cit.*, 1829, p. xx.

absolus »[366]. Le champ de la sexualité entendu en un sens large constitue un domaine privilégié de la politique médicale dont l'assimilation à une œuvre de police met en exergue le souci du maintien de l'ordre. Comme le signale Lécuyer, les premiers volumes traitent de la natalité, de la nuptialité et de la fécondité, avec la proposition de taxer les célibataires, l'insistance sur la préparation au mariage, et la proposition de diverses mesures à propos de l'accouchement. Les six volumes du *System* comptent en outre trois volumes additionnels dans lesquels il est notamment question des maladies vénériennes[367].

Si Marc se concentre sur les ouvrages publiés pour faire l'histoire de l'hygiène publique, Foucault va également dans le sens d'une antécédence de l'Allemagne sur le plan de l'organisation sociale. Alors qu'il distingue ce qui selon lui constitue les quatre grands processus qui caractérisent la médecine du XVIIIe siècle, il cite en premier la médecine d'État, qu'il réfère aux Allemands (« *Staatsmedizin* »), et qui consiste en ce que l'autorité médicale « est une autorité sociale qui peut prendre des décisions concernant une ville, un quartier, une institution ou un règlement »[368].

I.3.2 — Quelle place pour la santé sexuelle dans l'hygiène publique de l'Europe continentale ?

Quelques rares occurrences à la fin du XIXe siècle

Dans un tel contexte intellectuel, il y a peu de place pour qu'émerge l'idée d'une santé sexuelle comme aux États-Unis. De fait, nos recherches sur les syntagmes « santé sexuelle » et « *sexuelle Gesundheit* », respectivement dans les corpus en langue française et en langue allemande du XIXe siècle, n'ont pas donné de résultats, sinon celui de leur quasi-absence. Les seules occurrences en français que nous avons trouvées renvoient, pour plusieurs, à la traduction française du livre de Drysdale, publiée en 1885, et à une autre

[366] Lécuyer Bernard-Pierre, « L'hygiène en France avant Pasteur, 1750-1850 », in: Salomon-Bayet Claire (éd.), *Pasteur et la révolution pastorienne*, Paris, Payot, 1988 (Médecines et sociétés), pp. 67-68.
[367] Ibid., pp. 68-69.
[368] Foucault, « Crise de la médecine ou crise de l'antimédecine ? », *art. cit.*, 1994, p. 50.

traduction française de l'ouvrage d'un médecin américain, William Hammond, sur l'impuissance sexuelle[369]. Outre ces traductions, une autre se trouve dans un ouvrage sur l'inversion sexuelle du médecin français Julien Chevalier, dans la collection « Bibliothèque scientifique judiciaire » dirigée par Lacassagne, qui en a par ailleurs rédigé la préface[370]. Chevalier l'emploie une seule fois lorsqu'il aborde la question du caractère congénital ou acquis de l'inversion sexuelle. Il affirme que « l'inverti-né n'a jamais joui de la santé sexuelle », par opposition à celui chez lequel l'inversion est acquise, et qui a perdu ce faisant « un bien qu'il possédait, l'impulsion génésique physiologique »[371]. On comprend alors que par « santé sexuelle », il faut entendre la conformité sexuelle à la nature.

En allemand, on retrouve « *sexuelle Gesundheit* » dans un ouvrage du gynécologue Max Sänger sur la gonorrhée. Il l'emploie en un sens physique, à propos des traitements contre la stérilité qui ne peuvent être entrepris, dans les cas d'infertilité dans le couple, sans avoir vérifié la santé sexuelle de l'homme concernant la qualité de ses spermatozoïdes[372].

L'emploi du vocable « santé sexuelle » semble bien être rattaché à l'idée d'une hygiène domestique, plus développée dans l'aire anglo-américaine que dans celle d'Europe continentale. Il ne s'agit pas de prétendre que l'hygiène privée était réservée aux pensées anglo-américaines, et l'hygiène publique aux pensées françaises et allemandes (ou italiennes). Mais la place de chacune de ces hygiènes n'est manifestement pas la même selon l'aire dans laquelle on se situe, ce qui se traduit sur l'appréhension de la santé et l'énonciation ou non d'une santé sexuelle. De fait, on ne peut que constater que la santé sexuelle apparaît en ces termes dès la première moitié du XIXe siècle dans l'aire anglo-américaine, tandis qu'elle ne commence à être énoncée, et très timidement, qu'à la fin du XIXe siècle en Europe continentale.

---

[369] HAMMOND William A., *L'Impuissance sexuelle chez l'homme et la femme*, Paris, Lecrosnier et Babé, 1890.

[370] CHEVALIER Julien, *Une maladie de la personnalité : l'inversion sexuelle*, Lyon, A. Storck, 1893 (Bibliothèque scientifique judiciaire).

[371] Ibid., p. 453.

[372] « *Heute wird kein gewissenhafter und aufmerksamer Gynäkologe eine Streilitätskur unternehmen, ohne die* sexuelle Gesundheit *une Potenz des Mannes durch gründliche, unter Umständen wiederholte Sperma-Untersuchung festgestellt zu Haben* » (nous soulignons). SÄNGER Max, *Die Tripperansteckung beim weiblichen Geschlechte. Eine klinische Vortrag*, Leipzig, Otto Wigand, 1889, p. 56.

Néo-hippocratisme et biopolitique

Du point de vue de l'angle épistémologique que nous avons choisi d'adopter, il apparaît que l'hygiène publique comme science telle qu'elle est conçue sur le continent européen est intimement adossée aux questions biopolitiques. Marc ne cesse de renvoyer la dimension scientifique de l'hygiène publique et de la médecine légale aux intérêts pratiques, c'est-à-dire sociaux, que représentent ces sciences. Les épithètes de celles-ci en constituent ainsi le cœur, mettant en retrait l'hygiène et la médecine comme relevant du domaine scientifique.

Il n'en reste pas moins que l'hygiénisme des aliénistes des *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* ou qui gravitent autour de cette revue, peut être positionné au sein des débats proprement épistémologiques de l'époque, entre infectionnistes et contagionistes. Marc et les autres hygiénistes issus de l'aliénisme se situent comme des infectionistes ou anti-contagionistes. À cette époque antérieure de plusieurs dizaines d'années à Pasteur et à la microbiologie, l'hygiène comme publique repose sur l'idée néo-hippocratique que la propagation des maladies est liée à l'environnement, en particulier à l'insalubrité de tel ou tel lieu. Comme le souligne le chercheur en sciences de l'éducation Jacques Arveiller, ce n'est plus seulement métaphoriquement que la société est un corps sujet à des maladies, mais d'un point de vue opératoire : par l'hygiène publique, il s'agit d'agir effectivement sur les maladies de la société, en produisant des effets sociaux réels[373]. Cette approche populationnelle récuse l'idée plus individualisante d'une propagation des maladies par simple contact direct entre personnes, ou de manière indirecte par l'intermédiaire d'objets d'abord touchés par des personnes malades. *A contrario* de l'hygiénisme populationnelle, cette conception reprend l'idée ancienne de la possible transmission à des personnes saines, considérée comme « une superstition scientifique avec laquelle il fallait en finir »[374].

[373] Arveiller Jacques, « De l'Hygiène publique à l'éducation sanitaire. Un texte de Charles Marc (1829) », *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle* 39 (1), 2006, pp. 117-118.

[374] Delaporte François, « Contagion et infection », in: Lecourt Dominique (éd.), *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, Presses universitaires de France, 2004, p. 284.

Selon le philosophe français François Delaporte, cette opposition recoupe celle entre ville et campagne. Dans les milieux urbains, les médecins ont affaire à des populations, et ne peuvent retracer le circuit d'une contagion, tandis que dans les campagnes, ils ont affaire à des individus, et peuvent porter leur attention sur les chaînes de transmission[375].

L'hygiène publique infectioniste ne se donnait alors pas comme objet la santé considérée sur un plan individuel mais sur un plan collectif, pour des raisons qui ne sont pas seulement biopolitiques mais aussi scientifiques. L'hygiène publique anti-contagioniste articule la physiologie au social de telle manière que l'individuel est mis en retrait au profit de la population. La non émergence en son sein d'une santé sexuelle adossée au *self-help* tient donc également à des raisons épistémologiques.

Toutefois, ce n'est pas au néo-hippocratisme que l'on doit cette différence de conception, mais à des orientations différenciées au sein même du néo-hippocratisme. Comme nous l'avons vu, le néo-hippocratisme caractérise également la pensée médicale domestique de l'aire anglo-américaine. Il est par ailleurs importé de l'Europe continentale, dans une reprise de Bichat et Broussais notamment.

Ce n'est pas non plus, par ailleurs, au vitalisme que l'on doit la distinction entre la médecine domestique et la médecine publique. Nombre d'aliénistes d'Europe continentale sont en effet vitalistes. Le souci non réductionniste d'aborder le mental de façon naturaliste et en lien avec le corps — c'est-à-dire dans une perspective holistique de l'être humain — y contribue. C'est le cas de Philippe Pinel et de Jean-Etienne Esquirol, formés à l'école vitaliste[376]. Que ce qui fait lien entre le mental et le corps soit la sensibilité, l'irritabilité ou la contractilité — ce qui favorise la mise en avant du système nerveux –, il s'agit toujours d'une propriété interne au vivant, qui substitue à la théorie des humeurs hippocratiques une conception néo-hippocratique de l'économie animale[377]. L'aliénation mentale du premier aliénisme se comprend dans le cadre d'une forme d'indifférenciation

---

[375] Ibid., p. 286.

[376] HUNEMAN Philippe, « Montpellier Vitalism and the Emergence of Alienism in France (1750–1800): The Case of the Passions », *Science in Context* 21 (04), 2008, pp. 615-647.

[377] HUNEMAN Philippe, « Les théories de l'*économie animale* et l'émergence de la psychiatrie de l'*Encyclopédie* à l'aliénisme », *Psychiatrie, Sciences humaines, Neurosciences* 2 (2), 2004, pp. 47-60. Le traitement moral de Pinel, fondé sur le principe de la manie, conduit cependant à ne plus utiliser les pratiques morales usitées par les médecins fondant leur physiologie et leur pratique sur l'économie animale. Voir ibid., p. 58.

quant à l'approche des événements mentaux et des événements physiques, typique du vitalisme[378].

Épistémologie, morale et politique

On voit ainsi que le vitalisme néo-hippocratique constitue le cadre de l'hygiène domestique dans l'aire anglo-américaine comme de l'hygiène publique de l'aliénisme français. Reste alors la question du protestantisme. Une hypothèse pourrait être que le catholicisme français conduit plus naturellement à une approche hiérarchique et ainsi plus étatiste et populationnelle de l'hygiène. Si le protestantisme n'est pas inexistant en France au tournant du XIXe siècle, il n'est pas dominant, et il est combattu par l'Église et des politiques et intellectuels catholiques contre-révolutionnaires[379]. Se pose cependant la question de l'aire germanique, qui a vu naître Martin Luther en Allemagne et Jean Calvin en Suisse. Mais la figure germanique de l'hygiène publique, Jean-Pierre Frank, est un catholique élevé chez les Piaristes puis les Jésuites. Et si, à partir de 1785 et pendant une dizaine d'années, il a contribué au renouveau de la pensée médicale dans le Saint Empire romain germanique, ce fut depuis l'Italie catholique, à l'Université de Pavie[380]. Il finira ses jours à Vienne comme médecin de la famille impériale autrichienne, qui règne sur des territoires où domine le catholicisme.

L'approche populationnelle reposant sur un centralisme étatique semble donc plutôt s'inscrire dans la lignée du centralisme papal. L'articulation paraît se faire entre l'hygiène publique considérée comme une forme de police, la forme politique étatique, et la religion catholique reposant sur la hiérarchie ecclésiale. Toutefois, le luthéranisme n'est pas exempt d'orientations autoritaires pouvant s'inscrire dans des formes politiques étatiques. Le cas de l'État prussien l'illustre particulièrement. Ce fut d'ailleurs l'un des arguments des catholiques libéraux contre l'influence protestante. Ainsi, comme le rappelle l'historienne française Michèle Sacquin, l'État prussien apparaît au XIXe siècle

---

[378] HUNEMAN, « Les théories de l'*économie animale* et l'émergence de la psychiatrie de l'*Encyclopédie* à l'aliénisme », *art. cit.*, 2004, p. 59.

[379] SACQUIN Michèle, *Entre Bossuet et Maurras. L'antiprotestantisme en France de 1814 à 1870*, Paris, École des Chartes, 1998 (Mémoires et documents de l'Ecole des Chartes).

[380] EDEL Philippe, « Mémoires Frank : l'étonnant destin d'un témoignage historique de deux grands médecins liés à l'Alsace », *Revue d'Alsace* (142), 2016, p. 338.

comme « le prototype des monarchies militaristes issues de la réforme de Luther ». Elle ajoute que cette manière de considérer le protestantisme sur le plan politique est assumée par ce qu'elle appelle les « philoprotestants », par antonymie aux antiprotestants :

> Notons que, pour la plupart, les philoprotestants assument cette association entre Réforme et centralisation étatique, y voyant un facteur de progrès. Pour Villers[381] par exemple, encore imprégné de l'esprit des Lumières et qui assigne un rôle positif au despote éclairé, la Réformation a libéré le pouvoir politique de l'influence néfaste du clergé, laissant les souverains, inspirés par une religion plus éthique que dogmatique, réaliser d'utiles et saines réformes en développant efficacement la prospérité matérielle de leur pays.[382]

Le protestantisme peut ainsi défendre l'idée d'un despotisme éclairé par la raison, qui soutient le développement notamment économique de la vie terrestre. On retrouve ici l'articulation faite par Weber entre l'éthique protestante et l'esprit du capitalisme. Pour autant, l'hygiène publique apparaît d'abord, selon les pages qui précèdent, dans un lien d'influence au catholicisme plutôt qu'au protestantisme. Et quoi qu'il en soit, les premiers usages du syntagme de « santé sexuelle » se situent dans l'aire culturelle protestante.

Autrement dit, les orientations culturelles religieuses dont les différences quant à la conception des rapports entre le spirituel et le temporel se traduisent par des incidences théologico-politiques — ou inversement —, retentissent sur les manières de concevoir la santé, la médecine, et la sexualité du point de vue de l'hygiène, alors même que le modèle physiologique sur lequel ces dernières reposent est le même : le vitalisme néo-hippocratique. L'approche épistémologique retrouve de nouveau la question du *nexus* savoir-pouvoir dont nous cherchons à nous tenir à distance. Mais l'éthique est si associée au protestantisme hygiéniste au sein duquel a émergé le terme de « santé sexuelle » que nous ne cessons de la voir ressurgir. Or, le protestantisme est aussi une question de pouvoir et a été associé à l'esprit des Lumières et à la liberté, contre l'Église catholique associée au despotisme. C'est bien sur ces oppositions théologico-politiques que les hygiènes domestique et publique semblent s'être développées de façon si différenciées de part et d'autre

[381] Né catholique, Charles de Villers est l'auteur d'un *Essai sur l'esprit et l'influence de la réformation de Luther* (Paris, Henrichs, 1804). Il a longuement vécu en Allemagne où il a découvert Kant, dont il est l'un des introducteurs en France.

[382] SACQUIN, *Entre Bossuet et Maurras*, *op. cit.*, 1998, p. 366.

de l'Atlantique et de la Manche, favorisant une approche de *self-help* d'un côté, et populationnelle de l'autre.

Ceci n'invalide pas la démarche d'épistémologie historique à propos de la santé sexuelle. Au contraire, celle-ci permet d'évaluer jusqu'à quel point le concept de santé sexuelle résiste ou non aux normativités morales et politiques, tout en permettant d'éclairer son inscription dans l'histoire des sciences du vivant et, comme nous le verrons, de la sexologie. C'est pourquoi nous allons maintenant aborder le XXe siècle selon la même démarche.

II/ Socialisation de la santé sexuelle dans la première moitié du XXe siècle

II.1 — La santé sexuelle hors de la psychanalyse et de la sexologie

La première moitié du XXe siècle voit s'accroître les usages de « santé sexuelle » surtout en anglais et en français, sans commune mesure cependant avec l'explosion que son utilisation va connaître dans le dernier quart du même siècle, après son institutionnalisation par l'OMS et sa banalisation en sexologie. C'est aux États-Unis qu'il reste le plus employé, avec une évolution notable : ses occurrences ne réfèrent plus seulement à une hygiène personnelle, mais s'étendent et se déploient dans le cadre de l'hygiène sociale. En France, ses usages vont être associés au militantisme abolitionniste vis-à-vis de la réglementation de la prostitution et contre la police des mœurs, en lien avec l'abolitionnisme anglais. Dans l'espace germanique, la santé sexuelle reste en revanche très peu convoquée.

II.1.1 — Le tournant du XXe siècle : un moment majeur de l'histoire de la sexualité

Le tournant du XXe siècle constitue en outre un moment majeur de l'histoire de la sexualité. Nous connaissons la généalogie psychiatrique de l'établissement des perversions sexuelles au XIXe siècle en Europe, et nous avons vu la part de l'hygiénisme anglo-américain dans l'énonciation de la santé sexuelle. À la fin du XIXe siècle, c'est à l'émergence à la fois de la psychanalyse et de la sexologie que nous assistons, ainsi que de la prise en

charge politique de l'éducation sexuelle. La question de la reproduction est par ailleurs posée aussi bien d'un point de vue féministe que d'un point de vue eugéniste. Ce sont ces différents éléments de contexte que nous allons maintenant étudier.

Massification de l'éducation, féminisme, eugénisme et race

Un premier élément de contexte général est celui de la massification de l'école en Europe et outre-Atlantique. La constitution d'un savoir sur la sexualité à transmettre aux enfants, adolescentes et adolescents devient un enjeu central. Plusieurs questions sont au cœur des débats : qu'enseigner en matière de sexualité, à quel âge, par qui (les parents ou l'école), et faut-il enseigner les mêmes choses aux filles qu'aux garçons ? L'éducation sexuelle devient ainsi un enjeu de politique publique de premier ordre. Certes, l'on peut faire remonter l'éducation sexuelle aux Lumières, et considérer par exemple que les livres IV et V de l'*Émile* de Rousseau en relèvent[1]. Mais comme le rappelle l'historien américain Julian Carter, ce n'est qu'à partir du début du XXe siècle que la scolarité obligatoire et l'augmentation des inscriptions à l'école ont conduit au déploiement d'une « pédagogie sexuelle de masse »[2].

Celle-ci repose sur la constitution d'un savoir, dont il est supposé que la transmission conduira à l'amélioration des conditions de vie dans la société. La foi en l'éducation comme outil de résolution de nombreux problèmes d'ampleur sociale, y compris dans le domaine sexuel — notamment concernant les maladies vénériennes, mais aussi la satisfaction sexuelle dans le mariage —, est très prononcée en ce début de XXe siècle. Carter cite ainsi l'un des plus éminents représentants de l'éducation sexuelle de l'époque aux États-Unis, le biologiste Maurice Bigelow :

> [...] un grand nombre des personnes les plus éclairées [se sont récemment] tournées du côté de l'éducation dans leur recherche de progrès vers la solution des grands problèmes sexuels. Cela n'est pas surprenant pour celui qui observe la tendance actuelle à la

[1] Voir BLOOM Allan, « Introduction », in: ROUSSEAU Jean-Jacques, *Emile* or *On Education*, New York, Basic Books, 1979, p. 15 : « Les livres IV-V sont un traité sur l'éducation sexuelle, nonobstant le fait qu'ils donnent une description cohérente de Dieu, de l'amour, et de la politique » (« *Books IV-V are a treatise on sex education, notwithstanding the fact that they give a coherent account of God, love, and politics* »). Cité par CARTER Julian B., « Birds, Bees, and Venereal Disease: Toward an Intellectual History of Sex Education », *Journal of the History of Sexuality* 10 (2), 2001, p. 213, note 1.

[2] « *[...] sexual pedagogy on a mass level* ». CARTER, « Birds, Bees, and Venereal Disease », *art. cit.*, 2001, p. 213.

> confiance dans l'éducation. L'éducation est devenue la panacée moderne pour beaucoup de nos maux — hygiéniques, industriels, politiques et sociaux… Dans toutes les phases de notre vie moderne, nous considérons la connaissance comme la clé de tous les problèmes importants.[3]

Comme lors du XIXe siècle, la science est considérée par Bigelow comme le fondement sur lequel construire les manières de vivre, mais l'articulation entre savoir et conduites prend une dimension d'hygiène sociale également dans l'aire anglo-américaine, alors que les approches populationnelles sur le continent européen avait déjà permis le développement de l'hygiène publique au XIXe siècle. Cette évolution aux États-Unis correspond à ce que l'historiographie américaine appelle l'ère progressiste (*Progressive Era*), qui court approximativement des années 1890 aux années 1920. L'urbanisation et l'industrialisation réorganisent les configurations sociales, au détriment des petites communautés favorisant le *self-help*. Elles engendrent de nombreux problèmes sociaux, politiques, sanitaires et environnementaux, auxquels tentent de répondre des réformateurs et réformatrices favorables à une implication du pouvoir gouvernemental dans la prise en charge de ceux-ci. Dans ce cadre, une nouvelle réforme sanitaire voit le jour[4].

Bigelow fait également référence à la recherche du progrès. C'est un autre élément de contexte général des emplois de « santé sexuelle ». La seconde moitié du XIXe siècle a vu se développer à la fois les théories de la dégénérescence, la théorie darwinienne de l'évolution des espèces qui introduit le concept de sélection naturelle — ainsi que l'emprunte persistante du transformisme lamarckien en France —, et l'eugénisme de Francis Galton qui s'entend comme une science de l'hérédité qui se donne pour fin d'améliorer les populations par sélection artificielle, en s'appuyant sur le calcul de probabilités, et en proposant de procéder pour l'être humain comme les éleveurs procèdent pour les autres

---

[3] « *[…] a large number of the most enlightened people [had recently] turned to education in their search for progress toward the solution for the great sexual problems. This is not surprising to one who is watching the current tendency towards confidence in education. Education has become the modern panacea for many of our ills - hygienic, industrial, political, and social... In every phase of this modern life of ours we are looking to knowledge as the key to all significant problems* ». BIGELOW Maurice A., « The Educational Attack on the Problems of Social Hygiene », *Social Hygiene* 2 (1), 1916, pp. 166-67. Cité par CARTER, « Birds, Bees, and Venereal Disease », *art. cit.*, 2001, p. 214.

[4] ENGS Ruth C., *The Progressive Era's Health Reform Movement: A Historical Dictionary*, Westport, Praeger, 2003.

espèces animales qu'ils ont domestiquées[5]. Le progrès s'entend alors en un sens biologique — qui inclut également les qualités mentales —, et l'objectif est d'agir autant que faire se peut sur la nature, dont il est acté qu'elle n'est pas fixe, afin de l'améliorer et de lutter contre les risques de dégénérescence. Toutefois, le progrès s'entend aussi en un sens social, et l'eugénisme au tournant du XXe siècle se situe à la croisée de l'histoire des sciences du vivant et de l'histoire sociale. Ses formes sont alors diverses : sélection artificielle pour contrecarrer les effets des politiques sociales et l'interventionnisme étatique qui permettent aux « moins aptes » de survivre ; articulation du socialisme et de l'hérédité biologique (comme chez Vacher de Lapouge en France), natalisme éducationnel (voir les médecins puériculteurs), néo-malthusianisme féministe et souvent libertaire…[6]

Le féminisme est un autre élément du contexte général au tournant du XXe siècle. Comme nous l'avons vu avec Sanger dans la continuité du néo-malthusianisme de Drysdale, il s'est particulièrement centré sur la question de la maîtrise de la reproduction, et plus globalement sur le rôle des femmes et la place de la maternité dans l'organisation sociale. La question de la conjugalité et du mariage est aussi posée. Les connexions entre le féminisme et l'eugénisme d'orientation socialiste sont réelles. Toutefois, comme le rappelle Gayon, il ne faut pas en exagérer les convergences, sans pour autant les sous-estimer. Citant l'historien des sciences américain Daniel Kevles, il précise :

> [L'eugénisme] a aussi été un lieu de débat sur la question de savoir comment des hommes, et surtout des femmes, de l'époque moderne, pouvaient faire face à des changements de normes dans des domaines tels que la sexualité et la reproduction.[7]

Il apparaît alors que si d'une manière générale, l'eugénisme au tournant du XXe siècle peut se définir comme la science et la technique permettant de perfectionner la population par le contrôle de la reproduction, deux grandes orientations se dégagent : l'une, d'inspiration darwinienne et anti-lamarckienne, pour laquelle l'hérédité ne s'opère

---

[5] Galton Francis, « Hereditary talent and character (part I) », *Macmillan's Magazine* 12 (68), 1865, p. 157.

[6] Taguieff Pierre-André, « Eugénisme ou décadence ? L'exception française », *Ethnologie française* 24 (1), 1994, pp. 81-103.

[7] Kevles Daniel J., *Au nom de l'eugénisme. Génétique et politique dans le monde anglo-saxon*, Paris, Presses Universitaires de France, 1995 ; Cité par Gayon Jean, « Eugénisme », in: Lecourt Dominique (éd.), *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, Presses Universitaires de France, 2004 (Quadrige), p. 453.

pas sur les caractères acquis mais sur les caractères innés (c'est la conception galtonienne) ; l'autre qui intègre de façon importante le rôle de l'environnement dans l'évolution, pour laquelle l'hygiène et l'éducation sont alors primordiales. En somme, bien que le premier à utiliser le terme d'eugénisme soit Galton[8], les courants eugénistes peuvent être globalement divisés en deux branches dont chacune reprend l'un des termes que Galton a élaboré comme des modèles de causalité en opposition dans les années 1870 : « *nature and nurture* »[9], que l'on peut traduire par l'opposition entre l'inné et l'acquis[10].

Le troisième élément de contexte, articulé aux questions eugénistes, est celui du vocabulaire et de pensées de la race à propos de l'espèce humaine. Gayon affirme que l'eugénisme ne doit pas sa popularité uniquement à un contexte scientifique extrêmement riche, mais aussi au fait qu'il répondait à des peurs et des aspirations sociales caractéristiques de la fin du XIXe siècle. La nature de ces peurs varie selon les sociétés, mais elles se traduisent le plus souvent par des références à la race :

> La nature des peurs a varié selon les sociétés. Tantôt elles résultaient de conflits de classes, tantôt de conflits de races, souvent des deux à la fois. En Angleterre, l'eugénisme s'est principalement nourri des antagonismes de classes, dans un contexte d'urbanisation et d'industrialisation. Aux États-Unis, l'immigration d'Europe centrale et méridionale à la fin du XIXe s. et la question noire ont conféré une tonalité raciale accusée à l'eugénisme dans ce pays. En Allemagne, l'aryanisme et la question juive ont fini par donner, à partir des années 1910, un tour de plus en plus racial au mouvement eugéniste.[11]

La France, quant à elle, paraît moins emprunte d'eugénisme, par contraste avec l'Angleterre, les États-Unis ou l'Allemagne, et plus globalement les pays à forte influence protestante[12]. Mais comme l'analyse l'historien des idées Pierre-André Taguieff, l'eugénisme y a tout de même été introduit selon trois voies, qui peuvent entrer en opposition :

---

[8] GALTON Francis, *Inquiries into Human Faculty and its Development*, London, MacMillan, 1883, pp. 24-25.

[9] GALTON Francis, *English Men of Science: their Nature and Nurture*, London, MacMillan, 1874.

[10] Sur la genèse de cette opposition chez Galton, voir LENAY Charles, « Francis Galton : inné et acquis chez les grands hommes de la Société Royale de Londres », *Bulletins et Mémoires de la Société d'Anthropologie de Paris* 6 (1), 1994, pp. 135-150.

[11] GAYON, « Eugénisme », *art. cit.*, 2004, p. 453.

[12] Comme le souligne le biologiste du développement Dominique Aubert-Marson, « la plupart des législations eugénistes se retrouvent dans les pays anglo-saxons et protestants » (AUBERT-MARSON Dominique, « L'eugénisme : une idéologie scientifique et politique », *Éthique & Santé* 8 [3], 2011, p. 143). Ainsi, dans la première moitié du XXe siècle, les programmes eugéniques de stérilisation contrainte ont été développés dans les pays à forte influence protestante, dans les deux pays d'origine du protestantisme, l'Allemagne et

un socialisme aristocratique qui repose sur l'idée de race, l'hygiénisme nataliste et patriotique, et le néo-malthusianisme pacifique et libertaire[13].

Le discours de la race est par ailleurs empreint d'une rhétorique vitaliste, où l'on retrouve les vocables de la vigueur et de la vitalité. Dans le cadre de l'hygiénisme sociale et de l'éducation sexuelle aux États-Unis, le propos du vénérologue Prince A. Morrow, figure de premier plan du mouvement d'hygiène sociale, est emblématique de l'imbrication entre le discours de lutte contre les maladies vénériennes par l'éducation sexuelle, et la préservation de la vitalité de la race : dans l'intérêt des enfants, « qui ne devraient plus être privés de leur héritage légitime de vitalité et de vigueur », ainsi que dans l'intérêt de la race et des mères « vertueuses », « la terrible malédiction des maladies vénériennes devrait être supprimée de la relation conjugale »[14]. Nous y reviendrons. Mais rappelons que la pensée de la race et de l'eugénisme constitue un *topos* de la première moitié du XXe siècle, et que plusieurs états des États-Unis seront les premiers au monde, dès avant la Première Guerre mondiale, à introduire des lois permettant la stérilisation contrainte des « non-adaptés » (*unfits*) ou « faibles d'esprit » (*feeble-minded*) afin d'améliorer la race[15].

Émergence de la sexologie, entre science, politique et société

Le tournant du XXe siècle est aussi l'époque qui voit se constituer la sexologie d'une part, et la psychanalyse d'autre part. Chaperon situe les origines de la sexologie

---

la Suisse (Canton de Vaud), ainsi que la Suède. Sur ces pratiques en Suisse, voir EHRENSTRÖM Philippe, « Eugénisme et santé publique : la stérilisation légale des malades mentaux dans le canton de Vaud (Suisse) », *History and Philosophy of the Life Sciences* 15 (2), 1993, pp. 205-227.

[13] TAGUIEFF, « Eugénisme ou décadence ? », *art. cit.*, 1994.

[14] « *[...] in the interest of virtuous wives, who should no longer be poisoned with foul infections; in the interest of children, who should no longer be deprived of their rightful heritage of vitality and vigor; in the interest of the race, which should no longer be decimated and deteriorated, the dreadful curse of venereal disease should be lifted from the marriage relation* ». MORROW Prince A., *Social Diseases and Marriage: Social Prophylaxis*, New York; Philadelphia, Lea Brothers & Co., 1904, p. 385.

[15] Voir KEVLES, *Au nom de l'eugénisme*, *op. cit.*, 1995, AUBERT-MARSON Dominique, « Les politiques eugénistes aux États-Unis dans la première moitié du XX e siècle », *Médecine/Sciences* 21 (3), 2005, pp. 320-323. Le biologiste américain Charles Benedict Davenport, qui a rencontré Galton en Angleterre, a particulièrement œuvré pour le déploiement et le développement institutionnel de l'eugénisme aux États-Unis. Voir par exemple DAVENPORT Charles B., *Eugenics: the Science of Human Improvement by Better Breeding*, New York, Henry Holt, 1910.

dans la seconde moitié du XIXe siècle en Europe. Cette période couvre cependant ce qu'elle appelle la « protosexologie »[16], et non la sexologie elle-même. En France, le terme « sexologie » apparaît au début des années 1910, « dans des milieux militants désireux de lutter pour l'égalité des droits en matière de pratiques sexuelles »[17].

Dans sa thèse de doctorat en psychologie, Gonzague de Larocque-Latour met en exergue qu'au début du XXe siècle, en France, est utilisé le terme « sexuologie »[18]. S'il s'agit d'une science de la sexualité, c'est en un sens bien spécifique, comme science de la détermination du sexe des enfants dans une pensée de la génération. Mais c'est dans le cadre d'une référence particulière aux sciences que ce terme est employé, puisqu'il s'agit des sciences occultes. L'ouvrage de référence en la matière cité par de Larocque-Latour est *L'oracle des sexes* de Sirius de Massilie, publié en 1901[19]. Sirius de Massilie est un pseudonyme utilisé par l'astrologue Maurice Jogand[20]. L'astrologie et les sciences occultes s'inscrivent dans un conflit à l'égard du matérialisme et du rationalisme, en affirmant une position spiritualiste. Ceci ne signifie pas pour autant que sont rejetées les avancées de la biologie de l'époque. De Massilie renvoient à celles-ci, en particulier dans le domaine de l'embryologie, « tout en associant, à chaque étape de la période embryonnaire ou fœtal, des influences sidérales particulières »[21]. Mais les attaques des biologistes contre le charlatanisme, d'une manière générale et sur les moyens occultes de prédire et sélectionner le sexe des enfants, vont conduire Massilie, selon de Larocque-Latour, à associer l'astrologie à une dénomination plus scientifique de la prédiction des sexes antérieurement à la naissance, et à remplacer la sexuologie par la sexologie[22]. De fait, la réédition en 1911

---

[16] CHAPERON, *Les origines de la sexologie (1850 - 1900)*, *op. cit.*, 2012, p. 243.

[17] Ibid., p. 9.

[18] LAROCQUE-LATOUR Gonzague DE, *Généalogie de la sexologie française 1910-2010. Problématisations de la sexualité à l'époque de la féminisation de la médecine*, Thèse de doctorat, Saint-Denis, Université Paris 8 - Vincennes-Saint-Denis, 2014, p. 141 sq.

[19] MASSILIE Sirius DE, *L'Oracle des sexes. Prédiction du sexe des enfants avant la naissance*, Paris, Librairie générale des sciences occultes, 1901.

[20] DE LAROCQUE-LATOUR, *Généalogie de la sexologie française 1910-2010*, *op. cit.*, 2014, p. 148.

[21] Ibid., p. 150.

[22] Ibid., p. 153. Le physiologiste et neuropsychiatre Angelo Hesnard dira cependant en 1933 que « le terme *Sexologie* est une déformation par l'usage courant du terme plus correct de *Sexuologie* ». Il définit pourtant lui-même la sexologie comme « la science de la sexualité » qui couvre la biologie, l'anatomo-physiologie et la psychologie. HESNARD Angelo, *Traité de sexologie normale et pathologique*, Paris, Payot, 1933 (Bibliothèque scientifique), pp. 15-18.

de l'ouvrage de Massilie chez un nouvel éditeur intègre le terme « sexologie » dans son titre[23].

On trouve toutefois une première occurrence du terme *sexology* en 1867 aux États-Unis, dans un ouvrage de la religieuse protestante et féministe Elizabeth Willard, qui s'intitule *Sexology as the Philosophy of Life: Implying Social Organization and Government*[24] — rappelons que, quelques années plus tard, Fowler apparaît comme le premier à utiliser de son côté *sexual science*. Willard entend expliquer les lois naturelles du sexe, de la génération, de l'organisation et du contrôle « dans les systèmes solaire et humain »[25]. Il s'agit déjà d'une approche qui se veut fondée sur les sciences, tout en étant empreinte de dimension spirituelle. De Larocque-Latour s'est d'ailleurs interrogé sur le fait de savoir si l'évolution de la sexuologie vers la sexologie chez Massilie pouvait relever d'un emprunt à l'usage qu'en fait Willard. Il écarte cette hypothèse comme peu vraisemblable, et de fait, comme nous allons le voir, la sexologie de Willard ne réfère pas à une science de la génération, mais à une philosophie de l'harmonie entre les sexes[26]. Toutefois, il est notable que dès le XIXe siècle et jusqu'au début du XXe siècle, de part et d'autre de

---

[23] MASSILIE Sirius DE, *La sexologie, prédiction du sexe des enfants avant la naissance*, Paris, H. Darangon, 1911. Le psychiatre hygiéniste et eugéniste français Édouard Toulouse, théoricien de la biocratie, utilisera également le terme de « sexuologie » lorsqu'il proposera en 1929 la création d'un centre de sexuologie. Il abandonnera ensuite ce terme pour lui préférer celui de « sexologie », lorsqu'en 1931 il fonde l'Association d'études sexologiques, puis la Société de sexologie en 1932 (OHAYON Annick, « L'émergence d'un mouvement sexologique français (1929–1939), entre hygiénisme, eugénisme et psychanalyse », *PSN* 1 [4], 2003, pp. 53-54). Le sens qu'il donne à ce terme n'est pas celui issu de Massilie. Il désigne une science intersexuelle, c'est-à-dire des rapports entre les sexes, sur fond d'émancipation des femmes. Son fondement doit être scientifique, ce qui signifie, chez Toulouse qui s'inspire du mathématicien britannique Karl Pearson, fondé sur la biologie et la statistique dans une optique eugénique. Il emprunte d'ailleurs manifestement le terme à Pearson, dont l'historien et sexologue américain Vern L. Bullough signale qu'il parle de science de la sexuologie précisément lorsqu'il aborde la question de l'émancipation des femmes (PEARSON Karl, *The Ethic of Freethought: a Selection of Essays and Lectures*, London, T. F. Unwin, 1888, pp. 371, 396 ; cité par BULLOUGH Vern L., *Science in the Bedroom: a History of Sex Research*, New York, NY, BasicBooks, 1994, p. 49). Cependant, la sexuologie puis sexologie de Toulouse reste néolamarckienne et vitaliste, plutôt que galtonienne et réduite à la mathématisation statistique. Voir DE LAROCQUE-LATOUR, *Généalogie de la sexologie française 1910-2010*, *op. cit.*, 2014, p. 172 sq.

[24] WILLARD Elizabeth O. G., *Sexology as the Philosophy of Life: Implying Social Organization and Government*, Chicago, J. R. Walsh, 1867. Bullough attribue à Willard l'invention du terme *sexology*. Voir BULLOUGH, *Science in the Bedroom*, *op. cit.*, 1994, p. 26.

[25] « *[...] in the solar and human systems* ». WILLARD, *Sexology as the Philosophy of Life*, *op. cit.*, 1867, p. 3, Préface.

[26] DE LAROCQUE-LATOUR, *Généalogie de la sexologie française 1910-2010*, *op. cit.*, 2014, p. 152.

l'Atlantique, des usages spiritualistes tout en se réclamant des sciences ont été faits de la sexologie.

L'approche scientifique chez Willard a pour finalité pratique « la révolution et la réforme de la société en conformité avec la loi sexuelle naturelle, donnant à la femme sa vraie place dans ses ordres de gouvernement »[27]. La professeure britannique de littérature moderne et d'histoire culturelle Heike Bauer précise que cet ouvrage n'a sans doute pas eu beaucoup d'influence dans le domaine de la sexologie ni au-delà, mais que l'utilisation que Willard fait du terme *sexology* pour décrire les préoccupations générales et sociales liées au genre « indique que toute "science du sexe" avait dès le départ une portée culturelle et politique plus large »[28]. Mais, en amont de cette portée politique et culturelle, l'égalité des lois naturelles du sexe doit être établie, en montrant que « l'influence relative de chaque sexe sur notre bien et notre bonheur mutuels en tant qu'hommes et femmes est égale »[29]. Cependant, cette égalité naturaliste ne consiste pas en une identité des lois naturelles. En effet, chaque sexe a sa sphère propre. Selon Willard, celle de la femme est celle de la théorie et de la philosophie — qu'elle considère comme des dispositions internes —, tandis que celle de l'homme est celle de la pratique et de la science — qu'elle considère comme des dispositions externes[30]. Il s'agit alors de différences et de rôles de genre, inscrits dans les lois de la nature. La contribution égale des deux sexes au bonheur mutuel se traduit par une forme de complémentarité. On retrouve ici un trait saillant de l'un des courants du féminisme de la seconde moitié du XIXe siècle et du début du XXe siècle, qui oppose à la hiérarchie entre les sexes leur complémentarité sur la base de différences qualitatives, ce qui conduit à figer des rôles de genre dans le cadre d'une morale de l'intersexualité[31]. Ce courant complémentariste, d'approche éthico-sociale, qui enracine la

---

[27] « *[...] the revolution and reform of society in conformity with natural sexual law, giving woman her true place in its governmental orders* ». WILLARD, *Sexology as the Philosophy of Life*, *op. cit.*, 1867, p. 3, Préface.

[28] « *[...] indicates that any 'science of sex' had a wider cultural and political scope from the onset* ». BAUER Heike, *English Literary Sexology. Translations of Inversion, 1860–1930*, New York, Palgrave Macmillan, 2009 (Palgrave Studies in Nineteenth-Century Writing and Culture), p. 3. Ce n'est cependant pas le cas avec Fowler.

[29] « *[...] the relative influence of each sex upon our mutual good and happiness as men and women, is equal* ». WILLARD, *Sexology as the Philosophy of Life*, *op. cit.*, 1867, p. 11.

[30] Ibid., p. 8.

[31] Voir sur ce point la thèse de DE LAROCQUE-LATOUR, *Généalogie de la sexologie française 1910-2010*, *op. cit.*, 2014, p. 133 sq.

différence des sexes, est en tension avec les courants féministes égalitaristes d'approche politico-législatives[32]. La sexologie selon Willard a pour objet d'étude de la complémentarité des sexes en raison des lois du sexe, et pour objectif l'organisation sociale selon cette complémentarité[33].

On retrouve chez Willard certains des éléments que nous avons mis en évidence à propos de l'hygiénisme protestant et de ses usages de « santé sexuelle » : prétention scientifique recourant à la physiologie, références aux lois de la vie et de la santé[34], recherche du bonheur. Toutefois, l'orientation du propos n'est pas hygiéniste, mais harmonique en un sens spirituel : la santé est définie comme harmonie, dans le cadre d'une pensée cosmogonique qui repose sur une analogie entre le monde « solaire » et le monde humain : « L'harmonie de la vie conjugale dépend autant de ses conditions que le système solaire, ou que l'humain pour sa santé. La santé, c'est l'harmonie » [35]. Cette harmonie se décline dans le mariage fondé sur la complémentarité des sexes, qui implique elle-même que la femme occupe la place qui lui revient :

> Il doit y avoir la justice entre l'homme et la femme avant qu'il puisse y avoir l'harmonie conjugale ; tout comme il doit y avoir l'équilibre entre les systèmes solaire et humain pour donner l'harmonie physique et mentale. Quand la femme prendra sa place dans les ordres gouvernementaux de la société, alors il y aura de véritables unions conjugales. De même que l'union des lois masculines et féminines sur la terre a produit la lune et a couvert la terre d'une belle verdure, de même le vrai mariage de l'homme et de la femme remplira la terre et l'horizon mental de beaux enfants, hommes et femmes.[36]

---

[32] Sur la distinction entre le féminisme politico-juridique et le féminisme éthico-social, ainsi qu'entre complémentarisme (dualisme) et égalitarisme, voir Käppeli Anne-Marie, « Scènes féministes », in: Perrot Michelle et Fraisse Geneviève (éds.), *Histoire des femmes en Occident. Le XIXe siècle*, vol. IV, Paris, Perrin, 2002 (Tempus), pp. 575-613.

[33] Willard établit un parallèle entre les lois à l'œuvre dans la formation du système solaire, pour lesquelles elle recourt aux éléments d'inspiration mesmérienne d'éther, d'électricité et de magnétisme, et les lois de la génération et de l'organisation de la vie. Voir Willard, *Sexology as the Philosophy of Life*, *op. cit.*, 1867, pp. 69 sq., 90.

[34] Ibid., pp. 268, 270, 373, 377, 454.

[35] « *The harmony of married life depends as much upon its conditions as the solar system, or as the human for its health. Health is harmony* ». Ibid., p. 382. Willard s'inspire librement de la philosophie naturelle de l'astronome américain Denison Olmsted, considéré comme l'un des fondateurs de la science des météorites. Voir ibid., p. 35.

[36] « *There must be justice between man and woman before there can be conjugal harmony ; just as there must be equilibration in the solar and human systems to give physical and mental harmony. When woman shall take her place in the governmental orders of society, then there will be true conjugal unions. As the union of the masculine and feminine laws in the earth produced the moon, and covered the earth with*

Willard opère des parallèles entre l'ordre cosmique, l'ordre conjugal, et l'ordre social entre les sexes. Plutôt que l'élaboration d'une éthique hygiéniste, son propos est tourné vers l'entente conjugale — qui sera le thème de prédilection de la sexologie un siècle plus tard avec Masters et Johnson. L'hygiénisme paraît bien insuffisant à Willard pour appréhender la question des relations entre les sexes, en ce qu'il omet de prendre en compte la dimension sociale de ces relations. C'est la critique qu'elle adresse, après l'avoir longuement cité, à Russell Thacher Trall et à sa *Physiologie sexuelle*[37] :

> [Trall] pense qu'il est « très facile de pointer du doigt les causes de ces maux et d'indiquer le remède » ; mais les causes qu'il a signalées ne sont que les manifestations les plus superficielles des maladies de la société […]. L'habillement et la santé de la femme ne sont que les manifestations extérieures des maladies profondément enracinées et des discordes du système social.[38]

Ce retrait par rapport à la question hygiéniste s'accompagne de l'absence chez Willard de toute référence à la « santé sexuelle »[39]. Malgré les renvois aux lois de la santé, la prévalence de l'angle relationnel l'éloigne des problématiques de préservation de la santé. Cette dernière s'entend plutôt comme résultante du mode de relation selon la complémentarité. Autrement dit, il ne s'agit pas seulement de l'absence de maladies, mais d'une positivité.

Paradoxalement, si Willard n'est pas considérée comme ayant eu une véritable influence dans l'histoire de la sexologie, on trouve toutefois chez elle des germes de certaines évolutions du concept de santé sexuelle et de la sexologie de la seconde moitié du XXe siècle. Mais dans sa *Sexology*, très emprunte de spiritualité et de dimension religieuse

---

beautiful verdure, so the true marriage of man and woman will fill the earth and the mental horizon with beautiful children, men and women ». WILLARD, *Sexology as the Philosophy of Life*, *op. cit.*, 1867, p. 382.

[37] TRALL Russel Thacher, *Sexual Physiology: a Scientific and Popular Exposition of the Fundamental Problems in Sociology*, New York, Wood & Holbrook, 1866.

[38] « *[Trall] thinks it "very easy to point out the causes of these evils, and to indicate the remedy"; but the causes he has pointed out are only the most superficial manifestations of the diseases of society [...]. Woman's dress and health are only the outside manifestations of the deep-seated diseases and discords of the social system* ». WILLARD, *Sexology as the Philosophy of Life*, *op. cit.*, 1867, p. 391.

[39] Contrairement à Jackson et Kellogg, Trall ne l'emploie pas non plus. De fait, si « *sexual health* » se retrouve chez certains auteurs de l'hygiénisme protestant que l'historienne américaine Carroll Smith-Rosenberg regroupe sous l'appellation de « pamphlétaires anti-masturbation », tous ne n'utilisent pas. À propos des « pamphlétaires anti-masturbation » américains du XIXe siècle, voir SMITH-ROSENBERG Carroll, « Sex as Symbol in Victorian Purity: An Ethnohistorical Analysis of Jacksonian America », *American Journal of Sociology* 84, 1978, pp. S212-S247.

tout autant que scientifique, il n'est pas question de santé sexuelle à une époque où celle-ci désigne l'absence de maladies sexuelles.

La prédominance de l'abord social de la sexualité, selon un féminisme de la complémentarité, exclut du champ d'étude de Willard les maladies vénériennes ou les questions d'anatomo-pathologie sexuelle pour elles-mêmes. Lorsqu'il en est question, c'est comme conséquences de l'absence d'harmonie entre les sexes du fait de la domination masculine génératrice de « désordre » (*disorder*). Selon Willard, la nature devrait servir de modèle à l'organisation sociale. Or, comme nous l'avons dit, la nature des femmes et celle des hommes diffèrent, avec la théorie pour la première et l'action pour la seconde. Ces différences de genre se déclinent à partir de différences physiologiques concernant la reproduction. Les « lois de la génération » masculines n'ont pas de périodicité, tandis que les lois féminines instaurent une périodicité, celle du cycle menstruel. C'est alors aux femmes de contrôler et réguler les hommes, d'abord dans la relation sexuelle, puis conséquemment au niveau de l'organisation sociale. Mais la domination masculine a bouleversé cet ordre naturel et a conduit à une usurpation d'autorité de la part des hommes. Les conséquences sont alors le désordre et la maladie : « Nous en voyons les résultats désastreux. Tout ordre et toute harmonie sont perdus dans la relation sexuelle. Désordre, maladie, pollution et criminalité se succèdent »[40].

L'ordre de la nature sous-tend l'ordre social et politique, et la domination masculine vient troubler cet ordre, et ainsi l'harmonie. On comprend que la complémentarité qui fonde l'harmonie est également un ordre aussi bien naturel que social. Le « *disorder* » s'entend alors autant sur le plan naturel que sur le plan social, ce qui est aussi le cas pour sa traduction française habituelle de « trouble ».

Ce qui nous importe dans le propos de Willard est l'articulation de la dimension politico-sociale et féministe avec des prétentions scientifiques, qui sera une caractéristique de la sexologie naissante au tournant du XXe siècle en Europe. Certes, la dimension spirituelle et religieuse est très présente dans le propos de Willard, et on retrouvera à la fin du XIXe siècle et au début du XXe aux États-Unis des usages du terme de « *sexology* », avec sa prétention scientifique, dans des discours très puritains. C'est le cas par exemple

[40] « *We see the direful results. All order and harmony are lost in the sexual relation. Disorder, disease, pollution and crime, follow in their train* ». WILLARD, *Sexology as the Philosophy of Life*, *op. cit.*, 1867, p. 291.

chez le prêcheur George F. Hall[41], ou chez le gynécologue William H. Walling[42]. Cependant, en Europe, ce caractère religieux va être non seulement absent de la constitution de la sexologie, mais cette dernière va être fondée en partie contre les croyances religieuses, en même temps que contre la criminalisation et la pathologisation d'orientations et de pratiques sexuelles.

Le médecin allemand Magnus Hirschfeld est l'une des figures les plus emblématiques de cette sexologie à la fois scientifique et politico-sociale, aux côtés d'Iwan Bloch en Allemagne, d'Havelock Ellis en Angleterre ou d'Auguste Forel en France. La condamnation de l'homosexualité par le Code impérial germanique et son paragraphe 175 fit de la décriminalisation de l'homosexualité un objet central de la pensée de Hirschfeld, qui fonda en 1897 le Comité scientifique humanitaire (*Wissenschaftlich-humanitäres Komitee* — WhK) dont l'objectif était l'abolition de ce fameux paragraphe. Son argument est scientifique et se réclame de Darwin : l'homosexualité ne serait qu'une variété sexuelle naturelle parmi d'autres, qui tient à l'expression plus ou moins prononcée quantitativement de qualités masculines chez des femmes et de qualités féminines chez des hommes, à partir d'une bisexualité originaire commune à tous les êtres humains :

> Il est hors de doute que la différenciation des sexes est précédée par un stade de formation commun aux deux sexes […] il existe toujours une forme primitive unique, qui se développe par la suite davantage dans l'un des deux sexes, tandis que, dans l'autre, elle reste stationnaire, à un certain degré du développement, ou elle régresse. […] L'idée de la bisexualité humaine, enterrée avec l'Antiquité, a été reprise par les savants du XIXe siècle. L'un des premiers fut Darwin ; dans son ouvrage *Les variations des plantes et des animaux dans l'état de domestication* (1893), il écrit : « Nous constatons que dans beaucoup de cas, probablement dans tous les cas, les caractères secondaires de chaque sexe se trouvent, à l'état latent, dans le sexe opposé, prêts à se développer dans des conditions particulières ».[43]

Les causes de ces variations de genre, et qui pour Hirschfeld déterminent l'orientation sexuelle, sont des sécrétions glandulaires, qu'il inscrit dans le modèle chimique

[41] HALL George F., *Sexology, or Startling Sins of the Sterner Sex*, Chicago, L. W. Walter, 1892. L'ouvrage est également connu sous le titre *Plain Points on Personal Purity, or Startling Sins of the Sterner Sex.*
[42] WALLING William H., *Sexology*, Philadelphia, Puritan Publishing, 1902.
[43] HIRSCHFELD Magnus, *Le Corps et l'Amour*, Paris, Gallimard, 1937, pp. 104-105 ; Cité par CRIPS Liliane, « Magnus Hirschfeld (1868-1935), un eugéniste social-démocrate », *L'Homme et la société* 87 (1), 1988, pp. 108-109.

hormonal fondé sur la binarité des sexes[44] — le modèle nerveux ayant perdu son monopole en physiologie à la fin du XIXe siècle.

L'objectif de Hirschfeld est de faire reposer l'organisation sociale et politique sur les connaissances scientifiques, et plus particulièrement sur l'étude scientifique de la sexualité. L'historienne Florence Tamagne commente ainsi la démarche de Hirschfeld et de la Ligue mondiale pour la réforme sexuelle sur une base scientifique (L.M.R.S.) qu'il a fondé en 1928 :

> La science, telle qu'elle était ici définie, ne pouvait se résumer aux différentes branches qui la constituaient, qu'il s'agisse de la biologie, de la psychologie, de la psychanalyse, de la sociologie…, même si celles-ci étaient mises à contribution. Il s'agissait bien plutôt d'une utopie scientifique qui devait servir de base à une « nouvelle » morale, rationnelle et humaniste, permettant l'épanouissement de l'individu et disqualifiant définitivement l'« ancienne » morale, dérivée de la « théologie », désignée comme le principal vecteur d'« arriération ».[45]

Le combat de Hirschfeld pour la décriminalisation de l'homosexualité s'inscrit dans cette double dimension scientifique et politique et illustre sa démarche. C'est également la raison pour laquelle, retraçant l'histoire de ce qu'il considère être la véritable science sexuelle, il l'inscrivait dans « celle des mouvements féministes et abolitionnistes, de la ligue malthusienne et des groupements eugénistes, du WhK et de la société pour la réforme du mariage »[46].

C'est ainsi qu'au tournant du XXe siècle, la sexologie s'est affirmée à la fois comme une science et comme ayant des ambitions sociales. Hirschfeld a autant promu le terme de *Sexualwissenschaft*[47] — traduit par « sexologie » en France dès cette époque[48] — que celui de *Sexualreform*, de telle sorte que le premier se trouve lié au second et inversement.

---

[44] Voir CRIPS, « Magnus Hirschfeld (1868-1935), un eugéniste social-démocrate », *art. cit.*, 1988, pp. 107-108. Sur le modèle de la binarité des sexes dans la représentation des hormones, voir SINDING Christiane, « Le sexe des hormones : l'ambivalence fondatrice des hormones sexuelles », *Cahiers du Genre* 34 (1), 2003, p. 39.

[45] TAMAGNE Florence, « La Ligue mondiale pour la réforme sexuelle : La science au service de l'émancipation sexuelle ? », *Clio* (22), 2005, p. 5.

[46] Ibid.

[47] En 1908, Hirschfeld fonde avec Iwan Bloch la revue *Zeitschrift für Sexualwissenschaft* (*Revue de sexologie*).

[48] LADAME Paul-Louis, « Chronique allemande. Les travaux récents des auteurs allemands sur l'homosexualité », *Archives d'anthropologie criminelle, de médecine légale et de psychologie normale et pathologique* 28, 1913, p. 828.

C'est en outre à partir de l'aire germanique que la sexologie comme science, sans la dimension religieuse qu'elle avait aux États-Unis, s'est constituée[49], et à partir de l'Allemagne qu'elle a pu prendre une dimension plus largement européenne grâce à la L.M.R.S.

Or, de même que le syntagme de « santé sexuelle » — *sexuelle Gesundheit* — est absent de la littérature scientifique germanophone du XIXe siècle, de même il n'apparaît pas dans la production sexologique allemande au tournant du XXe siècle. Ce ne sera pas plus le cas dans l'autre courant de pensée fondamental de l'histoire et de l'épistémologie de la sexualité de l'époque, également issue de l'aire germanophone : la psychanalyse.

Psychanalyse et sexologie : un premier divorce

Les débuts de la sexologie et de la psychanalyse coïncident, et très vite elles se rapprochent et s'entrecroisent. Freud fait partie des contributeurs du tout premier numéro de la *Zeitschrift für Sexualwissenschaft*, avec un article sur les fantasmes hystériques et leur relation à la bisexualité[50]. Le psychanalyste allemand Karl Abraham et le médecin et psychologue autrichien Alfred Adler publient également dans la même revue en 1908. De son côté, Hirschfeld adhère à la première Association psychanalytique de Berlin fondée en 1908 par Abraham[51]. Mais, comme l'explique la chercheuse française en civilisation allemande Liliane Crips, cette entente et collaboration ne va pas durer. La psychanalyse et la sexologie de Hirschfeld ne peuvent se rejoindre sur l'étiologie de l'homosexualité. Pour Freud, elle est l'expression d'une névrose et le résultat d'une fixation dans le développement psycho-sexuel, tandis que pour Hirschfeld, elle est hormonale. La rupture finit par être consommée et Hirschfeld quitte l'Association d'Abraham en 1911[52].

Bien que la sexologie étende son champ d'études à la biologie, la psychologie et la sociologie, Hirschfeld donne une prévalence à la biologie. De son côté, Freud, neurologue de formation et prenant en compte la dimension biologique sans laquelle son concept de pulsion n'aurait pas la même signification, accorde la prépondérance à la psychologie et

---

[49] Le neurologue hygiéniste suisse Paul-Louis Ladame en attribue la paternité au médecin allemand Hermann O. Rohleder. Ibid.

[50] FREUD Sigmund, « Hysterische Phantasien und ihre Beziehung zur Bisexualität », *Zeitschrift für Sexualwissenschaft* (1), 1908, pp. 27-34.

[51] CRIPS, « Magnus Hirschfeld (1868-1935), un eugéniste social-démocrate », *art. cit.*, 1988, p. 109.

[52] Ibid., p. 111.

plus précisément à l'inconscient, ainsi qu'à l'environnement familial. L'écart épistémologique est donc considérable. Certes, la sexologie comme la psychanalyse constituent des ruptures épistémologiques par rapport aux *psychopathia sexualis* de la psychiatrie d'une part (celle du psychiatre germano-autrichien Richard von Krafft-Ebing, qui insiste sur la distinction entre la perversion comme pathologie et la perversité comme vice[53]), et à la psychiatrie anthropologico-criminologique d'autre part (celle du psychiatre français Ernest Dupré, qui abolit la distinction entre perversion et perversité, entre pathologie et considérations sociales et morales[54]). Mais la sexologie et la psychanalyse ne proposent pas la même transformation de l'épistémologie de la sexualité. À partir de la question des perversions sexuelles, Mazaleigue-Labaste distingue bien les deux. La sexologie substitue au concept de perversion sexuelle celui d'anomalie sexuelle comme variété dans la palette des variations sexuelles possibles, qui sont des variations de la nature. L'ancrage en est physiologique. De son côté, la psychanalyse introduit le concept de pulsion contre celui d'instinct, promeut une conception psychogénétique de la sexualité en général et pas seulement des perversions, et insiste sur la dimension symbolique des fantasmes[55].

Ce hiatus épistémologique engage également des conceptions anthropologiques différentes. L'être humain auquel on a affaire n'est en effet pas le même selon que l'on réfère les variations sexuelles à la nature ou à la psychogenèse intra-conflictuelle. Nul besoin de formuler l'hypothèse de processus inconscients pour rendre compte de la sexualité dans le premier cas, alors que dans le second, la division interne du sujet, c'est-à-dire le fait que quelque chose en lui lui échappe — qui pourtant se révèle particulièrement actif, et dont le sujet ne veut éventuellement rien savoir —, est fondamental pour comprendre celle-ci, et constitue le cœur de sa vérité.

Ces oppositions épistémologiques et anthropologiques entre la sexologie et la psychanalyse sont inaugurales au tournant du XXe siècle, et ne vont cesser de hanter les relations entre les deux jusqu'à aujourd'hui, avec un nouveau point de rupture saillant

---

[53] Krafft-Ebing Richard von, *Psychopathia sexualis. Avec recherches spéciales sur l'inversion sexuelle*, 8e édition, Paris, Georges Carré, 1895, p. 78.

[54] Dupré Ernest, *Les perversions instinctives. Rapport du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, XXIIe session, Tunis, 1er-7 avril 1912*, Paris, Masson, 1912, p. 9.

[55] Mazaleigue Julie, « La formation du concept de perversion sexuelle au XIXème siècle », *Archives Internationales d'Histoire des Sciences* 59 (162), 2009, pp. 231-232.

dans les années 1960-1970. Celui-ci interviendra à l'occasion de l'institutionnalisation du concept de santé sexuelle par l'OMS et des tensions internes à la psychiatrie concernant la classification des troubles mentaux — dont sexuels —, qui préfigurent la troisième révision de celle de l'APA — le DSM-III, qui se veut athéorique, descriptif et résolument tourné vers la biologie et la statistique épidémiologique, selon un projet épistémologique « néokraepelinien »[56].

Pour l'heure, des points communs se retrouvent tout de même entre la sexologie et la psychanalyse, bien que ce soit pour des raisons différentes. Le premier est une tendance à la dépathologisation des perversions sexuelles : parce que naturelles d'un côté, et parce que courantes de l'autre. Freud dit en effet que « la prédisposition aux perversions (…) est un élément de ce que l'on tient pour la constitution normale »[57].

Le second est l'orientation clinique, Hirschfeld comme Freud s'appuyant sur une patientèle privée pour étayer leurs propos. Cela s'inscrit dans la continuité de la psychopathologie sexuelle telle qu'elle s'est nourrie dans l'Empire germanique, par contraste avec l'abord institutionnel et de médecine légale de la France. Nous allons y revenir.

Le troisième point commun qui nous intéresse ici est l'absence d'usage du syntagme de « santé sexuelle ». La sexologie comme la psychanalyse ont en effet émergé dans l'aire culturelle et linguistique germanophone, dont nous avons déjà vu que l'on n'y trouvait pas d'emplois de « *Sexuelle Gesundheit* » au XIXe siècle. La dépathologisation relative des perversions sexuelles n'entraîne pas l'émergence de la santé sexuelle. Dans les distributions brouillées entre le normal et le pathologique, la santé sexuelle n'apparaît pas comme l'antonyme ni le contraire de la perversion sexuelle. Ainsi, la santé sexuelle n'est pas un concept de la première sexologie ni de la psychanalyse.

Or, à la différence de l'Allemagne et de l'Autriche, la santé sexuelle va être convoquée en tant que telle en France. Nous avons jusqu'ici mis en évidence les différences de conception de l'hygiène qui, selon nous, rendent compte du fait que le terme de « santé

[56] Le qualificatif est du psychiatre américain Gerald Klerman. Le psychiatre allemand Emil Kraepelin, considéré comme le fondateur de la psychiatrie scientifique, est aussi symboliquement la figure historique opposée de Freud, dont il est le contemporain. Voir DEMAZEUX, *Qu'est-ce que le DSM?*, *op. cit.*, 2013, p. 129. Voir également DECKER Hannah S., « How Kraepelinian was Kraepelin? How Kraepelinian are the neo-Kraepelinians? — from Emil Kraepelin to DSM-III », *History of Psychiatry* 18 (3), 2007, pp. 337-360.
[57] FREUD Sigmund, « Les aberrations sexuelles », in: *Trois essais sur la théorie sexuelle*, Paris, Gallimard, 1987 (Folio / Essais), p. 88.

sexuelle » émerge dans l'aire anglo-américaine de la médecine domestique adossée au protestantisme, et non au sein de la santé publique de l'Europe continentale — y compris protestante. Dans cette partition, l'aire germanophone et la France sont situées du même côté. Cependant, le début du XXe siècle va distinguer la France et l'aire germanophone quant aux usages du syntagme, au moment où il prend un sens social aux États-Unis dans le cadre de la massification de l'école. C'est dans le cadre de l'hygiène sociale qu'il va être employé en France comme aux États-Unis, alors qu'il va continuer à être absent aux pays de la sexologie et de la psychanalyse. Un élément de contexte pratique qui est aussi épistémologique nous paraît pouvoir apporter un éclairage sur la situation différenciée entre la France et l'Empire germanique, qui est celui des modalités de recrutement de la patientèle à la fin du XIXe siècle, de médecine légale d'un côté, et de clinique privée de l'autre.

France et aire germanophone : deux tendances distinctes en psychologie sexuelle

Mazaleigue-Labaste a procédé à une analyse comparatiste de la psychologie sexuelle entre la France et l'espace germanophone et en a dégagé les effets concernant la question de l'homosexualité[58]. Selon elle, dans les trente dernières années du XIXe siècle, se sont développées en Europe deux psychologies des perversions sexuelles concurrentes, qui ont entretenu des liens différents au domaine juridique. La particularité de la psychologie française tient précisément à l'articulation qui s'est opérée dans l'expertise médico-légale. Le champ de l'observation clinique en France a été structuré et délimité par trois sources de recrutement des cas à observer, qui réfèrent à la répression des attentats aux mœurs et à l'ordre public : la psychiatrie légale, l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police de Paris (future Infirmerie psychiatrique de la Préfecture de police au milieu du XXe siècle), et le Bureau des admissions de l'asile Sainte-Anne à Paris, institutionnellement lié à l'Infirmerie spéciale[59].

---

[58] Mazaleigue-Labaste, *Les déséquilibres de l'amour*, *op. cit.*, 2014. Voir en particulier le chapitre VII, p. 187-281.
[59] Ibid., p. 189.

Cet « engrenage » (pour reprendre un terme de Foucault) spécifique de la psychiatrie et de la justice a orienté d'une façon particulière la psychopathologie sexuelle, qui s'est trouvée prise dans le cadre d'une gestion des déviances et des comportements délinquants et violents[60]. Autrement dit, alors que la psychopathologie sexuelle française a été articulée à une gestion policière de l'ordre social, l'approche clinique est restée marginale, ou en tout cas non dominante, en particulier comparé à l'espace germanophone.

Cette orientation médico-légale se retrouve dans le fait que l'inversion sexuelle sera globalement abordée en France au XIXe siècle selon le modèle policier de la « tante », dans la lignée de la conception médico-légale de la pédérastie du médecin légiste français Auguste Ambroise Tardieu dans son *Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs*[61]. On peut faire un rapprochement entre ce traitement de la pédérastie et l'évolution qui s'est opérée au cours du XVIIIe siècle, d'une considération de celle-ci comme un péché à son appréhension comme un désordre. L'ordre de la raison fut en effet opposé à la morale religieuse. Or, cet ordre de la raison peut trouver un reflet ou une traduction dans l'ordre social. Le crime de sodomie fut aboli en 1791 à la faveur de la Révolution française. Mais dix ans plus tôt, la répression policière à l'encontre des pratiques sodomites jugées un peu trop visibles s'était accrue, avec la création des « patrouilles de pédérastie »[62]. Il ne s'agissait plus de sanctionner la sodomie par le bûcher au titre qu'elle serait un péché : la dernière condamnation à mort par le bûcher (relais du feu céleste sur le plan religieux) spécifiquement pour sodomie remontait au 6 juillet 1750[63], et celle-ci avait déjà pu être jugée comme sévère, dans une période où se développaient des subcultures revendiquant la pratique de la sodomie entre hommes. En revanche, pour l'historien français Michel Rey, cette pratique apparaissait comme un attentat à l'ordre, pour deux grands motifs : « du fait des rencontres furtives, des glissements sociaux, au moins imaginaires, qu'elle semble permettre ; du fait aussi d'un long mouvement tendant à revaloriser le milieu

[60] Ibid., p. 201.

[61] TARDIEU Ambroise, *Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs*, 3e édition, Paris, J.-B. Baillière, 1859.

[62] PASTORELLO Thierry, « L'abolition du crime de sodomie en 1791 : un long processus social, répressif et pénal », *Cahiers d'histoire. Revue d'histoire critique* (112-113), 2010, pp. 197–208.

[63] Il s'agissait de deux ouvriers, Bruno Lenoir et Jean Diot, surpris sur le fait par un sergent du guet. Voir ibid.

familial, en le cloisonnant dans un espace privé »[64]. Les philosophes, ajoute l'historien, ont cautionné ce changement : « ils se sont indignés des excès d'une justice reposant sur la peur entraînée par un châtiment spectaculaire, mais ils ont approuvé l'idée d'un état bien réglé, sans désordre, où chaque individu peut être heureux, s'il reste à sa place »[65]. Ainsi, si la sodomie n'était pas considérée comme un crime avec la Révolution française, il fallait que les relations entre hommes restent à l'abri des regards, ce à quoi la police veillait.

Cette rapide généalogie du lien entre la question de l'ordre social déreligiosisé, et celle du traitement médico-légal des comportements sexuels, contraste avec l'émergence de la psychopathologie sexuelle dans l'espace germanophone. Comme nous l'avons vu, contrairement à la France, les relations sexuelles entre personnes du même sexe, y compris dans un cadre privé, restaient condamnées par la loi en Prusse et les régions et villes du Nord de l'actuelle Allemagne, ainsi que dans l'Empire d'Autriche. À l'unification de l'Empire allemand, Bismarck a étendu à tout l'Empire la criminalisation de l'homosexualité (masculine), introduite par le paragraphe 175 du Code pénal allemand[66], lui-même repris de l'article 116 du Code criminel de l'empereur Charles V datant du XVIe siècle, rédigé pour application dans le Saint-Empire romain germanique[67]. La transposition dans le droit canonique de la morale religieuse est ici manifeste. Outre le développement de discours militants pour décriminaliser l'homosexualité, cette persistance de la criminalisation a eu pour effet le développement d'une psychologie sexuelle qui contrastait avec l'approche par la personnalité et les comportements centrée sur la dangerosité de l'expertise médico-légale française[68]. La démarche militante, y compris parmi des juristes et des

---

[64] Rey Michel, « Police et sodomie à Paris au XVIIIe siècle : du péché au désordre », *Revue d'histoire moderne et contemporaine* 29 (1), 1982, p. 123.

[65] Ibid., p. 124.

[66] Cet article n'a été aboli qu'en 1994. En 2017, un projet de loi proposant la réhabilitation des homosexuels condamnés après la Seconde Guerre mondiale a été adopté par le Bundestag. Sous le régime nazi, l'article 175 a été aggravé, toute pratique à connotation sexuelle entre hommes, et plus seulement la pénétration anale, étant condamnées.

[67] « Le crime d'une personne commis avec une bête, d'un homme avec un homme, d'une femme avec une femme, sera puni de mort, et suivant l'usage ordinaire on prononcera la peine du feu » (Vogel Franz Adam, *Code criminel de l'empereur Charles V, vulgairement appellé La Caroline, contenant les loix qui ont suivies dans les Juridictions Criminelles de l'Empire, et à l'usage des Conseils de Guerre des Troupes Suisses*, Paris, Claude Simon, 1734).

[68] Selon Mazaleigue-Labaste, le développement d'une psychologie sexuelle en France, dans les années 1880, est dû à l'importation des travaux publiés outre-Rhin, et non à une dynamique interne trop marquée par

psychiatres (le juriste et journaliste allemand Karl-Heinrich Ulrichs, le neurologue et psychiatre allemand Carl Friedrich Otto Westphal, Krafft-Ebing…), a en effet permis de rendre visibles les relations entre personnes du même sexe hors du champ médico-légal, et de s'intéresser aux ressorts psychologiques internes de l'inversion sexuelle. Les psychiatres identifiés comme spécialistes de ces questions, tel Krafft-Ebing, reçurent alors quantité de lettres d'invertis, ce qui contribua à développer une approche clinique d'ordre privée, beaucoup moins développée en France.

Le rapport institutionnel entre la psychiatrie et la justice fut donc très différent entre la France et l'espace germanophone, ce qui se traduisit notamment par la plus ou moins grande centralité prise par l'homosexualité dans l'étude des perversions sexuelles[69]. C'est aussi en raison de ces différences de contexte institutionnel que, selon Mazaleigue-Labaste, l'espace germanophone fut seul « propice à la naissance d'une psychologie sexuelle autonome qui a pris deux directions distinctes, les théories sexuelles de Freud et le développement de la première sexologie »[70].

II.1.2 — La santé sexuelle aux pays de la première sexologie et de la psychanalyse

L'hygiène publique aux prises avec la prostitution et les maladies vénériennes

Les conditions propices à la psychologie sexuelle déclinée en sexologie et psychanalyse ne l'ont manifestement pas été au développement de l'idée de santé sexuelle. La « sexualité bavarde » qualifiée par Foucault[71] se déploie pourtant particulièrement entre Vienne et Berlin en ce début de XXe siècle. Les dits et contredits, mais aussi les non-dits à propos de la sexualité ne manqueront pas, que ce soit dans les champs de la religion,

---

l'approche comportementale médico-légale. Voir Mazaleigue-Labaste, *Les déséquilibres de l'amour*, *op. cit.*, 2014, p. 201.

[69] Julie Mazaleigue-Labaste s'appuie sur ces différences de contexte institutionnel pour remettre en question la thèse selon laquelle l'homosexualité aurait constitué le paradigme de l'ensemble des perversions en Europe. Voir ibid., p. 193 sq.

[70] Ibid., p. 194.

[71] Foucault, *La volonté de savoir*, *op. cit.*, 1976, p. 168.

de la science ou de l'État[72]. Le champ politique et juridique en particulier, « apparaît comme le lieu foisonnant d'une myriade de discours et de contre-discours sur la sexualité »[73]. L'historien américain Edward Ross Dickinson ne dit pas autre chose lorsque, à propos de l'Allemagne impériale, il pointe que, quoi que l'on ne puisse pas ramener l'orientation d'une époque à une unique dynamique cohérente ou logique, « le débat sur la moralité sexuelle et les pratiques sexuelles a été explicitement mené par tous les participants en termes politiques »[74].

La germaniste française Irène Cagneau souligne que c'est dans ce domaine que l'écrivain pamphlétaire autrichien Karl Kraus s'est particulièrement imposé. Il accuse d'hypocrisie le projet de loi *Lex Heinze* du pouvoir impérial allemand, qui, avec des accents très moralistes, tend à durcir le droit pénal relatif aux délits sexuels[75]. Outre des atteintes à la liberté d'expression notamment artistique (censure des représentations considérées comme obscènes), ce projet inclut des paragraphes sur la prostitution et le proxénétisme (§ 180 et 181). Dans son journal *Die Fackel*, Kraus publie, de sa plume ou de celle d'autres, de nombreux articles dénonçant les abus du pouvoir politique et policier en la matière, ainsi que l'inefficacité de la répression menée en matière de lutte contre les maladies vénériennes. À l'occasion d'une célèbre affaire mettant en cause les exactions d'une tenancière de maison close à Vienne, Regine Riehl, et la complicité de la police des mœurs[76], Kraus en vient même à opposer le moralisme des politiques envers la prostitution menées sous couvert de santé publique, à l'hygiène publique, qui se trouve en réalité anéantie :

> En vérité, face au problème de la prostitution, [les autorités] n'ont pas d'autre intérêt que celui d'anéantir l'hygiène en lui assenant les coups de matraque de la morale. Elles enterrent leurs cadavres pestilentiels la nuit, si bien que l'on peut, certes, être contaminé, mais qu'au moins, on ne sait pas où l'on a attrapé la peste. Leur prophylaxie,

---

[72] Voir Cagneau Irène, *Sexualité et société à Vienne et à Berlin (1900-1914). Discours institutionnels et controverses intellectuelles dans* Die Fackel, Die Aktion, Der Sturm, Pan, Die Zukunft, Villeneuve-d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion, 2014 (Lettres et civilisations étrangères. Collection Mondes germaniques).

[73] Ibid., p. 289.

[74] « *[...] the debate over sexual morality and sexual practices was cast by all participants explicitly in political terms* ». Dickinson Edward Ross, *Sex, Freedom, and Power in Imperial Germany, 1880–1914*, New York, NY, Cambridge University Press, 2014, p. 6.

[75] Voir Lenman Robin J. V., « Art, Society, and the Law in Wilhelmine Germany: the Lex Heinze », *Oxford German Studies* 8 (1), 1973, pp. 86-113.

[76] Cagneau, *Sexualité et société à Vienne et à Berlin (1900-1914)*, *op. cit.*, 2014, p. 234.

> c'est l'obscurité. Gangrénée par l'hypocrisie, l'humanité, incurable, garde le lit, et les médecins prescrivent des traitements à base de mercure.[77]

L'hypocrisie réside en particulier dans le fait que la propagation des maladies vénériennes est imputée aux prostituées seules et non à leurs clients, et à la prostitution plutôt qu'aux relations sexuelles en général. Or, « les maladies vénériennes (…) ne sont pas une conséquence de la prostitution, mais des relations sexuelles » [78]. C'est pourquoi Kraus propose que les hommes soient aussi examinés : « La voie que l'on doit suivre ne peut être que celle-ci : l'instauration d'une loi qui menacerait d'une condamnation sévère la transmission consciente d'une maladie vénérienne, et qui s'appliquerait tout particulièrement aux hommes »[79].

Kraus dénonce ainsi l'absence de tout volet concernant réellement l'aspect sanitaire de la prostitution dans la politique prétendument de santé publique de l'État, c'est-à-dire ici de prévention des maladies vénériennes. Nous verrons que l'argument selon lequel c'est une erreur de se focaliser sur les prostituées, en excluant ainsi non seulement leurs clients mais aussi la population générale, sera également utilisé en France pour faire valoir des mesures de santé sexuelle. Pour autant, comme on peut le constater, Kraus n'emploie pas les termes de « santé sexuelle ».

Malgré ces débats, et l'émergence de la sexologie et de la psychanalyse, on trouve peu d'usages du syntagme « *sexuelle Gesundheit* » dans l'espace germanophone, même étendu à la Suisse — où le psychiatre Auguste Forel, auteur en 1906 de *La question sexuelle*[80] et de *L'âme et le système nerveux. Hygiène et pathologie*[81], s'y fait plutôt le relais de l'hygiène raciale et de la stigmatisation des prostituées, dont « l'hérédité » leur a transmis des penchants moralement condamnables : « elles sont de caractère faible, menteuses, paresseuses et libidineuses »[82]. Entre les discours hygiénistes de la théorie de la dégénérescence et ceux qui, comme la sexologie et la psychanalyse, les récusent, il ne semble pas y avoir de place pour un discours de santé sexuelle.

---

[77] Kraus Karl, « Der Prozess Riehl », F 211, p. 25. Cité par ibid., p. 236.
[78] Kraus, « Der Prozess Riehl », F 211, p. 26. Cité par ibid., p. 237.
[79] Kraus, « Der Prozess Riehl », F 211, p. 26. Cité par ibid.
[80] Forel Auguste, *La question sexuelle*, 5e édition, Paris, Masson, 1922.
[81] Forel Auguste, *L'âme et le système nerveux. Hygiène et pathologie*, Paris, G. Steinheil, 1906.
[82] Forel, *La question sexuelle*, *op. cit.*, 1922, p. 105.

Toutefois, certains médecins y font quelquefois référence. On trouve quelques occurrences éparses de « *sexuelle Gesundheit* » dans certaines revues allemandes spécialisées, comme le *Zeitschrift für Bekämpfung der geschlechts-krankheiten* (*Journal de la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles*). Ici, ces quelques usages sont en rapport avec les maladies vénériennes, et la santé sexuelle désigne, classiquement, l'absence de ces maladies[83].

Dans la revue phare de la sexologie allemande d'abord éditée par Hirschfeld puis dès 1909 par le dermatologue et sexologue Max Marcuse[84], on en trouve également quelques très rares occurrences. Dans la droite ligne de ce que nous avons dit à propos de la sexologie dont cette publication est une revue majeure dans toute l'Europe, il est significatif qu'elle n'emploie quasiment jamais « *sexuelle Gesundheit* », et ce malgré la diversité des auteur · e · s. Ses occurrences n'apparaissent, pour celles que nous avons pu relever, que dans des comptes rendus d'ouvrages, l'une en lien avec la démarche prophylactique, l'autre avec l'infidélité : « En ce qui concerne la santé sexuelle et la mise en danger de la sexualité, le chapitre "Les voies de la prophylaxie" n'a rien d'original »[85]. Et puis : « Ce n'est que grâce à cette fidélité mutuelle que la santé sexuelle de l'homme et de la femme est assurée, que la légitimité des enfants est préservée et que la confiance mutuelle profonde est ancrée dans le mariage »[86]. Dans ce dernier cas, il s'agit de la reprise d'un extrait de l'ouvrage recensé, *Die sexuelle Untreue der Frau* (*L'infidélité*

---

[83] Voir par exemple FLESCH Max, « Ein Gutachten über Gonorrhoe als Grund zur Anfechtung der Ehe », *Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten* 10 (10), 1909, p. 331 ; MÖLLER Magnus, « Über ansteckende Geschlechtskrankheiten und Ehe », *Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten* 12, 1912, p. 15.

[84] La reprise de l'édition de *Zeitschrift für Sexualwissenschaft* par Marcuse procède également à une fusion de celle-ci avec la revue *Mutterschutz. Zeitschrift zur Reform der sexuellen Ethik* (Protection maternelle. Revue pour la réforme de l'éthique sexuelle), éditée depuis 1905, et qui se donnait pour tâche de discuter des problèmes de l'amour, du mariage, de l'amitié, de la parentalité et de la prostitution. Le nouveau titre de la revue issue de cette fusion est *Sexual-Probleme : Zeitschrift für Sexualwissenschaft und Sexualpolitik.*

[85] « *Was die sexuelle Gesundheit bzw. deren Gefährdung angeht, so wird ihrer in dem Kapitel "Wege zu einer Prophylaxe" mit allerdings keineswegs originellen Ideen gedacht* ». KASSEL-MÜHLFELDER Martha, « Dr. med. Paul Cohn, Arzt für Nerven- und Stirnmungsleklen, Charlottenburg, Gemütserregungen als Krankheitsursachen. Anregungen zu einer Nerven- und Seelenhygiene. Mit Geleitwort von Hofrat Prof. Dr. Stiller, Budapest. - Medizin. Verlag Schweizer u. Co. G. m. b. H. Berlin », *Sexual-Probleme : Zeitschrift für Sexualwissenschaft und Sexualpolitik* 10 (4), 1914, p. 290.

[86] « *Nur durch solche beiderseitige Treue wird die sexuelle Gesundheit von Mann und Weib gesichert, die Legitimität der Kinder gewahrt und das tiefe gegenseitige Vertrauen in der Ehe verankert* ». « Professor Dr. Kisch über "Die sexuelle Untreue der Frau" (A. Marcus und E. Webers Verlag. Bonn) », *Zeitschrift für Sexualwissenschaft* IV, 1918, p. 206.

sexuelle de la femme) du gynécologue et balnéothérapeute autrichien Enoch Heinrich Kisch[87] — ouvrage par ailleurs publié par Marcuse. On retrouve le cadre préventif relatif aux maladies vénériennes des références à la santé sexuelle.

Dickinson signale une autre revue importante de l'Allemagne impériale dans le champ des idées sexologiques de l'époque : *Geschlecht und Gesellschaft* (*Sexe et Société*), publiée par l'écrivain, éditeur et photographe Karl Vanselow, à la fois défenseur de la réforme sexuelle et promoteur du nudisme[88]. Les recherches d'occurrences de « *sexuelle Gesundheit* » dans les quelques références de la revue répertoriées dans les bases de données que nous avons utilisées n'en ont fait ressortir aucune.

D'une manière générale, les occurrences de « *sexuelle Gesundheit* » semblent rester très rares jusque dans les années 1970, autant que nous puissions le déterminer par notre méthode de recherche dans les bases de données des bibliothèques numériques.

Freud et l'éducation sexuelle : une lettre au Dr. Fürst

Comme nous l'avons dit en introduction de ce chapitre, le domaine dans lequel le terme de « santé sexuelle » va être particulièrement présent aux États-Unis est celui de l'éducation sexuelle, dans le contexte de la massification de l'école. Il nous paraît alors opportun de signaler la lettre de Freud au médecin allemand en hygiène sociale Moritz Fürst, dans la mesure où le psychanalyste y aborde la question de l'éducation sexuelle. Dans cette lettre, initialement publiée en 1907 dans la revue *Soziale Medizin und Hygiene* dirigée par Fürst, il répond à son collègue qui lui pose les questions suivantes : « peut-on, d'une façon générale, donner aux enfants des explications sur ce qui concerne la vie sexuelle ? À quel âge et de quelle manière cela peut-il être fait ? »[89] Sa réponse à la première question est sans appel : il ne voit pas comment on pourrait soutenir l'idée qu'il

[87] Kisch E. Heinrich, *Die Sexuelle Untreue der Frau : Die Ehebrecherin. Eine sozial-medizinische Studie*, vol. 1 / 2, Bonn, A. Marcus und E. Webers, 1918, p. 4.

[88] Dickinson, *Sex, Freedom, and Power in Imperial Germany, 1880–1914*, *op. cit.*, 2014, pp. 245-246.

[89] Freud Sigmund, « Les explications sexuelles données aux enfants (1907) », in: *La vie sexuelle*, Paris, Presses universitaires de France, 1969 (Bibliothèque de psychanalyse), p. 7.

faudrait dissimuler aux enfants ce qui concerne la sexualité. Reprenant sa théorie de la sexualité infantile développée dans les *Trois essais*[90], Freud rappelle :

> Le nouveau-né, en vérité, vient au monde avec de la sexualité ; certaines sensations sexuelles accompagnent son développement de nourrisson et de petit enfant et bien peu d'enfants pourraient se soustraire aux activités et sensations sexuelles avant la puberté.[91]

Dès lors, l'argument qui consiste à vouloir préserver les enfants pour éviter de corrompre leur innocence en les laissant dans l'ignorance s'effondre : la « prédisposition perverse polymorphe »[92] des enfants suscite leur intérêt et attise leur curiosité sur quelque chose qu'on cherche à leur cacher, ce en quoi elles et ils savent qu'il y a du sexuel, à la fois par ce qu'elles et ils ressentent de manière expérientielle, et par le fait qu'elles et ils comprennent bien qu'il y a quelque chose qu'on leur cache.

Quant à savoir comment l'éducation sexuelle devrait être menée, Freud opte pour l'école et non pour les parents :

> La plupart des réponses à la question « comment le dire à mon enfant », me font, à moi au moins, une impression si affligeante que je préfèrerais que les parents ne se chargent pas du tout de ces explications. […] C'est à l'école d'abord qu'il appartient de ne pas éluder la mention qui a trait au domaine sexuel ; elle doit insérer dans l'enseignement sur le monde animal les grandes réalités de la reproduction avec toute leur importance et insister tout de suite sur le fait que l'homme partage avec les animaux supérieurs tout l'essentiel de son organisation.[93]

Enfin, pour ce qui est de l'âge, l'éducation sexuelle doit suivre le développement de l'enfant et être continue, et après les explications sur la reproduction, doivent suivre, avant l'âge de dix ans, les aspects spécifiquement humains de la sexualité, dont leur signification sociale. Ensuite pourront venir les éléments moraux de contrôle de la pulsion[94].

Sans surprise, Freud n'emploie pas « santé sexuelle ». Bien qu'il envisage les aspects sociaux et moraux de l'éducation sexuelle et que son texte soit publié dans une revue d'hygiène sociale, il ne s'inscrit pas dans une approche hygiéniste, et n'aborde pas

---

[90] Freud Sigmund, « La sexualité infantile », in: *Trois essais sur la théorie sexuelle*, Paris, Gallimard, 1987 (Folio / Essais), pp. 91-140.

[91] Freud, « Les explications sexuelles données aux enfants (1907) », *art. cit.*, 1969, p. 9.

[92] Freud, « La sexualité infantile », *art. cit.*, 1987, p. 118.

[93] Freud, « Les explications sexuelles données aux enfants (1907) », *art. cit.*, 1969, p. 12.

[94] Ibid., p. 13.

du tout la question des maladies vénériennes. Son angle est plutôt de fournir aux enfants les éléments qui devraient contribuer à éviter chez eux le développement de névroses du fait de la curiosité teintée de culpabilité suscitées par l'ignorance aux allures de secret et de tabou, dans laquelle les parents pensent pouvoir les tenir. Au plus près des questions qui voient se développer les références à la santé sexuelle comme absence de maladies vénériennes au tournant du XXe siècle, la psychanalyse en reste très éloignée.

Ainsi, la psychanalyse et les deux plus importantes revues du champ sexologique de l'Allemagne impériale du début du XXe siècle mettent surtout en évidence que la santé sexuelle, énoncée comme syntagme, ne fait pas partie des éléments discursifs avec lesquels se structurent les courants de pensée sur la sexualité, qu'ils soient psychogénétiques, hygiénistes, féministes, réformistes, etc.

De ce point de vue, la situation dans l'espace germanophone est différente de celle de la France où, sans développer un usage de « santé sexuelle » comparable à l'aire anglo-américaine, certains auteurs vont y recourir et en faire un argument scientifique à des fins politiques. Toutefois, c'est dans le cadre des questions d'éducation sexuelle aux États-Unis que l'on peut identifier une seconde période des usages de « santé sexuelle ». Dans la continuité du XIXe siècle, c'est du côté de l'hygiénisme et du souci éducationnel, donc de l'héritage néo-hippocratique de la prise en compte de l'environnement, que l'on va en retrouver les emplois. Avant d'étudier ses usages en France, et après avoir constaté sa quasi-absence au sein des deux principales transformations épistémologiques de la sexualité en Europe, nous allons donc d'abord mettre en évidence ses évolutions aux États-Unis dans le cadre du mouvement d'hygiène sociale.

II.2 — Santé sexuelle et hygiène sociale (1890-1920)

II.2.1 — La santé sexuelle objet de l'hygiène et de l'éducation sexuelles aux États-Unis

L'hygiène sexuelle ou la préservation de la santé sexuelle naturelle

Le début du XXe siècle voit croître l'usage d'un nouveau terme, celui d'« hygiène sexuelle » (*sex hygiene* ou *sexual hygiene*). La « santé sexuelle » s'y trouve régulièrement associée, comme l'illustre un ouvrage qui s'adresse au grand public, écrit par un médecin adepte de phrénologie, Edgar C. Beall. Il publie en 1905 *The Life Sexual. A Study of the Philosophy, Physiology, Science, Art, and Hygiene of Love*[95]. Par rapport à la plupart des auteurs du XIXe siècle, il présente la particularité, comme Fowler, d'utiliser à de multiples reprises « *sexual health* », dont on compte une douzaine d'occurrences dans son ouvrage. Il est significatif que l'essentiel de celles-ci se trouvent dans le chapitre intitulé « *Sexual hygiene* », et ce dès la première phrase :

> Il y a beaucoup à dire sur les conditions d'hygiène qui affectent à la fois le désir sexuel et la santé sexuelle. Comme le système productif est étroitement lié aux organes les plus vitaux du corps, tout ce qui est favorable à la santé sexuelle sera à l'avantage de l'organisme tout entier, et *vice versa*.[96]

[95] Beall Edgar C., *The Life Sexual. A Study of the Philosophy, Physiology, Science, Art, and Hygiene of Love*, New York, Vim, 1905.

[96] « *There is a great deal to be said about hygienic conditions as affecting both sexual desire and sexual health. As the reproductive system is closely related to the most vital organs of the body, whatever is favorable to sexual health will be of advantage to the entire organism, and* vice versa ». Ibid., p. 122.

Soulignant les connexions entre l'état physique et l'état mental, Beall considère que l'état mental a son importance pour la santé sexuelle, qui réfère notamment, là encore, à la vigueur sexuelle. Autres facteurs influents : la nourriture et les boissons, tout ce qui va dans l'estomac affectant directement le système nerveux, avec des répercussions sur l'état mental. L'hygiène dentaire des femmes américaines, liée à ce qu'elles consomment, est aussi selon Beall un facteur cardinal de l'hygiène sexuelle, dans la mesure où si une femme a une belle bouche et une belle dentition, « elle peut se permettre de cacher presque tous les autres charmes qui relèvent de l'attirance sexuelle, parce que tous les autres sont suggérés » par sa bouche et sa dentition[97]. Il s'agit alors de se brosser les dents et, idéalement, d'adopter un régime végétarien, afin de préserver le « système sexuel »[98]. Au demeurant, s'inscrivant dans la continuité des hygiénistes nutritionnistes du XIXe siècle, une bonne partie des pages consacrées à l'hygiène sexuelle traitent du régime alimentaire et de ses répercussions sur le système sexuel, listant plusieurs substances contraires à la santé sexuelle comme les aphrodisiaques — considérés comme des poisons par Beall (on retrouve ici l'idée déjà avancée par Kellogg à propos des condiments) —, l'alcool ou le tabac[99].

Recommandant également de prendre des bains, y compris intestinaux et vaginaux — mais à une fréquence raisonnable, sous peine sinon de voir le magnétisme animal[100] se perdre —, Beall conclut ainsi ce chapitre :

> La propreté parfaite de tout le corps est favorable non seulement à la santé sexuelle en raison de l'action plus régulière du système nerveux, mais aussi en raison de la satisfaction beaucoup plus grande qu'elle procure à l'esprit dans l'association des sexes. Quant à la stimulation sexuelle, là où le sang est pur et le corps propre à l'intérieur et à l'extérieur, et l'esprit libre de pensées désagréables, l'amour lui-même est le stimulant le plus naturel et parfait.[101]

---

[97] « *[...] she can afford to conceal nearly every other charm as far as sexual attractiveness is concerned, because this one suggests every other* ». Ibid., p. 129.

[98] Ibid., p. 131.

[99] Ibid., pp. 140-141.

[100] On a vu chez Willard la convocation de concepts d'inspiration mesmérienne. En ce début de XXe siècle, Beall se réfère encore au magnétisme animal.

[101] « *Perfect cleanliness of the whole body is favorable not only to sexual health because of the more regular action of the nervous system, but also on account of the much greater satisfaction it affords the mind in the association of the sexes. As to sexual stimulation, where the blood is pure and the body clean inside and out, and the mind free from unpleasant thoughts, love itself is the most natural and perfect stimulant* ». Beall, *The Life Sexual*, *op. cit.*, 1905, p. 144.

Si, comme au XIXe siècle, on retrouve le syntagme de « santé sexuelle » dans le cadre d'une pensée hygiéniste, une branche spécifique de l'hygiène se dessine dans les termes de l'hygiène sexuelle. Il ne s'agit pas seulement d'aborder les effets de l'hygiène générale sur la santé sexuelle, mais aussi de porter attention à des éléments d'hygiène spécifiquement sexuels, comme la propreté du corps — y compris des orifices —, ou la toxicité des aphrodisiaques. Surtout, l'état mental est pris en considération dans ce cadre, associé au sentiment d'amour qui peut, lorsque les conditions sont réunies, prendre place et jouer son rôle. Ainsi inscrite dans le cadre de l'hygiène sexuelle, la dimension mentale est associée à la santé et considérée sous cet angle, et non sous celui, classique depuis les aliénistes, de la psychiatrie. L'hygiène sexuelle permet ainsi de poser l'état mental en rapport avec la sexualité comme un objet qui n'appartient pas exclusivement à la psychopathologie sexuelle. Le style de raisonnement psychiatrique dont parle Davidson est mis en question par un style d'appréhension hygiéniste, qui met en avant l'abord de la sexualité par la santé plutôt que celui par la pathologie. Autrement dit, la dimension mentale est prise en compte dans le cadre de la sexualité considérée comme naturelle, par opposition à la sexualité dite « non naturelle », qui relève de la psychopathologie des perversions sexuelles. C'est cette distinction que Beall pose, lorsque, dans son chapitre consacré aux perversions sexuelles, il estime qu'il est important que les législateurs et les éducateurs soient informés de « la prévalence des désirs sexuels insensés ou non-naturels »[102]. La seule perversion dont il parle est l'homosexualité, masculine comme féminine. S'inscrivant dans les représentations classiques de l'inversion sexuelle, elle résulte selon lui, du moins pour les personnes qui sont nées homosexuelles, d'une mauvaise combinaison entre le corps et le mental. Ainsi, l'homme homosexuel résulte-t-il de l'assemblage d'un corps d'homme avec un esprit de femme, et inversement pour les femmes homosexuelles. Ce qui est non-naturel est donc une combinaison faite par la nature elle-même, qui, dit-il, produit de multiples combinaisons de l'esprit et du corps, dont des « incongruités »[103]. Par contraste, lorsque la combinaison entre l'esprit et le corps est congruente, il s'agit de faire en sorte de maintenir la santé sexuelle de cette situation naturelle, ce

[102] « *... the prevalence of insane or un-natural sexual desires* ». Ibid., p. 171.
[103] Ibid., pp. 179-181.

qui est l'objet de l'hygiène sexuelle. S'établit ici comme objet d'une science spécifique la sexualité que l'on peut qualifier de normale, par opposition à la sexualité qui relève de la psychopathologie. Nous verrons que ce sera le rôle joué par la sexologie après la Seconde Guerre mondiale.

Le siècle de l'école et du sexe

Chez Beall comme au XIXe siècle, la santé sexuelle est énoncée surtout dans le cadre de l'hygiène domestique ou privée, dans une démarche éducative de *self-help*. Si cette approche ne disparaît pas au XXe siècle, elle est complétée par le développement au tournant du siècle de l'hygiène sociale, issue de la lutte contre les maladies vénériennes et la prostitution, en forte croissance avec l'augmentation spectaculaire des populations dans les villes, comme à New York. Aux côtés de lois contre la prostitution et à l'encontre des personnes ayant contracté la syphilis ou une gonorrhée, l'axe éducatif n'apparaît plus seulement dans des ouvrages de médecins s'adressant au public dans une démarche de *self-help*, mais prend un tour collectif afin d'exercer un certain contrôle sur les comportements sexuels des populations. Les discours d'hygiène sexuelle se déploient ainsi sur le fond de la réforme sanitaire de l'ère progressiste.

Savoir s'il faut prodiguer une éducation sexuelle à l'école et laquelle, sont des questions qui vont faire l'objet de nombreux débats[104]. Du point de vue des objets qui nous occupent, et pour reprendre les termes de l'historien de l'éducation américain Jonathan Zimmerman, le XXe siècle a été le siècle de l'école et le siècle du sexe[105]. La rencontre des deux a placé l'éducation sexuelle au cœur de nombreux débats et controverses. Tandis que les promoteurs et promotrices de l'éducation sexuelle voyaient en celle-ci un moyen de freiner l'activité sexuelle des jeunes, afin d'éviter les excès et les maladies vénériennes, leurs opposantes et opposants craignaient que celle-ci ne corrompe l'esprit des enfants innocents et ne les incitent à des activités sexuelles. Par ailleurs, au sein de l'éducation sexuelle, des conflits émergeaient sur la question de savoir si celle-ci devait être une

[104] Sur cette question aux États-Unis, voir MORAN Jeffrey P., *Teaching Sex: the Shaping of Adolescence in the 20th Century*, Cambridge, Mass., Harvard University Press, 2000.

[105] ZIMMERMAN Jonathan, *Too Hot to Handle: a Global History of Sex Education*, Princeton, Princeton University Press, 2015, p. 2.

prérogative de l'école ou des parents[106]. Ainsi, l'opposition à l'éducation sexuelle à l'école se déployait selon deux axes eux-mêmes opposés : un axe d'éducation sexuelle par les parents, et un autre de refus de toute éducation sexuelle, voyant dans le savoir un danger. Ces deux axes traversent la profession médicale mais sont aussi représentés hors du champ médical et scientifique, notamment par des femmes, comme, d'une part, l'écrivaine féministe suédoise Ellen Key, et d'autre part, l'essayiste catholique américaine Agnes Repplier.

Key a publié un best-seller, *The Century of the Child*, traduit en plusieurs langues et édité à New York et Londres. Dans celui-ci, elle milite à la fois pour l'éducation sexuelle et contre le fait qu'elle soit menée à l'école. Il ne s'agissait pas pour elle que le XXe siècle soit celui de l'école et du sexe, mais celui de l'enfant, éduqué par ses parents. Car selon elle, l'école ne permet pas le développement de la liberté de l'enfant et du futur adulte, ni celui du sens de ses responsabilités. Au contraire, elle noie les enfants dans la masse[107]. Concernant spécifiquement l'éducation sexuelle, l'école ne peut transmettre que des bases théoriques, notamment physiologiques, mais pas ce qui relève de l'imagination ni des sentiments. Une telle connaissance (*knowledge*) « doit être communiquée lentement et soigneusement par la mère elle-même »[108].

Contre l'éducation sexuelle non seulement à l'école mais en général, Repplier considère de son côté que la connaissance (*knowledge*) sur le sexe est dangereuse, et qu'il ne faut pas vouloir en transmettre plus que nécessaire, sur un sujet où, selon elle, on sait déjà bien ce qu'il y a à savoir[109]. L'argument de la connaissance mis en avant par les avocates et avocats de l'éducation sexuelle lui paraît supposer une ignorance qui serait très exagérée, et qui conduirait à la prolifération et à l'excès de discours sur le sexe. N'était la réprobation morale que recèle le propos de Repplier, celui-ci évoque la « véritable explosion discursive » autour et à propos du sexe pointée par Foucault[110] :

---

[106] Ibid., p. 3.

[107] KEY Ellen, *The Century of the Child*, New York ; London, G. P. Putnam's Sons, 1909, pp. 243-244.

[108] « *... should be slowly and carefully communicated by the mother herself* ». Ibid., p. 11.

[109] REPPLIER Agnes, « The Repeal of Reticence », in: *Counter-currents*, Boston - New York, Houghton Mifflin, 1916, p. 137.

[110] FOUCAULT, *La volonté de savoir*, *op. cit.*, 1976, p. 25.

> [...] rompre le silence n'implique pas nécessairement l'ouverture des vannes de la parole. Il n'a jamais été envisagé par ceux qui ont d'abord conseillé avec prudence une compréhension plus claire des relations sexuelles et des lois hygiéniques, que tout le monde devrait discuter librement de ces graves questions.[111]

« La connaissance est le cri », ajoute-t-elle : « Des connaissances brutes, non digérées, sans limite et sans réserve »[112]. Ainsi, au lieu de constituer une éducation sexuelle, cette connaissance prolifique sur le sexe ne ferait que pervertir les esprits des jeunes, en détournant l'hygiène sexuelle de ses objectifs.

Le champ de la santé sexuelle selon Bigelow

C'est dans ce contexte d'âpres débats — qui traverseront tout le XXe siècle jusqu'à encore aujourd'hui —, que va être repris le syntagme de « santé sexuelle », inséré dans des discours d'hygiène et d'éducation sexuelles. Le vénérologue Prince A. Morrow et le biologiste Maurice Bigelow — que nous avons déjà évoqués plus haut —, membres de l'*American Social Hygiene Association* (ASHA), constituent deux figures majeures du mouvement d'hygiène sociale américain du début du XXe siècle. Par rapport à l'hygiène domestique, l'hygiène sociale a une dimension de santé publique. La question du bonheur articulé à la santé (*happiness, well-being*) n'est pas seulement posée sur le plan individuel, mais sur celui de la société (*welfare*). L'accélération des développements urbains et industriels au cours du XIXe siècle posent des problèmes qui ne peuvent simplement être pris en charge par une approche d'hygiène domestique dont le modèle démographique est celui de l'isolement ou des petites communautés. La croissance de la population et ses concentrations dans des villes toujours plus denses et vastes favorisent la multiplication des cas de maladies vénériennes et le commerce de la prostitution. Pour lutter contre ces maladies et combattre la prostitution (communément appelée *social evil*), l'éducation sexuelle est considérée comme un moyen de premier ordre à l'heure de la massification de l'école. L'horizon de celle-ci est la famille fondée par le mariage, socle de la société. Il

---

[111] « *[...] the breaking of silence need not imply the opening of the floodgates of speech. It was never meant by those who first cautiously advised a clearer understanding of sexual relations and hygienic laws that everybody should chatter freely respecting these grave issues* ». REPPLIER, « The Repeal of Reticence », *art. cit.*, 1916, p. 140.

[112] Ibid., pp. 140-141.

s'agit là des objets de l'ASHA, dont le but est de protéger et de promouvoir « la famille américaine en tant que base de l'institution sociale »[113]. Est ici supposé que le « vice » n'est pas inscrit dans la nature humaine, mais qu'il est la conséquence de l'ignorance, à laquelle l'éducation est supposée répondre pour entraîner la modification des comportements. Ainsi, nous dit Morrow, le remède le plus efficace contre la propagation des maladies vénériennes « est la diffusion générale des connaissances concernant les dangers et les modes de contagion de ces maladies »[114].

Cette pensée éducative d'hygiène sociale est en outre articulée à la pensée eugéniste et de l'hérédité particulièrement répandue aux États-Unis. L'eugénisme est considéré comme un des problèmes que doit traiter l'éducation sexuelle, dans la mesure où il réfère à la question de la reproduction de l'espèce. Figure à la fois de l'hygiène sociale et du mouvement eugéniste[115], Bigelow y renvoie dans les termes suivants : « L'eugénisme, ou science du bon élevage humain, est à l'heure actuelle le plus populaire des problèmes concernant le sexe humain et la reproduction »[116]. Or, selon Bigelow, les chercheurs en biologie de l'hérédité ont publié des données qui montreraient que le risque d'une mauvaise évolution de la race pourrait être entraîné par « les actes sexuels incontrôlés [qui] peuvent transmettre des qualités indésirables et héritables et entraîner un désastre pour des générations de descendants »[117]. En conséquence de quoi, « [c]ertains des faits principaux de l'eugénisme devraient faire partie de tout programme bien organisé d'éducation

---

[113] NATIONAL ACADEMY OF SCIENCES et NATIONAL RESEARCH COUNCIL, *Scientific and Technical Societies of the United States and Canada*, 6 ed., Washington, D.C., National Academy of Sciences & National Research Council, 1955, p. 88.

[114] « *The true remedy, the most effective remedy available to modify or lessen the appalling evils, moral and physical, which flow from venereal diseases is the general dissemination of knowledge respecting the dangers and modes of contagion of these diseases* ». MORROW, *Social Diseases and Marriage: Social Prophylaxis*, *op. cit.*, 1904, p. 384.

[115] Bigelow a occupé plusieurs fonctions à la Société américaine d'eugénisme, dont celle de président. Suite à son décès en 1955, la revue *Eugenics Quarterly* lui rendit hommage. Voir POPENOE Paul, « In memoriam: Maurice A. Bigelow », *Eugenics Quarterly* 2 (1), 1955, pp. 7-8.

[116] « *Eugenics, or the science of human good breeding, is just now the most popular of the problems concerning human sex and reproduction* ». BIGELOW Maurice A., *Sex-Education. A Series of Lectures Concerning Knowledge of Sex in its Relation to Human Life*, New York, MacMillan, 1916, p. 86.

[117] « *[...] uncontrolled sexual actions may transmit undesirable and heritable qualities and bring a train of disaster to generations of descendants* ». Ibid.

sexuelle et être enseignés par la biologie »[118], afin de faire appel à l'esprit de responsabilité des individus.

Ce passage permet de comprendre comment, dans l'hygiène sociale américaine qui a un passé d'hygiène domestique, l'articulation de l'individuel et du collectif est opérée. L'eugénisme est conçu à partir de la responsabilité des individus, qui doivent tenir compte des répercussions possibles de leurs comportements sur les générations futures. Le passage de l'individu à l'espèce s'opère par une éthique de la responsabilité individuelle eu égard au social.

Avant Bigelow, Morrow a également associé l'hygiène sociale à l'eugénisme. L'un de ses ouvrages les plus importants s'intitule *Social Diseases and Marriage: Social Prophylaxis*[119]. Il y milite pour la sanitarisation du mariage, dans la mesure où de la santé de la femme en tant que mère dépend le bien-être de la race humaine :

> Comme le bien-être de la race humaine est largement lié à la santé et à la capacité de fécondité de l'épouse et de la mère, la sanitarisation de la relation conjugale devient la condition la plus essentielle de la préservation sociale.[120]

Il s'agit alors de lutter contre les maladies vénériennes, celles-ci étant considérées par Morrow — nous verrons qu'il en sera autrement pour Bigelow — comme des facteurs de dégénérescence de la race, dans un langage aux résonances vitalistes :

> L'influence de la syphilis héréditaire se manifeste dans la production de diverses dystrophies, malformations et lésions d'organes importants ; elle compromet sérieusement le développement physique, la vigueur mentale et l'endurance vitale des descendants et constitue un facteur puissant dans la dégénérescence de la race.[121]

Pour éviter cette dégénérescence, et ne donner naissance qu'à des enfants par lesquels la race produite sera « bien formée et vigoureuse » [122], il faut alors lutter contre

---

[118] « *Some of the chief facts of eugenics should be a part of every well-organized scheme of sex-instruction, and taught through biology* ». Ibid.

[119] Morrow, *Social Diseases and Marriage: Social Prophylaxis*, *op. cit.*, 1904.

[120] « *Since the welfare of the human race is largely bound up in the health and productive capacity of the wife and mother, the sanitation of the marriage relation becomes the most essential condition of social preservation* ». Ibid., p. 20.

[121] « *The influence of inherited syphilis is manifest in the production of various dystrophies, malformations, and lesions of important organs; it seriously compromises the physical development, mental vigor, and vital stamina of the descendants and constitutes a powerful factor in the degeneration of the race.* ». Ibid., p. 21.

[122] « *[...] well formed and vigorous* ». Ibid.

les maladies vénériennes, et s'assurer pour cela de la santé sexuelle des conjoints. Morrow prodigue donc aux pères des conseils de sélection du futur époux de leur fille. La santé sexuelle est en effet un critère auquel il convient d'être attentif, tout autant que la position sociale et financière : « les habitudes et la santé sexuelle de son futur gendre sont tout aussi importantes à considérer que sa situation financière et sociale »[123]. Apparaît ainsi chez Morrow un lien particulier entre la santé sexuelle comme absence de maladies vénériennes et l'eugénisme sur fond de dégénérescence qu'il s'agit d'éviter.

Nous allons voir que, bien qu'il soit un promoteur de l'eugénisme, Bigelow adopte une position différente de Morrow quant aux liens entre l'eugénisme et la santé sexuelle. Celle-ci repose sur une clarification des rapports entre l'hygiène sexuelle, l'hygiène sociale et la santé sexuelle. Nous allons nous attarder particulièrement sur ses propos, car il est représentatif de l'époque aux États-Unis et met en évidence un certain nombre de points que l'on va retrouver, agencés différemment, à propos de la définition de la santé sexuelle à la fin du XXe siècle. En outre, il est l'un des premiers auteurs à proposer des contours précis et discutés du champ de la santé sexuelle, et à lui donner ainsi une consistance conceptuelle.

On trouve une première référence à la santé sexuelle sous sa plume en 1911 dans un article de la revue phare du mouvement d'hygiène sociale américain, *Social Diseases*[124], publiée par l'*American Society of Sanitary and Moral Prophylaxis*. Il y affirme trois points en faveur de l'intégration de la biologie dans l'instruction sexuelle, et ce faisant de la participation des enseignants en biologie dans cette instruction. Ces trois arguments sont : 1) que les études biologiques sont les seules à pouvoir conduire au développement chez les élèves d'un état d'esprit propice à favoriser la bonne compréhension des problèmes les plus complexes de la vie humaine ; 2) que celles-ci constituent un savoir fondamental à transmettre ; 3) qu'elles permettent l'application hygiénique de certains faits biologiques. C'est ce dernier argument qui se rapporte à la santé sexuelle :

> La troisième revendication de la valeur des études biologiques comme fondement de l'éducation sexuelle est que les aspects physiologiques et bactériologiques de la biologie

[123] « *… the habits and sexual health of his prospective son-in-law are quite as important to consider as his financial and social position* ». Ibid., p. 352.

[124] La revue changera de nom en 1913 pour devenir le *Journal of the Society of Sanitary and Moral Prophylaxis*. Voir BIGELOW, *Sex-Education*, *op. cit.*, 1916, p. 230.

peuvent être utilisés très directement et facilement comme conseils d'hygiène pour la préservation de la santé sexuelle normale, et indirectement de la santé en général.[125]

La santé sexuelle se trouve référée à la biologie, et s'entend ainsi en un sens physique. En particulier, il s'agit de prévenir les maladies vénériennes, ce qui lui confère sa dimension hygiénique. Elle désigne alors l'absence de ces maladies, dans la continuité de Morrow.

Dans un ouvrage publié en 1916 et consacré à l'éducation sexuelle[126], Bigelow va préciser ce qu'il entend par « santé sexuelle », et va en étendre le champ à la psychologie. Il commence son livre en définissant tour à tour l'éducation sexuelle, l'hygiène sexuelle et l'hygiène sociale. L'éducation sexuelle « dans son sens le plus large » inclut l'instruction aussi bien scientifique, éthique, sociale, que religieuse, propre à aider directement et indirectement les jeunes gens pour se préparer à résoudre pour eux-mêmes les problèmes sexuels qui surviennent inévitablement dans la vie de tout individu normal[127]. Au cœur de la démarche d'hygiène sociale, on retrouve la dimension de *self-help*, l'éducation devant permettre à chacune et chacun de faire face par soi-même aux problèmes rencontrés. Mais on note que l'étendue de l'éducation sexuelle est large, et qu'elle mêle aussi bien des éléments scientifiques que moraux.

A contrario, l'hygiène sexuelle est moins extensive que l'éducation sexuelle. Elle se réduit aux questions de santé en tant qu'influencée par les processus sexuels, et se définit même comme une « subdivision de la science de la santé »[128]. Elle ne constitue donc qu'une partie de l'éducation sexuelle, qui ne saurait se réduire qu'aux seules questions de santé physique. En somme, la revendication d'une éducation sexuelle entend aller au-delà de l'hygiène sexuelle. Ceci signifie également que les problèmes moraux posés par la sexualité ne sont pas des problèmes de santé, alors que la confusion a pu être entretenue dans les courants hygiénistes du XIXe siècle.

---

[125] « *The third claim for the value of biological studies as a foundation for sex instruction is that the physiological and bacteriological phases of biology may be very directly and easily applied as hygienic advice for the preservation of normal sexual health, and indirectly of health in general* ». BIGELOW Maurice A., « Biology in Relation to Sex Instruction in Schools and Colleges », *Social Diseases* II (4), 1911, p. 11.

[126] BIGELOW, *Sex-Education*, *op. cit.*, 1916.

[127] Ibid., p. 1.

[128] « *... subdivision of the science of health* ». Ibid.

L'hygiène sociale, quant à elle, est définie comme un grand mouvement général pour l'amélioration des conditions de vie dans tous les domaines où existe une mauvaise santé sociale ou un besoin de réforme sociale[129]. Mais, ajoute Bigelow, le champ couvert par l'hygiène sociale est souvent limité aux aspects sexuels des conditions de vie défavorables — la prostitution —, et le syntagme « hygiène sociale » sert habituellement de substitut à celui d'« hygiène sexuelle »[130]. Le double désavantage d'une telle substitution selon l'auteur est, d'une part, de tendre à réduire les questions sociales aux questions de prostitution, et d'autre part, d'exclure de l'hygiène sexuelle ainsi socialisée les problèmes personnels de santé sexuelle. C'est donc l'approche domestique de l'hygiène sexuelle qui se trouve invisibilisée. Il convient dès lors de sortir de la confusion entre ces deux hygiènes, autant pour ne pas réduire le champ de l'hygiène sociale, que pour ne pas occulter l'hygiène sexuelle personnelle, qui a sa part dans l'hygiène sociale. On peut également entendre derrière ces précisions que l'hygiène sociale ne doit pas servir de « cache-sexe » à l'hygiène sexuelle, comme si cette dernière ne pouvait avoir sa propre respectabilité.

Sur ces bases, Bigelow récapitule les différentes phases de l'éducation sexuelle, au nombre de six. À chaque phase correspond un domaine d'application[131] :

Dans sa vision la plus large, l'éducation sexuelle (ou instruction sexuelle) inclut :	hygiène sexuelle (personnelle, sociale)	pour la santé sexuelle
	biologie (dont physiologie) de la reproduction	pour l'attitude à propos du sexe, et pour les faits scientifiques importants
	hérédité et eugénisme	pour la conduite sexuelle de première importance pour l'amélioration de la race
	éthique et sociologie du sexe	pour la conduite sexuelle
	psychologie du sexe	pour la santé sexuelle et le comportement
	esthétique du sexe	pour l'attitude

[129] Ibid., p. 3.
[130] Ibid.
[131] Ibid., p. 4.

Avec ce schéma, on observe où se situe la santé sexuelle, comme objet de l'hygiène sexuelle d'une part, mais aussi de la psychologie du sexe d'autre part. L'hygiène sociale n'apparaît pas en tant que telle car elle ne se réduit pas à une phase de l'éducation sexuelle. En revanche, la dimension sociale de l'hygiène sexuelle est signalée, au côté de la dimension personnelle.

On note également que, contrairement à ce que nous avons vu chez Morrow, la santé sexuelle n'est pas l'objet de l'eugénisme et des questions d'hérédité. Le ressort de l'amélioration de la race ne réside donc pas dans la préservation de la santé sexuelle, objet de l'hygiène sexuelle. Bigelow développe cet argument au moment où il aborde l'eugénisme comme une des questions devant être traitée par l'éducation sexuelle. Soucieux encore une fois de précision conceptuelle, il insiste sur le fait qu'il ne faut pas confondre l'eugénisme et l'hygiène sexuelle — erreur dont il dit qu'elle est souvent faite, l'un et l'autre étant régulièrement pris pour des synonymes. Nous avons pu voir en effet comment, au XIXe siècle déjà, la question de l'hérédité et celle de la santé sexuelle pouvaient être liées chez un certain nombre d'auteurs. *A contrario*, Bigelow ajoute que l'eugénisme et l'hygiène sexuelle « ont peu en commun »[132]. C'est que, selon lui, les maladies vénériennes peuvent certes être transmises à l'enfant à naître, mais selon un processus d'infection, non d'hérédité. Si l'eugénisme traite de la biologie de l'hérédité, l'hygiène sexuelle relève de ce qui est alors appelé l'euthénique, c'est-à-dire l'amélioration des conditions de vie et de l'environnement de l'individu. Dès lors, l'eugénisme et l'hygiène sexuelle n'enseignent pas les mêmes choses, mais font partie l'un et l'autre de l'éducation sexuelle :

> L'enseignement de l'hérédité et de l'eugénisme vise à développer le sens de la responsabilité individuelle dans la transmission de ses bonnes ou mauvaises qualités héréditaires à sa progéniture. L'enseignement de l'hygiène sexuelle, qu'elle soit personnelle ou sociale, vise à améliorer la santé personnelle et à prévenir l'infection et l'influence néfaste sur la génération suivante à naître. Évidemment, nous avons besoin à la fois de l'hygiène sexuelle et de l'eugénisme dans le cadre de l'éducation sexuelle au sens large.[133]

---

[132] « *The fact is that eugenics and sex-hygiene have little in common* ». Ibid., p. 86.

[133] « *The teaching of heredity and eugenics is intended to develop a sense of individual responsibility for the transmission of one's good or bad inherited qualities to offspring. The teaching of sex-hygiene, either personal or social, looks towards improving personal health and preventing infection and injurious influence on the unborn next generation. Obviously, we need both sex-hygiene and eugenics as part of the larger sex-instruction* ». Ibid., p. 88.

Partant, l'eugénisme et l'hygiène sexuelle dans le sens médical strict que lui donne Bigelow « sont parallèles et non contradictoires »[134], comme deux branches distinctes de l'éducation sexuelle. En conséquence, la santé sexuelle, objet de l'hygiène sexuelle, n'est pas celui de l'eugénisme.

Autre point remarquable et en cohérence avec ce qui précède : la santé sexuelle se trouve dissociée de la reproduction. Cette séparation, qui sera un enjeu à la fin du XXe siècle dans la définition de la santé sexuelle par l'OMS, du fait de l'implication, dans la suite du néo-malthusianisme de Drysdale, des mouvements de planification familiale dans les discussions, est spécifiquement justifiée par Bigelow :

> […] alors que la reproduction est un processus sexuel, les activités et les influences sexuelles sont souvent sans rapport avec la reproduction. En fait, la plupart des grands problèmes qui ont rendu l'éducation sexuelle souhaitable, si ce n'est nécessaire, sont des problèmes de sexe en dehors de la reproduction.[135]

Il s'agit donc de mettre en œuvre une éducation sexuelle qui ne se réduise pas à l'organo-physiologie de la reproduction et à l'hérédité, mais qui porte bien sur les aspects non reproductifs du sexe. Ceci amène Bigelow à une nouvelle précision, afin de rassurer les parents, enseignants et autorités sur l'objet de l'éducation sexuelle : celle-ci ne consiste pas en des études sur le sexe (« *sex studies* »), mais bien en une instruction sexuelle, incluant l'hygiène sexuelle, orientant les élèves vers une relation saine, naturelle et salubre (« *healthy, natural and wholesome* ») à propos du sexe[136].

Santé sexuelle et morale sexuelle

Se pose alors la question de l'articulation entre la santé sexuelle et la morale sexuelle, que Bigelow traite. Il établit en effet la liste des problèmes relatifs à l'éducation sexuelle, parmi lesquels il fait figurer celui de la moralité sexuelle. Selon lui, cette dernière réclame que l'union sexuelle soit restreinte aux mariages monogames (il est donc sous-

---

[134] « *It is clear, then, that sex-hygiene (in the strict medical sense) and eugenics are parallel and not conflicting* ». Ibid.

[135] « *[…] for while reproduction is a sexual process, sexual activities and influences are often quite unrelated to reproduction. In fact, most of the big problems that have made sex-education desirable, if not necessary, are problems of sex apart from reproduction* ». Ibid., p. 5.

[136] Ibid., p. 7.

entendu qu'elle est également hétérosexuelle)[137]. L'éducation sexuelle doit alors viser à ce que les jeunes générations reconnaissent et acceptent le cadre du mariage monogame, ce qui constitue la phase de l'éthique sexuelle de cette éducation[138]. La question qui se pose, et que Bigelow pose parce qu'elle fait partie des débats de l'époque, est celle des rapports entre la morale sexuelle et l'hygiène sexuelle, et donc la santé sexuelle. L'éthique sexuelle est-elle un moyen de l'hygiène sexuelle ? Ou bien la morale sexuelle constitue-t-elle un champ autonome ? L'une et l'autre peuvent-elles entrer en conflit ? Pour Bigelow, l'axe moral et l'axe hygiénique « sont clairement liés mais ne coïncident pas », car « la santé sexuelle et la morale ne sont pas entièrement coordonnées »[139]. Il poursuit :

> Nous ne devons pas négliger la possibilité que les progrès merveilleux de la science bactériologique et médicale puissent un jour largement réduire les problèmes de santé du sexe sans améliorer la moralité. En fait, l'immoralité sexuelle qui est hygiénique existe dans une mesure limitée. De tels faits indiquent que si l'éducation sexuelle a d'abord été planifiée pour résoudre des problèmes de santé, l'éducation sexuelle ultime doit tenter d'orienter la conduite sexuelle par des principes moraux. Cette nécessité de mettre davantage l'accent sur les problèmes moraux de la sexualité devrait être clairement anticipée par ceux qui s'intéressent à l'éducation sexuelle.[140]

Ainsi, on peut imaginer que les progrès des sciences conduiront à améliorer l'hygiène sexuelle et donc la santé sexuelle. L'exemple de la bactériologie n'est pas fortuit pour l'époque. Comme nous l'avons déjà signalé, l'un des objectifs de l'hygiène sexuelle est de lutter contre les maladies vénériennes. Pour autant, ces progrès n'en impliqueraient pas d'eux-mêmes une meilleure moralité sexuelle. Plus, selon Bigelow, l'immoralité sexuelle n'est pas toujours contraire à l'hygiène, ce qui souligne son caractère relativement autonome par rapport à la santé sexuelle. Ceci contraste avec le propos optimiste, ou qui tente à tout le moins d'être persuasif, selon lequel les lois de la santé sont en

---

[137] Ibid., pp. 58-59.

[138] Ibid., p. 61.

[139] « *[...] sexual health and morals are not entirely coordinated* ». Ibid., p. 63.

[140] « *We must not overlook the possibility that the marvellous progress of bacteriological and medical science may some day largely reduce the health problems of sex without improving morality. In fact, sexual immorality that is hygienic does actually exist to a limited extent. Such facts indicate that while sex-education was first planned to solve health problems, the ultimate sex-education must attempt to guide sexual con-duct by moral principles. This coming need of more emphasis on the moral problems of sex should be clearly foreseen by those who are interested in sex-education* ». Ibid.

adéquation avec les préceptes moraux[141]. Dans un article consacré à la peur associée au SIDA, le pédopsychiatre et psychiatre social Leon Eisenberg a bien mis en évidence la crainte qu'exprimaient certains médecins du début du XXe siècle, de voir les maladies vénériennes disparaître et de favoriser ainsi les comportements sexuels jugés immoraux. Il cite notamment les propos tenus en 1910 par le gynécologue américain Howard Atwood Kelly, pour lequel les maladies vénériennes permettent, dans une certaine mesure, de contenir les comportements sexuels immoraux du fait de la peur que ces maladies peuvent provoquer :

> Si nous pouvions en un instant éradiquer les maladies, nous oublierions aussi immédiatement le côté moral de la question, et tomberions alors, en une courte génération, entièrement sous la domination des passions animales, devenant ainsi grossièrement et universellement immoraux.[142]

Bigelow ne s'engage pas dans cette voie, mais se contente de souligner que l'amélioration de la santé sexuelle laisse entière la question morale. Ramener à sa dimension scientifique, l'hygiène sexuelle ne se substitue pas à la morale sexuelle. L'éthique sexuelle est alors un objectif en tant que tel de l'éducation sexuelle.

Toutefois, elle ne saurait s'en tenir au respect de l'union sexuelle dans le cadre du mariage monogame. Le biologiste propose une morale plus ambitieuse, qu'il appelle une « super-moralité »[143]. Le problème selon lui de la morale du mariage monogame est qu'à s'en tenir là, elle ne s'enquiert pas de la moralité *au sein* de ce type d'unions sexuelles. Or, nous dit-il, l'« union sexuelle naturelle » (« *natural sexual union* ») dans le mariage monogame est très souvent éloignée de l'idéal, sans être immorale du point de vue légal ou du point de vue de l'Église. Elle peut, en effet, être contraire à l'éthique, à l'hygiène, ou à l'esthétique :

---

[141] C'est ce qu'affirme Hall dans sa *Sexology* pour contredire l'argument selon lequel la continence serait néfaste pour la santé : « *Les lois de la nature sont toujours en harmonie avec les préceptes de la morale* » (« *The laws of nature are always in harmony with the precepts of morality* »). HALL, *Sexology, or Startling Sins of the Sterner Sex*, *op. cit.*, 1892, p. 175.

[142] « *If we could in an instant eradicate the diseases, we would also forget at once the moral side of the question, and would then, in one short generation, fall wholly un-der the domination of the animal passions, becoming grossly and universally immoral* ». EISENBERG Leon, « The genesis of fear: AIDS and the public's response to science », *Law, medicine and health care* 14 (5-6), 1986, p. 246.

[143] BIGELOW, *Sex-Education*, *op. cit.*, 1916, p. 64.

> Elle est contraire à l'éthique, s'il ne s'agit pas d'un desideratum bi-personnel (c'est-à-dire basé sur l'amour mutuel) ; elle n'est pas hygiénique lorsqu'elle n'est pas promotrice et conservatrice de la santé ; et elle est inesthétique si les réactions psychiques concomitantes ne sont pas en harmonie avec la beauté de la nature et de la vie[144].

Au-delà de la moralité qui limite l'union sexuelle au mariage monogame, il s'agit de promouvoir « une affection et une camaraderie monogames satisfaisantes pour tous, fondée sur certaines lois physiologiques, psychiques, esthétiques et éthiques qui sous-tendent les potentialités sexuelles humaines »[145]. L'éthique de l'amour mutuel, qui évoque le consentement, et la satisfaction produite par l'harmonie, associées à la santé sexuelle, constituent les buts de la super-moralité sexuelle, et les objectifs de l'éducation sexuelle.

L'éducation sexuelle positive : valorisation du normal, tabou des perversions

L'éducation sexuelle n'est donc pas que physique, tandis que la santé sexuelle, surtout comprise comme santé physique eu égard aux maladies vénériennes, recouvre aussi une dimension psychologique. Cette éducation se veut en outre positive, dans le sens où elle préconise de peu insister sur ce qui est négatif tant du point de vue médical que du point de vue moral :

> L'immoralité dans l'éventail sexuel ne devrait pas être exagérée lors de l'enseignement aux jeunes. Il faudrait plutôt mettre l'accent sur les processus moraux, normaux, sains, utiles et esthétiques dans la vie humaine. Nous devrions mettre l'accent sur la santé sexuelle et la morale, et non sur la maladie et l'immoralité.[146]

Un partage s'opère entre le normal et le pathologique, et l'objet de l'éducation sexuelle est le normal. On sait que le pathologique est l'affaire de la psychiatrie et de la psychopathologie sexuelle, qui étudient les perversions. La santé sexuelle, en partie psy-

---

[144] « *It is unethical, if it is not a bi-personal desideratum (i.e., based on mutual love); it is unhygienic when not promotive and conservative of health; and it is unaesthetic if the concomitant psychical reactions are not in harmony with the beautiful in nature and life* ». Ibid.

[145] « *[...] an all-satisfying monogamic affection and comradeship based on certain physiological, psychical, aesthetic, and ethical laws that underlie human sexual potentialities* ». Ibid.

[146] « *Immorality in sexual lines should not be overstressed when teaching young people. Rather should there be emphasis on the moral, the normal, the healthful, the helpful, and the aesthetic processes in human life. We should emphasize sexual health and morals, not disease and immorality* ». Ibid., p. 67.

chologique, est dès lors posée comme l'antonyme (terminologique) et le contraire (conceptuel) de la perversion sexuelle. Dans l'optique d'hygiène sexuelle sociale, l'éducation sexuelle doit permettre de faire reculer les perversions et le « vice », terme souvent employé par Bigelow. Est visé ici particulièrement la prostitution, par ailleurs terrain de prolifération des maladies vénériennes. L'ignorance est considérée comme la principale cause de ce « mal socio-sexuel » (« *social sexual evil* »)[147]. Ceci justifie le déploiement de l'éducation sexuelle, et plus spécialement d'une éducation sexuelle qui porte sur le normal et non sur l'anormal. Évoquant la question de l'avenir de l'éducation sexuelle, Bigelow discute l'idée courante à l'époque, qu'il partage, selon laquelle le public se désintéresserait des questions sexuelles du point de vue de la normalité, du fait de la prégnance, par sensationnalisme, de l'anormalité et des perversions comme sujets des ouvrages portant sur la sexualité : « Les auteurs se sont disputés les uns avec les autres en présentant les cas les plus effrayants de maladies sociales, de traite des blanches, de perversions sexuelles et de tous les autres aspects disponibles de la dégénérescence sexuelle »[148]. Il est temps, donc, pour Bigelow, de proposer une éducation sexuelle centrée sur la santé sexuelle et la moralité sexuelle, plutôt que sur le côté sombre du sexe. Nous sommes ici loin de la psychanalyse qui a émergé de l'autre côté de l'Atlantique. Bigelow procède d'ailleurs par deux fois à la mise à l'écart non seulement de Freud, mais également de Krafft-Ebing et de Havelock Ellis, regroupés comme des représentants de la psychopathologie sexuelle. Ces mises à l'écart interviennent lorsqu'il aborde la question de la sélection des enseignantes et enseignants pour enseigner l'hygiène sexuelle personnelle et l'éthique sexuelle. Il décrit cinq types d'enseignantes et d'enseignants disqualifiés pour cet enseignement, parmi lesquels figurent les « anormales » et « anormaux » (« *abnormal teachers* »), et celles et ceux qui mettent l'accent sur « l'anormalité sexuelle » (« *sexual abnormality* »). La première catégorie regroupe les personnes « névrosées et hystériques » (« *neurotic and hysterical* »), sans formation physiologique approfondie, et « dont les propres perturbations sexuelles les ont amené · e · s à dévorer de façon omnivore et non scientifique la littérature psychopathologique sur le sexe d'auteurs comme Havelock Ellis, Krafft-

[147] Ibid., p. 50.

[148] « *Authors have vied with each other in presenting the most lurid cases of social diseases, white slavery, sexual perversions, and every other available aspect of sexual degeneracy* ». Ibid., p. 233.

Ebing et Freud »[149]. Or, le propos de Bigelow ne consiste pas seulement à disqualifier des personnes — surtout des femmes selon lui — qui auraient mal lu ces auteurs, à travers l'œil de leur perturbation sexuelle plutôt que l'œil scientifique. Il jette également le discrédit sur les orientations théoriques même de ceux-ci. La référence à la formation en physiologie est un premier indice de ce procédé, qui oppose subrepticement physiologie sexuelle et psychopathologie sexuelle. La suite du texte ne laisse quant à elle aucun doute :

> […] plusieurs femmes extrêmement anormales […] s'intéressent activement à l'éducation sexuelle des jeunes et suggèrent à leurs amies parmi les jeunes femmes la doctrine dangereuse et fausse selon laquelle le célibat prolongé pour les femmes entraîne une sexualité refoulée qui mène sûrement à une mauvaise santé. De telles idées, il est vrai, se rattachent à certains auteurs radicaux bien connus sur la psychopathologie du sexe ; mais nous devons nous rappeler que la grande majorité des médecins et autres chercheurs scientifiques qui ont étudié ces problèmes refusent de croire que les instincts sexuels réprimés chez les hommes ou les femmes font le mal que quelques extrémistes ont prétendu.[150]

La continence avant le mariage est un leitmotiv du mouvement d'hygiène sociale, et Bigelow la préconise pour les hommes[151] comme pour les femmes[152]. On comprend alors qu'il rejette des arguments qui associent celle-ci à une mauvaise santé. Mais on constate qu'il vise dès lors les discours de psychopathologie sexuelle qui soutiennent que la répression sexuelle a des effets néfastes sur le plan psychologique, alors même qu'il vient de citer les auteurs qu'il considère comme les principaux représentants de ces discours.

Or, ces auteurs sont aussi ceux qui mettent en avant la sexualité que Bigelow désigne comme anormale. Et la deuxième catégorie d'enseignantes et enseignants disqualifiés pour enseigner l'hygiène sexuelle regroupe celles et ceux qui procèdent à cette mise

---

[149] « *[…] whose own sexual disturbances have led them to devour omnivorously and unscientifically the psychopathological literature of sex by such authors as Havelock Ellis, Krafft-Ebing, and Freud* ». Ibid., p. 116.

[150] « *[…] several extremely abnormal women […] are taking an active interest in the sex-instruction of young people and are actually suggesting to their friends among young women the dangerous and untrue doctrine that prolonged celibacy for women results in repressed sexuality that surely leads to ill health. Such ideas, it is true, are traceable to certain well-known radical writers on the psychopathology of sex ; but we must remember that the great majority of physicians and other scientific investigators who have studied such problems refuse to believe that repressed sex instincts in either men or women do the harm that a few extremists have claimed* ». Ibid., p. 117.

[151] Ibid., p. 160.

[152] Ibid., p. 190.

en avant, et qui invitent, selon Bigelow, des jeunes d'à peine plus de vingt ans « à lire des travaux psychopathologiques tels que ceux de Krafft-Ebing, Ellis, et Freud, et divers travaux traitant du vice commercialisé »[153], c'est-à-dire de la prostitution.

Bigelow tient donc particulièrement à distinguer l'éducation sexuelle de la psychopathologie sexuelle, et plus spécialement la santé sexuelle du « vice ». Il a d'ailleurs d'abord été réticent à l'enseignement de la santé sexuelle. Si, en 1916, il semble s'être rallié à l'idée d'une éducation sur la santé sexuelle, c'est bien à la condition de prendre soin de la distinguer des maladies vénériennes qui évoquent les comportements sexuels jugés non moraux. Deux ans auparavant, alors que, dans le cadre de la *Society of Sanitary and Moral Prophylaxis*, il discutait une intervention du médecin américain Max Exner sur l'éducation sexuelle dans l'enseignement supérieur (« *colleges and universities* »)[154], il s'est montré très réticent à y enseigner la santé sexuelle, entendue comme un domaine limité mais précis de l'hygiène sexuelle[155]. Cette réticence reposait sur le fait que le domaine de la santé sexuelle et celui des maladies sexuelles peuvent se chevaucher dangereusement[156]. Or, selon Bigelow, on ne peut pas considérer la santé sexuelle au même titre que les autres domaines des sciences de la santé, dans la mesure où la santé sexuelle a un sens social qui renvoie à l'instinct sexuel, alors que les autres branches des sciences de la santé ont une portée personnelle pour la personne qui consulte. Une des craintes de Bigelow, qu'il rappelle dans son ouvrage de 1916, est que le côté non moral de la sexualité suscite la curiosité des jeunes. Et c'est par un argument qui se veut épistémologique qu'il entend écarter le risque moral : « Il n'est pas scientifique de comparer l'enseignement de la santé sexuelle avec celui d'autres systèmes d'organes »[157]. C'est pourquoi il préconisait de s'en tenir au strict minimum en matière de santé sexuelle, plutôt que de s'étendre dessus. On comprend aussi son insistance sur l'éthique sexuelle dans son livre sur l'éducation sexuelle. Du reste, il placera explicitement la moralité sexuelle au-dessus de la santé sexuelle dans les objectifs de l'éducation sexuelle. Récapitulant les problèmes qui

---

[153] Ibid., p. 118.

[154] Exner Max J., Bigelow Maurice A., Watson Frank D. et Meylan George L., « Sex Education in Colleges and Universities », *The Journal of the Society of Sanitary and Moral Prophylaxis* V (2), 1914, pp. 92-115.

[155] « *[...] sex hygiene in the limited but accurate field of sexual health* ». Ibid., p. 107.

[156] « *[...] this field of sexual health whose borderland so treacherously overlaps that of sexual disease* ». Ibid.

[157] « *It is unscientific to compare the teaching of sexual health with that of other systems of organs* ». Ibid.

se posent à l'éducation sexuelle, et alors qu'il rappelle que certains ont trait à la santé en rapport à l'hygiène sexuelle en son sens strict, tandis que d'autres en sont éloignés et sont d'ordre éthique, social ou esthétique, il regroupe ces derniers sous l'axe de la moralité sexuelle par distinction d'avec celui de la santé sexuelle : « Évidemment, ces problèmes ne touchent pas à la santé sexuelle, mais à la moralité sexuelle »[158]. Or, pour l'éducation sexuelle, ces problèmes moraux sont au moins aussi importants, sinon plus, que ceux de santé sexuelle :

> En ce qui concerne leur importance éducative, je crois qu'ils sont aussi grands, peut-être même plus grands que ceux de l'hygiène sexuelle. En fait, j'en suis venu à croire que beaucoup d'individus peuvent mieux résoudre tous leurs problèmes sexuels sur la base d'une attitude morale et esthétique.[159]

Cette insistance de Bigelow sur le fait de ne pas réduire l'éducation sexuelle à la santé sexuelle tient à ce que l'éducation sexuelle est issue, comme il le rappelle, de l'hygiène sexuelle : « [L'éducation sexuelle] doit être beaucoup plus que l'hygiène sexuelle avec laquelle le mouvement d'instruction sexuelle a commencé »[160]. C'est pourquoi il lui importe d'insister sur la multiplicité des dimensions de l'éducation sexuelle. Pour éviter que l'éducation sexuelle soit rabattue sur l'hygiène sexuelle, le biologiste doit souligner le caractère restrictif de l'hygiène, dont le seul objet est la santé sexuelle, entendue principalement comme absence de maladies vénériennes. Et pour éviter les dangers moraux de l'éducation sur la santé sexuelle, il faut que celle-ci soit restreinte au minimum et bien distinguée des maladies vénériennes qui évoquent la psychopathologie sexuelle, en tant que résultats de comportements sexuels anormaux. Il faut pour ce faire insister sur la dimension éthique de l'éducation sexuelle.

La position de Bigelow semble l'emporter aux États-Unis à partir des années 1930. Un numéro de 1941 du *Journal of Social Hygiene* spécialement consacré à l'enseignement à l'école pour la lutte contre les maladies vénériennes, publie le rapport d'un projet de coopération entre le Service de santé publique des États-Unis et l'ASHA, réalisé par

---

[158] « *Obviously, these touch problems not of sex health, but of sex morality* ». BIGELOW, *Sex-Education*, *op. cit.*, 1916, p. 89.

[159] « *In their educational importance I believe them as great, perhaps even greater, than those of sex-hygiene. In fact, I have come to believe that many individuals can best solve all their own sexual problems on the basis of moral and aesthetic attitude* ». Ibid.

[160] « *[Sex-education] must be much more than the sex-hygiene with which the sex-instruction movement started* ». Ibid.

Bigelow, sous la supervision du Dr. William F. Snow, alors président du comité exécutif de l'ASHA. S'appuyant sur des études réalisées entre 1939 et 1940, Bigelow affirme ainsi :

> Au début de « l'hygiène sexuelle », il y a trente ans, ces maladies [vénériennes] étaient au centre de l'éducation, à la fois comme justification et comme introduction à l'instruction sexuelle en général. Tout cela a beaucoup changé au cours des dix dernières années. Aujourd'hui, les arguments les plus convaincants en faveur de l'éducation sexuelle reposent sur de nombreux aspects de la santé physique, mentale et sociale qui ne concernent pas les maladies vénériennes.[161]

Ce positionnement est résumé un peu plus loin par l'extrait d'une lettre rédigée par le médecin américain Kendall Emerson et reçue par Bigelow — qui la cite fort à propos — dans le cadre des études réalisées pour le rapport :

> En ce qui concerne l'affirmation selon laquelle l'éducation sexuelle au sens large devrait porter sur la santé physique, mentale et sociale, je suis entièrement d'accord — *la santé sexuelle plutôt que les maladies sexuelles.*[162]

Cette question de la distinction entre la santé sexuelle et les maladies sexuelles, qui réfèrent à des comportements jugés condamnables, comme celle du domaine de l'hygiène sexuelle et partant de la santé sexuelle, sont particulièrement importantes sur le plan épistémologique, et les définitions retenues plus tard par l'OMS vont contraster avec les positions de Bigelow. Outre leurs enjeux sociaux, elles ressortissent de ce qui est entendu par « santé ». Ici, on comprend que le rapport entre la santé sexuelle et les maladies vénériennes, et incidemment les perversions sexuelles, est d'exclusion, selon une définition de la santé comme absence de maladies. Mais, comme nous le verrons, la définition de la santé de l'OMS, et partant de la santé sexuelle, ne se ramèneront pas seulement à l'absence de maladies. Il va s'agir au contraire de proposer une définition positive de la santé. Or, non seulement la déclinaison de cette définition pour la santé sexuelle va

---

[161] « *In the early "sex hygiene" of thirty years ago, these diseases had the center of the educational stage, both as justification for and as introduction to sex instruction in general. All this has changed decidedly in the past ten years. Today, the most convincing arguments for sex education are based on many aspects of physical, mental, and social health which do not involve the venereal diseases* ». BIGELOW Maurice A., « Health education in relation to venereal disease control education. Report of a cooperative project between the United States Public Health Service and the American Social Hygiene Association, 1939-1940 », *Journal of social hygiene* 27 (2), 1941, p. 68.

[162] « *Concerning the statement that the larger sex education should deal with physical, mental, and social health, I am in full agreement - sex health rather than sex disease* ». Propos de Kendal Emerson, cités par ibid., p. 70. Souligné par nous.

reposer à nouveau frais la question du rapport aux perversions, rebaptisées « paraphilies », et reconduire ce rapport d'exclusion. Mais elle va aussi étendre le domaine de la santé sexuelle, par une définition intégrative plutôt que restrictive. Autrement dit, elle va prendre le contrepied de Bigelow tout en le suivant sur l'idée que l'éducation sexuelle ne se réduit pas à l'hygiène sexuelle. Pour ce faire, il faudra que la santé sexuelle ne soit plus l'objet exclusif de l'hygiène.

Ce mouvement est illustré par l'histoire du nom de l'association américaine dont Bigelow et Morrow étaient membres, l'ASHA. Fondée en 1913, elle procédait de la fusion de l'*American Vigilance Association* et de l'*American Federation for Sex Hygiene*[163], elle-même fondée par Morrow[164]. Comme nous l'avons dit plus haut, son objet était notamment de lutter contre les maladies vénériennes, de combattre la prostitution, de promouvoir l'éducation sexuelle et la préparation au mariage et à la parentalité. Cette association existe toujours et n'a pas changé d'acronyme. Mais depuis 2012, ASHA est la contraction de *American Sexual Health Association*. Non seulement ceci illustre le fait que la santé sexuelle s'est développée comme idée dans le foyer de l'hygiène sociale et de l'hygiène sexuelle américaines, mais elle signale aussi, comme nous le verrons plus loin, une évolution quant à la place occupée par la santé sexuelle entre le début du XXe siècle et le début du XXIe, dans la mesure où elle est directement affichée comme thématique centrale sous laquelle tout ce qui se rapporte à la sexualité va se trouver subsumé.

Cependant, il y a un point commun de première importance entre la conception de la santé sexuelle par Bigelow et la définition qu'en donnera l'OMS : elles se situent du côté de la sexualité considérée comme normale. L'insistance de Bigelow à exclure de l'éducation sexuelle la psychopathologie sexuelle construit une binarité forte entre la sexualité normale et la sexualité pathologique. La santé sexuelle apparaît ainsi en creux comme l'antonyme et l'opposé des perversions sexuelles, et la convocation de la première a pour fonction de tenir les secondes à l'écart. Ce discours se situe en opposition, nous l'avons vu, à celui de la psychanalyse, mais aussi à celui de la sexologie. Cependant, ce

[163] NATIONAL ACADEMY OF SCIENCES et NATIONAL RESEARCH COUNCIL, *Scientific and Technical Societies of the United States and Canada*, *op. cit.*, 1955, pp. 87-88.

[164] Voir CLARKE C. Walter, « The American Social Hygiene Association », *Public Health Reports (1896-1970)* 70 (4), 1955, p. 421.

n'est pas tant pour les raisons avancées par Bigelow, que parce que les discours psychanalytiques et sexologiques mettent en question la binarité entre le normal et le pathologique. D'une certaine manière, Bigelow amalgame sous le registre de la psychopathologie sexuelle des auteurs qui n'en font pas tout à fait partie, en particulier Freud et Ellis, eu égard à la relative normalisation du pathologique à laquelle ils procèdent.

En somme, le début du XXe siècle propose trois types de discours sur la sexualité, dont deux sont européens et un est américain : le discours psychanalytique, le discours sexologique, et le discours éducatif et sanitaire. Ces trois discours entrent en conflit les uns avec les autres. Nous l'avons vu concernant la psychanalyse et la sexologie. Nous venons de le voir concernant la psychanalyse et l'éducation sexuelle incluant la santé sexuelle. Mais c'est aussi le cas entre ce dernier discours et celui de la sexologie, qui tend lui aussi à normaliser au moins une partie de ce qui est désigné comme perversion sexuelle, ainsi qu'on a pu le voir avec Hirschfeld, et comme nous allons maintenant le constater avec Havelock Ellis.

II.2.2 — Psychologie et santé sexuelles en Grande-Bretagne : Havelock Ellis

Hygiène sociale et santé sexuelle chez Ellis

Havelock Ellis est surtout connu pour ses études sur la psychologie du sexe. Secrétaire d'une organisation radicale au début des années 1880[165], lecteur de Drysdale, ce médecin britannique, par ailleurs influent en Europe et aux États-Unis, s'est cependant intéressé aux aspects sociaux de la sexualité, et plus spécialement à l'hygiène sociale, dans une optique humaniste individualiste du social, plutôt que marxiste[166]. Des six volumes de ses études sur la psychologie du sexe, le dernier, *Sex in Relation to Society*, est consacré à la dimension sociale du sexe[167]. Il y aborde les questions qui préoccupent les

[165] Il s'agit de la *Progressive Association*, dont l'une des filles de Karl Marx était membre. Voir Crozier, « Havelock Ellis, eugenicist », *art. cit.*, 2008, pp. 188-189.
[166] Voir ibid., p. 189.
[167] Ellis Havelock, *Studies in the Psychology of Sex: Sex in Relation to Society*, vol. VI / VI, Philadelphia, F. A. Davis, 1910.

hygiénistes, comme les maladies vénériennes et la prostitution, ainsi que l'éducation sexuelle. Il traite également des domaines qui, selon Bigelow, relèvent de l'éducation sexuelle, comme la moralité sexuelle, l'art de l'amour, et la question de la procréation dans une perspective eugéniste[168]. Mais déjà en 1892, Ellis a publié un ouvrage consacré à la dimension collective de la santé, *The Nationalisation of Health*, qui milite pour la socialisation des conditions élémentaires de la santé et qui manifeste son intérêt précoce pour celle-ci[169]. De plus, après la publication des six volumes de sa psychologie du sexe, il en publie un autre sur l'hygiène sociale, *The Task of Social Hygiene*, qui comprend un chapitre sur l'hygiène sexuelle, et dans lequel Ellis renvoie à plusieurs reprises à *Sex in Relation to Society*[170].

Le champ de l'hygiène sociale étant aux États-Unis celui dans lequel le concept de santé sexuelle est utilisé, on pourrait s'attendre à le retrouver dans les ouvrages d'hygiène sociale d'Ellis. Mais d'une manière générale, les références au syntagme « santé sexuelle » semblent être plus rares en Grande-Bretagne qu'aux États-Unis en ce début de XXe siècle — et nous n'avons pas identifié un auteur équivalent à Bigelow outre-Manche. Plus particulièrement, concernant Ellis, il l'emploie très peu, et lorsqu'il le fait, il ne s'attarde pas dessus, n'en faisant pas ainsi un concept tel qu'il en est un chez Bigelow. De plus, il n'y en a d'occurrences dans aucun des deux ouvrages sur la santé et l'hygiène sociale, et seulement deux dans le dernier volume des *Studies in the Psychology of Sex*. Nous en avons également retrouvée une dans l'édition de 1904 de *Man and Woman*. La première se trouve dans le chapitre sur l'éducation sexuelle, la seconde dans celui sur les maladies vénériennes. Plus précisément, dans le premier cas, le contexte est celui d'une discussion sur les menstruations douloureuses des écolières. Ellis cite plusieurs enquêtes montrant qu'elles sont nombreuses à connaître des « perturbations de la santé sexuelle » (« *disturbance in the sexual health* ») du fait des cycles menstruels[171]. Selon lui, celles-ci sont souvent dues à une mauvaise hygiène et de mauvaises habitudes (port de vêtements gênants, repas irréguliers, manque de propreté physique…), qui reposent

[168] Sur ce point, voir le dernier chapitre consacré à « la science de la procréation ». Sur la pensée eugéniste de Ellis, voir CROZIER, « Havelock Ellis, eugenicist », *art. cit.*, 2008.
[169] ELLIS Havelock, *The Nationalisation of Health*, London, T. Fisher Unwin, 1892.
[170] ELLIS Havelock, *The Task of Social Hygiene*, Boston - New York, Houghton Mifflin, 1912.
[171] ELLIS, *Studies in the Psychology of Sex: Sex in Relation to Society*, *op. cit.*, 1910, p. 69.

sur le fait de négliger les fonctions menstruelles et de vivre sans les prendre au sérieux[172]. Il soutient que ce phénomène a été renforcé par les revendications féministes d'égalité entre les sexes et d'accès à l'éducation pour les filles, comme si pour défendre celles-ci, il fallait nier les différences naturelles entre les sexes. Reprenant à son compte l'idée d'une fragilité constitutive plus grande du sexe féminin par rapport au sexe masculin — sans pour autant considérer qu'il s'agit d'un état pathologique —, Ellis récuse cependant que celle-ci puisse fonder une discrimination dans l'accès à l'éducation[173]. Il considère en revanche que les différences naturelles doivent être prises en compte pour adapter l'éducation et l'hygiène.

Dans *Man and Woman*, l'unique occurrence de « *sexual health* » était déjà à propos des cycles menstruels. Dans une note de bas de page, il l'emploie pour citer des statistiques sur le nombre de jours au bout desquels revient la prochaine période des règles parmi les femmes « en bonne santé générale et santé sexuelle » (les fameux vingt-huit jours)[174].

La troisième occurrence est employée dans le contexte d'une dénonciation des pseudo-moralistes qui participent à la propagation des maladies vénériennes en refusant que les enfants soient éduqué · e · s, notamment par le médecin de famille et les parents, « à propos de la santé sexuelle et des maladies sexuelles » (« *concerning sexual health and sexual disease* »)[175].

Alors qu'Ellis a abordé des sujets dans lesquels les usages du terme « santé sexuelle » ont émergé et qu'il y a consacré trois ouvrages, on peut s'interroger sur le fait qu'il n'en ait pas plus développé le concept, à la façon d'un Bigelow. Peut-être cela tient-il à ce que, d'une manière générale, le style d'appréhension qu'il adopte consiste moins à partir de la sexualité normale sous l'angle de la santé, qu'à prendre pour point de départ ce qui est considéré comme anormal et pathologique, pour défendre l'idée que l'anormalité n'est pas si rare et peut-être pas si anormale que cela. Cette démarche et cet angle de pensée apparaissent très clairement dans le premier volume des *Studies in the Psychology*

---

[172] Ibid., p. 72.

[173] Ibid., p. 75.

[174] « *[...] women in good general and sexual health* ». Ellis Havelock, *Man and Woman: a Study of Human Secondary Sexual Characters*, 4th ed., London, Walter Scott, 1904, p. 279.

[175] Ellis, *Studies in the Psychology of Sex: Sex in Relation to Society*, *op. cit.*, 1910, p. 341.

of Sex, dont l'objet est l'inversion sexuelle ou homosexualité[176]. Il s'agit pour lui d'étudier des cas qui ne relèvent ni de l'asile ni de la prison, c'est-à-dire ni de la pathologie ni de la criminalité. Au contraire, quoi que l'inversion sexuelle puisse être considérée comme anormale — nous sommes à la fin du XIXe siècle —, Ellis se tourne vers des cas qui renvoient à une certaine normalité en termes d'intégration sociale mais aussi de vécu psychologique, même si pour certains cas cela est plus difficile :

> … il faut se souvenir que dans ce volume, nous ne traitons pas de sujets qui relèvent de l'asile de fous ou de la prison. Nous nous préoccupons des individus qui vivent en liberté, certains d'entre eux souffrant intensément de leur organisation anormale, mais aussi de simples membres de la société. Dans quelques cas, il s'agit d'individus dont les idéaux moraux ou artistiques ont largement influencé leurs camarades qui ne savent rien de l'organisation particulière qui a largement façonné ces idéaux.[177]

Dès lors, il pose une forme de normalité dans ce qui est habituellement considéré comme anormal à son époque. Son point de départ est donc bien l'anormalité, comme le confirme les premières phrases de sa préface, même s'il précise que ce n'était pas là son intention :

> Je n'avais pas l'intention de publier une étude sur une manifestation anormale de l'instinct sexuel avant de discuter de ses manifestations normales. Il se fait cependant que cette partie de mon travail est prête en premier et, comme je dispose ainsi d'une période plus longue pour développer la partie centrale de mon sujet, je ne regrette pas le changement de plan.[178]

Qu'en est-il alors de la santé ? Dans le chapitre qu'il consacre à la nature de l'inversion sexuelle, il aborde la question de l'état de santé général des inverti · e · s. Or, dans la plupart des cas qu'il a pu observer, celui-ci est bon voire très bon, ce qui permet leur insertion sociale :

---

[176] ELLIS Havelock et SYMONDS John A., *Studies in the Psychology of Sex: Sexual Inversion*, London, Wilson and McMillan, 1897.

[177] « *[…] it must be realised that in this volume we are not dealing with subjects belonging to the lunatic asylum or the prison. We are concerned with individuals who live in freedom, some of them suffering intensely from their abnormal organisation, but otherwise ordinary members of society. In a few cases, we are concerned with individuals whose moral or artistic ideals have widely influenced their fellows who know nothing of the peculiar organisation which has largely moulded those ideals* ». Ibid., pp. xiv-xv.

[178] « *It was not my intention to publish a study of an abnormal manifestation of the sexual instinct before discussing its normal manifestations. It has happened, however, that this part of my work is ready first, and, since I thus gain a longer period to develop the central part of my subject, I do not regret the change of plan* ». Ibid., p. xi.

> Dans l'ensemble, donc, une très grande partie de ces individus inversés traversent la vie dans un état de santé intact, ce qui leur permet de faire au moins leur juste part du travail dans le monde ; dans une très grande partie de mes cas, ce travail est d'une grande valeur intellectuelle.[179]

On comprend que la santé s'entend en un sens physique, ce qui rejoint les rares occurrences de « *sexual health* » citées plus haut. Il n'y a donc pas, pour Ellis, de continuité entre l'état de santé physique et ce qui est perçu comme anormal sur le plan sexuel, contrairement à ce qu'affirment les théories de la dégénérescence[180].

Ceci peut également expliquer le fait qu'Ellis ne s'empare pas de la thématique de la santé sexuelle, son travail portant sur les aspects psychologiques du sexe. Dès lors que la santé s'entend plutôt en un sens physique, la santé sexuelle ne réfère pas à la dimension psychologique de la sexualité, contrairement à Beall notamment.

Havelock Ellis dans le sillage allemand

D'une manière générale, Havelock Ellis se situe plutôt dans une approche qui fait écho à celle qui se développe dans l'Empire germanique, et que l'on retrouvera notamment chez Bloch ou Freud, après Krafft-Ebing. Nous avons vu que celle-ci consiste à normaliser dans une certaine mesure l'anormal, ou à tout le moins à le décriminaliser, contre la tendance criminologique et médico-légale française. Ainsi que nous l'avons rappelé, l'émergence des perversions sexuelles au XIXe siècle s'organise selon deux grands axes concurrents sur les plans épistémologique et anthropologique, dont le rapport au domaine juridique diffère : une conception psychologique d'un côté, qui renvoie à l'idée

---

[179] « *On the whole, therefore, a very large proportion of these inverted individuals are passing through life in an unimpaired state of health, which enables them to do at least their fair share of work in the world ; in a very considerable proportion of my cases that work is of high intellectual value* ». Ibid., p. 106.

[180] La pensée eugéniste qu'Ellis développe particulièrement dans le dernier volume des *Studies* et dans *The Task of Social Hygiene* maintient cependant un lien entre la condition biologique et certains troubles de l'esprit, comme la faiblesse d'esprit. L'identification de cette dernière doit permettre aux femmes de mieux sélectionner leur mari, et conduire ainsi à la non reproduction des faibles d'esprit au sein de la race. Le choix du mari par les femmes étant une des revendications des féministes, Ellis articule ici eugénisme et féminisme. En outre, dans la mesure où la sélection repose sur des choix individuels, il s'agit d'une forme d'eugénisme libéral, qui exclut une sélection menée par l'État. Voir CROZIER, « Havelock Ellis, eugenicist », *art. cit.*, 2008, p. 191.

d'une intériorité permettant de rendre compte des comportements ; une conception comportementale de l'autre, qui s'intéresse à l'extériorité que constituent les actes qui dessinent une personnalité, et dont l'objet est la gestion de ceux-ci. Ellis s'inscrit dans le premier axe, celui de la conception psychologique qui finira par brouiller les frontières entre le normal et le pathologique avec Freud, les perversions se trouvant intégrées au développement psycho-sexuel normal[181]. Lorsque les perversions persistent à l'âge adulte, il s'agit, selon le psychanalyste, d'une fixation des pulsions de manière exclusive à un stade de développement antérieur, au lieu d'atteindre à la génitalité considérée comme la normalité, mais qui ne constitue pourtant pas un but intrinsèque des pulsions, qui n'ont pas d'objet prédéterminé[182]. Dès lors, comme l'a souligné Arnold Davidson, si l'on tire jusqu'au bout les conclusions des propos de Freud sur l'indépendance des pulsions sexuelles par rapport à un objet provoquant l'attraction sexuelle, « il nous faut conclure qu'il n'y a pas de vraies perversions »[183].

Freud n'est pas allé jusqu'à ce point, en introduisant l'idée que les pulsions peuvent être partielles et en maintenant celle qu'il y a une normalité de la sexualité qui réside dans le rapport génital[184]. Mais en intégrant les perversions au développement psycho-sexuel normal, et en dénonçant de ce fait « l'absurdité d'un emploi réprobateur du terme de perversion »[185], il a contribué au développement d'une considération des « aberrations sexuelles » hors du champ médico-légal et, malgré tout, au questionnement sur leur caractère pathologique.

Au début de son texte sur les aberrations sexuelles, le psychanalyste cite les auteurs dont il reprend les travaux. Parmi ceux-ci figure Havelock Ellis — auquel il a repris le terme d'auto-érotisme —, aux côtés notamment des allemands Krafft-Ebing, Moll, Bloch et Hirschfeld[186]. Par ailleurs, comme le rappelle l'historien des sciences australien Ivan Crozier, Ellis a largement contribué à importer la psychologie sexuelle allemande en

---

[181] Freud, « Les aberrations sexuelles », *art. cit.*, 1987, p. 57.
[182] Ibid., p. 54.
[183] Davidson Arnold I., « Comment faire l'histoire de la psychanalyse : une lecture des *Trois essais sur la théorie sexuelle* de Freud », in: *L'émergence de la sexualité. Épistémologie historique et formation des concepts*, Paris, Albin Michel, 2005 (Bibliothèque Albin Michel Idées), p. 161.
[184] Freud, « Les aberrations sexuelles », *art. cit.*, 1987, p. 75.
[185] Ibid., p. 73.
[186] Ibid., p. 35.

Angleterre et l'a greffée à une déjà longue tradition de son pays d'écrits sur le sexe[187]. C'est particulièrement le cas concernant l'homosexualité, celle-ci étant alors illégale en Allemagne et en Grande Bretagne. Il fut cependant moins théoricien que certaines approches d'Europe continentale de la sexualité, en particulier la psychanalyse — trait britannique selon Crozier[188].

Les liens entre Ellis et l'Allemagne sont nombreux, que ce soit par ses lectures de Krafft-Ebing, Moll, mais aussi Westphal et d'autres en amont de la publication du premier volume des *Studies*[189], que par ses lectures ensuite de Freud et son positionnement vis-à-vis de la psychanalyse[190]. Il fut également président d'honneur de la Ligue mondiale pour la réforme sexuelle, émanation, comme nous l'avons dit, de l'Institut de sexologie fondé par Hirschfeld.

Si la question sociale et la question psychologique ont constitué des axes de recherche pour Ellis, s'ajoute aussi un angle anthropologique, dans le sillage d'Iwan Bloch. Pour ce dernier, l'approche purement médicale et clinique des perversions est restrictive. Ainsi, tout en reconnaissant la valeur du travail de Krafft-Ebing dans le domaine de la psychopathologie sexuelle, il estime que celui-ci ne présente qu'un aspect des choses, qui doit être rectifié par un point de vue autre que médical : un angle anthropologique et ethnologique. Selon lui, ce nouvel œil sur les perversions permet de constater qu'elles font partie de l'humanité en général, indépendamment des époques et des cultures, qui ne jouent que comme facteurs de modulation. Sans aller aussi loin que Freud qui fait des rudiments de perversions les rudiments premiers des pulsions sexuelles, les perversions ne sont pas non plus, pour Bloch, les symptômes d'une supposée dégénérescence de la civilisation, mais sont complémentaires des manifestations sexuelles normales[191].

D'autres aspects anthropologiques sont traités par Bloch, auxquels Ellis se réfère, comme l'existence d'échanges sexuels rudimentaires entre enfants dans de nombreuses

---

[187] Crozier Ivan Dalley, « Taking Prisoners: Havelock Ellis, Sigmund Freud, and the Construction of Homosexuality, 1897–1951 », *Social History of Medicine* 13 (3), 2000, p. 449.

[188] Ibid., p. 452.

[189] Ellis et Symonds, *Studies in the Psychology of Sex: Sexual Inversion*, *op. cit.*, 1897, p. 25.

[190] Voir Crozier, « Taking Prisoners », *art. cit.*, 2000 ; Sur les rapports complexes entre Ellis et la psychanalyse freudienne, voir également Robinson Paul A., « Havelock Ellis and Modern Sexual Theory », *Salmagundi* (21), 1973, pp. 27-62.

[191] Bloch Iwan, *The Sexual Life of our Time in its Relations to Modern Civilization*, London, Rebman Limited, 1908, pp. 455-457.

parties du monde[192], ou les pratiques de « l'art de l'amour » dans différentes cultures[193]. La volonté de décriminaliser et de dépathologiser différentes pratiques sexuelles s'appuie ainsi en partie sur des considérations non médicales de la sexualité. Les questions d'hygiène et de santé sexuelles ne sont pas absentes, mais elles s'insèrent dans un ensemble plus vaste, et se ramènent chez Ellis, comme nous l'avons vu, à des considérations physiques. Surtout, les auteurs allemands qui l'inspirent n'utilisent pas le syntagme de « santé sexuelle », il ne fait pas partie de leur style d'appréhension. C'est peut-être cette influence allemande qui se traduit par l'absence d'une thématisation de la santé sexuelle chez Ellis, alors même que celle-ci trouve ses racines dans l'hygiénisme anglo-américain et qu'Ellis a développé une réflexion sur l'hygiène sociale, l'hygiène sexuelle et l'éducation sexuelle.

II.2.3 — La santé sexuelle en France au début du XXE siècle

À la différence du XIXe siècle, les années 1900-1920 voient éclore quelques références à la santé sexuelle en France, où la dénonciation de la police des mœurs atteint son point d'orgue. Les débats, controverses, oppositions, sont bien sûr légion, dans des champs que l'on peut distinguer mais qui se croisent : moral, scientifique, politico-juridique.

La période est charnière. Entre la fin de la Grande Dépression (1873-1896) et la Première Guerre mondiale, la « belle époque » est celle d'un nouveau développement industriel et d'urbanisation, d'émulations intellectuelles et artistiques, de revendications féministes et de libertés sexuelles.

Louis Fiaux et la critique de la police des mœurs

C'est sous la plume de Louis Fiaux, à la fois médecin et homme politique, que l'on retrouve de multiples occurrences de « santé sexuelle ». Celles-ci sont utilisées dans le cadre de réflexions sur la prostitution et les maladies vénériennes, objets de l'hygiène

[192] Ellis, *Studies in the Psychology of Sex: Sex in Relation to Society*, *op. cit.*, 1910, pp. 36-37.
[193] Ibid., pp. 507-575.

publique, mais dans l'optique d'une critique de la police des mœurs et du réglementarisme de la IIIe République. Le médecin les considère comme des moyens d'oppression spécifiquement envers les femmes, et comme inefficaces à faire reculer les maladies vénériennes. Ainsi Fiaux fut-il membre de la Fédération abolitionniste, et de la Commission extra-parlementaire du régime des mœurs qui a travaillé pendant quatre ans à un projet de loi dit « d'ordre et de moralité publics », suite à des scandales qui ont émaillé la police des mœurs. On peut ici formuler l'hypothèse d'une corrélation entre l'émergence du syntagme « santé sexuelle » dans le mouvement abolitionniste français et les liens de ce mouvement avec le mouvement abolitionniste anglais. La Fédération abolitionniste internationale est en effet le nom qu'a pris en 1902 la *British and Continental Federation against the State Regulation of Vice*, dont le meeting fondateur s'est tenu à Genève en 1877 sous l'impulsion de la féministe anglaise Josephine Butler[194]. Cette dernière s'était mobilisée contre les *Contagious Diseases Acts*, inspirés de la France et instaurés dans les années 1860. Il s'agit de la réglementation de la prostitution dans certaines villes et certains ports où se trouvaient des garnisons militaires, afin d'éviter la propagation des maladies vénériennes parmi celles-ci.

Comme le rappelle l'historien français Alain Corbin, c'est « au sein de milieux protestants anglais et suisses qu'est née la contestation du "système français" », qui désigne le réglementarisme, et qui se caractérise par le fait de marginaliser les prostituées et de les reclure dans des maisons dites de tolérance, elles-mêmes soumises à la surveillance de l'administration, qui garantit par ailleurs que les classes sociales ne s'y mélangent pas[195]. Cette contestation fit retour en France, avec la venue à Paris de Butler fin 1874, et d'autres venues en France par la suite, durant lesquelles elle trouva un relais en la personne de l'homme politique libéral Yves Guyot[196].

La mise en cause de la police des mœurs en France s'inscrit dans le cadre de débats plus globaux qui traversent la IIIe République, sur l'équilibre et l'opposition entre les libertés individuelles et le maintien de l'ordre. Le leitmotiv des gouvernements successifs de la IIIe République est qu'il faut oser limiter les libertés pour en défendre l'exercice.

---

[194] Voir Chaperon, *Les origines de la sexologie (1850 - 1900)*, *op. cit.*, 2012, pp. 216-217.

[195] Corbin Alain, *Les filles de noce. Misère sexuelle et prostitution (XIXe siècle)*, Paris, Flamarion, 2015 (Champs histoire), pp. 28-29.

[196] Ibid., p. 398 sq.

Ceci se traduit en particulier par des réglementations d'exception, qui placent « certaines catégories hors du droit commun et des garanties de la liberté individuelle : les prostituées, les aliénés, les étrangers, les vagabonds »[197]. L'une de ces réglementations accorde à la police un ensemble de droits concernant la prostitution, dont la justification sont la moralité et la santé (ou l'hygiène) publique, alors même que la prostitution ne constitue pas en elle-même un délit dans le *Code pénal* :

> C'est au nom de *la moralité et de la santé publique* que la police s'est vue confier un ensemble de droits — qui n'existent dans aucun texte — qui font d'elle la maîtresse absolue et sans contrôle de la liberté de milliers de femmes qu'elle peut astreindre à des visites sanitaires et à une réglementation draconienne, qu'elle peut même enfermer et punir sans aucune des garanties — défense, conseil, appel — que la loi accorde aux criminels les plus endurcis.[198]

Cette réglementation décrit la police des mœurs, qui se voit octroyer un pouvoir judiciaire en dehors du circuit de la justice, de type administratif. Ce mode de gestion policier dans un cadre de santé publique à propos de la prostitution s'inscrit dans une tradition qui remonte au début du XIXe siècle, systématisée sous la Monarchie de Juillet par l'hygiéniste Alexandre Parent-Duchâtelet, auteur d'une somme sur la prostitution à Paris[199]. Corbin le décrit comme le théoricien et l'apôtre du système réglementariste[200], alliant, comme cela était courant en France, des préoccupations hygiénistes au souci de l'ordre social. Parent-Duchâtelet a d'ailleurs co-signé le « Prospectus » du premier numéro des *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* que nous avons cité plus haut[201].

Ce système policier favorise l'arbitraire[202]. De nombreuses bavures en découlent, dont le suicide de prostituées pour échapper au service des mœurs et l'arrestation de femmes qui ne sont pas prostituées, ainsi que des tentatives d'étouffer des affaires. Ceci

---

[197] BERLIÈRE Jean-Marc, « Police et libertés sous la IIIe République : le problème de la police des mœurs », *Revue Historique* 283 (2 (574)), 1990, p. 237.

[198] Ibid.

[199] PARENT-DUCHATELET Alexandre Jean-Baptiste, *De la prostitution dans la ville de Paris, considérée sous le rapport de l'hygiène publique, de la morale et de l'administration*, 2 vol., Paris, J.-B. Baillière, 1836.

[200] CORBIN, *Les filles de noce*, *op. cit.*, 2015, p. 13.

[201] Voir *infra* p. 167.

[202] L'ancien commissaire de police de Paris, F.-F.-A. Béraud, justifiait l'arbitraire dans son ouvrage consacré à la prostitution. BÉRAUD F.-F.-A., *Les filles publiques de Paris, et la police qui les régit*, Paris, Desforges, 1839. Cité par CORBIN, *Les filles de noce*, *op. cit.*, 2015, p. 35, note 2.

va conduire au développement des mouvements abolitionnistes et à la création, en 1903 par Émile Combes[203], de la Commission extra-parlementaire du régime des mœurs, qui, donc, comprend Fiaux[204].

Faiblesses scientifiques du réglementarisme pour la santé publique

L'année précédente, le médecin publie un ouvrage dans lequel il regrette le peu d'engagement des femmes, des juristes et des médecins contre le système de la police des mœurs. Il reproche notamment aux médecins d'avoir dévoyé la médecine au mépris du caractère scientifique de l'hygiène, et de recourir à des calculs statistiques qui posent sérieusement problème sur le plan méthodologique pour évaluer la prévalence des maladies vénériennes[205]. Or, citant une enquête réalisée en Russie, il en analyse les résultats statistiques, dont ceux qui portent sur ce qu'il appelle l'« état sanitaire sexuel » des prostituées soumises à la réglementation[206], qu'il rapporte à l'hygiène publique, et qui désigne la prévalence de la syphilis et autres maladies vénériennes[207]. Il en ressort une forte présence de celles-ci dans les populations de prostituées les plus sous le contrôle de la police des mœurs, ce qui en montre l'inefficacité de ce point de vue sanitaire. L'étude ne porte que sur les prostituées sous surveillance (la prostitution dite « soumise »), ce qui en constitue une des limites, reconnue par les rapporteurs de l'enquête. Fiaux dit alors qu'une étude statistique et sociale portant également sur la « prostitution insoumise », celle qui échappe à la réglementation et la fuit, éclairerait divers points, dont « la santé sexuelle de la population »[208].

---

[203] L'influence du protestantisme sous la présidence du Conseil exercée par Combes est aussi avérée dans d'autres questions politiques, en particulier celle de la laïcité. Voir Gueissaz Mireille, « Protestants et laïques d'origine protestante dans la loi de 1905 », *Matériaux pour l'histoire de notre temps* 78 (1), 2005, pp. 16-26.

[204] Berlière, « Police et libertés sous la III e République », *art. cit.*, 1990, pp. 248-250.

[205] Fiaux Louis, *La prostitution réglementée et les pouvoirs publics dans les principaux États des Deux-Mondes*, Paris, Félix Alcan, 1902, pp. xxviii-xxxiii.

[206] Il s'agit de celles qui exercent en maison de tolérance (maison close) ou qui sont titulaires d'une carte de recensement et qui doivent se soumettre à des contrôles et examens sanitaires réguliers menés par la police des mœurs.

[207] Fiaux, *La prostitution réglementée et les pouvoirs publics dans les principaux États des Deux-Mondes*, *op. cit.*, 1902, p. 125.

[208] Ibid., p. 132.

Quelques années plus tard, dans un ouvrage qui revient sur les questions abordées par la Commission extra-parlementaire du régime des mœurs[209], Fiaux utilise à plusieurs reprises le terme « santé sexuelle », toujours relativement aux maladies vénériennes. C'est le cas en premier lieu dans un chapitre qui expose les arguments, évalués d'un point de vue scientifique, du réglementariste Alfred Fournier et de l'abolitionniste Victor Augagneur. La question posée est la suivante : « La surveillance médicale de la police des mœurs peut-elle servir utilement la santé publique ? »[210] On y trouve, de nouveau, des références à des statistiques, sur la blennorragie (ou gonorrhée) et la syphilis, alarmistes selon le réglementarisme, mais remises en cause dans leur fiabilité et leur méthodologie par l'abolitionniste. En particulier, la médecine clinique spécialisée produit un biais de sélection, d'où ne peuvent être tirées des conclusions épidémiologiques à propos de la population générale, ni quant à la prévalence des maladies vénériennes, ni quant à la gravité de leurs effets[211]. Au demeurant, ces considérations ne répondent pas à la question posée sur l'efficacité de la police des mœurs, mais à celle de savoir si les maladies vénériennes en général et la syphilis en particulier sont répandues, et si elles sont graves au sein de la population.

Fiaux rapporte alors que, pour répondre à la question initialement posée, Fournier invoque la « question de la santé sexuelle des armées ». Il compare la prévalence de la syphilis dans les armées des pays dotés d'une police des mœurs — comme l'Allemagne —, et dans celles dont les pays n'en sont pas dotés — comme l'Angleterre —, et infère de ces statistiques que leur orientation est causée par la présence ou l'absence d'une police des mœurs. Mais là encore, l'argument est contesté par Augagneur, à la fois en faisant l'analyse détaillée des statistiques, qui montre non seulement des variations et des évolutions inverses de prévalence d'une même maladie vénérienne d'une garnison à une autre au sein d'un même pays, des évolutions opposées entre différentes maladies vénériennes dans un même pays, ou encore des prévalences qui vont du simple au triple dans différents corps d'une même garnison ; mais aussi en contestant que toutes les polices des mœurs soient comparables, alors que si celle en France repose fondamentalement

[209] Fiaux Louis, *Un nouveau régime des mœurs. Abolition de la police des mœurs, le régime de la loi*, Paris, Félix Alcan, 1908.
[210] Ibid., p. 52.
[211] Ibid., pp. 54-55.

sur les maisons closes, celles-ci n'existent quasiment pas en Allemagne. D'autres critères que la police des mœurs, comme des critères de recrutement sociologique des soldats (de jeunes miséreux en Angleterre, des jeunes de toutes les classes sociales en Allemagne…), les mœurs des armées, etc., entrent en ligne de compte pour tenter d'expliquer les évolutions des maladies vénériennes. Par ailleurs, vouloir mesurer l'efficacité de la police des mœurs uniquement par des études statistiques sur une population restreinte, ainsi que sur une période courte, constitue là encore un biais, ce qui ne permet pas de tirer des conclusions à propos de la population générale. Au vu de tous ces éléments, Fiaux conclut alors :

> Ce que M. Augagneur dit des armées s'applique au corps entier des nations sur lesquelles les législations, le climat, les mœurs, la religion, les coutumes familiales, le chômage, les crises économiques et autres conditions influent profondément. L'action pénétrante de ces causalités joue sur la santé sexuelle privée et publique un rôle autrement profond et étendu que la parcellaire réglementation.[212]

Traitée de manière scientifique et entendue comme l'absence de maladies vénériennes, la santé sexuelle fonctionne alors également comme un argument contre le réglementarisme, c'est-à-dire comme un opposé, à signification politique que lui confère sa dimension de santé publique, du contrôle sanitaire de la prostitution par la police. Avec l'invocation de la santé sexuelle, les abolitionnistes proposent ainsi une distinction forte entre l'hygiène publique, la médecine légale et le maintien de l'ordre.

Contestation féministe du réglementarisme

À cet argument scientifique sur la mesure de l'étiologie des maladies vénériennes, s'en ajoute un autre, toujours scientifique, mais qui renvoie cette fois à ce que l'on peut appeler avec les termes d'aujourd'hui une discrimination sexiste : le fait de se focaliser uniquement sur les femmes concernant les mesures de police des mœurs. Ce point est soulevé à l'occasion de l'examen des différents systèmes d'hygiène sexuelle hors du mariage possibles, qui sont au nombre de trois : le système réglementariste comme en France, celui de l'étatisme sanitaire que l'on trouve dans les États scandinaves, et le

[212] Ibid., p. 64.

système abolitionniste. C'est à propos du deuxième système que, selon Fiaux, les réglementaristes ont été « mis au pied du mur en posant enfin nettement le problème jusqu'ici systématiquement négligé de la santé sexuelle des hommes »[213]. La doctrine scandinave est décrite par Fiaux comme coercitive au même titre que la police des mœurs française, à la différence qu'elle « est d'une application générale et ne vise plus les femmes seules ». Si des statistiques de prévalence des maladies vénériennes sont calculées dans certaines populations masculines comme les soldats, les mesures françaises de la réglementation ne visent que les prostituées femmes. En Europe du Nord, les maladies contagieuses sont toutes traitées de la même manière, y compris celles qui sont sexuellement transmissibles, sans distinction de classe sociale ni de sexe. Globalement, ce système consiste à faire des médecins des auxiliaires directs de la police, dans la mesure où ils doivent déclarer obligatoirement tout cas de maladie contagieuse aux autorités[214]. Les débats de la Commission ont donc porté sur deux points : la question de l'extension des pouvoirs étatiques en matière de santé publique, et l'application aux hommes des mesures de contrôle sur la base d'une intégration des maladies vénériennes à la liste des maladies contagieuses devant être signalées par le médecin traitant — comme la variole, la scarlatine, le choléra, la peste, etc. Les réglementaristes ont refusé de s'engager dans cette voie, au nom du secret médical — dont le non-respect ne les dérange pas lorsqu'il s'agit des maladies vénériennes chez les femmes, comme l'a souligné l'un des membres de la Commission[215].

Les débats ont donc pour objet une discrimination en raison du sexe, mais Fiaux y voit également l'occasion de mettre encore une fois en évidence ce que les discours et pratiques des médecins réglementaristes ont de non-scientifiques, en dénonçant « cet antiscientifique préjugé de la distinction à établir dans la contagion d'une maladie transmissible — socialement indifférente et négligeable si elle vient de l'homme, répréhensible et nocive seulement si elle vient de la femme »[216]. En 1921, alors qu'il revient sur les débats au sein de la Commission et sur l'opposition des réglementaristes à propos du modèle d'Europe du Nord, il précise que les discussions ont permis de poser « enfin la question sanitaire sur son véritable terrain, la santé sexuelle — non plus de quelques

[213] Ibid., p. 105.
[214] Ibid., pp. 103-104.
[215] Ibid., p. 106.
[216] Ibid., p. 108.

prostituées et pauvresses éparses — mais des masses populaires même… y compris la santé sexuelle des hommes »[217]. Il peut paraître redondant de dire que les questions sanitaires ont pour terrain la santé. Mais on a pu constater combien les raisons sanitaires pouvaient être convoquées pour justifier une réglementation qui déborde largement les aspects de santé, avec des atteintes portées aux libertés individuelles et aux droits fondamentaux issus de la Révolution française. Jouant d'une opposition discutable entre liberté et sécurité, la IIIe République maintient, avec la police des mœurs, des pratiques d'Ancien Régime contraire à l'État de droit que dénoncent les abolitionnistes qui sont aussi des libéraux. Dans ce cadre, la santé sexuelle constitue un argument scientifique pour l'abolition de la police des mœurs et de la réglementation administrative de la prostitution, aux côtés d'arguments juridiques et féministes. Le mouvement abolitionniste repose à la fois sur la constitution de la prostitution comme objet d'étude pluridisciplinaire, c'est-à-dire non exclusivement médical et sanitaire mais également juridique et sociologique, et sur le recentrage de la question sanitaire sur la santé sexuelle, entendue comme l'absence de maladies vénériennes.

Or, comme nous le verrons plus loin, la définition de la santé sexuelle par l'OMS au début des années 2000 va rebattre l'ensemble de ces éléments, à partir d'une conception positive de celle-ci qui ne réfère plus seulement à l'absence de maladies ou infections sexuellement transmissibles. L'absence de discriminations, notamment en raison du sexe, comme la défense des droits, vont faire partie intégrante de la santé sexuelle, et vont ainsi se trouver subsumées sous la question sanitaire elle-même devenue intégrative. En somme, la santé sexuelle va bien être considérée comme une question sanitaire, mais selon un concept de santé si extensif que c'est tout ce qui a trait à la sexualité qui va être sanitarisé.

Éducation sexuelle et natalisme

Il reste qu'en France, « santé sexuelle » va être assez peu utilisé, y compris dans les discours d'hygiène sociale portant sur l'éducation sexuelle. À la différence des États-

[217] FIAUX Louis, *La police des mœurs en France : son abolition. Institution d'un régime légal de moralité et d'ordre public*, vol. II / II, Paris, Félix Alcan, 1921, p. 34.

Unis, l'opposition catholique à l'éducation sexuelle à l'école est forte en France. Elle est considérée comme ne devant porter que sur la reproduction, et la mère est alors toute désignée pour transmettre à sa fille ce qu'elle a besoin de savoir. Comme le décrit la démographe française Virginie De Luca Barrusse, en France, « l'éducation sexuelle est conçue comme un instrument de reproduction et de préservation de la race mais ne doit pas être un instrument de débauche »[218]. L'opposition entre la reproduction et le plaisir est posée. Surtout, les questions de la reproduction et de la préservation de la race sont déterminées par des enjeux démographiques portés par les natalistes. La crainte de la dépopulation est très présente en France, associée au risque d'affaiblissement de la position française en Europe. Il s'agit donc d'augmenter la croissance de la population en agissant à la fois sur la natalité et sur la mortalité infantile. L'éducation sexuelle des jeunes a alors pour objectif « d'adapter les conduites sexuelles selon leur potentiel procréatif et de contrôler la santé des enfants à naître, en définissant des modèles qui répondent à un impératif démographique »[219]. L'hygiénisme va être articulé au natalisme, associant de la sorte l'enjeu démographique quantitatif à l'enjeu sanitaire qualitatif[220]. Il s'agit de répondre à deux dangers menaçant la population du point de vue nataliste : la diminution de la fécondité, et le péril vénérien, qui augmente la mortalité et la morbidité, tandis que la syphilis est considérée comme héréditaire[221].

Dans la suite des usages de « santé sexuelle » par Fiaux eu égard aux maladies vénériennes, et dans un contexte où l'éducation sexuelle est considérée comme un outil sanitaire et démographique, l'on aurait pu s'attendre à un emploi de « santé sexuelle » relativement habituel. Pourtant, nos recherches n'ont pas pu mettre en évidence que c'était le cas. C'est même plutôt son absence qui semble pouvoir être soulignée. Ainsi, une recherche dans les archives numériques de la revue bi-mensuelle *L'hygiène sociale* à la Bibliothèque nationale de France, ne fait ressortir aucune occurrence de « santé sexuelle », alors que celle-ci traite à plusieurs reprises d'éducation sexuelle et des maladies

---

[218] De Luca Barrusse Virgine, « Le genre de l'éducation à la sexualité des jeunes gens (1900-1940) », *Cahiers du Genre* 2 (49), 2010, p. 157.

[219] Ibid., p. 156.

[220] De Luca Barrusse Virginie, « Natalisme et hygiénisme en France de 1900 à 1940. L'exemple de la lutte antivénérienne », *Population* 64 (3), 2009, pp. 531-560.

[221] De Luca Barrusse, « Le genre de l'éducation à la sexualité des jeunes gens (1900-1940) », *art. cit.*, 2010, pp. 156, 158.

vénériennes. Citons par exemple un numéro de 1929 consacré au « mal vénérien »[222], qui publie entre autres un texte sur la lutte anti-vénérienne du dermatologue français Henri Gougerot[223], alors président de la Société de Prophylaxie Sanitaire et Morale. On y trouve également un article du psychiatre français Maxime Laignel-Lavastine sur l'éducation sexuelle, dans lequel il fait notamment part de son expérience de conférencier en éducation sexuelle dans les écoles, et de la nécessité selon lui d'établir une partie morale et une partie médicale dans l'éducation sexuelle[224]. Aucune mention à la santé sexuelle n'est faite dans ce numéro. Ce n'est pas plus le cas dans un numéro de 1938, qui consacre plusieurs articles à la syphilis et, dans une moindre mesure, à la blennorragie[225].

Également à titre d'illustration, dans l'ouvrage intitulé *La Prophylaxie des maladies vénériennes* de Marius Carle[226], médecin de service sanitaire de la ville de Lyon, qui aborde la question de l'éducation sexuelle et qui nomme Fiaux — pour s'opposer à l'abolitionnisme[227] —, on ne trouve également aucune occurrence de « santé sexuelle ».

D'une manière générale, dans les débats qui sont structurés autour de la question de santé publique des maladies vénériennes en rapport avec la réglementation ou non de la prostitution, il ressort que l'usage de « santé sexuelle » se retrouve plutôt du côté des libéraux néo-malthusiens, tandis que du côté de l'hygiène étatiste et nataliste, pour lesquels l'éducation sexuelle a pour objectif d'inciter à la reproduction de qualité, ce n'est pas une expression employée.

Plus largement, si le terme de « santé sexuelle » est surtout utilisé aux États-Unis, ainsi que, dans une moindre mesure, en France sous l'influence de l'abolitionnisme britannique, dans tous les cas il l'est dans le cadre de problématiques de santé publique portées par des protestantes et protestants.

---

[222] *L'hygiène sociale*, 1929 (16).

[223] Gougerot Henri, « De la collaboration de tous les médecins à la Lutte anti-vénérienne », *L'hygiène sociale* (16), 1929, pp. 247-248.

[224] Laignel-Lavastine Maxime, « L'éducation sexuelle », *L'hygiène sociale* (16), 1929, pp. 248-249.

[225] *L'hygiène sociale*, 1938 (4).

[226] Carle Marius, *La prophylaxie des maladies vénériennes*, Paris, Gaston Doin, 1921.

[227] Ibid., p. 76.

II.3 — L'entre-deux guerres : vers un concept positif de santé

II.3.1 — Race, évolution, eugénisme et hygiène sexuelle

Méliorisme éducationnel ou fixisme racial

Après la Première Guerre mondiale, durant laquelle une panique nationale fut déclenchée par le développement endémique de maladies vénériennes parmi les soldats[228], l'éducation sexuelle se développe particulièrement aux États-Unis — financée notamment par la Fondation Rockefeller —, alors que le mouvement est plus timide en Europe[229]. Sur le plan idéologique, la période qui suit la Première Guerre mondiale est en un sens dans la continuité de celle qui précède, et en un autre sens elle va apporter et renforcer certains éléments. Dans la continuité, parce qu'elle reprend des cadres de pensée biologique qui se sont développés depuis la seconde moitié du XIXe siècle et au tournant du XXe siècle : celui de l'évolution des espèces avec les questions sur la dégénérescence de la race, l'hérédité et l'eugénisme[230]. Mais une évolution va se faire jour concernant la pensée

[228] Zimmerman, *Too hot to handle*, *op. cit.*, 2015, p. 20.

[229] Ibid., pp. 18-19.

[230] Les discours et pratiques en la matière vont perdurer et se renforcer aux États-Unis, avec notamment la multiplication des mesures de stérilisation contrainte suite à la décision de la Cour suprême de valider la stérilisation de Carrie Buck (*Buck v. Bell*), jeune femme internée dans un asile pour arriération mentale. Cette décision de la Cour suprême a légitimé la stérilisation forcée au niveau national. Le régime nazi s'est

psycho-physiologique hygiéniste et le concept de santé, que l'on va retrouver au niveau de la santé sexuelle : l'intégration de l'état de bien-être à la définition même de la santé. Il s'agit en somme des deux grands champs de la biologie, dont l'articulation est délicate et est devenue une problématique classique de l'épistémologie de la biologie : un champ évolutionnaire et un champ plus statique, que l'on peut décliner encore aujourd'hui, avec les termes de Mayr, selon un partage entre biologie évolutive et biologie fonctionnelle[231].

C'est précisément, nous semble-t-il, le mode d'articulation entre l'évolutionnisme et la psycho-physiologie hygiéniste qui va donner lieu à deux courants opposés en sciences du vivant humain, alors même qu'ils emploient un lexique commun issu, à un niveau international, de l'anthropologie raciale de la seconde moitié du XIXe siècle[232]. Si tous deux développent une pensée eugéniste de la race, le premier relève de l'hygiénisme social, tandis que le second relève de l'hygiénisme racial. Par le premier, nous désignons la réforme d'hygiène sociale américaine dont nous avons déjà parlé. Le second désigne l'hygiène raciale qui s'est développé également aux États-Unis, mais aussi et surtout dans des pays d'Europe du Nord et en Allemagne, en particulier sous la houlette du médecin allemand Alfred Ploetz[233], et qui a culminé dans le régime nazi — dans la suite du mouvement *völkisch* et de la synthèse entre le courant d'hygiène et d'eugénisme raciaux et celui du racisme « germaniste » ou « nordiste » antisémite[234]. Globalement, dans le courant d'hygiène sociale américain, la race s'éduque. Dans le courant d'hygiène raciale — des États-Unis à l'Europe —, elle se sélectionne[235].

---

inspiré des lois américaines en la matière. AUBERT-MARSON, « Les politiques eugénistes aux États-Unis dans la première moitié du XX e siècle », *art. cit.*, 2005, p. 322.

[231] MAYR Ernst, « Cause and Effect in Biology: Kinds of causes, predictability, and teleology are viewed by a practicing biologist », *Science* 134 (3489), 1961, p. 1501.

[232] L'historienne Carole Reynaud-Paligot parle d'une « internationale raciologique », qui se déploie et s'institutionnalise entre 1850 et 1890 selon des ambitions scientifiques « à la croisée des sciences naturelles et des sciences de l'homme », et qui développe « un savoir, une *doxa*, des méthodes, des problématiques, des outils » dont on va retrouver les influences dans la communauté savante internationale. REYNAUD-PALIGOT Carole, *De l'identité nationale. Science, race et politique en Europe et aux États-Unis, XIXe-XXe siècle*, Presses Universitaires de France, 2011 (Science, histoire et société), p. 13.

[233] Voir PLOETZ Alfred, *Grundlinien einer Rassen-Hygiene. Die Tüchtigkeit unsrer Rasse und der Schutz der Schwachen*, vol. I / II, Berlin, S. Fischer, 1895.

[234] Voir CONTE Edouard et ESSNER Cornelia, *La quête de la race. Une anthropologie du nazisme*, Paris, Hachette, 1995 (Histoire des gens).

[235] Cette partition fait sens pour distinguer les types de discours dans les modèles hygiénistes. Elle ne décrit cependant pas une étanchéité parfaite entre les deux types d'approches, la communauté lexicale permettant des glissements de l'un à l'autre. Ainsi, des réformateurs américains de l'hygiène sociale n'hésiteront pas à

Si pour Morrow, la question de la transmission des maladies vénériennes ressortit de l'eugénisme, nous avons vu que pour Bigelow, la maîtrise de l'hérédité et la question de la reproduction sont dissociées de l'hygiène sexuelle, et qu'ainsi la santé sexuelle n'est pas l'objet de l'eugénisme. L'ASHA s'inscrit en outre dans une démarche globale éducative. En revanche, pour l'hygiène raciale, la sexualité est avant tout une affaire de reproduction de la race, qui nécessite d'intervenir pour faire en sorte que les plus « faibles », les « anormaux », ne se reproduisent pas, et qu'ainsi ne se perpétue que la race « supérieure », qu'il convient d'éduquer en ce sens. C'est ainsi que Ploetz déplore les aides sociales — et plus globalement le socialisme —, qui conduisent à ce qu'une « exclusion de la reproduction des faiblards [*Schwächlinge*] et des malades manifestes n'a lieu que dans de rares cas »[236]. En outre, l'éducation sexuelle s'entend au sens d'une transmission de connaissances scientifiques afin que les futurs « époux vigoureux » (*kräftigen Gatten*) sachent quelles sont les conditions favorables à la bonne reproduction, et évitent de faire « des enfants de qualité inférieure » (*minderwertige Kinder*). L'absence de ces connaissances conduit à ce que, ne se méfiant pas, de tels maris s'adonnent au tabagisme, ou à ce que leur femme se corsettent pour avoir une taille fine – contractant alors des maladies utérines. Le couple donne ainsi naissance à une progéniture affaiblie[237]. Bien que nous retrouvions chez Ploetz des contre-indications hygiénistes similaires à celles qui sont présentes dans les courants d'hygiène sociale et domestique, elles reposent ici sur le but de la préservation de la race « vigoureuse » qui peut s'affaiblir elle-même, et non sur une démarche d'éducation de masse, non réservée à une race « supérieure ». En somme, la menace de la mort par la dégénérescence est beaucoup plus présente dans l'hygiène raciale, tandis que l'idée optimiste de progrès et d'amélioration anime le courant éducationnel.

Le rapport à l'évolution de ces deux orientations discursives concernant la race se révèle ainsi différent. L'approche sociale et éducationnelle repose sur une conception du

---

proposer la stérilisation des populations considérées comme dégénérées. Ce sera le cas d'Irving Fisher, sur lequel nous reviendrons plus loin. Notons également que le souci de la dégénérescence dans les mouvements éducationnels grandira au début du XXe siècle, ce qu'illustrera par exemple l'évolution eugéniste de Kellogg au contact de Fisher.

[236] « *Ein Ausschliessen offenbarer Schwächlinge und Kranker von der Fortpflanzung findet nur in seltenen Fällen statt* ». PLOETZ, *Grundlinien einer Rassen-Hygiene. Die Tüchtigkeit unsrer Rasse und der Schutz der Schwachen*, *op. cit.*, 1895, p. 149.

[237] Ibid.

vivant qui considère le corps non pas seulement du point de vue de son organisation interne (*nature*), mais aussi dans son rapport à l'environnement (*nurture*), qu'il soit naturel ou social. Elle introduit une forme d'historicité perçue comme positive. Dès lors, l'eugénisme ne procède pas à un réductionnisme biologique, mais considère que l'éducation peut conduire à l'amélioration de la race. Il s'agit d'une conception de la race qui repose sur les individus. L'éducation s'exerce en effet sur des individus qui sont donc eux-mêmes sujet à l'amélioration, ce qui produira l'amélioration sur le plan populationnel. L'historicité est autant individuelle que raciale. Le caractère historique de la vie ne se réduit pas à l'historicité de l'espèce. Dans ce cadre, le holisme consiste ici non pas seulement à prendre en compte le mental et le physiologique sans réduire le premier au second, mais à intégrer le social et l'intervention de celui-ci dans la conception de la vie, notamment sous la forme de l'éducation dans les écoles.

De son côté, le réductionnisme biologique des discours raciaux conçoit le vivant seulement comme une organisation interne constitutive, qu'il faut préserver des atteintes que peut produire l'environnement considéré globalement comme une extériorité. Si l'approche éducationnelle repose elle-même sur la prise en compte de la physiologie, elle accorde au vivant une capacité de mouvement, alors que l'approche raciale le fige. Dans ce dernier cas, l'évolution se comprend principalement comme risque de dégénérescence et non comme amélioration possible. Il s'agit de lui opposer une forme de fixisme de la race, dont les origines sont supposées ancestrales, et dont l'essence est supposée incarner une forme de pureté. Les individus sont des déclinaisons de la race et sont soumis au même fixisme, qui revient à une essentialisation. *A contrario*, l'eugénisme et les références à la race dans les discours de l'hygiène sociale et éducatifs se comprennent dans une perspective mélioriste. C'est de ce côté qu'il est fait mention de la santé sexuelle, comme l'illustre Bigelow aux États-Unis[238]. En reprenant une autre distinction faite par Mayr,

[238] L'eugénisme de Forel n'exclut pas, quant à lui, le rôle de l'éducation. Mais il s'inscrit dans une pensée de la race qui s'apparente à une orientation fixiste, tout en étant évolutionnaire. Ceci tient à la dissociation qu'il opère entre le temps long de l'évolution de l'espèce, et le temps court de l'éducation individuelle. Dans *La question sexuelle*, il s'appuie sur cette différence pour argumenter en faveur de différences constitutives sur le plan mental entre les deux sexes, et défendre l'idée que les hommes sont considérablement plus dotés d'imagination créatrice que les femmes. Il s'agit là d'une condition de nature qui ne changera pas en quelques générations grâce à l'éducation, dans la mesure où pour lui, les dispositions intellectuelles selon le sexe sont le fruit de l'évolution de l'espèce depuis des milliers, sinon des millions d'années, qui se sont inscrites dans le cerveau. Voir FOREL, *La question sexuelle*, *op. cit.*, 1922, p. 71.

cette fois entre la pensée typologique et la pensée populationnelle, nous pouvons dire que le fixisme racial relève de la pensée typologique qui érige des essences en biologie et qui considère celles-ci comme des réalités, tandis que le méliorisme racial relèverait plutôt de la pensée populationnelle au sens où l'entend Mayr, c'est-à-dire qui pose que chaque individu est unique et que les contours d'une population ne sont que le résultat d'un calcul statistique, qui n'a donc pas de réalité concrète mais n'est qu'une abstraction[239].

Santé sexuelle et eugénisme

L'exemple de Bigelow n'est pas isolé. D'autres publications montrent l'insertion des discours d'éducation sexuelle et de santé sexuelle dans le cadre de la *doxa* eugéniste de la race. Zimmerman considère même que l'amélioration de la race et la prévention pour éviter sa dégénérescence font partie de l'arsenal scientifique de l'éducation sexuelle[240]. Une conférencière de l'école de formation du comté de Londres affirmait ainsi en 1916, dans le *Journal of social hygiene* publié par l'ASHA : « le but ultime de l'éducation sexuelle sera atteint en considérant son application dans l'éducation à la parentalité — ce qui relève de ce que nous pouvons appeler la responsabilité eugénique ou raciale de l'individu »[241]. Signalons en outre l'évolution éditoriale d'un ouvrage qui connut un grand succès aux États-Unis et au Canada, *Searchlights on Health*, co-écrit par le médecin canadien Benjamin Grant Jefferis et l'enseignant et éditeur américain James Lawrence Nichols. Publié une première fois en 1894, l'ouvrage fut réédité plus de quarante fois, et vendu à plus d'un million d'exemplaires[242]. Le titre de la première édition était *Search Lights on Health: Light on Dark Corners. A Complete Sexual Science and a Guide to Purity and Physical Manhood*[243]. En 1920, il devient *Searchlights on Health: The Science*

---

[239] MAYR Ernst, « Typological versus Population Thinking », in: SOBER Elliott (éd.), *Conceptual Issues in Evolutionary Biology*, 2nd ed., Cambridge, MIT Press, 1994, pp. 157-160.

[240] ZIMMERMAN, *Too hot to handle*, *op. cit.*, 2015, p. 33.

[241] « *the ultimate aim of sex education will be attained when we consider its application in education for parenthood — that is what we may call the eugenic or racial responsibility of the individual* ». MARCH Norah H., « How Shall We Teach? », *Journal of social hygiene* 2 (3), 1916, p. 436.

[242] THORNER Thomas et FROHN-NIELSEN Thor (éds.), *A Country Nourished on Self-Doubt: Documents in Post-Confederation Canadian History*, 3rd édition, Toronto, University of Toronto Press, 2010, p. 5.

[243] JEFFERIS Benjamin G. et NICHOLS James L., *Search Lights on Health: Light on Dark Corners. A Complete Sexual Science and a Guide to Purity and Physical Manhood. Advice to Maiden, Wife and Mother, Love, Courtship, and Marriage*, 6e édition, Naperville, J. L. Nichols & Co., 1894.

of Eugenics. A Guide to Purity and Physical Manhood[244]. Nichols est décédé en 1895 des suites d'une maladie. Entre la première édition dont le titre réfère à une science sexuelle (*sexual science*) et celle dont la caution scientifique s'est déplacée sur l'eugénisme (*science of eugenics*), Jefferis a remanié et ajouté plusieurs dizaines de pages, dont un chapitre intitulé « La virilité brisée et sauvée » (« *Manhood Wrecked and Rescued* »). C'est dans ce chapitre que l'on retrouve une occurrence de « *sexual health* », qui ne figurait pas dans les éditions antérieures. Il s'agit de prodiguer à l'homme un certain nombre de conseils afin qu'il assure sa fonction de reproduction et qu'il ne dégrade pas son état physique ni moral par la masturbation, la débauche, la fréquentation des prostituées, etc. L'un de ces conseils est d'administrer un bain d'eau froide aux mains chaque matin, afin de diminuer les « envies sexuelles rampantes » (« *rampant sexual cravings* ») qui se manifestent au réveil. Ceci est également censé réduire le recours à la prostitution et « soulager les épouses de ces millions de demandes conjugales excessives qui ruinent leur santé sexuelle », et qui peuvent conduire celles-ci à demander beaucoup d'argent pour couvrir les frais médicaux qui en résultent[245]. Ces conseils précèdent le chapitre sur les maladies vénériennes, et plus précisément sur les risques de transmission héréditaire de celles-ci aux « enfants innocents » (« *innocent childhood* »), dans la mesure où « les péchés des pères sont infligés aux enfants »[246]. Ici intervient l'un des aspects de l'eugénisme, qui consiste à éviter la dégénérescence des lignées par la transmission des maladies vénériennes aux enfants. Cet argument était déjà utilisé dans les éditions précédentes, mais sans aucune mention de l'eugénisme[247].

---

[244] JEFFERIS Benjamin G. et NICHOLS James L., *Searchlights on Health: The Science of Eugenics. A Guide to Purity and Physical Manhood. Advice to Maiden, Wife and Mother, Love, Courtship, and Marriage*, Naperville, J. L. Nichols & Co., 1920.

[245] « *... relieve wives by the millions of those excessive conjugal demands which ruin their sexual health* ». Ibid., p. 463.

[246] « *The Sins of the Fathers Are Visited on the Children* ». Ibid., p. 464.

[247] Nous pouvons relever deux points à propos de cet ouvrage, par comparaison avec les discours de Morrow et de Bigelow. Le premier est que, comme Morrow, il inscrit la transmission des maladies vénériennes dans une théorie de l'hérédité. Dès lors, la santé sexuelle est une préoccupation eugéniste — au contraire de ce qu'il en sera chez Bigelow. Le second point est qu'il ne considère pas, contrairement, de nouveau, à Bigelow, que la santé sexuelle doive être abordée en taisant ce qui relève des maladies vénériennes et du vice qui y est associé. Au contraire, il s'agit d'en parler pour prescrire des conduites et prévenir l'emprise des « côtés sombres » de la sexualité, comme l'indiquait le premier sous-titre de l'ouvrage.

Globalement et à grands traits, il nous semble que se dégagent deux grands discours relevant de la *scientia sexualis* autour de l'hérédité : un discours de la perversion sexuelle, et un discours de la santé sexuelle. Foucault, et à sa suite Davidson, ont étudié celui de la perversion. Dans *La volonté de savoir*, le premier affirme que la médecine des perversions et les programmes eugénistes « ont été, dans la technologie du sexe, les deux grandes innovations de la seconde moitié du XIXe siècle », articulées entre elles par l'intermédiaire de la théorie de la dégénérescence[248]. Ainsi, l'ensemble « perversion-hérédité-dégénérescence a constitué le noyau solide des nouvelles technologies du sexe »[249]. Davidson souligne également les liens entre le discours de la perversion et celui de la dégénérescence, ce dernier ayant été utilisé « comme cadre pseudo-explicatif de la quasi-totalité des états psychopathologiques graves qu'ait eu à traiter la psychiatrie au XIXe siècle »[250].

Cependant, à côté de ce discours, s'en est développé un autre qui certes reprend des termes du premier, mais qui ne se ramène pas à l'ensemble perversion-hérédité-dégénérescence. Pour reprendre le mode de caractérisation employé par Foucault, nous pourrions dire que ce discours ressortit de l'ensemble santé-hérédité-amélioration, où ce qui prévaut n'est pas la perversion sexuelle mais la santé sexuelle. Ce n'est pas non plus la dégénérescence de la race qui est soulignée, mais son amélioration. Autrement dit, tout en partageant une *doxa* commune, d'un côté nous avons un discours pessimiste de la menace, et de l'autre un discours optimiste du progrès. Non pas que le discours optimiste ne fasse pas référence à la menace de la dégénérescence — et au contraire les mesures d'hygiène sont convoquées pour éviter celle-ci —, mais il n'en fait pas son nœud rhétorique, qui est au contraire celui de l'amélioration de la race. Ceci n'entraîne pas une imperméabilité parfaite entre les deux types discursifs, mais il y a bien deux ensembles de discours appartenant à la *scientia sexualis* que l'on peut distinguer, et qui rendent compte du fait qu'au sein de la vulgate eugéniste, l'un recourt préférentiellement au concept de perversion sexuelle, tandis que l'autre recourt à celui de santé sexuelle.

Insistons sur un point : cette distinction entre deux types de discours se situe au cœur de la *doxa* de l'hérédité. Il ne s'agit pas d'un discours affranchi de cette *doxa*, comme

---

[248] FOUCAULT, *La volonté de savoir*, *op. cit.*, 1976, p. 156.

[249] Ibid., p. 157.

[250] DAVIDSON Arnold I., « Refermer les cadavres », in: *L'émergence de la sexualité. Épistémologie historique et formation des concepts*, Paris, Albin Michel, 2005 (Bibliothèque Albin Michel Idées), p. 68.

c'est le cas de la psychanalyse, ainsi que le signale Foucault. Pour ce dernier, la psychanalyse « a repris le projet d'une technologie médicale propre à l'instinct sexuel », mais elle s'est défaite « de ses corrélations avec l'hérédité, et donc avec tous les racismes et tous les eugénismes »[251]. Ainsi, la psychanalyse appartient selon lui à l'entreprise de médicalisation du sexe tout comme les discours de l'ensemble perversion-hérédité-dégénérescence, mais sans faire partie de cet ensemble. Or, le discours de la santé sexuelle ne fait pas partie de cet ensemble, tout en appartenant à la vulgate eugéniste et *a minima* racialiste[252] au tournant du XXe siècle. Il n'a donc pas le même statut que le discours psychanalytique. Quant à la question de savoir s'il relève d'une médicalisation du sexe, nous y reviendrons plus loin.

La santé sexuelle vétérinaire

L'utilisation de « *sexual health* » dans le cadre de l'eugénisme est à rapprocher de l'utilisation qui en est faite dans le domaine vétérinaire. Dans l'article d'ouverture du numéro de la revue *Archives of Sexual Behavior* consacré à la santé sexuelle dont nous avons déjà parlé[253], Sandfort et Ehrhardt signalent un article dans le champ vétérinaire qui utilise « *sexual health* », publié en 1965. Il s'agit d'une histoire de l'insémination artificielle dans l'élevage bovin danois, qui s'intéresse particulièrement à l'influence de ce procédé sur l'amélioration du contrôle de la santé sexuelle[254].

Disposant aujourd'hui d'outils de recherche dans des bases de données bibliographiques beaucoup plus puissants qu'il y a une quinzaine d'années, nos recherches ont permis de repérer d'autres occurrences, en anglais et en français, dans le champ de la

---

[251] FOUCAULT, *La volonté de savoir*, *op. cit.*, 1976, p. 157.

[252] Le racialisme s'entend comme « toute construction idéologique fondée sur l'idée de "race humaine" et faisant appel à une conceptualité supposée scientifique, d'une façon plus ou moins prononcée ». TAGUIEFF Pierre-André, « Racialisme », in: TAGUIEFF Pierre-André (éd.), *Dictionnaire historique et critique du racisme*, Paris, Presses universitaires de France, 2013 (Quadrige), p. 1500.

[253] Voir *infra*, p. 51.

[254] BLOM Erik, « The history of artificial insemination in Danish cattle breeding with special regard to its influence on improved sexual health control », *The Veterinarian* 3 (4), 1965, pp. 243-248. Cité par SANDFORT et EHRHARDT, « Sexual health », *art. cit.*, 2004, p. 182. Cette référence ainsi que l'article de Calderone « Sexual health and family planning » sont donnés comme les deux premières références comportant « sexual health » dans la recherche de cette expression par Sandfort et Ehrhardt, qui portait sur les dernières décennies.

médecine vétérinaire, qui l'emploie de façon habituelle dans la première moitié du XXe siècle et au-delà. En 1921, le professeur américain d'obstétrique et chercheur dans les maladies des bovins reproducteurs Walter Long Williams, l'utilise à plusieurs reprises dans son ouvrage consacré aux maladies génitales des animaux domestiques (écrit en collaboration avec Walter Wilkinson Williams)[255]. Dans la préface, l'auteur pose les termes du problème qui permet de préciser en quel sens « santé sexuelle » est employé dans le domaine vétérinaire et de l'élevage. Avec l'urbanisation, l'espace pour l'élevage d'animaux diminue, tandis que la demande en produits d'élevage (lait, viande…) augmente. Williams a alors pour objectif de « raviver un nouvel intérêt pour les maladies interférant avec la reproduction chez les animaux »[256]. Il s'agit en effet d'augmenter l'efficacité de chaque animal domestique. Or, si, affirme l'auteur, la plupart des fléaux touchant les animaux adultes ont été maîtrisés, « les infections impliquant la sécurité de l'embryon ne cessent de s'aggraver »[257]. Il ajoute alors qu'il ne faut pas oublier que « la santé sexuelle des animaux destinés à la reproduction est le premier besoin fondamental de l'élevage des animaux »[258]. En conséquence de quoi, « l'amélioration de l'efficacité de la reproduction chez les meilleurs animaux est actuellement le plus grand problème économique de la médecine vétérinaire »[259].

Comme on le voit, la santé sexuelle s'entend comme santé reproductive. Dans cette première moitié du XXe siècle où l'eugénisme est un *topos* politique et de la santé publique, le domaine de l'élevage est particulièrement attentif à la qualité de la reproduction des races animales. Plus précisément, on sait que la pensée eugénique appliquée aux êtres humains s'est appuyée sur les pratiques de sélection artificielle dans l'élevage, dès Galton :

> Le pouvoir de l'homme sur la vie animale, en produisant toutes les variétés de formes qu'il veut, est extrêmement grand. Il semblerait que la structure physique des générations futures soit presque aussi plastique que l'argile, sous le contrôle de la volonté de l'éleveur. C'est mon désir de montrer, plus précisément — pour autant que je sache

[255] WILLIAMS Walter Long, *The Diseases of the Genital Organs of Domestic Animals*, Ithaca, W. L. Williams, 1921.

[256] « *[…] to awaken a new interest in the diseases interfering with reproduction in animals* ». Ibid., p. vii.

[257] « *[…] infections involving the safety of the embryo are constantly gathering force* ». Ibid., p. viii.

[258] « *[…] the sexual health of those animals desired for reproduction is the first basic need in animal husbandry* ». Ibid.

[259] « *The advancement of reproductive efficiency in the best animals is at present the greatest economic problem in veterinary medicine* ». Ibid.

— qu'on a déjà tenté de le faire auparavant, que les qualités mentales sont également sous contrôle.[260]

Tout comme la santé sexuelle dans les pensées eugénistes, ou imprégnées d'eugénisme, s'entend relativement à l'amélioration de la race, elle désigne dans le champ vétérinaire l'état de santé qui permet la bonne reproduction des races animales et leur amélioration grâce à la sélection.

On retrouve cet usage de « santé sexuelle » dans plusieurs ouvrages et articles du domaine de la médecine vétérinaire. C'est le cas dans un article de R. L. Conklin, professeur de pathologie animale au Canada, qui publie en 1929 un article sur les coqs et poules domestiques : « The relation of sexual health of the domestic cock to fertility and hatchability of the eggs »[261]. La santé sexuelle désigne l'état de l'appareil reproducteur, et est mise en rapport avec la fertilité et l'éclosion des œufs, pour établir s'il existe une corrélation.

En 1930, le vétérinaire spécialiste des bovins Walter Wilkinson Williams (qui a collaboré avec Walter Long Williams) publie *Sex Hygiene and Reproduction of Cattle*, dans lequel il consacre un chapitre à « la santé sexuelle des vaches non gravides »[262]. Il s'agit clairement de la santé des organes génitaux dans la perspective de la reproduction, que seul un vétérinaire peut évaluer : « Pour la détermination plus fine de la santé génitale de la vache et de son aptitude au service, il n'existe aucune méthode qui puisse remplacer un examen clinique effectué par un vétérinaire compétent »[263].

Dans la première moitié des années 1930, des usages de « *sexual health* » dans la revue *Veterinary Medicine* reviennent à plusieurs reprises[264]. Après la Seconde Guerre mondiale, dans les années 1960, une agence de l'ONU, l'Organisation des Nations unies

---

[260] « *The power of man over animal life, in producing whatever varieties of form he pleases, is enormously great. It would seem as though the physical structure of future generations was almost as plastic as clay, under the control of the breeder's will. It is my desire to show, more pointedly than — so far as I am aware — has been attempted before, that mental qualities are equally under control* ». GALTON, « Hereditary talent and character (part I) », *art. cit.*, 1865, p. 157.

[261] CONKLIN R. L., « The relation of sexual health of the domestic cock to fertility and hatchability of the eggs », *The Cornell Veterinarian* XIX (1), 1929, pp. 25-32.

[262] « *Sexual Health of Nonpregnant Cow* », WILLIAMS Walter Wilkinson, *Sex Hygiene and Reproduction of Cattle*, Springfield, W. W. Williams, 1930, pp. 53-106.

[263] Ibid., p. 54.

[264] *Veterinary medicine*, vol. 25, 1930, pp. 169-176 ; *Veterinary medicine*, vol. 27, 1932, pp. 274-301 ; *Veterinary medicine*, vol. 30, 1935, p. 376.

pour l'alimentation et l'agriculture (Food and Agriculture Organization of the United Nations — FAO), en fait mention dans l'un de ses rapports, dans l'énumération des domaines qui concernent les vétérinaires, ainsi qu'en lien avec l'insémination artificielle, la santé sexuelle étant aussi bien recherchée en amont qu'en aval de celle-ci[265].

Pour terminer, signalons au moins une occurrence en français dans le même domaine, dans la *Revue de médecine vétérinaire* : « Chez les vaches qui ne sont pas en parfait état de santé sexuelle, il est recommandé de pratiquer l'insémination artificielle dans les dix jours »[266].

Ces différentes références suffisent à montrer l'usage courant du concept qui nous occupe dans le domaine vétérinaire considéré sous l'angle de l'élevage et de la reproduction des races animales. L'écho avec les usages au sein des discours eugénistes est manifeste.

II.3.2 — Éducation sexuelle, eugénisme et féminisme au Royaume Uni : Catherine Gasquoine Hartley

Des revendications féministes contre la dégradation de la santé de la race

Les références eugéniques à la race dans le cadre d'une pensée progressiste se retrouvent également au Royaume Uni. C'est le cas, notamment, chez la féministe Catherine Gasquoine Hartley. Ayant d'abord commencé une carrière d'enseignante et de directrice d'école, elle s'est ensuite lancée comme écrivaine à Londres et journaliste d'art. À partir de la Première Guerre mondiale, elle publie sur le mariage, le divorce, la maternité et l'éducation sexuelle, dans une perspective féministe. Ainsi que le souligne l'historien britannique Harry G. Cocks, elle présente la particularité de repenser les rapports

[265] Food and Agriculture Organization of the United Nations, *Report of the FAO International Meeting on Veterinary Education held at London, United Kingdom, April 25-30, 1960*, Roma, Food and Agriculture Organization of the United Nations, 1960, pp. 99, 115.

[266] *Revue de médecine vétérinaire*, vol. 103, Écoles Nationales Vétérinaires de Lyon et de Toulouse, 1952, p. 57.

de séduction entre les hommes et les femmes à l'aune de l'intérêt de la santé raciale[267]. Dans un article publié en 1913, elle propose de reconfigurer la morale sexuelle, en dissociant la sexualité du mariage. Il s'agit de partir du constat que les hommes et les femmes ont de plus en plus de relations sexuelles hors mariage. En outre, des obstacles économiques et de déséquilibre démographique entre les sexes, entraînent une moindre capacité du cadre du mariage à permettre la satisfaction des besoins sexuels de toutes et tous. Elle propose alors le développement de l'« amitié passionnée » (*passionate friendship*), cadre moralement légitime qui n'a pas recours à la prostitution[268]. Dans un ouvrage de 1917, intitulé *Motherhood*, elle invite les opposants aux « amitiés sexuelles » (*sexual friendships*) à considérer que « le discrédit qui est tombé sur le mariage monogame provient en grande partie de la vie démoralisante vécue sous son couvert par celles et ceux qui ne sont pas aptes à subir un accouplement durable »[269]. Dans l'intérêt du mariage, il convient donc de ne pas contraindre ces personnes à se marier, et de ne pas les obliger à attendre d'être mariées pour avoir des relations sexuelles.

Hartley n'oppose pas le modèle des amitiés sexuelles à celui du mariage. Elle ne s'inscrit pas dans la suite de Drysdale pour lequel l'abolition du mariage constituerait une solution pour la santé sexuelle. En revanche, elle s'oppose au modèle de l'abstinence hors mariage, modèle auquel contraint l'exclusivité du cadre du mariage pour les relations sexuelles. Elle insiste particulièrement sur le fait que les femmes ne sont pas plus naturellement chastes que les hommes, et que les contraindre à l'abstinence porte atteinte à leur santé physique et mentale : « L'abstinence totale de l'amour ne peut pas être supportée par les femmes pendant de longues années sans produire des résultats sérieux sur le corps et l'esprit »[270].

---

[267] Cocks Harry G., « "Sporty" Girls and "Artistic" Boys: Friendship, Illicit Sex, and the British "Companionship" Advertisement, 1913-1928 », *Journal of the History of Sexuality* 11 (3), 2002, p. 469.

[268] Hartley Catherine Gasquoine, « The Sexes Again », *The English Review*, 1913, pp. 268-83. Cité par Cocks, « "Sporty" Girls and "Artistic" Boys », *art. cit.*, 2002, p. 469.

[269] « *... the discredit which has fallen upon monogamous marriage arises largely from the demoralising lives lived under its cover by those unsuited for enduring mating* ». Hartley Catherine Gasquoine, *Motherhood and the Relationships of the Sexes*, New York, Dodd, Mead and Co., 1917, p. 230. Cité par Cocks, « "Sporty" Girls and "Artistic" Boys », *art. cit.*, 2002, pp. 469-470.

[270] « *Complete abstinence from love cannot be borne by women through a long period of years without producing serious results on the body and the mind* ». Hartley, *Motherhood and the Relationships of the Sexes*, *op. cit.*, 1917, p. 235.

L'argument de Hartley emprunte à la psychanalyse. Elle réfère en effet à Freud et au concept d'inconscient. L'abstinence sexuelle n'empêche pas que le sexuel soit agissant, même si le refoulement est tel que certaines femmes peuvent paraître ne pas songer à la sexualité et ne pas souffrir de la chasteté : « Si aucune action n'est apparente, il est très probable qu'un mal profond soit à l'œuvre, ce qui empêche le sexe d'avoir une expression plus saine [*healthy*] et ouverte »[271]. Hartley traite ainsi la santé en rapport avec le sexe de façon très différente de celle de Bigelow, qui ne fait d'ailleurs pas partie de ses références[272]. Alors que Bigelow opère un partage radical entre la sexualité normale qui inclut la santé sexuelle d'un côté, et la sexualité relevant du vice de l'autre qui est l'objet en particulier de la psychanalyse, Hartley mêle les considérations de santé liées au sexe à la théorie de l'inconscient. Au vu de ses positions féministes et de son souci de la race, elle se trouve ainsi à la croisée du féminisme, de l'eugénisme, de la psychanalyse et de l'hygiène sexuelle. Nous allons alors retrouver mentionnée la santé sexuelle de façon ordinaire dans ses écrits emprunts de psychanalyse. Nous allons y revenir, mais auparavant, nous allons décrire un peu plus la pensée de Hartley pour mieux saisir le contexte d'énonciation de la santé sexuelle dans celle-ci.

D'un point de vue eugéniste, la place des femmes est primordiale. Hartley insiste sur le fait que la bonne perpétuation de la race est entre leurs mains. En pleine guerre, elle s'inquiète ainsi du fait que les femmes doivent travailler durement, pendant que les hommes sont au combat. Elle comprend qu'il en soit ainsi dans cette situation particulière. Mais elle insiste sur la pénibilité du travail demandé, et sur le péril que celui-ci fait peser sur la santé des femmes, essentielle à la santé et au bien-être du pays et de la race :

> Je sais que le travail des femmes dans la crise actuelle est une question de nécessité. Comment le travail doit être fait avec le moins de blessures possibles pour les travailleuses, telle est la question du temps présent. Car il est tout aussi important pour l'avenir, que le niveau de santé et de bien-être du pays soit maintenu. Le problème est

[271] « *Nay, we may go further and say that could it be proved that desire was absent and no sex difficulties of any kind be discovered, this is no reason why we should necessarily be too satisfied. If no kind of action is apparent, it is very probable that some deep evil is at work, which hinders sex from a more healthy and open expression* ». Ibid.

[272] Nous n'avons retrouvé aucun renvoi à Bigelow dans les principaux ouvrages d'Hartley, ni dans le corps des textes, ni dans les bibliographies qu'elle propose.

> de savoir quelle quantité de travail, et de quel type, les femmes peuvent faire en association avec une santé parfaite. Santé qui nous est nécessaire, car elle est indispensable à la vie de la race.[273]

La préservation de la santé des femmes s'entend dans le cadre de la maternité. Le féminisme de Hartley repose sur l'idée d'une plus grande liberté des femmes. Cependant, celle-ci ne s'entend pas comme le fait pour elles de « vivre leur propre vie » (« *live her own life* »), mais comme « la liberté d'être soi-même » (« *the freedom to be one's self* »)[274]. Or, être soi-même pour une femme, c'est être en adéquation avec les spécificités organiques constitutives des femmes, qui les destinent à endosser la responsabilité de la reproduction. Du point de vue de Hartley, le féminisme ne doit pas effacer la différence organique des sexes, mais au contraire, il doit reposer sur celle-ci[275].

La maternité représente donc la tâche principale des femmes. En conséquence de quoi, elles doivent préserver leur santé, ce qui implique de ne pas effectuer des travaux trop pénibles. Or, la guerre a conduit à ce que les femmes, contraintes par la situation, prennent la place des hommes au travail[276], ce qui représente un danger pour leur santé, dont on comprend qu'il s'agit de la santé reproductive. Son livre *Motherhood* se donne donc pour finalité d'éclairer les femmes sur la maternité. Dans un contexte de guerre, dit-elle, où le taux de mortalité des hommes est particulièrement élevé, et où le taux de natalité est bas — notamment du fait d'un taux de mortalité infantile qui augmente, et du développement de l'avortement[277] —, « il devient clair que nous devons faire face à un gaspillage de vie sans précédent dans les annales de notre race »[278]. Il est alors important de prendre soin des jeunes vies sur le sol britannique. Il s'agit, selon Hartley, d'un

---

[273] « *I know that women's labour at the present crisis is a matter of necessity. How the work is to be done with the least possible injury to the workers is the question of the present. For it is equally momentous to the future that the standard of health and well-being of the country should be maintained. The problem is, how much work and of what kind can women do combined with perfect health. The health we must have, for it is requisite for the life of the race* ». HARTLEY, *Motherhood and the Relationships of the Sexes*, *op. cit.*, 1917, p. 51.

[274] Ibid., p. 18.

[275] Ibid.

[276] Ibid., p. 15. Certes, affirme Hartley, les femmes sont capables d'effectuer les travaux les plus pénibles habituellement dévolus aux hommes, mais ce n'est que par imitation, non en raison de leur constitution naturelle. Voir *ibid.* p. 17.

[277] Sur les statistiques qu'Hartley utilise à propos de l'avortement, voir ibid., p. 355.

[278] « *...it becomes clear that we have to face a wastage of life unparalleled in the annals of our race* ». Ibid., p. 32.

combat de la vie contre la mort[279]. Or : « La question de la mortalité infantile et du bien-être de l'enfant est vraiment la question de la maternité »[280]. Ceci explique l'importance que revêt, pour Hartley, de faire la lumière sur la maternité, dans une perspective féministe certes, mais contre le féminisme qui renie, selon elle, la différence des sexes.

La santé sexuelle, finalité de l'éducation sexuelle d'un certain féminisme

Si Hartley se propose d'éclairer la maternité dans son livre, sa démarche ne consiste pas seulement à prodiguer des connaissances et des conseils par l'intermédiaire d'ouvrages grands publics, selon une approche privée. Elle préconise la mise en place d'un système éducatif à l'échelle nationale, aussi bien dans *Motherhood* que dans un ouvrage qu'elle publie en 1920, intitulé *Sex Education and National Health*[281]. Si les parents, et en particulier la mère, ont part à l'éducation sexuelle, il s'agit de recourir à l'école pour la prodiguer. C'est dans ce cadre que Hartley évoque à plusieurs reprises la santé sexuelle.

En premier lieu, il s'agit de ne pas réserver l'éducation sexuelle aux garçons, mais de la prévoir également pour les filles. Les besoins des filles ne sont en effet pas pris en considération, seuls ceux des garçons faisant l'objet des programmes d'éducation sexuelle. Le présupposé d'une telle différence de traitement est que les filles ne sont pas concernées par la sexualité, au sens où elles n'auraient pas de désirs sexuels. Or, ce déni porte préjudice à la santé des femmes : « Un instinct qui est continuellement entravé et nié ne peut pas facilement se développer au profit de la santé »[282]. En particulier, l'ignorance dans laquelle sont laissées les adolescentes, notamment à propos des cycles menstruels, a pour résultat immédiat « un abaissement général du niveau de santé des futures mères de la race »[283]. Il lui paraît incroyable qu'à cause de la pudibonderie mais aussi de la lubricité associées au sexe, les femmes et les hommes du pays soient laissé · e · s dans

[279] Ibid., p. 33.

[280] « *The question of infantile mortality and child welfare is really the question of motherhood* ». Ibid.

[281] HARTLEY Catherine Gasquoine, *Sex Education and National Health*, London, Leonard Parsons, 1920.

[282] « *An instinct that continually is hindered and denied cannot easily develop for health* ». HARTLEY, *Motherhood and the Relationships of the Sexes*, *op. cit.*, 1917, p. 341.

[283] « *... a general lowering of the standard of health of the future mothers of the race* ». HARTLEY, *Sex Education and National Health*, *op. cit.*, 1920, p. 81.

l'ignorance concernant la sexualité — et plus particulièrement les femmes, qui subissent des discriminations en raison de leur sexe :

> Il paraît étrange et incroyable, à moins que nous en connaissions les causes profondes et cachées, que la vaste masse des femmes et, peut-être dans une moindre mesure, les hommes de ce pays, soient étonnamment et dangereusement ignorants sur un sujet qui concerne si intimement la vie de chaque individu — toute la race et notre postérité.[284]

C'est pourquoi, afin de lutter contre l'ignorance et ses conséquences, il faut développer une éducation sexuelle, à laquelle contribuent les parents mais aussi l'école. Reprenant, dans *Sex Education and National Health*, les propos d'Havelock Ellis, elle argue :

> « Il est presque criminel », a-t-il été dit avec sagesse, « d'envoyer les jeunes au beau milieu des excitations et des tentations de la vie moderne, sans plus de préparation que s'ils allaient vivre au Paradis ».[285]

Considérant qu'il importe que les femmes et les hommes soient éduqué · e · s conformément à leur nature et donc à la différence sexuée, les revendications féministes de Hartley en matière d'éducation sexuelle reposent avant tout sur un argument santéiste plutôt qu'égalitaire. Dès lors, la santé sexuelle va constituer une dimension privilégiée de l'argumentaire de Hartley.

Elle considère que la satisfaction sexuelle favorise la santé, alors qu'au contraire, l'anesthésie sexuelle (*sexual anæsthesia*) provoque l'affaiblissement de l'impulsion sexuelle (*sexual impulse*) et conduit à des mariages malheureux du fait de « la froideur de la femme » (*the coldness of the wife*), c'est-à-dire de sa frigidité[286]. Le déni d'instinct sexuel chez les femmes a tout à la fois pour conséquence de détruire « le bonheur des hommes et des femmes, la santé de la race », et, ajoute-t-elle, « toute vie morale pratique »[287].

---

[284] « *It seems strange and incredible, unless, indeed, we know the deep and hidden causes, that the vast mass of women and, possibly to a less extent, the men, of this country are amazingly and perilously ignorant upon a subject that concerns so intimately the life of every individual — the whole race and our posterity* ». Ibid., p. 18.

[285] « *"It is little short of criminal," it has been wisely said, "to send young people into the midst of the excitements and temptations of modern life with no more preparation than if they were going to live in Paradise"* ». Ibid.

[286] HARTLEY, *Motherhood and the Relationships of the Sexes*, *op. cit.*, 1917, p. 342.

[287] « *I deplore and hold to be destructive alike to the happiness of women and men and to the health of the race, as also to any practical moral life* ». Ibid., p. 344. Hartley oppose la vie morale pratique à la morale

Hartley opère un glissement entre la santé de la femme et la santé de la race, la première semblant être la condition de la seconde. Mais comme elle ne développe pas une pensée eugéniste et de l'hérédité élaborée, les modalités de passage de l'une à l'autre ne sont pas claires. La physiologie à résonance vitaliste, à tout le moins qui se représente la vie comme une force ou une énergie, apparaît comme le socle sur lequel repose sa représentation de l'hérédité (notamment durant la grossesse). Ainsi, alors qu'elle déplore que les femmes travaillent, elle argue : « D'innombrables femmes et filles consomment maintenant l'énergie nerveuse et la force dont elles ne sont que les pilotes et les gardiennes, la santé et le calme de l'esprit qui devraient être stockés et transmis aux générations à venir »[288]. Elles risquent alors de donner naissance à des « enfants affaiblis » (*enfeebled children*), voire de ne pas faire d'enfants, conduisant à ce que de moins en moins d'enfants naissent, et entraînant un recul de l'instinct maternel (*maternal instinct*)[289].

La reproduction est au cœur de la pensée de Hartley, mais les références à la satisfaction sexuelle et au bonheur relevées plus haut, évoquent plutôt des problématiques de plaisir sexuel. Hartley déplore d'ailleurs que la condamnation morale qui pèse sur le désir sexuel des femmes interdise de considérer positivement l'acte sexuel « pour la santé et le désir, le plaisir et le perfectionnement de la femme elle-même », au lieu de le rabattre sur ce qu'il a de nécessaire pour la reproduction, mais aussi pour le contentement de l'homme[290].

Mais si Hartley établit un lien entre la sexualité et la santé, quelle place occupe précisément la santé sexuelle dans cet ensemble, et que désigne-t-elle dans une pensée qui insiste sur la qualité reproductive de la race, tout en accordant une place au désir et au plaisir sexuel pour eux-mêmes, en référence à la psychanalyse ?

La santé sexuelle prend place dans le cadre d'une modification de l'éducation sexuelle que propose Hartley, afin de remédier aux problèmes que le déni de l'instinct

---

que l'on peut qualifier de déontologique. La première entend fonder la moralité des actions sur les possibilités de mise en œuvre dans la vie quotidienne, contre une moralité qui reposerait sur des principes abstraits prescrivant des obligations intenables, qui conduisent par ailleurs à un plus grand mal du fait des effets induits par une telle répression.

[288] « *Countless women and girls are using up now the nervous energy and strength of which they are merely the pilots and guardians; the health and calm of spirit which should be stored and transmitted to generations to come* ». Ibid., p. 354.

[289] Ibid.

[290] « *... not for the health and desire, the delight and perfectment of the woman herself* ». Ibid., p. 343.

sexuel chez les femmes pose — en particulier l'entrave à la pleine réalisation de leur nature féminine (*womanhood*), qui fait reculer leur santé ainsi que le taux de natalité du pays. Pour contrer le découragement à faire des enfants, Hartley affirme qu'il faut commencer par défaire du sentiment de honte ce qui constitue selon elle un fait majeur de la vie sexuelle des filles : les menstruations[291]. C'est dans ce cadre que Hartley parle de santé sexuelle :

> Les premières règles ont une influence beaucoup plus grande non seulement sur le corps, mais aussi sur le cerveau et l'âme d'une fille, que celles qui suivent lorsque la santé sexuelle est mieux établie. Chaque mère et chaque enseignant et enseignante devraient le savoir et en tenir compte.[292]

L'influence des menstruations sur « le cerveau et l'âme » des filles repose sur la représentation que ces dernières se font d'elles-mêmes à travers le fait de nature que les premières constituent. « La fonction menstruelle […] marque vraiment le sexe de la fille et est en adéquation avec sa maternité »[293], nous dit Hartley. Elle signe ainsi la nature de la femme. Or, faire de cette fonction un tabou, dont les filles font pourtant l'expérience chaque mois à partir d'un certain âge, conduit à instiller chez elles la honte vis-à-vis de ce qui leur est constitutif et spécifique. La honte repose globalement sur le fait de transformer ce qui constitue « une fonction naturelle parfaite »[294] en maladie, dont les femmes souffrent périodiquement[295]. Par ailleurs, certaines féministes portent des revendications qui perpétuent le déni de la nature constitutive des femmes, en conduisant des filles à « ignorer résolument leurs règles mensuelles, et le fait qu'elles sont des filles »[296]. Ceci conduit, selon Hartley, à « une baisse générale du niveau de santé sexuelle »[297]. On retrouve ici un écho à l'un des rares usages de « santé sexuelle » par Havelock Ellis[298]. Ce dernier a d'ailleurs largement influencé Hartley dans ses écrits, à partir de son ouvrage

---

[291] Ibid., p. 357.

[292] « *The first few menstruations have a far greater influence not only on the body, but also on the brain and the soul of a girl than do those that follow later when the sexual health is better established. Every mother and teacher ought to know and heed this* ». Ibid., p. 358.

[293] « *The menstrual function [...] really marks the sex of the girl and fits her for motherhood* ». Ibid.

[294] « *a perfectly natural function* ». Ibid., p. 359.

[295] Ibid., p. 358.

[296] « *[...] resolutely ignoring their monthly periods, and the fact that they are girls* ». Ibid., p. 359.

[297] « *[...] the immediate result is a general lowering in the standard of sexual health* ». Ibid.

[298] Voir *infra* p. 241.

The Truth about Woman paru en 1913[299], dans lequel elle le cite abondamment. L'influence d'Auguste Forel, qu'elle cite en bibliographie de *Motherhood*, est également patente. Qu'on en juge par ce propos de Forel : « L'émancipation des femmes ne veut pas les transformer en hommes, mais veut simplement leur rendre leurs droits humains, je dirais presque leurs droits animaux naturels »[300].

On comprend que si la santé sexuelle est en rapport avec la physiologie, elle repose chez Hartley sur la congruence entre la constitution naturelle et la représentation de celle-ci. En reprenant des termes actuels, la santé sexuelle s'entend comme une forme de congruence de genre, c'est-à-dire l'adéquation entre le sexe biologique et la manière de vivre subjectivement celui-ci. Hartley dit d'ailleurs que le déni qui pèse sur les menstruations dès les premières règles provoque la disharmonie (*disharmony*) dans l'âme des jeunes filles. Au contraire, l'adéquation entre la nature et le vécu permet aux jeunes filles de prendre la mesure de leur constitution sexuée, qui les destine à la maternité. Telle est l'influence des premières règles sur l'âme des filles[301]. Celles-ci représentent un enjeu majeur de santé sexuelle, et donne la raison de l'importance de prodiguer aux filles une éducation sexuelle qui leur fasse connaître leur nature.

Maladies vénériennes et responsabilité des femmes

Bigelow cite favorablement Hartley dans ses conférences, à propos de l'enjeu féministe d'une éducation sexuelle à destination des filles[302]. Plusieurs différences se font cependant jour entre les deux auteur · e · s, et Hartley ne fait aucune mention de Bigelow dans ses ouvrages. Nous avons déjà parlé des réticences de Bigelow à inclure les maladies vénériennes dans les items de l'éducation sexuelle, en ce qu'elles orienteraient les jeunes vers les zones de l'anormalité et de l'immoralité sexuelles. Hartley estime de son côté qu'il ne faut pas refuser de parler des maladies sexuellement contagieuses — dont elle considère, elle aussi, que l'un des principaux vecteurs est la prostitution[303] —, dans la

[299] HARTLEY Catherine Gasquoine, *The Truth about Woman*, London, Eveleigh Nash, 1913.
[300] FOREL, *La question sexuelle*, *op. cit.*, 1922, p. 584.
[301] La référence que fait Hartley au cerveau et inscrivant l'âme dans la suite de celui-ci, perpétue l'idée désormais classique de relation entre les deux. Hartley ne détaille pas la forme que prend cette relation.
[302] BIGELOW, *Sex-Education*, *op. cit.*, 1916, pp. 82-84, 198-199.
[303] HARTLEY, *Motherhood and the Relationships of the Sexes*, *op. cit.*, 1917, p. 286.

mesure où leur traitement nécessite de faire la lumière à leur sujet. S'en tenir à une condamnation morale risque en effet de jeter un voile sur ces maladies qui restent alors secrètes et qui ne sont pas traitées. Autrement dit, la stigmatisation morale constitue un danger du point de vue de la santé publique[304]. S'appuyant sur l'une des recommandations faites dans le rapport de la Commission royale britannique sur les maladies vénériennes en 1916[305], elle présente l'éducation sexuelle comme le moyen de lutter contre les maladies sexuellement contagieuses.

Bien qu'elle ne cite pas Bigelow, on trouve une opposition édifiante, autour d'un même terme, entre les propos de celui-ci et ceux que tient Hartley à propos de la question de savoir si les discours sur la prévalence des maladies vénériennes sont exagérés ou non. D'un côté, Bigelow affirme : « En ce qui concerne l'exactitude des déclarations couramment citées concernant la prévalence des maladies sociales, et donc de l'immoralité, il faut dire en toute justice qu'il y a eu beaucoup de suppositions et quelques exagérations délibérées »[306]. De son côté, après avoir rappelé les statistiques de la syphilis données par la Commission royale, Hartley dit : « À une époque où la vie infantile est d'une telle valeur suprême pour la nation comme elle l'est aujourd'hui, il est impossible d'exagérer l'importance de ces faits »[307]. Non seulement l'opposition sur la question de l'exagération est nette, mais on reconnaît dans le discours de Bigelow, qui lie la question à l'immoralité, le type de discours que dénonce Hartley. Cette dernière connaissait donc les écrits de Bigelow. Celui qui fut son mari pendant près d'une quinzaine d'années, le journaliste et écrivain Walter M. Gallichan, le cite d'ailleurs dans ses propres ouvrages consacrés à l'éducation sexuelle[308].

---

[304] Ibid.

[305] Dans la Grande Bretagne puritaine, la publication de ce rapport fut perçue comme une révolution dans l'abord de la lutte contre les maladies vénériennes. Voir ROYDEN A. Maude, « Report of the Royal Commission on Venereal Diseases », *International Journal of Ethics* 27 (2), 1917, p. 171.

[306] « *With regard to the accuracy of the commonly quoted statements concerning the prevalence of social disease, and therefore of immorality, it must be said in all fairness that there has been much guesswork and some deliberate exaggeration* ». BIGELOW, *Sex-Education*, *op. cit.*, 1916, p. 39. Bigelow utilise les dénominations de « maladies vénériennes » et « maladies sociales » comme des synonymes. Voir *ibid.*, p. 37.

[307] « *At a time when infant life is of such supreme value to the nation as it is to-day, it is impossible to exaggerate the importance of these facts* ». HARTLEY, *Motherhood and the Relationships of the Sexes*, *op. cit.*, 1917, p. 287.

[308] Voir notamment GALLICHAN Walter M., *A Text-Book of Sex Education for Parents and Teachers*, London, T. Werner Laurie, 1918, pp. 11, 34, 140, 144, 153. Dans la bibliographie de l'ouvrage, Gallichan accompagne la référence à *Sex Education* de Bigelow du commentaire suivant : « Il devrait figurer dans la

Notons cependant que les maladies vénériennes ne constituent pas le centre du propos de Hartley en matière d'éducation sexuelle. Dans *Sex Education and National Health*, alors même qu'elle mentionne beaucoup plus abondamment l'hygiène sexuelle que dans *Motherhood*, elle n'en parle qu'une seule fois, pour souligner que les filles sont moins informées que les garçons à ce sujet, alors qu'*a contrario*, on leur inculque la romance et de voir en chaque amoureux un héros, autrement dit de « tomber amoureuses de l'amour »[309]. La mention qu'elle fait en outre des maladies vénériennes a pour objet de mettre en garde les filles afin qu'elles prennent la mesure de leur responsabilité. Depuis son premier ouvrage sur les femmes, *The Truth about Woman*, le féminisme de Hartley repose en effet sur une forte responsabilisation des adolescentes puis des femmes, elle-même fondée sur l'idée que les « hommes ont toujours été, et continueront d'être, ce que les femmes en font »[310]. Il incombe donc à celles-ci, selon l'auteure, de ne pas favoriser les passions sexuelles chez les hommes, et d'éviter, notamment, de s'habiller de manière provocante :

> Il faut apprendre aux filles à comprendre leur responsabilité à cet égard et le mal qu'elles peuvent faire de façon irréfléchie à d'autres femmes lorsqu'elles excitent les passions des hommes. Si nos filles éprouvaient vraiment leur pouvoir et la responsabilité qu'il leur confère, elles ne s'habilleraient pas de cette façon provocatrice qui est devenue si courante aujourd'hui.[311]

De telles attitudes conduiraient en effet à multiplier les relations sexuelles et favoriseraient l'infidélité des hommes, qui risqueraient alors de transmettre à leur femme légitime des maladies vénériennes. En somme, Hartley attribue non seulement la propagation de ces maladies aux prostituées, mais aussi aux femmes aguicheuses, établissant ainsi un parallèle entre les unes et les autres. Bien qu'elle dénonce une forme de discrimination genrée dans l'éducation et qu'elle propose de lutter contre celui-ci, elle n'en

---

bibliothèque de quiconque est engagé dans l'éducation ou la protection de la jeunesse. Un plaidoyer très fort en faveur de la connaissance sexuelle comme moyen de régénération de la race [*This should be in the library of everyone engaged in education or the care of the young. A very strong plea for sexual knowledge as a means of race regeneration]* » (p. 180-181).

[309] « *... falling in love with love* ». HARTLEY, *Sex Education and National Health*, *op. cit.*, 1920, p. 68.

[310] « *Men have always been, and will continue to be, what women make them* ». Ibid.

[311] « *Girls must be taught to understand their responsibility in this connection, and the harm they may so thoughtlessly do to other women, when they excite the passions of men. If our girls really felt their power, and the responsibility it placed upon them, they would not dress in the provocative manner that today has become so common* ». Ibid.

préconise pas moins le maintien d'une différenciation genrée dans celle-ci, reposant d'une part sur la différence organique, et d'autre part sur l'idée que les hommes sont des irresponsables, et qu'il appartient aux femmes de faire preuve de responsabilité, notamment concernant les maladies vénériennes[312]. Il s'agit d'une forme de féminisme qui reconduit certains préjugés de genre, et qui impacte la manière d'envisager l'éducation à l'hygiène sexuelle[313].

Santé sexuelle, psychologie sexuelle et psychanalyse

L'importance accordée aux maladies vénériennes par Hartley s'avère donc relative. En outre, elle ne réside pas tant dans sa dimension médicale que dans celle de problème social devant être pris en charge par les femmes. La santé sexuelle, dont on a vu qu'elle désigne une congruence entre le biologique et le vécu et qui, chez Bigelow, fait surtout l'objet de l'hygiène sexuelle mais aussi de la psychologie, ne se rapporte pas essentiellement à la question des maladies vénériennes chez Hartley.

L'éducation sexuelle doit surtout reposer sur l'apprentissage de la physiologie d'une part, et sur la psychologie d'autre part. Dans le modèle de classes d'éducation sexuelle qu'elle propose, Hartley préconise de commencer par la physiologie humaine et d'inclure les organes sexuels parmi les autres organes — plutôt que d'enseigner la reproduction des plantes ou chez d'autres espèces animales, comme cela se fait habituellement[314]. Il convient que cette éducation s'inscrive dans le cadre d'un système adaptable à chaque classe et à l'âge des enfants, qui aidera « à la santé sexuelle, qui se montrera d'un réel intérêt pour les jeunes »[315].

---

[312] Ibid., pp. 68-69.

[313] La politiste américaine Sheila Jeffreys décrit le positionnement de Hartley à partir de *The Truth about Woman* comme celui d'une féministe qui a renoncé et qui sert dès lors l'anti-féminisme. JEFFREYS Sheila, *The Spinster and her Enemies: Feminism and Sexuality, 1880-1930*, New ed., Melbourne, Spinifex, 1997, pp. 140-142. D'une manière générale, dans cet ouvrage, Jeffreys conteste que le tournant du XIXe siècle en Grande-Bretagne ait marqué le passage du puritanisme à une première libération sexuelle. Elle y décrit en particulier la naissance de la sexologie et le mouvement de réforme sexuelle en Europe, à travers les figures de Havelock Ellis, Iwan Bloch, Auguste Forel et le poète Edward Carpenter, comme ayant travaillé contre les intérêts des femmes.

[314] HARTLEY, *Sex Education and National Health*, *op. cit.*, 1920, pp. 54-55.

[315] « *… a system (…) of help towards sexual health that will prove of real service to the young* ». Ibid., p. 57.

La dimension psychologique vient cependant compléter de façon conséquente les aspects physiologiques. Nous avons vu que Hartley s'inspire de Ellis, mais aussi de la psychanalyse. *Sex Education and National Health* met en exergue une citation du psychiatre suisse Carl Gustav Jung[316], et il renvoie à plusieurs reprises à Freud, auquel Hartley donne raison sur le fait que ce qu'elle appelle l'instinct sexuel (« *sexual instinct* ») — et non la pulsion —, n'est jamais absent « chez l'enfant normal » (« *in the normal child* »)[317]. De plus, elle reprend l'idée que les névroses des parents ont des effets sur le développement psychique des enfants, et sur leur sexualité à l'âge adulte[318]. C'est pourquoi l'enseignant ou l'enseignante chargée de l'éducation sexuelle doit savoir repérer les « symptômes nerveux » (« *nervous symptoms* ») pour pouvoir les signaler aux parents. Puis « l'aide d'un assistant formé, d'un médecin des nerfs ou d'un analyste devrait être sollicitée »[319]. Cette démarche repose sur la collaboration étroite entre les parents et l'enseignant ou enseignante, et si nécessaire, l'enfant peut être retiré temporairement de l'école pour être placé dans un environnement « heureux » (*happy*) jusqu'à ce que son état de « santé » (*health*) soit rétabli. Les névroses sont donc aussi une question de santé, et pas seulement de pathologie. Ce point est important car il modifie l'angle sous lequel les symptômes psychiques sont abordés. Dans l'enfance, ils ne constituent pas encore des organisations établies de la personnalité. Grâce à la collaboration entre les parents et l'enseignant ou enseignante, il serait encore possible d'agir dessus de telle sorte qu'une « très grande part des maladies nerveuses serait évitée »[320]. Or, Hartley qualifie cette collaboration tournée vers les enfants de « travail de soins et d'assistance pour leur santé sexuelle »[321].

---

[316] Ibid., p. 7.

[317] Ibid., p. 21.

[318] Ibid., p. 22.

[319] « *… the assistance of a trained helper, a nerve doctor, or an analyst should be called* ». Ibid., p. 59. Le « médecin des nerfs », ou neurologue, au même titre que le psychanalyste — simplifié ici en « analyste » — s'occupe des maladies des nerfs dont font partie les névroses, conformément aux représentations des rapports entre le cerveau et l'esprit de l'époque. Comme on le sait, Freud était lui-même neurologue de formation.

[320] « *… an immense amount of nervous disease would be prevented* ». Ibid.

[321] « *… work of care and assistance for their sexual health* ». Ibid., p. 60.

L'abord du psychisme sous l'angle de la santé permet d'inclure ce qui le concerne sur le plan sexuel dans la santé sexuelle, qui n'est alors pas seulement organo-physiologique ni hygiénique. On retrouve ici l'ouverture au mental qui était déjà présente chez Beall[322], mais en intégrant les apports de la psychanalyse. Cette extension du champ de la santé sexuelle préfigure l'une des problématiques qui va se faire jour à partir des années 1970, concernant la place de la psychanalyse dans ce champ et ses rapports à la sexologie, dès lors que la santé sexuelle va en devenir l'objet privilégié. Elle témoigne, chez Hartley, de la rencontre de deux influences qui ont toutefois du mal à cohabiter : celle de la psychologie sexuelle d'Ellis et celle de la psychanalyse freudienne, qui reconduit les tensions entre la sexologie et la psychanalyse[323].

Éducation et éthique de la responsabilité

Outre le fait que la santé sexuelle ne s'entend pas qu'en un sens physiologique, elle est associée à l'éthique elle-même objet de l'éducation. De plus, alors même que Hartley n'est pas médecin ni impliquée dans des programmes de santé publique, l'angle de la santé, en lien avec l'éducation, s'avère central comme l'indique clairement le titre du livre *Sex Education and National Health*.

L'éthique se trouve opposée à la morale d'inspiration religieuse. Leur fondement n'est pas le même : la vérité établie scientifiquement d'un côté — en particulier la physiologie —, la pudibonderie qui empêche de parler réellement des choses du sexe de l'autre. C'est sur le fondement de la connaissance qu'il convient de transmettre aux élèves le sens de leur conduite. À ce titre, tout comme chez Bigelow, les connaissances sur la santé sexuelle ne suffisent pas pour l'éducation sexuelle, il faut aussi les orienter sur le sens que les élèves veulent donner à leur vie :

> Il ne suffira pas à l'adolescent d'apprendre à l'école ce qui fait la santé sexuelle ; il doit aussi apprendre à utiliser sa vie et à ressentir le bénéfice qu'il tirera lui-même de la santé sexuelle. Le problème de son éducation à la vie doit être abordé, non pas du côté

[322] Voir *infra* p. 59.

[323] Révélateur de la signification épistémologique de cette tension, Ellis a notamment désigné Freud comme un artiste, par distinction d'un scientifique. Ellis Havelock, *The Philosophy of Conflict, and other Essays in War-Time*, 2nd series, London, Constable and Co., 1919, p. 219. Voir Crozier, « Taking Prisoners », *art. cit.*, 2000, p. 459.

> du catéchisme et des « il ne faut pas » du maître moralisateur, mais du côté de ce que le garçon ou la fille veut pour lui-même ou pour elle-même.[324]

C'est ici que la santé sexuelle et l'éthique se trouvent articulées, la seconde devant tirer des enseignements de la première. L'éthique ne consiste alors pas à agir selon des principes imposés de l'extérieur, comme c'est le cas dans le cadre de la morale religieuse et du déontologisme en général, ou de ce que Max Weber appelle l'éthique de conviction ; elle est une éthique de la responsabilité individuelle, qui renvoie l'individu à lui-même et aux conséquences prévisibles de ses actes[325].

L'ensemble santé sexuelle / éthique forme l'éducation sexuelle, qui porte aussi bien sur la physiologie que sur les émotions, afin de permettre aux adolescentes et adolescents et aux futur · e · s adultes d'orienter leur vie. L'influence de la psychanalyse se fait encore sentir ici, les émotions référant en particulier à celles qui sont inconscientes :

> On commence à peine à reconnaître l'influence considérable et l'importance de l'action sexuelle dans le domaine de l'inconscient, où se cachent des émotions inconnues, mais dérangeantes. Il y a une immense vie cachée en chacun de nous — un monde en-deçà de notre vie réalisée -- un monde d'une signification plus profonde où sont actifs nos souhaits, désirs et efforts non réalisés.[326]

Cette opposition entre la connaissance — physiologique et psychanalytique — et la morale religieuse, illustre le fait que nous avons soutenu pour justifier une approche d'abord épistémologique de la santé sexuelle : les discours scientifiques sur la sexualité ne sont pas le simple décalque sécularisé des discours moraux. On observe ici qu'ils se construisent même à l'encontre des discours religieux et avec la ferme intention de les

---

[324] « *It will not be sufficient for the adolescent to learn in school what makes for sexual health ; he must learn also how to use his life, and be made to feel the benefit which he will himself gain from sexual health. The problem of his education in life must be approached, not from the side of the catechism and the "thou shalt nots" of the overmoral teacher, but from the side of what the boy or the girl wants for himself or for herself* ». HARTLEY, *Sex Education and National Health*, *op. cit.*, 1920, p. 102.

[325] Voir WEBER Max, *Le savant et le politique*, Paris, La Découverte, 2003, p. 192. Rappelons que Weber propose cette distinction dans le cadre d'une réflexion sur les rapports entre éthique et politique, où il oppose le syndicaliste révolutionnaire qui défend une cause selon des principes supérieurs sans s'occuper des conséquences de ses actes, au politique conscient de ses responsabilités.

[326] « *The tremendous influence and importance of the action of sex in the realm of the unconscious, where unknown, but disturbing, emotions are hidden, is only now coming to be recognised. There is an immense hidden life in each one of us — a world beneath our realised life — one of deeper significance wherein are active our unrealised wishes, desires, and strivings* ». HARTLEY, *Sex Education and National Health*, *op. cit.*, 1920, p. 19.

combattre. Et même lorsqu'il s'agit d'aborder la question de la bonne action, l'éthique proposée refuse de se fonder sur la honte et la culpabilité qu'instille la religion à l'égard de la sexualité.

Ensuite, il faut souligner la place occupée par la santé, dans son articulation avec l'éducation sexuelle. Certes, l'hygiène sexuelle est présente au sein de cette dernière, mais elle n'est pas si centrale que chez les auteurs anglo-américains que nous avons étudiés jusqu'ici, ce qui se traduit par une évocation seulement rapide des maladies vénériennes par Hartley. La santé sexuelle couvre alors un champ plus large que l'hygiène sexuelle, et non strictement physiologique, sans pour autant être le seul objet de l'éducation sexuelle. Or, cette dernière n'en est pas moins considérée par Hartley dans son rapport à la santé, en lien avec l'éthique. L'agencement entre la santé, l'éducation et l'éthique est le suivant : l'éducation sexuelle reposant sur le fait de dire la vérité, elle permet de réduire le risque de développements psychiques anormaux et de conduites sexuelles indésirables qui peuvent en résulter. *A contrario*, une défaillance dans cette éducation — comme le fait d'inventer des histoires sur la façon dont les enfants sont engendrés, ou de répondre aux questionnements des enfants qu'elles ou ils sont trop jeunes pour s'intéresser à ces sujets — conduira au développement d'une curiosité anormale, les enfants sentant bien que les adultes ne leur disent pas la vérité, et qu'il y a quelque chose à cacher — et donc à savoir : « Traitez n'importe quel sujet abordé par votre enfant comme inapproprié, indicible ou vilain à évoquer, et vous susciterez certainement une curiosité anormale et souvent très nuisible »[327]. Plus précisément, cette curiosité anormale peut tourner à la perversion : « lorsque le silence est maintenu, une atmosphère de mystère pernicieux est inévitablement créée dans les pensées de l'enfant avec toutes les influences lubriques et perverses que ce faux mystère encourage »[328].

La protection des enfants contre les affres du sexe en les maintenant dans l'ignorance est donc considérée comme contre-productive par Hartley. C'est le même agencement entre santé, éducation et éthique que l'on retrouve lorsque l'entretien de l'ignorance concerne les maladies vénériennes : ne pas dire ce que l'on sait sur celles-ci conduit les

[327] « *Label any subject to your child as improper, unspeakable, or naughty of it to speak about, and you set up certainly an abnormal and often very harmful curiosity* ». Ibid., p. 30.

[328] « *… when silence is maintained an atmosphere of unwholesome mystery is inevitably created in the child's thoughts with all the prurient and perverting influences which such false mystery encourages* ». Ibid., p. 36.

filles à ne pas prendre leurs responsabilités envers les hommes et à propager ces maladies. D'une façon générale, pour Hartley, « la prévalence importante des troubles sexuels » (« *the widespread prevalence of sexual troubles* ») est causée par l'ignorance et les défaillances de l'éducation sexuelle, qui reposent elles-mêmes sur l'hypocrisie et le cynisme des adultes face aux difficultés des jeunes[329]. En ce sens, la connaissance joue un rôle prophylactique, et elle se voit attribuer une vertu préventive qui la sort de son domaine gnoséologique pour l'inscrire dans celui de la santé.

On retrouve ici le modèle de conception du vivant dans son rapport à l'environnement, des maladies — jusqu'aux perversions — pouvant être provoquées par l'attitude d'autrui, c'est-à-dire par l'environnement social, qui exerce ainsi une influence. L'éducation comme remède préventif à l'apparition des maladies est elle-même une attitude sociale influente. Ainsi, les questions de santé et de maladies sexuelles sont-elles comprises dans la suite du modèle néo-hippocratique et physiologique, alors que l'on se trouve à une époque qui fait suite au développement de la microbiologie de Koch et de Pasteur dont le modèle est ontologique, c'est-à-dire où la maladie est une entité extérieure qui « survient à l'homme », et qui « rentre et sort de l'homme comme par la porte »[330]. Du fait de leur articulation à l'éducation, les usages de la notion ou du concept de santé sexuelle s'inscrivent dans la persistance du modèle de la maladie et plus globalement du vivant que Canguilhem qualifie de « dynamique »[331], avec une conception de l'environnement comme social, et pas seulement comme constitué d'éléments naturels (air, eau…).

Insistance de l'éthique

Il nous faut ici mettre en évidence un point non négligeable pour les rapports entre les questions de santé et les questions morales. Bien que l'abord scientifique de la sexualité soit opposé à son abord moral en un sens religieux par Hartley, et bien qu'il nous importe de traiter l'épistémologie de la sexualité en général et de la santé sexuelle en particulier, sans rabattre celle-ci sur des considérations morales qui se pareraient abusivement d'une discursivité scientifique et médicale, le discours de Hartley tend à osciller

[329] Ibid., pp. 33-34.
[330] Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, *op. cit.*, 2013, p. 13.
[331] Ibid., p. 14.

entre le souci scientifique et la diffusion de certains jugements moraux. Ceci ne tient pas seulement au fait qu'elle réunit dans l'éducation sexuelle aussi bien des considérations gnoséologiques qu'éthiques. Si le domaine théorique et le domaine pratique ne répondent pas aux mêmes méthodes ni aux mêmes fins, il n'y a pas à poser entre eux une forme de dualisme qui les rendraient absolument hétérogènes, et qui poserait le problème insoluble de leur articulation. La difficulté chez Hartley se loge ailleurs : dans le glissement subreptice du scientifique au moral au sein même du discours scientifique. Et cela s'opère d'une façon classique dès lors qu'il s'agit de santé : l'équivocité du terme « malsain ». Ce terme peut aussi bien relever du vocabulaire médical que du vocabulaire moral. Au demeurant, l'équivocité est plus directe en français que dans le texte de Hartley en anglais. Dans la précédente citation que nous avons faite de l'auteure à propos des influences lubriques et perverses encouragées par le faux mystère entretenu à propos de la sexualité, on trouve le mot « *unwholesome* » (« *an atmosphere of unwholesome mystery* »). Celui-ci peut être traduit par « malsain », mais nous avons choisi de le traduire par « pernicieux », autre traduction possible, parce que « *unwholesome* » ne réfère pas directement à la santé. Dans ce dernier cas, il existe « *unhealthy* », qui n'est justement pas utilisé par Hartley ici. Cela pose alors la question du registre dans lequel elle se situe lorsqu'elle parle des pensées de l'enfant, alors que les impacts psychiques étaient rapportés à la santé sexuelle, et que la question éthique se situait du côté des conduites, non des pensées. Ceci introduit un premier glissement. Or, celui-ci est renforcé, pour ne pas dire confirmé, lorsque, dans le chapitre suivant, elle parle de « *unhealthy curiosity* », c'est-à-dire de curiosité malsaine mais en référant cette fois-ci à la santé[332]. Le propos dans lequel sont employés « *unwholesome* » et « *unhealthy* » est le même : il s'agit de pointer les conséquences de l'entretien de l'ignorance et du silence sur la sexualité. Ainsi, les deux adjectifs semblent superposables, et recouvrent la même ambiguïté que celle qui existe en français par l'emploi du mot unique de « malsain ». Cette confusion de registre est toutefois favorisée par le fait que *whole* et *health* ont une origine étymologique commune. Nous développerons ce point un peu plus loin.

[332] HARTLEY, *Sex Education and National Health*, *op. cit.*, 1920, p. 45.

La formation des éducateurs et éducatrices

Enfin, un dernier point est à souligner : la question de la formation des éducateurs et éducatrices, également traitée par Bigelow. Nous avons vu que l'éducation sexuelle repose, selon Hartley, à la fois sur les parents — et tout spécialement sur la mère —, et sur des enseignantes et enseignants. Or, pour que l'éducation sexuelle soit menée correctement, il faut que les éducateurs et éducatrices soient formé · e · s, et qu'elles et ils soient à l'aise avec la sexualité. Voici ce que dit Hartley à propos de la mère :

> … il est essentiel que la mère ait elle-même la foi la plus absolue dans la pureté du sexe et dans sa propre relation physique avec son enfant, afin qu'elle puisse en parler avec la plus grande franchise et tendresse. Le moindre doute ou la moindre incertitude de sa part se communiquera à l'enfant, puis, aussitôt, la honte commencera à s'installer.[333]

On le voit, il s'agit aussi de ne pas être gêné · e dans sa propre expérience personnelle. Autrement dit, les dispositions de la mère ne doivent pas être seulement d'ordre théorique, mais aussi émotionnel, dans le sens référé à l'inconscient que Hartley donne au concept d'émotion.

Or, ceci présente quelques difficultés, dans la mesure où il n'est pas courant que les parents soient à ce point à l'aise. Une autre difficulté est qu'il serait compliqué de former les parents. C'est pourquoi toute l'éducation sexuelle ne peut reposer sur eux, et que l'école a un rôle à jouer. La question de la formation des enseignantes et enseignants s'annonce moins difficile que celle des parents :

> Nous devons (…) prendre en considération le fait pratique que nous pouvons former et observer les enseignantes et enseignants dans les écoles beaucoup plus facilement que nous ne pouvons former ou observer les parents à la maison.[334]

Toutefois, elles et ils peuvent également manifester « leurs propres répressions et évitement du sexe », ce qui peut entraîner chez eux « une incapacité inconsciente de

---

[333] « *… it is essential that the mother should have herself the most absolute faith in the purity of sex and in her own physical relationship to her child, so that she can speak of this with the utmost frankness and tenderness. The slightest doubt or uncertainty on her part must communicate itself to the child, and then, at once, shame begins to creep in* ». Ibid., p. 31.

[334] « *We have to consider (…) the practical fact that we can train and watch the teachers in the schools much more easily than we can train or watch the parents in the home* ». Ibid., p. 57.

traiter le sujet simplement et prudemment »[335]. Il faut donc être attentif à la manière de les sélectionner. C'est alors que Hartley estime que les mieux placé · e · s pour assurer l'éducation sexuelle sont les professeur · e · s de sport. Son argument est qu'il s'agit là de celles et ceux qui ont le plus l'habitude de parler de leur corps aux élèves. Autrement dit, ce sont celles et ceux qui ont une certaine aisance avec le corps et avec le fait d'en parler. Plus précisément, les professeur · e · s de sport sont habitué · e · s à parler de la manière de traiter son corps, de se conduire avec lui, sous l'angle de la santé et du soin, c'est-à-dire sous l'angle de l'hygiène comme conduite de soi avec soi-même :

> Le ou la professeur · e de gymnastique, de jeux, de scoutisme, d'exercices et de toutes les activités physiques et sportives de l'école se trouve dans une position à part du reste du personnel de l'école. Il ou elle a l'habitude de parler aux garçons ou aux filles des soins du corps, de la santé et de la condition physique, des bonnes et mauvaises habitudes, et de la façon dont celles-ci affectent la condition physique en général ; il est également courant pour elles et eux de prescrire des programmes d'entraînement spécifiques, des restrictions alimentaires, des exercices spéciaux, etc. etc., pour atteindre des objectifs particuliers.[336]

Il est significatif que les meilleur · e · s enseignantes et enseignants pour l'éducation sexuelle aux yeux de Hartley sont celles et ceux qui sont déjà formé · e · s à transmettre la discipline du corps. Ceci tient au fait que l'éducation sexuelle a comme finalité de donner les moyens aux futur · e · s adultes de contrôler ce qui a trait à l'inconscient dans le sexuel pour maîtriser leurs comportements. La finalité éthique de responsabilité apparaît ainsi comme une éthique de l'autodiscipline.

Ces enseignantes et enseignants n'en devraient pas moins être formé · e · s spécialement, en particulier « aux méthodes curatives de la psychologie moderne »[337]. Ceci conduirait à ne pas seulement les désigner comme professeur · e · s de sport ou de gymnastique, mais comme « Maîtres » ou « Maîtresses de la Santé et des Sports »[338]. Ainsi,

---

[335] « *... their own possible repressions and avoidance of sex, setting up an unconscious inability to treat the subject simply and wisely* ». Ibid., p. 58.

[336] « *The teacher of gymnastics, games, scouting, drill, and all the physical and sport activities of the school stands in a position apart from the rest of the school staff. He, or she, is accustomed to speak to the boys or girls about the care of the body, about health and fitness, and about good and bad habits, and the way these affect general fitness ; it is also common for them to prescribe special plans of training, restriction of diet, special exercises, etc. etc., for the attainment of special ends* ». Ibid., p. 62.

[337] « *[...] in the curative methods of modern psychology* ». Ibid., p. 63.

[338] « *Health and Games Masters and Health and Games Mistresses* ». Ibid.

toujours en référence à la psychanalyse, leurs compétences devraient s'étendre à l'identification des « troubles nerveux courants, tels que, par exemple, les peurs refoulées »[339]. Sans faire des professeur · e · s de sport des médecins, la continuité posée entre la discipline du corps et l'éducation sexuelle incluant la dimension psychique, instaure une continuité entre le sport et la santé qui trouve ses racines dans l'hygiénisme du XIXe siècle. Idéalement pour Hartley, un ou une médecin (« *doctor* ») devrait d'ailleurs seconder ces professeur · e · s pour approfondir la question des soins du corps. C'est donc résolument sous les hospices de la santé que le sexe est appréhendé, bien que la santé sexuelle ne soit présentée que comme un aspect de l'éducation sexuelle parmi d'autres.

Hartley reconduit ainsi une imbrication de la santé et de l'éthique sexuelles, que l'on trouve déjà dans le concept d'hygiène sexuelle dès lors que l'hygiène désigne un ensemble de conduites, comme c'est particulièrement le cas dans l'aire anglo-américaine promotrice du *self-help*. La démarche d'ensemble est prophylactique, elle promeut une éthique de prévention personnelle dans laquelle la connaissance à son rôle à jouer. Le fait de soigner n'est cependant pas exclu, dans la mesure où les enseignantes et enseignants interviennent seulement alors que les enfants ont déjà un certain âge et que, lors de la période qui précède l'entrée à l'école, les parents ont pu commencer à transmettre des sentiments de honte et de culpabilité pouvant conduire à des troubles nerveux. Quoi qu'il en soit, l'institutionnalisation de la santé sexuelle par l'OMS n'échappera pas à l'imbrication de la santé et de l'éthique, alors que, avec le concours de sexologues, l'Organisation proposera de développer la formation des professionnel · le · s de santé aux questions de sexualité.

[339] « *[...] common nervous troubles, such, for instance, as repressed fears* ». Ibid.

II.3.3 — La santé comme entièreté : incidences anthropologiques et épistémologiques

Une psychanalyse du sujet indivisible

L'étude de la pensée de Hartley met en évidence plusieurs points significatifs pour l'épistémologie historique de la sexualité. Si plusieurs éléments s'inscrivent peu ou prou dans la continuité de l'hygiénisme anglo-américain du XIXe siècle, les références à la psychanalyse conduisent à faire évoluer le champ de la santé sexuelle. Or, l'éthique de la responsabilité individuelle renvoie plutôt à la philosophie du *self-help*, qui préfigure les éthiques du développement personnel dont le modèle psychologique exclura la psychanalyse pour s'orienter vers le cognitivo-comportementalisme. On trouve ainsi chez Hartley les bases de la tension puis du conflit entre la psychanalyse et le béhaviorisme critiqué puis enrichi par le cognitivisme, qui se retrouveront au sein de la sexologie et autour du concept de santé sexuelle au cours de la deuxième moitié du XXe siècle. C'est que les apports de la psychanalyse sont réaménagés par une anthropologie individualiste. Le sujet de la psychanalyse est constitué par une division interne, tandis que le sujet de l'individualisme est indivisible, comme son étymologie le rappelle. Sous l'influence de Havelock Ellis, l'« immense vie cachée en chacun de nous » évoquée par Hartley ne semble pas intégrer l'anthropologie du sujet divisé portée par la psychanalyse. Ceci se traduit par le fait de rabattre le domaine de l'inconscient sur le registre de l'émotion, d'ordre psychophysiologique plutôt qu'intrapsychique. Les émotions sont repérables et descriptibles au niveau conscient, on peut en faire la phénoménologie, alors qu'il s'agit pour Freud de poser l'hypothèse d'une dynamique psychique qui échappe au conscient tout en étant active, où l'affect — y compris conscient — est un représentant de la pulsion[340] — terme que n'emploie pas Hartley, qui lui substitue celui d'instinct[341]. Les références à une intériorité inconsciente ne conduisent ainsi pas à prendre acte de ce que signifie la division du sujet pour la psychanalyse, et dès lors l'éducation peut être conçue

[340] Carton Solange et Widlöcher Daniel, « Émotions et affects en psychanalyse », *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement* (2), 2012, pp. 177–186.
[341] Hartley, *Sex Education and National Health*, *op. cit.*, 1920, p. 21.

comme une manière de neutraliser cette division pour une récupération complète du sujet par lui-même : l'individu qui aura appris par sa mère et surtout par l'école qu'il existe un niveau inconscient de la sexualité, pourra, ainsi éduqué, neutraliser cette dimension de la sexualité et être une personne responsable. Il s'agit en somme de ce que l'on peut appeler, en maniant l'oxymore, une psychanalyse du *self*. Telle est la condition de la santé sexuelle.

Le vécu de son sexe doit en effet être congruent avec son sexe biologique. Les revendications féministes d'indépendance par le travail qui, selon Hartley, tendent à masculiniser les femmes en déniant leur nature constitutive, sont considérées à partir d'une recherche de continuité entre le biologique et le psychologique, qui s'inscrit dans un rôle social, en l'occurrence le rôle maternel pour les femmes dans le cadre d'une pensée de la race. Il n'y a pas ici place pour une division interne du sujet, et les psychonévroses, dont Hartley fait pourtant mention, sont réduites à des problèmes du système nerveux, c'est-à-dire à des maladies nerveuses au sens physiologique du terme. Les causes en sont toutefois extérieures : ignorance de la sexualité infantile par l'entourage, et comportements de l'entourage (en particulier de la mère) qui peuvent induire ces psychonévroses (hystérie, obsession)[342]. La réponse à ces problèmes proposée par Hartley n'est pas la psychanalyse, mais l'éducation sexuelle. Celle-ci est censée régler, et mieux, prévenir, la survenue des psychonévroses[343]. En somme, l'éducation sexuelle aurait le pouvoir de déjouer la conflictualité interne du sujet. La santé sexuelle désigne alors la résolution du conflit, l'accord du biologique et du psychologique.

Vers une définition positive de la santé par l'entremise du mental

Plus globalement, Hartley s'inscrit dans les évolutions que connaît le concept de santé dans l'entre-deux guerres. Celui-ci désigne chez elle une forme de normalité qui ne se réduit pas au domaine physique du corps. En l'étendant au psychisme dans sa liaison au physiologique et en y mêlant la dimension éthique des conduites, c'est-à-dire celle des comportements, elle tend à en modifier les frontières.

[342] Ibid., p. 22.
[343] Ibid., p. 23.

Cette extension du champ de la santé est favorisée par le fait que le concept de santé n'est généralement pas précisément défini. Nous avons vu qu'il désigne le plus souvent l'absence de maladies, c'est-à-dire qu'il se définit négativement, mais si les maladies en question se situent habituellement sur le plan physiologique, la dimension mentale est parfois incluse — comme chez Beall, et dans une moindre mesure chez Bigelow —, autrement, donc, que sous l'angle seulement psychopathologique. L'intégration du mental dans l'approche par la santé par le biais de la santé sexuelle ne relève cependant pas d'une innovation par rapport à certains courants médicaux qui remontent au XIXe siècle, et qui font usage du syntagme de « santé mentale ». Sans surprise, on le retrouve surtout sous la plume d'auteurs anglais ou américains. C'est le cas chez Drysdale dans ses *Elements of Social Science*[344].

La nationalité de ceux-ci cependant ne suffit pas à établir des corrélations avec les usages de tel ou tel vocable. On trouve notamment de nombreuses références à la santé mentale chez le médecin allemand Wilhelm Griesinger, auteur au milieu du XIXe siècle d'un *Traité des maladies mentales*[345] qui emploie à de multiples reprises « *geistige Gesundheit* » (santé de l'esprit) — et dans une moindre mesure « *psychische Gesundheit* » (santé psychique) —, alors même que le titre propose une entrée par l'angle pathologique. L'ouvrage fut traduit en français et en anglais, Griesinger étant notamment membre associé étranger de la Société médico-psychologique de Paris, et membre honoraire de la Société des aliénistes anglais. Notons qu'il considérait que les maladies mentales sont des maladies du cerveau[346], et qu'il était partisan de l'ouverture des asiles et de l'intégration sociale des personnes atteintes de maladie mentale.

Cependant, les traductions du livre de Griesinger illustrent les variations de modèle conceptuel d'un pays à l'autre. Ainsi, la traduction anglaise de son ouvrage compte une quinzaine d'occurrences de « *mental health* » — soit autant que d'occurrences équivalentes dans le texte allemand[347] —, tandis que la traduction française n'en compte

[344] DRYSDALE, *The Elements of Social Science*, *op. cit.*, 1861, pp. 37, 45, 49, 163, 430-431.

[345] GRIESINGER Wilhelm, *Traité des maladies mentales. Pathologie et thérapeutique*, Paris, Adrien Delahaye, 1865.

[346] « ... nous devons toujours voir avant tout dans les maladies mentales une affection du cerveau ». Ibid., p. 1.

[347] Si leur nombre est équivalent, il ne s'agit toutefois pas d'un effet de traduction systématique de « *psychische* » ou « *geistige Gesundheit* » par « *mental health* ». Ainsi la première occurrence de « *mental health* » traduit-elle « *geistiger Klarheit* », traduit par « netteté de l'intelligence » dans l'édition française.

qu'une de « santé mentale ». Dans plusieurs cas, le terme de « santé » est en effet éludé[348].

Il est complexe et sans doute périlleux de tirer des conclusions quant aux styles d'appréhension seulement sur l'usage ou non de tel ou tel terme. Le rapport est plutôt inverse : un style d'appréhension donné favorise l'usage de tel ou tel terme, et lui donne sa signification et sa prééminence. L'abord de la vie sexuelle humaine par la physiologie et la santé, préférentiellement à celui par la pathologie, promeut l'usage à la fois des syntagmes de « santé sexuelle » et de « santé mentale » — ce qui ne signifie pas qu'une pensée orientée d'abord par l'abord psychopathologique exclut toute référence à la santé. Certes, dans les pages qui précèdent, nous forçons le trait pour distinguer les modèles physiologiques des modèles pathologiques de la sexualité. Il n'en reste pas moins que ce trait forcé est un trait que l'on peut tout de même observer, et que le grossir d'un point de vue méthodologique permet d'éclairer les différences d'approche de la sexualité entre l'aire anglo-américaine et l'Europe continentale.

Les références à la santé mentale s'avèrent importantes pour comprendre comment la notion de santé sexuelle, et plus globalement celle de santé, ont pu être orientées vers une conception positive allant au-delà de l'absence de maladies. Nous avons vu avec Willard qu'elle a donné un contenu positif à la santé en y incluant bien autre chose que l'absence de maladies, à savoir l'harmonie relationnelle, qui engage l'état d'esprit. Nous avons également vu que les courants hygiénistes protestants et vitalistes ont associé la santé au bonheur, soit un état d'esprit — certes non pas comme qualité interne de la santé, mais comme une conséquence de celle-ci. Beall et Bigelow, nous l'avons dit, ont donné une dimension mentale et psychologique à la santé sexuelle. Ainsi, tout comme l'abord pathologique de la sexualité par l'aliénisme, celui par la santé la constitue en

---

GRIESINGER Wilhelm, *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten für Aerzte und Studirende*, Stuttgart, Adolph Krabbe, 1861, p. 94 ; GRIESINGER Wilhelm, *Mental Pathology And Therapeutics*, 2nd ed., London, The New Sydenham Society, 1867, p. 93 ; GRIESINGER, *Traité des maladies mentales. Pathologie et thérapeutique*, *op. cit.*, 1865, p. 109.

[348] Ainsi, à titre d'exemples, dans le §67, « *geistige Gesundheit* » est traduit par « intelligence ». Dans le §69, « *psychischen Gesundheit* » est traduit par « facultés psychiques intactes ». Dans le §74, « *psychischer Gesundheit* » est traduit par « jouisse de toute sa raison », etc. GRIESINGER, *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*, *op. cit.*, 1861, pp. 114, 117, 125 ; GRIESINGER, *Traité des maladies mentales. Pathologie et thérapeutique*, *op. cit.*, 1865, pp. 133, 136, 144.

*psycho*sexualité — sans pour autant relever du style de raisonnement psychiatrique décrit par Davidson. La santé sexuelle est alors également affaire de santé mentale.

En reprenant à son compte une forme revisitée — pour un sujet indivisible — de la psychanalyse, Hartley renforce cette association. Or, dans son analyse — critique — du concept de santé positive qu'il mène à la fin des années 1970, le philosophe américain Christopher Boorse attribue aux « médecins et travailleurs en santé mentale » l'élaboration d'une « conception véritablement positive de la santé ». Celle-ci, nous dit Boorse, repose sur des idéaux de réalisation de soi et de développement personnel, qui enjoignent les professionnels de la santé mentale à « aider activement les individus ou les communautés à maximiser leur qualité de vie et à développer tout leur potentiel humain » [349]. La psychologue sociale austro-britannique Marie Jahoda[350] illustre cette tendance. Dans son ouvrage sur les concepts de santé mentale positive, elle affirme ainsi qu'il « appartient à la science d'explorer les potentialités humaines et les conditions qui favorisent leur réalisation »[351]. Dans une telle optique, l'absence de maladies mentales est certes une condition nécessaire, mais insuffisante, pour définir la santé mentale[352]. Se pose alors la question des critères positifs pour une telle définition. Si Jahoda passe en revue divers critères psychologiques possibles, elle n'ignore pas que se pose, *in fine*, une question de valeurs. Les critères psychologiques peuvent en effet être décrits selon elle d'un point axiologiquement neutre. En revanche, dès lors qu'on considère que ces critères constituent la santé mentale, ils sont considérés comme bons, ce qui pose la question : « bon pour quoi ? » Des dilemmes axiologiques surgissent alors, selon que l'on apporte une réponse d'ordre politique (bon pour la démocratie), individuel (bon pour le bonheur personnel), artistique (bon pour la créativité dans l'art), etc.[353] La solution proposée par Jahoda est,

---

[349] BOORSE Christopher, « Health as a Theoretical Concept », *Philosophy of science* 44 (4), 1977, p. 568 ; Traduction française d'Élodie Giroux, in GIROUX Élodie et LEMOINE Maël (éds.), *Philosophie de la médecine II. Santé, maladie, pathologie*, Paris, Vrin, 2012 (Textes clés de philosophie de la médecine), p. 110.

[350] Jahoda est née en Autriche mais fut déchue de sa nationalité après son arrestation en 1936 pour des raisons politiques, peu avant le rattachement du pays à l'Allemagne hitlérienne. Elle émigra alors à Londres, avant de s'établir aux États-Unis après la Seconde Guerre mondiale. Voir JAHODA Marie, ENGLER Steffani et HASENJÜRGEN Brigitte, « Marie Jahoda, une vie mouvementée. Entretien avec Steffani Engler et Brigitte Hasenjürgen », *Travail, genre et sociétés* 1 (3), 2000, p. 6.

[351] « *It is the business of science to explore human potentialities and the conditions furthering their realization* ». JAHODA Marie, *Current concepts of positive mental health*, New York, BasicBooks, 1958, p. 5.

[352] Ibid., p. 15.

[353] Ibid., p. 77.

d'une part, de ne pas considérer la santé mentale comme le bien ultime, mais comme un bien parmi d'autres ; et d'autre part, de ne pas chercher à fonder la santé mentale sur des valeurs devant valoir universellement pour toutes les générations et toutes les civilisations[354]. La conception positive de la santé mentale, articulée à des valeurs, n'en est pas moins assumée, ce à quoi s'oppose Boorse.

Par ailleurs, la recherche de maximisation de la qualité de vie et du développement du potentiel humain sur le plan individuel, fait écho à l'idéal eugéniste. La santé positive trouve en effet à s'articuler à l'idée d'amélioration de la population, procédant ainsi à l'association entre les deux champs de la biologie dont nous avons parlé précédemment. Jean Gayon et la sociologue française de la bioéthique Simone Bateman décrivent comment le concept de santé positive a pu constituer l'un des ressorts de l'idée d'amélioration humaine (*human enhancement*) depuis le tournant des années 2000. Selon les deux auteur · e · s, trois strates de signification des discours et des pratiques d'amélioration humaine se sont juxtaposées : l'amélioration des capacités humaines, l'amélioration de soi, et l'amélioration de la nature humaine[355]. Ces trois strates ne procèdent pas de la même histoire, mais elles « s'enracinent dans des histoires parallèles », dont les philosophies du progrès, l'eugénisme et la notion de « santé positive » fournissent des repères[356].

C'est à propos de la question éthique du recours à la médecine en vue non pas de traiter, mais d'améliorer l'humain, que Gayon et Bateman convoquent le concept de santé positive. Définie non pas seulement comme l'absence de maladie, la santé « ainsi conçue inclut toutes sortes de dimensions de l'existence susceptibles de maximiser la qualité de la vie et le développement du plus haut potentiel humain »[357]. Il s'agit pour les deux auteure · e · s « d'une extension illimitée du domaine de la "santé" », qui doit du moins être formulée sous forme de question[358]. Mais ce qui fait la positivité de la santé sur le plan conceptuel, est le passage d'un « état normal de référence » ou « performance typique » (par exemple, la norme statistique typique de l'espèce, ou d'un sous-groupe

[354] Ibid., p. 78.
[355] Gayon Jean et Bateman Simone, « L'amélioration humaine (*human enhancement*) », in: Carosella Edgardo D. (éd.), *Nature et artifice. L'homme face à l'évolution de sa propre essence*, Paris, Hermann, 2014, p. 230.
[356] Ibid., pp. 226-227.
[357] Ibid., p. 264.
[358] Ibid.

dans l'espèce selon l'âge, le sexe, etc., comme chez Boorse), à « l'excellence fonctionnelle »[359]. L'écho aux propos de Drysdale se fait ici entendre.

Cette conception de la santé n'est pas en elle-même eugéniste. Mais à partir de la problématique de l'amélioration de l'humain, la santé positive et l'eugénisme se déclinent comme des figures de celle-ci, qui peuvent se croiser et se chevaucher. C'est, nous semble-t-il, précisément le cas dans la première moitié du XXe siècle. Le développement d'une conception positive de la santé s'opère sur fond de *topos* eugéniste qui recouvre l'idée d'amélioration de la race. L'hygiénisme est en effet un moyen de cette amélioration, contre les risques de dégénérescence qui, chez les auteur · e · s que nous avons étudié · e · s, sont directement corrélés à l'état de santé. De ce point de vue, si Gayon et Bateman considèrent que les trois strates de signification de l'amélioration humaine, convergentes au tournant du XXIe siècle, procèdent d'histoires parallèles, force est de constater que l'eugénisme et l'hygiénisme (y compris racial) sont intimement articulés dans la première moitié du XXe siècle, et que, spécifiquement du côté des pensées éducationnelles où la santé tend à être considérée comme autre chose que la seule absence de maladie, ils sont liés à une philosophie du progrès.

L'excellence fonctionnelle réfère inévitablement à un système de valeurs, dans la mesure où l'évaluation de ce qui est excellent est axiologique. Sur le plan mental, ceci est d'autant plus patent qu'il faut établir ce que l'on considère comme un fonctionnement mental optimal. Selon Boorse, la popularité du concept positif de santé à la fin du XXe siècle tient en partie à un certain scepticisme quant au concept de pathologie mentale, chargé négativement sur le plan axiologique. Les années 1970 ont en effet été, comme on le sait, le théâtre d'âpres débats à propos de la classification, en tant que perversion sexuelle, de l'homosexualité dans le DSM. Dès les années 1960, un courant anti-psychiatrique se développe, dont l'une des figures de proue, le psychiatre hongrois Thomas Szasz, publie *Le mythe de la maladie mentale* en 1961[360]. Globalement, la controverse porte sur les jugements de valeurs associés aux diagnostics psychiatriques qui se veulent scientifiques. Le recours à un concept positif de santé a pu être favorisé par la controverse sur la dimension axiologique négative du concept de maladie dans le champ du mental.

[359] Ibid., p. 265.
[360] SZASZ Thomas Stephen, *Le mythe de la maladie mentale*, Paris, Payot, 1986.

Boorse souligne alors que la conception positive de la santé consiste à introduire dans le concept un jugement de valeurs qui n'appartient pas à ce concept, quoi que la santé puisse être considérée *en outre* comme un bien[361]. Or, c'est précisément parce qu'elle est généralement considérée comme telle que cette dimension axiologique est perçue comme interne : « Il n'y a pas de doute que, globalement, la santé est désirable. De là, il n'y a qu'un pas pour considérer que ce jugement de valeur est une composante du concept de santé, ou même qu'il en constitue l'élément essentiel »[362]. Et le domaine de la santé mentale se prête particulièrement à une telle introduction de valeurs.

Dimension sociale de la santé positive américaine : Bigelow et Fisher

Toutefois, l'explication de la positivation de la santé par la santé mentale ne suffit pas à mettre au jour les processus par lesquels s'est opéré le glissement d'une conception de la santé comme associée au bonheur, à une conception de la santé qui inclut le bonheur et le bien-être. Le tournant du XXe siècle est aussi, comme nous l'avons montré, la période où, aux États-Unis, l'hygiène devient sociale, à partir d'une tradition d'hygiène privée qui doit faire face à une urbanisation massive. L'internalisation du bonheur et du bien-être dans le concept de santé va également reposer sur le développement de l'hygiène comme prérogative sociale[363]. La dimension mentale de la santé sexuelle est ainsi prise en compte par Hartley ou Bigelow dans le cadre des enjeux éducatifs au niveau scolaire à des fins de santé publique, ou de « santé nationale », pour reprendre le titre de l'ouvrage de Hartley. Bigelow va d'ailleurs lui-même infléchir sa position eu égard aux rapports entre l'éducation sexuelle et l'hygiène sociale. Moins d'une dizaine d'années après sa description de l'éducation sexuelle en plusieurs phases dans laquelle la santé sexuelle

[361] Descartes, déjà, faisait même de la santé le premier des biens de la vie terrestre : « ... la conservation de la santé, laquelle est sans doute le premier bien et le fondement de tous les autres biens de cette vie » (DESCARTES René, *Œuvres et lettres. Discours de la méthode*, Paris, Gallimard, 1999 [Bibliothèque de la Pléiade], p. 168).

[362] BOORSE, « Health as a Theoretical Concept », *art. cit.*, 1977, p. 544 ; Trad. fr. GIROUX et LEMOINE (éds.), *Philosophie de la médecine II. Santé, maladie, pathologie*, *op. cit.*, 2012, p. 66.

[363] On ne peut que souligner, à ce titre, que la question de la définition de la santé mentale positive a été traitée par une psychologue *sociale* pour le compte d'une commission mixte sur la maladie et la santé mentales, en vue d'un programme national en santé mentale. Au cours de sa carrière, Jahoda a ainsi surtout travaillé sur les thèmes du travail et du chômage. Voir JAHODA, ENGLER et HASENJÜRGEN, « Marie Jahoda, une vie mouvementée. Entretien avec Steffani Engler et Brigitte Hasenjürgen », *art. cit.*, 2000.

n'était l'objet que de l'hygiène, qui elle-même n'était qu'une phase parmi d'autres de l'éducation sexuelle, Bigelow affirme :

> Comme l'hygiène sociale en Amérique comprend tous les aspects de la santé [*health*] ou du bien-être [*well-being*] ou du confort [*welfare*] humains qui sont affectés de quelque manière que ce soit par les vastes significations du sexe, il s'ensuit que l'éducation à l'hygiène sociale, ou la division éducative de l'hygiène sociale, est simplement l'éducation sexuelle au sens large.[364]

L'enchaînement de *health*, *well-being* et *welfare* est saisissant, qui les pose comme des équivalences en mêlant la dimension individuelle de *well-being* à celle, collective, de *welfare*. L'OMS n'a pas inventé la définition de la santé comme état de bien-être, et l'ASHA a, par l'intermédiaire de l'une de ses figures majeures et de sa publication phare, promu une conception de la sexualité sous l'angle de la santé comme bien-être dès la première moitié du XXe siècle. Ici, Bigelow apparaît comme moins soucieux de distinguer entre l'hygiène personnelle et l'hygiène sociale, et de ne pas rabattre cette dernière sur l'hygiène sexuelle. Il semble avoir pris acte de ce que l'hygiène sociale « en Amérique » comprend l'ensemble des aspects de la santé qui impliquent le sexe, d'où l'idée que l'éducation à l'hygiène sociale est en même temps l'éducation sexuelle dans toute son étendue, pour autant qu'elle concerne la santé. De même, la mise en série de la santé et du bien-être individuel et social tend à faire de l'éducation sexuelle globale une éducation à l'hygiène sociale, et ainsi à rapporter l'ensemble des questions sexuelles à des questions de santé publique. La première conceptualisation de la santé sexuelle par Bigelow, qui l'inscrivait dans une phase restreinte à l'hygiène dans un ensemble plus vaste de l'éducation sexuelle, subit un renversement où l'éducation sexuelle est globalement affaire d'hygiène, alors que Bigelow avait précisément distingué l'hygiène et l'éducation sexuelles.

Cette évolution chez Bigelow concernant l'hygiène sexuelle se comprend dans le contexte américain, où la promotion de la santé positive de manière plus générale s'incarne dans la fondation en 1914 du *Life Extension Institut* (LEI). L'économiste Irving Fisher, figure pivot de l'ère progressiste, et le riche entrepreneur Harold Ley, en furent à l'initiative. Relevons qu'il ne s'agit ni de médecins, ni de biologistes, mais d'acteurs économiques. Mais atteint de tuberculose à la toute fin du XIXe siècle, Fisher fait plusieurs

[364] BIGELOW Maurice A., « The established points in social hygiene education, 1905-1924 », *Journal of Social Hygiene* X (1), 1924, p. 2.

séjours en sanatorium. Ceux-ci éveillent son intérêt pour l'hygiène personnelle, la santé publique, ainsi que pour la tempérance, dont nous avons vu qu'elle est classiquement associée à la pensée hygiéniste américaine depuis Graham. En 1904, Fisher visite ainsi le sanitarium dirigé par Kellogg. La rencontre entre les deux hommes va donner le jour à une association et une amitié durables[365]. Alors que Kellogg s'éloigne de l'Église adventiste[366] tout en conservant une dimension religieuse — articulée à la science — à sa démarche, il va, au contact de Fisher, le suivre dans l'idée que l'eugénisme, en lien avec l'hygiène, est une nouvelle religion de la vie. Il va en retour exercer sur Fisher une influence importante dans le domaine de l'hygiène[367].

Fisher se situe ainsi idéologiquement au cœur de l'association de l'eugénisme et de l'hygiène, qui se traduit par l'idée d'améliorer la race. D'un côté, l'hérédité se fait selon un déterminisme biologique. Mais de l'autre, ce déterminisme ne constitue pas une prédestination qui retirerait toute responsabilité individuelle sur la conduite de sa vie et sur ce qu'il est possible d'en faire, ainsi que sur ce qu'il est possible de transmettre à ses enfants. Le principe lamarckien d'hérédité des caractères acquis conservait, dès lors, une place importante chez les réformateurs de l'ère progressiste[368].

Co-fondé par Fisher, le LEI est une organisation à but lucratif visant à améliorer la santé et l'efficience pour les affaires (*business efficience*) de la main-d'œuvre moderne,

---

[365] ENGS, *The Progressive Era's Health Reform Movement: A Historical Dictionary*, *op. cit.*, 2003, pp. 121-122.

[366] Depuis les années 1880, les relations entre Kellogg et les Adventistes sont compliquées. Mais c'est au début du XXe siècle que la rupture va être consommée, suite au refus du président de la Conférence générale de l'Église de l'époque, Arthur G. Daniells, de financer la fondation d'un sanatorium en Angleterre. Daniells découvrit en outre le mépris que Kellogg pouvait avoir pour les supposés dons prophétiques d'Ellen White, ce qui acheva de faire des deux hommes des ennemis implacables. Plus globalement, sur le plan théologique, le conflit entre Kellogg et les Adventistes s'est inscrit dans le cadre de la crise du panthéisme -- théorie de l'immanence de Dieu dans la nature, plus en phase avec la formation scientifique et médicale de Kellogg que le littéralisme biblique -- qui secoua l'Église au début du XXe siècle. Voir WILSON Brian C., *Dr. John Harvey Kellogg and the Religion of Biologic Living*, Bloomington, Indiana University Press, 2014, pp. 109-112.

[367] HIRSHBEIN Laura Davidow, « Masculinity, Work, and the Fountain of Youth: Irving Fisher and the Life Extension Institute, 1914-31 », *Canadian Bulletin of Medical History* 16 (1), 1999, p. 95.

[368] WILSON, *Dr. John Harvey Kellogg and the Religion of Biologic Living*, *op. cit.*, 2014, pp. 138-140.

grâce à des conseils et des services de maintien de la santé (comme fournir aux compagnies d'assurance des programmes de maintien de la santé)[369]. Kellogg intégra le Bureau de référence en hygiène (Hygiene Reference Board) du LEI.

Le LEI publia en 1915 un manuel qui devint un important texte d'enseignement de la santé pour de nombreuses institutions éducatives : *How to Live: Rules for Healthful Living Based on Modern Science*[370]. Signé par Fisher et le médecin Eugene Fisk, il est marqué de la patte d'autres contributeurs tels Kellogg. Dès la préface, le positionnement par rapport à la manière d'envisager la santé y est donné. Les auteurs déplorent la faiblesse des idéaux de santé communément partagés, pour lesquels « bien se porter » se réduit à ne pas être malade. C'est donc la conception de la santé comme consistant seulement en l'absence de maladie qui est ici visée. Jusqu'à présent, selon eux, « le thème de l'hygiène a été considéré dans sa relation à la maladie plutôt qu'à la santé »[371]. Nous avons vu que ce n'est pas tout à fait le cas du côté de la réforme sanitaire protestante au XIXe siècle, et qu'à tout le moins, même si la santé y est considérée comme l'absence de maladie, la dimension éthique de l'hygiène et les liens faits avec la spiritualité, dans le cadre d'une philosophie du bonheur, ainsi que la conception de la vie comme vigueur et énergie, tendaient à faire de la santé autre chose que seulement l'absence de maladie. Il n'est d'ailleurs pas étonnant que le discours du LEI soit porté par des héritiers de l'hygiénisme protestant, ce qu'incarne le présence de Kellogg en son sein.

Fisher et Fisk continuent en ces termes : « Dans ce manuel, en revanche, [l'hygiène] est traité dans sa relation avec (1) la préservation de la santé ; (2) l'amélioration de la condition physique de l'individu, et (3) l'augmentation de sa vitalité »[372]. Ils concluent alors : « En bref, les objectifs de ce manuel sont positifs plutôt que négatifs »[373]. Comme on le voit, il s'agit d'affirmer une positivité à deux niveaux : celui de la conception même de la santé, dont on trouve ici sans doute l'une des premières formulations de

---

[369] HIRSHBEIN, « Masculinity, Work, and the Fountain of Youth », *art. cit.*, 1999, p. 90.

[370] FISHER Irving et FISK Eugene Lyman, *How to Live: Rules for Healthful Living Based on Modern Science*, New York ; London, Funk & Wagnalls, 1915.

[371] « *Hitherto, the subject-matter of hygiene has been considered in its relation to disease rather than to health* ». Ibid., p. vii.

[372] « *In this manual, on the other hand, it is treated in its relation to (1) the preservation of health; (2) the improvement in the physical condition of the individual, and (3) the increase of his vitality* ». Ibid., pp. vii-viii.

[373] « *In short, the objects of the manual are positive rather than negative* ». Ibid., p. viii.

celle-ci comme ne se réduisant pas à l'absence de maladie ; celui des conduites, puisqu'il s'agit de se donner des objectifs qui ne consistent pas seulement à éviter les maladies, mais à développer sa condition, avec des accents vitalistes. Autrement dit, on retrouve au sein de l'hygiène l'articulation d'une science qui, ici, modifie les coordonnées de la santé, et de l'éthique comme orientation des conduites.

Les exigences éthiques sont en outre réévaluées du fait de la conception positive de la santé. Aucun écart aux règles de la santé n'est en effet acceptable. Il s'agit de viser la santé en tant qu'excellence, et l'étalon de mesure des conduites à tenir sont celles qui prévalent, nous disent Fisher et Fisk, pour un athlète cherchant une forme « superbe », ou pour un travailleur mental (*mental worker*) pour maintenir son esprit particulièrement aiguisé[374]. Autrement dit, l'éthique qu'engage l'hygiène selon une conception positive de la santé est particulièrement contraignante, et concerne aussi bien le plan physique que le plan mental. Elle s'inscrit dans le cadre d'une perspective d'amélioration de soi (*self-improvement*) qui recoupe l'une des voies d'approche de ce que Gayon et Bateman appellent « la genèse de la cartographie du monde de l'*enhancement* »[375].

La dimension individuelle est mise en avant. Pour autant, l'hygiène individuelle se comprend dans le cadre de l'hygiène sociale, en lien avec l'eugénisme et donc le niveau populationnel de la race. L'hygiène individuelle n'est en effet qu'une branche de l'hygiène, qui comprend aussi l'hygiène publique et « l'hygiène de la race ou eugénisme, la plus importante de toutes »[376]. Ce qui distingue les deux premières de la dernière est la dimension temporelle : les premières concernent le présent, la troisième les générations futures. Si, dans cette typologie de l'hygiène, chaque branche a son domaine, elles restent étroitement liées, de telle sorte qu'il n'est pas possible d'établir des lignes de démarcation exactes entre elles[377]. Ainsi : « Chaque homme devrait prendre part à la grande lutte sociale pour l'hygiène, s'il veut récolter les plus grandes récompenses dans sa propre lutte

---

[374] Ibid.

[375] Gayon et Bateman, « L'amélioration humaine (*human enhancement*) », *art. cit.*, 2014, p. 240.

[376] « *[...] But we, of this generation, can not afford to wait for natural selection to fit the race to an indoor environment ; hence the supreme importance to us of air hygiene. We must compensate for the construction of our houses by insisting on open windows, or forced drafts, or electric fans, or open-air outings, or sleeping porches, or the practise of deep breathing, or all of these things* ». Fisher et Fisk, *How to Live: Rules for Healthful Living Based on Modern Science*, *op. cit.*, 1915, p. 157.

[377] Ibid.

hygiénique personnelle »[378]. En termes utilitaristes, la maximisation de la santé de la population va de pair avec la maximisation de la santé individuelle.

L'hygiène personnelle et l'hygiène publique ne permettent pas, cependant, de contrôler toutes les conditions de la santé. À côté des facteurs que Fisher et Fisk désignent comme environnementaux, un autre facteur est celui de l'hérédité : « […] nous constatons qu'en plus du facteur hygiénique dans la vie que nous pouvons appeler l'environnement, il y a quelque chose d'autre dont dépend la santé de l'individu. Cette autre chose est l'hérédité, ou "la nature de la race" »[379]. Pour les auteurs, il s'agit d'un champ de l'hygiène dans la mesure où, si l'individu ne peut rien faire concernant ce dont il a hérité, les parents peuvent agir sur ce qu'ils transmettent à leurs enfants, de deux façons : d'abord en prenant soin du plasma germinal qui est entre leurs mains et qui appartient à la race, ceci en ne le détériorant pas par l'alcool ou d'autres comportements non hygiéniques ; ensuite en sélectionnant opportunément la conjointe ou le conjoint pour l'appariement du mariage, afin de favoriser certains traits physiques et mentaux et d'en éviter d'autres[380]. Cette méthode évoque la sélection en élevage pour améliorer les cheptels, qui connaît par ailleurs des évolutions suite à la redécouverte en 1900 des lois du moine et botaniste autrichien Gregor Mendel sur l'hérédité biologique et le développement de la génétique[381].

Dans cet ensemble hygiéniste, la question de la santé en matière sexuelle est spécifiquement abordée — sans que ne soit utilisé le terme de « santé sexuelle ». C'est au chapitre des « poisons », et plus précisément de ceux venus de l'extérieur du corps et non de ceux produits par celui-ci, que figurent les maladies vénériennes. S'en prémunir nécessite de mener une vie hygiénique non seulement sur le plan corporel, « mais aussi

---

[378] « *Each man should take part in the great social hygienic struggle, if he is to reap the highest rewards in his own personal hygienic struggle* ». Ibid., p. 161.

[379] « *[…] we find that besides the hygienic factor in life which we may call environment, there is something else on which the health of the individual depends. This something else is heredity, or "the nature of the breed"* ». Ibid., p. 164.

[380] Ibid., pp. 165-166.

[381] MENDEL Gregor, « Versuche über Pflanzen-Hybriden », *Verhandlungen des Naturforschenden Vereines in Brünn* IV (1865), 1866, pp. 3-47, Abhandlungen. Gayon rappelle que l'ambition théorique de Mendel n'était pas d'élaborer plusieurs lois mais une seule, celle de la formation et du développement des hybrides. GAYON, *Darwin et l'après-Darwin. Une histoire de l'hypothèse de sélection naturelle*, *op. cit.*, 2019, p. 353.

dans l'esprit et le cœur »[382]. Le contrôle des désirs sexuels fait ainsi partie de l'hygiène, d'autant que, selon les auteurs citant une enquête menée à Glasgow en Écosse, « toutes les prostituées sont malades »[383]. Favorable à l'instruction sexuelle, le manuel signale que le LEI fournit des brochures sur le sujet. La dimension eugénique de la question n'est par ailleurs pas omise, dans la mesure où la gonorrhée et la syphilis sont énoncées en raison de leurs effets néfastes sur les capacités reproductives, la première à cause de la stérilité qu'elle entraîne, la seconde à cause de sa transmission à la progéniture[384].

L'influence sociale européenne : Sigerist et Stampar

On retrouvera la prédominance de la santé comme sociale, et une définition dès lors positive de celle-ci en lien avec le bien-être, chez l'historien de la médecine originaire de Suisse Henry Sigerist, ainsi que chez l'hygiéniste croate Andrija Stampar. Particulièrement influent entre les deux guerres mondiales, et une référence à laquelle Canguilhem renvoie à plusieurs reprises[385], le premier dirigea, à partir des années 1930 et pendant une quinzaine d'années, l'Institut d'histoire de la médecine de la Johns Hopkins University. Il intervint également à la Yale University, d'où est issu un recueil de conférences intitulé *Medicine and Human Welfare*, publié en 1941. Sigerist y définit la santé. Il rappelle que celle-ci s'entend aussi bien sur le plan physique que mental, reprenant à son compte le slogan « un esprit sain dans un corps sain » (*Mens sana in corpore sano*). Mais il ajoute que « nous pouvons aller plus loin et considérer la santé dans un sens social également ». En effet, selon lui, un individu en bonne santé « est un homme bien équilibré physiquement et mentalement, et bien adapté à son environnement physique et social ». Il continue :

> Il maîtrise parfaitement ses facultés physiques et mentales, peut s'adapter aux changements environnementaux, à condition qu'ils ne dépassent pas les limites normales, et contribue au bien-être de la société en fonction de ses capacités. La santé n'est donc pas seulement l'absence de maladie : c'est quelque chose de positif, une attitude joyeuse

[382] « *[...] not only in body but in mind and heart* ». Fisher et Fisk, *How to Live: Rules for Healthful Living Based on Modern Science*, *op. cit.*, 1915, p. 77.
[383] « *[...] all prostitutes are diseased* ». Ibid.
[384] Ibid., p. 78.
[385] Voir Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, *op. cit.*, 2013.

envers la vie et une acceptation enjouée des responsabilités que la vie impose à l'individu.[386]

Si la dimension mentale est prise en considération aux côté de la dimension physique pour définir la santé, la dimension sociale, en tant qu'elle réfère à l'environnement de vie, devient centrale. Dans la suite des conceptions néo-hippocratiques, nous retrouvons une conception dynamique de la vie entre l'être vivant et son milieu. C'est aussi ici que nous trouvons clairement formulé que la santé ne revient pas qu'à l'absence de maladies, mais qu'elle se définit de manière positive. Sigerist ne définit pas pour autant la santé directement comme un état de bien-être, mais tout de même comme une attitude joyeuse. La positivité s'entend sur le plan de l'état d'esprit qui est permis par l'environnement social favorable, et qui permet à chacune et chacun de contribuer au bien-être de cet environnement auquel elle et il est en mesure de s'adapter. Ainsi, le caractère social de la santé réside dans les conditions sociales qui rendent possibles la joie de participer à la société en vue du bien-être collectif. Le maintien de la santé dans sa dimension sociale tient à la manière dont l'environnement change, ces changements devant rester dans des « limites normales » qui ne compromettent pas les capacités d'adaptation des individus. La normalité paraît ainsi être corrélée aux capacités adaptatives individuelles, et ce qui est considéré comme normal est ce qui préserve la santé. En outre, chacune et chacun contribue au bien-être social en fonction de ses capacités. On entend ici un écho aux influences marxistes de Sigerist et à l'adage saint-simonien repris par Marx : « De chacun selon ses capacités, à chacun selon ses besoins »[387]. Il s'agit notamment pour

[386] « *Like the Romans and like John Locke, we think of health as a physical and mental condition.* Mens sana in corpore sano *remains our slogan. But we may go one step further and consider health in a social sense also. A healthy individual is a man who is well balanced bodily and mentally, and well adjusted to his physical and social environment. He is in full control of his physical and mental faculties, can adapt to environmental changes, so long as they do not exceed normal limits; and contributes to the welfare of society according to his ability. Health is, therefore, not simply the absence of disease: it is something positive, a joyful attitude toward life, and a cheerful acceptance of the responsibilities that life puts upon the individual* ». SIGERIST Henry E., *Medicine and Human Welfare*, New Haven, Yale University Press, 1941, p. 100.

[387] MARX Karl, *Œuvres. Économie I*, Paris, Gallimard, 1965 (Bibliothèque de la Pléiade), p. 1420. En 1937, Sigerist a promu le système soviétique de santé dans SIGERIST Henry E., *Socialized Medicine in the Soviet Union*, New York, W.W. Norton & Company, 1937. Il est revenu sur le sujet avec la coopération de l'étudiante Julia Older dans SIGERIST Henry E. et OLDER Julia, *Medicine And Health In The Soviet Union*, New York, The Citadel Press, 1947.

Sigerist de défendre le principe d'un système collectif d'assurance santé. En effet, si les capacités adaptatives individuelles permettent l'ajustement social, l'organisation sociale doit également permettre le maintien ou le rétablissement de la santé de ses membres, ce qui conduit Sigerist à adhérer à l'idée d'un droit à la santé, garanti par un système d'institutions sanitaires[388].

Il estime que les États-Unis se doivent particulièrement de développer un tel système, dans la mesure où, comme nous l'avons souligné précédemment, ceux-ci ont inscrit dans leur constitution le bien-être social (*welfare*). Dès lors, « la santé du peuple concerne directement le gouvernement »[389]. Non seulement la santé en un sens positif désigne une forme de joie, mais elle est aussi directement liée au bien-être. C'est que, assez classiquement, elle constitue « un prérequis pour le bien-être et le bonheur humains »[390]. Sans être intégré à la définition même de la santé, le bien-être y est articulé comme depuis le XIXe siècle. Mais l'affirmation d'une positivité de la définition de la santé tend à introduire le bonheur, sous la forme de la joie, au cœur même de cette définition.

Quoi qu'il en soit, Sigerist est cité par l'OMS, y compris au XXIe siècle. C'est le cas par exemple dans un document de 2002 qui cherche à établir les bases conceptuelles permettant de mesurer la santé et d'en rendre compte dans des rapports. Celui-ci propose un arrière-plan à partir duquel se mène la réflexion, et cite le passage ci-dessus de Sigerist comme l'une des origines de la définition de la santé par l'OMS[391].

Le rapport cite également Stampar, dont il est dit qu'il a repris l'approche de Sigerist et qu'il a joué un rôle crucial dans les travaux d'élaboration de la définition de la santé dans la Constitution de l'OMS. Stampar fut en effet le président de la commission qui a élaboré la constitution de l'OMS. Auparavant, il a développé les institutions de santé en Yougoslavie et a été professeur au département d'hygiène et de médecine sociale de l'Université de Zagreb. Peu avant la Seconde Guerre mondiale, il fut membre de la section d'hygiène de la SDN à Genève[392].

---

[388] SIGERIST, *Medicine and Human Welfare*, *op. cit.*, 1941, pp. 101, 104.

[389] « *... the health of the people is a direct concern of government* ». Ibid., p. 102.

[390] « *Health (...) is a prerequisite for human welfare and happiness* ». Ibid., p. 101.

[391] CHATTERJI Somnath, USTÜN Bedirhan L, SADANA Ritu, SALOMON Joshua A, MATHERS Colin D et MURRAY Christopher JL, *The Conceptual Basis for Measuring and Reporting on Health*, World Health Organization, 2002 (Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion 45), p. 2.

[392] FATOVIĆ-FERENČIĆ Stella, « "Society as an Organism:" Metaphor as Departure Point of Andrija Štampar's Health Ideology », *Croatian Medical Journal* 49 (6), 2008, p. 710.

Grmek souligne que la définition de la santé par l'Organisation comporte trois idées principales défendues par Stampar : « le concept positif de la santé (…), l'usage concret du critère social et l'obligation politique d'assurer à chaque individu les meilleures conditions de vie possible »[393]. Comme on le voit, il s'agit des éléments que l'on trouve également chez Sigerist.

En 1919, Stampar prend la tête du département d'hygiène publique au sein du ministère des institutions sociales de la jeune Yougoslavie. Il contribue à la fondation de l'École de santé publique à Zagreb, financée en partie par la Fondation Rockefeller. Cette école acquiert rapidement une réputation d'ampleur internationale. Mais dès les années 1930, la répression d'inspiration fasciste le conduit à quitter son pays. Il devient alors conseiller pour le Comité de la santé et de l'hygiène publique de la Société des Nations. Pendant la Seconde Guerre mondiale, il est incarcéré par les Nazis. Au sortir de la guerre, il est engagé dans la création de l'OMS, en tant que président de la commission intérimaire chargée d'initier les activités de l'Organisation dans le monde entier. Il exerce une grande influence sur les travaux de rédaction de la constitution de l'OMS, dans laquelle il a donc introduit le concept positif de la santé, comme n'étant pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmité, mais également un état de bien-être[394].

Le professeur de santé publique américain Conrad Seipp, qui a consacré un article au concept de santé positive chez Stampar, précise les étapes du processus qui a conduit à cette définition de la santé par l'OMS. Il souligne en particulier le fait que la première proposition de Stampar faisait des facteurs sociaux des conditions de la santé comme état de bien-être, et qu'au fur et à mesure des différents passages en commissions et sous-commissions de l'ébauche de texte de la constitution de l'OMS, la dimension sociale est devenue une composante de la définition de la santé. Ce glissement n'est pas sans conséquences ni sans enjeux. Comme Sigerist, Stampar était imprégné d'une conception sociale sur le plan politique de la santé publique, développée en Europe. L'interventionnisme étatique y occupait un rôle majeur. Or, aux États-Unis, la dimension sociale de la santé, si elle engage des programmes gouvernementaux, n'en repose pas moins sur l'idée de

[393] Grmek Mirko D., « La révolution biomédicale du XXe siècle », in: Grmek Mirko D. (éd.), *Histoire de la pensée médicale en Occident. Du romantisme à la science moderne*, vol. 3, Paris, Seuil, 1999, p. 332.
[394] Seipp Conrad, « Andrija Stampar and the concept of positive health », *Family medicine* 19 (4), 1987, p. 293.

responsabilité individuelle. Par ailleurs, les financements de l'hygiène sociale y sont largement privés, comme avec la Fondation Rockefeller. Les vues de Stampar ont ainsi pu être jugées trop utopiques, et sans doute trop « communistes » au moment où, au sortir de la Seconde Guerre mondiale, les rapports géopolitiques se structurent autour des deux blocs de l'Est et de l'Ouest et de la guerre froide. Ainsi, comme le dit Seipp, « la nature concrète du contenu social de la santé, illustrée par Stampar avec "une alimentation, un logement et une formation adéquates", a été perdue »[395].

Il n'en reste pas moins que la dimension sociale de la santé a été intégrée au concept de celle-ci, et que le préambule de la Constitution de l'OMS l'érige au rang de droit humain, dont les gouvernements ont la responsabilité. La santé positive, comme concept de santé publique et comme droit humain, a ainsi acquis un statut institutionnel au niveau international. C'est sur la base de celui-ci que sera élaboré le concept de santé sexuelle, qui, dans sa deuxième mouture en 2002, sera articulé aux droits sexuels.

Un éclairage étymologique : la santé entre *sänitäs* et *χailaz*

Nous voudrions enfin apporter un éclairage en recourant à l'étymologie. Celle-ci ne suffit certes pas à établir le sens des mots. Ces derniers prennent en effet leur sens en fonction du modèle de pensée dans lequel ils sont employés. Ainsi en est-il du concept de santé, comme nous l'avons déjà mis en évidence. Cependant, l'étymologie peut apporter certaines lumières. On sait que le mot « santé » est formé sur le latin *sänitäs*, dérivé de *sänus*. Or le mot anglais *health* ne manifeste aucun lien avec cette étymologie latine. Pourtant, l'anglais recourt à celle-ci pour former d'autres mots relatifs au champ de la santé, comme *sanitation* — employé notamment, comme nous l'avons vu, par Morrow — ou *insanity*, dont la déclinaison en *moral insanity* constitue un concept de premier ordre dans la pensée psychiatrique anglo-américaine du XIXe siècle et pour ses influences sur la psychiatrie d'Europe continentale[396]. *Health* est quant à lui dérivé du vieil anglais

[395] « *... the concrete nature of the social content of health, exemplified by Stampar as "adequate feeding, housing, and training", was lost* ». Ibid.

[396] Mazaleigue-Labaste rappelle ainsi que « la *moral insanity* fut la première figure psychiatrique explicite d'une *médecine des anormalités* », qui a permis aussi bien dans l'aire anglo-américaine qu'en Europe con-

hǣlð, lui-même formé sur l'ancien haut-allemand *heilida*, dont les racines remontent au germanique *χailaz*, du proto-indo-européen *χailo*, qui désigne le caractère d'être entier. C'est aussi sur cette racine qu'a été formé le mot anglais *whole*, qui signifie entier, complet, sans division[397].

On ne retrouve pas cette idée d'entièreté dans l'étymologie latine *sänus*, *sänitäs*. *Sänus* signifie « sain, bien portant », sans plus d'indications ni de connotation, si ce n'est que ce qualificatif peut s'appliquer aussi bien au corps qu'à l'esprit[398]. Il est cependant souvent joint à *saluus*, qui signifie précisément « entier, intact ». C'est le cas dans l'allitération « *sänus saluus* » pour dire « sain et sauf »[399]. Mais de fait *sänus* n'est pas *saluus*. Les latinistes Alfred Ernout et Alfred Meillet reviennent à plusieurs reprises sur leur association courante. Ils soulignent cependant l'idée de salut (en particulier en son sens religieux) et celle de sauver que l'on retrouve dans les usages de *saluus*, dont ils ne font pas mention pour *sänus*. De plus, c'est à propos de *saluus* et non de *sänus* qu'ils signalent le mot germanique *hails*, ainsi que le vieux prussien *kailüstikan*[400], qui renvoient sans ambiguïté à l'étymologie de *health* vue ci-dessus. La proximité des deux termes latins, que ce soit sur le plan allitéral comme sur le plan contextuel, a été propice à des rapprochements de sens. Ceci éclaire à la fois que dans le domaine de la santé on puisse, en français, parler de salubrité, et que *health*, dérivé d'un équivalent de *saluus*, désigne la santé en anglais. C'est cependant bien du côté de *saluus* et *χailo* que l'on retrouve l'idée d'entièreté, et non du côté de *sänus*.

Ainsi *health* réfère à l'idée de quelque chose à quoi il ne manque rien de ce qui le constitue. Dès lors, recouvrer la santé signifie retrouver son entièreté — se rétablir. Une telle étymologie favorise, nous semble-t-il, une connotation positive de la santé, même lorsqu'elle est définie comme absence de maladies. En effet, l'absence de maladies paraît pouvoir elle-même constituer une positivité, dès lors qu'il s'agit d'une forme d'entièreté,

---

tinentale « le codage en symptômes de tout un ensemble de comportements excentriques considérés auparavant comme infrapathologiques ». Mazaleigue-Labaste, *Les déséquilibres de l'amour*, *op. cit.*, 2014, p. 168.

[397] Onions Charles T. (éd.), *The Oxford Dictionary of English Etymology*, Oxford, Oxford University Press, 1966, pp. 432, 1005.

[398] Ernout Alfred et Meillet Alfred, *Dictionnaire étymologique de la langue latine. Histoire des mots*, 4e édition, Paris, Klincksieck, 2001, p. 593.

[399] Ibid., p. 591.

[400] Ibid., p. 592.

ce à quoi rien de ce qui lui appartient fait défaut. On comprend dans ce cadre que les lois de la physiologie aient pu être considérées comme les lois de la santé, les premières désignant le fonctionnement sans défaut de l'organisme, et le fonctionnement sans défaut constituant la santé. Nous formulons ainsi l'hypothèse qu'à partir de cet élément étymologique de *health*, la définition négative de la santé comme absence de maladies contient sa représentation positive, l'entièreté ou complétude. Dès lors, la santé positive de l'OMS ne serait que la mise en évidence de la positivité de *health*, la formulation explicite d'une connotation déjà présente de façon latente, qui a pu prendre son sens actuel à partir de la prise en compte de la santé dans sa dimension sociale.

Ceci n'est qu'une hypothèse, et il ne s'agit pas de prétendre que l'histoire d'un mot était contenue dans son étymologie, comme si celle-ci n'attendait que l'occasion d'être révélée dans son essence. En somme, nous ne soutenons pas que l'histoire ne serait que le cadre de révélation de la nature nécessaire du sens des mots, comme si celle-ci n'était pas faite de contingences. Mais il ne nous paraît pas indifférent que « santé » se dise *health* en anglais, et que ce soit dans des aires culturelles de langue anglaise que ce soit développé l'abord de la sexualité par la santé articulée au bonheur et à la vie comme vigueur.

Américanisation de la psychanalyse : vers la normalité aconflictuelle

Cela nous paraît d'autant moins indifférent que lorsque des auteur · e · s des États-Unis ou du Royaume Uni se réapproprient la psychanalyse dont le fondement anthropologique est un sujet divisé, elles et ils en font une psychologie du sujet indivisé. Cette évolution s'inspire d'auteurs originaires d'Europe ayant fui le nazisme. C'est le cas du psychanalyste autrichien Heinz Hartmann avec la psychologie du moi (*Ego psychology*). Il théorise des zones non-conflictuelles du moi et ainsi un moi relativement autonome — jusqu'à un certain point — des conflits intrapsychiques[401]. La psychologie du *self* initiée par le psychanalyste américain originaire d'Autriche Heinz Kohut participe également de

[401] HARTMANN Heinz, *La psychologie du moi et le problème de l'adaptation*, Paris, Presses Universitaires de France, 1968 (Bibliothèque de psychanalyse).

cette orientation. Elle renverse les perspectives freudiennes en s'inscrivant dans une démarche de sauvegarde et de restauration de la santé du *self*, qui consiste à le préserver de la fragmentation[402]. Pour Kohut, lorsque cette dernière survient, il s'agit d'un défaut du *self*, qui donne alors prise à l'action des pulsions, alors qu'au contraire pour Freud, les pulsions constituent le *self* (pour garder ce terme) :

> Dans des circonstances normales, on ne rencontre pas les pulsions par l'introspection ou par l'empathie. On éprouve toujours l'unité psychologique irréductible du self aimant, du self désirant, du self s'affirmant, ou du self hostile-destructif. Quand les pulsions prennent la première place dans l'expérience, on n'a affaire qu'à des produits de désintégration.[403]

Le psychanalyste français Paul Denis souligne ainsi que Kohut passe « du modèle du conflit névrotique au modèle de la déficience dans l'organisation du self »[404]. Quant à Kohut, il illustre cette opposition et son propre positionnement contre Freud en invoquant un détour par la figure d'Ulysse contre celle d'Œdipe, détour qu'il décrit comme étant précisément celui de la *santé* mentale. Le personnage d'Homère et celui de Sophocle mettent tous deux en scène des relations entre générations : lutte entre les générations attachée à la figure d'Œdipe telle que Freud l'a constituée en complexe ; aide à la génération suivante attachée à la figure d'Ulysse — qui sauve son fils Télémaque — selon l'interprétation qu'en propose Kohut. Pour ce dernier, Ulysse symbolise l'homme normal, « en bonne santé » mentale[405], tandis que l'Œdipe du complexe freudien incarne le pathologique. Le fondateur de la psychologie du *self* oppose le schéma du normal et de la santé à celui d'une forme de normalité pathologique du schéma freudien. Le point de départ à partir duquel établir une métapsychologie est la santé, non la pathologie même normalisée. C'est l'indivision qui est première — autrement dit ce que signifie *health* sur le plan étymologique —, non la division interne du sujet. Kohut propose d'ailleurs une réinterprétation du drame d'Œdipe selon le point de vue de la santé, en rappelant que ce

---

[402] DENIS Paul, « Heinz Kohut et la «"psychologie du self" », in: DURIEUX Marie-Claire et FINE Alain (éds.), *Sur les controverses américaines de la psychanalyse*, Presses Universitaires de France, 2000 (Monographies de psychanalyse), pp. 13-14.

[403] KOHUT Heinz, « L'introspection, l'empathie et le détour de la santé », *Revue française de psychanalyse* 49 (5), 1985, pp. 1278-1279. Cet article est la traduction française de KOHUT Heinz, « Introspection, empathy and the semi-circle of mental health », *The International Journal of Psycho-Analysis* 63 (4), 1982, pp. 395-407.

[404] DENIS, « Heinz Kohut et la «"psychologie du self" », *art. cit.*, 2000, p. 17.

[405] KOHUT, « L'introspection, l'empathie et le détour de la santé », *art. cit.*, 1985, p. 1285.

dernier était un enfant abandonné, et en affirmant que c'est là ce qui constitue « le trait génétique-dynamique le plus significatif de l'histoire d'Œdipe »[406]. Œdipe était en bonne santé mentale, mais son abandon a provoqué la fragmentation de son *self* et le déploiement pulsionnel.

Kohut souligne cependant le fait que l'approche par la santé mentale fait face à la difficulté d'être plus fade sur le plan émotionnel que celle par la tragédie œdipienne telle que narrée par Freud. C'est une manière de pointer le caractère qu'il considère comme non rationnel de la prédominance et de l'attrait de l'approche freudienne. Les termes qu'il emploie sont tout à fait significatifs, et inscrivent son discours dans la continuité de la physiologie qui superpose la normalité et la santé :

> Comme nos arguments semblent plats quand nous soutenons une normalité de manuel, similaire à l'anatomie « normale », à la physiologie « normale », au métabolisme « normal » (une normalité que Daly King (1945) a si bien définie comme « ce qui fonctionne en accord avec son projet »), en comparaison de la terminologie vigoureuse et puissamment évocatrice de Freud. Combien est insipide la normalité du stade œdipien, vécue dans la joie par parents et enfant, comparée à l'arrière-plan silencieux et dramatique du complexe d'Œdipe.[407]

Le psychologue et romancier américain Charles Daly King, que Kohut cite, est l'auteur d'un article sur la signification du normal[408]. Celui-ci prétend fournir une définition rigoureuse et univoque de la normalité en psychologie et en biologie, dans une perspective fonctionnaliste articulée au *design* (que la version française de l'article de Kohut traduit par « projet »[409]). Daly King s'appuie directement sur la pratique médicale pour justifier sa définition du normal et de l'anormal, identifiant le premier à la santé et le second à la mise en cause de la santé. Il définit tout d'abord le normal comme désignant la fonction naturelle : « La configuration [*design*] et la fonction sont inséparablement

---

[406] Ibid., p. 1286.

[407] Ibid., p. 1283.

[408] King C. Daly, « The Meaning of Normal », *The Yale Journal of Biology and Medicine* 17 (3), 1945, pp. 493-501.

[409] Cette traduction met en relief l'inscription du terme de *design* dans la pensée fonctionnaliste, qui articule l'organisation d'un élément à ce pour quoi cet élément est supposé être fait. Comme le dit Jean Gayon : « Les attributions fonctionnelles sont toujours comprises comme des expressions condensées visant à expliquer la présence de quelque chose ». Ce mode de pensée téléologique présente la particularité, que Gayon qualifie de paradoxe sur le plan méthodologique en sciences, d'expliquer un phénomène par ses effets. Gayon Jean, « Les biologistes ont-ils besoin du concept de fonction ? Perspective philosophique », *Comptes Rendus Palevol* (5), 2006, pp. 480-481.

corrélées dans la nature […] et le terme normal, a été inventé et employé à l'origine en reconnaissance de cette relation »[410]. Il ajoute ensuite que les médecins considèrent l'anormal comme la mauvaise santé : « Pour ses fins spécialisées, [la profession médicale] considère toujours le terme anormal, comme étant à peu près synonyme de malsain [*unhealthy*] ou de malade »[411]. La santé est donc le normal qui désigne le bon fonctionnement naturel, tandis que la maladie est le dysfonctionnement.

Soulignons que Daly King propose un concept de normal en biologie qui doit valoir également en psychologie, et que Kohut s'y réfère pour le champ de la santé mentale. Cette dernière s'entend donc au même sens que la santé physiologique. Ce point n'est pas le moindre des paradoxes chez Kohut qui rejette précisément le concept de pulsion et son rôle proposés par Freud en raison de leur caractère biologique dont il prétend défaire la psychologie[412]. Plus, pour lui, le concept de pulsion est étranger à la psychologie et y recourir relève d'une intrusion de la biologie en psychologie :

> Pour aujourd'hui, je me centrerai sur une seule question : le concept de pulsion en psychanalyse et ses conséquences. Et je soulignerai immédiatement une fois de plus que ce n'est pas le concept de pulsion *per se*, ni l'inconsistance isolée de l'intrusion d'un concept biologique vague et insipide dans le système merveilleux de la psychologie, qui m'aura stimulé vers l'action scientifique ; (…) mais seulement ma conviction que le concept de pulsion (…) a eu d'importants effets nocifs sur la psychanalyse.[413]

C'est pourtant bien à un mode de pensée particulièrement présent en biologie, le fonctionnalisme, que Kohut se réfère en santé mentale pour l'opposer à la psychanalyse freudienne considérée comme trop biologique. Sans pouvoir y être réduite, la conception de la santé comme entièreté est en résonance avec l'approche fonctionnaliste du vivant. La santé mentale comme bon fonctionnement psychique est posée comme première, et la psychopathologie est alors un dysfonctionnement par rapport à ce point de départ, ce qui

---

[410] « *Design and function are inseparably correlated in nature [...] and the term, normal, was originally invented and employed in recognition of that relationship* ». KING, « The Meaning of Normal », *art. cit.*, 1945, p. 494.

[411] « *For its specialized purposes [the medical profession] still considers the term, abnormal, to be roughly synonymous with unhealthy or diseased* ». Ibid.

[412] Sur l'éviction de la théorie pulsionnelle dans la psychologie américaine, voir ANZIEU-PREMMEREUR Christine, « Que sont devenues les pulsions ? Histoire des débats américains autour de la métapsychologie », in: DURIEUX Marie-Claire et FINE Alain (éds.), *Sur les controverses américaines dans la psychanalyse*, Paris, Presses universitaires de France, 2000 (Monographies de psychanalyse), pp. 23-36.

[413] KOHUT, « L'introspection, l'empathie et le détour de la santé », *art. cit.*, 1985, p. 1278.

fait fragmentation dans le *self* d'abord sans division interne. C'est ainsi toute une pensée du rapport entre le normal et le pathologique, sous l'égide du concept de santé comme *health*, qui est déployée.

Le normal et le pathologique au prisme de la santé positive

Dès le XIXe siècle, la volonté de faire œuvre de science s'est fondée sur le modèle physiologique décliné dans le domaine mental. C'est cette orientation que l'on retrouve chez les autres médecins anglais ou américains qui développent un hygiénisme d'abord du *self-help* dans lequel apparaissent les usages de « santé sexuelle ». Dès lors, le pathologique consiste en des dérèglements des lois physiologiques, c'est-à-dire des lois de la nature, dont la santé est l'expression. Préserver la santé, c'est faire en sorte d'éviter de dérégler les lois de la nature ou « lois de la vie ». Nous avons vu que pour Drysdale, la morale conduit à refuser de voir les lois de la nature, qui seules permettent pourtant de fonder la santé sexuelle considérée comme vertu[414]. Alors qu'il aborde dans un autre passage les maladies mentales, il développe cette même idée de lois à partir desquelles s'évaluent les maladies :

> On n'a pas encore assez reconnu que l'esprit a, comme le corps, ses états de santé et de maladie qui dépendent de lois naturelles fixes. Le terme « *maladie d'esprit* » [*mental disease*] est d'habitude limité à l'aliénation mentale [*insanity*] ; mais il faudrait y donner un sens plus large, y faire entrer tous les cas où l'esprit souffre pour avoir enfreint quelque loi de la nature.[415]

L'ordre logique est donc celui-ci : il y a en premier lieu les lois de la nature, et en second lieu, les infractions à ces lois. Plus précisément, à partir des lois de la nature, deux possibilités existent : les suivre ou les enfreindre. Dans le premier cas, il s'agit de la santé, dans le second, d'une maladie. Dès lors, la santé précède logiquement la maladie, dans la mesure où elle consiste en la conformité aux lois qui sont elles-mêmes premières. En conséquence, la maladie se comprend à partir de la santé, comme déficit de santé.

Il s'agit là d'une transposition dans le domaine mental d'une optique qui appartient au domaine de la physiologie. Cooke, par exemple, établit très clairement cet ordre

---

[414] Voir *infra* page 38.

[415] DRYSDALE, *Éléments de science sociale ou religion physique, sexuelle et naturelle*, *op. cit.*, 1885, p. 32.

entre la santé et la maladie, pour justifier de décrire d'abord la manière dont est produite la semence chez l'homme au plan anatomo-physiologique, avant d'en venir à traiter des émissions nocturnes considérées comme une maladie : « il est impossible de comprendre l'action erratique des parties, dans un état de maladie, sans comprendre quelque chose en rapport avec leur condition naturelle en santé active »[416].

Il nous paraît en outre particulièrement significatif que l'aliénation mentale soit considérée comme ne couvrant pas l'ensemble des maladies de l'esprit, c'est-à-dire ici qu'un concept construit sur l'étymologie latine de *sanus* soit jugé plus restrictif qu'un concept entendu comme contraire de *health*. Il manque à *sanus* de ne pas être une entièreté, celle qui trouve sa consistance dans des lois de la nature qui peuvent alors être déclinées selon une approche fonctionnaliste, où la fonction sans écart à elle-même est la santé. Fawcett exposait déjà très bien, sur le plan organique, le lien entre, d'une part, une approche fonctionnaliste de la structuration des organes, et d'autre part, la santé comme finalité de cette organisation, dont les effets sont le bonheur et le bien-être individuels, mais aussi d'ordre social :

> Il n'y a pas d'étude plus intéressante et utile que celle de la relation admirable qui existe entre la structure de n'importe lequel des organes de l'armature humaine [*human frame*] et les actions naturelles et saines [*healthy*] que ces organes sont destinés à accomplir. Ces liens relatifs sont si étroits et immédiats, si essentiels, non seulement pour notre confort personnel, mais aussi pour le bonheur [*happiness*] et le bien-être [*well being*] du cercle social animé par notre présence ou aigri par nos détresses, qu'il devient un devoir absolu, ainsi que notre plus grand intérêt, de familiariser l'esprit avec l'économie avisée de la nature animale.[417]

Ce primat de la santé pourrait mener à considérer que le modèle physiologique n'est pas compatible avec une définition négative de la santé, telle que la représentation de la santé comme absence de maladies. Cette définition conduit à considérer qu'elle n'aurait pas de contenu positif. Mais même cette énonciation de ce qu'elle est par ce

---

[416] COOKE, *Professional Experience in Various Climates: a Complete Practical Treatise on Genital Maladies*, *op. cit.*, 1852, p. 134.

[417] « *There is no study more interesting or useful than that of the admirable relation existing between the structure of any of the organs of the human frame, and the natural and healthful actions those organs are destined to perform. These relative connections are so close and immediate, so essential, not merely to our personal comfort, but to the happiness and well being of that social circle, either enlivened by our presence or embittered by our distresses, that it becomes an absolute duty, as well as our highest interest, to familiarize the mind with the wise economy of animal nature* ». FAWCETT, *Matrimony, Impotency and Sterility*, *op. cit.*, 1844, p. 48.

qu'elle n'est pas n'exclut pas sa primauté. Soit A la santé et B la maladie. Si $A = \neg B$, alors $\neg B = A$. L'égalité est logiquement réversible, ce qui ne présume pas de la primauté de A sur B ou de B sur A. Ainsi, l'énoncé « la santé est l'absence de maladies » n'implique pas l'énoncé « la maladie précède logiquement la santé ». Par conséquent, comme nous l'avons déjà soutenu dans notre étude étymologique de *health*, l'abord de la santé par le modèle physiologique qui fait de la maladie un déficit de santé n'exclut pas la définition de la santé comme absence de maladies. Cette dernière peut tout à fait s'entendre comme l'absence d'infraction aux lois de la nature, qui est la santé. C'est le propos de Drysdale.

La régularité — ici sous forme de lois de la nature — précède ainsi logiquement l'infraction. Pour cause, pour qu'il y ait infraction, il faut qu'il y ait d'abord règles. Même chronologiquement, cet ordre paraît aller de soi : « tomber » malade suppose d'avoir déjà été en bonne santé.

Sur le plan épistémologique, la connaissance de la régularité est première pour connaître ce qui y contrevient. Connaître les lois de la nature revient à connaître les « lois de la santé »[418]. À partir de là peut être connue la maladie. Et non seulement elle peut être connue, mais elle peut aussi être traitée selon ces « lois de la santé ». Drysdale ne dit pas autre chose lorsqu'il affirme que le traitement d'une maladie mentale s'effectue « selon les principes de la santé mentale »[419].

Le normal est donc aussi la santé, et le pathologique est un écart — qui peut d'ailleurs osciller entre une valeur quantitative et une valeur qualitative[420] — par rapport à la santé. Or, dès lors que la santé est associée au bonheur et à une forme de complétude, le normal se voit attribuer une signification axiologique. Il n'a pas seulement un caractère descriptif mais prescriptif, qui devient alors un idéal, auquel réfère par exemple l'idée d'excellence physique et morale avancée par Drysdale, et qui constitue pour lui le socle de l'éthique personnelle dans le domaine de l'hygiène[421]. On peut reprendre ici l'analyse

[418] Voir *infra* p. 40.

[419] Drysdale, *Éléments de science sociale ou religion physique, sexuelle et naturelle*, *op. cit.*, 1885, p. 33.

[420] Voir à ce propos les pages de Canguilhem sur l'oscillation entre l'abord quantitatif et l'abord qualitatif du normal et du pathologique chez des auteurs se revendiquant d'une approche quantitative comme Broussais et Comte, et chez un auteur comme Bichat qui s'inscrit dans une approche vitaliste qualitative. Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, *op. cit.*, 2013, pp. 29, 32, 37-38.

[421] Voir *infra* p. 95.

que fait Canguilhem à propos de Comte, de Broussais et d'un disciple de ce dernier, Louis-Jacques Bégin :

> Cet état normal ou physiologique ce n'est plus seulement une disposition décelable et explicable comme un fait, c'est la manifestation d'un attachement à quelque valeur. Quand Bégin définit l'état normal comme celui où « les organes agissent avec toute la régularité et l'uniformité dont ils sont susceptibles » nous ne pouvons pas hésiter à reconnaître *qu'un idéal de perfection*, en dépit de l'horreur qu'inspirait à Broussais toute ontologie, *plane sur cette tentative de définition positive.*[422]

Il s'agit ici d'une définition positive en un sens axiologique du normal et du physiologique, qui est aussi une définition positive de la santé. Nous avons dit que la santé au sens de *health*, même définie négativement comme l'absence de maladies, n'en a pas moins une signification positive comme entièreté. C'est l'idée que l'on retrouve dans la définition du normal par Bégin. Cependant, par rapport au normal ou à la santé dérivée de *sanus*, cette positivité vient en surcroît, tandis qu'elle est contenue dans *health*. *Health* est en somme la santé à laquelle appartient déjà sa positivité. On comprend alors que, comme chez Ellen White, l'on puisse glisser de la santé à une forme de perfection, et que celle-ci puisse être source de bonheur :

> En enseignant les principes de la santé, ne perdez pas de vue l'essentiel de la réforme, à savoir, assurer le développement le plus élevé du corps, de l'âme et de l'esprit. Faites comprendre (…) que notre soumission à ces lois nous procure le bonheur ici-bas et nous prépare pour la vie à venir.[423]

La dimension religieuse chez White lui fait aussi envisager la vie de l'âme après la mort, mais la vie terrestre n'en est pas moins habitée d'une forme de perfection dont on comprend qu'elle est à la fois une finalité à atteindre par l'enseignement, et un déjà-là dans la mesure où les principes de la santé qu'il s'agit d'apprendre ne sont autres que les lois de la nature à l'œuvre dans le monde ici-bas. Ce sont en effet les habitudes et conduites des personnes non conformes à ce que White appelle encore « les principes de l'hygiène »[424] qui produisent l'écart avec les lois qui régissent le corps. Ces lois sont donc

[422] Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, *op. cit.*, 2013, p. 33.
[423] White, *Le Ministère de la Guérison*, *op. cit.*, 1977, p. 96.
[424] Ibid.

déjà là et elles sont enfreintes, raison pour laquelle il convient à des « missionnaires médicaux »[425] de les rappeler afin de s'y conformer.

White, comme les autres auteur · e · s que nous avons étudiés, s'inscrivent dans le sillage de Sylvester Graham et de son inspiration vitaliste aux résonances utilitaristes :

> Soyez assurés, mes jeunes amis, que le système humain est construit entièrement sur des principes de bienveillance, et parfaitement adapté à une fin d'utilité et de plaisir. La maladie et la souffrance ne sont, en aucun cas, les résultats légitimes et nécessaires des opérations de nos organes corporels, et en aucun cas nécessairement imputables à la vie humaine. La nature constitutionnelle de l'homme est établie sur des principes qui, lorsqu'ils sont strictement respectés, assureront toujours son bien et son bonheur les plus élevés ; et toute maladie, et toute souffrance que la nature humaine supporte, résulte de la violation des lois constitutionnelles de notre nature.[426]

On ne saurait sans doute dire plus clairement qu'au cœur de la constitution naturelle de l'être humain — qui fait écho à l'économie animale des vitalistes du XVIIIe siècle — se loge un bien et même une vertu. Dès les débuts du physiologisme du Second Grand Réveil, l'hygiénisme axiologise la physiologie. La référence utilitariste reste extérieure à la constitution physiologique, cette dernière ne s'identifiant pas au plaisir mais étant « parfaitement adapté[e] » à celui-ci. Elle n'apparaît pas seulement comme sa condition de possibilité, mais comme ce qui y mène presque nécessairement. Par la mise en contraste avec la maladie et la souffrance, on déduit que ce bien ainsi désigné est la santé.

On retrouve, en somme, l'idée de la médecine de la Renaissance d'une santé parfaite, par l'association de la santé et du bonheur — idée utopique s'il en est, que le philosophe français Roberto Poma qualifie d'« utopie du corps bien tempéré », au sens de la perfection de l'équilibre, représentée par le théologien et philosophe anglais Thomas More[427] :

---

[425] Ibid., p. 91.

[426] « *Be assured, my young friends, the human system is constructed entirely upon principles of benevolence, and perfectly adapted to an end of utility and enjoyment. Disease and suffering arc, in no degree, the legitimate and necessary results of the operations of our bodily organs, and by no means necessarily incident to human life. The constitutional nature of man is established upon principles which, when strictly obeyed, will always secure his highest good and happiness; and every disease, and every suffering which human nature bears, results from the violation of the constitutional laws of our nature* ». GRAHAM, *A Lecture to Young Men on Chastity*, *op. cit.*, 1837, p. 28.

[427] POMA Roberto, « Figures du dépassement. L'obèse et l'anorexique entre corps idéal et corps utopique », in: POMA Roberto et WEILL-PAROT Nicolas (éds.), *L'utopie scientifique au Moyen-Âge et à la Renaissance*, Firenze, Sismel, 2020, à paraître.

> La seconde espèce de volupté sensuelle consiste dans l'équilibre stable et parfait de toutes les parties du corps, c'est-à-dire dans une santé exempte de malaise. En effet, l'homme que n'affecte pas la douleur éprouve en soi un certain sentiment de bien-être, quand même aucun objet extérieur n'ébranlerait agréablement ses organes. […] plusieurs la mettent au premier rang ; et presque tous les Utopiens déclarent qu'elle est la base et le fondement du vrai bonheur. Car, disent-ils, ce n'est qu'avec une santé parfaite que la condition de la vie humaine est rendue paisible et souhaitable ; sans la santé, il n'est plus de volupté possible ; sans elle, l'absence même de la douleur n'est pas un bien, c'est l'insensibilité du cadavre.[428]

Ce passage de *L'Utopie* écrit en 1516 par More est éloquent pour notre propos sur le concept de santé positive. On y retrouve non seulement l'idée de santé comme absence de maladie (« une santé exempte de malaise ») et comme perfection, mais aussi celle du « sentiment de bien-être » qui vient en sus de l'absence de maladie — ici sous la forme de la volupté. C'est ce surcroît qui différencie la sensibilité du vivant de l'insensibilité du cadavre pour lequel il n'y a pas non plus de malaise ou de douleur. On pourrait voir là une forme de vitalisme, au sens de l'énonciation d'une distinction spécifique entre le vivant et l'inerte. C'est ainsi la positivité associée à la santé sous la forme du bonheur que procure la volupté, qui départage le vivant du mort. Si le bien-être est extérieur à la santé dans le sens où il ne la définit pas, il l'accompagne tout de même, et c'est ce qui distingue la santé de l'insensibilité du cadavre. On comprend alors que les lois de la santé aient pu être associées, sinon superposées aux lois de la vie. Dès lors, et depuis au moins le XVIe siècle, il n'y avait qu'un pas à franchir pour intégrer le bien-être à la santé. Et à vrai dire, More envisageait déjà les deux possibilités, dans un sens par ailleurs hédonique :

> Soit donc que l'on envisage la santé comme la volupté elle-même, ou bien comme la cause qui la produit nécessairement, ainsi que le feu produit nécessairement la chaleur ; toujours est-il que, dans les deux cas, l'homme qui jouit d'une santé inaltérable doit éprouver un certain plaisir.[429]

II.3.4 — La santé sexuelle à l'aube de la fondation de l'OMS

Avant de poursuivre et de nous engager dans l'étude du concept de santé sexuelle à partir de la fondation de l'OMS et de l'institutionnalisation de ce concept par celle-ci dans les années 1970 puis 2000, il convient de récapituler les points saillants que nous

[428] More Thomas, *L'Utopie*, Traduction nouvelle, Paris, Paulin, 1842, pp. 195-196.
[429] Ibid., p. 197.

avons pu dégager de notre travail sur sa genèse, et de tirer quelques conclusions. Au fil du XIXe siècle et jusque dans la première moitié du XXe siècle, s'est dessinée l'émergence de la notion de santé sexuelle puis sa conceptualisation. Nos recherches ont permis d'établir que, loin de commencer dans la seconde moitié du XXe siècle, l'histoire du concept de santé sexuelle, sous la forme même de son énonciation syntagmique, débute dès la première moitié du XIXe siècle. Son aire culturelle et linguistique privilégiée est anglo-américaine, et c'est en premier lieu au sein d'un style d'appréhension hygiéniste qui met en exergue le concept de santé, par contraste avec le style d'appréhension psychopathologique de l'Europe continentale, qu'il trouve ses premiers usages et qu'il se déploie.

Un concept ancré dans une discursivité scientifique

L'enracinement dans le premier vitalisme de ce style d'appréhension inscrit les usages du syntagme de « santé sexuelle » dans un modèle de pensée scientifique qui cherche à élaborer une compréhension du vivant humain selon une approche holistique de l'esprit et du corps. Le modèle biologique en est fortement physiologique et d'inspiration néo-hippocratique, en ce qu'il repose d'une part sur l'idée d'un corps, mental compris, qui forme un tout et dont les différentes parties sont connectées, en particulier par l'entremise du système nerveux. D'autre part, ce corps est lui-même situé dans un environnement, qui peut exercer certaines influences sur son organisation interne. En ce sens, le vivant est conçu comme dynamique.

Cet ancrage conduit à ce que la santé sexuelle soit entendue en un sens physiologique par toutes et tous les auteur · e · s étudié · e · s du Royaume Uni et des États-Unis, depuis Arthur Clarke au début du XIXe siècle jusqu'à Catherine Gasquoine Hartley et Maurice Bigelow entre les deux guerres mondiales. Nombre d'entre eux l'entendent aussi en un sens anatomique, à propos du bon fonctionnement des organes sexuels (Drysdale, Jackson, Kellog, Beall, Ellis). La santé sexuelle en un sens anatomo-physiologique a ici pour opposé la maladie en ce même sens, dont le terme anglais est *disease*, qui s'applique en premier lieu à la condition physique. Toutes et tous les auteur · e · s positionnent en effet *health* en regard de *disease*. De même que l'étymologie de *health* nous a conduit à l'idée d'entièreté, ce à quoi il ne manque rien de ce qui lui appartient, celle de *disease* nous indique que ce terme est construit sur la racine latine privative *dis-*, qui signifie

« manque de ». *Disease* est d'ailleurs dérivé du vieux français *desaise*, obsolète, mais qui désignait le manque d'aise[430].

Certains, tels Jackson et Kellogg, utilisent également la forme nominale *sickness*, et *sick* soit comme forme adjectivale, soit, chez Jackson, comme forme nominale[431]. Comme adjectif, *sick* désigne ici le fait d'être malade, tandis que comme nom il désigne chez Jackson la personne malade. Dans tous les cas, la maladie dont souffre la personne ainsi désignée est dénommée génériquement comme *disease*. Ces auteurs ne font donc pas un usage conceptuel différencié entre *sick* et *disease*[432].

En sus de ce sens physique, la santé sexuelle va aussi s'entendre en un sens mental surtout à partir du début du XXe siècle, chez Beall, Bigelow et Hartley. Si Beall ne fait aucune référence à la psychanalyse, il réfère à la psychopathologie psychiatrique et surtout à la phrénologie, tandis que chez Bigelow et Hartley, la dimension mentale de la santé sexuelle est posée dans des discours qui prennent par ailleurs position par rapport à la psychanalyse — hostile pour Bigelow, favorable pour Hartley. À *disease* s'ajoute alors les antonymes *(moral) insanity* et *sexual perversion* chez Beall et Hartley, tandis que Bigelow, qui utilise également le terme *insanity* à l'occasion, parle plutôt de *sexual vice*.

Autre point remarquable : la santé sexuelle est entendue par plusieurs auteurs soit en lien avec la santé reproductive, soit directement comme telle. La capacité à faire des enfants en bonne forme est en effet considérée comme un élément de la santé sexuelle. C'est le cas en particulier chez les auteurs néo-malthusiens et/ou eugénistes, ainsi que chez les phrénologues, pour lesquels les questions de l'hérédité et de l'avenir de la race sont primordiales. Bigelow fait notablement exception. Il insiste, comme nous l'avons vu, pour détacher explicitement la santé sexuelle de la reproduction et des problématiques eugénistes.

À l'aube de la fondation de l'OMS, la santé sexuelle s'entend donc aussi bien sur le plan physique que sur le plan mental, et souvent articulée à la reproduction, mais pas

---

[430] ONIONS (éd.), *The Oxford Dictionary of English Etymology*, *op. cit.*, 1966.

[431] Par exemple, KELLOGG, *Plain Facts about Sexual Life*, *op. cit.*, 1877, pp. 149, 260, 336 ; JACKSON, *The Sexual Organism and Its Healthful Management*, *op. cit.*, 1862, pp. 5-6, 12, 64, 81, etc.

[432] Nous reviendrons plus loin sur les distinctions conceptuelles contemporaines entre *disease*, *illness* et *sickness*.

de manière systématique. Elle se trouve en outre prise dans des discours qui militent pour une science de la sexualité normale, par opposition aux sciences de la sexualité anormale ou pathologique, sans pour autant être un concept, ni même une notion, de la sexologie telle qu'elle se développe en Europe, c'est-à-dire avec une dimension socio-politique prononcée. Ainsi, si dès le premier chapitre de son livre, Beall parle d'une science sexuelle dans la suite de Fowler, celle-ci consiste en la compilation de savoirs développés par d'autres sciences, au premier rang desquelles la phrénologie, mais aussi la physiologie de la reproduction et la science de l'hérédité[433]. Concernant Bigelow, nous avons vu qu'il met en avant la biologie, à quoi s'ajoute ce qu'il appelle la science médicale (*medical science*)[434]. Il lui arrive également d'utiliser le terme « science du sexe » (*sex-science*)[435], mais de nouveau dans un sens physiologique et médical. Quant à Hartley, elle n'emploie pas le mot « science », mais celui de « connaissance » (*knowledge*), qui désigne ce qui est transmis dans une démarche éducative, plutôt que ce qui est établi scientifiquement en amont et sur quoi va reposer l'éducation. La connaissance n'a pas ici d'autre dimension socio-politique que celle portant sur le fait d'éduquer également les filles à se réaliser elles-mêmes dans la maternité, et dans ses positions contre les courants féministes qu'elle considère comme déconnectés de la réalité constitutive des femmes sur le plan organique.

Si la santé sexuelle est objet de science, ce n'est donc pas de la sexologie — du moins pas telle qu'elle se développe dans la première moitié du XXe siècle en Europe. Elle ne fait pas non plus partie du lexique de la sexologie américaine si l'on désigne ainsi les auteur · e · s qui utilisent le terme *sexology* dès la seconde moitié du XIXe siècle et au début du XXe, qui se caractérisent par l'usage de ce terme, avec sa prétention scientifique, dans le cadre d'une pensée religieuse protestante : Willard, Hall, Walling — dont nous avons déjà parlé —, auxquel · le · s nous pouvons ajouter le juriste évangélique Sidney Tapp, auteur en 1915 d'une *Sexology of the Bible*[436].

Il est assez frappant que le vocable de la santé sexuelle appartienne d'abord à l'hygiénisme domestique protestant américain, puis au registre de l'éducation sexuelle dans le cadre de l'hygiène sociale, mais pas au protestantisme revendiqué qui utilise le

---

[433] Beall, *The Life Sexual*, *op. cit.*, 1905, pp. 8-9.

[434] Bigelow, *Sex-Education*, *op. cit.*, 1916, pp. 37-38, 41, 63.

[435] Ibid., pp. 77, 121, 122.

[436] Tapp Sidney C., *Sexology of the Bible. The Fall and Redemption of Man, a Matter of Sex*, 2nd ed., Kansas City, Sidney C. Tapp, 1915.

terme *sexology*, que l'hygiène sociale éducative semble par ailleurs lui laisser alors même qu'il revendique une science du sexuel. L'orientation scientifique de l'éducation sexuelle ne se traduit pas d'abord par le recours au terme *sexology*, tout en faisant de la santé sexuelle l'un de ses objets. De son côté, l'orientation plus franchement spirituelle des discours sur le sexe mobilise le terme de *sexology* et abandonne les références à la santé sexuelle. Si l'on peut inscrire ces deux orientations dans la suite de l'hygiénisme protestant anglo-américain, celle qui emprunte un chemin résolument physiologique et psychologique conserve la thématique de la santé, tandis que celle qui renforce sa dimension religieuse, en spiritualisant son discours, délaisse cette thématique, qui réfère plus directement au bien du corps[437]. La rencontre dans la deuxième moitié du XIXe siècle de l'Église adventiste et de la phrénologie de Fowler n'a pas conduit à la formation d'une conceptualité commune qui aurait pu être celle de la santé sexuelle comme objet de la sexologie. En conséquence de quoi, la santé sexuelle n'est pas, outre-Atlantique non plus, mais pour d'autres raisons qu'en Europe, l'objet de ce qui se désigne comme sexologie.

Ainsi, globalement en opposition à *disease*, et dans une moindre mesure à *insanity* ou *perversion*, la santé sexuelle renvoie à un domaine objectivable par les sciences, en miroir de la maladie conceptualisée par la médecine. Si Canguilhem a estimé que la santé n'était pas un concept scientifique mais ordinaire[438], la santé sexuelle a bien été affirmée comme objet de science. Pour autant, le concept de santé sexuelle est utilisé dans des réflexions sur la sexualité qui, en plus de se porter sur le mental, portent aussi sur le social. C'est le cas chez Drysdale ainsi que dans les travaux sur l'éducation sexuelle à l'école dans le cadre de l'hygiène sociale, soit une approche de santé publique. Dans la mesure où la santé sexuelle sera définie par l'OMS comme un état de bien-être aussi bien

[437] Cette spiritualisation ne signifie pas qu'il n'est plus question de physiologie dans les écrits d'une telle sexologie. Par exemple Tapp consacre un chapitre de son ouvrage à la physiologie sexuelle, en référant notamment au système nerveux qui fait le lien entre les organes sexuels et le cerveau. Mais il n'y est pas question de santé, le bien à rechercher étant celui de l'esprit. Au mieux, concernant le corps, peut-on atteindre une pureté charnelle qui repose sur une éthique de la modération qui, si elle n'est pas respectée, conduit en revanche au développement de maladies, comme la syphilis. Les maladies vénériennes sont donc convoquées comme une forme de punition, mais la santé n'est pas valorisée comme objet à rechercher pour elle-même. Ibid., pp. 125-134.

[438] CANGUILHEM Georges, « La santé : concept vulgaire et question philosophique », in: *Ecrits sur la médecine*, Paris, Seuil, 2002 (Champ freudien), p. 52.

physique que mental et social, les distinctions conceptuelles établies dans la seconde moitié du XXe siècle en anglais entre *disease*, *illness* et *sickness* — sans être parfaitement arrêtées — trouveront leur pertinence pour demander selon quel concept de santé l'OMS comprend la santé sexuelle. Bien qu'elle soit définie comme n'étant pas que l'absence de maladie (*disease*), elle est aussi cette absence, dans des champs où le seul concept de *disease*, médical, ne paraît pas approprié. Nous y reviendrons dans la troisième partie de ce travail.

Une science calviniste ?

Bien que « santé sexuelle » soit employée dans des modèles du vivant qui prétendent faire œuvre de science, nous avons vu que la religion protestante accompagne sa genèse et son histoire, et oriente l'éthique logée au cœur de l'hygiène. Loin de s'opposer aussi radicalement qu'on se le représente habituellement, science et religion n'ont pas manqué de s'articuler au XIXe siècle et au début du XXe siècle. Le domaine de l'eugénisme est à ce titre exemplaire.

L'historienne américaine des sciences humaines et sociales Leila Zenderland considère que la plasticité de l'eugénisme, adaptable aussi bien à des idéologies politiques progressistes comme réactionnaires, est importante à prendre en compte pour comprendre qu'il ait pu se diffuser aussi largement. Cette plasticité permet aussi de comprendre qu'il ait pu avoir un tel écho dans le protestantisme américain[439]. Pour commencer, le christianisme américain de l'époque de la réforme sociale a plutôt cherché à s'adapter à la théorie darwinienne de l'évolution, au lieu de voir dans Darwin une attaque directe de la *Bible*. Tout d'abord, les problématiques de l'hérédité entraient en résonance avec un passage du deuxième des dix commandements :

> [...] je suis un Dieu jaloux, qui punis l'iniquité des pères sur les enfants jusqu'à la troisième et à la quatrième génération de ceux qui me haïssent, et qui fais miséricorde jusqu'à la millième génération à ceux qui m'aiment et qui gardent mes commandements.[440]

[439] ZENDERLAND Leila, « Biblical Biology: American Protestant Social Reformers and the Early Eugenics Movement », *Science in Context* 11 (3-4), 1998, p. 512.

[440] Exode 20:5 ; Deutéronome 5:9, *La Sainte Bible. Ancien Testament*, *op. cit.*, 1899, pp. 84, 205.

Aussi bien la dégénérescence que la conservation de la santé pouvaient trouver dans la Bible une forme religieuse d'énonciation. Zenderland précise que l'idée d'intervention divine directe était rejetée par les réformateurs américains. Mais les reconceptualisations scientifiques de l'univers pouvaient être entendues en un sens permettant de concilier les explications religieuses et les explications médicales. En outre, la forme du commandement divin peut être mise en écho avec les préceptes éthiques de l'hygiénisme, qui enjoignent également des conduites. Zenderland rappelle ainsi que beaucoup des médecins et réformateurs convenaient « qu'une grande partie de la souffrance physique pourrait être soulagée si les individus et les sociétés adhéraient aux codes de conduite chrétiens », et qu'ils insistaient sur le fait que « cette conduite était particulièrement cruciale pour assurer la santé et le bien-être des générations futures »[441]. Nous avons vu combien était centrale, dans l'hygiénisme aussi bien américain que britannique, la nécessité morale de suivre les lois de la vie, dédoublées en lois de la santé. Drysdale est sans doute l'un des exemples les plus significatifs de l'articulation entre science et religion, lui qui fait la promotion d'une « religion physique » et qui voit dans les maladies le signe du péché, alors même qu'il se montre particulièrement critique vis-à-vis des spiritualistes.

Ces problématiques de l'hérédité, de la dégénérescence et de la conservation de la santé ont constitué un terreau fertile pour la popularité de l'eugénisme dans les milieux protestants hygiénistes. L'eugénisme s'entend en effet comme un programme d'actions pour agir sur l'hérédité afin de faire évoluer la race dans le sens d'une amélioration. L'idée de sélection artificielle développée par Galton faisait écho à une philosophie morale promouvant l'excellence hygiéniste. L'amélioration des individus et de la société sur le plan de la santé est aussi une amélioration morale, compte tenu des exigences éthiques qui président à la conservation d'une santé qui se veut parfaite. L'hygiénisme comme science et éthique de la santé trouve son prolongement dans l'eugénisme comme science de l'hérédité, qui peut également s'entendre sans difficultés comme une éthique. L'historien des sciences et de la médecine roumano-britannique Marius Turda rappelle les propos du prêtre anglican et doyen de la cathédrale Saint-Paul de Londres William Inge, que celui-

[441] « *Most physicians and reformers agreed, for instance, that much physical suffering could be alleviated if both individuals and societies would adhere to Christian codes of conduct. Such conduct was particularly crucial, they insisted, in ensuring the health and wellbeing of future generations* ». ZENDERLAND, « Biblical Biology », *art. cit.*, 1998, pp. 513-514.

ci a tenu dans un numéro de *The Eugenics Review* : « Le but de l'éthique chrétienne est, sans aucun doute, la production de "l'homme parfait" ». Il ajoute : « Le mot [eugénisme] parfaitement traduit signifie pleinement développé, complet et entier. L'homme parfait est l'homme qui a réalisé en lui-même l'idéal de ce qu'un homme devrait être »[442]. Non seulement se donne à voir ici la convergence de l'eugénisme et de l'éthique chrétienne (protestante), mais également les échos à ce que désigne *health* sur le plan étymologique, produisant une superposition entre la perfection au sens moral religieux et l'entièreté au sens sanitaire.

Turda parle de l'eugénisme comme d'une religion séculière, qu'il qualifie de calvinisme scientifique. Dans un ouvrage qui étudie l'ère progressiste américaine sous l'angle de ce qu'elle a porté d'illibéral, en justifiant et fondant les réformes économiques et sociales et l'importance accordée au rôle de l'État fédéral dans la régulation sociale sur le darwinisme et l'eugénisme, l'historien de l'économie américain Thomas C. Leonard souligne de son côté le caractère de prédication évangélique des discours promouvant l'eugénisme. Il cite en particulier les propos tenus en 1915 par Irving Fisher lors de la Conférence sur l'amélioration de la race (*Race Betterment Conference*)[443] financée par Kellogg, où il a affirmé, dès le titre de son intervention, que l'eugénisme est « le plus important projet humain de rédemption »[444]. L'eugénisme est présenté par Fisher comme la fondation scientifique de l'éthique religieuse, reconduisant l'articulation entre la science et l'éthique que nous avons mise en évidence dans le cadre de l'hygiénisme.

On retrouve également une référence au calvinisme dans un article du psychiatre américain Gerald L. Klerman, cette fois-ci dans le champ de la santé mentale[445]. Revenant

---

[442] « *The aim of Christian ethics is, quite definitely, the production of "the perfect man" [...] The word translated perfect means full-grown, complete and entire. The perfect man is the man who has realised in himself the ideal of what a man should be* ». INGE William R., « Some Moral Aspects of Eugenics », *The Eugenics Review* 1 (1), 1909, p. 33. Cité par TURDA Marius, « Scientific Calvinism: Eugenics as a Secular Religion », *The Journal of Religious History, Literature and Culture* 4 (2), 2018, p. 4.

[443] Les *Race Betterment Conferences* étaient organisées par La *Race Betterment Foundation*, créée en 1906 par Fisher, Kellogg et Davenport.

[444] FISHER Irving, « Eugenics—Foremost Plan of Human Redemption », in: *Proceedings of Second National Conference on Race Betterment, August 4-8, Battle Creek*, MI, Battle Creek, 1915, pp. 63-66. Cité par LEONARD Thomas C., *Illiberal Reformers: Race, Eugenics, and American Economics in the Progressive Era*, Princeton, Princeton University Press, 2016, p. 112.

[445] KLERMAN Gerald L., « Psychotropic Hedonism vs. Pharmacological Calvinism », *Hastings Center Report* 2 (4), 1972, pp. 1-3. Cité par GAYON et BATEMAN, « L'amélioration humaine (*human enhancement*) », *art. cit.*, 2014, p. 241.

au début des années 1970 sur le recours aux psychotropes pour le traitement des troubles mentaux, il souligne le fait que leur usage tend à s'étendre à des situations d'anxiété, d'insomnie, etc., qui constituent des symptômes du stress de la vie quotidienne, au lieu d'être restreint aux cas psychotiques et dépressifs. Cette large utilisation dans la population fait débat, et Klerman le décrit comme opposant sur le plan des valeurs « l'hédonisme psychotrope » et « le calvinisme pharmacologique »[446]. Le premier associe en particulier la consommation de drogue au plaisir, association favorisée par la levée des interdictions morales mais aussi légales concernant l'alcool (dont on rappelle qu'il fut soumis à la prohibition au niveau national aux États-Unis de 1919 à 1933), la caféine et le tabac. Il s'agit précisément des substances vivement déconseillées dans l'hygiénisme protestant américain dès le XIXe siècle. À cet hédonisme psychotrope s'oppose l'idée que la prise de drogues (en un sens large qui inclut les médicaments) doit être strictement encadrée par le corps médical et doit répondre à des fins thérapeutiques. La méfiance à l'égard des médicaments que nous avons rencontrée au XIXe siècle — à l'époque, rappelons-le, où le mercure était utilisé abondamment — a évolué au XXe siècle en une méfiance envers la prise de médicaments dans un but non thérapeutique. Klerman souligne le fait que ce qui est rejeté dans un tel usage est que le médicament fasse se sentir bien, ce en quoi « il doit être moralement mauvais » aux yeux du calvinisme pharmacologique. Mais qu'il s'agisse d'un usage thérapeutique ou non, le mieux est l'abstinence, « voie la plus pure vers le salut pharmacologique »[447].

La désignation comme « calviniste » de ce rapport aux drogues et médicaments ne réfère pas ici à l'eugénisme, mais au champ de la santé et de la maladie, avec des échos directs à l'hygiénisme protestant. Toutefois, la spécificité calviniste dans l'ensemble des obédiences protestantes se comprend mieux à propos de l'eugénisme. Faisant en 1954 une revue de l'ouvrage *The Facts of Life* du cytologiste anglais Cyril D. Darlington[448] — célèbre pour ses travaux sur les chromosomes —, le généticien sud-Africain Anthony C. Allison intitule son texte « Le calvinisme scientifique »[449]. C'est en faisant un parallèle

[446] KLERMAN, « Psychotropic Hedonism vs. Pharmacological Calvinism », *art. cit.*, 1972, p. 3.

[447] « *In this view, abstinence is the highest ideal, the purest route to pharmacological salvation* ». Ibid.

[448] Traduction française : DARLINGTON Cyril Dean, *Le mystère de la vie*, Paris, Fayard, 1957.

[449] ALLISON Anthony C., « Le calvinisme scientifique. C. D. Darlington, *The Facts of Life*, Londres, Allen and Unwin, 1953, 455 pages, 35s », *Impact. Science et société* V (3), 1954, pp. 206-216.

entre d'un côté le déterminisme génétique défendu par Darlington, et de l'autre la prédestination, qui distingue entre les personnes élues et celles qui ne le sont pas pour le salut de leur âme, qu'Allison parle de calvinisme scientifique. Dans le débat sur l'influence du milieu et le déterminisme biologique dans la transmission de caractères physiques et mentaux et dans les comportements qui en résultent, Darlington opte résolument pour le déterminisme biologique, au sein duquel les modifications dans l'hérédité ne peuvent survenir que par mutation génétique. Il laisse ainsi peu de place à l'influence du milieu.

Ceci le conduit à justifier les différences raciales en les fondant sur l'hérédité génétique, ainsi qu'à attribuer les comportements criminels au déterminisme biologique. Il considère qu'il existe des différences d'aptitudes entre les races qui sont inscrites biologiquement dans celles-ci, et réfute donc l'idée d'égalité entre les races, prônant une coopération entre celles-ci reposant sur les aptitudes innées — autrement dit selon une hiérarchie sociale fondée sur les différences raciales héréditaires. Concernant les comportements criminels, dans la mesure où ils relèvent d'un déterminisme biologique, il propose trois solutions pour y faire face : « suppression sans douleur, ségrégation et stérilisation »[450].

Allison, qui ne suit Darlington ni dans son réductionnisme génétique, ni dans les conséquences sociales de celui-ci, rappelle en outre que Darlington propose une interprétation de l'histoire fondée sur le déterminisme biologique, selon laquelle celle-ci est faite par les grands hommes, qui sont tels en raison de leur hérédité, et auxquels il revient d'être à la hauteur de leur rang[451].

Par conséquent, le déterminisme génétique apparaît comme une prédestination biologique. C'est ici qu'Allison fait un parallèle avec la prédestination calviniste. Pour Calvin, les « élus » ne pouvaient pas seulement s'en remettre à leur destinée, mais devaient « se conduire comme il sied à des "élus", et démontrer leur supériorité morale par l'intégrité de leur vie ». Il en est de même pour les « élus » de la prédestination génétique, supposés avoir hérité de facultés supérieures, ce qui leur impose « le devoir d'utiliser [leurs] facultés de façon sage et honnête »[452]. Bien qu'il n'en soit pas question dans le compte-rendu d'Allison, nous pouvons précisément voir dans cet impératif éthique le lieu où l'hygiène peut prendre place et s'articuler ainsi à l'eugénisme.

---

[450] Cité par ibid., p. 212 Rappelons que ces propos sont tenus après la Seconde Guerre mondiale.
[451] Ibid., p. 215.
[452] Ibid., p. 216.

S'il n'est pas ici question directement de santé sexuelle, l'épistémologie de celle-ci nous a tout de même conduits à retracer les théories du vivant dans lesquelles elle a pris place, nous menant de l'hygiénisme domestique à l'hygiénisme social, en traversant les champs de l'hérédité et de l'eugénisme. La présence persistante de l'éthique protestante tout au long de ce cheminement impose de réviser l'opposition classique entre science et religion, ce qui a précisément été fait dans divers travaux sur l'eugénisme ces dernières années, notamment dans la recherche anglo-américaine. L'association de ces deux domaines à travers les termes de « calvinisme scientifique », que l'on retrouve dans ces travaux, nous a paru particulièrement adaptée à ce que révèle l'étude de la genèse du concept de santé sexuelle depuis le XIXe siècle.

Éthique et science

Dans la première moitié du XXe siècle, l'histoire du concept de santé sexuelle s'effectue toujours dans les aires culturelles anglo-américaines, et plus spécialement outre-Atlantique. De même que ses usages ressortissaient principalement à l'hygiénisme domestique tout au long du XIXe siècle, ils accompagnent la socialisation de l'hygiène au début du XXe siècle. L'inscription dans une pensée sociale était déjà à l'œuvre avec Drysdale en Grande-Bretagne, mais c'est dans le cadre du mouvement d'hygiène sociale aux États-Unis, durant l'ère dite progressiste et alors que se pose avec acuité la question de l'éducation sexuelle à l'école, que la santé sexuelle devient véritablement un enjeu populationnel.

Si l'on reprend les concepts du biopouvoir proposés par Foucault, l'on peut dire que l'abord bio-politique de la population repose cependant sur l'anatomo-politique du corps individuel. Foucault recouvre en effet sous ces derniers termes les procédures de discipline du corps humain. Or, l'hygiène s'avère être l'un des lieux privilégiés de disciplinarisation du corps, et ce sur l'ensemble des processus fondamentaux du vivant : la naissance, la maladie et la mort — organisées sous l'égide de la santé. La naissance est particulièrement le lieu de la santé sexuelle, en ce qu'elle se rapporte à la reproduction elle-même entendue dans l'optique de l'hérédité. Si Bigelow dissocie la santé sexuelle de la reproduction et de la question eugénique de l'hérédité, Morrow rabat bien celle-ci sur ces domaines.

La maladie est quant à elle considérée à partir du fonctionnement normal du corps établi par la physiologie, et est supposée connue à partir de la connaissance des lois de la vie identifiées aux lois de la santé. L'hygiène ayant pour premier objectif de préserver la santé, celle-ci constitue son point de départ à partir duquel est conçue la maladie. L'ordre gnoséologique n'est pas celui du vécu ou de la conscience qui fait dire à Canguilhem que « la connaissance de la vie, comme celle de la société, suppose la priorité de l'infraction sur la régularité »[453]. Dans l'hygiénisme que nous avons étudié, l'homme sain devient malade en tant que sain, en raison d'une forme de positivité que la santé recèle, même lorsqu'elle est simplement définie comme l'absence de maladie.

La mort enfin, est le résultat ultime de la maladie, le prolongement possible de l'épuisement de la vie, qu'il soit physique ou même seulement mental. Nous l'avons vu chez Drysdale, pour lequel seule la mort naturelle est moralement acceptable, tandis que la mort des suites d'une maladie témoigne du manque de vertu de la personne décédée. Mais elle est aussi essentiellement pensée comme le prolongement de la maladie et de comportements ou pensées — notamment sexuelles — qui affaiblissent la vie par Graham[454], Jackson[455] ou Kellogg[456]. Comme la maladie, c'est sous l'égide de la santé qu'elle est abordée. Le vitalisme positif pose la mort comme une extériorité à la vie, qui n'est pas pensée comme une condition de fragilité mais de puissance et de vigueur. En ce sens, ce qui permet de différencier le vivant de la matière inerte est une positivité qui excède la matérialité organique, une forme d'énergie qui peut, de fait, être envisagée comme une réalité métaphysique. Le holisme permet d'adhérer à l'idée d'un niveau de réalité qui ne se réduit pas à la somme des phénomènes physico-chimiques, ouvrant la voie, quoi que de façon non nécessaire[457], à l'idée métaphysique d'élan vital.

C'est cette énergie qu'il s'agit de préserver. La discipline de soi est au XIXe siècle un ressort de la santé en général et de la santé sexuelle en particulier, et le reste au début du XXe siècle. La responsabilité individuelle est en effet au cœur des conceptions anglo-

---

[453] CANGUILHEM, *Le normal et le pathologique*, *op. cit.*, 2013, p. 278.

[454] GRAHAM, *A Lecture to Young Men on Chastity*, *op. cit.*, 1837, pp. 51, 72, 95.

[455] JACKSON, *How to Treat the Sick Without Medicine*, *op. cit.*, 1870, pp. 15-16, 31.

[456] KELLOGG, *Plain Facts about Sexual Life*, *op. cit.*, 1877, pp. 80, 97. Dans cette dernière référence, il cite Graham au sujet de la mort prématurée qui peut survenir suite à l'excès de rêveries lascives diurnes.

[457] L'affirmation émergentiste de Mayr n'emprunte pas la voie du vitalisme métaphysique. MAYR, « The Autonomy of Biology », *art. cit.*, 1996, p. 102.

américaines de l'hygiène, y compris lorsqu'elle est pensée non plus seulement sous l'angle du *self-help*, mais sous celui de la santé publique. Si Foucault a d'abord envisagé l'anatomo-politique comme un pouvoir extérieur qui s'exerce sur les corps, et où le corps est conçu comme une machine[458], dans l'hygiénisme il s'agit d'une auto-discipline sous la forme du contrôle des conduites de soi (alimentaires et sexuelles en particulier), autrement dit sous la forme de l'éthique qui procède à l'intériorisation de ce qui est moral, sur fond d'une conception vitaliste du corps (ce qui est en jeu est sa vigueur, sa force, sa vitalité, etc.) et d'un savoir qui permet de guider les conduites. Dans la leçon du 14 janvier 1981 de ces cours sur les rapports entre subjectivité et vérité, Foucault demande comment la sexualité peut apparaître « comme le champ d'une expérience subjective, dès lors qu'existe, à propos de la pratique, de l'activité sexuelle, un certain savoir qui se prétend vrai »[459]. Cette question prend à rebours la question philosophique classique qui demande comment la subjectivité peut fonder la vérité. Ici, c'est plutôt le savoir qui produit le sujet. La question porte alors sur le rapport que la conscience que le sujet a de lui-même entretient avec le discours de vérité. Pour mener cette étude, le philosophe prend le parti méthodologique d'analyser la littérature qui relève d'un « genre mineur », mais dont l'intérêt est « assez grand » : celui des « arts de se conduire, des arts de vivre, des conseils d'existence »[460]. On peut considérer que les discours des hygiénistes protestants relèvent de la diffusion de cet art de la conduite. Si la santé constitue le principe moral qui doit régir les comportements, le rôle éducatif des hygiénistes, comme celui attribué plus tard aux professionnel · le · s de santé, situe leur fonction au niveau éthique des « pratiques de soi », où « se conduire » désigne « la manière dont on doit se constituer soi-même comme sujet moral agissant en référence aux éléments prescriptifs qui constituent le code ». Les conduites qui préservent ou permettent de retrouver la santé sexuelle réfèrent alors à « la manière dont l'individu est amené à se reconnaître comme sujet moral de la conduite sexuelle »[461].

Nous avons vu que l'éthique dont il est question s'ancre dans les courants protestants, jusqu'à la congruence entre la conception calviniste de la prédestination, et le

---

[458] FOUCAULT, *La volonté de savoir*, *op. cit.*, 1976, p. 183.

[459] FOUCAULT Michel, *Subjectivité et vérité. Cours au Collège de France (1980-1981)*, Paris, Seuil / Gallimard, 2014 (Hautes études), p. 28.

[460] Ibid., p. 29.

[461] FOUCAULT, *L'usage des plaisirs*, *op. cit.*, 1984, p. 44.

déterminisme génétique de l'hérédité. Comme point d'articulation entre la physiologie et l'éthique protestante au XIXe siècle, l'hygiène permet d'associer science et religion lorsque l'hygiène devient sociale et qu'elle s'articule à la question de l'évolution et de l'amélioration de la race.

Dans la première moitié du XXe siècle, le domaine scientifique et celui de l'éthique finissent par fusionner, au lieu d'être seulement associés. L'articulation constante de la santé au bonheur et au bien-être se mue en une intégration de ces derniers au concept même de santé, décliné au niveau de la santé sexuelle. L'évolution de Bigelow sur ce point est emblématique de ce mouvement dans la première moitié du XXe siècle. Le bien ne s'associe plus seulement au vrai, il s'identifie à lui, ce qui se traduit par le concept positif de santé. À partir d'une pensée vitaliste holistique, l'éthique protestante comme déclinaison de l'utilitarisme, la socialisation des questions de santé par les réformateurs et réformatrices de l'ère progressiste, et l'influence des considérations sociales à propos de la santé développées en Europe, ont conduit à l'intégration au concept de santé non seulement du champ du physique et du mental, mais aussi de déterminants extra-médicaux, que sont les déterminants sociaux. C'est ainsi la convergence de trois domaines, celui des sciences du vivant s'étendant du physique au mental, celui des valeurs morales et des conduites, et celui des sciences sociales, qui a conduit à la formation d'un concept positif de santé, et à l'évolution du concept de santé sexuelle de l'hygiène domestique à la santé publique.

Va alors se poser la question de savoir de quelle science la santé sexuelle est l'objet. Nous avons vu qu'elle est d'abord un objet peu élaboré conceptuellement dans le cadre de la physiologie vitaliste. Elle devient ensuite un objet d'une science plus spécifique, la science sexuelle de Fowler. Mais au tournant du XXe siècle et dans la première moitié de celui-ci, elle n'est ni l'objet de la sexologie — à la composante socio-politique marquée —, ni celui de la psychanalyse. À partir du milieu du XXe siècle, le vitalisme, trop connoté métaphysiquement malgré son positionnement résolument scientifique au XVIIIe siècle, va reculer tandis que se développent la biologie moléculaire et la génétique. La sexologie va quant à elle se déployer, à partir des États-Unis et non de l'Europe, selon une orientation résolument scientifique. La santé sexuelle n'en est pas l'objet. Elle ne devient pas non plus celui de la psychanalyse. Pourtant, elle va se trouver au centre des controverses entre une sexologie cognitivo-comportementale qui se veut scientifique, et la psychanalyse

qui a aussi le sexuel pour objet. Mais c'est en étant importée dans le champ de la sexologie par l'entremise de la planification familiale néomalthusienne et éducationnelle.

Enfin, au tournant du XXIe siècle va se poser la question de la médicalisation de la sexualité par l'entremise du concept de santé sexuelle tel que défini par l'OMS. Le projet d'une sexologie médicale, qui par ailleurs ne serait pas en rupture totale avec la psychanalyse, va en effet voir le jour à l'occasion de l'institutionnalisation de la santé sexuelle par l'agence de l'ONU. Toutefois, il va être concurrencé par l'émergence de la médecine sexuelle, tandis que la sexologie va retrouver les ambitions pluridisciplinaires de ses origines européennes.

C'est l'ensemble de ce mouvement historique, depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale jusqu'à l'introduction dans la onzième version de la CIM d'un chapitre dédié spécifiquement aux problèmes de santé sexuelle, que nous allons maintenant retracer dans les dernières parties du présent travail.

III/ La santé sexuelle entre planification familiale, sexologie et psychanalyse

III.1 — Sexologie, planification familiale et santé sexuelle après la Seconde Guerre (1945-1970)

III.1.1 — Santé, bien-être et mathématiques

La santé comme état complet de bien-être

Au sortir de la Seconde Guerre mondiale, sous l'égide de la nouvelle Organisation des Nations Unies, la constitution de l'OMS est adoptée à New York en 1946 par la Conférence internationale de la santé. Elle fait suite à l'Organisation d'Hygiène (OH) de feu la Société des Nations (SDN). Elle s'inscrit dans une démarche de santé publique reposant sur la coopération internationale déjà incarnée en Europe par l'Office international d'Hygiène publique (OIHP) créé à Paris en 1907, et de l'autre côté de l'Atlantique, par le Bureau sanitaire panaméricain (BSP) depuis 1902, puis par l'United Nations Relief and Rehabilitation Administration (UNRRA) en 1943, alors qu'en pleine guerre mondiale l'OIHP et l'OH de la SDN ont vu leur activité disparaître ou être considérablement réduite[1].

Sous l'influence de Stampar, la définition que l'OMS donne de la santé trouve une nouvelle résonance suite à ce que nous avons mis en évidence précédemment. Rappelons-

[1] Beigbeder Yves, *L'Organisation mondiale de la santé*, Genève, Graduate Institute Publications, 1995, pp. 15-18.

là ici, en précisant certains termes utilisés dans la définition en anglais : « La santé [*health*] est un état de complet [*complete*] bien-être [*well-being*] physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie [*disease*] ou d'infirmité »[2]. Le caractère de complétude déjà contenu dans *health* est redoublé, et la référence au bonheur, sous la catégorie du bien-être, devient un élément interne au concept de santé. Précisons que le bien-être ne semble pas être tout le bonheur, mais seulement une modalité de celui-ci, celle qui est précisément susceptible d'intégrer la définition de la santé. En effet, en amont de la définition de la santé, on peut lire ceci : « Les États parties à cette Constitution déclarent, en accord avec la Charte des Nations Unies, que les principes suivants sont à la base du bonheur [*happiness*] des peuples, de leurs relations harmonieuses et de leur sécurité »[3]. Suit alors la définition de la santé, qui est aussi un principe. Le bien-être est un des principes qui contribue au bonheur, ce qui suppose que ce dernier ne se réduit pas au premier. Toutefois, les principes qui suivent réfèrent tous à la santé, considérée comme un des droits fondamentaux de tout être humain, une condition fondamentale de la paix du monde et de la sécurité, et comme relevant, sur le plan populationnel, des gouvernements. Il est aussi affirmé qu'elle est mise en péril par l'inégalité, etc. L'atteinte du plus haut degré de santé est également conditionnée à « l'admission de tous les peuples au bénéfice des connaissances acquises par les sciences médicales, psychologiques et apparentées » et au fait que l'opinion publique soit éclairée — ce qui accorde un rôle prépondérant à l'éducation. Sur la base de ces principes, le but de l'OMS défini dans l'article 1 de sa Constitution « est d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible »[4]. Dès lors, si l'ensemble des principes énoncés par l'OMS pour fonder son but renvoient au premier d'entre eux qui définit la santé comme état complet de bien-être, et que ces principes sont à la base du bonheur des peuples, la nuance entre le bien-être et le bonheur paraît moins évidente.

La superposition de la santé et du bonheur par l'entremise du bien-être procède alors à l'introduction d'une valeur au cœur du concept de santé, ce qui sera, nous l'avons vu, critiqué par Boorse[5]. De son côté, Grmek estime que « la définition donnée par l'OMS

---

[2] Conférence internationale de la Santé, « Constitution de l'Organisation mondiale de la santé », in: *Documents fondamentaux*, 45e édition, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006, p. 1.

[3] Ibid.

[4] Ibid., p. 2.

[5] Voir *infra* p.276.

ne peut satisfaire les exigences d'une analyse rigoureuse »[6]. On ne peut en effet attendre de la médecine qu'elle assure « l'aisance et le bonheur ». En conséquence de quoi, il convient de voir dans la définition de la santé par l'OMS « un slogan politique plus qu'un pur produit de l'épistémologie médicale moderne »[7].

Seipp rapporte que la réception du concept positif de santé par le monde médical a été contrastée. D'un côté, il cite l'avis favorable du *Journal of the American Medical Association* (*JAMA*) qui, dans un éditorial qui rapporte les éléments du programme de l'OMS, évoque « un concept de santé nouveau et révolutionnaire »[8]. L'un des axes de ce programme concerne le contrôle des maladies vénériennes. Il s'agit en particulier de lutter contre la syphilis prénatale et infantile grâce à la pénicilline[9], dont l'usage antibiotique thérapeutique est tout récent[10]. Il apparaît donc cependant que le concept « révolutionnaire » de santé ne se traduit pas, dans ce programme, par une référence à un concept positif de santé sexuelle, l'enjeu portant ici sur l'absence de maladies vénériennes, dans le cadre du paradigme pastorien et bactériologique.

Seipp rappelle par ailleurs que ce concept a été également critiqué dans le milieu médical. C'est le cas à l'Association américaine de santé publique (American Public Health Association — APHA), qui considère qu'il s'agit d'un concept « insaisissable et éphémère, d'un feu follet », qui ajoute « inutilement à l'incertitude et à la complexité des objectifs de la profession médicale »[11].

---

[6] Grmek, « La révolution biomédicale du XXe siècle », *art. cit.*, 1999, p. 332.

[7] Ibid.

[8] « *... a new and revolutionary concept of health* ». « The program of the World Health Organization », *Journal of the American Medical Association* 140 (7), 1949, p. 606. Cité par Seipp, « Andrija Stampar and the concept of positive health », *art. cit.*, 1987, p. 294.

[9] « The program of the World Health Organization », *art. cit.*, 1949, p. 606.

[10] Après l'étude de la « concurrence vitale » (termes darwiniens) entre les moisissures et les microbes réalisée par le Français Ernest Duchesne pour sa thèse de médecine soutenue en 1897, le médecin et biologiste britannique Alexander Fleming redécouvre par accident l'effet antibactérien de la pénicilline en 1928, sans parvenir à cultiver celle-ci pour en extraire une forme stable utilisable en thérapie. Le pharmacologue australien Howard W. Florey et le biochimiste allemand Ernst Boris Chain y parviennent à la fin des années 1930, ouvrant la voie à ses usages thérapeutiques pendant la Seconde Guerre mondiale. Fleming, Florey et Chain obtiennent le prix Nobel de physiologie ou médecine en 1945. Sur Duchesne, voir Pouillard Jean, « Une découverte oubliée : la thèse de médecine du docteur Ernest Duchesne (1874-1912) », *Histoire des sciences médicales* XXXVI (1), 2002, pp. 11-20.

[11] « *[...] it is an elusive and ephemeral concept, a will-o'-the-wisp [...] adding unnecessarily to the uncertainty and the complexity of the goals of the medical profession* ». Seipp, « Andrija Stampar and the concept of positive health », *art. cit.*, 1987, p. 294.

Le problème du bien-être

Nous verrons que l'accueil mitigé du concept positif de santé qui s'inaugure ici va se retrouver à propos du concept de santé sexuelle jusqu'à aujourd'hui. Le principal problème soulevé est celui de la dimension axiologique d'un tel concept, qui tient à sa définition comme « état de bien-être ». Le terme de « bien-être » associe l'idée d'un bien à celle de l'être. Il désigne donc quelque chose qui soit plus que l'être, et qui se trouve par-là chargé axiologiquement. Selon Foucault, le bien-être est un objet dont s'occupe la police — instance de disciplinarisation, comme l'éthique. Il s'appuie en particulier sur les propos du mercantiliste français Antoine de Montchrestien, qui dit ceci au début du XVIIe siècle : « Au fond, la nature ne peut nous donner que l'être, mais le bien-être nous le tenons de la discipline et des arts »[12]. Foucault conclut alors : « tout ce qui va de l'être au bien-être, tout ce qui peut produire ce bien-être au-delà de l'être et de telle sorte que le bien-être des individus soit la force de l'État, c'est cela, me semble-t-il, qui est l'objectif de la police »[13]. Si Foucault étudie la catégorie de bien-être selon son approche généalogique qui analyse les rapports entre le savoir et le (bio)pouvoir — ici dans le cadre d'un accroissement de la puissance de l'État par le gouvernement des populations au niveau de leur bien-être et pas seulement de leur être —, nous pouvons en reprendre les termes pour l'étude des rapports entre la physiologie et l'éthique. La première a pour objet l'être en tant que vivant, la seconde le bien-être en tant que ce que ne donne pas d'elle-même la physiologie. Plus loin dans son cours, Foucault fait lui-même le parallèle entre l'être et le vivant, qui se décline au niveau de ce qui va au-delà de l'être et du vivre. Il pose l'analogie selon laquelle le bien-être est à l'être ce que le « mieux que vivre », ou encore le « plus que vivre », est au vivre[14].

Dans cette optique, les lois de la santé en tant que lois de la physiologie ne peuvent être établies à partir d'un concept de santé comme état de bien-être, la nature ne pouvant nous donner que l'être. Or, dès le XIXe siècle, l'association persistance de la physiologie à l'éthique par l'entremise de l'hygiène, qui se décline par la promotion de l'éducation

[12] MONTCHRESTIEN Antoine de, *Traité de l'œconomie politique*, Paris, Plon, 1889, p. 39 ; Cité par FOUCAULT Michel, *Sécurité, territoire, population: cours au Collège de France, 1977-1978*, Paris, Seuil : Gallimard, 2004 (Hautes études), p. 335.

[13] FOUCAULT, *Sécurité, territoire, population*, *op. cit.*, 2004, p. 335.

[14] Ibid., pp. 346, 350.

sexuelle pour la santé sexuelle, tend à superposer l'être et le bien-être, les lois de la vie aux lois du mieux ou plus que vivre. L'être est alors en même temps le bien-être, de telle sorte que le bien-être qualifie l'être. C'est ce que traduit le fait que les lois physiologiques sont aussi les lois de la santé, qui désigne un mode d'être jugé bon. Dès lors que la santé est désirable en tant qu'elle est un bien, le bien-être est aussi un devoir-être. Le passage de l'être au bien-être introduit au cœur de l'être l'exigence de sa perfection, à tout le moins de son optimum possible. Le concept positif de santé par l'OMS parachève la superposition de l'être et du bien-être comme devoir-être. L'influence de la pensée hygiéniste est patente.

Or, c'est précisément cette superposition qui pose problème à la médecine. Ainsi que le note l'historien de la médecine français Alexandre Klein : « Alors que l'appel au bien-être devait modifier le discours de la médecine, de ses représentations à ses pratiques, l'hégémonie de l'ordre médical a finalement détourné les revendications de changement »[15]. Klein insiste sur la dimension subjective que recouvre le concept de bien-être, pour l'opposer à la biomédecine classique qui, en tentant tout de même de faire du bien-être l'un de ses objets, a procédé à une « opérationnalisation médicale du bien-être » qui, malgré la mobilisation des sciences humaines et sociales, « s'est opérée à l'aune de sa rationalité instrumentale, en vue de sa mesurabilité »[16]. Autrement dit, la dimension subjective du bien-être a été diluée par l'opération de quantification.

C'est précisément ce qu'ont proposé les critiques du concept positif de santé à l'APHA, tels Donald L. Patrick, J. W. Bush et Milton M. Chen, promoteurs d'un concept opérationnel de santé[17]. Contrairement à Boorse, ils n'ont pas cherché à circonscrire la définition de la santé à des mesures biostatistiques fonctionnelles, en excluant ainsi la référence au bien-être. Ils ont au contraire proposé de mesurer le bien-être lui-même. Il s'agit pour eux de combler l'écart entre les définitions théoriques de la santé, et les moyens de la mesurer empiriquement. Pour cela, ils partent de ce qu'ils considèrent être

---

[15] Klein Alexandre, « Le bien-être : notion scientifique ou problème éthique ? », in: Grison Benoît (éd.), *Bien-être / Être bien ? Les techniques de conscience du corps entre Orient et Occident*, Paris, L'Harmattan, 2012, p. 12.

[16] Ibid., p. 13.

[17] Patrick Donald L., Bush J. W. et Chen Milton M., « Toward an Operational Definition of Health », *Journal of Health and Social Behavior* 14 (1), 1973, pp. 6-23.

l'un des deux éléments de la santé, à savoir la fonction (l'autre élément étant le pronostic), puis mesurent les préférences sociales associées aux différents niveaux de l'état fonctionnel. Sont ainsi obtenus des niveaux de fonction socialement pondérés, qui peuvent ensuite être utilisés dans la construction d'un indice d'état de santé[18]. Cette méthode est censée permettre de mesurer les jugements de valeurs sociaux qui président à la distinction entre la santé et la maladie. Ceux-ci interviennent dans la définition de la « fonction optimale », qui désigne « la conformité aux normes de la société en matière de bien-être physique et mental »[19].

Le bien-être n'est donc pas mesuré selon une conception objective de celui-ci, mais à partir du fait qu'il relève d'un jugement de valeurs. La mesure porte sur les préférences déclarées à partir de situations présentées à des personnes qui sont interrogées et qui doivent répondre selon une échelle de cotation préétablie, allant de la mort au bien-être le plus complet[20].

Bien-être et utilitarisme

L'objet n'est pas ici d'interroger la solidité d'une telle méthode — préférences déclarées, échantillon interrogé, possible décalage entre les préférences déclarées et les comportements réels dans les situations données révélant d'autres préférences, etc. —, mais de souligner la démarche qui consiste à chercher à quantifier ce qui relève du bien-être pour déterminer l'état de santé. Le bien-être n'est pas mesuré de façon indépendante, mais dans un cadre fonctionnaliste. Le dysfonctionnement est d'ailleurs, pour les auteurs, un concept plus large que celui de maladie, en ce qu'il intègre la référence au bien-être : « […] le dysfonctionnement est un concept plus large que la maladie et fait référence à tout écart par rapport au bien-être ou à l'état de fonctionnement habituel »[21].

L'état de fonctionnement habituel est lui-même déterminé selon une approche utilitariste comportementale. Patrick, Bush et Chen se réfèrent au psychologue américain Ward Edwards pour définir la valeur dans les jugements axiologiques qui permettent de

[18] Ibid., p. 6.
[19] Ibid., p. 8.
[20] Ibid., p. 16.
[21] « *[…] dysfunction is a broader concept than illness and refers to any deviation from well-being or state of usual functioning* ». Ibid., p. 8.

déterminer le bien-être. Elle correspond au concept de satisfaction ou d'utilité en théorie de la prise de décision et en économie[22]. De fait, Edwards a repris des concepts de l'école néo-classique en économie, en particulier celui d'utilité espérée, et les a introduits en psychologie. Il s'inscrit dans la filiation de Bentham et se réfère à la théorie néoclassique du choix du consommateur[23].

Patrick, Bush et Chen font des valeurs ainsi définies les critères de sélection des comportements. C'est à partir d'elles que tel ou tel comportement est préféré. Elles sont « la base des réponses ou des choix préférentiels »[24]. Elles traduisent la désirabilité de tel ou tel objet, ou de telle ou telle situation (concernant l'état de santé notamment), selon le concept d'utilité mesurable qui correspond au bien-être.

Cette conception de l'élément fonctionnel de la santé est idoine à la raison instrumentale de la médecine, qui est aussi celle de l'utilitarisme. Le philosophe de l'économie français Arnaud Berthoud rappelle que la rationalité instrumentale désigne « la faculté naturelle de classement rigoureux des composantes du bonheur », instrument qui permet « à chacun de dépasser les ressemblances et d'établir entre les états de choses des rapports exacts de mesure ou de mise en ordre »[25]. C'est exactement la faculté qui est présupposée et sollicitée par Patrick, Bush et Chen auprès des personnes interrogées pour répondre à leur grille de classement des situations.

Modélisation mathématique de la santé

La mise en ordre selon une cotation est une forme de calcul. Elle permet d'obtenir une mesure qui pourra s'insérer dans une formulation mathématique de la santé, qui comprend aussi la mise en équation de l'élément pronostique de la définition de la santé que proposent les auteurs[26]. L'expression mathématique que les auteurs donnent du concept de santé est la suivante :

---

[22] Ibid., p. 12.

[23] Edwards Ward, « The theory of decision making », *Psychological Bulletin* 51 (4), 1954, pp. 380-417.

[24] « *[...] the basis for preferential responses or choices* ». Patrick, Bush et Chen, « Toward an Operational Definition of Health », *art. cit.*, 1973, p. 12.

[25] Berthoud Arnaud, « Remarques sur la rationalité instrumentale », *Cahiers d'Économie Politique* 24 (1), 1994, p. 106.

[26] La mesure fonctionnelle s'effectue à un temps t, tandis que la mesure pronostique prend en compte l'évolution à un moment ultérieur vers d'autres niveaux, plus ou moins favorables, de l'état fonctionnel.

$$H = E(F) = \frac{\sum FjYj}{Y}$$

où H = indice de santé pour une population
E(F) = valeur attendue du niveau de fonction sur la durée de vie normale
Fj = poids social attribué au niveau de fonction j
j = indice pour les niveaux de fonction = 0, 1, 2, …, 30
Yj = $\sum_{t=1}^{k} \Pi j, t$ = durée totale prévue au niveau de fonction j sur toutes les périodes de temps
Πj, t = proportion du temps passé au niveau de fonction j entre les périodes t - 1 et t, dérivée du produit (valeur attendue) de la distribution initiale et des matrices de probabilités transitoires pour chaque période de temps
t = indice des périodes de temps 0, 1, …, k où k est le dernier intervalle avant la fin de la durée de vie normale
Y = $\sum_{j=0}^{30} Yj$ = le reste de la durée de vie normale définie comme 100 ans.[27]

Sans entrer dans les détails de cette formulation, ce qui nous intéresse ici est la démarche de mathématisation du concept de santé, sachant que par ailleurs celle-ci intègre la référence à un élément censément qualitatif (moral et subjectif) : le bien-être. L'opérationnalisation médicale du bien-être dont parle Klein est parfaitement illustrée.

Cette démarche de modélisation mathématique en médecine procède d'un mouvement plus général de mathématisation du vivant qui s'est largement développé au cours du XXe siècle. La définition de la santé de Patrick, Bush et Chen entend même intégrer, par la dimension pronostique, ce qui pour la plupart des philosophes ayant pensé le vivant depuis Aristote jusqu'à Bergson en passant par Hegel, était inaccessible aux mathématiques et qui réfère à ce qui fait la spécificité du vivant, d'ordre temporel : le mouvement (qui s'appuie sur une cause finale), la durée (et de là l'élan vital) ou le devenir (ou la contradiction interne qui fait que l'être reste le même tout en devenant autre)[28]. Claude Bernard, pourtant particulièrement critique envers le vitalisme et qui réduit les phénomènes du vivant à des phénomènes physico-chimiques, était lui-même méfiant quant à l'usage des mathématiques en biologie, notamment sous la forme statistique :

C'est ainsi que Patrick, Bush et Chen définissent l'état de santé. PATRICK, BUSH et CHEN, « Toward an Operational Definition of Health », *art. cit.*, 1973, p. 7.

[27] Ibid.

[28] HUNEMAN Philippe et DUTREUIL Sébastien, « La modélisation mathématique en biologie », in: HOQUET Thierry et MERLIN Francesca (éds.), *Précis de philosophie de la biologie*, Paris, Vuibert, 2014 (Philosophie des sciences), p. 52.

> [...] le plus grand écueil de l'application du calcul aux phénomènes physiologiques, est toujours au fond leur trop grande complexité qui les empêche d'être définis et suffisamment comparables entre eux. L'emploi des moyennes en physiologie et en médecine ne donne le plus souvent qu'une fausse précision aux résultats en détruisant le caractère biologique des phénomènes.[29]

Le vivant est trop complexe pour être réduit mathématiquement et ramené à des moyennes sans perte fondamentale. Bernard reproche au fond à la mathématisation ce que les vitalistes reprochent à la réduction physico-chimique : d'élaborer une science du vivant qui manque l'élément spécifique de ce dernier, à savoir d'être *vivant*.

III.1.2 — La santé sexuelle holistique contre la sexologie de Kinsey

Le holisme au nom de la morale : John H. Stokes

C'est dans le même sens critique vis-à-vis de la démarche quantitativiste que le concept de santé sexuelle va être employé dans l'immédiat après Seconde Guerre mondiale contre la sexologie d'Alfred Kinsey — qui vient de publier son premier ouvrage sur la sexualité des hommes. En 1948, le dermatologue américain John H. Stokes, spécialisé dans le domaine de la syphilis, publie un article qui s'inquiète de ce que l'être humain va faire de lui-même, après qu'il est apparu qu'il avait une force de destruction capable de le conduire à son auto-extermination[30]. S'il commence par citer Churchill qui s'inquiétait déjà en 1929 de cette capacité sur le plan militaire, c'est à propos de la vie sexuelle qu'il se pose la question, non sans catastrophisme.

D'une manière générale, nous dit-il, la vie humaine ne peut être adéquatement envisagée sans relier l'esprit au corps. Nous retrouvons ici le souci holistique issu de la physiologie vitaliste. Stokes renvoie alors à un programme auquel lui et d'autres ont été confrontés peu de temps avant la rédaction de son article. Celui-ci avait pour objectif

---

[29] Bernard Claude, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, Paris, J.-B. Baillière et fils, 1865, p. 235.

[30] Stokes John H., « The Modern Venereal Disease Problem and Its Sex Education Front », *The Journal of Venereal Disease Information* 29 (10), 1948, p. 296.

d'évaluer le problème national de la santé aux États-Unis sous trois angles : la morbidité, la mortalité et le coût de la maladie, autrement dit des éléments quantifiables. Ceci constitue précisément pour lui une manière d'envisager la santé sans relier l'esprit au corps, au détriment de l'esprit. Sa réponse à une telle approche de la santé est la suivante : « La santé de l'homme, la santé de ses activités et de ses expressions, est autant fonction de son adaptation morale, sociale et biologique que de son aptitude et de sa santé mécaniques ou tissulaires »[31].

Plusieurs points sont à relever ici. Tout d'abord, nous retrouvons la dimension sociale de la santé, intégrée dans la définition de l'OMS, qui vient côtoyer la dimension biologique. Mais on trouve également une dimension morale, qui fait écho au caractère éthique de l'hygiène protestante. Stokes inscrit en effet son propos dans le cadre d'une référence à Dieu, l'être humain étant « par la grâce de Dieu » cet « animal bisexuel » (il faut entendre « bisexué ») qui a « créé la sainte famille »[32]. Plus loin, dans un tableau qui recense les influences qui favorisent la promiscuité, selon lui cause des maladies vénériennes, il pointe la disparition de la crainte de Dieu, qui n'intervient dès lors plus dans les motivations du comportement sexuel. En réponse à ce recul, il propose de réintroduire la religion dans l'éducation, comme moyen de contrôler les maladies vénériennes[33].

Cette dimension morale, avec la dimension sociale mais aussi la dimension biologique, constituent un champ qui ne relève pas de la santé sous l'angle mécanique et physico-chimique, à tout le moins histologique. On entend la résonance vitaliste du propos, d'autant que la référence à la biologie est positionnée du côté du social et du moral, non du côté mécanique.

Ce positionnement sur le plan général de la santé, est décliné par Stokes sur celui qui concerne plus spécifiquement son objet d'étude et d'exercice, qu'il désigne comme étant celui de la santé sexuelle :

> Il en va de même pour les problèmes de santé sexuelle. Penser à eux uniquement en termes physiques, penser uniquement aux corps et aux actes, nous conduit dans un

[31] « *The health of man, the health of any of his activities and expressions, is as much a function of his moral, social, and biologic adaptation as of his mechanical or tissue fitness and health* ». Ibid., p. 297.
[32] « *[...] the bisexual animal who by the grace of God has created the holy family* ». Ibid., p. 296.
[33] Ibid., p. 303.

> labyrinthe mécanimétrique, un automatonisme robotique, à une substitution kinseyenne des chiffres et de la taxonomie à la science, et à l'erreur de la science purement quantitative pour toute vérité.[34]

Stokes considère que l'épistémologie de la sexologie telle qu'élaborée par Kinsey ne permet pas de considérer les problèmes de santé sexuelle dans toutes leurs dimensions, mais qu'elle procède à un réductionnisme mécaniciste et métrique, qui reviendrait à appréhender la sexualité comme des processus d'automates et de robots. L'approche quantitative n'est pas tant condamnée en tant que telle — Stokes ne nie pas son intérêt —, mais elle est décriée dès lors qu'il s'agit de ne s'en tenir qu'à elle.

La question est alors de savoir en quoi consiste cette dimension de la santé sexuelle que Kinsey ignorerait. Certes la dimension vitaliste, l'idée qu'il appartient au vivant une qualité que les méthodes quantitatives ne permettent pas de saisir, est présente chez Stokes. Mais nous avons déjà vu que la dimension morale était particulièrement présente. Et c'est effectivement celle-ci, avec ses incidences sociales, qui constitue l'essentiel du propos de Stokes dans la suite de son article. Sa principale préoccupation réside dans le fait que la réduction de la sexualité à des considérations quantitatives et physico-chimiques évacue la dimension morale de la vie sexuelle, et ce d'autant plus que les discours sur les maladies vénériennes se font de plus en plus optimistes quant à leur traitement médicamenteux. Les progrès réels en la matière, déplore Stokes, affaiblissent l'exigence de responsabilité individuelle dans la conduite de la vie sexuelle. Ainsi, les maladies vénériennes ne fonctionnent plus comme un moyen de responsabiliser les individus vis-à-vis de la « promiscuité », c'est-à-dire le mélange des sexes conduisant à des rapports sexuels[35]. Ce propos fait écho à celui de Bigelow qui dissociait en conséquence la question de la santé sexuelle de celle de l'éthique sexuelle dans l'éducation sexuelle.

Stokes s'inquiète d'autant plus de l'absence de pression morale exercée par les maladies vénériennes qu'une autre avancée, celle de la contraception, conduit les femmes

---

[34] « *So it is with the problems of sexual health. To think of them solely in physical terms, to think solely of bodies and acts, leads us into a mechanimetric maze, a robot automatonism, a Kinseyish substitution of numerals and taxonomy for science, and a mistaking of merely quantitative science for the whole truth* ». Ibid., p. 297.

[35] Ibid., p. 298.

à ne plus se préoccuper des conséquences de leur rapports sexuels : de possibles grossesses non désirées[36].

Le holisme que Stokes oppose à la sexologie de Kinsey a donc principalement pour enjeu de faire valoir une éthique sexuelle bien plus qu'une psychophysiologie. La santé sexuelle s'entend principalement eu égard aux maladies vénériennes, mais c'est en tant qu'elles renvoient à la question des conduites sexuelles et au sens de la responsabilité individuelle. À la différence de Bigelow, Stokes ne dissocie pas la santé sexuelle de l'éthique sexuelle, comme des phases complémentaires mais différentes de l'éducation sexuelle. L'imbrication de la santé et de l'éthique sexuelles résulte de l'association de type causal entre les maladies vénériennes et le comportement sexuel de promiscuité. Le fait que l'hygiène recèle une dimension éthique apparaît ici clairement. L'éducation sexuelle s'avère alors nécessaire, pour Stokes, sauf si, dit-il, « la promiscuité et la maladie sont acceptées comme normales »[37].

Kinsey, zoologue taxinomiste de l'orgasme humain

Venons-en maintenant à Kinsey lui-même. Cet entomologiste et zoologue américain est l'un des principaux acteurs de ce que le sociologue français André Béjin appelle la seconde (et actuelle) sexologie, marquée par la centralité de l'orgasme comme relevant d'une « évidence behavioriste »[38]. Au milieu du XXe siècle, suite à des recherches financées, encore une fois, par la Fondation Rockefeller, il publie, avec le psychologue Wardell Pomeroy et l'économiste Clyde Martin, deux ouvrages sur les comportements sexuels humains, l'un consacré aux hommes, l'autre aux femmes[39]. Kinsey se veut descriptif, et agrémente ses ouvrages de nombreux graphiques et de nombreuses statistiques sur les comportements sexuels. Sylvie Chaperon souligne qu'il se place ainsi sur un autre terrain

---

[36] Ibid.

[37] « *Unless promiscuity and disease are accepted as the normal, sex education is needed* ». Ibid., p. 304.

[38] Béjin André, « Crépuscule des psychanalystes, matin des sexologues », *Communications* 35 (1), 1982, p. 160.

[39] Kinsey Alfred C., Pomeroy Wardell B. et Martin Clyde E., *Le comportement sexuel de l'homme*, Éditions du Pavois, Paris, 1948 ; Kinsey Alfred C., Pomeroy Wardell B., Martin Clyde E. et Gebhard Paul H., *Le comportement sexuel de la femme*, Amiot-Dumont, Paris, 1954.

que celui de ses prédécesseurs de la proto-sexologie, de la psychopathologie sexuelle ou d'une approche politico-sociale de la sexualité :

> Il ne veut produire ni un tableau clinique des normalités ou déviations sexuelles, à l'instar d'un Havelock Ellis ou d'un Marañon[40], ni une théorie de la libération comme Wilhelm Reich ou Herbert Marcuse. Plus modestement, il veut brosser à grands traits le tableau des pratiques sexuelles de ses contemporains, à partir d'un large échantillon de la population.[41]

Ce tableau évoque les méthodes naturalistes de l'entomologie, et repose sur une méthode empiriste de recueil de données, qui sont ensuite traitées statistiquement. L'historienne américaine Donna J. Drucker a particulièrement étudié la démarche scientifique de classification mise en œuvre par Kinsey autant pour l'étude des guêpes biliaires que pour celle des comportements sexuels humains[42]. Drucker souligne qu'une « détermination à classer le monde naturel a structuré l'ensemble de la vie académique de Kinsey, et cette détermination était évidente dans chaque domaine qu'il a étudié »[43].

Cette méthode se veut axiologiquement neutre, et se donne pour objectif de « découvrir quelle est l'activité sexuelle des individus, et quels facteurs peuvent expliquer les différences de comportement sexuel d'un individu à un autre, ou d'une couche de la population à une autre »[44]. La méthode taxinomique relève d'abord du champ de la biologie. Il s'agit, depuis Linné, de nommer, décrire et classer des espèces. Les auteurs distinguent la taxinomie moderne de l'ancienne taxinomie par le fait que la première ne se contente pas de grandes classifications générales et généralisations réalisées à partir de quelques cas, mais est attentive au large éventail de variations qui peuvent se présenter dans une population d'individus donnée. Ils affirment ainsi que la taxinomie moderne

---

[40] Gregorio Marañon était un endocrinologue espagnol, fondateur de la ligue espagnole pour la réforme sexuelle, branche de la Ligue mondiale pour la réforme sexuelle. Parmi ses ouvrages traduits en français, voir notamment Marañon Gregorio, *L'évolution de la sexualité et les états intersexuels*, Paris, Gallimard, 1931 (Les documents bleus in-octavo) ; Marañon Gregorio, *Le problème des sexes*, Paris, Denoël, 1937. Sur Marañon, voir Keller Gary D., *The Significance and Impact of Gregorio Marañón: Literary Criticism, Biographies, and Historiography*, Jamaica, N.Y., Bilingual Press, 1977.

[41] Chaperon Sylvie, « Kinsey en France : les sexualités féminine et masculine en débat », *Le Mouvement social* (198), 2002, p. 93.

[42] Drucker Donna J., *The Classification of Sex: Alfred Kinsey and the Organization of Knowledge*, Pittsburgh, University of Pittsburgh Press, 2014.

[43] « *A commitment to classifying the natural world structured the entirety of Kinsey's academic life, and that commitment was evident in each field he studied* ». Ibid., p. 3.

[44] Kinsey, Pomeroy et Martin, *Le comportement sexuel de l'homme*, *op. cit.*, 1948, p. 19.

repose sur la prise de conscience croissante chez les biologistes du caractère unique des individus. Cette science devient alors la mesure de la variation des séries d'individus dans les espèces étudiées. Ceci entraîne la récolte de données beaucoup plus vastes que pour l'ancienne taxinomie, qui devront ensuite être traitées statistiquement. La démarche est résolument quantitative. Ce sont ainsi douze mille témoignages qui ont été recueillis, surtout dans le nord-est des États-Unis[45].

L'une des particularités de cette méthode est qu'elle repose sur le souci de l'individualité tout en produisant des statistiques populationnelles. Il ne s'agit en effet pas d'une démarche clinique, mais de dresser un tableau de variations statistiques reposant sur des témoignages individuels traités ensuite sous la forme de bases de données. La collecte de ces témoignages est aussi une collection ou accumulation qui fait masse, et dont le traitement est quantitatif. Il s'agit alors pour Kinsey et son équipe de recherche, de transférer dans les sciences sociales et apparentées cette méthode biologique, en citant en exemple les études statistiques menées notamment dans le champ de l'économie et du commerce. Elle s'oppose à la méthode utilisée en particulier en psychiatrie et par la psychanalyse — explicitement citées par les auteurs —, qui consiste à extrapoler des conclusions générales à partir de cas particuliers minutieusement décrits.

Appliquée à la sexualité, cette méthode entraîne des restrictions quant à ce qui est étudié de cet objet. Tout d'abord, la méthode quantitative nécessite de se restreindre à un objet mesurable et donc observable, à savoir les comportements — les actes, comme dit Stokes. Ensuite, il faut un aiguilleur qui permette d'ordonner la diversité de ces actes. Ce sera l'orgasme, entendu dans sa nature physique comme libération physiologique de l'excitation sexuelle[46]. Pour reprendre les termes du sociologue français Michel Bozon, l'orgasme est « l'unité de compte de l'activité sexuelle »[47]. Nous pouvons ajouter qu'en tant que bien recherché, il constitue l'élément utilitariste de l'étude quantitative des comportements sexuels. Les calculs statistiques portent en effet en premier lieu sur la fréquence moyenne par semaine des orgasmes pour chaque personne interrogée, répartis

[45] Ibid., pp. 22-23.

[46] Kinsey et al., *Le comportement sexuel de la femme*, *op. cit.*, 1954, p. 60.

[47] Bozon Michel, « Les significations sociales des actes sexuels », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales* 128 (1), 1999, p. 12.

en types d'activité sexuelle : « la masturbation, les rêves, les attouchements hétérosexuels, le coït hétérosexuel, les rapports homosexuels et les contacts avec des animaux »[48]. Concernant les relations hétérosexuelles, celles qui ont conduit à un orgasme par coït sont elles-mêmes réparties entre des relations préconjugales avec des prostituées, des relations extra-conjugales, des relations au sein du couple, etc. Les auteurs précisent alors bien que leurs calculs de fréquence « ne prennent en considération que les activités sexuelles ayant conduit à l'orgasme »[49].

Une telle réduction méthodologique paraît entrer en contradiction avec la prétention affichée en début d'ouvrage d'embrasser « tous les aspects du comportement sexuel humain, et non son aspect biologique, psychologique ou sociologique pris isolément »[50]. La focalisation sur le comportement observable réduit de fait le champ de la sexualité, et la manière dont les aspects psychologiques et sociologiques sont pris en compte. Ainsi, sur le plan psychologique, sont pris en considération les rêves sexuels, tandis que sur le plan sociologique, des éléments comme la classe sociale, le niveau d'instruction ou la religion sont relevés. Mais c'est en vue d'effectuer des corrélations avec la fréquence des orgasmes.

Ceci tient à ce que recouvre le concept de comportement sexuel. Comme l'a souligné Giami, le champ du sexuel est restreint chez Kinsey par celui du comportement non seulement comme entité observable, mais plus précisément comme concept biologique déterminé par la recherche de la réaction physiologique que constitue l'orgasme[51]. Est ainsi exclut le champ de la reproduction, qui peut pourtant avoir une incidence sur la fréquence et les choix des activités sexuelles (désir d'enfant, peur d'une grossesse non désirée). De même, Kinsey ignore les questions d'identité sexuelle et la dimension psychologique comme intériorité subjective, rompant ainsi « avec les conceptions psychopathologiques et avec l'approche psychanalytique de la sexualité qui établissent un lien entre les pratiques et la subjectivité ou la structuration psychologique identitaire de l'acteur »[52]. Des psychanalystes ne manqueront d'ailleurs pas de dénoncer l'approche de la

---

[48] Kinsey, Pomeroy et Martin, *Le comportement sexuel de l'homme*, *op. cit.*, 1948, pp. 159-160.
[49] Ibid., p. 160.
[50] Ibid., p. 25.
[51] Giami Alain, « De Kinsey au sida : l'évolution de la construction du comportement sexuel dans les enquêtes quantitatives », *Sciences Sociales et Santé* 9 (4), 1991, pp. 23-55.
[52] Ibid., p. 36.

sexualité promue par Kinsey. Ainsi, après la parution du rapport sur les comportements sexuels des femmes, le psychanalyste américain Edmund Bergler et le gynécologue américain William Kroger affirment :

> Pour Kinsey *l'orgasme est roi*. Par l'analyse, nous savons que cet *orgasme* ne signifie rien si, inconsciemment, l'acte sexuel ne sert pas des buts génitaux. Et l'orgasme servant des buts inconscients prégénitaux, "contrefaçon sexuelle", est une preuve d'un état névrotique.[53]

La dimension de l'inconscient — ici très cadrée par l'idée d'un but génital en dehors duquel est posé le diagnostic de névrose — est en effet absente de l'étude de Kinsey, qui n'attribue en outre qu'une place restreinte « aux scénarios et aux fantasmes sexuels ou non sexuels au titre de composante du comportement sexuel »[54]. En voulant se tenir à l'écart de toute interprétation sociale ou morale des comportements sexuels, Kinsey et son équipe ont pris le parti d'étudier l'être humain en tant qu'animal, et le comportement sexuel est décrit comme un comportement animal[55]. Autrement dit, il s'agit d'éthologie humaine. C'est au prix de cette réduction, qui présuppose que la sexualité humaine puisse être étudiée et comprise sans tenir compte d'une possible spécificité, qu'est supposément donnée la garantie de la scientificité de l'étude.

La prétention à se défaire de toute considération axiologique positionne également la méthode de Kinsey à l'écart des considérations sur la normalité et l'anormalité des comportements sexuels. Si l'hygiénisme apparaissait comme une science de la vie et de la santé de par son pôle physiologique, l'angle physiologique et sanitaire se voulait aussi celui de la sexualité normale, dans le cadre d'une opposition entre le normal et le pathologique. Kinsey insiste quant à lui sur le fait que leur étude « est avant tout une description de ce que les hommes font, non de ce qu'ils devraient faire, ni des catégories d'hommes qui agissent ainsi »[56]. Peu importe, donc, de savoir si ce que font ces hommes est normal ou pathologique selon la psychiatrie, d'autant que, précise-t-il : « La similitude des distinctions faites entre les termes normaux et anormaux, et les termes bien et

---

[53] Bergler Edmond et Kroger William S., *L'Erreur de Kinsey. Ce qu'il n'a pas dit sur la femme et son comportement sexuel*, Pierre Horay, Paris, 1954, p. 48 ; Cité par Chaperon, « Kinsey en France », *art. cit.*, 2002, p. 102.

[54] Giami, « De Kinsey au sida », *art. cit.*, 1991, p. 37.

[55] Kinsey, Pomeroy et Martin, *Le comportement sexuel de l'homme*, *op. cit.*, 1948, p. 25.

[56] Ibid.

mal, démontre amplement les origines philosophiques, religieuses et culturelles de ces concepts »[57].

Kinsey contre Bigelow et la morale hygiéniste

Ainsi juge-t-il que le fait que des scientifiques aient admis volontiers ces distinctions, servira peut-être de base à l'une des critiques les plus sévères qui pourra être adressée aux savants du XIXe et du début du XXe siècle[58]. Engagé dans une approche comportementale quantitative et se voulant strictement descriptive, Kinsey se positionne alors à l'écart de l'hygiénisme, pour se centrer sur les pratiques et les expériences sexuelles de ses contemporains. Lorsqu'il aborde les relations sexuelles avant le mariage chez les hommes, sa question n'est pas de savoir si celles-ci doivent être autorisées ou condamnées pour des raisons d'hygiène sociale ou de morale, mais si elles sont courantes ou non, et comment les vivent les hommes concernés. L'ambition scientifique de Kinsey exclut, de son point de vue, les questions morales articulées à celles de l'hygiène — ce que lui reproche précisément Stokes. Ainsi, s'il est question, à l'occasion, des maladies vénériennes dans les deux études produites par l'équipe de Kinsey, le discours ne consiste pas à proposer des mesures de santé publique. En revanche, Kinsey invite les professionnels de l'éducation sexuelle et de l'hygiène à tenir compte des statistiques que ces études révèlent en la matière pour fonder leurs actions sur des bases scientifiques. Par exemple, l'idée selon laquelle la dépression économique des années 1930 et la découverte de la pénicilline auraient conduit à l'augmentation des relations sexuelles prémaritales est fausse, selon les données collectées par Kinsey, qui indiquent une augmentation à partir de la Première Guerre mondiale jusqu'à l'orée des années 30, suivie d'une très faible croissance[59].

Toujours dans le volume consacré aux femmes, Kinsey va même jusqu'à dissocier la santé de ce qu'il désigne comme étant des rationalisations hygiéniques des tabous, le non-respect de ces derniers n'ayant pas de conséquences néfaste sur la première :

> Les baisers profonds, les contacts bouche-poitrine et bucco-génitaux constituaient les techniques de caresses les plus taboues chez les générations plus âgées. Ces tabous

[57] Ibid.
[58] Ibid.
[59] KINSEY et al., *Le comportement sexuel de la femme*, *op. cit.*, 1954, p. 284.

étaient parfois rationalisés sur des bases hygiéniques. La jeune génération, ignorant l'hygiène théorique, accepte plus souvent les techniques orales — sans aucun effet néfaste sur leur santé[60].

Le poids de la morale dans les considérations hygiéniques disqualifie les prétentions scientifiques de ces discours. Parmi les auteurs ou institutions visées par l'équipe de Kinsey, on retrouve Bigelow et l'ASHA. C'est d'abord à propos de leur discours d'éducation sexuelle sur la masturbation que Kinsey se montre critique. Il affirme qu'à ce propos, le jugement scientifique « n'a pas été entièrement accepté par les personnes qui s'intéressent à l'éducation sexuelle », en renvoyant à *Sex-Education* de Bigelow, ainsi qu'à une publication de l'ASHA datant de 1930 et intitulée *From Boy To Man*[61]. En effet, Kinsey conteste l'affirmation selon laquelle la masturbation causerait des dommages aux personnes qui la pratiquent. Au contraire, les garçons qui se sont masturbés « ont connu par la suite des existences bien mieux équilibrées que ceux qui essayèrent de freiner leur activité sexuelle »[62]. Il conteste ainsi la résolution adoptée lors d'un congrès de l'American Medical Association (AMA) en 1917, selon laquelle il n'y aurait aucune preuve que l'abstinence d'activité sexuelle serait incompatible avec la plus grande efficacité physique, mentale et morale des personnes. Pour Kinsey et son équipe, il existe plutôt des preuves des bienfaits de la masturbation en tant qu'exutoire sexuel permettant d'atténuer les tensions nerveuses. Et c'est au contraire l'éducation sexuelle promue par Bigelow et l'ASHA qui fait peser un poids moral sur les jeunes gens qui vivent alors des conflits continus, en craignant la disgrâce sociale et pour leurs capacités sexuelles futures, et allant parfois jusqu'à la tentative de suicide[63].

La faiblesse scientifique de Bigelow et de l'ASHA est aussi pointée concernant les relations prémaritales. C'est essentiellement sur des fondements moraux, nous dit Kinsey, que celles-ci sont condamnées par Bigelow et l'ASHA[64]. Certains arguments se présentent cependant comme scientifiques, ou à tout le moins comme reposant sur des considérations de santé publique ou d'ordre social : risques de grossesses non désirées, de descendance

[60] Ibid., p. 253.
[61] Kinsey, Pomeroy et Martin, *Le comportement sexuel de l'homme*, *op. cit.*, 1948, p. 649.
[62] Ibid.
[63] Ibid., pp. 648-649.
[64] Ibid., pp. 704-705.

illégitime, d'infection et de propagation de maladies vénériennes, de troubles psychiques, de difficultés sociales et légales, et de mauvais ajustements avec son conjoint après le mariage. Il s'agit de situations mesurables qui peuvent faire l'objet d'investigations scientifiques. Mais, déplore Kinsey, « les quelques savants qui ont écrit sur ces questions les ont traitées à peu près de la même façon subjective que l'ont fait les personnes sans formation scientifique »[65].

Kinsey et son équipe empruntent donc une voie qui se veut résolument scientifique, débarrassée des jugements de valeurs qui sont intégrés à l'hygiénisme social américain de la première moitié du XXe siècle. Cette approche n'est pas celle de la santé sexuelle, à plusieurs titres. Tout d'abord, la dimension morale associée au concept de santé sexuelle est rejetée par Kinsey. L'hygiénisme prétendait fonder une éthique sur des bases scientifiques. Mais Kinsey met en évidence que les considérations morales orientent les discours à prétention scientifique, qui dès lors ne le sont pas car ils ne répondent pas aux critères qui permettent de qualifier un discours comme scientifique. En particulier, les éléments avancés comme la transmission de maladies vénériennes ou les problèmes conjugaux lors du mariage s'il y a eu des relations prémaritales ne sont pas mesurés. Pour Kinsey et son équipe, ce qui fait la scientificité d'un discours est sa rationalité au sens étymologique du terme, à savoir le fait de procéder à des calculs.

Ensuite, ceci entraîne que le champ de la sexualité couvert par le concept de santé sexuelle d'une part, et par celui de comportement sexuel d'autre part, n'a pas du tout la même extension. Dans le premier, indépendamment de la dimension morale, il s'agit d'un champ plus large, non réduit au comportement appréhendé sur le plan physiologique. L'extension de la sexualité sous l'égide de la santé est une déclinaison des différents domaines couverts par le concept de santé selon une conception holistique de l'esprit et du corps considérés dans le champ social. *A contrario*, le comportement sexuel tel que conçu par Kinsey est restrictif alors même que ce dernier prétend à une forme d'exhaustivité. La psychologie n'y occupe pas la même place, de même que le social. Chez Kinsey, ces dimensions sont rabattues sur la comptabilité des orgasmes, ce qui n'est pas le cas du côté de l'hygiénisme social promouvant un concept positif de santé. L'approche de

[65] Ibid., p. 705.

Kinsey conduit également à discréditer la psychanalyse, qui, ancrée dans la clinique, ne procède pas à des mesures qui puissent être représentatives de la population générale.

La constitution de la sexualité comme objet épistémique relève chez Kinsey d'une compréhension de celle-ci comme objet quantifiable. La méthode statistique procède d'abord à la récolte massive de données, qui pourront être classifiées afin d'ordonner les informations, et de procéder à des combinaisons permettant d'accroître la connaissance (par le procédé de la corrélation notamment)[66]. Dès lors, l'extension du champ de la sexualité se trouve limitée par le fait que ses éléments puissent faire l'objet d'une telle méthode. L'approche hygiéniste et éducative de la santé sexuelle, de son côté, permet en revanche d'obtenir une extension plus vaste, tandis que la psychanalyse étudie des éléments de la sexualité qui échappent à la quantification et à l'observation directe.

Ainsi, au milieu du XXe siècle, trois tendances se dégagent concernant la sexualité : l'une d'orientation comportementale et réductionniste, l'une psychanalytique, et une dernière holistique et articulée à la santé.

III.1.3 — Santé sexuelle et planification familiale

Reste cependant un quatrième axe dont nous avons vu qu'il s'enracine dans la pensée néo-malthusienne, et qui a employé également le syntagme de « santé sexuelle » : celui de la planification familiale. Cet axe va s'avérer particulièrement important pour décrire les voies que va suivre le concept de santé sexuelle par la suite. C'est par son intermédiaire en effet que va s'opérer la reprise de ce concept en sexologie, qui jusque-là l'a ignoré. Voyons alors l'usage qui en est fait après la Seconde guerre mondiale dans le cadre de la planification familiale.

Au cours des années 1960, l'impact de la croissance de la population mondiale sur la santé devient un enjeu prioritaire pour les agences sanitaires internationales et nationales[67]. Les taux de croissance démographique sans précédent posent la question du bon développement économique, selon une problématique de nouveau malthusienne. L'idée

[66] Drucker, *The classification of sex*, *op. cit.*, 2014, p. 3.

[67] Cueto Marcos, Brown Theodore M. et Fee Elizabeth, *The World Health Organization: A History*, Cambridge, Cambridge University Press, 2019, p. 146.

que le contrôle de la croissance des populations est une condition nécessaire au développement économique se répand chez des sociologues, démographes et économistes. L'historien péruvien Marcos Cueto, le professeur de santé publique américain Theodore Brown et la médecin et historienne de la médecine Elizabeth Fee rappellent que, face à cette situation, les actions de lutte contre les maladies dans les pays en développement étaient perçues comme contre-productives, du fait qu'elles entraînaient une augmentation du nombre de pauvres et de leur espérance de vie par la réduction du taux de mortalité[68]. S'est d'abord joué, dans les années 1950-1960, un rapport de force entre le néomalthusianisme promoteur des moyens de contraception pour enrayer la croissance démographique, et la politique de l'OMS pour éradiquer un certain nombre de maladies, conduisant au recul de la mortalité. À l'aube des années 1970, les décideurs politiques et l'opinion publique, notamment aux États-Unis sous la présidence de Lyndon B. Johnson, étaient largement favorables à la planification familiale contre la menace d'une explosion démographique et pour limiter la reproduction des populations pauvres[69]. Ce n'est qu'ensuite qu'un changement de modèle s'est opéré sous l'impulsion de l'ONU et de l'OMS, qui s'est traduit par le passage du registre du contrôle des naissances à celui de la santé sexuelle et reproductive associé aux questions des droits des femmes.

Le malthusianisme contraceptif contre la santé publique selon l'OMS[70]

Après la Seconde Guerre mondiale, deux visions de la croissance de la population, et partant deux modèles de la famille, se sont opposés à travers le monde. D'un côté, les natalistes, souvent pour des raisons religieuses et du côté de l'hygiène sociale, défendaient un modèle de famille nombreuse et étaient réticents au contrôle des naissances. De l'autre côté, les néomalthusiens opposaient un modèle de famille avec peu d'enfants. Parmi ces derniers, on retrouve le Population Council créé en 1952 par John D. Rockefeller III sous la forme d'une organisation indépendante de la Fondation Rockefeller, dont les administrateurs ne faisaient pas du contrôle des populations une priorité. On compte également

[68] Ibid.

[69] Ibid., pp. 150-151.

[70] Nous reprenons ici les éléments du chapitre « The Transition from "Family Planning" to "Sexual and Reproductive Rights" » dans Cueto, Brown et Fee, *The World Health Organization: A History*, *op. cit.*, 2019.

la Fondation Ford, créée en 1936. S'ajoute la Fédération internationale pour le planning familial (International Planned Parenthood Federation — IPPF), branche internationale de la Fédération américaine, formée à Bombay lors de la troisième Conférence internationale de planification familiale en 1952 par Margaret Sanger et la fondatrice de l'Association de planning familial d'Inde[71] Dhanvanthi Rama Rau. Ces actrices et acteurs ont particulièrement contribué au développement des moyens de contraception et au développement de programmes publics de planification familiale à travers le monde. Ainsi, pour reprendre les propos de Cueto, Brown et Fee, le Population Council, la Fondation Ford et, dans une moindre mesure, l'IPPF — des organismes privés —, ont aidé à créer un consensus sur le contrôle des naissances parmi les décideurs des pays industrialisés, et ont fourni les fonds nécessaires pour élaborer les premiers programmes internationaux de planification familiale[72].

Dans ce cadre, les travaux et programmes de l'OMS furent critiqués, tels ceux d'éradication du paludisme et de la tuberculose. Même si le premier n'a pas atteint ses objectifs, il a permis un recul du paludisme. Le programme de vaccination contre la tuberculose a lui été beaucoup plus efficace. Le recul du taux de mortalité est alors perçu comme un danger par les courants d'inspiration malthusienne[73].

En outre, au sein de l'OMS, les nations natalistes et opposées à la planification familiale sont nombreuses : nations catholiques pour des raisons religieuses, nations communistes traditionnellement hostiles au malthusianisme considéré comme un moyen du capitalisme d'entraver la croissance des pauvres et donc des forces révolutionnaires, nations africaines considérant que la planification familiale est un moyen pour les pays impérialistes de contrôler les populations noires. Le positionnement de l'OMS sur les questions populationnelles s'est donc trouvé paralyser par les oppositions internes, la conduisant, durant les années 1960, à se tenir à l'écart des débats sur la surpopulation. En outre, la lutte contre les maladies et celle contre la malnutrition restaient prioritaires, axant les programmes sur la santé des populations et la production des ressources agricoles plutôt que sur la démographie[74].

---

[71] Rappelons que l'Inde était déjà un pays particulièrement concerné par les problématiques de croissance démographique.

[72] Cueto, Brown et Fee, *The World Health Organization: A History*, *op. cit.*, 2019, p. 148.

[73] Ibid., p. 149.

[74] Ibid., pp. 154-155.

Sanitarisation holistique de la planification familiale

Ce n'est qu'à la toute fin des années 1960 que l'ONU et l'OMS vont reconnaître, timidement, l'importance de la planification familiale, sous la pression de plusieurs pays occidentaux et de l'Inde. L'évolution de l'Union soviétique sur cette question, confrontée au recours massif à l'avortement clandestin sur son territoire, a aussi constitué un facteur d'évolution des rapports de force au sein de l'OMS. Mais le cadre dans lequel la planification familiale a été intégrée aux questions de santé publique est celui des services offerts à la mère et à l'enfant, afin de contrecarrer les orientations parfois coercitives de la planification familiale dirigée de façon verticale et incluant des contraceptions et des stérilisations forcées. Se tenant à l'écart d'objectifs démographiques, l'OMS a orienté l'esprit de la planification familiale sur le plan éducatif, en reconnaissant la nécessité de fournir aux populations (et particulièrement aux femmes) des informations sur les différentes méthodes contraceptives. L'éducation contraceptive selon l'OMS relève alors d'une forme libérale d'exercice biopolitique, où il s'agit de chercher à réguler les comportements plutôt qu'à imposer des contraceptions et des stérilisations à des populations ciblées (en particulier les populations pauvres).

L'angle de l'OMS reste par ailleurs celui de la santé, ici maternelle et infantile, notamment par les soins avant, pendant et après la naissance, en incluant le traitement de l'infertilité et la vaccination des enfants. Il s'agit ainsi d'inscrire la planification familiale dans une approche de santé plus holistique que celle qui la réduit à la question de la croissance démographique. Ce faisant, la planification familiale se trouve encadrée par des médecins et des professionnel · le · s de santé, et, comme le soulignent Cueto, Brown et Fee, selon l'OMS, « les services médicaux holistiques [sont] mieux préparés pour atteindre les femmes et fournir des soins, des conseils et des services de planification familiale post-partum »[75]. L'élément démographique est en effet intégré à un ensemble plus vaste qui implique d'autres facteurs (infertilité, vaccination…). Cet ensemble est celui de la santé, entendue selon une définition positive par l'OMS. La manière d'envisager et de comprendre l'élément démographique s'en trouve modifié. Comme le rapportent Cueto,

[75] « *[...] holistic medical services [are] better prepared to reach women and provide care, advice, and postpartum family-planning services* ». Ibid., pp. 158-159.

Brown et Fee, pour l'OMS, « ce n'est que lorsque les parents seront certains que leurs enfants survivront aux maladies qui les tourmentaient pendant leurs premières années qu'ils seront prêts à embrasser l'idéal d'une petite famille »[76]. Ainsi, la courbe des naissances est recontextualisée dans un ensemble qui fait intervenir le niveau de développement social de la santé publique (l'accès aux soins notamment) et le ressenti psychologique des parents vis-à-vis de la santé et de la survie de leurs enfants. Cette évolution sanitaire de la panification familiale s'est traduite par la signature d'un protocole d'accord entre l'OMS et l'IPPF dans les années 1970, et par l'implication croissante de l'OMS dans les programmes liés à la reproduction et à la démographie, tandis que l'ONU avait créé en 1969 le Fonds des Nations unies pour la population (United Nations Population Fund — UNFPA), agence de coordination des efforts gouvernementaux en matière de planification familiale. En somme, la planification familiale a renoué avec les questions sanitaires dans lesquelles le contrôle des naissances était pensé au XIXe siècle par Drysdale, après s'être concentré sur les questions strictement démographiques.

Santé sexuelle et planning familial selon Mary Steichen Calderone

Ces évolutions traduisent la sanitarisation de la planification familiale, prise dans un ensemble plus vaste qui apparaît comme étant celui de la santé maternelle et infantile, centrée donc sur des catégories de population, et incluant, à un niveau fonctionnel, la santé reproductive. La question qui nous intéresse est de savoir quels sont les liens entre la planification familiale et la santé reproductive d'un côté, et la santé sexuelle de l'autre. En particulier, quelle est ou non l'autonomie de la santé sexuelle par rapport à la santé reproductive, quelques années avant l'institutionnalisation du concept de santé sexuelle par l'OMS ?

Nous avons vu que chez Drysdale, la santé sexuelle est liée à la reproduction, dans le sens du contrôle des naissances. Le lien entre elle résidait dans la loi de l'exercice, qui préconisait l'usage des organes sexuels tout en maîtrisant la reproduction grâce à la contraception, usage opposé à la morale de l'abstinence qui poussait en réalité les hommes

[76] « *[...] only when parents were certain that their children would survive the diseases that used to plague them in their early years, would they be willing to embrace the ideal of a small family* ». Ibid., p. 158.

à fréquenter les prostituées et à contracter des maladies vénériennes. De son côté, Sanger se concentre sur le contrôle des naissances, et la question de la santé est surtout référée à la condition sanitaire de la race, dans une perspective eugéniste qui considère que le contrôle des naissances est la meilleure des méthodes eugénistes[77].

Par ailleurs, dans leur historique sur l'OMS et les questions de planification familiale, Cueto, Brown et Fee ne font intervenir le concept de santé sexuelle que dans les années 1990, après la période conservatrice nataliste des années 1980 (avec en particulier l'accession à la présidence des États-Unis de Ronald Reagan, qui mit un frein aux financements des organisations de planification familiale)[78].

Cependant, la santé sexuelle désignée comme telle ne s'en trouve pas pour autant totalement exclue des considérations de planification familiale dans les années 1960. Ainsi, en 1967, soit plusieurs années avant l'institutionnalisation et la définition de la santé sexuelle par l'OMS, la médecin Mary Steichen Calderone a présenté une conférence intitulée « Sexual health and family planning » lors de la quatre-vingt-quinzième réunion annuelle de l'APHA, qui sera publiée l'année suivante dans l'*American Journal of Public Health and the Nations Health*[79]. Née d'une famille quaker, Calderone fut la directrice médicale de la Fédération américaine pour le planning familial sous la présidence de Sanger, et a fondé en 1964 le Conseil d'information et d'éducation sexuelle des États-Unis (Sexuality Information and Education Council of the United States — SIECUS). Tout comme Bigelow, elle fait partie des figures majeures de l'histoire de l'éducation sexuelle aux États-Unis.

---

[77] « *Birth Control [...] is really the greatest and most truly eugenic method, and [...] has been accepted by the most clear thinking and far seeing of the Eugenists themselves as the most constructive and necessary of the means to racial health* ». SANGER Margaret, *The Pivot of Civilization*, New York, Brentano's, 1922, p. 189. Parmi les eugénistes les plus clairvoyants, elle cite Havelock Ellis. Celui-ci a préfacé deux ans plus tôt un autre ouvrage de Sanger sur la femme et la « nouvelle race », republié ensuite par Eugenics Publishing à New York. SANGER Margaret, *Woman and the New Race*, New York, Brentano's, 1920.

[78] CUETO, BROWN et FEE, *The World Health Organization: A History*, *op. cit.*, 2019, p. 167.

[79] CALDERONE Mary S., « Sexual health and family planning. The Seventh Annual Bronfman Lecture », *American Journal of Public Health and the Nations Health* 58 (2), 1968, pp. 223-231. L'article fut signalé et résumé par le Département américain de la santé. Voir U.S. DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION, AND WELFARE (éd.), « Family Planning Efforts Involve Sexual Health », *Public Health Reports* 83 (3), 1968, p. 182.

Dans son intervention, elle pose la question des relations entre la santé sexuelle et la planification familiale, se demandant en quoi elles consistent. Pour ce faire, elle commence par ce qui concerne la planification familiale. Elle rappelle l'importance, pour l'évolution de celle-ci, du développement des moyens contraceptifs que sont la pilule et le dispositif intra-utérin. Mais elle insiste surtout sur la prise de conscience dans la population en général et chez les professionnel · le · s de santé en particulier, de ce qu'elle appelle le problème de population, qui nécessite une maîtrise de la croissance démographique. L'articulation de l'approche populationnelle à l'approche par la santé a érigé la planification familiale au rang de question de santé publique, ce qui s'est traduit par la reconnaissance par l'APHA en 1959, puis par l'AMA en 1964, de la planification familiale comme une composante essentielle de la santé publique[80].

Pour autant, estime Calderone, le contrôle de la population en la matière ne peut être observé de manière probante, et la promotion du contrôle des naissances par les professionnel · le · s de la santé publique n'est pas aussi vigoureux que pour d'autres enjeux de santé publique, comme la vaccination contre la poliomyélite. Or, selon Calderone, l'enjeu est crucial, au point où, dans le cadre d'une pensée néomalthusienne catastrophiste, elle compare l'augmentation des naissances à une dangereuse épidémie, et attribue le manque de vigueur pour le contrôle de la population au fait de ne pas considérer cette augmentation comme une maladie : « […] nous sommes toujours incapables de mettre les bébés dans la catégorie des épidémies dangereuses, même si c'est exactement la vérité »[81].

La question pour Calderone est donc de savoir pourquoi les individus continuent à donner naissance à des enfants selon le modèle de la famille nombreuse ou par manque de recours à la contraception, au lieu d'adopter à leur niveau individuel le contrôle des naissances. Elle évoque une immaturité reproductive, qu'elle attribue non pas à la nature des individus, mais à l'environnement, à commencer par l'environnement familial. Celui-ci s'oriente, selon Calderone, vers la prolifération des décompositions familiales, avec le nombre croissant de familles monoparentales et l'absence du père. Elle reprend ici les propos du psychanalyste d'enfants germano-américain Erik Erikson, qui développe une

[80] Calderone, « Sexual health and family planning », *art. cit.*, 1968, pp. 223-224.

[81] « *[…] we are still unable to put babies in the category of dangerous epidemics, even though this is the exact truth* ». Ibid., p. 224.

théorie du développement psychosocial et qui voit, dans la désintégration de la famille, une source de distorsion du développement du sentiment d'identité chez les enfants.

Toutefois, ce problème identitaire peut survenir également au sein de familles biparentales, dès lors que celles-ci tendent à se recroqueviller sur elles-mêmes et ne permettent pas à l'enfant de s'ouvrir sur le monde extérieur, conduisant celui-ci à adopter un comportement antisocial, à manquer de confiance en lui ou à souffrir de carences affectives, et lui préparant une insertion sociale des plus difficiles[82].

L'immaturité reproductive serait donc liée, pour Calderone, au problème de la formation de l'identité individuelle, quand celle-ci ne s'est pas développée correctement pour permettre l'adoption de comportements responsables. À vrai dire, le lien de causalité entre les deux n'est pas très clair dans les propos de Calderone, mais il est posé, à partir du présupposé que pour agir de façon responsable, il faut être stable dans son identité. Or, cette identité est sexuelle. Celle-ci se construit sur la base du sexe anatomique, à partir duquel les parents (en particulier la mère) attribuent un sexe à l'enfant, premier moment de ce qu'elle appelle le processus de sexualisation. Un second problème pour la construction de l'identité sexuelle peut alors survenir, qui fait intervenir le milieu culturel de la famille : le fait d'être bien identifié · e comme garçon ou comme fille, ou comme, par exemple, un garçon efféminé en fonction de ses goûts, etc. Le regard que porte l'entourage familial sur l'identité sexuelle de l'enfant, à partir de ses propres valeurs culturelles, peut ou non être perturbant.

Le contexte culturel des États-Unis dans les années 1960, avec l'exposition du sexe à travers les médias et la publicité, pose précisément problème pour la sexualisation de la jeunesse, selon Calderone, qui cite les mouvements hippies comme symptôme d'un problème socio-culturel (nous sommes en pleine période dite de « révolution sexuelle »). Les attentes de parents ambitieux qui poussent leurs enfants à grandir plus vite que leur rythme propre — adossées à la représentation des enfants comme étant des adultes en miniature —, l'impact des médias (développement de la télévision, commercialisation du sexe), soumettent les enfants à des forces invisibles et contradictoires (notamment des injonctions latentes) qui les perturbent et qui ne respectent pas leur rythme de dévelop-

[82] Ibid., p. 225.

pement pour la construction de leur identité sexuelle. Plus précisément, Calderone affirme que la société dénie ce qui fait l'unique et précieuse valeur de chaque individu, en les dépersonnalisant et en les déshumanisant, pour n'en faire que des corps dénués d'esprit et d'aspirations. Les individus ne sont plus qu'une « agglomération de corps »[83].

Autrement dit, la société procèderait à une réduction des individus à leur dimension physique, perdant de vue ce qui fait leur spécificité humaine, et ce qui fait l'unicité de chacun d'eux. Le propos de Calderone est donc de maintenir le souci de l'individualité, alors même qu'elle préconise une approche de santé publique dont elle dit elle-même qu'elle peut tendre à faire perdre de vue cette individualité[84]. Pour éviter le réductionnisme et la perte de vue de l'individualité, elle revient sur les processus de maturation sexuelle, proposant sa théorie en la matière.

La maturation sexuelle, par laquelle se forge l'identité sexuelle, se divise en trois processus : un processus de maturation reproductive, un processus de génitalisation, et un processus de sexualisation : « Il y a trois processus impliqués ici : la maturation de la reproduction, […] [l]e processus de génitalisation, […] le processus de sexualisation »[85]. Ces trois processus s'inscrivent dans le cadre d'une théorie développementale de l'individu. Le premier s'opère de façon autonome et automatique à l'adolescence, et désigne le fait que les jeunes gens acquièrent leur capacité reproductrice. Il s'agit d'un processus corporel, auquel, dit Calderone, la société a eu tendance à réduire l'ensemble de la maturation sexuelle. Le second processus désigne la capacité à localiser les sensations génitales de l'orgasme. Calderone pointe ici vers Kinsey, qu'elle cite par ailleurs dans son intervention comme l'un des grands pionniers de la connaissance sur la sexualité humaine, aux côté

[83] « *[…] an agglomeration of bodies* ». Ibid., p. 226.

[84] Ibid., p. 223.

[85] « *There are three processes involved here: reproductive maturation, […] [t]he process of genitalization, […] the process of sexualization* ». Ibid., pp. 225-226.

du gynécologue obstétricien américain Robert Latou Dickinson[86] et de Masters et Johnson[87]. Cependant, l'orgasme ne relève que d'un processus particulier — certes important — parmi d'autres de la sexualité, et n'a pas le caractère quasi-exclusif qu'il a chez Kinsey.

Enfin, le troisième et dernier processus désigne « le développement de la structure de personnalité totale de l'individu en tant que mâle ou femelle »[88]. Il s'agit de celui qui parachève la construction de l'identité sexuelle, qui s'avère différenciée — genrée[89]. Il est lié aux deux autres processus, et en particulier au processus de génitalisation. Ce dernier introduit en effet une différence entre les sexes dans leur rapport à eux-mêmes. La maturation reproductive inscrit certes les différences organiques et ce qu'elles induisent comme répartition des rôles dans la reproduction. Mais elle s'opère de manière automatique pour les deux sexes. Il n'en va pas de même concernant le processus de génitalisation. Celui-ci, nous dit Calderone, est aussi automatique pour les garçons, qui vivent notamment des éjaculations nocturnes incontrôlées lors de l'adolescence. L'orgasme est donc connu automatiquement par eux, même s'ils n'ont pas pratiqué la masturbation auparavant. Il n'en va pas de même pour les filles, chez lesquelles le processus de génitalisation est plus erratique et soumis à des influences extérieures. Si certaines vont se masturber très tôt dans l'enfance et connaître ainsi l'orgasme, d'autres ne le connaîtront pas avant plusieurs décennies[90].

---

[86] Dans la première moitié du XXe siècle, Dickinson a œuvré aussi bien dans le champ du contrôle des naissances que dans celui du comportement et de l'anatomie sexuelles. En 1923, il a fondé le Comité national de santé maternelle (National Committee on Maternal Health). Il a travaillé avec Sanger, et Kinsey le cite dans les remerciements de son ouvrage sur l'homme, disant avoir « bénéficié de son expérience accumulée et de ses conseils constants sur de nombreux aspects de cette recherche ». KINSEY, POMEROY et MARTIN, *Le comportement sexuel de l'homme*, *op. cit.*, 1948, p. viii.

[87] CALDERONE, « Sexual health and family planning », *art. cit.*, 1968, p. 230.

[88] « *[...] the development of the total personality structure of the individual as male or female* ». Ibid., p. 227.

[89] Dans une publication plus tardive, Calderone parlera expressément de l'identité de genre et du rôle de genre en tant que composants du processus de sexualisation. CALDERONE Mary S., « Theoretical Issues in Sexology: Education for Sexuality », in: DAVIS Clive M. (éd.), *Challenges in Sexual Science: Current Theoretical Issues and Research Advances*, Society for the Scientific Study of Sex, 1983, pp. 24-25.

[90] Ce positionnement favorable concernant la masturbation se distingue de celui de Bigelow et de l'hygiène sociale du début du XXe siècle, qui la trouvaient dangereuse et à éviter. Voir BIGELOW, *Sex-Education*, *op. cit.*, 1916, pp. 142-143.

L'éducation sexuelle complète comme médecine préventive

Pour faire en sorte que le processus de sexualisation se déroule correctement chez les deux sexes, l'éducation sexuelle est nécessaire. Celle-ci doit englober le processus de sexualisation dans son ensemble. Le champ de l'éducation sexuelle est alors interdisciplinaire, et concerne de multiples professions, médicales et paramédicales, enseignantes, mais aussi religieuses[91]. Il ne s'agit donc pas de se focaliser uniquement sur la reproduction, ni, comme avec Kinsey, sur l'orgasme, mais de prendre en compte l'ensemble du processus au rythme de son développement, avec des propos adaptés selon la tranche d'âge des enfants. L'objectif de Calderone et du SIECUS est ainsi de développer un programme d'éducation sexuelle complète (*comprehensive sex education*), comme l'annonçait dès 1965 le premier numéro de la brochure de l'association[92].

Au final, le but est de favoriser l'amour entre l'homme et la femme, en produisant des hommes et des femmes qui soient meilleures, ce qui signifie, pour Calderone, des hommes qui se réalisent *en tant qu*'hommes et des femmes qui se réalisent *en tant que* femmes :

> [...] pour produire des hommes et des femmes qui soient meilleur · e · s ; c'est-à-dire plus libres dans leur être et agissant *comme* des hommes et des femmes, plus responsables dans leur reproduction, oui, mais surtout dans leur souci et leur amour les uns pour les autres comme hommes et femmes.[93]

Le propos contraste avec l'approche réductionniste de Kinsey. Il se situe dans le cadre de l'harmonie conjugale, là où l'entomologiste décompte les relations extra-conjugales et prémaritales, en se centrant non sur le sentiment amoureux, mais sur le phénomène physiologique de l'orgasme. En outre, le discours de Calderone entre dans une certaine résonance avec celui de Fowler et l'idée selon laquelle la sexualité repose sur l'adéquation entre le sexe biologique et le genre. Le propos identitaire de Calderone se veut plus global que celui des actes de Kinsey. Le premier est d'ordre ontologique, en ce

---

[91] Calderone, « Sexual health and family planning », *art. cit.*, 1968, p. 229.

[92] Kirkendall Lester A., « Sex Education », *SIECUS Study Guide* (1), 1965, p. 12.

[93] « *[...] to produce men and women who are better; that is, freer in their being and acting* as *men and women, more responsible in their reproductivity, yes, but more importantly in their concern and love for each other as men and women* » (souligné par l'auteure). Calderone, « Sexual health and family planning », *art. cit.*, 1968, p. 230.

qu'il porte sur ce qu'est l'individu, tandis que le second est seulement du domaine de l'action, en ce qu'il se focalise sur le comportement.

En quoi, cependant, s'agit-il de santé sexuelle ? Lorsqu'elle a fondé le SIECUS, Calderone lui a assigné l'objectif suivant : « Établir la sexualité de l'homme en tant qu'entité de santé »[94]. Dans le présent article, elle rappelle le propos : « […] comme l'a postulé le SIECUS, la sexualité de l'homme est, en vérité, l'une des entités majeures de la santé »[95]. Son leitmotiv depuis la fondation du SIECUS est que la sexualité doit être considérée comme un objet de santé publique, tout comme la planification familiale. Ainsi : « Les agents de santé publique devraient reconnaître que bon nombre des activités de leur organisation sont étroitement liées à cet aspect fondamental de l'être de l'homme » qu'est le processus global de sexualisation qui couvre la reproduction, le plaisir physique et le genre. Et dès lors que la sexualité est un enjeu de santé publique, elle devient, dans la droite ligne du mouvement initié par l'ère progressiste, un objet social. C'est à ce niveau qu'intervient l'éducation sexuelle, comme instrument d'influence des conduites dans le cadre d'une approche sanitaire. En ce sens, ainsi que l'avance Calderone, l'éducation sexuelle se conçoit en tant que médecine préventive. Il s'agit en effet d'éviter les effets sociaux néfastes de la réduction des individus à leur corps ; les déstabilisations, notamment sur le plan social et sur le plan psychologique, de la non prise en compte du processus de sexualisation dans sa globalité ; et les pathologies sociales et psychiatriques associées à la décomposition des familles dont parle Erikson[96].

Le positionnement est différent de celui qu'a adopté Bigelow dans un premier temps. Chez ce dernier, la santé ne constitue au départ qu'une phase de l'éducation sexuelle. Pour Calderone, l'éducation sexuelle est sanitaire. Ceci a pour conséquence de modifier les rapports entre la sexualité et la santé. Chez Bigelow, la santé sexuelle, objet de l'hygiène, n'est qu'une région délimitée de la sexualité. Pour Calderone, la sexualité est globalement un objet sanitaire, et le SIECUS est une organisation qui se concentre

---

[94] « *To establish man's sexuality as a health entity* ». CALDERONE Mary S., « Special Report: The Sex Information and Education Council of the U. S. », *Journal of Marriage and Family* 27 (4), 1965, p. 533.

[95] « *[…] as SIECUS has postulated, man's sexuality is, in truth, one of the major health entities* ». CALDERONE, « Sexual health and family planning », *art. cit.*, 1968, p. 230.

[96] Ibid., p. 224 L'éducation sexuelle comme médecine préventive concerne également, pour Calderone, les personnes en situation de handicap mental, qui doivent pouvoir accéder au mariage et à la sexualité... dès lors qu'elles sont stérilisées (p. 229).

clairement sur la sexualité en tant que région de la santé[97]. Ainsi, la sexualité semble se muer en santé sexuelle.

Ajoutons que l'angle de la santé est différencié par Calderone de l'angle de la maladie. En 1965, elle distingue entre les agences de santé bénévoles axées sur la maladie (*disease-oriented*), et celles qui sont axées sur la santé (*health-oriented*) « au sens strict du terme », dit-elle[98]. Ce faisant, elle situe le SIECUS parmi ces dernières, ainsi que la Fédération américaine pour la planification familiale, et, ajoute-t-elle, l'Association nationale pour la santé mentale. Or, pour Calderone, le sens strict du terme de santé désigne un objet positif que l'on cherche à préserver. Les objectifs du SIECUS « sont clairement positifs plutôt que négatifs », dans le sens où il ne s'agit pas d'éradiquer quelque chose, mais de créer quelque chose : une connaissance et des attitudes à propos de la sexualité qui, pour l'être humain, « est si centrale pour son bien-être total »[99].

Quels sont, alors, les liens entre la santé sexuelle et la planification familiale, objet de l'intervention de Calderone ? Ce n'est qu'à la fin de celle-ci qu'elle répond en citant d'abord le médecin colombien Hernán Mendoza Hoyos :

> Les changements perceptibles dans la fécondité de la population ne seront pas pleinement compris si nous ne connaissons pas les facteurs psycho-physiologiques impliqués dans le comportement sexuel et dans les pratiques contraceptives. On ne peut pas non plus comprendre les variations de la fécondité sans tenir compte du mariage, de la famille, de la formation et de la dissolution des unions conjugales.[100]

Hoyos s'exprime dans le cadre d'une conférence du Bureau régional américain de l'OMS. On reconnaît le souci de la prise en compte d'une globalité, et pas seulement d'un

---

[97] CALDERONE, « Special Report », *art. cit.*, 1965, p. 534.

[98] « *[...] in the strictest sense of the term* ». Ibid., p. 533.

[99] « *SIECUS is definitely health centered, with purposes that are clearly positive rather than negative. These purposes aim not to eradicate something so much as to create something new in the world: knowledge in depth, and attitudes in breadth, about that part of the human individual that is so central to his total well-being, his sexuality* ». Ibid.

[100] « *Discernible changes in population fertility will not be fully understood unless we know the psycho-physiological factors involved in sexual behavior and contraceptive practices. Nor can variations in fertility be understood unless marriage, family, the formation and dissolution of conjugal unions are taken into account.* ». HOYOS Hernán Mendoza, « The Education and Training of Professional Health Personnel in Demography, Physiology of Reproduction and Family Planning », in: PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (éd.), *Third PASB Conference on Population Dynamics: Proceedings, Sixth Meeting, Washington, D.C., 12-16 June 1967*, Washington, D.C., Pan American Health Organization, 1967, p. 13. Cité par CALDERONE, « Sexual health and family planning », *art. cit.*, 1968, p. 230.

élément réduit à lui-même. Comprendre les évolutions dans la fécondité des populations nécessite non seulement de connaître les facteurs psycho-physiologiques qui y contribuent, mais aussi les facteurs sociaux et culturels concernant la conjugalité. Comme facteur psycho-physiologique, on retrouve en outre le comportement sexuel et les pratiques contraceptives. Hoyos n'emploie pas lui-même le concept de santé sexuelle, mais c'est à partir de l'énonciation de l'ensemble de ces éléments, associés à la question démographique, que Calderone le mobilise. Elle ne précise cependant pas si tous les éléments, psycho-physiologiques, sociaux et culturels, font partie de la santé sexuelle, ni, donc, si la santé sexuelle ne concerne que le comportement sexuel, ou bien également les pratiques contraceptives, ainsi que les éléments socio-culturels qui ont trait au couple.

Calderone cite ensuite l'un des membres du bureau du SIECUS, le Père John L. Thomas, également docteur en sociologie : « L'homme ne résoudra jamais son problème de population tant qu'il ne se sera pas réconcilié avec sa propre sexualité »[101]. Ceci ne nous apporte pas plus de précision sur le champ de la santé sexuelle, d'autant qu'il est ici question de sexualité en général. Mais justement, au vu de l'ensemble de l'intervention de Calderone, nous pouvons supposer qu'elle n'établit pas de délimitation claire entre la sexualité en général et la santé sexuelle, bien qu'elle ne semble pas non plus les assimiler. Ainsi, lorsqu'elle défend l'éducation sexuelle, elle le fait en des termes qui semblent faire de la santé sexuelle un sous-domaine de la sexualité, au même titre que l'épanouissement sexuel et la responsabilité sexuelle : « Nous devons nous engager dans l'éducation à la sexualité, à l'épanouissement sexuel, à la responsabilité sexuelle, à la santé sexuelle »[102]. Le premier terme étant le plus général, les suivants semblent en être des spécifications. La sexualité embrasserait alors non pas seulement des éléments organo-physiologiques, mais la réalisation de ses potentialités, une dimension éthique et une dimension sanitaire.

Cependant, le focus sanitaire sur la sexualité tend à subsumer cette dernière sous la catégorie de la santé, à tel point que l'éducation sexuelle est assimilée à une démarche de médecine préventive. Un certain flou se dessine entre, d'une part, la sexualité entendue en un sens large, depuis la reproduction jusqu'à l'amour, en passant par le plaisir, le

---

[101] Thomas John L. : « *Man will never solve his population problem until he comes to terms with his own sexuality* ». Cité par CALDERONE, « Sexual health and family planning », *art. cit.*, 1968, p. 231.

[102] « *We must engage ourselves in education for sexuality, for sexual fulfillment, for sexual responsibility, for sexual health* ». Ibid., p. 230.

genre, les relations entre les sexes, mais aussi les maladies vénériennes et d'autres problèmes sexuels[103] ; et, d'autre part, le processus de sexualisation comme objet sanitaire, dont l'extension est la même que la sexualité, puisqu'elle revient à celle-ci. Ce flou sera persistant dans les travaux de l'OMS sur la santé sexuelle des années 1970, dans lesquels Calderone sera partie prenante.

Ainsi, sous l'impulsion du SIECUS, la planification familiale néomalthusienne se trouve insérée dans la tendance holistique et sanitaire des discours sur la sexualité. Pour autant, la sexualité n'est pas réduite à la reproduction, pas plus que la santé sexuelle n'est réduite à la santé reproductive, mais les deux sont articulées. L'hypothèse de Calderone est que le bon déroulement du processus de sexualisation conduira les individus à agir de manière responsable concernant la planification familiale — c'est-à-dire à limiter le nombre d'enfants dans leur famille en utilisant les moyens de contraception. Ceci signifie tout de même que le but de l'éducation sexuelle est orienté par l'objectif de contrôle des naissances. En conséquence, bien que la sexualité ne soit pas réduite à la reproduction, elle se trouve coordonnée par rapport à cette dernière : la sanitarisation de la planification familiale et la sanitarisation de la sexualité ont pour finalité de gérer la croissance démographique, selon une logique de santé publique dans laquelle l'explosion démographique est comparée à une maladie atteignant le corps populationnel. En conséquence, les professionnel · le · s destiné · e · s à prodiguer l'éducation sexuelle appartiennent pour partie au domaine de la santé. Calderone publie des articles en ce sens[104].

Par ailleurs, il apparaît que la construction identitaire détermine la manière de se comporter. L'éducation ne consiste donc pas tant à agir directement sur les comportements pour les modifier ou les orienter, mais sur les déterminants en amont de ceux-ci. En ce sens, l'approche n'est pas comportementale à proprement parler, même si elle entend agir sur les comportements *in fine*. Plus globalement, la formation d'éducateurs et éducatrices sexuel · le · s devient un enjeu. L'une des membres du SIECUS, Patricia

[103] Ibid., pp. 228, 229.

[104] Calderone Mary S., « Role of the physician in community sex education programs », *The Journal of the Medical Society of New Jersey* 66 (10), 1969, pp. 568-572 ; Calderone Mary S., « Sex Education and the Physician », *Postgraduate Medicine* 47 (2), 1970, pp. 100-104.

Schiller, fonde en 1967 l'American Association of Sex Educators and Counselors (AASEC), dont l'objectif est de certifier des personnes dans le domaine de l'éducation sexuelle et du conseil sexuel[105].

On retrouvera l'articulation du développement sexuel et de la reproduction, ainsi que la référence à l'amour, dans la définition de la santé sexuelle, concernant les adolescentes et adolescents, que le SIECUS propose une trentaine d'années plus tard, en 1994 :

> La santé sexuelle englobe le développement sexuel et la santé reproductive, ainsi que des caractéristiques telles que la capacité de développer et de maintenir des relations interpersonnelles significatives ; d'apprécier son propre corps ; d'interagir avec les deux sexes de manière respectueuse et appropriée ; d'exprimer son affection, son amour et son intimité d'une manière compatible avec ses valeurs.[106]

Nous sommes cependant entrés dans une époque où l'orientation néo-malthusienne de la planification familiale n'est plus de mise, et où la question des droits des femmes est devenue prégnante, rendant inentendable un discours essentialiste sur le genre. Au milieu des années 1990, les rapports entre la santé sexuelle et la santé reproductive sont en discussion, et l'on voit que le SIECUS inclut la santé reproductive dans la santé sexuelle. Nous reviendrons plus loin sur cette problématique.

Quoi qu'il en soit, à l'orée des années 1970, le cadre dans lequel le concept de santé sexuelle va être repris par l'OMS se précise. L'influence à la fois des problématiques de planification familiale et de sanitarisation globale de la sexualité se fait jour. La conception holistique de la santé est par ailleurs manifeste, que l'on trouve déjà chez l'OMS depuis sa fondation. Elle est ici clairement déclinée dans le champ spécifique de la santé sexuelle.

---

[105] Au début des années 1980, l'AASEC deviendra l'AASECT, en étendant ses programmes de certification aux thérapeutes. PERELMAN Michael A., « The history of sexual medicine », in: TOLMAN Deborah L., DIAMOND Lisa M., BAUERMEISTER José A. et al. (éds.), *APA handbook of sexuality and psychology: Contextual approaches*, vol. 2, Washington, American Psychological Association, 2014, p. 141.

[106] « *Sexual health encompasses sexual development and reproductive health, as well as such characteristics as the ability to develop and maintain meaningful interpersonal relationships; appreciate ones own body; interact with both genders in respectful and appropriate ways; and express affection, love, and intimacy in ways consistent withones own values* ». HAFFNER Debra W. (éd.), *Facing Facts: Sexual Health for America's Adolescents*, New York, NY, Sexuality Information and Education Council of the United States, 1995, p. 10.

Reste la question des rapports à la sexologie et à la psychanalyse. Kinsey (avec également Reich) a permis d'insister sur la dimension du plaisir dans la sexualité, dissociée de celle de la reproduction. Mais du point de vue de la santé sexuelle, son angle est trop restrictif. Nous verrons par ailleurs que l'OMS va directement se référer à Masters et Johnson pour l'approche de la conjugalité, et plus précisément de l'entente conjugale. Pour autant, pas plus que Kinsey, Masters et Johnson ne s'inscrivent dans le cadre conceptuel de la santé sexuelle. En outre, l'approche cognitivo-comportementale de l'entente conjugale, adossée à une conception fonctionnaliste de la réponse sexuelle, va se trouver en tension avec l'abord psychodynamique de la sexualité. Comment le champ de la santé sexuelle, holistique, va-t-il se positionner dans les débats entre le cognitivo-comportementalisme et la psychanalyse ? L'étude de différents rapports de l'OMS sur la santé sexuelle va nous permettre de répondre à ces questions.

Un sillon francophone

Mais avant cela, nous voudrions signaler quelques usages de « santé sexuelle » en français, dont certains sont en rapport avec la planification familiale. Nous avons vu qu'au début du XXe siècle, c'est un syntagme qui est utilisé en France dans le cadre de la lutte contre la police des mœurs, en lien avec le mouvement féministe anglais. Dans les années 1970, la santé sexuelle va être associée à la sexologie, en particulier sous l'égide de sexologues d'origine italienne mais francophones : Willy Pasini et Georges Abraham. Entre ces deux périodes, quelques usages francophones de « santé sexuelle » peuvent être repérés.

L'occurrence la plus connue est celle que l'on trouve chez le médecin sexologue Valensin en 1964. Elle constitue le titre de son livre[107]. En revanche, l'auteur n'en précise pas la signification. L'ouvrage consiste en effet en un recueil d'articles et d'entretiens parus entre 1957 et 1963, surtout dans différents magazines grand public, comme *Votre santé*, sous-titré « beauté, hygiène, sport », *Constellation*, ou encore *Minute* à l'époque de son lancement, avant qu'il ne devienne un journal d'extrême-droite. Les articles regroupés sous le titre de *Santé sexuelle* sont distribués en cinq parties, dont on suppose

[107] VALENSIN, *Santé sexuelle*, *op. cit.*, 1964.

qu'elles relèvent dès lors de la santé sexuelle : la sexualité avant le mariage, les problèmes sexuels du couple, l'homosexualité masculine, des questions sexologiques, et sexualité et procréation. La première partie reproduit un article sur l'éducation sexuelle des jeunes, ainsi que des articles sur la virginité. La suivante aborde aussi bien l'impuissance lors de la nuit de noces que la frigidité, la simulation de l'orgasme, la prévention des grossesses non désirées et l'infidélité. Vient ensuite la partie sur l'homosexualité, dont Valensin recense les causes et les traitements. Les questions sexologiques, dites « d'actualité », portent sur la stimulation sexuelle comme moteur de la création artistique, les spécificités supposées de la sexualité danoise (filles mères et dévirilisation des hommes), la vie sexuelle de l'homme âgé, le recours à la chirurgie esthétique à des fins de séduction sexuelle aussi bien chez les femmes que chez les hommes. Enfin, la dernière partie, consacrée à la procréation, traite des jumeaux, des mariages interraciaux dont Valensin fait la promotion contre les préjugés raciaux, de l'insémination artificielle, de la stérilité, des moyens de contraception, etc. On y retrouve notamment un article sur la question de savoir si l'on peut connaître le sexe de l'enfant avant la naissance, qui fait écho à la sexuologie de Massilie, mais dans lequel Valensin n'invoque pas l'astrologie et table plutôt sur les progrès du diagnostic en laboratoire[108].

Le champ de la santé sexuelle s'avère donc vaste, depuis l'éducation sexuelle jusqu'aux troubles sexuels, en passant par l'orientation sexuelle et d'autres comportements comme l'infidélité ou le recours à la chirurgie pour séduire. Le physique comme le mental sont traités. En outre, la reproduction occupe une place non négligeable. Ceci s'explique par le fait que Valensin était particulièrement engagé dans le mouvement de planification familiale en France. Au début des années 1960, il rencontre la gynécologue Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, cofondatrice en 1956 de l'association Maternité heureuse, qui deviendra le Mouvement français pour le planning familial (MFPF) en 1960, après avoir rejoint l'IPPF en 1958[109]. Il s'engage à ses côtés dans le MFPF et collabore

[108] VALENSIN Georges, « Peut-on connaître le sexe avant la naissance ? », in: *Santé sexuelle*, Paris, La Table Ronde, 1964 (L'Ordre du jour), p. 184. Voir DE LAROCQUE-LATOUR, *Généalogie de la sexologie française 1910-2010*, *op. cit.*, 2014, p. 155.

[109] Voir GARCIA Sandrine, « Lagroua Weill-Hallé Marie-Andrée », in: BARD Christine et CHAPERON Sylvie (éds.), *Dictionnaire des féministes. France - XVIIIe-XXIe siècle*, Paris, Presses Universitaires de France, 2017, pp. 839-842.

avec elle à l'ouvrage *La contraception au service de l'amour*, dont il produit les commentaires sur la sexualité[110].

Mais l'on retrouve plus anciennement quelques occurrences de « santé sexuelle » entre les années 1920 et les années 1960. En 1925, Charles Fischer publie un essai d'interprétation physiologique de la pensée humaine intitulé *L'amour et la morale*[111]. Son propos porte sur la genèse de la pensée et des passions humaines. Il considère que les méthodes idéalistes ou intellectualistes, ainsi que les méthodes anatomo-physiologiques (il vise notamment la phrénologie), sont insuffisantes pour rendre compte de l'origine des pensées[112]. Il faut, dit-il, se tourner du côté de la biochimie[113]. Selon lui, la pensée comme phénomène consiste en une réaction chimique dans le cerveau qui se fait réaction de fonctionnement. Il décline alors ce procédé dans le domaine de la pensée érotique, en faisant appel au concept de réactif chimique « humoro-endocrinien » au niveau des ovaires et des testicules — soit un mécanisme hormonal[114] —, et fonde la conception de la morale sexuelle sur les mécanismes biochimiques agissant sur le cerveau. C'est au moment où il traite des particularités des impulsions sexuelles communes à l'être humain et à d'autres espèces animales, et plus précisément de ce qu'il appelle la « crise érotique », qu'il mobilise la notion de santé sexuelle. Selon lui, la crise érotique est une maladie organique, analogue à une crise d'asthme[115]. Il s'agit de « troubles ou de folie sexuelle »[116]. Le contraire de ce trouble est « la santé sexuelle ou santé morale », qui désigne la naissance « en temps normal » des « impulsions sexuelles [qui] peuvent naître sous forme de pensées dans le cerveau humain »[117]. Les phénomènes mentaux sont réductibles à des mécanismes biochimiques qui président à leur formation, et dont le bon fonctionnement dans le domaine sexuel désigne la santé sexuelle. Bien que nous soyons ici dans le domaine de la psychologie, il s'agit finalement d'un emploi d'ordre physique. Le traitement moral

---

[110] Lagroua Weill-Hallé Marie-Andrée, *La contraception au service de l'amour*, Paris, Guy de Monceau, 1966.

[111] Fischer Charles, *L'amour et la morale. Essai d'interprétation physiologique de la pensée humaine*, Paris, Payot, 1925 (Bibliothèque scientifique).

[112] Ibid., p. 29 sq.

[113] Ibid., p. 45 sq.

[114] Ibid., pp. 124-125.

[115] Ibid., pp. 123-125.

[116] Ibid., p. 122.

[117] Ibid.

consiste alors non pas dans des lois et règles religieuses strictes, mais dans l'administration de « colloïdes » et de « lipoïdes »,

> pour remettre en état de bon fonctionnement les divers organes dont l'action viciée est susceptible de créer à distance, par l'intermédiaire sanguin, les pensées mauvaises, les troubles mentaux, les psychoses et toutes les impulsions sexuelles néfastes pour l'individu ou pour la communauté.[118]

La santé morale dans le domaine sexuel est ainsi la santé sexuelle ou érotique entendue comme absence de troubles de l'impulsion sexuelle causés par des modifications du liquide humoro-endocrinien transporté par le sang jusqu'au cerveau. Le traitement de ces modifications biochimiques est lui-même envisagé biochimiquement.

À l'encontre de cette conception réductionniste de la santé sexuelle, Françoise Dolto utilise également cette expression dans sa thèse de médecine soutenue en 1939 et publiée seulement en 1971, *Psychanalyse et pédiatrie*. Celle-ci se divise en une partie théorique et une partie clinique. Dans la partie théorique, alors qu'elle décrit le rôle de la sexualité dans le développement de la personne, elle dit :

> Il n'est pas de vie saine sans vie sexuelle saine, et, inversement, il n'y a pas de vie sexuelle saine chez un individu malade ou névrosé.
> La santé sexuelle ne se mesure pas à l'activité érotique physiologique de l'individu, celle-ci n'est qu'un des aspects de sa vie sexuelle. L'autre, c'est son comportement affectif vis-à-vis de l'objet d'aimance qui se traduit en l'absence de celui-ci par des fantasmes où il intervient.[119]

La physiologie et, plus globalement, l'aspect physique de l'activité sexuelle, ne suffit pas à déterminer la santé sexuelle, qui comprend également la dimension psychologique. Le fond du propos est psychanalytique, ce qui constitue l'une des rares associations de la psychanalyse et du syntagme de « santé sexuelle » (c'est le cas chez Hartley également, qui n'est cependant pas elle-même psychanalyste). C'est toutefois dans une thèse de médecine que l'on retrouve celui-ci, et Dolto conçoit en outre l'éducation comme un outil de prévention (elle parle de « prophylaxie des troubles du comportement »), qui doit permettre à l'individu de se sentir heureux (de même que la psychothérapie)[120]. La

---

[118] Ibid., p. 133.
[119] DOLTO Françoise, *Psychanalyse et pédiatrie. Les grandes notions de la psychanalyse : seize observations d'enfants*, Paris, Seuil, 2015 (Points essais), p. 57.
[120] Ibid.

psychanalyse d'enfants par une médecin soucieuse du rôle de l'éducation a sans doute favorisé son usage de « santé sexuelle », peu, sinon pas usité en psychanalyse.

Le rétablissement de la santé sexuelle est tout de même considéré comme l'objet de la psychanalyse dans le premier des deux numéros de la revue *Partisans* consacré à la répression sexuelle. Sous la plume du pseudonyme collectif Thomas Münzer[121], on peut lire le propos suivant :

> [...] l'utilisation politique de la misère sexuelle diffère du traitement psychanalytique, en ce sens qu'elle n'a pas pour tâche de rétablir la santé sexuelle, mais simplement de rendre conscients les individus de la masse réprimée du conflit intérieur dont ils sont l'objet et de la souffrance qu'ils subissent, et de transformer ce conflit en un conflit entre l'individu et la société.[122]

Finalité supposée de la psychanalyse, la santé sexuelle apparaît comme un rapport de soi à soi, comme la résolution du conflit intrapsychique, contrairement à l'utilisation politique de la misère sexuelle qui entend déplacer le conflit entre soi et la société. Il apparaît donc aussi que la santé sexuelle est l'opposé de la misère sexuelle, plutôt que d'une maladie ou dysfonction sexuelle. Plus loin dans l'article, après une citation de Reich, le propos est répété sous une forme différente, qui permet d'éclairer ce qui est entendu positivement par « santé sexuelle » :

> L'utilisation politique de la misère sexuelle ne consiste pas en un rétablissement de la pleine satisfaction sexuelle, mais consiste à travers la prise de conscience des individus de leurs propres besoins sexuels, de leur faire prendre conscience des racines sociales de la répression qu'ils subissent.[123]

La santé sexuelle désigne donc la pleine satisfaction sexuelle, contraire de la misère sexuelle. Dans cette pensée de ce que Foucault a appelé l'hypothèse répressive[124], la santé sexuelle semble relever du système de répression, en ce qu'elle repose sur la résolution du conflit intérieur, détournant ainsi la lutte de son horizon social.

---

[121] Il s'agit d'une référence au pasteur Thomas Münzer (ou Müntzer), d'abord un fidèle de Luther puis opposé à lui, qu'il trouve trop proche du pouvoir en place. Son réformisme se veut plus radical que celui de Luther, et social, en lien avec la révolte des paysans allemands (1524-1526).

[122] MÜNZER Thomas, « Sexualité et travail », *Partisans* (32-33), 1966, p. 36.

[123] Ibid.

[124] FOUCAULT, *La volonté de savoir*, *op. cit.*, 1976, pp. 23-67. Parmi les auteurs de ce numéro de *Partisans*, on retrouve les théoriciens de l'hypothèse répressive, tels Herbert Marcuse et Erich Fromm. Le numéro réédite également des textes de Wilhelm Reich.

Outre l'emploi qu'en fait Valensin dans les années 1960 et celui de Fiaux au début du XXe siècle, quelques autres usages de « santé sexuelle » sont donc repérables dans l'entre-deux guerres et de nouveau dans les années 1960 en France. Sa signification est variable, depuis une conception biochimique réductionniste jusqu'à une conception qui intègre le physique et le mental ou qui désigne la satisfaction sexuelle. Contrairement à Fiaux et Valensin, elles ne font référence ni aux maladies vénériennes, ni au contrôle des naissances.

Autant que nos recherches nous permettent d'en juger, les occurrences en français de « santé sexuelle » depuis les années 1920 jusqu'aux années 1970 restent bien moins nombreuses qu'en anglais, langue qui en fait usage depuis le début du XIXe siècle. Ces occurrences viennent cependant compléter le panorama des usages de « santé sexuelle » dans les décennies qui précèdent sa définition et son institutionnalisation par l'OMS. Au moment où elle devient un concept important pour l'Organisation, son histoire est déjà riche d'un parcours d'un siècle et demi. C'est dans la suite de celui-ci que les travaux de l'OMS vont s'inscrire, en tant qu'il constitue ce dont elle hérite, et ce par quoi elle est elle-même orientée.

III.2 — La santé sexuelle selon l'OMS, au cœur des controverses de la *scientia sexualis* (1965- 1979)

Dans la première moitié des années 1970, l'OMS s'empare du concept de santé sexuelle, pour en proposer une définition. Celle-ci reflète l'historique que nous avons retracé depuis le début du XXe siècle et le mouvement d'hygiène sociale aux États-Unis qui emploie ce concept dans le cadre de la santé publique, et s'inscrit dans la suite de la définition générale de la santé par l'Organisation juste après la Seconde Guerre mondiale. Elle est également proposée en intégrant les travaux de Masters et Johnson en sexothérapie conjugale, tout en référant à une conceptualité d'inspiration psychanalytique.

L'influence du mouvement de planning familial et du SIECUS va également être patente. Non seulement Calderone, en tant que rapporteuse des travaux de l'OMS en 1974, sera partie prenante des discussions menant à la définition de la santé sexuelle par l'agence de l'ONU, mais les premiers travaux de celle-ci, en 1972, dans le cadre de la formation des personnels de santé, se sont déroulés sous la co-direction, notamment, du sociologue de la famille américain David R. Mace, qui fut l'un des tout premiers membres du SIECUS[125]. En outre, parmi les neuf contributrices et contributeurs de ces premiers travaux, en plus de Mace, trois appartiennent à des structures ou des programmes de

[125] Calderone, « Special Report », *art. cit.*, 1965, p. 533.

planification familiale : le psychologue social pakistanais Wajihuddin Ahmed, alors conseiller auprès de l'IPPF[126], la médecin Sarah Israel du Centre de recherche pour l'enseignement de la planification familiale en Inde, et la médecin Cecilia C. de Martin, directrice des programmes d'éducation sexuelle et familiale et d'éducation démographique au sein de l'Association colombienne des facultés de médecine[127].

Après ces premiers travaux, l'OMS va proposer une nouvelle définition de la santé sexuelle au début des années 2000. Entre temps, le contexte a évolué, aussi bien concernant la place de la planification familiale que celle de la psychanalyse. La question des droits des femmes et des droits sexuels va en outre infléchir la façon de concevoir la santé sexuelle. Enfin, au sein de l'OMS, la question du caractère scientifique du concept de santé sexuelle va faire débat, eu égard à sa dimension axiologique, tandis que va se développer, à côté de la sexologie, une médecine sexuelle se voulant résolument scientifique.

Ainsi, entre le dernier quart du XXe siècle et le début du XXIe, l'OMS a produit à trente ans d'intervalle des définitions de la santé sexuelle qui présentent plusieurs différences notables, tout en s'inscrivant dans une démarche commune. Ces textes convoquent des registres distincts qu'il convient de mettre en évidence. Plusieurs documents vont retenir notre attention : deux rapports publiés dans la première moitié des années 1970, deux documents du bureau européen de l'OMS (OMS/Europe) datant des années 1980, un autre du bureau des Amériques (OMS/PAHO) de 2001, un rapport de l'OMS publié en 2006, et un dernier publié en 2010. Ces différents documents établissent la définition de la santé sexuelle en même temps qu'ils soulignent les difficultés que soulève cette définition. À travers ces rapports, la question posée est celle de la scientificité de ce concept.

---

[126] Notons que Ahmed, fonctionnaire de l'État pakistanais, mettait en question les fondements scientifiques de l'hypothèse néomalthusienne selon laquelle il serait impossible d'améliorer le développement économique et social sans ralentir la croissance démographique au préalable. Il mettait ainsi en question le rôle d'instrument de régulation démographique de la planification familiale à des fins d'élévation du niveau de vie de la population. Voir Ahmed Wajihuddin, « La Famille planifiée dans un monde non planifié », *Revue internationale des sciences sociales* XXVI (2), 1974, pp. 243-252.

[127] Mace David R., Bannerman Robert H. O. et Burton John, *L'enseignement de la sexualité humaine dans les établissements formant les personnels de santé*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1974, p. 49.

III.2.1 — La santé sexuelle comme objet sexologique

Dans la première moitié des années 1970, l'OMS organise deux rencontres, l'une en 1972, l'autre en 1974, qui donneront lieu à la publication de deux rapports[128]. L'objet en est l'éducation sexuelle, mais centrée sur la question de la formation des personnels de santé pour dispenser cette éducation. On retrouve ici un souci déjà exprimé par Bigelow ou Hartley : qui peut œuvrer en éducation sexuelle, et quelle doit être la formation de ces personnes ?

En tant qu'organisation de santé, les travaux de l'OMS désignent les personnels de santé comme faisant partie des personnes destinées à œuvrer pour l'éducation sexuelle. Il convient donc de les former. Cet angle d'approche conduit à promouvoir un enseignement sur la sexualité humaine dans les structures formant les personnels de santé, notamment dans les facultés de médecine, les écoles d'infirmières et les écoles de santé publique. Le contenu de cet enseignement relève quant à lui de la sexologie. Sans doute pour la première fois depuis la genèse du concept de santé sexuelle au XIXe siècle, celui-ci va se trouver directement articulé à la sexologie désignée sous cette appellation. Si nous avons déjà souligné l'influence des mouvements de planification familiale et d'éducation sexuelle, celles des psychiatres et sexologues italiens Willy Pasini et Georges Abraham, établis en Suisse, ainsi que celle de la psychiatre et sexothérapeute américaine Helen Kaplan, vont également s'avérer déterminantes. Plus que dans sa définition de la santé sexuelle, dont les éléments sont déjà posés en amont (définition positive et holistique), c'est dans la mise en relation du concept de santé sexuelle et de la sexologie que réside, nous semble-t-il, la véritable innovation des travaux de l'OMS, qui va par ailleurs s'avérer particulièrement problématique.

[128] Mace, Bannerman et Burton, *L'enseignement de la sexualité humaine dans les établissements formant les personnels de santé*, *op. cit.*, 1974 ; Organisation mondiale de la Santé, *Formation des professionnels de la santé aux actions d'éducation et de traitement en sexualité humaine*, *op. cit.*, 1975.

Entre planification familiale et sexologie

Lors de la rencontre de 1972, les auteur · e · s de contributions sont assez largement issu · e · s de la planification familiale et des problématiques démographiques : Ahmed, Israel, Mace, de Martin. Pasini en fait également partie, quelque peu isolé comme représentant de la sexologie[129]. En 1974, le rapport entre les deux domaines est beaucoup plus équilibré, si ce n'est même plus favorable aux sexologues. Parmi les participantes et participants, en nombre bien plus important qu'en 1972[130], outre Pasini, on retrouve notamment Abraham, le gynécologue-obstétricien et doyen de la faculté de médecine de Genève William Geisendorf[131], la gynécologue et sexologue française Jacqueline Kahn-Nathan, Kaplan, le psychologue médical et pédiatre John Money, le psychiatre Jiří Raboch de l'Institut de recherche sexologique de Prague, le psychiatre et sexologue néerlandais Coenraad van Emde Boas, et le président de l'Institut des Sciences familiales et sexologiques de l'Université catholique de Louvain Robert Volcher. En outre, cette deuxième réunion est co-organisée avec la faculté de médecine de Genève dirigée par Geisendorf[132]. Du côté de la planification familiale, on note la présence de Calderone et Israel, ainsi que du psychologue Pavle Trenc de l'Institut de Santé maternelle et infantile de Zagreb, et du Dr. Roberto P. Rivera, représentant de l'IPPF.

---

[129] MACE, BANNERMAN et BURTON, *L'enseignement de la sexualité humaine dans les établissements formant les personnels de santé*, *op. cit.*, 1974, p. 49.

[130] Hors secrétariat, leur nombre s'élève à vingt-trois. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Formation des professionnels de la santé aux actions d'éducation et de traitement en sexualité humaine*, *op. cit.*, 1975, pp. 28-29.

[131] Geisendorf a œuvré à la fondation avec Pasini de l'unité de gynécologie psychosomatique et sexologie à la faculté de médecine de Genève. Notons que Geisendorf, gynécologue, a d'abord recruté Pasini en 1970 pour mener une recherche sur l'avortement à Genève. Comme ils le disent dans un chapitre de l'*Introduction à la sexologie médicale*, (ouvrage sur lequel nous reviendrons) ils se sont « passionnés pour *le planning familial* », avec l'objectif d'éviter les grossesses non désirées et les demandes d'avortement en conséquence (GEISENDORF William et PASINI Willy, « Le programme genevois d'enseignement », in: ABRAHAM Georges et PASINI Willy, *Introduction à la sexologie médicale*, Paris, Payot, 1975, p. 109). C'est à partir des questions de planification familiale, dans un cadre de gynécologie psychosomatique, que Geisendorf et Pasini en sont venus à s'intéresser à la sexualité et à la sexologie. Geisendorf a en effet d'abord été directeur du premier centre de planification familiale ouvert à Genève en 1965, le Centre d'information familiale et de régulation des naissances (CIFERN). Voir BURGNARD Sylvie, *Produire, diffuser et contester les savoirs sur le sexe : une sociohistoire de la sexualité dans la Genève des années 1970*, Thèse de doctorat, Université de Genève, 2012, pp. 41-42.

[132] BURGNARD, *Produire, diffuser et contester les savoirs sur le sexe*, *op. cit.*, 2012, pp. 44-45.

Le poids de l'un et l'autre champ va alors se modifier d'une rencontre à l'autre, comme le montre l'étude des rapports qui en sont issus. Le positionnement de la sexologie et celui de la planification familiale vont sensiblement évoluer. Le lien entre les deux va cependant être maintenu, sous l'égide du concept de santé sexuelle. Alors qu'il n'appartient pas à la conceptualité de la sexologie et qu'il est en revanche utilisé dans les mouvements hygiénistes, de sanitarisation de la planification familiale et de l'éducation sexuelle, c'est lui qui va constituer le domaine de rassemblement, non sans tensions, de la planification familiale et de la sexologie[133]. Au demeurant, concernant des travaux d'une organisation de santé, il est logique que ce soit un concept sanitaire qui permette ce croisement.

Dans le rapport de la rencontre de 1972, on retrouve différents thèmes et angles portés par le SIECUS : la planification familiale, l'éducation sexuelle sanitaire, et la santé sexuelle. Tout d'abord, les thématiques de la planification familiale sont très présentes. Dès la préface, il est souligné que « les membres des professions médicales sont souvent mal équipés intellectuellement et pratiquement » pour conseiller les personnes « en matière de sexualité humaine, de comportement sexuel, de planification familiale, etc. »[134]. La reproduction est ainsi régulièrement accolée à la sexualité et au comportement sexuel, et parmi les principaux changements sociaux et technologiques qui conduisent à la nécessité de déployer l'éducation sexuelle, figurent les « techniques de régulation des naissances »[135]. Les programmes d'enseignement à destination des étudiantes et étudiants ont

---

[133] La sexologie française présente la particularité de s'être d'abord développée, dans les années 1930, de manière intriquée aux problématiques de contrôle des naissances hygiénisées, avec Toulouse (TOULOUSE Édouard, « Le problème sexologique », *La prophylaxie mentale* [32], 1931, pp. 429-433). La sexologie française est alors néomalthusienne et eugénique, comprise dans une optique d'hygiène publique, et opposée à la loi nataliste de 1920 (voir DE LAROCQUE-LATOUR, *Généalogie de la sexologie française 1910-2010*, *op. cit.*, 2014 ; OHAYON, « L'émergence d'un mouvement sexologique français (1929–1939), entre hygiénisme, eugénisme et psychanalyse », *art. cit.*, 2003 ; BONIERBALE Mireille et WAYNBERG Jacques, « 70 ans de sexologie française », *Sexologies* 16 [3], 2007, pp. 244-245). Mais l'on n'y retrouve pas le vocable de « santé sexuelle ». Pour une étude de la différence culturelle de la sexologie française par rapport aux autres sexologies (au sens large incluant la psychanalyse) européennes, voir NYE Robert A., « The History of Sexuality in Context: National Sexological Traditions », *Science in Context* 4 (2), 1991, pp. 387-406.

[134] MACE, BANNERMAN et BURTON, *L'enseignement de la sexualité humaine dans les établissements formant les personnels de santé*, *op. cit.*, 1974, p. 7.

[135] Ibid., p. 9. Le rapport est publié en trois langues : anglais, français et espagnol. La version anglaise, à partir de laquelle sont traduites les autres versions, parle de *birth control*. MACE David R., BANNERMAN Robert H. O. et BURTON John, *The Teaching of Human Sexuality in Schools for Health Professionals*, Geneva, World Health Organization, 1974, p. 9.

alors pour but général l'assimilation d'attitudes, de savoir-faire et de connaissances « dont l'application aidera les individus et les groupes sociaux à bien conduire leur vie sexuelle et reproductrice »[136].

La présence des problématiques de contrôle des naissances est renforcée par le caractère social et de santé publique de l'éducation sexuelle, dans lequel on retrouve l'influence du SIECUS. Ainsi, l'éducation sexuelle constitue une composante « de la santé de la famille et de la collectivité », qui s'étend notamment à la question de « l'amélioration de la protection maternelle et infantile »[137]. L'un des buts de l'éducation sexuelle est alors de « fournir aux couples les connaissances nécessaires sur les phénomènes sexuels pour qu'ils puissent assumer correctement leurs responsabilités parentales »[138].

Si jusqu'ici le caractère néomalthusien de la planification familiale et des questions de reproduction n'est pas flagrant, il apparaît clairement dans les annexes du rapport, ce qui éclaire à rebours les propos précédents. L'annexe 1 propose une esquisse de cursus pour la formation des éducatrices et éducateurs sexuel · le · s. Celle-ci est tirée d'une brochure produite par l'AASEC de Schiller, dont nous rappelons qu'elle vient du SIECUS. Plusieurs sections sont proposées, dont chacune est déclinée en différents items. La première section est celle de la reproduction, qui comprend la « régulation démographique »[139]. S'ajoute l'annexe 2, sur les connaissances, les savoir-faire et les attitudes qui doivent être celles des professionnel · le · s de santé appelé · e · s à s'occuper des problèmes de sexualité humaine. Celle-ci se présente sous la forme d'un tableau à colonnes. Ce tableau est dressé par Israel, du Centre de recherche pour l'enseignement de la planification familiale en Inde. Le premier problème listé dans ce tableau est celui de la « grossesse non projetée », c'est-à-dire non planifiée (*unplanned pregnancy* dans la version anglaise[140]). Les connaissances à avoir portent sur la planification familiale. Surtout, l'attitude attendue par la ou le professionnel · le est d'être « personnellement favorable à la

---

[136] Mace, Bannerman et Burton, *L'enseignement de la sexualité humaine dans les établissements formant les personnels de santé*, *op. cit.*, 1974, p. 18.
[137] Ibid., p. 10.
[138] Ibid., p. 12.
[139] Ibid., p. 36.
[140] Mace, Bannerman et Burton, *The Teaching of Human Sexuality in Schools for Health Professionals*, *op. cit.*, 1974, p. 38.

limitation de la taille des familles », à quoi s'ajoute le fait d'avoir des attitudes personnelles non ambiguës à l'égard « de la contraception et de l'avortement »[141]. Le principe du néomalthusianisme et les moyens afférents sont réunis : faire décroître la population, utiliser les moyens de contraception, et permettre l'avortement.

Le rapport de la réunion de 1974 procède à un rééquilibrage entre le domaine de la planification familiale et celui de la sexologie. Tout d'abord, le premier chapitre porte sur la place de la sexologie dans les programmes de santé[142], alors que dans le précédent rapport, la sexologie n'était introduite qu'à la fin du troisième chapitre consacré aux nouveaux rôles des praticiennes et praticiens de la santé[143]. La réunion de 1974 est ainsi décrite comme ayant porté « sur l'enseignement de la sexologie et le traitement des difficultés sexuelles »[144], ce qui octroie une position dominante à la sexologie. Ensuite, le domaine de la planification familiale est un sous-chapitre — et le dernier — du chapitre sur la place de la sexologie. Une dévaluation de la planification par rapport à la sexologie est opérée, à partir de la distinction de trois niveaux de soins de santé sexuelle : l'éducation, le conseil et la thérapie. Le rapport établit que l'éducation sexuelle, tout en étant « une composante fondamentale de la médecine préventive » — reprenant les propos de Calderone —, « n'exige qu'un minimum de formation », eu égard au conseil et à la thérapie[145]. Certes, elle est cruciale, et elle a l'avantage d'avoir pour objectif de toucher le maximum de gens. Mais elle exige une formation moindre que le conseil, qui se prodigue auprès d'individus ou de couples « ayant des problèmes un peu plus compliqués ». Le conseil est en outre moins exigeant sur le plan de la formation que la thérapie sexuelle, qui met aux prises « avec des problèmes particulièrement compliqués »[146].

Cette hiérarchie des niveaux de « soins de santé sexuelle »[147], établie sur la base de la complexité des problèmes traités et donc de la formation requise pour les traiter,

---

[141] Mace, Bannerman et Burton, *L'enseignement de la sexualité humaine dans les établissements formant les personnels de santé*, *op. cit.*, 1974, p. 38.

[142] Organisation mondiale de la Santé, *Formation des professionnels de la santé aux actions d'éducation et de traitement en sexualité humaine*, *op. cit.*, 1975, p. 6.

[143] Mace, Bannerman et Burton, *L'enseignement de la sexualité humaine dans les établissements formant les personnels de santé*, *op. cit.*, 1974, pp. 13-15.

[144] Organisation mondiale de la Santé, *Formation des professionnels de la santé aux actions d'éducation et de traitement en sexualité humaine*, *op. cit.*, 1975, p. 5.

[145] Ibid., p. 8.

[146] Ibid.

[147] Ibid.

conduit à instaurer une hiérarchie entre la planification familiale et la sexologie, au profit de cette dernière. En effet, la planification familiale se situe au niveau de l'éducation et du conseil, mais pas à celui de la thérapie, réservé à la sexologie[148]. Le passage spécifiquement consacré aux personnels et programmes de planification familiale avance ainsi que ces personnels doivent être « initiés à la sexologie »[149], à l'écoute et à la compréhension des plaintes des personnes qui les consultent, dans la mesure où dans bien des cas, les problèmes de contrôle de la reproduction sont liés à des problèmes sexuels et psychologiques. Allant dans le sens de Calderone qui soulignait l'importance du bon déroulement du processus de sexualisation pour l'efficacité du contrôle des naissances, le rapport déplore qu'à travers le monde, les programmes de planification familiale « négligent presque toujours les aspects sexuels des soins de santé qu'ils offrent »[150].

Ce qui est mis ici en exergue, et que Calderone portait déjà dans la suite de Kinsey, est que la sexualité ne se réduit pas à la reproduction, mais qu'elle réfère au plaisir : « Une petite partie seulement du personnel de planification familiale a été préparée à appréhender et à affronter […] la question de la dissociation entre les besoins et le plaisir sexuels et la fonction reproductive traditionnelle »[151]. Mais même lorsque les personnels de planification familiale sont préparés à appréhender la distinction entre sexualité et reproduction, certaines limites demeurent du point de vue sexologique. Tout d'abord, les programmes de planification familiale ne visent principalement que les femmes, ce qui réduit leur champ d'action du point de vue de la sexualité. Ensuite, bien que le cadre de la planification familiale soit approprié à l'information et aux conseils sexuels dès lors que les personnes sont formées, il est préférable, dans certains cas — sans autre précision —, que la formation et la thérapie sexuelles soient mises en œuvre hors de ce cadre, « à cause des résonances suscitées par la notion de contrôle des naissances »[152]. Ainsi, l'exercice sexologique nécessite de se départir du fond néomalthusien qui irrigue historiquement la planification familiale. Là où Calderone distinguait entre la sexualité et la reproduction pour inviter à travailler sur la première afin de contrôler la seconde, le rapport initie une dissociation qui doit permettre de traiter de la première

[148] Ibid.
[149] Ibid., p. 9.
[150] Ibid.
[151] Ibid.
[152] Ibid.

sans l'orienter à partir des enjeux de la seconde. Ainsi, l'on peut traiter des problèmes par exemple de contraception dans un cadre sexologique dès lors que ces problèmes réfèrent à des problèmes sexuels, mais il ne s'agit pas de traiter les problèmes sexuels avec pour ligne d'horizon le contrôle des naissances. Et si le rapport renvoie au tableau du précédent rapport sur les savoirs, savoir-faire et attitudes que doivent acquérir les professionnel · le · s de santé pour s'occuper de problèmes liés à la sexualité, il n'est pas reproduit en tant que tel, et la mention selon laquelle il faut être personnellement favorable à la limitation de la taille des familles a disparu.

Dans ce qui apparaît comme une manière de remettre la planification familiale à sa place, on reconnaît l'influence de Pasini. En 1975, il revient sur les travaux de l'OMS auxquels il a participé, en évoquant le fait que le champ d'action des programmes de planification familiale pourrait s'étendre à un niveau général au-delà des techniques contraceptives et abortives par le biais de l'éducation sexuelle — dans la lignée du mouvement initié par Calderone. Mais cela pose un problème de fond selon lui, dans la mesure où si la porte d'entrée de la reproduction pour s'intéresser à la sexualité considérée globalement peut être fructueuse et utile, « en même temps, le danger existe que les puissantes organisations de planning familial écrasent ou englobent la sexologie comme un appendice de leurs programmes reproductifs »[153]. On comprend que l'enjeu n'est pas que conceptuel et qu'il ne s'agit pas seulement d'épistémologie de la sexualité relativement à des fins pratiques de prévention et de traitement, pour savoir comment appréhender la sexualité eu égard à la reproduction. Il ne s'agit pas non plus seulement d'une question d'ontologie de la sexualité, en refusant de réduire la fonction sexuelle à la fonction reproductrice. L'enjeu est aussi de pouvoir et de rayonnement dans le champ de la sexualité à travers le monde, entre les organisations de planification familiale et le champ de la sexologie, qui cherche lui-même à s'institutionnaliser.

Cet enjeu sera de nouveau apparent dans le rapport de l'OMS/Europe de 1983, sur lequel nous reviendrons plus loin. Il perdurera jusqu'au milieu des années 1990 au niveau de l'ONU, en engageant également une conception de la sexualité par rapport à la reproduction, avec une prééminence accordée à cette dernière. Les conférences du Caire

[153] PASINI Willy, « Nécessité d'un enseignement, situation dans le monde », in: ABRAHAM Georges et PASINI Willy, *Introduction à la sexologie médicale*, Paris, Payot, 1975, p. 100.

et de Pékin ont articulé les concepts de santé reproductive et de santé sexuelle. Le cadre néo-malthusien dans lequel la reproduction était habituellement pensée fut discuté, et, sous l'influence d'activistes féministes des mouvements pour la santé des femmes, le concept de santé reproductive (ou génésique) fut associé à celui des droits humains[154]. Ainsi, ce n'est plus tant la planification familiale comme contrôle des naissances qui prévaut, mais les droits des femmes et les droits sexuels et reproductifs[155]. Les concepts de santé reproductive et de santé sexuelle sont convoqués dans le cadre de ce nouveau modèle[156]. Or, ceux-ci y sont peu dissociés, et la santé sexuelle se trouve même incluse dans la santé reproductive :

> La santé reproductive est un état de complet bien-être physique, mental et social, et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement. […] Elle inclut également la santé sexuelle qui vise à améliorer la qualité de la vie et des relations interpersonnelles, et non à se borner à dispenser conseils et soins relatifs à la procréation et aux maladies sexuellement transmissibles.[157]

Cette définition de la santé reproductive s'inscrit dans la suite de la définition de la santé par l'OMS. Mais l'inclusion de la santé sexuelle dans celle-ci va à l'encontre de l'orientation consistant à distinguer clairement les deux, en mettant en avant, pour la

---

[154] Corrêa, « From reproductive health to sexual rights », *art. cit.*, 1997, p. 108.

[155] Même si, comme le relève Corrêa, le terme de « droits sexuels » n'est pas inscrit en tant que tel dans les rapports et programmes d'action de ces conférences. On y trouve cependant formulées les idées de droits humains des femmes et de droits reproductifs. Ibid., p. 109 ; Nations Unies, *Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, 5-13 septembre 1994*, *op. cit.*, 1995, p. 47 ; Nations Unies, *Programme d'Action adopté à la Conférence Internationale sur la Population et le Développement, Le Caire, 5-13 Septembre 1994. L'édition du 20ème anniversaire*, New York, Fonds des Nations Unies pour la population, 2014, p. 64 sq. ; Nations Unies, *Rapport de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes, Beijing, 4-14 septembre 1995*, *op. cit.*, 1996, p. 40.

[156] Cueto, Brown et Fee, *The World Health Organization: A History*, *op. cit.*, 2019, pp. 146-147.

[157] Nations Unies, *Programme d'Action adopté à la Conférence Internationale sur la Population et le Développement*, *op. cit.*, 2014, pp. 65-66. Texte modifié par nos soins sur la base de la version anglaise : « *Reproductive health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity, in all matters relating to the reproductive system and to its functions and processes. […] It also includes sexual health, the purpose of which is the enhancement of life and personal relations, and not merely counselling and care related to reproduction and sexually transmitted diseases* » (United Nations, *Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development Cairo, 5–13 September 1994, 20th Anniversary Edition*, New York, United Nations Population Fund, 2014, p. 58). Le texte de l'édition française ne fait pas apparaître avec la même évidence les formulations de la version anglaise. En particulier, elle traduit « *It also includes sexual health* » par « On entend également par cette expression [santé en matière de reproduction] la santé en matière de sexualité ».

santé sexuelle, la dimension du plaisir. Elle constitue même un recul par rapport à l'organisation de l'éducation sexuelle par Bigelow, qui distinguait le domaine de la santé sexuelle — l'hygiène sexuelle — du domaine de la reproduction. Mais cette subsomption de la santé sexuelle par la santé reproductive met en relief une problématique interne à la planification familiale, dont le champ d'intervention est appelé à dépasser le cadre de la reproduction. Par l'usage qu'elle a fait du concept de santé sexuelle, Calderone invitait déjà les organismes de planification familiale à s'intéresser à la sexualité de façon plus large, même si celle-ci reposait sur l'idée qu'une bonne santé sexuelle (comme congruence du sexe et du genre) était une condition à la bonne réalisation des fins néomalthusiennes du contrôle des naissances. Nous avons vu en outre qu'en 1994, le SIECUS a défini la santé sexuelle de telle sorte que la santé reproductive est considérée comme l'un de ces éléments, aux côtés du développement sexuel[158]. Les travaux de l'OMS sur la santé sexuelle lors des années 1970, mais aussi au début des années 1980, réitèrent cette invitation. La définition de la santé reproductive au milieu des années 1990 peut être vue comme une manière d'intégrer aux questions de reproduction des questions de sexualité de manière plus globale. Mais ce faisant, elle soumet le champ de la santé sexuelle à celui de la santé reproductive — dans une certaine continuité avec Calderone —, alors que la définition de la santé sexuelle par l'OMS repose sur une dissociation entre la sexualité hédonique et la reproduction. À la suite de la conférence du Caire, des acteurs impliqués dans les enjeux de santé liés à la reproduction et à la sexualité ont insisté sur la distinction à faire entre la santé reproductive et la santé sexuelle. C'est le cas du sociologue néerlandais Evert Ketting, alors consultant auprès de l'IPPF, et du médecin britannique Tony Klouda. En 1996, chacun d'eux publie un papier dans le numéro consacré à la santé sexuelle du magazine *Planned Parenthood in Europe*, nouvellement renommé *Choices: Sexuality and Family Planning in Europe*[159]. Pour le premier, l'intégration de la santé sexuelle dans la santé reproductive a été opérée pour atténuer les controverses possibles à propos des aspects de la sexualité. Mais il considère que la santé sexuelle est digne d'attention en elle-même, et que contrairement à la santé reproductive, elle ne relève pas tant du domaine médical que de celui de l'éducation sexuelle, de l'acceptation de soi et

[158] Voir *infra* p. 384.

[159] LOTTES, « New Perspectives on Sexual Health », *art. cit.*, 2000, p. 13.

de la communication avec le ou la partenaire (problèmes que l'on rencontre surtout dans les pays occidentaux). En revanche, la santé reproductive relève du domaine médical, en tant qu'elle concerne « des problèmes médicaux liés à la grossesse, à la procréation et à la petite enfance » (problèmes que l'on rencontre surtout dans les pays pauvres)[160]. Klouda fait une distinction similaire, la santé sexuelle s'entendant dans un cadre relationnel, tandis que la santé reproductive est liée aux organes reproducteurs, à la fertilité, aux services cliniques et aux maladies[161].

Quant à Lottes, qui cite ces auteurs, elle insiste sur le chevauchement existant entre ces deux types de santé. Ainsi, si les infections sexuellement transmissibles peuvent porter atteinte à la santé sexuelle en ayant des effets sur le plaisir sexuel, elles peuvent aussi, pour certaines d'entre elles, limiter la fertilité des femmes ou porter atteinte à la santé des nouveau-nés. En outre, si l'accès aux contraceptifs relève du champ de la santé reproductive, il est aussi important pour pouvoir jouir de sa sexualité sans se soucier d'une grossesse non désirée. De fait, la pilule a représenté un contraceptif dont l'efficacité à particulièrement permis de dissocier la sexualité de la reproduction. Mais cette dissociation est en réalité un lien fort, puisque c'est par la maîtrise de la seconde que la première est supposée pouvoir se déployer librement. Lottes n'en conclut cependant pas que la santé sexuelle fasse partie de la santé reproductive, mais plutôt que la santé reproductive fait partie de la santé sexuelle. Pour elle, cette dernière couvre un champ plus large que la première, qui n'est qu'un des objectifs possibles, parmi d'autres, de la sexualité. En outre, elle souligne que considérer la santé sexuelle comme une composante de la santé reproductive exclut les homosexuel · le · s, les personnes de même sexe ne pouvant procréer dans le cadre de rapports homosexuels[162].

---

[160] KETTING Evert, « Sexual Health is Something Different », *Choices*, 1996, p. 1. Cité par LOTTES, « New Perspectives on Sexual Health », *art. cit.*, 2000, p. 15.

[161] KLOUDA Tony, « Sexual Health? How boring », *Choices*, 1996, pp. 7-12. Cité par LOTTES, « New Perspectives on Sexual Health », *art. cit.*, 2000, p. 16.

[162] LOTTES, « New Perspectives on Sexual Health », *art. cit.*, 2000, pp. 16-17. Le propos de Lottes sur les homosexuel.le.s ne tient pas compte du fait que l'orientation sexuelle ne décide pas des capacités reproductrices des personnes. C'est seulement le rapport sexuel entre personnes du même sexe qui, circonstanciellement, ne permet pas la fécondation.

Promotion d'une sexologie holistique

Dans les années 1970, la dissociation entre d'un côté la sexualité comme champ de plaisir et de l'autre la reproduction, et le retrait de la quasi-hégémonie de la planification familiale, sont opérés au profit de la sexologie. Une fois posé que les professionnel · le · s de la santé doivent être formé · e · s pour traiter des questions de sexualité dans l'exercice de leur profession, vient la question du contenu de cette formation. Les trois niveaux de soins en santé sexuelle permettent de distinguer trois niveaux de formation. Le niveau le plus élevé est celui de la sexologie. Cette formation permet non seulement de répondre aux objectifs éducatifs et de conseil, mais aussi au rôle thérapeutique.

Or, dans le premier rapport, est posée la question de l'élévation de la sexologie au rang de spécialité médicale. L'argument avancé est que ceci permettrait de « situer dans une meilleure perspective tout ce nouveau champ de formation des praticiens de la santé »[163]. Il s'agit de promouvoir l'enseignement d'une sexologie qui permette de répondre au cadre holistique de la santé sexuelle, et qui à ce titre déborde celui d'une spécialité déjà existante — comme l'urologie, la gynécologie, etc. —, tout comme celui de la somme des aspects sexuels dans chacune de ces spécialités.

Le rapport dégage ainsi trois conceptions de la sexologie : une fragmentaire, une additionnelle, et une que nous pouvons qualifier d'holistique. Ces qualifications sont d'abord d'ordre disciplinaire. La conception fragmentaire fait de la sexologie un aspect isolé au sein d'une spécialité médicale. Il y a ainsi l'aspect sexologique de l'urologie, celui de la psychiatrie, celui de l'endocrinologie, celui de la neurologie, etc.[164] Aucune coordination n'existe entre les aspects sexologiques de chacune de ces spécialités. La sexologie est donc réduite à un élément d'autres spécialités médicales, et n'est rien d'autre que l'aspect sexologique de l'urologie, l'aspect sexologique de la psychiatrie, etc. Nous pouvons conclure qu'il n'existe pas à proprement parler de sexologie, mais seulement des spécialités médicales au sein desquelles la question de la sexualité va parfois se poser. Si le rapport parle d'une conception qui « traduit un fractionnement presque total de la

[163] Mace, Bannerman et Burton, *L'enseignement de la sexualité humaine dans les établissements formant les personnels de santé*, *op. cit.*, 1974, p. 13.
[164] Ibid., pp. 14-15.

sexologie »[165], la constitution d'un tout ne réside bien que dans l'opération de fractionnement — *presque total* — qui dissout toute totalité de la sexologie.

La deuxième conception « réduit le champ de la sexologie à la simple somme des aspects de la sexualité qui sont couverts par les spécialités concernées »[166]. Le rapport souligne que la différence avec la conception précédente est la coordination. Ajoutons qu'elle réside aussi dans la constitution d'une totalité qui permet à la sexologie d'exister comme telle. Mais le tout n'est ici que la somme des parties. La sexologie ne serait donc que l'addition des aspects sexologiques de l'urologie, de la psychiatrie, etc. Quoi que pouvant être désignée comme un tout, elle n'est pas elle-même une spécialité en propre, mais reste assujettie aux autres spécialités médicales. Pour employer une métaphore biologique, il s'agit d'une sexologie « anatomique »[167]. Tout comme le corps considéré comme la somme des organes pris chacun isolément, la sexologie ne fait pas système, mais elle n'est qu'un assemblage. Autrement dit, elle est aussi fragmentaire que la première conception de la sexologie, à la différence près que les fragments se coordonnent, c'est-à-dire se positionnent les uns par rapport aux autres. Un arrangement est opéré qui ne modifie toutefois pas le contenu de chaque fraction, et qui ne produit pas non plus une entité qui serait autre chose que la simple somme de ces parties. Ainsi, l'ordre de l'aspect sexologique de chaque spécialité médicale réside dans la disposition de chacune de ces spécialités les unes par rapport aux autres, dans la mesure où l'aspect sexologique de l'urologie reste de l'urologie, celui de la psychiatrie reste de la psychiatrie, etc. La coordination n'est pas une interaction dynamique, et l'assemblage s'effectue de manière statique quant aux différentes spécialités médicales.

Enfin, la troisième conception de la sexologie fait des différents aspects sexologiques de chacune des spécialités, des « secteurs limités d'un domaine beaucoup plus vaste dont la portion principale n'est couverte par aucune autre branche de la médecine »[168]. Il s'agit de la sexologie en propre, qui ne procède pas des autres spécialités, et

---

[165] Ibid., p. 14.

[166] Ibid.

[167] Nous faisons usage de la distinction classique entre l'anatomie et la physiologie, la première prise dans une acception statique, la seconde dans une acception dynamique. Voir WOLFE, *La philosophie de la biologie avant la biologie*, *op. cit.*, 2019, pp. 91-92.

[168] MACE, BANNERMAN et BURTON, *L'enseignement de la sexualité humaine dans les établissements formant les personnels de santé*, *op. cit.*, 1974, p. 14.

dont les aspects sexologiques au sein de celles-ci ne sont que des régions localisées qui ressortissent *in fine* de la sexologie comme spécialité à part entière. La sexologie n'est donc pas réduite à d'autres spécialités, mais au contraire les aspects sexologiques des autres spécialités sont ramenés à la sexologie qui n'est pas que la somme de ces aspects. C'est en ce sens que nous la qualifions d'holistique. Pour reprendre notre métaphore biologique, il s'agit d'une sexologie « physiologique » référée à une « économie animale ». Il existe bien des parties sexologiques dans les spécialités médicales, mais le principe de leur assemblage n'appartient pas à ces spécialités, ni à leur coordination, mais à la sexologie elle-même. En outre, cette dernière est composée d'autres éléments que les parties des autres spécialités. La sexologie existe alors comme totalité qui a en elle ses propres principes d'organisation, comme l'économie animale désigne l'organisation du corps qui n'est pas que la somme des parties anatomiques statiques qui la composent.

La sexologie peut alors être érigée en spécialité médicale parce qu'elle n'est pas réductible aux autres spécialités, et qu'elle forme un tout en propre qui ne procède pas de la seule somme des parties des autres spécialités. Mais ce raisonnement au niveau disciplinaire est également supporté par le fait que l'objet de la sexologie n'est pas lui-même réductible aux objets des autres spécialités médicales. Rappelons qu'il s'agit en effet de situer dans une perspective adéquate le champ de la formation des praticiennes et praticiens de la santé. La justification d'une sexologie holistique sur le plan disciplinaire tient donc au champ qui en constitue l'objet, à savoir la sexualité. Plus précisément, dans les travaux de l'OMS, il est la santé sexuelle, elle-même entendue de manière holistique.

Définition holistique de la santé sexuelle

La santé sexuelle est caractérisée par l'OMS dès la rencontre de 1972. Elle est dite supposée réunir trois conditions fondamentales :

> 1) être capable de jouir d'un comportement sexuel et reproducteur en harmonie avec une éthique sociale et personnelle ;
> 2) être exempt de sentiments de crainte, de honte et de culpabilité, de fausses croyances et autres facteurs psychologiques qui inhibent la réaction sexuelle et perturbent la relation sexuelle ;

3) être exempt de troubles, maladies et déficiences organiques qui interfèrent avec les fonctions sexuelles et reproductrices.[169]

Cette caractérisation appelle plusieurs remarques. Tout d'abord, s'agit-il ou non d'une définition ? La formulation en français désigne les trois items listés comme des conditions fondamentales de la santé sexuelle, mais pas comme le contenu conceptuel de celle-ci. Or, il en va autrement de l'édition originale en anglais, qui dit : « Le concept de santé sexuelle inclut trois éléments de base »[170]. Du point de vue logique, les conditions d'une chose précèdent la chose qu'elles conditionnent. Dans la version française, il ne s'agirait donc pas d'une définition de la santé sexuelle. Cependant, si l'on se réfère à la version anglaise, les conditions de la santé sexuelle ne s'entendent pas ici comme des conditions de possibilité, mais comme des réquisits pour que l'on puisse parler de santé sexuelle, autrement dit comme les éléments constitutifs de son concept. De fait, les trois items de la santé sexuelle sont des états (« être… »), qui désignent la situation dans laquelle les personnes doivent se trouver pour que l'on puisse les dire sexuellement saines (*healthy*). La condition semble alors devoir s'entendre au sens de l'état, non de la fondation sur laquelle repose l'état.

En conséquence de quoi, la caractérisation de 1972 apparaît comme la première définition de la santé sexuelle proposée par l'OMS, avant celle que l'on considère habituellement être celle-ci en 1974. C'est aussi à cette conclusion que nous mène, selon une démarche non analytique comme ci-dessus mais simplement descriptive, le propos de Pasini. Alors qu'il revient sur les deux réunions de l'OMS de 1972 et 1974, il dit que celles-ci « ont proposé *des* définitions de santé sexuelle devant être insérées dans la notion plus générale de santé qui est à la base de la philosophie du fonctionnement de l'Organisation »[171]. Il cite précisément les trois éléments de base du « concept de santé sexuelle » d'une part, puis la définition de 1974 d'autre part, qu'il estime plus précise[172], et sur laquelle nous allons revenir plus bas. Décidément, la définition de 1974 (ou de 1975 si

[169] Ibid., p. 10.

[170] « *The concept of sexual health includes three basic elements* ». Mace, Bannerman et Burton, *The Teaching of Human Sexuality in Schools for Health Professionals*, *op. cit.*, 1974, p. 10.

[171] Pasini, « Nécessité d'un enseignement, situation dans le monde », *art. cit.*, 1975, p. 99. Souligné par nous.

[172] Ibid., p. 100.

l'on retient l'année de parution du rapport correspondant), décrite comme la première définition de la santé sexuelle par l'OMS[173], n'en est bien que la deuxième.

Les trois éléments de la première couvrent aussi bien les plans physiques et psychologiques, que sociaux et éthiques, ce qui donne son caractère holistique à la santé sexuelle. Les dimensions sociales et éthiques sont énoncées en premier. Elles réfèrent à une positivité (jouir de), et pas seulement à l'absence de troubles psychologiques (deuxième item) et de maladie physique (troisième item), conformément à la définition positive de la santé. Comme chez Calderone, on retrouve en outre l'élément éthique au cœur du concept de santé sexuelle, et pas seulement, comme chez Bigelow, au cœur de l'éducation sexuelle. Ce déplacement repose sur la sanitarisation de cette éducation, alors que chez Bigelow, l'élément sanitaire était restreint à la première phase de l'éducation sexuelle. La préface du premier rapport de l'OMS a bien inscrit ses travaux dans un cadre « d'éducation sanitaire » au sein de laquelle il s'agit de prodiguer « des conseils et un enseignement dans le domaine du comportement sexuel »[174].

Par ailleurs, la dimension reproductrice est présente dans cette définition, dans les premier et troisième items. C'est d'abord sous l'angle comportemental qu'elle est énoncée, dans son lien avec la manière de se conduire. La référence à l'éthique sociale fait écho à la question du contrôle des naissances. La version anglaise fait d'ailleurs explicitement mention du terme de contrôle, qui disparaît dans la version française. Elle parle en effet de la capacité « à jouir et à contrôler le comportement sexuel et reproductif »[175]. C'est ensuite sous l'angle physique fonctionnaliste qu'est abordée la reproduction. L'absence de troubles, de maladies et de déficiences organiques au niveau reproductif fait partie de la santé sexuelle.

---

[173] GIAMI, « Sexual Health: The Emergence, Development, and Diversity of a Concept », *art. cit.*, 2002, p. 10 ; EDWARDS et COLEMAN, « Defining Sexual Health », *art. cit.*, 2004, p. 191. Curieusement, lorsqu'il cite la définition de 1975, Giami accole deux passages de la section qui lui est consacrée en supprimant le rappel de la définition de 1972, pourtant intercalé entre ces deux passages dans le rapport.

[174] MACE, BANNERMAN et BURTON, *L'enseignement de la sexualité humaine dans les établissements formant les personnels de santé*, *op. cit.*, 1974, p. 7.

[175] « *[...] a capacity to enjoy and control sexual and reproductive behavior* ». MACE, BANNERMAN et BURTON, *The Teaching of Human Sexuality in Schools for Health Professionals*, *op. cit.*, 1974, p. 10 ; La reprise de ces éléments, dans le rapport en français de la rencontre de 1974, réintroduira l'idée de contrôle, en ajoutant : « [...] en en ayant la pleine maîtrise [...] ». ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Formation des professionnels de la santé aux actions d'éducation et de traitement en sexualité humaine*, *op. cit.*, 1975, p. 7.

La dimension éthique du premier item renvoie à l'éducation. C'est aussi le cas de l'item psychologique. Nous avons vu que l'ignorance est ce qui constitue la cible de l'éducation sexuelle. Le mouvement d'hygiène sociale américain tout comme le SIECUS ont particulièrement insisté sur ce point. Les fausses croyances sont des éléments de l'ignorance, et il s'agit d'en débarrasser les individus. C'est aussi l'ignorance sous la forme des fausses idées culpabilisatrices qu'il faut combattre. Le rapport regroupe ces différents éléments d'ignorance sous le terme de « carences éducationnelles »[176] (*educational deficiencies* dans la version anglaise[177]), qu'il s'agit de diagnostiquer et de traiter en plus des troubles physiques, objets du troisième item.

Le concept de santé sexuelle est donc élaboré dans le cadre de l'approche éducationnelle, qui en oriente les termes. En ce sens, l'OMS n'inaugure pas une définition de la santé sexuelle, elle ne fait qu'en reprendre les éléments posés tout au long de la première moitié du XXe siècle et dans les deux décennies qui ont suivi la Seconde Guerre mondiale. En particulier, l'empreinte éducationnelle reprise par les mouvements de planification familiale est patente en 1972. Dès lors, les trois points qui constituent la santé sexuelle sont ceux que « tout programme d'éducation sexuelle doit couvrir »[178]. Ainsi, l'éducation sexuelle revient-elle à l'éducation à la santé sexuelle, qui inclut le contrôle des fonctions reproductrices. L'expression d'« éducation en santé sexuelle » est d'ailleurs utilisée dans le rapport de la réunion de 1974[179].

Enfin, cette définition contient deux concepts dont l'un est issu de Kinsey, et l'autre de Masters et Johnson : celui de comportement sexuel pour le premier, et celui de réaction sexuelle (*sexual response*) pour les seconds, sur lequel nous reviendrons.

En 1974, le rééquilibrage entre le domaine de la planification familiale et celui de la sexologie va conduire à une modification de la définition de la santé sexuelle, considérée habituellement comme la première définition de l'OMS :

---

[176] MACE, BANNERMAN et BURTON, *L'enseignement de la sexualité humaine dans les établissements formant les personnels de santé*, *op. cit.*, 1974, p. 9.

[177] MACE, BANNERMAN et BURTON, *The Teaching of Human Sexuality in Schools for Health Professionals*, *op. cit.*, 1974, p. 10.

[178] MACE, BANNERMAN et BURTON, *L'enseignement de la sexualité humaine dans les établissements formant les personnels de santé*, *op. cit.*, 1974, p. 10.

[179] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Formation des professionnels de la santé aux actions d'éducation et de traitement en sexualité humaine*, *op. cit.*, 1975, p. 8.

> La santé sexuelle est l'intégration des aspects somatiques, affectifs, intellectuels et sociaux de l'être sexué, réalisée selon des modalités épanouissantes qui valorisent la personnalité, la communication et l'amour.[180]

On retrouve, bien sûr, la conception holistique, exprimée par le concept d'intégration. L'usage de ce terme renforce le caractère holistique de la définition. En revanche, les éléments qui composent la définition ont sensiblement changé. Certes, on retrouve les dimensions physiques (somatiques), psychologiques (affectives) et sociales. Mais s'ajoute une dimension intellectuelle (le terme est le même en anglais) d'une part, et un cadre mélioriste qui était absent de la précédente définition, tourné vers le développement personnel et manifestement centré sur la relation conjugale, avec les références à la communication et l'amour. Au demeurant, nonobstant l'aspect intellectuel, qui apparaît ici pour la première fois — et qui disparaîtra ensuite —, les autres éléments ne sont pas tout à fait nouveaux dans l'histoire du concept de santé sexuelle. Nous avons déjà vu chez Calderone comment elle articule la santé sexuelle à l'amour et à la bonne entente conjugale, qui reposent sur le bon développement du processus de sexualisation en un sens identitaire. L'épanouissement et la valorisation dont il est question, renvoient de leur côté au caractère positif de la santé sexuelle, dans le cadre d'une dynamique d'amélioration telle que décrite par Gayon et Bateman (la version anglaise dit que l'intégration des différents aspects de l'être sexué se réalise « d'une manière positivement enrichissante et qui améliore la personnalité, la communication et l'amour »[181]).

Cette définition ne fait en outre aucune référence à la reproduction. C'est même l'aspect hédonique de la sexualité qui est souligné, lorsque le rapport précise que « le droit à l'information sexuelle et au plaisir » est étroitement lié à cette conception de la santé sexuelle[182]. Ce n'est qu'ensuite qu'est rappelée la définition issue de la rencontre de 1972, dans laquelle il est fait mention de la fonction reproductrice. Mais c'est pour en déduire un commentaire qui insiste sur le fait que « la notion de santé sexuelle implique

---

[180] Ibid., p. 6.

[181] « *Sexual health is the integration of the somatic, emotional, intellectual, and social aspects of sexual being, in ways that are positively enriching and that enhance personality, communication, and love* ». World Health Organization, *Education and Treatment in Human Sexuality: the Training of Health Professionals, Report of a WHO Meeting*, Geneva, World Health Organization, 1975 (Technical Report Series 572), p. 6.

[182] Organisation mondiale de la Santé, *Formation des professionnels de la santé aux actions d'éducation et de traitement en sexualité humaine*, *op. cit.*, 1975, p. 6.

une approche positive de la sexualité humaine », qui consiste en sa dimension méliorative, tout en soulignant explicitement l'insuffisance de la dimension de la procréation, au même titre que celle des maladies sexuellement transmissibles : « les soins de santé sexuelle [ne doivent pas] se ramener à la prestation de conseils et de traitements en matière de procréation ou de maladies à transmission sexuelle »[183]. Certes, lorsque la conclusion du rapport rappelle les points sur lesquels la réunion a abouti à un consensus, il est dit que « chacun a le droit d'envisager l'exercice de la sexualité aussi bien dans la perspective du plaisir que dans celle de la procréation »[184]. Mais la mise en retrait du cadre de la planification familiale au profit de celui de la sexologie est patente. Ce faisant, le concept de santé sexuelle, porté par la planification familiale sanitarisée, devient l'objet de la sexologie, alors qu'il n'appartient pas, jusqu'ici, à son histoire. Le chapitre qui ouvre le deuxième rapport et qui porte sur la place de la sexologie dans les programmes de santé, s'ouvre ainsi avec la définition de la santé sexuelle.

III.2.2 — Santé sexuelle et sexologie médicale : Abraham et Pasini

La définition positive et holistique de la santé sexuelle paraît être adéquate à une sexologie elle-même holistique, qui valorise une approche positive de la sexualité. La science de la santé sexuelle semble ainsi être, désormais, la sexologie. Pourtant, l'articulation de la santé sexuelle à la sexologie intervient dans un contexte où se trouvent en tension plusieurs approches de la sexualité relevant de la *scientia sexualis* : une sexologie cognitivo-comportementale dans la lignée de Kinsey et de Masters et Johnson, une sexologie médicale qui est défendue dans le premier rapport de l'OMS sur la santé sexuelle et la formation des professionnel · le · s de santé, et la psychanalyse (ou, plus largement, les approches dites psychodynamiques). Ces tensions s'expriment aussi bien dans les rapports de l'OMS que dans une littérature alentours, alors que la psychiatrie est en crise quant à son modèle de la maladie mentale, et que se prépare l'évolution du DSM vers

[183] Ibid., p. 7.
[184] Ibid., p. 25.

une classification des troubles mentaux se voulant résolument scientifique, contre l'empreinte psychanalytique qui l'habite jusqu'alors. Au moment où il est institutionnalisé par l'OMS, le concept de santé sexuelle se trouve ainsi au cœur d'une crise majeure du champ de la *scientia sexualis*, qui oppose des conceptions différentes de la science et de l'être humain, et qui interroge de nouveau les catégories du normal et du pathologique dans le domaine de la sexualité.

Hégémonie de la sexologie médicale ?

Dans le premier rapport de l'OMS, la sexologie qui prend pour objet la santé sexuelle est médicale. Il s'agit d'un concept défendu en particulier par Pasini et Abraham. Nous en avons déjà mis en évidence le caractère holistique sur le plan disciplinaire. Il ne s'agit pas seulement d'interdisciplinarité, mais de la constitution d'une spécialité en tant que telle, sous laquelle son subsumés les aspects sexologiques des autres spécialités, et dont le champ dépasse le cadre de la somme de ces aspects. L'objet de la sexologie médicale est en outre lui-même holistique, en recouvrant le physique, le psychologique et le social en particulier, sans réduction à l'un ou l'autre de ces domaines. Il ne s'agit pas non plus d'une simple sommation, mais d'une intrication qui forme un tout.

Mais pourquoi cette sexologie est-elle dite médicale, et en quoi consiste-t-elle plus précisément ? La qualification de « médicale » tient d'abord au cadre dans lequel la question de la sexologie est posée. Les rapports de l'OMS étant logiquement centrés sur la formation des professionnel · le · s de santé, le champ de réflexion est tout aussi logiquement sanitaire. L'éducation est donc sanitaire, de même que la sexualité. Toutefois, le champ du sanitaire ne saurait être considéré comme strictement superposable au champ du médical. Si l'angle de la santé oriente la question de l'éducation et celle de la sexualité, elle aurait pu également orienter celle du contenu de la formation des personnels de santé, et proposer une sexologie sanitaire.

La spécification médicale de la sexologie ne peut donc être expliquée seulement par le cadre sanitaire des travaux de l'OMS. Le point de départ de la proposition d'élever la sexologie au rang de spécialité médicale est le champ du médical lui-même, non celui du sanitaire considéré globalement. Les conceptions de la sexologie décrites dans le premier rapport suivent une remarque sur le fait que le traitement des affections sexuelles a

été réparti jusqu'ici entre différentes spécialités médicales, comme l'urologie, la psychiatrie, l'endocrinologie, la neurologie, la gynécologie, etc.[185] Il s'agit donc d'une entrée par la thérapeutique, qui mobilise des spécialités de la médecine. Et c'est bien le niveau thérapeutique, troisième strate des soins de santé sexuelle après l'éducation et le conseil, qui justifie dans le second rapport la primauté donnée à la sexologie sur la planification familiale dans le cadre de ces soins, dans le sens où c'est à ce stade que le niveau de formation requis est le plus exigeant.

Ainsi, le champ du sanitaire est plus vaste que celui du médical. Mais ce dernier se situe au sommet de la hiérarchie des soins prodigués au sein du premier. Si la santé sexuelle peut être abordée par des éducatrices et éducateurs, seul · e · s les médecins sont en mesure de traiter les pathologies sexuelles. Parce qu'elle nécessite des compétences plus exigeantes que pour l'éducation et le conseil, la compétence thérapeutique donne ses lettres de noblesse à la sexologie, dès lors médicale. Le champ de la santé sexuelle est divisé en des rôles préventif et thérapeutique, et seule la sexologie médicale endosse ce dernier, tandis que l'éducation et le conseil relèvent de la prévention. La reprise de la formulation promue par Calderone, dans le premier rapport, de la qualification de l'éducation sexuelle comme action de médecine préventive, n'érige pas pour autant toute prévention au rang médical, dans la mesure où celle-ci peut être mise en œuvre par des non-médecins. Depuis l'Antiquité, il appartient aux médecins de mener des actions de prévention, mais toute action de prévention sanitaire ne suffit pas à faire de ses actrices et acteurs des médecins. Seul le corps médical a la charge de la thérapie, et c'est ce qui fait sa spécificité et son rang hiérarchique dans les soins de santé sexuelle. Les pathologies sexuelles constituent le domaine réservé de la sexologie médicale.

Ceci est clairement établi dans le premier rapport de l'OMS. S'il est dit que « seul le sexologue est capable de comprendre pleinement et de traiter efficacement toute la pathologie sexuelle »[186], il s'agit du médecin-sexologue. Renvoyant à des pays qui ont constitué la sexologie en spécialité médicale, le rapport assoit le caractère de domaine réservé de la sexologie, en soulignant que ces pays se proposent à terme « de retirer aux

[185] Mace, Bannerman et Burton, *L'enseignement de la sexualité humaine dans les établissements formant les personnels de santé*, *op. cit.*, 1974, p. 14.
[186] Ibid.

non-sexologues la prise en charge des sujets souffrant de troubles sexuels »[187]. En conséquence de quoi, la sexologie ne pourra être que médicale.

Elle est ainsi présentée comme seule discipline capable de prendre en charge les troubles sexuels, et comme une spécialité médicale. Le paragraphe suivant ne parle alors pas globalement des « sexologues », mais seulement des « médecins sexologues », dont la formation au cours du XXe siècle a permis d'ériger la sexologie au rang de spécialité solidement constituée :

> La formation de médecins sexologues, inaugurée par l'Institut de Sexologie de Prague (fondé en 1921)[188], a maintenant abouti à la constitution de la sexologie en spécialité autonome dotée de sa méthodologie propre qui lui permet d'étudier tous les symptômes pertinents et d'en déduire un diagnostic final et un plan thérapeutique approprié.[189]

Mais ce qui, dans le premier rapport de l'OMS, se dessine comme la revendication d'une hégémonie médicale en sexologie, mue notamment par l'accès à la reconnaissance comme spécialité médicale, apparaît beaucoup moins accentuée dans le deuxième rapport, alors même que la sexologie y devient centrale. Tandis que dans le premier rapport, une forme de domination de la planification familiale éducative se fait sentir, et que la sexologie revendique le champ thérapeutique, dans le rapport suivant, la sexologie qui désormais domine, ne s'énonce plus comme nécessairement médicale, tandis que l'importance de l'éducation sexuelle préventive est rappelée. De fait, la sexologie n'y est plus du tout spécifiée comme médicale.

Le champ de la sexologie semble être celui de la sexualité humaine qui ne se réduit pas qu'aux aspects médicaux, de même que les soins en santé sexuelle ne se réduisent pas à ces aspects. La suite du rapport laisse entendre que la formation en sexologie est la formation en sexualité humaine, ce en quoi la sexologie ne peut pas être seulement médicale. Pour répondre aux besoins de soins en santé sexuelle, il est dit que certes des sociétés médicales, mais aussi des associations de planification familiale et des bureaux de conseil conjugal « ont organisé des programmes spéciaux de formation à l'intention

---

[187] Ibid.

[188] Précisons que le premier Institut de sexologie (*Institut für Sexualwissenschaft*) fut fondé en 1919 à Berlin par Magnus Hirschfeld. Il s'agissait d'un centre de recherche et d'un lieu d'accueil. Voir CHAPERON, *Les origines de la sexologie (1850 - 1900)*, *op. cit.*, 2012, p. 240. Celui de Prague cependant était public, tandis que celui de Hirschfeld était privé.

[189] MACE, BANNERMAN et BURTON, *L'enseignement de la sexualité humaine dans les établissements formant les personnels de santé*, *op. cit.*, 1974, p. 14.

de leurs membres »[190]. Si ces programmes sont considérés comme souvent insuffisants, ils doivent être retravaillés dans un sens qui ne soit pas réservé au corps médical, mais bien toujours adressés aux membres de ces associations et bureaux de conseil. Les formations sexologiques ne sont donc pas réservées aux écoles de médecine, et « les discussions ont fait ressortir la nécessité d'assurer une formation à tous les niveaux », comme le rappelle le passage consacré aux catégories de personnels de santé à éduquer et à former[191]. Plus loin, une distinction est faite entre la sexologie et la thérapie sexuelle : « certaines universités ont institué des programmes spéciaux ou des départements entiers pour la recherche et l'enseignement sexologique, parfois aussi pour la thérapie sexuelle »[192]. Si la thérapie est le domaine réservé de la sexologie médicale, et qu'il existe un enseignement de sexologie qui n'inclut pas celui pour la thérapie, alors le champ de la sexologie est plus large que celui qu'elle trouve dans le champ médical. Mais c'est aussi vrai du domaine thérapeutique lui-même, qui ne se réduit pas au champ médical. Ainsi, alors que le rapport recense les différentes thérapies sexuelles, on peut lire : « La plupart des thérapies font actuellement moins fond sur le modèle d'orientation médicale qui est couramment appliqué au diagnostic et au traitement des dysfonctions sexuelles »[193]. On retrouve en effet dans les approches recensées la psychanalyse, l'hypnose, la thérapie de couple, etc. Ceci signifie également que le champ de la santé sexuelle, objet de la sexologie, n'est pas réductible au domaine médical, pas même du point de vue de la démarche thérapeutique. Toutefois, dans l'ouvrage intitulé *Introduction à la sexologie médicale*, dans leur chapitre sur le programme d'enseignement à Genève, Geisendorf et Pasini réservent la formation en sexothérapie aux médecins (aux psychiatres en particulier) — sexothérapie qui inclut les thérapies conjugales de même que les psychothérapies[194].

---

[190] Organisation mondiale de la Santé, *Formation des professionnels de la santé aux actions d'éducation et de traitement en sexualité humaine*, *op. cit.*, 1975, p. 10.
[191] Ibid., p. 12.
[192] Ibid., pp. 15-16.
[193] Ibid., p. 22.
[194] Geisendorf et Pasini, « Le programme genevois d'enseignement », *art. cit.*, 1975, p. 113.

La sexologie médicale et la sexualité normale

Si la sexologie médicale ne recouvre pas tout le champ de la sexologie, elle nous est apparue comme retirant sa spécificité du fait de prendre en charge les pathologies sexuelles. Cependant, Abraham et Pasini entendent en faire une spécialité médicale tournée vers la sexualité normale. Que l'objet de la sexologie puisse être la sexualité normale est énoncé dans le deuxième rapport de l'OMS. C'est aussi l'idée défendue par Abraham et Pasini dans leur *Introduction à la sexologie médicale* paru en 1975[195]. Cette orientation est adossée au concept de santé sexuelle, dont la définition positive ne réduit pas celle-ci à l'absence de maladies. Comme le dit Coleman, le champ de la sexologie s'est transformé pour s'engager sur le terrain de la santé et de la normalité après la Seconde Guerre mondiale[196]. Cependant, ce dernier distingue cette sexologie, pluridisciplinaire, de l'approche médicale. Or, Abraham et Pasini entendent bien orienter la sexologie *médicale*, elle-même considérée comme pluridisciplinaire ou plutôt comme une discipline holistique, sur le terrain de la santé et de la normalité, en se référant aux travaux de l'OMS et à sa deuxième définition (1974) de la santé sexuelle.

Nous avons vu que dans le premier rapport, la sexologie médicale trouvait surtout sa justification dans le traitement thérapeutique des problèmes sexuels. Dans le second, il est clairement souligné que l'objet de la sexologie est aussi la sexualité normale. Il est dit en effet que les récentes recherches sur la physiologie de la réponse sexuelle (les travaux de Masters et Johnson), l'identification sexuée (on pense à Calderone, mais aussi à Money et ses travaux sur le genre), et sur les pratiques sexuelles (les enquêtes de Kinsey), éclairent « d'un jour nouveau l'activité sexuelle normale », et permettent ainsi « de mieux comprendre et de mieux intégrer le comportement sexuel dans l'optique de la santé positive »[197]. Les études sur la sexualité normale conduisent à pouvoir envisager une approche sexologique sanitaire et pas uniquement pathologique, ou pas uniquement sous

---

[195] ABRAHAM Georges et PASINI Willy, *Introduction à la sexologie médicale*, Paris, Payot, 1975. L'ouvrage reprend des contributions publiées dans la revue suisse *Médecine et hygiène*. Voir BURGNARD, *Produire, diffuser et contester les savoirs sur le sexe*, *op. cit.*, 2012, p. 43.

[196] COLEMAN Eli, « From sexology to sexual health », in: AGGLETON Peter et PARKER Richard G. (éds.), *Routledge Handbook of Sexuality, Health and Rights*, London, Routledge, 2012 (Routledge handbooks), p. 135.

[197] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Formation des professionnels de la santé aux actions d'éducation et de traitement en sexualité humaine*, *op. cit.*, 1975, p. 11.

l'angle de la santé sexuelle réduite à l'absence de maladies ou d'infections sexuelles, ou à l'absence de perversions ou déviations sexuelles. Il s'agit d'aller contre une tendance forte identifiée par le rapport, en particulier en médecine :

> Une tendance répandue est également de mettre l'accent sur les comportements anormaux et déviants et sur les pathologies majeures. C'est ainsi que dans certaines écoles de médecine la sexualité n'est traitée que par les départements de médecine légale, de psychiatrie et de dermato-vénéréologie.[198]

Ainsi, « les médecins sont mieux préparés à s'attaquer à la douleur et à la maladie qu'à promouvoir le plaisir et le bien-être sexuels »[199]. On retrouve pratiquement mot pour mot ces propos dans le texte d'Abraham qui constitue le premier chapitre de l'*Introduction à la sexologie médicale*, alors qu'il traite de la question de la médecine face à la sexologie[200]. Abraham affirme que la médecine classique n'a pas fait du sexe son objet, et l'a même plutôt rejeté. La reproduction d'une part, et les aberrations sexuelles pathologiques intéressant la médecine légale d'autre part, ont fait exception. Au mieux, dit-il, une sexologie médicale a commencé à exister à partir de la fin du XIXe siècle et au début du XXe, avec Krafft-Ebbing, Ellis, Hirschfeld et Forel. Mais il s'agissait d'une sexologie descriptive et nosographique, ne proposant sur le plan thérapeutique que le traitement symptomatique. En outre, la sexologie en médecine restait marginale, et consistait surtout dans la prise en charge par les dermatologues des cas de maladie vénérienne[201].

Même la psychanalyse, qu'Abraham considère comme l'une des premières tentatives de compréhension plus systématique de la sexualité, est parcellaire, dans la mesure où elle réduit son approche aux manifestations névrotiques. L'auteur la rabat sur la psychiatrie, en tant que forme de « sexologie psychiatrique », tournée, donc, vers l'anormalité[202].

Selon l'auteur, ce n'est qu'à partir du milieu du XXe siècle, avec Kinsey, que l'intérêt pour la sexualité normale s'est développé. Mais l'approche sociologique statistique n'était encore que segmentaire, et sa perspective thérapeutique réside seulement dans

---

[198] Ibid.

[199] Ibid.

[200] ABRAHAM Georges, « Propos pour une philosophie de la sexologie », in: ABRAHAM Georges et PASINI Willy, *Introduction à la sexologie médicale*, Paris, Payot, 1975, p. 22.

[201] Ibid.

[202] Ibid.

l'élimination des préjugés. Il faudra attendre les années 1970 pour que « le sexe, et tout ce qui se réfère à lui, [vienne] s'intégrer progressivement dans la médecine officielle »[203].

Par « sexe », il faut entendre le « sexe normal », par opposition au sexe pathologique dont Abraham souligne qu'il a déjà été l'objet de la médecine (légale, psychiatrique). L'intégration à la médecine officielle dont il parle est un mouvement qu'Abraham défend, et son propos est une description que l'on peut dire militante.

Ce positionnement est répété, sous la forme d'une tournure programmatique, dans un chapitre rédigé par Pasini sur la nécessité de former les personnels de santé, dans une partie intitulée « La sexologie en médecine » : « On essaiera de mettre l'accent sur la sexualité normale plutôt que sur ses aspects pathologiques »[204]. Le psychiatre se réfère directement aux travaux de l'OMS. Après avoir dressé un rapide panorama de l'état de l'enseignement de la sexologie dans le monde, et en particulier dans les facultés de médecine, il propose de définir les principes qui devraient, selon lui, présider aux programmes d'enseignement de sexologie médicale dans les pays francophones. Ces principes sont commandés par l'objectif d'améliorer la santé sexuelle, dont Pasini rappelle les deux définitions proposées par l'OMS en 1972 puis 1974. Ils sont au nombre de trois : l'enseignement doit être adressé au personnel de santé dans son ensemble, et plus particulièrement au corps médical et paramédical ; son contenu doit intégrer les éléments d'éducation sexuelle, de conseil, et de thérapies. C'est ici que Pasini préconise de mettre l'accent sur la sexualité normale. Le troisième principe concerne le cadre d'enseignement, qui doit être les structures officielles d'enseignement, c'est-à-dire le cadre universitaire, et plus spécialement les facultés de médecine. À ce niveau se pose la question de savoir si la sexologie médicale peut être érigée au rang de spécialité médicale autonome.

L'un des enjeux de tels principes est d'assurer le caractère de scientificité de la sexologie en Europe continentale. Pasini note en effet que la sexologie s'y est développée « davantage au niveau extra-médical dans le cadre d'une sous-culture confondant facilement sexualité, érotisme et pornographie », à tel point, ajoute-t-il, que « les enquêtes sociologiques sur le comportement et les motivations sexuelles sont décrites dans les magazines à grand tirage plutôt que dans des revues spécialisées »[205]. Les rapports Kinsey

---

[203] Ibid., p. 23.

[204] Pasini, « Nécessité d'un enseignement, situation dans le monde », *art. cit.*, 1975, pp. 101-102.

[205] Ibid., p. 96.

dont on comprend qu'il est ici question, sont censés faire œuvre de science. C'est à ce titre qu'ils font référence pour Pasini, de même que les travaux de Masters et Johnson. L'usage des concepts de « comportement sexuel » et de « réaction sexuelle » dans les rapports de l'OMS, articulé à la promotion d'une sexologie médicale, ont pour motivation de faire reconnaître la sexologie comme une science. L'estampille américaine joue ici un rôle de légitimation et de garantie scientifiques[206].

Mais cette scientificité ne repose pas sur la médecine entendue dans son sens curatif appliqué aux cas les plus graves. D'une manière générale, la sexologie médicale ayant pour finalité la santé sexuelle est posée par opposition à la pathologie sexuelle lourde. Au modèle de pensée pathologique ou de sexologie anormale, s'opposerait un modèle de pensée sanitaire ou de sexologie normale. Le premier modèle ne recouvre pas seulement la psychopathologie, mais également la vénéréologie. Il inclut aussi bien les pathologies mentales que les maladies vénériennes. Les figures emblématiques de la sexologie au sens large que lui donnent Abraham et Pasini, qui regroupe l'ensemble des discours scientifiques sur le sexe — et auquel nous préférons substituer les termes foucaldiens de *scientia sexualis*[207] —, en sont le psychiatre et le dermatologue, les maladies vénériennes se traduisant par des lésions cutanées.

Le second modèle est celui de la santé sexuelle, qui ne consiste pas qu'en l'absence des pathologies et maladies précitées, qui n'en sont pas l'objet principal. La discipline qui prend la santé sexuelle pour objet est pourtant bien dite médicale. Se posent alors trois questions : que désigne la sexualité normale ? Revient-elle à la santé sexuelle, par le jeu d'une superposition de la normalité et de la santé ? En quoi la sexologie médicale est-elle médicale ?

---

[206] Pour une analyse des conditions de possibilité de la réception des travaux américains en Suisse, et de l'usage stratégique de l'américanisme comme référentiel imaginaire pour que la sexologie soit considérée comme une science, voir Kraus Cynthia, Mottier Véronique et Barras Vincent, « Kinsey, Masters & Johnson, et Kaplan en Suisse : naissance d'une clinique des troubles sexuels (Lausanne, 1950-1980) », *Histoire, médecine et santé* (12), 2017, pp. 99-129.

[207] Ceci afin de conserver au son sein de la *scientia sexualis* les distinctions entre la physiologie sexuelle, la science sexuelle, la psychopathologie sexuelle psychiatrique, la sexologie, la sexuologie, la psychanalyse, etc., dans la mesure où ces différentes branches engagent des styles de compréhension différents, et où leur distinction est importante pour retracer le parcours des usages du concept de santé sexuelle.

Santé sexuelle et sexualité normale

Lorsque Pasini invite à ce que l'accent soit mis sur la sexualité normale dans l'enseignement de la sexologie médicale, il ajoute que dans ce cas, il s'agit « de donner une large place aux dysfonctions courantes », parmi lesquelles il cite l'éjaculation précoce et l'incapacité orgasmique. Il distingue ces dysfonctions de la « macro-pathologie impressionnante, mais rare »[208]. Il oppose ainsi « la pathologie "monstrueuse" » aux « petites dysfonctions sexuelles fréquentes »[209]. On comprend que la sexualité normale est celle qui est affectée par des dysfonctions ordinaires — on pourrait dire par des dysfonctions normales, au sens où elles sont habituelles. Nous avons alors affaire à ce qui paraît être un oxymore. Toutefois, cette idée de dysfonction normale manie deux concepts distincts de la normalité. La dysfonction est anormale relativement à une norme fonctionnelle biologique, en ce qu'elle réfère à des phénomènes biologiques comme l'éjaculation ou l'orgasme. C'est une norme établie par rapport à un effet physique attendu. La normalité de l'ordinaire s'entend quant à elle en un sens statistique. La normalité de la dysfonction sexuelle réside donc dans sa fréquence statistique, qui n'est pas contradictoire avec le fait que la dysfonction désigne une anormalité selon un effet physique attendu.

Peut surgir cependant une tension interne à ce concept, dans la mesure où la détermination de la fonction normale peut elle-même être établie statistiquement. C'est précisément ce que propose Boorse pour fonder le concept de santé. Dès lors, la normalité fonctionnelle serait déterminée par la fréquence du fonctionnement, ce qui entrerait en contradiction avec le fait de considérer comme normal, au sens de statistiquement fréquent, le dysfonctionnement. Si l'éjaculation précoce est un dysfonctionnement normal car fréquent, comment peut être établi que l'éjaculation qui fonctionne normalement est celle qui est elle-même fréquente ? On en viendrait à conclure que l'éjaculation précoce décrit le bon fonctionnement de l'éjaculation, ce qui exclurait alors de la qualifier de dysfonctionnelle[210]. L'idée de « dysfonction normale » exclut donc que la fonction soit déterminée par la fréquence statistique.

---

[208] Pasini, « Nécessité d'un enseignement, situation dans le monde », *art. cit.*, 1975, p. 102.

[209] Ibid., p. 95.

[210] L'exemple de l'éjaculation précoce, cité par Pasini, pose en outre le problème, du point de vue de l'approche fonctionnelle, que celle-ci ne peut être considérée comme dysfonctionnelle sur le plan organo-

Ceci reconduit la question de la définition de la normalité qui est censée être l'objet de la sexologie. Dans un chapitre de l'*Introduction à la sexologie médicale*, le psychiatre et psychanalyste suisse André Haynal, en collaboration avec le psychanalyste suisse Philippe Kocher, aborde la question de la notion de normalité en sexologie[211]. Afin de poser les termes du problème et d'en souligner la difficulté, il rappelle que qualifier quelqu'un de normal ou d'anormal, c'est porter un jugement sur son comportement. Il distingue des jugements d'ordre médical, juridique et philosophico-éthique, et insiste sur le fait que l'interaction entre ces différents plans rend l'entreprise de définition de la normalité particulièrement complexe, ce qui la confronte à « des problèmes quasi inextricables »[212]. La normalité au sens statistique du terme, ainsi que celle au sens biologique fonctionnel sont signalées. S'ajoute une normalité entendue comme un idéal social, d'ordre philosophico-éthique. L'auteur détaille alors ces différentes normalités pour en préciser le contenu. Il commence par la normalité idéale, qui réside dans la sexualité conjugale à but procréatif, fondée sur l'amour. Il l'oppose à la normalité statistique définie par la fréquence, dont les travaux de Kinsey représenteraient le prototype :

> Ainsi, parmi les critères de la sexualité normale, l'intégration de l'amour dans la sexualité au sein du couple serait l'un des plus importants dans le contexte social actuel, pour autant qu'on se place du point de vue d'une normalité idéale plutôt que d'une normalité réalisée ou statistique.[213]

De fait, la seconde définition de la santé sexuelle par l'OMS est conjugo-centrée et réfère à l'amour. C'est aussi dans le rapport où est énoncée cette définition que sont mobilisées des références à la sexothérapie conjugale avec Masters, Johnson et Kaplan. Cependant, Haynal ne semble pas lui-même très convaincu par cette conception de la normalité, qu'il qualifie précisément d'idéal, et qui est contredite, selon ses propres dires, par la constatation factuelle mesurée statistiquement[214].

---

physiologique. Au contraire, une éjaculation rapide peut être considérée comme le fait d'un bon fonctionnement organo-physiologique. La « précocité » introduit en réalité un jugement de valeur, selon lequel il n'est pas bien que l'éjaculation intervienne avant l'orgasme de la partenaire. Elle est donc d'emblée un concept de la conjugalité et de son harmonie.

[211] HAYNAL André, « La notion de normalité en sexologie », in: ABRAHAM Georges et PASINI Willy, *Introduction à la sexologie médicale*, Paris, Payot, 1975, pp. 28-37.

[212] Ibid., p. 28.

[213] Ibid., p. 31.

[214] Ibid., p. 36.

Il convoque également un autre champ d'établissement de la normalité sexuelle : la psychanalyse. Elle produirait aussi une forme d'idéal, celui de la génitalité, qualifiée d'utopique par Erikson qu'Haynal cite, en ce que celle-ci devrait inclure : la mutualité de l'orgasme, avec un partenaire aimé, de l'autre sexe, dont on peut et veut partager la confiance, avec lequel on peut et veut accorder son cycle de travail, de procréation et de récréation, et ce afin d'assurer aux enfants un développement satisfaisant[215] — celui que Calderone défendait en s'inscrivant justement dans le cadre développemental posé par Erikson[216]. Là encore, il s'agit de l'idéal de l'amour conjugal. Mais Haynal le rapporte à la normalité fonctionnelle, en tant que l'un des buts fonctionnels de la sexualité serait « la création de liens »[217] — auquel contreviendrait le fait de se focaliser sur soi et sur l'érotisme prégénital, en-deçà de la relation d'objet.

Le positionnement de Haynal sur ces questions n'est pas très clair. Il semble cependant accréditer l'idée psychanalytique d'une maturité génitale rendant possible un « "partnership équilibré", permettant une certaine indépendance et une satisfaction profonde de chacun des deux partenaires », dont il se méfie tout de même en tant qu'il constitue un idéal[218].

Le texte d'Haynal ne permet pas d'établir ce qu'il faut entendre par « sexualité normale » eu égard à la santé sexuelle, dans le cadre d'une sexologie médicale qui en fait son objet. La norme de l'amour conjugal ressort tout de même, que l'on retrouve dans son propos comme dans la définition de la santé sexuelle[219]. À ceci s'ajoute l'idée d'épanouissement et d'amélioration, également contenue dans cette définition, qui dessine les contours d'une normalité sexuelle qui soit positivement qualifiée. L'idée de plaisir en particulier, ne renvoie pas qu'à l'absence de douleur. Autrement dit, le traitement des

---

[215] Ibid., p. 31.

[216] Voir *infra* p. 374.

[217] Haynal, « La notion de normalité en sexologie », *art. cit.*, 1975, p. 32.

[218] Ibid., p. 34.

[219] Le concept de sexologie médicale est principalement porté par les sexologues genevois qui l'ont introduit dans les réunions de l'OMS. Burgnard, qui a étudié l'émergence de la sexologie en Suisse romande, a compulsé le corpus sexologique des années 1970 produit par et autour de Geisendorf, Pasini et Abraham. Elle conlut que « l'association sexualité-amour traverse tout le corpus, essentiellement incarnée [...] dans la figure du couple ». Burgnard, *Produire, diffuser et contester les savoirs sur le sexe*, *op. cit.*, 2012, p. 64.

« dysfonctions normales » ne consiste pas qu'à les faire disparaître, mais à permettre un épanouissement qu'elles entravent, mais dont l'absence ne suffit pas à le réaliser.

De son côté, Abraham fournit également des éléments pour définir la sexualité normale et son rapport à la santé sexuelle. Après avoir qualifié les débuts de la sexologie médicale comme descriptive, il décrit l'intégration du sexe à la médecine officielle à son époque comme développant une approche globale plutôt que segmentaire, tournée vers « la thérapie de la fonction »[220]. La normalité sexuelle serait donc fonctionnaliste. Mais, précise Abraham, cette thérapie n'est pas à entendre « comme une élimination pure et simple d'un symptôme gênant, comme l'aurait entreprise l'ancienne attitude médicale ». Au contraire, et conformément à la définition positive de la santé sexuelle, le rétablissement fonctionnel permet « une récupération de la plénitude vitale de l'individu ». Il poursuit : « Un bon fonctionnement qui ne se réduit pas en somme à une réparation mécanique, mais qui est apte à stimuler l'élan vers le bonheur »[221]. Si la normalité est fonctionnelle, elle l'est pour autant que la fonction s'entende en un sens vitaliste par opposition à une conception mécaniciste, autrement dit en tant que fonction du vivant comme vivant, dans une optique dynamique qui ouvre la voie au bonheur. Assurément, la normalité sexuelle revient à la santé sexuelle définie positivement, et le normal est superposable au sanitaire. Le fil des usages du concept de santé sexuelle au XIXe siècle et dans les années 1970 est retrouvé.

Mais une telle conception de la normalité-santé sexuelle, à la fois holistique et aux accents vitalistes, pose problème. Tout d'abord, elle entre en tension avec les conceptions des figures de la sexothérapie conjugale que sont Masters, Johnson et Kaplan, qui n'emploient pas, à cette époque, le concept de santé sexuelle. La sexologie médicale d'Abraham et Pasini ne paraît pas rejoindre la sexothérapie des sexologues qui sont pourtant convoqué · e · s dans les discussions au sein de l'OMS — et auxquelles l'une, Kaplan, participe même. Or, la sexothérapie conjugale met elle-même en évidence des tensions entre l'approche psychodynamique et l'approche cognitivo-comportementale dans le traitement des dysfonctions sexuelles, c'est-à-dire des tensions sur le concept de dysfonction sexuelle. Ensuite, la définition de la santé sexuelle par l'OMS étant résolument axiologique, son

[220] Abraham, « Propos pour une philosophie de la sexologie », *art. cit.*, 1975, p. 23.
[221] Ibid.

caractère scientifique va être discuté au sein même de l'OMS dans les presque trente années qui vont suivre, jusqu'à la nouvelle définition de celle-ci en 2002. L'estampille scientifique de la sexologie médicale, censée lui donner ses lettres de noblesse, paraît amoindrie par le concept positif de santé sexuelle, au moment même où la sexologie en quête de scientificité est tiraillée entre les différentes orientations thérapeutiques qui s'offrent à elle.

III.2.3 — La sexothérapie conjugale au prix de la psychanalyse : Masters, Johnson, Kaplan

Le mariage et le couple objets de la médecine

La définition de la santé sexuelle par l'OMS est inscrite dans un cadre conjugal fondé sur l'amour. Nous avons vu que Calderone établissait des liens entre la santé sexuelle et l'amour dans le couple. La santé sexuelle est en effet le résultat du bon déroulement du processus de sexualisation qui permet un bon établissement de l'identité de genre, fondement d'un amour responsable entre les sexes, ayant le souci de l'autre (et fondement d'une attitude responsable vis-à-vis de la reproduction et du contrôle des naissances). Le lien que fait Calderone entre la santé sexuelle et l'amour conjugal repose sur la sanitarisation de la sexualité et de l'éducation sexuelle, comme enjeu de santé publique. Elle érige ainsi l'éducation sexuelle au rang de méthode de médecine préventive.

Il s'agit d'une articulation spécifique entre la santé sexuelle et l'amour. La définition de la santé sexuelle par l'OMS reprend en partie ce lien — sans référence au contrôle des naissances. L'intégration des différents aspects physiques, mentaux et sociaux de l'être sexué est saine [*healthy*], dès lors qu'elle se traduit par l'amélioration de la personnalité, de la communication et de l'amour. En tant qu'objet de la sexologie médicale ou non spécifiée comme telle mais impliquant les médecins et les personnels de santé, elle fait de l'amour et de la communication conjugale l'objet de la médecine et de la prévention sanitaire.

Que les médecins s'occupent du couple, et plus précisément du mariage à l'époque où celui-ci était considéré comme le seul cadre légitime de la sexualité, n'est pas nouveau.

Le mariage d'amour a été défendu par les médecins depuis le XIXe siècle et même avant, pour des raisons de santé et de fécondité. Remontant à la Renaissance avec Ambroise Paré, Chaperon rappelle en effet que « les médecins ont toujours pris position pour le mariage d'amour et contre le mariage arrangé »[222]. Le XIXe siècle fut l'époque de la « vogue de l'hygiène conjugale », selon les termes de l'historienne[223]. Elle précise même que la tradition des manuels médicaux à l'usage des couples remonte à la fin du XVIIe siècle, avec la publication en 1687 du *Tableau de l'amour considéré selon l'estat du mariage* de Nicolas Venette — ouvrage qui sera réédité, sous le titre *Tableau de l'amour conjugal*, plus de cent trente fois jusqu'en 1970, avec de nombreux remaniements[224].

Dans les textes anglophones du XIXe et de la première moitié du XXe siècle que nous avons étudiés en suivant le fil du syntagme « *sexual health* », souvent écrits par des médecins mais pas seulement, la question du mariage est également abordée de façon régulière, sous des angles variables. Nous l'avons vu chez Fawcett et ses plagiaires à propos des capacités reproductives dans le mariage, chez Fowler à propos du bonheur et de la qualité reproductive, chez Willard concernant l'harmonie conjugale (sans orientation médicale ou hygiénique), chez Morrow sur les capacités reproductives et leur enjeu eugéniste, chez Bigelow sur l'amour mutuel, l'hygiène et l'harmonie esthétique, plus globalement chez l'ASHA pour la préparation au mariage comme démarche éducative, chez Hartley qui pointe les mariages malheureux dès lors que l'on dénie l'instinct sexuel chez les femmes, ou encore chez Fisher et Fisk soucieux de l'appariement des conjoints à des fins eugénistes.

Les travaux de l'OMS dans les années 1970 s'inscrivent donc dans une longue tradition. L'amour d'une part, et l'entente sexuelle dans le couple pour atteindre le plaisir d'autre part, constituent ses thématiques. Dans le premier rapport de l'OMS, la préparation au mariage figure parmi les rôles éducatifs des praticiennes et praticiens de la santé. Le corps médical y occupe une place de choix, pour des conseils sur l'adaptation sexuelle et la contraception : « De nos jours, les jeunes gens avertis savent qu'il est sage

---

[222] CHAPERON, *Les origines de la sexologie (1850 - 1900)*, *op. cit.*, 2012, p. 38.

[223] Voir le premier chapitre de ibid., pp. 17-35. Voir également KNIEBIEHLER Yvonne, « Les médecins et l'amour conjugal au XIXe siècle », in: VIALLANEIX Paul et EHRARD Jean (éds.), *Aimer en France, 1760-1860 : actes du Colloque international de Clermont-Ferrand, 20-22 juin 1977*, Clermont-Ferrand, Association des publications de la Faculté des lettres et sciences humaines, 1980, pp. 357-366.

[224] CHAPERON, *Les origines de la sexologie (1850 - 1900)*, *op. cit.*, 2012, p. 18.

de consulter un médecin avant le mariage afin d'en obtenir des conseils sur des questions telles que l'adaptation sexuelle et la contraception »[225]. Il ne s'agit alors pas de la préparation au mariage telle qu'entendue par l'Église catholique, comme préparation au sacrement que constitue le mariage pour celle-ci, mais d'une action éducative à des fins de prévention contre les grossesses non désirées (et, dans l'optique néo-malthusienne, un nombre jugé trop élevé d'enfants), et contre les mésententes sexuelles. Il s'agit donc plutôt d'éducation et de conseil conjugaux.

Dans le deuxième rapport, l'accent est particulièrement mis sur la démarche thérapeutique appliquée au couple comme entité, dans un cadre sexologique. Non seulement sont cités Masters et Johnson, ainsi que Kaplan, mais un extrait de l'ouvrage de cette dernière sur la « nouvelle thérapie sexuelle », tournée vers le couple[226], figure en annexe du rapport[227]. Cependant, comme nous l'avons dit, ni Masters et Johnson, ni Kaplan, ne recourent au concept de santé sexuelle, alors même que la référence à l'adaptation sexuelle mais aussi le concept de réaction sexuelle comme concept épistémique, avec celui de comportement sexuel repris de Kinsey, sont mobilisés pour donner ses assises scientifiques à la sexologie. En outre, ces concepts sont comportementaux, ou cognitivo-comportementaux concernant Masters et Johnson, ce qui entre en tension avec l'orientation holistique à résonance vitaliste du concept de santé sexuelle, mais aussi avec les références psychanalytiques que l'on trouve dans les rapports. La tension entre le cognitivo-comportementalisme et la psychanalyse est en outre flagrante dans les discours même de Masters, Johnson et Kaplan. Ce sont ces discours et cette tension que nous allons maintenant étudier.

L'approche conjugale de Masters et Johnson

L'« inadéquation sexuelle » (« *sexual inadequacy* », traduit en français par « mésentente sexuelle »), antonyme de l'« adaptation sexuelle » évoquée dans le rapport de

---

[225] MACE, BANNERMAN et BURTON, *L'enseignement de la sexualité humaine dans les établissements formant les personnels de santé*, *op. cit.*, 1974, p. 12.

[226] KAPLAN Helen Singer, *La nouvelle thérapie sexuelle. Traitement actif des difficultés sexuelles*, Paris, Buchet/Chastel, 1979.

[227] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Formation des professionnels de la santé aux actions d'éducation et de traitement en sexualité humaine*, *op. cit.*, 1975, pp. 32-35.

l'OMS, est un concept central de la thérapie sexuelle proposée par Masters et Johnson au sein de la Fondation pour la recherche sur la biologie de la reproduction de Saint Louis (Missouri) où tous deux exercent. Elle situe les dysfonctions sexuelles au cœur de la relation entre partenaires, plutôt que sur un plan seulement individuel : « nous considérons que les problèmes sexuels sont les problèmes de la cellule conjugale et, en aucun cas, ne sont des problèmes personnels de l'un ou l'autre époux »[228]. Pour les deux sexologues, cette approche clinique repose sur le développement d'une recherche théorique portant sur la réponse ou réaction sexuelle, qui a fait l'objet de leur ouvrage précédent[229]. Celui-ci étudiait les réactions de l'être humain lors du rapport sexuel, à partir de l'observation de plusieurs centaines de couple pendant l'acte sexuel. Masters et Johnson proposèrent alors un découpage en quatre phases du cycle sexuel considéré comme complet au niveau des « viscères pelviens », valables pour les hommes comme pour les femmes : l'excitation, le plateau, l'orgasme et la résolution[230].

Les dysfonctions sexuelles vont être comprises à partir de ce modèle du cycle sexuel au sein du couple. La relation conjugale est fondamentale et il lui est attribué un véritable rôle clinique. Masters et Johnson affirment ainsi « qu'il n'existe pas de problème sexuel dans un couple qui ne concerne chacun des partenaires ». En conséquence de quoi, traiter isolément l'un ou l'autre des partenaires reviendrait « à nier le partage des responsabilités qui appartient au couple et à laisser de côté un aspect essentiel de la vie sexuelle, l'échange (symbolique ou réel) entre deux individus »[231].

La configuration conjugale est si principielle dans la thérapie qu'elle est dédoublée du côté des thérapeutes, qui, en miroir au couple qui consulte, exercent également à deux (un homme et une femme). Ce dispositif est considéré comme ayant des vertus thérapeutiques, l'homme et la femme venu · e · s consulter trouvant « ainsi chacun un allié aussi bien qu'un interprète »[232]. Chacun des membres du couple qui consulte s'entretient d'abord avec le thérapeute de même sexe, la communication étant supposée plus facile entre personnes du même sexe. Certaines identifications, entendues comme des processus

---

[228] Masters William H. et Johnson Virginia E., *Les mésententes sexuelles et leur traitement*, Paris, Robert Laffont, 1971, p. 15.
[229] Masters William H. et Johnson Virginia E., *Les réactions sexuelles*, Paris, Robert Laffont, 1970.
[230] Ibid., pp. 307-313.
[231] Masters et Johnson, *Les mésententes sexuelles et leur traitement*, *op. cit.*, 1971, p. 14.
[232] Ibid., p. 16.

psychiques, peuvent également être favorisées. Ensuite vient une séance avec le thérapeute de sexe opposé, qui permet de faire des recoupements avec les éléments qui ont émergé lors de la séance précédente. Enfin, les entrevues réunissant les deux couples, celui du patient et de la patiente, et celui des co-thérapeutes, peuvent se dérouler. L'ensemble de la thérapie dure une quinzaine de jours, et s'inscrit ainsi dans les thérapies brèves et intensives.

La relation est donc en tant que telle sujet de la thérapie : « Le principe thérapeutique fondamental de la Fondation [pour la recherche sur la biologie de la reproduction] est (…) de considérer la relation conjugale comme le sujet à traiter, par l'intermédiaire de ses deux composantes que sont l'homme et la femme »[233]. Dès lors, les dysfonctions sexuelles prises en charge sont rapportées par principe à des difficultés relationnelles. La nosographie proposée par Masters et Johnson reflète ce parti pris. Les principales dysfonctions masculines répertoriées sont l'éjaculation précoce, l'absence d'éjaculation, l'impuissance (primaire et secondaire) et la dyspareunie[234]. De leur côté, les dysfonctions féminines sont le dysfonctionnement orgasmique (primaire et contingent), le vaginisme[235] et la dyspareunie[236]. La plupart de ces dysfonctions n'ont de sens ou ne sont considérées que par rapport au fait qu'elles entravent le cycle sexuel au sein de la relation conjugale. Ainsi l'impuissance, le vaginisme et les dyspareunies masculines et féminines compliquent ou empêchent le coït. L'absence d'éjaculation et la dysfonction orgasmique, quant à elles, mais aussi les dyspareunies ou l'impuissance, pourraient être considérées en dehors d'une relation de couple, dans le cadre d'une pratique masturbatoire. Mais ici elles sont abordées relativement au cycle sexuel conjugal, comme échec du coït[237] ou de l'orgasme. Enfin, l'éjaculation précoce est emblématique du prisme conjugal. Il s'agit en effet d'une dysfonction qui n'est qualifiée de telle qu'en raison du fait que l'éjaculation masculine intervient avant que la compagne n'ait été satisfaite. Mais comme nous l'avons

[233] Ibid., p. 15.

[234] Douleurs de la verge, des testicules…

[235] Contraction involontaire des muscles releveurs de l'anus qui se prolongent de chaque côté du vagin, interdisant ainsi toute pénétration vaginale.

[236] Douleurs à la pénétration.

[237] Le présupposé est que pour qu'un cycle sexuel soit complet, il doit inclure la pénétration vaginale. On aura noté qu'il s'agit d'un présupposé hétérocentré.

dit plus haut, physiologiquement, ce que l'on appelle l'éjaculation précoce (ou prématurée) n'est pas un trouble, car rapide ou non, elle se produit correctement de ce point de vue physique. La précocité n'est un problème qu'eu égard à l'adaptation à la partenaire, et non en tant que telle. Masters et Johnson récusent ainsi les tentatives « chronométriques » de l'éjaculation précoce qui cherchent à déterminer un temps en-deçà duquel l'éjaculation pourrait être caractérisée comme précoce de manière non-relationnelle mais de façon intrinsèque. Les deux sexologues considèrent qu'il « est plus réaliste de définir l'éjaculation précoce en fonction des besoins sexuels de deux partenaires que d'établir un critère de temps arbitraire »[238].

Entre conjugalité et individualités

L'influence de Masters et Johnson sur la conception de la santé sexuelle comme devant réaliser la valorisation de la communication et de l'amour, c'est-à-dire de la relation de couple, est patente. Elle opère une jonction entre la thérapie conjugale qui n'aborde pas les problèmes sexuels, et la sexothérapie. Il convient alors de parler de « sexothérapie conjugale », pour la distinguer à la fois de la thérapie conjugale qui s'occupe peu des problèmes sexuels, et du traitement des problèmes sexuels en thérapie individuelle. Mais comment le prisme conjugal s'articule-t-il avec la valorisation de la personnalité, qui fait également partie de la définition de la santé sexuelle proposée par l'OMS ? Le fait de considérer les problèmes sexuels comme n'étant pas des problèmes personnels ne conduit-il pas à mettre en retrait la personnalité respective des membres du couple, dans leur individualité ?

Notons tout d'abord que si le rapport de l'OMS insiste sur la dimension relationnelle de la santé sexuelle, elle n'exclut pas tout à fait les considérations individuelles. La thérapie conjugale inspirée de Masters et Johnson figure en effet parmi d'autres thérapies, individuelles, en particulier la psychanalyse. Les thérapies comportementales, également citées, sont décrites comme se caractérisant notamment « par une orientation souple et

[238] Masters et Johnson, *Les mésententes sexuelles et leur traitement*, *op. cit.*, 1971, p. 95.

rationnelle qui permette de répondre aux besoins du patient considéré individuellement »[239].

Ajoutons ensuite que Masters et Johnson développent une conception de la relation de couple qui repose sur les individualités. Si la sexothérapie conjugale ne traite pas les individus, elle n'en prétend pas pour autant nier l'existence des individus qui composent le couple. Comme nous l'avons dit, la méthode thérapeutique débute par des entretiens individuels. Les récits recueillis doivent permettre de « cerner la personnalité profonde de chacun des partenaires du couple », et ainsi de déterminer leurs « ressources personnelles », ainsi que leurs motivations et leurs buts, et les « changements désirables »[240]. Ces derniers consistent en des modifications « des schémas de comportement individuels », qui doivent entraîner « l'épanouissement à l'intérieur de la cellule conjugale des relations mutuelles qui permettent à la réaction sexuelle de jouer son rôle de fonction naturelle ». De plus, pour que les changements puissent être qualifiés de désirables, il faut qu'ils s'inscrivent dans le système de valeurs sexuelles de chaque individu formant le couple[241].

Nous sommes donc loin d'un effacement des individualités, avec leur personnalité, derrière l'entité conjugale. Dans le recueil d'entretiens avec des couples *L'union par le plaisir*, les deux sexologues vont même plus loin. Masters affirme ceci : « Un instant de réflexion suffit pour voir clairement que l'orgasme, du mâle comme de la femelle, est une affaire totalement égocentrique »[242]. Quelques lignes plus loin, Johnson ajoute : « quand vous êtes absorbée en vous-même au moment où vous atteignez au comble de l'égocentrisme, quand vous jouissez subjectivement de votre propre expérience, comme cela doit se produire, votre partenaire partage votre plaisir et cela le stimule »[243]. La relation sexuelle devient un « échange » où le fait de donner à l'autre est motivé par le but de recevoir de sa part ce que l'on souhaite, à savoir l'orgasme, que le ou la partenaire favorise. Comment concilier l'idée de relation qui peut faire elle-même l'objet de la thérapie,

---

[239] Organisation mondiale de la Santé, *Formation des professionnels de la santé aux actions d'éducation et de traitement en sexualité humaine*, *op. cit.*, 1975, p. 20.
[240] Masters et Johnson, *Les mésententes sexuelles et leur traitement*, *op. cit.*, 1971, p. 34.
[241] Ibid.
[242] Masters William H., Johnson Virginia E. et Levin Robert J., *L'union par le plaisir*, Paris, Robert Laffont, 1975, p. 35.
[243] Ibid., p. 36.

et cet égocentrisme ? Béjin a souligné cette tension, où le ou la partenaire se trouve, selon lui, dans la position d'un « parasite bienfaisant d'un acte foncièrement auto-érotique ». La communication mise en relief dans la définition de la santé sexuelle et dans la sexothérapie conjugale se révèle être une communication « entre deux quasi-monades », et le coït, plutôt qu'une communion, apparaît comme produisant deux plaisirs solitaires, éventuellement simultanés[244]. Béjin en tire la conclusion suivante : « chacun de nos rapports sexuels n'est qu'un avatar ou une variante de cette *forme canonique*, la *masturbation* »[245].

Le couple apparaît ainsi comme la somme de deux individus, ce qui pose la question de ce en quoi consiste le sujet de la sexothérapie conjugale qui ne traite pas des problèmes individuels. Le rapport de l'OMS ne répond pas à cette question, que par ailleurs il ne pose pas. Le fait de lister différentes thérapies sexuelles possibles aux méthodes et aux présupposés cliniques si différents (thérapie comportementale, psychanalyse, hypnose, thérapie de couple…) illustre la non prise de position relative du rapport concernant l'épistémologie de la sexothérapie. Cette absence de prise de position n'est cependant que relative, puisque le couple est présenté comme le sujet qui est traité.

Surtout, l'influence de Masters et Johnson sur la sexologie promue par l'OMS va essentiellement résider dans l'approche comportementale de la sexualité. Certes, le deuxième rapport de l'agence onusienne cite la psychanalyse. Le précédent rapport mobilise quant à lui le concept psychanalytique de « pulsion », comme fondement de la sexualité spécifiquement humaine : « La sexualité, la reproduction et les puissantes pulsions sous-jacentes ont modelé la culture de toutes les sociétés humaines et la vie des individus »[246]. Mais le fait de privilégier la prise en charge des couples plutôt que des individus donne un poids particulier à la sexothérapie promue par Masters et Johnson, qui, tout en reconnaissant l'intérêt de la psychanalyse ou de la « psychothérapie classique » pour l'individu, n'en disqualifient pas moins celle-ci. Leur jugement sur les psychothérapies

---

[244] Béjin André, *Le nouveau tempérament sexuel. Essai sur la rationalisation et la démocratisation de la sexualité*, Paris, Kimé, 1990, pp. 120-121.
[245] Ibid., p. 122.
[246] Mace, Bannerman et Burton, *L'enseignement de la sexualité humaine dans les établissements formant les personnels de santé*, *op. cit.*, 1974, p. 9.

individuelles[247] est en effet sévère, du fait qu'elles conduisent régulièrement, d'après les deux sexologues, à la rupture conjugale :

> Toutes les méthodes thérapeutiques fondées sur l'isolement du patient se proposent, en fait, d'agir sur les difficultés sexuelles d'un individu, en ignorant la moitié du problème – l'Autre. Elles peuvent parvenir à d'excellents résultats sur la personne traitée, mais, *au moins aussi souvent*, elles rompent le lien ténu qui existait encore entre les époux.[248]

Cette critique ne porte pas directement sur les présupposés des psychothérapies individuelles en général et de la psychanalyse en particulier, puisque leur efficacité pour l'individu n'est pas contestée. Elle porte sur les résultats pour la relation conjugale. Mais plus loin, l'un des principaux outils de la méthode psychanalytique va être mis en cause directement : l'usage du transfert. Le phénomène du transfert qui s'établit entre le patient ou la patiente et le ou la thérapeute « faisant figure d'autorité » n'est pas nié. Et les co-thérapeutes ne cherchent pas « systématiquement à éviter ce phénomène ». Mais si l'incarnation du principe d'autorité est assumée, « le thérapeute n'a pas à rechercher l'établissement d'un courant affectif entre lui et le sujet, surtout si celui-ci n'est pas exempt d'implications sexuelles »[249]. L'usage du transfert dans la thérapie établirait en effet un lien parasite pour le lien entre les époux, qu'il s'agit au contraire de renforcer. La présence de co-thérapeutes permet d'éviter les renforcements transférentiels entre thérapeute et patient ou patiente, dans la mesure où lorsque l'épouse ou l'époux porte une attention particulière au ou à la thérapeute de sexe opposé (la norme de la co-thérapie étant ici hétérosexuelle), l'autre thérapeute peut prendre le relais des questions et des réponses auprès de l'épouse ou de l'époux manifestant cette attention particulière.[250]

Sans être rejetée dans ses fondements mêmes, la psychanalyse se trouve ainsi dévalorisée par Masters et Johnson. Plus globalement, en cette première moitié des années 1970, la psychanalyse fait face, sur un plan international, à des remises en cause dont l'une des conséquences sera son éviction conceptuelle et diagnostique du DSM-III en 1980, et l'alignement sur le DSM-III en 1990 du chapitre consacré aux troubles mentaux de la

---

[247] Nous laissons ici de côté la question de savoir si la psychanalyse est une psychothérapie ou non.
[248] Masters et Johnson, *Les mésententes sexuelles et leur traitement*, *op. cit.*, 1971, p. 15.
[249] Ibid., p. 18.
[250] Ibid.

CIM-10 de l'OMS. Les approches cliniques psychodynamiques (psychanalyse, psychothérapies psychanalytiques longues ou brèves), avec leur vocabulaire (pulsions, névrose, perversion, psychose…), vont être mis en retrait au profit d'une approche comportementaliste. Autrement dit, l'extériorité immédiatement visible et observable va prendre le pas sur l'intériorité cachée qui nécessite une méthode d'investigation particulière pour être révélée. La conception de la sexualité par la sexologie va alors se structurer peu à peu autour de la personnalité d'un point de vue comportemental, plutôt qu'autour des conflits intrapsychiques d'un sujet divisé entre conscient et inconscient. Ce faisant, la question de l'accès au plaisir va supplanter celle du dévoilement du désir.

La sexologie comportementale contre la psychanalyse

D'après Béjin, cette rivalité entre la sexologie et la psychanalyse s'orchestre historiquement selon un mouvement qui voit la première prendre un avantage décisif sur la seconde, le « matin des sexologues » étant le « crépuscule des psychanalystes »[251]. Ce remplacement procède en particulier de ce que l'auteur considère être la naissance de la seconde et actuelle sexologie, marquée par la centralité de l'orgasme comme relevant d'une « évidence behavioriste »[252] introduite par Kinsey. Masters et Johnson s'inscrivent dans la suite du comportementalisme de Kinsey, mais en ayant observé en plus, pendant huit ans, des couples avoir des rapports sexuels en laboratoire, et en recueillant des données physiologiques grâce à des électrodes branchées sur les sujets. Ce type de données a permis de mesurer des réactions organo-physiologiques à des stimulations[253].

Sur le plan thérapeutique, les deux sexologues considèrent que leurs principes et méthodes relèvent des « traitements psychosomatiques », non pas en un sens psychanalytique de traduction dans le corps de conflits psychiques — tel qu'on le retrouve chez Geisendorf et Pasini —, mais dans celui de l'impact de la peur de l'acte sexuel sur les réponses physiologiques[254]. Il s'agit alors d'agir de manière éducative pour lutter contre

---

[251] Béjin André, « Le pouvoir des sexologues et la démocratie sexuelle », *Communications* 35 (1), 1982, pp. 178-192. Repris sous le titre « Psychanalyse, sexologie et rationalisation de la sexualité » dans Béjin, *Le nouveau tempérament sexuel*, *op. cit.*, 1990, pp. 57-100.

[252] Béjin, « Crépuscule des psychanalystes, matin des sexologues », *art. cit.*, 1982, p. 160.

[253] Masters et Johnson, *Les réactions sexuelles*, *op. cit.*, 1970.

[254] Masters et Johnson, *Les mésententes sexuelles et leur traitement*, *op. cit.*, 1971, pp. 21-23.

« les mythes et les erreurs entretenus dans le passé en raison des limitations du savoir, et le mélange des terreurs d'autrefois et des craintes d'aujourd'hui »[255] à propos de la sexualité. Dès lors, les thérapeutes doivent, de façon indispensable, « posséder des qualités pédagogiques, car une grande partie du traitement n'est rien d'autre qu'une série d'actes éducatifs »[256].

Parmi ceux-ci, on compte l'enseignement de l'anatomie sexuelle, et en particulier des organes génitaux. Une série d'exercices sur plusieurs jours à réaliser hors de la consultation doit en outre permettre à chaque membre du couple d'apprendre ses propres réactions physiologiques et celles de l'autre à des stimulations sexuelles. Cet apprentissage, qui reprend le cadre du conditionnement propre au béhaviorisme, se double d'un travail sur les aspects psychologiques, en particulier sur la peur de l'acte sexuel, et sur les comportements acquis au début de la vie sexuelle qui sont inadaptés par la suite. Autrement dit, la « réorientation du comportement »[257] sexuel procède à un déconditionnement-reconditionnement qui s'opère à la fois sur le plan cognitif et comportemental, par un processus d'éducation.

L'exemple de l'éjaculation dite précoce permet d'illustrer ce procédé. Selon Masters et Johnson, un certain nombre d'hommes ont débuté leur vie sexuelle avec des prostituées, dont la « fonction admise […] consistait à soulager le plus rapidement possible les tensions sexuelles des hommes ». L'éjaculation rapide était donc attendue, d'autant que cela permettait aux prostituées d'augmenter le nombre de leurs clients. A ainsi été intégrée l'idée qu'il faut « en finir au plus vite », selon un véritable processus de conditionnement :

> Deux ou trois expériences de ce genre (parfois une seule) suffisaient à établir chez le jeune homme un schéma de comportement sexuel égocentrique se manifestant par une intromission immédiate et une éjaculation rapide. Le conditionnement aidant, l'habitude demeurait la vie entière.[258]

D'autres expériences répétées au début de la vie sexuelle peuvent conduire à l'éjaculation précoce, comme le fait d'avoir des rapports sexuels « sur des banquettes de

[255] Ibid., p. 35.
[256] Ibid., p. 25.
[257] Ibid., p. 34.
[258] Ibid., p. 96.

voiture, dans des cinémas en plein air, ou au cours de visites furtives dans des hôtels de passe »[259], avec la crainte d'être surpris qui encourage le coït et l'éjaculation rapides. Toutes ces pratiques conduisent à négliger le plaisir de la femme, elle-même conditionnée à faire en sorte que l'homme éjacule rapidement.

Pour contrer ce type de conditionnement, le traitement proposé par Masters et Johnson implique l'épouse, qui doit procéder à des exercices de sensibilisation sur son époux et en particulier à des stimulations génitales répétées (techniques de compression) qui doivent conduire les partenaires à passer du temps ensemble, à communiquer, et le mari à apprendre à contrôler ses sensations et à prendre conscience des états successifs de la montée de l'excitation[260]. Il s'agit de défaire le schéma de comportement sexuel en place et d'en faire émerger un nouveau, favorisant l'entente sexuelle. Comme plusieurs auteur · e · s l'ont souligné[261], il y a une continuité entre Kinsey, Masters et Johnson et leur modèle sous-jacent de traitement, et les concepts de conditionnement élaborés par le médecin russe Ivan Pavlov et le psychologue américain Burrhus Frederic Skinner. Plus globalement, la conception de la psychologie que l'on trouve chez Masters et Johnson s'inscrit dans la lignée de celle du psychologue américain John Broadus Watson, pour lequel l'objet de la psychologie est le comportement et non la conscience ou l'esprit[262]. Non pas que tous ces auteurs disent strictement la même chose, mais ils promeuvent tous soit une philosophie, soit une méthode commune : le béhaviorisme et la thérapie comportementale.

Dans cette manière de penser l'être humain et l'épistémologie de la clinique, il est considéré « qu'une insuffisance sexuelle n'est pas forcément d'origine psychopathologique », mais qu'elle peut être due à une « connaissance par trop rudimentaire de la réalité sexuelle et / ou à des espérances irréalistes »[263]. En ce sens, et même si Masters et Johnson ne récusent pas qu'il puisse y avoir des processus psychiques inconscients à l'origine de problèmes sexuels, la considération de ces derniers en termes d'insuffisance

---

[259] Ibid., p. 97.

[260] Ibid., p. 102 sq.

[261] Béjin, « Crépuscule des psychanalystes, matin des sexologues », *art. cit.*, 1982, pp. 161-162 ; Chaperon, « Kinsey en France », *art. cit.*, 2002, p. 97.

[262] Watson John B., « Psychology as the Behaviorist Views It », *Psychological Review* 20 (2), 1913, pp. 158-177.

[263] Masters et Johnson, *Les mésententes sexuelles et leur traitement*, *op. cit.*, 1971, p. 36.

met à l'écart l'approche psychanalytique ou plus globalement psychodynamique, qui va appréhender ces problèmes sous l'angle des conflits intrapsychiques. Sans doute le comportementalisme des deux sexologues est-il plus proche de celui de Watson que de celui de Skinner, en ce qu'il s'agit d'élaborer une méthode d'investigation des réactions sexuelles et une méthode thérapeutique reposant sur de l'observable non introspectif, et non de nier que des processus intrapsychiques puissent avoir un rôle. Il n'en reste pas moins que le fondement de ces méthodes est un schéma stimulus-réponse (« réponse sexuelle ») qui présuppose qu'il soit opérant indépendamment de ces processus, dont l'existence est alors indifférente, ce qui pourrait revenir au même que le béhaviorisme radical de Skinner. Toutefois, on ne peut considérer Masters et Johnson comme skinneriens, dans la mesure où Skinner estimaient que les phénomènes mentaux ne sont pas des causes des comportements[264], tandis que les deux sexologues accordent, comme nous l'avons vu, un rôle important à la peur dans l'étiologie des problèmes de réponses sexuelles. En ce sens, Masters et Johnson seraient à situer plutôt du côté du cognitivo-comportementalisme que du comportementalisme de Skinner auquel s'est opposé le cognitivisme.

Toujours est-il que l'abord surtout physiologique de la sexualité, qui inclut des cognitions erronées à rééduquer dans les causes des dysfonctions sexuelles, s'avère réductionniste relativement à l'abord holistique, non seulement physiologique, mental mais aussi social, de la santé sexuelle. Elle entre également en opposition avec les approches psychodynamiques de la libido. C'est le même genre de tensions que l'on va retrouver chez Kaplan, impliquée dans les discussions de la seconde réunion de l'OMS. La sexothérapeute va tenter une synthèse entre le comportementalisme et la psychanalyse, à laquelle font écho les rapports de l'OMS. Nous allons voir que cette tentative échoue.

Kaplan ou la synthèse échouée entre psychanalyse et béhaviorisme

Nous avons vu que les rapports de l'OMS de la première moitié des années 1970 comportent plusieurs références à la psychanalyse et à sa conceptualité. Le concept de

[264] Skinner Burrhus F., *About Behaviorism*, New York, Vintage Books, 1976.

santé sexuelle se trouve pris à cette époque dans un entre-deux épistémologique, parfaitement illustré par la référence à Kaplan dans le rapport de l'OMS publié en 1975. Dans la partie consacrée à la thérapie sexuelle, si Masters et Johnson sont nommément citées, c'est aussi le cas de Kaplan. Les discussions dont l'OMS a publié le rapport se sont appuyées sur une liste de documents dits « de fond », parmi lesquels figurent deux textes signés par la psychiatre, qui a par ailleurs participé aux discussions et qui est l'auteure d'un ouvrage intitulé *La nouvelle thérapie sexuelle*[265]. L'un des textes porte sur le programme de formation en sexothérapie du Cornell-New York Hospital Center, où elle exerce alors, tandis que l'autre s'intitule « La sexothérapie — aperçu général »[266]. Or, ce dernier document bénéficie du privilège d'avoir un extrait de quatre pages reproduit en annexe du rapport, sous le titre « Qu'est-ce que la thérapie sexuelle » (annexe 3)[267].

Kaplan y reprend des éléments de la sexothérapie conjugale de Masters et Johnson[268] tout en les articulant à des références psychanalytiques. En ce sens, elle est généralement présentée comme alliant le behaviorisme et la psychanalyse dans le domaine de la sexothérapie[269], ou comme fondant une sexothérapie à partir d'un fond psychanalytique significatif[270], ou encore comme adoptant une « position behaviorale dynamique »[271]. À une époque où la psychanalyse et les approches psychodynamiques sont encore influentes et où le cognitivo-comportementalisme se développe, une telle combinaison peut séduire le monde de la sexologie, dans lequel se côtoient des professionnel · le · s notamment d'Europe de l'Ouest attaché · e · s à la psychanalyse — comme Pasini et Abraham — et d'autres qui se situent dans la mouvance de Kinsey ou Masters et Johnson — comme

[265] Kaplan, *La nouvelle thérapie sexuelle*, *op. cit.*, 1979 ; Première édition américaine : Kaplan Helen Singer, *The New Sex Therapy: Active Treatment of Sexual Dysfunctions*, New York, Brunner/Mazel, 1974.
[266] Organisation mondiale de la Santé, *Formation des professionnels de la santé aux actions d'éducation et de traitement en sexualité humaine*, *op. cit.*, 1975, p. 30.
[267] Ibid., pp. 32-35.
[268] Elle ne reprend cependant pas le principe des cothérapeutes.
[269] Kraus, Mottier et Barras, « Kinsey, Masters & Johnson, et Kaplan en Suisse », *art. cit.*, 2017, p. 100.
[270] Gurman Alan S. et Fraenkel Peter, « The History of Couple Therapy: A Millennial Review », *Family Process* 41 (2), 2002, p. 40.
[271] Wright John, Lussier Yvan et Sabourin Stéphane (éds.), *Manuel clinique des psychothérapies de couple*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2008, p. 83.

William E. Hartman et Marilyn Fithian[272]. Dans la préface à la traduction française de *La nouvelle thérapie sexuelle* de Kaplan, le Dr Michel Meignant présente ainsi l'ouvrage comme une tentative pour répondre aux espoirs de synthèse entre différentes méthodes thérapeutiques, y compris au-delà du béhaviorisme et de la psychanalyse :

> Nombreux sont ceux qui espéraient qu'un jour un psychanalyste intégrerait les travaux de Masters et Johnson, les méthodes béhaviouristes et les méthodes de la psychologie humaniste (thérapie de groupe, gestalt-thérapie, bioénergie) dans la perspective d'une compréhension psychanalytique. Cet ouvrage représente le premier essai de synthèse tenté en ce sens, d'où sa très grande importance.[273]

Dans le texte en annexe du rapport de l'OMS, Kaplan décrit deux particularités qui selon elle distinguent la nouvelle thérapie sexuelle des autres approches : en premier lieu, son objectif se limite au soulagement des symptômes sexuels, et en second lieu, elle combine la psychothérapie avec la prescription d'exercices sexuels à faire chez soi[274]. La limitation de cette thérapie sexuelle à la guérison du symptôme sexuel est ce qui la différencie à la fois de la psychanalyse et de la thérapie de couple psychodynamique. Il ne s'agit pas de mettre en lumière des conflits intrapsychiques sous-jacents au symptôme et de chercher à les résoudre, à la manière de la psychanalyse. Dans l'approche psychanalytique, le symptôme est la manifestation visible de phénomènes psychiques inconscients ou de problèmes de relations interpersonnelles profonds auxquels il s'agit de remonter. Le symptôme sexuel n'est alors qu'une des manifestations parmi d'autres des conflits intrapsychiques, et l'objectif de la psychanalyse va être non pas de traiter directement ce symptôme chez le sujet, mais de « reconstruire sa personnalité névrotique »[275]. Le symptôme sexuel, pas plus que les autres symptômes, n'est donc l'objet du traitement psychanalytique. En revanche, il est celui de la nouvelle thérapie sexuelle proposée par Kaplan, dans la lignée de la sexothérapie de Masters et Johnson. Ceci a une incidence sur ce que l'on considère être la fin (aussi bien le but que l'achèvement) de la thérapie.

---

[272] Voir Hartman William E. et Fithian Marilyn, *Treatment of Sexual Dysfunction. A Bio-Psycho-Social Approach*, Long Beach, Center for Marital and Sexual Studies, 1972. Les deux auteur.e.s ont particulièrement étudié l'impact de l'image de soi et du corps sur le fonctionnement sexuel.

[273] Meignant Michel, « Préface », in: Kaplan Helen Singer, *La nouvelle thérapie sexuelle*, Paris, Buchet/Chastel, 1979, p. 7.

[274] Organisation mondiale de la Santé, *Formation des professionnels de la santé aux actions d'éducation et de traitement en sexualité humaine*, *op. cit.*, 1975, p. 32.

[275] Ibid.

Pour Kaplan, dès lors que le symptôme sexuel a disparu, la thérapie prend fin. Pour la psychanalyse, l'amélioration des symptômes, sexuels ou autres, ne clôt pas l'analyse. Par conséquent, pour celle-ci :

> [...] le fait pour l'homme d'être redevenu capable d'accomplir l'acte copulatoire et pour la femme d'avoir acquis la capacité orgasmique ne clôt pas le traitement, lequel ne prendra fin que lorsque le psychothérapeute estimera que les conflits œdipiens fondamentaux et / ou la lutte pour le pouvoir conjugal qui sont selon toute probabilité à l'origine des problèmes sexuels du patient ont été résolus.[276]

Comme Masters et Johnson, Kaplan, par ailleurs psychanalyste, ne remet pas en question le fait que des symptômes sexuels puissent être rattachés à des conflits intrapsychiques et des relations interpersonnelles destructrices d'origine névrotique, ni que le traitement de ceux-ci nécessite de remonter à l'enfance du sujet. Mais les « praticiens de la sexothérapie à orientation dynamique » se préoccupent avant tout « des causes immédiates des problèmes sexuels du patient et des défenses spécifiques qu'il a érigées contre la sexualité »[277]. Kaplan introduit ainsi une distinction parmi les causes des symptômes, entre des « causes immédiates » et des « déterminants plus lointains »[278]. Elle reconduit de la sorte un partage ancien dans l'histoire de la pensée médicale en particulier, et dans celle de la pensée des causes plus généralement, et réactualisé en biologie par Mayr au début des années 1960[279], entre des causes profondes et ancrées dans la durée — les causes éloignées —, et des causes plus immédiates, qui sont elles-mêmes des effets des causes éloignées — les causes prochaines. Le présupposé ici est que l'on peut agir sur les causes prochaines malgré, ou indépendamment, des causes éloignées. L'ordre de l'action (thérapeutique) est ainsi inverse à l'ordre étiologique dans le traitement symptomatologique. Il ne s'agit pas de nier la chaîne des causes, mais de ne pas la remonter pour ne s'en tenir qu'aux plus immédiates. Ainsi, peut être ignoré le fait que les causes prochaines sont des effets de causes plus éloignées. C'est une position contraire à celle, ancienne, d'Averroès commentant Aristote, et pour lequel l'ordre de la connaissance doit retrouver celui des choses en en remontant le fil. Les causes éloignées étant premières, il faut remonter

[276] Ibid., p. 33.
[277] Ibid.
[278] Ibid.
[279] Mayr, « Cause and Effect in Biology », *art. cit.*, 1961, p. 1503. Sur l'usage de cette distinction par Mayr au fil de ses travaux, voir Beatty John, « The proximate/ultimate distinction in the multiple careers of Ernst Mayr », *Biology and Philosophy* 9 (3), 1994, pp. 333-356.

jusqu'à elles à partir des causes prochaines, qui en sont des effets. C'est que la connaissance des effets a une fonction heuristique qui consiste à mettre en évidence les causes éloignées. Il ne s'agit donc pas de s'en tenir aux causes prochaines, mais de partir d'elles pour établir l'existence des causes éloignées ou principes premiers. En tant qu'effets, les causes prochaines sont alors les *signes* des causes éloignées entendus en un sens logique à valeur démonstrative[280]. Pour ce qui nous occupe, le rapprochement entre le signe logique et le signe clinique, à savoir le symptôme, peut être effectué.

En donnant comme but à la sexothérapie le traitement du symptôme, Masters, Johnson et Kaplan réorganisent l'agencement entre trois types d'ordre : l'ordre chronologique (ordre historique), l'ordre logique (ordre de la connaissance), et l'ordre ontologique (ordre des choses). Les approches psychodynamiques, et en particulier la psychanalyse, considèrent que les symptômes sont des compromis à des conflits intrapsychiques dont la genèse remonte à l'enfance. Les symptômes trouvent ainsi leur sens dans l'histoire du développement psychosexuel individuel, ce que Kaplan appelle la « matrice ontogénétique du patient »[281]. C'est pourquoi, comme cette dernière l'admet à propos de certains symptômes sexuels, « la seule façon de bien les cerner est de remonter à l'enfance du sujet »[282]. Il y a donc, d'une part, une antériorité temporelle lointaine à laquelle il faut remonter pour décrypter le symptôme. D'autre part, il y a manifestement congruence entre l'ordre chronologique et l'ordre ontologique, ce que laisse entendre le rapprochement qu'effectue Kaplan entre la « matrice ontogénétique du patient » et la référence à l'enfance. Ce qu'est le sujet s'est constitué dans son enfance, et le symptôme est le signe non seulement de ce qui s'est constitué par des causes éloignées, mais aussi celui d'un monisme entre l'ordre chronologique et l'ordre ontologique.

Cependant, la sexothérapie conjugale de Masters et Johnson ou la nouvelle thérapie sexuelle de Kaplan proposent de ne pas suivre cet ordre chronologique pour traiter le symptôme sexuel. Plus précisément, le fait de se donner pour but de traiter le symptôme sexuel exclut de se référer à cet ordre chronologique et de remonter à l'enfance, pour

---

[280] Sur ces questions chez Averroès, voir CERAMI Cristina, *Génération et substance. Aristote et Averroès entre physique et métaphysique*, Boston, Walter De Gruyter, 2015 (Scientia Graeco-Arabica), en particulier le chap. VII.

[281] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Formation des professionnels de la santé aux actions d'éducation et de traitement en sexualité humaine*, *op. cit.*, 1975, p. 33.

[282] Ibid.

s'arrêter à des causes prochaines. Or, la question étiologique soulève des problèmes aussi bien logiques qu'ontologiques. Logiques, en ce qu'elle engage la connaissance des causes des symptômes sexuels selon un ordre qui distingue entre des causes éloignées et des causes prochaines. Ontologiques, en ce qu'il s'agit des causes qui font que le sujet est tel qu'il est, et qu'en l'occurrence il manifeste en conséquence des symptômes sexuels. Si les causes prochaines sont des effets des causes éloignées, la connaissance des premières requiert de remonter aux secondes afin de les saisir dans la chaîne de causalité globale. Et dans la mesure où les causes éloignées se mettent en place dans l'enfance, remonter l'ordre logique conduit à remonter également l'ordre chronologique. Sachant que par ailleurs l'ordre chronologique et l'ordre ontologique sont congruents, remonter l'ordre logique revient à remonter l'ordre ontologique. En somme, le monisme précédemment souligné entre l'ordre chronologique et l'ordre ontologique est aussi un monisme qui inclut l'ordre logique. L'antécédence logique des causes est aussi l'antériorité chronologique comme l'antériorité ontologique, où l'être, non figé, se constitue selon un certain développement — un devenir.

Toutefois, la méthode thérapeutique, qu'elle soit psychodynamique ou symptomatologique, consiste à parcourir à rebours la chaîne causale. L'épistémologie de la clinique ne décalque donc pas l'ordre thérapeutique sur l'ordre chrono-onto-logique, mais elle le suppose. Ce n'est alors pas à ce point que se joue la différence entre l'approche psychodynamique et l'approche symptomatologique. C'est même en raison de cette communauté épistémologique que peut être pensée une articulation entre ces deux approches qu'incarne Kaplan. C'est ainsi que celle-ci peut envisager que pour traiter certains symptômes sexuels, il soit nécessaire de remonter à l'enfance, mais dans la stricte mesure où on ne peut faire autrement pour résorber le symptôme :

> [...] la sexothérapie ne s'attaque aux déterminants plus lointains du problème que dans la mesure où cela est nécessaire pour guérir les symptômes sexuels visés et prévenir une récurrence de l'incapacité. Les sexothérapeutes ne se font pas faute d'interpréter les facteurs psychodynamiques et les facteurs transactionnels ni de chercher à modifier les comportements névrotiques, mais seulement en tant qu'ils perturbent directement l'exercice de la sexualité ou font obstacle au traitement.[283]

[283] Ibid.

Ici se font jour deux éléments : 1) les approches psychodynamiques se voient attribuer un nouveau but, qui est celui du traitement symptomatologique, « objectif primordial de la nouvelle approche thérapeutique », ce que Kaplan a déjà dit plus haut : « Toutes les interventions thérapeutiques (exercices sexuels, psychothérapie, thérapie du couple, etc.) tendent en dernière analyse vers ce but »[284] ; 2) l'objectif du traitement du symptôme est ce qui justifie de remonter aux causes éloignées lorsque celles-ci peuvent être identifiées comme impactant directement la sexualité, c'est-à-dire lorsqu'elles s'apparentent à des causes prochaines du symptôme sexuel. C'est sur ces deux points que se différencient les approches psychodynamiques et symptomatologiques. La réorganisation des thérapies autour du symptôme sexuel vient aussi bien limiter la remontée dans l'ordre chronologique qui se ramène pratiquement à un ici et maintenant, qu'elle focalise l'ordre logique sur les causes prochaines. Sur le plan ontologique, si le développement psychosexuel lointain du sujet n'est pas nié, ce qu'il est se trouve concentré dans le symptôme et ses causes immédiates, plutôt que dans son développement.

Une rupture, ou à tout le moins une discontinuité, paraît ainsi instituée au niveau logique de la connaissance des causes, qui rejaillit sur les niveaux chronologique et ontologique. Nous avons dit que l'épistémologie de la clinique est commune entre les approches psychodynamique et symptomatologique, dans la mesure où ces deux approches entendent remonter aux causes, et que si pour les premières, il s'agit de toujours remonter aux causes éloignées, pour les secondes, cette remontée s'avère nécessaire dans certains cas de symptômes sexuels. Mais l'affirmation sur le plan théorique de l'existence et de l'importance que peuvent revêtir les causes éloignées est tenue à distance sur le plan pratique de la clinique, au point que la façon dont cela se traduit sur le plan étiologique instaure une forme de dualisme sur le plan logique, qui dès lors pose question sur le plan ontologique : qu'en est-il finalement de la constitution de l'être du sujet ? Ce dualisme se révèle dans la mention de causes éloignées qui pourtant sont à peu près indifférentes, sauf à se rapprocher statutairement de causes prochaines. Il y aurait alors une sorte d'arrière-monde qui ne rendrait pas compte du symptôme sexuel, ou du moins dont on pourrait se passer pour en saisir le sens et le traiter. Cette discontinuité est d'autant plus

[284] Ibid., p. 32.

assumée par Kaplan que son propos opère finalement une séparation entre certains symptômes sexuels et des causes éloignées. En effet, lorsqu'elle dit qu'il est nécessaire de remonter à l'enfance pour traiter certains symptômes sexuels parce que les causes éloignées produisent des effets immédiats, elle sous-entend en même temps qu'il existe des symptômes sexuels sans causes éloignées. Elle formule ainsi la critique suivante à l'encontre des psychanalystes :

> Même lorsque le problème semble se limiter à l'inaptitude du patient à avoir une activité sexuelle satisfaisante, les psychanalystes ont tendance à voir dans tout dysfonctionnement sexuel la manifestation d'un trouble psychique. Selon eux, tous les désordres sexuels, quelles qu'en soient la nature et la gravité, sont l'expression de conflits intrapsychiques non résolus et / ou de relations interpersonnelles destructrices, lesquels étendent leur influence nocive à d'autres aspects également du comportement du patient.[285]

L'idée qu'il y a des problèmes sexuels de nature et de gravité différentes introduit bien une rupture dans la chaîne des causes, qui permet de s'arrêter aux causes prochaines sans rendre illogique l'ordre logique qui se trouve ainsi modifié : la recherche étiologique est raccourcie parce que la chaîne de causalité s'arrête à des causes prochaines, ce qui lui préserve une logique interne. Deux questions se posent alors : 1) que signifie « traiter le symptôme » ? ; 2) que reste-t-il des approches psychodynamiques dans la sexothérapie proposée par Kaplan ?

La réponse à la première question est apportée par Kaplan, lorsqu'elle indique à quel moment il est mis fin au traitement, à savoir « quand la capacité sexuelle a été rétablie »[286]. Autrement dit, traiter le symptôme signifie le faire disparaître. Si, pour la psychanalyse, le fait pour l'homme d'être de nouveau capable de pénétration (de ne plus souffrir de problèmes érectiles ou d'éjaculation prématurée par exemple), et pour la femme d'accéder à l'orgasme ne clôt pas le traitement, cela le clôt pour la nouvelle sexothérapie. Il faut cependant que la récupération de ces capacités soit durable et non temporaire : « Il n'est évidemment pas question d'arrêter prématurément le traitement dès que l'impuissant a réussi à coïter une ou deux fois »[287]. Ceci nécessite une action sur les causes prochaines, et pas seulement sur les effets de ces causes. Il faut donc remonter aux

[285] Ibid.
[286] Ibid., p. 33.
[287] Ibid.

causes de l'impuissance ou de l'incapacité orgasmique par exemple. Le traitement du symptôme ne consiste alors pas seulement en une focalisation sur celui-ci hors de toute chaîne causale, comme on prendrait du paracétamol pour faire disparaître un mal de tête sans s'occuper de la ou des causes de celui-ci. Ainsi, traiter le symptôme sexuel ne revient pas ici à adopter un traitement symptomatique, mais bien un traitement étiologique. Dès lors :

> … il est mis fin au traitement quand, outre l'amélioration du dysfonctionnement sexuel, ses facteurs déclenchants immédiats ont été repérés et ont été suffisamment maîtrisés pour qu'on puisse légitimement considérer que la restauration de la capacité sexuelle est raisonnablement permanente et solide.[288]

La nuance est alors subtile entre le traitement du symptôme comme but de la sexothérapie — que nous avons appelé « traitement symptomatologique » plus haut — et le traitement symptomatique. Du traitement symptomato*logique* au traitement symptomatique, il y a précisément une différence logique, qui tient à la prise en compte de causes, ici les « facteurs déclenchants immédiats ».

Par conséquent, si ce qui différencie la psychanalyse de la sexothérapie est le niveau de remontée des causes, ce n'est pas le fait que la première serait étiologique et la seconde seulement symptomatique qui les oppose. Ceci nous amène à la deuxième question à propos des approches psychodynamiques : qu'en reste-t-il dans la nouvelle sexothérapie, et en quoi les sexothérapeutes qui l'adoptent sont-ils « à orientation dynamique » ? Est-ce seulement sur le plan théorique, en ce que la sexothérapie de Kaplan admet l'existence de causes éloignées, qui peuvent être recherchées sur le plan clinique lorsqu'elles s'apparentent à des causes prochaines, mais qui sont, sinon, indifférentes dans l'étiologie des « déterminants immédiats » ? Est-ce seulement cela qui fait la différence entre Kaplan d'un côté et Masters et Johnson de l'autre, à tout le moins dans l'extrait du texte de Kaplan reproduit en annexe du rapport de l'OMS[289] ?

Dans cet extrait, toute la première partie à laquelle nous nous sommes jusqu'ici référé insiste sur la limitation des objectifs de la nouvelle sexothérapie par rapport à la psychanalyse et à la thérapie conjugale — l'une et l'autre n'étant au demeurant pas

[288] Ibid.

[289] Nous comparerons plus loin ce texte avec l'ouvrage de Kaplan de plus de 400 pages intitulé *La nouvelle thérapie sexuelle*.

clairement distinguées et se trouvant regroupées dans les approches psychodynamiques. Le caractère dynamique de la sexothérapie non seulement n'y a pas été mis en évidence, mais il s'y est surtout agi de s'en démarquer. Le seul passage qui semble inclure l'approche psychodynamique dans la sexothérapie est construit sur un mode restrictif, dans la formulation même de la phrase : « Les sexothérapeutes ne se font pas faute d'interpréter les facteurs psychodynamiques et les facteurs transactionnels ni de chercher à modifier les comportements névrotiques, mais… »[290]. Nous avons vu que c'est dans la mesure où les causes éloignées s'apparentent à des causes prochaines du fait de perturbations directes de l'exercice de la sexualité ou parce qu'elles font obstacle au traitement symptomatologique.

Une seconde partie complète l'extrait du texte de Kaplan, intitulée « Association d'exercices sexuels à la psychothérapie ». Or c'est ici que se fait jour, selon l'auteure, la spécificité et l'originalité de la nouvelle sexothérapie : « C'est dans l'utilisation d'exercices sexuels que réside la différence technique fondamentale entre la thérapie sexuelle et les thérapeutiques traditionnelles »[291]. Plus exactement, c'est le fait de combiner ces exercices à la psychothérapie qui constitue d'après elle « l'approche la plus efficace et la plus prometteuse conçue à ce jour pour le traitement des difficultés sexuelles »[292]. Les exercices en question présentent la particularité, reprise de Masters et Johnson, d'être à réaliser hors du temps de la consultation. Ceci constitue une différence majeure d'avec les « thérapeutiques traditionnelles », pour lesquelles ce qui importe est ce qui se passe durant la consultation. Notons qu'à ce moment du texte, Kaplan ne parle plus seulement de la psychanalyse et de la thérapie conjugale, mais également de la thérapie comportementale, dont « les diverses techniques mises en œuvre (…) pour dissiper les craintes et les inhibitions qui perturbent les réactions sexuelles du patient sont généralement appliquées dans le cabinet du clinicien et sous sa conduite »[293].

Si la thérapie sexuelle proposée par Kaplan inclut le genre d'exercices sexuels à effectuer chez soi que l'on trouve dans la méthode de Masters et Johnson, ils ne constituent pas l'élément psychodynamique qu'elle revendique. Ce dernier est présent du côté

---

[290] Organisation mondiale de la Santé, *Formation des professionnels de la santé aux actions d'éducation et de traitement en sexualité humaine*, *op. cit.*, 1975, p. 33.
[291] Ibid., p. 34.
[292] Ibid., p. 35.
[293] Ibid., p. 34.

de la psychothérapie qui est associée à ces exercices. Au demeurant, Masters et Johnson considèrent que leur méthode est psychothérapeutique, ce qui justifie la présence d'un ou d'une psychologue dans l'équipe thérapeutique, et de considérer leur traitement comme psychosomatique. Kaplan inscrit également sa méthode du côté des traitements de « symptômes psychosomatiques »[294]. La différence entre la « nouvelle thérapie sexuelle » et la sexothérapie conjugale n'apparaît donc pas si incisive au premier abord du point de vue psychodynamique. Cependant, elle est affirmée par Kaplan, selon une double distinction. Tout d'abord, la sexothérapie qu'elle propose se différencie des méthodes qui « s'en tiennent à la prescription d'exercices sexuels »[295]. Dans la mesure où Masters et Johnson recourent à des méthodes éducatives et travaillent sur les peurs et fausses idées sur la sexualité, en plus de prescrire des exercices sexuels, on ne peut pas considérer qu'elle et il font partie des praticiennes et praticiens qui n'utilisent que des exercices sexuels. Ensuite, les sexothérapeutes qui associent la psychothérapie aux exercices sexuels dont Kaplan parlent, sont celles et ceux « à orientation psychodynamique ». C'est ici qu'apparaît la différence avec Masters et Johnson. Il y a donc des sexothérapeutes qui ne sont pas à orientation psychodynamique, tandis que d'autres le sont, et ce sont ces derniers qui adoptent la nouvelle thérapie sexuelle[296]. On revient ici à l'idée que les psychothérapies telles que la psychanalyse et la thérapie conjugale peuvent être orientées de telle sorte qu'elles visent à traiter le symptôme sexuel, sans pour autant procéder à une psychanalyse ou une thérapie de couple. Les séances de psychothérapie visent alors « à agir sur les obstacles intrapsychiques et transactionnels à un bon fonctionnement sexuel », et leur combinaison avec des exercices sexuels « constitue l'approche la plus efficace et la plus prometteuse conçue à ce jour pour le traitement des difficultés sexuelles »[297].

Dans l'extrait proposé par le rapport de l'OMS, on peine cependant à déterminer l'importance de la dimension psychodynamique dans la nouvelle thérapie sexuelle. Plutôt qu'une véritable articulation entre les approches psychodynamiques — en particulier la psychanalyse — et les approches cognitivo-comportementales, le texte de Kaplan donne l'impression d'acter un retrait de la psychodynamique au profit du béhaviorisme. La

---

[294] Kaplan, *La nouvelle thérapie sexuelle*, *op. cit.*, 1979, p. 12.

[295] Organisation mondiale de la Santé, *Formation des professionnels de la santé aux actions d'éducation et de traitement en sexualité humaine*, *op. cit.*, 1975, p. 35.

[296] Ibid.

[297] Ibid.

dernière phrase du texte semble accréditer cette impression, et contribue même à la renforcer : « … la nouvelle thérapie sexuelle peut être considérée comme une acquisition majeure des sciences du comportement »[298]. En somme, plutôt qu'une conciliation entre psychanalyse et cognitivo-comportementalisme, ce texte en annexe du rapport et le rapport lui-même d'une manière générale intègrent le glissement épistémologique qui se fait jour dans les années 1970. Comme moment charnière de ce glissement, il mêle des références à la psychanalyse et au béhaviorisme, mais en s'inscrivant sur le chemin d'une promotion cognitivo-comportementale contre la psychanalyse.

Causes prochaines et causes éloignées des troubles du fonctionnement sexuel

Il serait cependant réducteur de ramener la nouvelle thérapie sexuelle proposée par Kaplan à l'extrait de texte qu'en reproduit l'OMS. Dans sa partie consacrée à l'étiologie, son ouvrage éponyme consacre ainsi tout un chapitre aux conflits et causes psychiques des troubles du fonctionnement sexuel, et un autre à l'origine des troubles du fonctionnement sexuel au sein de la relation conjugale[299]. Kaplan réalise-t-elle alors, de façon plus évidente que dans l'extrait repris par l'OMS, la synthèse entre la psychanalyse et le béhaviorisme qu'on lui prête ?

Les conflits sexuels sont décrits dans son livre comme souvent inconscients, et « susceptibles d'exercer des effets puissamment destructeurs sur les aspects aussi bien sexuels que non sexuels de la vie »[300]. C'est ainsi que, parmi les causes immédiates des troubles du fonctionnement sexuel, sous le chapitre de « l'incapacité d'adopter un comportement sexuel efficace » et aux côtés de l'ignorance en matière sexuelle, Kaplan fait figurer le « refus inconscient de la satisfaction sexuelle ». L'une des formes qu'il peut prendre est le refus de donner du plaisir provenant d'une « hostilité inconsciente à l'égard du ou de la partenaire, parfois accompagnée d'anxiété ». Pour résoudre ce genre de problèmes, l'auteure estime que l'éducation et le conseil sexuel · le · s ne peuvent suffire, et qu'il faut « tout d'abord que ces sujets trouvent, au moins dans une certaine mesure, une

[298] Ibid.
[299] Kaplan, *La nouvelle thérapie sexuelle*, *op. cit.*, 1979, pp. 113-142.
[300] Ibid., p. 113.

solution à leurs conflits internes »[301]. Nous retrouvons ici le procédé qui consiste à ramener des causes éloignées à des causes immédiates. Mais plus loin dans son ouvrage, alors que dans la partie consacrée au traitement, elle aborde les principes fondamentaux de la thérapie sexuelle et plus précisément son orientation théorique, Kaplan précise que la thérapie sexuelle ne se réduit pas à prodiguer des conseils et à prescrire des exercices, mais qu'il s'agit bien d'une forme de psychothérapie dont le socle conceptuel est psychodynamique. Parlant de son équipe au Cornell University-New York Hospital Center, elle ajoute :

> Nous nous efforçons de comprendre les causes motivant le problème du patient et d'adapter le traitement en conséquence ; nous prenons en considération les causes immédiates, mais aussi les causes plus profondes, et chaque exercice prescrit, de même que toute tactique thérapeutique, est étudiée rationnellement en fonction de son impact sur la structure psycho-pathologique du couple. Les résistances psychiques et les motivations inconscientes de chacun des conjoints sont prises en considération et traitées au cours du processus thérapeutique.[302]

C'est que si le recours aux exercices sexuels est fondamental dans la sexothérapie proposée par Kaplan, ceux-ci peuvent susciter « des mécanismes de défense » et « des résistances ». Pour pouvoir les vaincre et rendre la mise en œuvre des exercices possible, la ou le sexologue doit employer des techniques psychothérapeutiques « exigeant une connaissance approfondie des forces psychodynamiques qui régissent le comportement humain »[303]. Or, sur le plan théorique, une telle manière de faire se justifie par l'affirmation de liens entre les causes prochaines et les causes éloignées :

> Les causes profondes des troubles du fonctionnement sexuel et les causes plus évidentes sont liées entre elles en un état d'équilibre dynamique. Elles se nourrissent, se renforcent, se stimulent, s'amplifient les unes les autres. En raison de cette relation complexe, les stratégies thérapeutiques visant à intervenir exclusivement sur les antécédents immédiats des symptômes se heurtent souvent à des obstacles qui résultent de problèmes conjugaux plus profonds.[304]

Ce passage vient tempérer sérieusement la discontinuité causale mise en avant dans l'extrait reproduit par l'OMS. Les conséquences sur le plan thérapeutique ne sont

[301] Ibid., p. 104.
[302] Ibid., p. 160.
[303] Ibid., p. 179.
[304] Ibid., p. 112.

pas neutres : ne s'en tenir qu'aux causes immédiates peut rapidement se révéler insuffisant. Ajoutons que ce bémol apporté par Kaplan à la réduction aux causes prochaines s'inscrit dans la mise en évidence des limites des thérapies reposant essentiellement sur l'apprentissage, autrement dit des thérapies cognitivo-comportementales du type de celles proposées par Masters et Johnson. Il s'agit pour Kaplan de répondre aux critiques que peut susciter l'attention exclusive accordées aux causes immédiates dans la thérapie sexuelle. Sa manière d'y répondre est de pointer ce que les thérapies cognitivo-comportementales ont de restrictif, pour présenter sa propre manière de faire comme « plus ample »[305]. C'est alors qu'elle en vient à restituer sur le plan épistémologique les liens entre les causes prochaines et les causes éloignées, pour justifier et faire valoir la combinaison des exercices sexuels avec la psychothérapie d'orientation psychodynamique. À la suite de ce passage, elle se réfère à Freud pour lister trois éléments de la psychanalyse qu'elle estime essentiels pour la thérapie sexuelle :

> 1) Le concept de motivation inconsciente, avec les concepts corrélatifs de refoulement et de résistance au traitement ; 2) L'importance de l'expérience vécue au cours de l'enfance et son influence sur l'orientation future du sujet ; 3) Le rôle joué par le conflit œdipien dans la formation du conflit sexuel.[306]

Des concepts essentiels de la théorie psychanalytique sont ainsi retenus par Kaplan pour la nouvelle sexothérapie. Ceci, d'une part, contraste avec l'extrait en annexe du rapport de l'OMS, et d'autre part, apporte des précisions sur les éléments psychodynamiques de la thérapie sexuelle. Dès lors, la ou le sexologue ne saurait faire l'impasse sur la psychanalyse, ni sur la thérapie conjugale elle-même d'orientation psychodynamique. Sachant par ailleurs qu'il s'agit de recourir également aux exercices sexuels, l'exercice de la thérapie sexuelle selon Kaplan se révèle particulièrement exigent :

> *En un mot, le sexologue doit posséder une connaissance approfondie, théorique et pratique, de la psychanalyse, de la thérapie conjugale, de la thérapie du comportement, et savoir quand et comment mettre en œuvre ces concepts théoriques et thérapeutiques en fonction des problèmes spécifiques du couple.*[307]

---

[305] Ibid.

[306] Ibid., p. 114.

[307] Ibid., p. 180. En italique dans le texte.

Cependant, on retrouve dans l'ouvrage de Kaplan une même structuration rhétorique à propos de la psychanalyse que l'on peut condenser en la formule suivante : « oui, mais… ». Elle associe systématiquement la psychanalyse à un jugement restrictif. Il convient de s'y arrêter tant elle se répète sur seulement quelques pages. Soulignons que, sur les trois citations ci-dessous, la dernière apparaît dans un sous-chapitre évaluatif intitulé « Critique de la théorie freudienne », alors que les deux premières se trouvent dans un passage en principe consacré à la description de ladite théorie, qui comprend alors d'ors et déjà, comme nous allons le constater, une dimension évaluative. On lit donc d'abord ceci :

> Le concept de conflit lié au complexe d'Œdipe et de régression au stade des conflits de l'enfance refoulés s'avère extrêmement utile lorsqu'on désire éclairer des phénomènes cliniques déconcertants (…). Toutefois, on peut discuter du fait que les problèmes liés à un échec du complexe d'Œdipe constituent les *seules* causes possibles de conflit sexuel.[308]

Puis, à la page suivante :

> Les deux cas [cliniques] précédemment cités semblent clairement liés à de graves problèmes relevant du complexe d'Œdipe. Toutefois, on constate également souvent des troubles du fonctionnement sexuel dans des cas où ces problèmes *n'apparaissent pas*.[309]

Et encore à la page d'après :

> Le concept de conflit qui nous guide dans notre traitement des problèmes sexuels *reconnaît* positivement l'importance de l'inconscient et du conflit lié au complexe d'Œdipe. Toutefois, nous estimons que, à côté des désirs incestueux, bien d'autres facteurs sont susceptibles de jouer un rôle dans la genèse des conflits et des troubles sexuels.[310]

Cette rhétorique qui consiste à poser d'abord une positivité (« oui ») pour aussitôt la restreindre (« toutefois ») ouvre un espace à la nouvelle thérapie sexuelle, que la psychanalyse laisse vacant dès lors que sa prétention à rendre compte de tous les problèmes sexuels est contestée. Cet espace ouvert repose sur la distinction entre les causes éloignées et les causes prochaines abordée plus haut, et sur une déconnexion entre les causes éloignées et les effets présents, à savoir entre les conflits non résolus liés au complexe d'Œdipe

[308] Ibid., p. 117.
[309] Ibid., p. 118.
[310] Ibid., p. 119.

et les symptômes sexuels. Kaplan opère cette dernière dans deux directions : des effets aux causes, mais aussi, plus radicalement, des causes aux effets. Tout d'abord, il y a des symptômes sexuels qui n'ont pas de causes dans l'enfance du sujet, ce qui remet en question l'hégémonie de la psychanalyse concernant les problèmes sexuels, mais pas la psychanalyse elle-même. Ceci laisse place à la considération des causes immédiates des troubles du fonctionnement sexuel, qui « prennent leur source dans un environnement antiérotique », comme l'ignorance en matière sexuelle, la timidité, la crainte de l'échec, des problèmes de communication, etc. Autant d'obstacles à « l'abandon sexuel » nécessaire au « bon fonctionnement sexuel ». Or selon l'auteure, la nouvelle thérapie sexuelle « est particulièrement apte à déceler et à réduire les obstacles spécifiques, immédiatement opérants, qui s'oppose à cet abandon sexuel » [311].

Mais cette diversification des causes possibles des problèmes sexuels n'est qu'un des aspects de la discontinuité instaurée par Kaplan entre les causes éloignées et les effets actuels. S'il n'y a pas d'effet sans cause, les causes peuvent être multiples, et parmi celles-ci peut subsister une étiologie psychanalytique. Cependant, la seconde direction dans laquelle l'auteure procède à la discontinuité dans la chaîne de causalité, s'opère des causes éloignées aux effets, et non plus des effets aux causes. Celle-ci est effectuée en deux temps par Kaplan. Tout d'abord, les causes éloignées sont rendues indifférentes. Ensuite, elles sont destituées de leurs effets.

Les causes éloignées sont indifférentes dès lors que l'objectif de la sexothérapie est de faire disparaître le symptôme sexuel, et que pour ce faire, il s'agit de remonter aux « obstacles immédiatement opérant » qui entravent le bon fonctionnement sexuel. Le traitement peut alors être limité à des interventions ponctuelles qui visent ces obstacles, sans aborder « les problèmes plus profonds qui en ont provoqué l'apparition ». Ce qui peut justifier cette méthode est que :

> [...] d'un point de vue purement empirique, il n'est souvent pas nécessaire d'aborder ces problèmes, qui se posent à un niveau plus profond, ni de les résoudre, la « guérison » pouvant dans bien des cas être obtenue en s'attaquant uniquement aux conflits et aux systèmes de défense immédiatement apparents. [312]

[311] Ibid., p. 100.
[312] Ibid., p. 112.

C'est ici que sont rendues indifférentes les causes éloignées, du moins dans un nombre non négligeable de cas (« dans bien des cas »). C'est pourquoi, même si la ou le thérapeute sexuel · le repère des conflits plus profonds, par exemple œdipiens, il ne doit pas les mentionner aux patientes et patients, même lorsque l'on est dans la séance thérapeutique proprement dite de la thérapie sexuelle (par distinction des exercices sexuels), et qu'il s'agit de faire face aux résistances psychiques au processus thérapeutique. Ainsi, décrivant le cas d'un couple où le mari souffre d'éjaculation prématurée, Kaplan rapporte que les entretiens lui ont permis de déceler une position de passivité et un complexe de culpabilité du mari, ainsi qu'une angoisse et une hostilité de la femme. Ces éléments constituaient des entraves à la réalisation des exercices sexuels prescrits. Cependant, le traitement n'a pas consisté à interpréter ceux-ci à la manière d'un ou d'une psychanalyste, mais à faire prendre conscience à chaque membre du couple de son attitude respective. Cette prise de conscience suffit souvent, selon Kaplan, à ce que les conflits immédiatement opérant soient dissous, ce qui permet de résoudre les problèmes sexuels. Mais elle insiste bien sur le fait qu'il ne s'agit pas de mettre en lumière les conflits psychiques plus profonds : « Toutefois, on évite d'amener le couple à prendre conscience de ses conflits sous-jacents, que l'on ne cherche pas à résoudre »[313].

Autrement dit, il existe nombre de situations où les conflits profonds n'ont pas réellement d'incidence sur la résolution des symptômes sexuels. Qu'il y ait ou non des causes éloignées dans la chaîne des causes des symptômes n'est pas un obstacle au traitement du symptôme. C'est en ce sens que nous disons que Kaplan rend les causes éloignées indifférentes, du moins pour de multiples cas. La « prise de conscience » dont parle Kaplan n'est donc pas celle qui s'opère lors d'une psychanalyse, où des processus inconscients sont rendus conscients.

Remonter aux causes profondes est réservé aux cas où la « prise de conscience » ne suffit pas à lever les résistances qui entravent la réalisation des exercices sexuels. Il s'agit des cas où, selon les termes de Kaplan, la résistance est « tenace »[314]. Ici, l'interprétation de phénomènes inconscients se révèle nécessaire. Le but n'est cependant pas celui d'un travail psychanalytique, mais seulement de lever suffisamment les résistances

[313] Ibid., p. 186.
[314] Ibid.

pour rendre possibles les exercices sexuels devant conduire à la levée du symptôme. Pour illustrer ce genre de situations, elle prend l'exemple d'un couple où la femme souffre d'anorgasmie primaire et totale (elle n'a jamais eu d'orgasme de sa vie), tandis que le mari ne semble pas souffrir de problèmes sexuels[315]. Si les premiers exercices se sont bien passés, ce ne fut plus le cas par la suite, à partir du moment où la femme se sentait trop excitée. Les exercices sexuels furent alors interrompus, le temps d'entreprendre un travail plus profond avec la femme uniquement. Or, celui-ci consista en l'interprétation d'un rêve, en la mise en lumière d'un lien possiblement établi inconsciemment par la patiente entre sexualité et agressivité, en l'étude de son enfance et de ses relations avec sa mère, pour finalement se centrer sur les liens fusionnels mal résolus l'unissant à sa mère. Les exercices ont pu reprendre au bout d'un certain temps, et la femme finit par atteindre l'orgasme en se masturbant, tout en continuant par ailleurs les séances thérapeutiques individuelles.

N'avons-nous pas alors affaire, ici, à une véritable dimension psychodynamique, aux accents fortement psychanalytiques, de la thérapie sexuelle, qui vient contredire notre hypothèse d'une indifférence des causes éloignées ? Cependant, pour Kaplan, ce cas illustre le caractère inopérant des moyens habituels de la thérapie sexuelle, et le fait qu'elle peut être inadaptée. Plus précisément, et dans un style de construction argumentative que l'on ne cesse de retrouver dans son ouvrage, elle prend appui sur l'échec de la thérapie sexuelle pour le transformer en succès possible dès lors qu'on en sort :

> […] il est parfaitement possible de traiter avec succès bon nombre de patients pour lesquels la thérapie sexuelle s'avère inadaptée (dans ce cas, l'intervention est limitée, elle se situe primordialement au niveau de l'expérience vécue) mais il faut qu'on parvienne à résoudre leurs conflits plus profonds. Les thérapeutes disposent en effet d'un large éventail de techniques psycho-thérapeutiques susceptibles de favoriser l'introspection et la solution des problèmes plus profonds qui sont à l'origine des symptômes sexuels.[316]

Parmi ces techniques, elle cite l'interprétation de phénomènes inconscients, typique de l'approche psychanalytique. Dès lors :

> Lorsque les techniques accélérées de la thérapie sexuelle ne parviennent pas à remédier aux troubles fonctionnels du couple, le thérapeute a toujours la possibilité d'intervenir

[315] Ibid., p. 186 sq.
[316] Ibid., p. 189.

> à un niveau plus profond, c'est-à-dire qu'il peut tenter d'agir sur les sources même du problème.[317]

On se trouve de nouveau face à une difficulté récurrente à laquelle nous confronte la lecture de l'ouvrage de Kaplan, qui réside dans des formes d'argumentation à front renversé. Comme nous l'avons vu, lorsqu'il s'agit de répondre aux critiques de l'abord des troubles du fonctionnement sexuel par leurs causes immédiates, elle souligne les liens entre celles-ci et les causes éloignées[318] ; lorsqu'elle veut faire valoir la dimension psychodynamique de la thérapie sexuelle, elle insiste sur le fait que dans de nombreux cas, remonter aux causes immédiates est suffisant, rendant indifférentes les causes éloignées ; désormais, alors qu'il s'agit de faire valoir la thérapie sexuelle, elle met en avant son échec et le besoin de recourir à des approches résolument psychodynamiques pour qu'elle soit une réussite.

L'argumentation de Kaplan sur l'étiologie et les traitements appropriés se compliquent d'autant plus que non seulement les causes éloignées sont dites indifférentes dans de nombreux cas, mais en plus, il lui arrive même de les disqualifier totalement. Ainsi, lorsqu'elle conteste que les échecs du complexe œdipien soient les seules causes possibles de conflit sexuel, elle ajoute :

> De plus, ces problèmes [œdipiens] ne provoquent pas obligatoirement l'apparition de symptômes sexuels. On a la preuve clinique que bon nombre de personnes souffrant de conflits de l'enfance non résolus et de névroses à caractère œdipien n'en sont pas moins capables de fonctionner de manière satisfaisante sur le plan sexuel.[319]

Si d'un côté le complexe d'Œdipe n'explique pas tous les problèmes sexuels, de l'autre il est aussi affirmé que les causes éloignées peuvent être sans effets au niveau sexuel. De la sorte, c'est le statut étiologique même du complexe œdipien qui est remis en cause. Que sont, en effet, des causes sans effets ? Posant un rapport d'égalité entre la cause et l'effet, le philosophe français Étienne Bonnot de Condillac rappelle qu'une cause sans effet perd sa qualité de cause : « si vous supposiez la cause plus grande [que l'effet], ce qui, dans la cause, excéderait l'effet, serait une cause sans effet : ce ne serait donc plus

[317] Ibid., p. 190.
[318] Ibid., p. 112.
[319] Ibid., p. 117.

une cause »[320]. Bien qu'il ne soit pas contesté que le complexe d'Œdipe puisse produire des symptômes sexuels, mais aussi des symptômes autres que sexuels, la délégitimation de la psychanalyse se révèle ici sérieuse. Comment concilier de tels propos avec les précédents ? Comment comprendre le balancier incessant qu'opère Kaplan entre les causes prochaines et les causes éloignées, et ce faisant, entre les techniques thérapeutiques qui s'en tiennent aux premières, et celles qui remontent aux secondes ?

Quelle historicité du vivant sexuel ?

Notre objet n'est pas ici d'aller plus loin dans la pensée de Kaplan, mais de mettre en évidence ceci : celle qui est censée représenter la conciliation entre différentes formes de thérapies, et en particulier entre les approches psychodynamiques et les approches cognitivo-comportementales, fragilise la dimension psychodynamique de la thérapie sexuelle, alors même qu'elle cherche à la faire valoir. Ceci, et l'argumentation à front renversé qui en est l'inscription rhétorique, traduisent les difficultés dans lesquelles elle se trouve prise pour faire la synthèse entre non seulement des méthodes thérapeutiques, mais aussi des conceptions du comportement humain et de ses ressorts, dont les années suivantes de l'histoire de la sexologie en particulier et des psychothérapies en général ne cesseront de souligner les incompatibilités. Comme nous l'avons vu avec Béjin, la sexologie après la Seconde Guerre mondiale ne s'est pas développée en harmonie avec la psychanalyse et les approches psychodynamiques, mais contre elles. Au tout début des années 1980, Béjin pouvait alors écrire :

> […] c'est précisément parce qu'ils ont pu et su porter la confrontation avec les psychanalystes sur le terrain thérapeutique que les sexologues sont en voie de s'assurer un avantage peut-être décisif. Cet avantage procède (…) d'une *double légitimation*, elle-même favorisée par une érosion de la crédibilité de la psychanalyse : légitimation par le *succès thérapeutique* tout d'abord, mais aussi légitimation par la *référence à un corpus d'énoncés scientifiques expérimentaux*.[321]

Précisément, il s'agit des deux ressorts de légitimation mis en avant par Kaplan : la thérapie sexuelle permet de résoudre nombre de problèmes sexuels d'une part sans

[320] Condillac Etienne Bonnot de, *Œuvres complètes de Condillac. De l'art de raisonner*, vol. 11, Paris, Dufart, 1803, p. 95.
[321] Béjin, « Crépuscule des psychanalystes, matin des sexologues », *art. cit.*, 1982, p. 160.

remonter aux causes éloignées ; et sa démarche est rationnelle, grâce notamment aux travaux de Kinsey ainsi que de Masters et Johnson qui ont permis, selon Kaplan, de réaliser « des progrès importants au cours de ces dernières années » concernant « les connaissances fondamentales relatives aux phénomènes biologiques qui commandent la sexualité » (fonctionnement du cerveau, rôle des hormones…), et les données fondamentales sur la physiologie des réactions sexuelles[322]. C'est ainsi que l'ouvrage de Kaplan peut commencer par trois chapitres qui :

> […] tentent de résumer quelques-unes des données récemment mises à jour relatives à la physiologie, à la neurologie et à l'endocrinologie des réactions sexuelles chez l'homme et la femme, données essentielles à la compréhension de la sexualité humaine, qui fournissent le fondement intellectuel d'une pratique rationnelle de la thérapie sexuelle.[323]

La biologie fait ainsi référence en sexothérapie, comme gage de fondement scientifique. Cependant, la distinction entre les causes prochaines et les causes éloignées au profit des premières, est assimilable à une dissociation au sein de la biologie, avec d'un côté la biologie fonctionnelle et de l'autre la biologie évolutive telles que distinguées par Mayr. Nous voulons dire par là que c'est l'historicité du vivant qui est tenue à l'écart. La bio-graphie individuelle qui remonte aux causes éloignées, est ignorée au profit d'une approche fonctionnaliste du sexuel focalisée sur les causes immédiates. En biologie, ce qui opère l'historicisation du vivant est la théorie de l'évolution, tandis que le fonctionnalisme est présentiste. Mayr décrit comme holistique le fait de prendre en considération la complexité du vivant, en articulant aussi bien le fonctionnalisme que l'évolution, comme fondement de l'unité de la biologie. Cependant, l'historicité n'est pas du côté du fonctionnement physico-chimique de la biologie fonctionnaliste, mais du côté de l'héritage génétique soumis à l'évolution, qui fonctionne comme un programme (et qui est l'une des principales caractéristiques spécifiques du vivant par rapport aux objets de la physique)[324]. Or, la sexothérapie de Kaplan, mais aussi celle de Masters et Johnson, est fonctionnaliste, c'est-à-dire du côté de l'absence d'histoire, sinon sous la forme limitée de l'anamnèse de la dysfonction, rapportée à ses causes prochaines. Ce qui fait l'historicité

[322] Kaplan, *La nouvelle thérapie sexuelle*, *op. cit.*, 1979, p. 16.
[323] Ibid., p. 17.
[324] Mayr, « The Autonomy of Biology », *art. cit.*, 1996, p. 102.

du vivant, à savoir son évolution, n'est pas repris sur le plan individuel du développement de la personnalité, référée aux causes lointaines. Nous faisons ici une transposition dans le domaine de l'histoire individuelle de considérations à propos de l'espèce, qui permet de rendre compte de la conception du vivant qui est sous-jacente à la sexothérapie telle que développée dans les années 1960 et 1970 aux États-Unis. Nous passons ainsi de la science du vivant comme biologie, à une conception plus large des sciences du vivant, qui inclut la biographie individuelle et le contexte d'écriture de celle-ci. Si l'élément historique est ce qui distingue la biologie de la physique (dont les lois sont fixes), alors son éviction de l'étude du vivant (ici en tant que sexuel) revient à une physicalisation de celui-ci, autrement dit à une forme de réductionnisme (la science du vivant que constitue la sexologie n'étant plus qu'une région de la physique, comme étude des fonctions et des réactions physico-chimiques du sexuel). Si l'on reprend notre compréhension philosophique du vitalisme comme revendication d'une autonomie du vivant par rapport à la matière inanimée (et non au sens métaphysique qu'il a pris et que lui attribue Mayr), la sexologie fonctionnaliste ne s'inscrit pas dans la suite de l'hygiénisme américain du XIXe siècle, et tend à ne pas prendre comme objet la sexualité comme processus du vivant humain en tant que vivant, mais en tant que complexe physico-chimique quasiment sans historicité.

La reprise par l'OMS du concept de santé sexuelle s'inscrit pourtant dans une forme de continuité avec ses origines hygiénistes vitalistes, dont le caractère historique sur le plan individuel est supposé par la démarche éducative. Mais la recherche d'assises scientifiques se traduit dans les travaux de l'agence de l'ONU par la convocation d'une sexologie fonctionnaliste qui ne retient de la biologie que la branche où ne se trouve pas l'historicité. Les tensions entre la psychanalyse et le cognitivo-comportementalisme, causes éloignées et causes prochaines, au milieu desquelles se trouve pris le concept de santé sexuelle, reposent *in fine* sur des conceptions opposées du vivant humain.

Tel est donc le contexte épistémologique dans lequel est défini le concept de santé sexuelle au cours des années 1970 : celui d'une tension entre psychanalyse et thérapie cognitivo-comportementale, qui tend à être une tension entre psychanalyse et sexologie fonctionnaliste, et entre conception historique et conception fixiste du vivant. On retrouve en un sens le type de tension entre la psychanalyse et la sexologie déjà présente au début du XXe siècle, entre l'approche de la sexualité par Freud et celle par Hirschfeld,

qui opposait des déterminants psychogènes de l'homosexualité à des déterminants biologiques. L'opposition dans les années 1970 est plutôt entre les déterminants psychogènes de l'enfance dans le cadre d'une théorie développementale qui met en présence des forces psychiques qui sont en conflit, et des déterminants cognitifs pré-conscients ou conscients qui agissent sur la réponse sexuelle entendue en un sens neuro-physio-endocrinologique.

Le concept de santé sexuelle, qui n'appartenait ni à la conceptualité de la psychanalyse, ni à celle de la sexologie, se retrouve au cœur de ce conflit interne à la *scientia sexualis* qui tend à opposer psychanalyse et sexologie. D'un côté, la sexologie cherche à établir sa légitimité en affichant son ambition scientifique, que ce soit par les méthodes statistiques et les calculs effectués à partir de relevés biologiques, ou par sa qualification comme médicale. Quoique la psychanalyse fasse encore largement référence dans les années 1970, elle est de plus en plus mise en question, notamment sur son caractère de scientificité[325]. De l'autre, le mouvement sanitaire, porté par la planification familiale, promeut l'éducation sexuelle elle-même sanitarisée, et un concept positif de santé sexuelle, holistique et aux résonances vitalistes. La jonction entre ces deux mouvements a conduit à l'introduction du concept de santé sexuelle dans le champ de la sexologie. Autrement dit, ce concept dont la genèse le rattache à un champ dont la scientificité est contestée — celui d'une physiologie vitaliste[326] —, se trouve articulé à une discipline en quête de reconnaissance et d'affirmation scientifique. De plus, il appartient au domaine sanitaire dont la scientificité va être elle-même interrogée, contre la définition de la santé par l'OMS par Boorse qui cherche à en établir un concept scientifique[327], et d'une manière générale, plus tardivement, par Canguilhem, qui y voit un « concept vulgaire »[328]. Or, au

[325] On connaît la critique adressée par Karl Popper à la psychanalyse mais aussi au marxisme et à la psychologie adlérienne, à partir du critère de réfutabilité (Popper Karl Raimund, *Conjectures et réfutations. La croissance du savoir scientifique*, Paris, Payot, 2006, p. 61). Par ailleurs, en 1970, le philosophe américain Franck Cioffi décrit la psychanalyse comme une pseudoscience, dans un ouvrage collectif consacré aux sciences du comportement. Cioffi Frank, « Freud and the idea of a pseudo-science », in: Borger Robert et Cioffi Frank (éds.), *Explanation in the behavioural sciences*, Cambridge, Cambridge University Press, 1970, pp. 471-499.

[326] Voir par exemple Mayr, « Cause and Effect in Biology », *art. cit.*, 1961, p. 1506 : « Les complexités de la causalité biologique ne justifient pas d'embrasser des idéologies non scientifiques, comme le vitalisme ou le finalisme [*The complexities of biological causality do not justify embracing nonscientific ideologies, such as vitalism or finalism*] ».

[327] Boorse, « Health as a Theoretical Concept », *art. cit.*, 1977.

[328] Canguilhem, « La santé : concept vulgaire et question philosophique », *art. cit.*, 2002.

sein de l'OMS, la scientificité du concept de santé sexuelle va être discutée, des années 1980 jusqu'aux années 2000. C'est ce que révèlent les rapports que nous allons maintenant étudier.

IV/ Une science médicale de la sexualité normale ?

IV.1 — Quelle scientificité du concept de santé sexuelle ? (1980-2019)

La question de la scientificité du concept de santé sexuelle va être posée à deux niveaux : celui de la définition même du concept, et celui de son caractère opératoire. Une tension va se faire jour entre deux démarches entre lesquelles va être pris le concept de santé sexuelle : une démarche de recherche et d'application clinique, et une démarche de promotion en santé publique. La première démarche tente d'établir des fondements scientifiques aussi bien sur le plan théorique que pratique. La seconde a des visées politiques et sociales. Cette tension va se traduire par une autre, entre une tendance biomédicale réductionniste, et une plus globale et plus conforme à la définition proposée par l'OMS. C'est alors la question de la médicalisation de la sexualité qui va être posée.

IV.1.1 — Entre les faits et les valeurs

Un concept de la science sexologique

L'exigence de scientificité du concept de santé sexuelle découle de cette même exigence concernant la sexologie. Nous avons vu avec Abraham et Pasini que l'affirmation du caractère scientifique de la sexologie s'opérait par le fait d'en faire une discipline du champ médical, si ce n'est directement une spécialité médicale. Mais la scientificité du concept de santé sexuelle par l'OMS va être discutée, aussi bien en dehors qu'au sein des

instances de l'OMS. Le point principal d'achoppement est sa dimension axiologique, qui concerne aussi bien le concept de santé sexuelle que le concept général de santé positive. Sa définition comme état de bien-être pose problème au corps médical[1]. Nous verrons également que la persistance de son articulation à l'éducation sexuelle à des fins éthiques pose le même genre de problème d'enchevêtrement, entre un concept supposé scientifique et une logique de prescription des conduites.

Dans le cadre d'une histoire de la sexologie comme science et domaine de recherche, les débats développés au sein de l'OMS sur la scientificité du concept de santé sexuelle ont pu passer inaperçus. C'est typiquement le cas dans l'histoire de la sexologie qu'a proposée l'historien et sexologue américain Vern L. Bullough. Dans *Science in the Bedroom*, l'auteur écrit une histoire militante qui s'emploie à montrer que la sexologie est une science[2]. Il s'agit d'ailleurs d'une histoire de la « recherche sur le sexe » (*sex research*), comme l'indique le sous-titre du livre. Alors que l'ouvrage est publié au milieu des années 1990, il est caractéristique que celui-ci occulte totalement les discussions au sein de l'OMS, qui constituent pourtant une étape de l'institutionnalisation de la sexologie au niveau mondial, en s'appuyant sur des auteur · e · s de référence pour Bullough, à savoir Kinsey, Masters et Johnson. Il n'y est fait aucune mention de Pasini et de la sexologie médicale, pas plus que du concept de santé sexuelle. Reprenant le schéma historique classique d'une naissance de la sexologie à la fois scientifique et militante à la fin

[1] À l'heure de la « révolution sexuelle », d'autres critiques — en amont même du concept de santé sexuelle —, sur le caractère scientifique de la sexologie, se font jour, du côté des mouvements politiques contestataires. Par exemple, en France, le chargé de cours au département de philosophie de l'université expérimentale de Vincennes — fondé par Foucault — et militant du Front homosexuel d'action révolutionnaire (FHAR) Guy Hocquenghem, rédige « L'anti-sexologue », qui, en 1974, critique les prétentions scientifiques de la Société française de sexologie clinique, nouvellement fondée par Meignant. On peut y lire les propos suivants : « Qu'il y ait une sexologie scientifique au sens des médecins est un leurre ». Selon lui, la sexologie est née des mouvements féministes, homosexuels et de jeunesse, et « l'officialisation médicale n'est que l'institutionnalisation enfermante de ce qu'ont mis à jour ces mouvements. Le nouveau "savoir" sexologique n'est que la mise en coupe réglée de l'espoir né de ces efforts de libération ». Il oppose à cette sexologie médicale « l'étude scientifique de la sexualité » comme « critique radicale et détaillée — échappant en principe au corps médical — de la civilisation qui engendre les malades et les rejette hors du fonctionnement normal de la société ». Il s'agit donc d'une critique du critère de scientificité non pas interne à la sexologie comme science, mais externe, sociale et politique, qui renvoie l'institutionnalisation de la sexologie en France à une entreprise de répression de la sexualité en réaction à la « révolution sexuelle ». HOCQUENGHEM Guy, « L'anti-sexologue », in: *La dérive homosexuelle*, Paris, J.-P. Delarge, 1977, pp. 88-97.

[2] BULLOUGH, *Science in the Bedroom*, *op. cit.*, 1994.

du XIXe et au début du XXe siècle en Europe germanophone, interrompue dans son développement par le régime nazi, et trouvant un nouveau développement, strictement scientifique, aux États-Unis après la Seconde Guerre mondiale, Bullough n'aborde pas du tout les évolutions de l'histoire de la sexologie dans les années 1970 sous l'influence de psychiatres et gynécologues européens. Pour ces années, il s'en tient en effet aux mouvements contestataires et militants, notamment féministes et homosexuels[3]. Il n'explore pas non plus l'hygiénisme américain du XIXe siècle, et ne fait aucune mention de Fowler, pourtant le premier ou l'un des premiers — autant que nous puissions l'établir — à utiliser le terme de « science sexuelle » à propos de la sexualité humaine. Du fait du cadre historiographique qui fait naître la sexologie en Europe germanophone, Bullough pose l'expression « science sexuelle » (*sexual science*) comme la traduction du terme *Sexualwissenschaft* utilisé par Bloch[4]. Du XIXe siècle américain, il dit : « Les observateurs médicaux américains étaient informés de certaines des recherches en cours en Europe, mais pour la plupart, ils n'ont pas fait de recherches majeures sur des sujets sexuels au XIXe siècle »[5]. Mais c'est que pour Bullough, les recherches majeures concernant la sexualité sont celles qui s'inscrivent dans le cadre de la psychopathologie sexuelle. L'exemple qu'il cite d'une exception américaine de la fin du XIXe siècle est en effet l'urologue G. Frank Lydston[6], auteur notamment d'un article en deux parties sur les perversions sexuelles[7].

L'abord pathologique est donc la condition qui permet, sur le plan historiographique, de considérer que des discours sur le sexe relèvent de l'histoire de la science du sexe. L'orientation foucaldienne — quoi que dise par ailleurs Bullough sur Foucault[8] —, prolongée par Davidson, qui consiste à considérer que l'histoire de la sexualité s'enracine dans l'histoire de la médecine constituant la catégorie des anormaux, se retrouve chez

---

[3] Ibid., pp. 241-272.

[4] Ibid., p. 56.

[5] « *American medical observers were conscious of some of the research taking place in Europe, but for the most part, they did not do any major research on sexual topics in the nineteenth century* ». Ibid., p. 92.

[6] Ibid., p. 93.

[7] LYDSTON G. Franck, « Sexual Perversion, Satyriasis and Nymphomania (1) », *Medical and Surgical Reporter* LXI (10), 1889, pp. 253-258 ; LYDSTON G. Franck, « Sexual Perversion, Satyriasis and Nymphomania (2) », *Medical and Surgical Reporter* LXI (11), 1889, pp. 281-285. Cité par BULLOUGH, *Science in the Bedroom*, *op. cit.*, 1994, p. 45.

[8] Bullough se montre particulièrement critique vis-à-vis des investigations historiques de Foucault, relevant plus, selon lui, de la construction de mythes à propos du passé, plutôt que d'un véritable travail d'historien. BULLOUGH, *Science in the Bedroom*, *op. cit.*, 1994, pp. 244-245.

Bullough, qui minimise l'importance et la portée des discours de l'hygiénisme protestant américain au XIXe siècle dans l'histoire de la *scientia sexualis*, qui ne développent par une psychopathologie sexuelle comme en Europe. Bullough souligne qu'à la fin du XIXe siècle, les médecins américains cherchaient à se professionnaliser afin de répondre aux standards de l'Europe occidentale. Dans cette démarche, portée en particulier par l'AMA, « l'enquête sur l'activité sexuelle n'était pas considérée comme respectable »[9]. Associé au fait qu'au XIXe siècle aux États-Unis, la scientificité des médecins et « *doctors* », pour beaucoup auto-proclamés, faisait débat, et que l'abord hygiéniste de la sexualité relevait pour une bonne part des médecines « alternatives », les discours sur le sexe du XIXe siècle américain ne sont pas pris au sérieux dans l'historiographie des sciences du sexe. Dès lors, l'axe de la santé sexuelle est totalement ignoré par Bullough[10], à l'instar de Foucault. Nous reviendrons sur ce point plus loin.

Toujours est-il que, depuis les années 1970, le concept de santé sexuelle fait partie de l'histoire de la sexologie en un sens restreint au champ qui se dénomme ainsi, et de l'histoire de la *scientia sexualis* depuis le XIXe siècle. Il fait également partie, ne serait-ce que comme objet problématique, de l'histoire de la sexologie comme science, en tant qu'objet de la sexologie médicale défendue par Abraham et Pasini. Il fait même partie de l'histoire de la science sexuelle — que Bullough identifie, au niveau terminologique, avec la sexologie comme science —, depuis que Fowler a fait de la santé sexuelle l'objet de la science sexuelle et créative — mais la science de Fowler n'est pas celle de Bullough, ni celle de Kinsey ou masters et Johnson. Enfin, le concept de santé sexuelle fait partie de l'histoire de la sexologie comme science dès lors que cette dernière s'est posée la question de la scientificité du premier.

---

[9] « *[...] the investigation of sexual activity was not seen as respectable* ». Ibid., p. 93.

[10] Il passe ainsi très vite sur Sylvester Graham, dont il ne dit que quelques mots, comme non médecin soulignant les dangers du sexe, et comme promoteur de la chasteté. Il consacre ensuite plus d'espace à la réforme d'hygiène sociale ou de santé publique promouvant l'éducation sexuelle à l'école pour mieux lutter contre les maladies vénériennes, à travers la figure de Morrow. Mais il ne met pas en évidence à partir de là l'angle sanitaire par distinction de l'angle pathologique dans l'histoire des discours scientifiques sur le sexe, et il ne fait aucune mention de Bigelow. Il s'agit pour lui de ce qu'il appelle seulement une « expérience américaine », intercalée entre Hirschfeld, Ellis et Freud d'un côté, et Kinsey de l'autre. Ibid., pp. 22, 101, 103-104.

La santé sexuelle à l'épreuve des valeurs socio-culturelles

Un rapport de 2000 du Bureau régional de l'OMS pour les Amériques (la PAHO), militant pour la promotion de la santé sexuelle, retrace un rapide historique des travaux de l'Organisation sur ce concept. Il signale notamment deux rapports du Bureau Régional européen de l'OMS (Regional Office for Europe – OMS/Europe) qui traitent de celui-ci, et qui ont été assez peu diffusés[11]. C'est ainsi dans les années 1980, alors que l'épidémie de SIDA est identifiée, que les débats sur ce concept vont voir le jour sous l'égide de l'OMS/Europe. Deux consultations ont été organisées à Copenhague, l'une en 1983, l'autre en 1987. Celles-ci ont donné lieu à deux rapports, le premier publié en 1986[12], le second non publié[13].

Le premier rapport s'inscrit dans la droite ligne de celui de 1975. L'articulation entre la sexologie et la planification familiale y est prégnante, avec un appel à ce que les centres de planification familiale ne se contentent pas d'informer sur la contraception, mais donnent aussi des informations et des conseils pour des relations sexuelles satisfaisantes[14], du moins dans les pays industrialisés[15]. Il n'en reste pas moins que c'est eu égard aux structures de planification familiale qu'est posée la question de la santé sexuelle, sachant que l'OMS, dont on se souvient qu'elle était d'abord concentrée sur le recul des maladies entraînant une croissance de la population mondiale, a développé, à partir de

---

[11] Pan American Health Organization, *Promotion of Sexual Health: Recommendations for Action. Proceedings of a Regional Consultation convened by Pan American Health Organization (PAHO) - World Health Organization (WHO), In collaboration with the World Association for Sexology (WAS), in Antigua Guatemala, Guatemala May 19-22, 2000*, Antigua Guatemala, Pan American Health Organization - World Health Organization, 2001, p. 2.

[12] Langfeldt T. et Porter M., *Sexuality and Family Planning. Report of a Consultation and Research Findings*, Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 1986.

[13] World Health Organization Regional Office for Europe, *Concepts of Sexual Health: Report of a Working Group*, Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 1987.

[14] Langfeldt et Porter, *Sexuality and Family Planning. Report of a Consultation and Research Findings*, *op. cit.*, 1986, p. 54, résumé en français.

[15] Le rapport précise que la formation de sexothérapeutes pour l'amélioration de la satisfaction sexuelle a surtout du sens dans les pays industrialisés, tandis que dans les autres pays, avec des taux élevés de mortalité maternelle et infantile, les préoccupations de santé sexuelle doivent porter sur le contrôle de la fertilité, la réduction des dangers liés à la naissance, et le recul des grossesses non planifiées et de l'avortement. On comprend ainsi que la santé sexuelle dans les pays pauvres se ramène à la santé reproductive. Ibid., p. 7.

la fin des années 1960, des programmes de santé publique incluant la planification familiale. Non seulement les travaux de l'Organisation sur la santé sexuelle dans les années 1970 en témoignent, mais en 1978, conjointement avec le Fonds des Nations unies pour l'enfance (United Nations Children's Fund — UNICEF), l'OMS a développé le concept de soins de santé primaires, d'orientation essentiellement préventive, qui inclut expressément la protection maternelle et infantile dont la planification familiale — mais pas la santé sexuelle[16].

Dans le rapport, sont retranscrits les propos du directeur du Bureau régional de l'Europe, le Dr. P.O. Petersson, pour lequel, malgré « une tendance à accorder plus d'attention aux problèmes tels que le syndrome de déficience immune acquise (SIDA) dans les médias, cela ne devrait pas arrêter le travail d'exploration de tous les aspects de la sexualité »[17]. Il s'agit donc d'éviter une réduction biomédicale de l'abord de la sexualité par l'OMS, et de continuer à promouvoir une approche holistique. À ce titre, la définition de la santé sexuelle de 1975 est rappelée[18]. Le caractère global de la santé sexuelle est alors souligné, et la réduction au bon fonctionnement sexuel est formellement tenue à l'écart. Le caractère intégratif de la santé sexuelle repose lui-même sur une définition de la sexualité qui ne soit pas réduite, notamment, au fait d'avoir ou non des orgasmes :

> La sexualité n'est pas synonyme de rapports sexuels, il ne s'agit pas de savoir si nous avons des orgasmes ou non. La sexualité est tellement plus que cela : elle est dans l'énergie qui nous motive à trouver l'amour, le contact, la chaleur et l'intimité ; elle s'exprime dans notre façon de sentir, de bouger, de toucher et d'être touché ; elle se rapporte autant au fait d'être sensuel que d'être sexuel.[19]

Ainsi, le modèle physiologique, comportemental et fonctionnaliste promu par Masters et Johnson, gage de scientificité pour la sexologie, se trouve mis à distance. Un abord

---

[16] Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, *Les soins de santé primaires. Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata (URSS), 6-12 septembre 1978*, Genève, OMS, 1978, p. 4.

[17] « *While there is a tendency that problems such as the acquired immune deficiency syndrome (AIDS) will be given more media attention, this should not stop the work of exploring all aspects of sexuality* ». Langfeldt et Porter, *Sexuality and Family Planning. Report of a Consultation and Research Findings*, *op. cit.*, 1986, p. 2.

[18] Ibid., p. 5.

[19] « *Sexuality is not synonymous with sexual intercourse, it is not about whether we have orgasms or not. Sexuality is so much more: it is in the energy that motivates us to find love, contact, warmth and intimacy; it is expressed in the way we feel, move, touch and are touched; it is about being sensual as well as being sexual* ». Ibid.

plus psychologique est défendu, qui accorde une place importante à l'amour et à la sensualité. Si chez Masters et Johnson, la relation de couple est pensée en termes d'entente dans le cadre des phases de la réponse sexuelle, la sexualité relationnelle dont il est question ci-dessus est plus globale et tournée vers un plaisir des sens adossé à la qualité psychologique de la relation d'intimité, fondé sur le sentiment d'amour.

En conséquence de quoi, la santé sexuelle désigne bien plus que le bon fonctionnement sexuel, et conduit à se préoccuper « des modes de vie, des rôles sexuels et des relations »[20]. Cependant, ces domaines de la vie sociale ouvrent la question des valeurs morales et des normes sociales reposant sur celles-ci. Vient alors la précision que la définition de la santé sexuelle par l'OMS « n'implique pas qu'il doive y avoir une mesure standard du comportement sexuel ou de la santé sexuelle, ou que quelque activité sexuelle spécifique que ce soit doive être encouragée ou refusée »[21]. Est ajouté que le « problème n'est pas que tout le monde se conforme au point de vue d'un expert sur ce qui est sain [*healthy*] sexuellement »[22].

Mais en apportant ces précisions censées éviter de promouvoir un système de valeurs par l'intermédiaire du concept de santé sexuelle, les auteur · e · s pointent un véritable problème de fond, qui n'est pas résolu grâce à ces précisions. Il l'est d'autant moins que les éléments qui étaient mobilisés dans les rapports des années 1970 pour fonder la scientificité de la sexologie et du concept de santé sexuelle, sont ici tenus à distance et considérés comme réductionnistes si la sexualité était rabattue sur eux.

La question des valeurs posée par ce rapport l'est sous l'angle des différences sociales et culturelles. Tout un chapitre y est consacré aux liens entre les modes de vie, les valeurs et la santé sexuelle[23]. La dimension culturelle des énoncés sur la sexualité, le risque de véhiculer des stéréotypes, mais aussi la possibilité de tenir des propos généraux sont affirmées de la sorte :

> Les préoccupations et les concepts qui prévalent varient d'un pays à l'autre, d'une région à l'autre et d'une communauté à l'autre, mais plusieurs énoncés généraux sur le mode de vie, les valeurs, la sexualité et la santé sexuelle peuvent être esquissés. Il

[20] « *Thus, when we consider sexual health, we are focusing on much more than sexual functioning: we are concerned with lifestyles, sex roles and relationships* ». Ibid., p. 6.

[21] « *This WHO definition does not imply that there should be one standard measure of sexual behaviour or sexual health or that any specific sexual activities should be encouraged or denied* ». Ibid.

[22] « *The issue is not that everyone conform to any expert's view of what is sexually healthy* ». Ibid.

[23] Ibid., pp. 7-13.

> ne faut pas oublier qu'il s'agit là de généralisations très larges et qu'en les faisant, on risque fort de promouvoir des stéréotypes. Ces énoncés portent sur des tendances générales et non sur des expériences humaines particulières.[24]

Toute l'ambiguïté et la difficulté de la démarche consistant à tenir un discours valable universellement tout en tenant compte de la relativité culturelle des concepts sont concentrées dans ce passage. C'est cette relativité culturelle, qui repose notamment sur les différences de développement économique et industriel, qui justifie de rapporter le concept de santé sexuelle à la santé reproductive pour les pays pauvres, et à la fonctionnalité sexuelle ayant pour but la satisfaction sexuelle pour les pays riches. Le concept de santé sexuelle doit donc être suffisamment général pour pouvoir s'appliquer dans les diverses situations. Il doit pouvoir valoir dans les pays où la valeur de la réalisation de soi d'un côté (pays occidentaux)[25], et celle de la virginité jusqu'au mariage d'un autre côté (pays du Sud)[26], sont fondamentales.

Dans les rapports des années 1970, la dimension culturelle était déjà soulignée. Cependant, la stabilité conceptuelle par-delà cette variabilité reposait sur un concept naturaliste de la sexualité. Dans le premier rapport, on peut lire :

> Dans le présent ouvrage, l'expression « sexualité humaine » recouvre toute la gamme des comportements associés aux phénomènes psychobiologiques de la sexualité. La sexualité, la reproduction et les puissantes pulsions sous-jacentes ont modelé la culture de toutes les sociétés humaines et la vie des individus. Leur empreinte pénétrante se manifeste dans les expressions religieuses, artistiques, sociales et économiques de l'homme et est à l'origine des multiples règles légales et morales destinées à plier les pulsions instinctives aux exigences de la société.[27]

Ce passage pose un rapport entre la sexualité et la société qui est de l'ordre d'un rapport entre la nature et la culture. La sexualité est l'invariant naturel à partir duquel se forment les modèles culturels des sociétés humaines, selon des formes variables de

---

[24] « *The prevaling concerns and concepts will vary in some respect from country to country, from region to region and from community to community, but several broad statements about lifestyle, values, sexuality and sexual health may be attempted. It must be remembered that these are very broad generalizations and that in making them there is a serious danger of promoting stereotypes. These statements are about broad tendencies, not specific human experiences* ». Ibid., p. 7.

[25] Ibid., p. 8.

[26] Ibid., p. 12.

[27] Mace, Bannerman et Burton, *L'enseignement de la sexualité humaine dans les établissements formant les personnels de santé*, *op. cit.*, 1974, p. 9.

contrôles des « pulsions instinctives »[28]. C'est dans cette confrontation entre la culture (ou les cultures, dont la multiplicité est plusieurs fois soulignée par les auteur · e · s) et la nature sexuelle (qui par contraste apparaît comme unique) que prend place la nécessité de l'éducation sexuelle, dont les professionnel · le · s de santé se trouvent chargé · e · s. En conséquence de quoi, leur rôle éducatif consiste en l'apprentissage social du contrôle des pulsions sexuelles.

La culture n'apparaît pas ici comme productrice de la sexualité, au sens où l'on pourrait l'entendre à partir de l'hypothèse de Foucault, relayée par Davidson, selon laquelle la sexualité aurait émergé à l'époque moderne. Il s'agit au contraire d'un invariant, sur lequel s'exerce des modalités culturelles diverses en fonction des régions du monde et de l'époque. C'est ce qu'accrédite le passage suivant, qui articule les pulsions, la culture et l'éducation sexuelle selon le schéma que nous venons de décrire :

> Ainsi, dans les cultures où les régulations traditionnelles du comportement sexuel et reproductif faiblissent mais n'ont pas encore été entièrement remplacés par des attitudes et des comportements nouveaux, le conflit entre les pulsions sexuelles et les exigences sociales pourra être le thème central de l'éducation sexuelle.[29]

On comprend que ce conflit est ce qui persiste à travers l'histoire, quelles que soient les cultures et leurs évolutions, et que le rôle de l'éducation sexuelle est de le réguler.

Or, la réunion de 1983 vient souligner le fait que les valeurs culturelles peuvent se nicher au cœur même de l'élément supposé invariant, à travers le concept de santé sexuelle. Bien que la sexualité y soit toujours considérée comme une réalité ontologique inscrite dans la nature, ce qui est entendu par « santé sexuelle » varie en fonction des conditions socio-culturelles. Le niveau de développement, notamment économique, impose certaines contraintes et met en avant certains enjeux, comme celui de la santé

---

[28] « *Instinctual drives* » dans la version en anglais. comme nous l'avons déjà dit, l'association des concepts de pulsion et d'instinct ne va pas de soi : si le second réfère à l'approche psychiatrique du XIXe siècle qui posait ainsi un référent naturel normatif eu égard à la reproduction (l'instinct sexuel étant souvent synonyme d'instinct génésique), le premier réfère à la psychanalyse et à une conception où la reproduction ne joue pas ce même rôle normatif, conformément à l'hypothèse selon laquelle la pulsion n'a pas d'objet déterminé intrinsèquement. Elle est en outre un « concept limite » entre le psychique et le somatique, là où l'instinct s'entend comme une tendance seulement somatique. Voir FREUD Sigmund, « Pulsions et destin des pulsions », in: *Métapsychologie*, Paris, Gallimard, 1968 (Folio / Essais), pp. 17-18.

[29] MACE, BANNERMAN et BURTON, *L'enseignement de la sexualité humaine dans les établissements formant les personnels de santé*, *op. cit.*, 1974, p. 10.

reproductive. Dans ce cas, les valeurs vont porter sur la reproduction, et les normes comportementales vont être déclinées de ces valeurs. La santé sexuelle va alors être rabattue sur la santé reproductive. Dans les pays riches, où les contraintes et les enjeux ne sont pas les mêmes, les valeurs vont pouvoir porter sur la sexualité détachée de la reproduction, « plus hédonistes et permissives »[30]. La santé sexuelle s'entend dès lors relativement à la satisfaction sexuelle dans le plaisir.

Pourtant, le concept de santé sexuelle est défini de telle sorte qu'il est porteur des valeurs des pays riches plutôt que de celle des pays pauvres. Il repose sur la distinction opérée dans les pays occidentaux entre la sexualité hédonique et la reproduction, de même que sur la valorisation du développement personnel au sein d'une relation conjugale. Les « énoncés généraux sur le mode de vie, les valeurs, la sexualité et la santé sexuelle [qui] peuvent être esquissés », le sont relativement à des valeurs particulières, malgré la représentation de la sexualité comme invariant naturel — d'autant que celle-ci n'est pas réduite aux aspects physiologiques de la réponse sexuelle, valables universellement, c'est-à-dire aux faits de nature qui peuvent être objets de science. Dans la prétention à faire œuvre scientifique, la voie tracée par Masters et Johnson paraît plus sûre, tandis que celle que dessine le concept positif et holistique de santé sexuelle promu par l'OMS apparaît plus compromise, en tant qu'il s'agit manifestement d'un concept chargé axiologiquement, et ce dès lors que l'on considère, à la suite, notamment, de Kinsey — y compris, donc, dans le domaine des sciences sociales —, que le caractère scientifique d'un discours repose entre autres sur le fait d'être détaché de tout jugement de valeur (*value-free*), conformément à la conception positiviste de la science.

Si la rencontre de 1983 insiste sur les aspects socio-culturels concernant la santé sexuelle tout en maintenant la possibilité d'une définition de celle-ci, ce n'est pas le cas de celle de 1987, lors de laquelle est clairement exprimé que du fait de ses aspects socio-culturels, il n'est pas souhaitable de définir la santé sexuelle, dont le caractère scientifique est expressément contesté : « La santé sexuelle n'est pas un concept scientifique. Les concepts de santé sexuelle sont relatifs à la culture et à l'époque et expriment les valeurs

[30] « *[...] more hedonistic and permissive values* ». LANGFELDT et PORTER, *Sexuality and Family Planning. Report of a Consultation and Research Findings*, *op. cit.*, 1986, p. 12.

et les normes de la société dont ils sont issus »[31]. Il ne peut donc non plus y avoir de mesures objectives de la santé sexuelle par des indicateurs quantitatifs : « Des mesures objectives de la santé sexuelle sont clairement impossibles »[32]. Le présupposé positiviste est patent, qui considère qu'un concept scientifique n'est pas relatif à une culture et à une époque, et dont l'universalité reposerait sur l'absence de relativité historique et culturelle, et ainsi sur le fait de ne pas être porteur de jugement de valeur ni de normes, autrement dit sur un caractère d'absoluité. Ce n'est pas le cas du concept de santé sexuelle, dont la relativité culturelle et historique lui est opposée pour lui refuser un statut scientifique.

Quoi que les discussions se tiennent sous l'égide du bureau européen de l'OMS, la santé sexuelle n'est pas abordée sous l'angle de la santé publique, mais relativement aux individus et à leur rapport aux normes sociales et culturelles. La relativité du champ des valeurs exclut la possibilité d'une définition de santé publique. En conséquence de quoi, le concept de santé sexuelle, parce qu'il s'agit de sexualité — domaine particulièrement axiologique —, ne peut être un concept de santé publique, et donc un concept défini par l'OMS.

Même la forme qui pourrait paraître la moins axiologique et la plus scientifique, à savoir la forme médicale, impose des normes qui réfèrent à des valeurs. Alors que par le passé, le discours médical a été prohibitionniste en matière sexuelle, il est désormais devenu prescriptif :

> L'interdiction sanctionnée médicalement en matière de sexe a été transformée en exigence sanctionnée médicalement, le sexe étant une condition préalable pour qu'un homme, une femme, un couple ou même la société dans son ensemble restent en bonne santé.[33]

Comme le souligne le rapport, le modèle préconisant l'abstinence sexuelle au XIXe siècle était soutenu par des médecins, voyant dans l'évacuation répétée de la semence une perte de vitalité. L'abstinence était considérée comme une condition de la santé.

---

[31] « *Sexual health is not a scientific concept. Concepts of sexual health are related to culture and time and express values and norms of the society from which they come* ». World Health Organization Regional Office for Europe, *Concepts of Sexual Health: Report of a Working Group*, *op. cit.*, 1987, p. 2.

[32] « *Clearly, objective measures of sexual health are impossible* ». Ibid., p. 18.

[33] « *The medically sanctioned prohibition on sex was turned into a medically sanctioned requirement, with sex as a prerequisite if a man, a woman, a couple or indeed society at large were to stay healthy* ». Ibid., p. 2.

Dans les années 1920, des médecins ont soutenu le discours contraire, selon lequel l'abstinence était mauvaise pour la santé[34]. Le point de vue médical n'échappe pas à la normativité sociale.

La relativité socioculturelle se retrouve également dans les différents modèles de la sexualité en rapport avec la reproduction. Le rapport cite ainsi l'exemple de la place de la planification familiale pour les femmes dans les sociétés industrielles, comparativement à celle qu'elle peut occuper pour les femmes d'autres cultures. Dans les sociétés industrielles, où le système de valeurs accorde une place centrale à la dimension hédonique de la sexualité, la planification familiale s'avère essentielle au « bien-être sexuel » (*sexual wellbeing*), dans le sens où la capacité à maîtriser la reproduction grâce à la contraception permet de développer la sexualité de plaisir. Mais dans d'autres cultures, « la planification familiale peut avoir beaucoup moins d'importance pour le bien-être sexuel »[35], si pour celles-ci la procréation est particulièrement valorisée. L'idée de bien-être sexuel, superposée à celle de santé sexuelle par l'OMS, est donc relative au contexte culturel, et ne saurait être définie de manière universelle par une organisation qui prétend se situer au niveau mondial. Le risque est en effet que des professionnel · le · s de santé imprégné · e · s du système de valeurs hédonique, dont l'orgasme va constituer la norme, imposent celui-ci à des personnes issues d'autres cultures, et exercent sur elles une pression normative, dans l'ignorance « des tabous, des croyances religieuses et sanitaires et des facteurs culturels en général, qui influencent la vie intérieure de leurs clientes et clients »[36]. Ce point était déjà signalé par l'OMS dans ses travaux de 1972, avec quelques lignes rédigées spécifiquement sur la question des valeurs : « on ne saurait faire abstraction de la dimension axiologique du comportement ». Dès lors, les professionnel · le · s de la santé « ne peuvent espérer agir utilement s'ils ne s'efforcent pas de comprendre la sensibilité morale, esthétique et religieuse des personnes auxquelles ils auront affaire »[37].

Cependant, si la possibilité d'un concept scientifique de santé publique de la santé sexuelle est exclue, le rapport de l'OMS/Europe évoque la seule manière qui permettrait

---

[34] Ibid.

[35] « *[...] family planning may have much less relevance to sexual wellbeing* ». Ibid., p. 12.

[36] « *Many health professionals do not have the knowledge of taboos, religious and health beliefs and cultural factors generally, that influence the inner lives of their clients* ». Ibid., p. 16.

[37] Mace, Bannerman et Burton, *L'enseignement de la sexualité humaine dans les établissements formant les personnels de santé*, *op. cit.*, 1974, p. 22.

de justifier l'usage d'un concept de santé sexuelle, qui relèverait d'une approche individuelle de la santé et du bien-être :

> Les concepts de santé sexuelle ou de bien-être sexuel qui sont valides et réalisables sont ceux qui reconnaissent la variété et le caractère unique de l'expérience sexuelle et des besoins sexuels individuels, et qui affirment les droits des individus à ne pas être victimes d'exploitation, d'oppression et de violence sexuelles. [38]

Plutôt que d'appréhender la sexualité sous l'angle de la santé définie comme état de bien-être, le rapport propose un autre ordre de subsomption, à partir d'une conception expérientielle et individuelle de la sexualité. De ce point de vue, la santé et le bien-être sexuels ne s'entendent que comme inclus dans le phénomène expérientiel, au lieu que la sexualité se trouve subsumée par l'approche sanitaire. Plutôt que d'imposer un système de valeurs sous couvert médical, un tel concept de santé sexuelle tiendrait compte du fait que, tout comme les systèmes de valeurs varient en fonction de la culture, ils varient également en fonction des individus. C'est la raison pour laquelle le titre du rapport, *Concepts of Sexual Health*, met le terme « concept » au pluriel. Le rapport affirme alors :

> […] en raison de l'éventail des différences individuelles, culturelles et sociales, et des divers modes de vie, rôles sociaux et rôles sexuels, il ne peut y avoir de définition unique d'une personne en bonne santé sexuelle.[39]

Il s'agit ainsi d'une approche strictement individuelle et axiologique de la santé sexuelle. Dans l'alternative entre les faits et les valeurs, le rapport de 1987 emprunte résolument la voie des valeurs, sans prétention scientifique. Cette orientation est renforcée par l'affirmation de droits individuels relativement aux violences sexuelles. Les indicateurs qui peuvent être envisagés ne sont donc pas ceux qui mesureraient la santé sexuelle, mais ceux qui évaluent les conditions politico-juridiques permettant à chacune et chacun d'accéder au bien-être sexuel déterminé par chaque individu (certaines personnes préférant par exemple l'abstinence avant le mariage, d'autres pas). Le rapport

---

[38] « *The concepts of sexual health or sexual well-being that are valid and feasible are those that recognize the variety and uniqueness of individual sexual experience and sexual needs, and affirm the rights of individuals to be free from sexual exploitation, oppression and abuse.* ». World Health Organization Regional Office for Europe, *Concepts of Sexual Health: Report of a Working Group*, *op. cit.*, 1987, p. 4.

[39] « *[…] due to the range of individual, cultural and social differences, and the various patterns of lifestyle, social and gender roles, there can be no single definition of a sexually healthy individual* ». Ibid., p. 1.

propose deux indicateurs, l'un évaluant l'accès à l'éducation et l'information sexuelles, l'autre les mesures prises ou non pour lutter contre les discriminations sexuelles et de genre. Il s'agit de déterminer s'il existe des lois, des réglementations et des politiques gouvernementales qui favorisent l'accès des individus à l'information et l'éducation en matière de sexualité, et qui instaurent l'égalité juridique sans discrimination de genre, de préférences sexuelles, d'âge, de situation de handicap, etc.[40]. Cette double dimension axiologique, individuelle et juridique, va se révéler fondamentale dans la suite des travaux de l'OMS sur le concept de santé sexuelle. Il s'agit en effet des éléments qui vont être repris dans le cadre de la PAHO en 2001, puis dans la redéfinition de la santé sexuelle par l'OMS en 2002, ainsi que dans l'élaboration d'indicateurs de santé sexuelle en 2010.

Le statut du rapport de 1987 est alors particulier : de première importance dans la phase institutionnelle de l'histoire du concept de santé sexuelle, il n'a pas été considéré comme une publication formelle de l'OMS. On peut ainsi lire sur la couverture l'avertissement suivant : « Ce document ne constitue pas une publication. II ne doit faire l'objet d'aucun compte rendu ou résumé ni d'aucune citation sans l'autorisation du Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé. Les opinions exprimées dans les articles signés n'engagent que leurs auteurs »[41]. On ne saurait mieux dire que l'OMS entendait se désolidariser de ce rapport. En conséquence, comme le note Giami, il n'a pas été sérieusement discuté, faute d'être largement diffusé[42]. Ajoutons qu'il n'est en toute logique pas référencé dans les travaux suivants de l'OMS/Europe sur la santé sexuelle et la santé reproductive en 2001, qui reprennent la définition de la santé sexuelle

---

[40] Ibid., p. 18.

[41] World Health Organization Regional Office for Europe, *Concepts of Sexual Health: Report of a Working Group*, *op. cit.*, 1987, première de couverture.

[42] Giami, « Sexual Health: The Emergence, Development, and Diversity of a Concept », *art. cit.*, 2002, pp. 14, 16. Alors qu'il en a existé un format numérique sous forme de fichier PDF, le rapport est aujourd'hui introuvable sur internet. L'hyperlien référencé dans les publications de Giami et Coleman (http://whqlibdoc.who.int/euro/l993/EUR-MUR-521.pdf) est obsolète. Il n'est pas non plus répertorié au catalogue IRIS de l'OMS, où sont habituellement déposés ses rapports et publications. Sollicitée par nos soins pour en obtenir une copie, l'OMS/Europe nous a répondu qu'elle n'a pu localiser de document sous cette référence. Après plusieurs tentatives infructueuses pour obtenir le document, le sociologue américain Steven Epstein nous l'a aimablement transmis. Nous l'en remercions vivement. Nous remercions également la sociologue américaine Laura M. Carpenter qui nous a orienté vers lui et la sociologue Laura Mamo. Pour terminer, il nous faut aussi remercier chaleureusement le service de documentation de l'Institut des femmes et pour l'égalité des chances du Ministère de la Présidence, des relations avec les tribunaux et à l'égalité en Espagne, que nous avions également sollicité et qui nous a transmis ultérieurement le document.

de 1975[43]. Pourtant, plusieurs années avant les conférences du Caire et de Pékin et l'affirmation d'un discours juridique et contre les violences sexuelles qui conduiront à l'élaboration du concept de droits sexuels articulé à celui de santé sexuelle, le rapport de 1987 constitue une étape clé de l'histoire du concept de santé sexuelle au sein de l'OMS, comme nous allons le voir dans les pages qui suivent.

Concept scientifique *et* axiologique : un paradigme post-positiviste

Dans la seconde moitié des années 1990 et au tout début des années 2000, des définitions de la santé sexuelle vont être proposées par différentes institutions nationales et internationales, comme la PAHO (OMS/Amériques)[44] ou l'Administrateur de la santé publique des États-Unis (*Surgeon General of the U.S.*)[45]. Elles s'inscrivent dans la suite de la définition de l'OMS en 1975, en particulier sur le fait d'adopter une définition positive de la santé sexuelle, tout en présentant un certain nombre d'ajustements[46].

Cette proposition de définitions précède l'ultime et toujours actuelle définition de l'OMS, établie en 2002. Elle s'inscrit dans un contexte où la question des valeurs socio-politiques concernant la sexualité a été de nouveau particulièrement posée, où la question

---

[43] World Health Organization Regional Office for Europe, *WHO regional strategy on sexual and reproductive health, Copenhagen, Denmark, November 2001*, Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2001, pp. 6-7.

[44] Pan American Health Organization, *Promotion of Sexual Health: Recommendations for Action*, *op. cit.*, 2001.

[45] Office of the Surgeon General (US) et Office of Population Affairs (US), *The Surgeon General's Call to Action to Promote Sexual Health and Responsible Sexual Behavior*, Rockville, Office of the Surgeon General (US), 2001 (Publications and Reports of the Surgeon General).

[46] Voir Giami, « Sexual Health: The Emergence, Development, and Diversity of a Concept », *art. cit.*, 2002 ; Edwards et Coleman, « Defining Sexual Health », *art. cit.*, 2004. Ces auteurs incluent également le rapport sur la stratégie nationale en matière de santé sexuelle et de VIH publié par le ministère de la santé britannique en 2001. Nous ne faisons que signaler ce texte ici, dans la mesure où il ne propose pas à proprement parler une définition de la santé sexuelle, mais un « modèle complet et holistique » pour la stratégie en santé sexuelle. Il se contente en effet de dire que la santé sexuelle est une composante importante de la santé physique et mentale, et que les éléments essentiels d'une bonne santé sexuelle sont des relations équitables, l'épanouissement sexuel et l'accès à l'information et aux services pour éviter le risque de grossesses non désirées et les maladies. Si l'on retrouve des éléments des définitions de la santé sexuelle plus détaillés et formalisés dans les définitions proposées par l'OMS et l'Administateur américain, on ne peut parler d'un véritable effort de définition. Department of Health, *Better Prevention, Better Services, Better Sexual Health: The National Strategy for Sexual Health and HIV*, London, UK Department of Health, 2001, p. 5.

des violences, des discriminations et des droits sexuels est devenue incontournable, où la recherche sur la sexualité humaine s'est considérablement développée, et où les problématiques de santé publique en lien avec la sexualité au niveau mondial sont urgentes. Lors de la publication des premiers rapports de l'OMS sur la santé sexuelle dans les années 1970, la période était à la « révolution sexuelle », au développement spectaculaire des moyens de contraception, à la sortie du DSM de l'homosexualité, à la reconnaissance de la sexologie comme science… Depuis, les mouvements féministes ont progressé dans leurs revendications sur le problème du viol et des agressions sexuelles, le contrôle des naissances s'est détaché de son orientation néo-malthusienne pour se repositionner dans la perspective des droits des femmes, l'homosexualité a été retirée de la classification des maladies de l'OMS, l'épidémie du VIH/SIDA est apparue et est devenue une pandémie, les problématiques et les études de genre se sont développées, un traitement médicamenteux contre les troubles de l'érection chez l'homme a été mis au point… Après les critiques à l'encontre du concept de santé sexuelle dans les années 1980, et les conférences de l'ONU au Caire et à Pékin au milieu des années 1990, le besoin d'une redéfinition de ce concept se fait pressant.

Lors des congrès mondiaux de sexologie de 1997 et 1999, et alors qu'il est devenu président de la WAS qui les organise, Coleman défend l'élaboration d'un nouveau concept de santé sexuelle, et conteste l'idée exprimée dans le rapport de 1987 selon laquelle une définition de la santé sexuelle ne serait ni possible ni désirable[47]. La démarche de Coleman est militante, et son objectif est d'établir un concept de santé sexuelle pouvant servir d'appui à une stratégie de promotion de la santé sexuelle pour le nouveau millénaire qui s'annonce. Une rencontre organisée, cette fois, par la PAHO en collaboration avec la WAS, et non par l'OMS/Europe, se tient en 2000 au Guatemala. Elle est consacrée à la promotion de la santé sexuelle[48], et Coleman y a particulièrement contribué[49]. Plus globalement, l'empreinte de la sexologie est importante : sur vingt-deux participantes et participants, neuf sont membres du comité consultatif de la WAS, et trois sont membres

[47] Voir Edwards et Coleman, « Defining Sexual Health », *art. cit.*, 2004, p. 192.

[48] Pan American Health Organization, *Promotion of Sexual Health: Recommendations for Action*, *op. cit.*, 2001.

[49] Giami, « Sexual Health: The Emergence, Development, and Diversity of a Concept », *art. cit.*, 2002, p. 16.

du comité exécutif de la Fédération latino-américaine de sexologie et d'éducation sexuelle, qui est une fédération régionale de la WAS[50].

Pour répondre à l'objectif promotionnel, l'un des buts de la rencontre est d'établir un cadre conceptuel solide. Ainsi, l'élaboration des concepts est subordonnée à une stratégie de santé publique. Pour autant, les débats épistémologiques soulevés par les réunions des années 1980 de l'OMS/Europe ne sont pas ignorés, bien au contraire. Particulièrement à propos du concept de santé sexuelle, les critiques sur son caractère axiologique et normatif sont resituées dans les controverses épistémologiques plus globales qui ont cours depuis les années 1970.

En introduction du chapitre consacré au cadre conceptuel, le rapport de la réunion de 2000 accorde que définir la sexualité humaine n'est pas une tâche facile, en ce que cette entreprise « est influencée par le contexte et le processus socioculturel et historique particuliers dans lesquels la définition est élaborée »[51]. Les facteurs socioculturels soulignés par les rapports des années 1980 ne sont donc pas niés. Mais dans les débats sur les rapports entre le concept de santé et les valeurs, le rapport se positionne en affirmant qu'il n'existe pas d'activité scientifique qui n'engage pas des valeurs, au lieu de considérer qu'il n'y a de scientifique que ce qui est dénué de toute jugement de valeur, ou *a contrario*, qu'il n'y a pas réellement d'énoncés scientifiques car ceux-ci sont conditionnés par des valeurs sociales :

> Le groupe de travail d'experts a recommandé qu'une position plus plausible soit celle qui reconnaît que les activités scientifiques, et donc les soins de santé et leur promotion fondés sur la science, ne peuvent être réalisés libres de toute valeur, et qu'ainsi les propositions, définitions et concepts définis selon des valeurs sont inévitables.[52]

Ce positionnement manifeste tout autant un refus du positivisme que celui du réductionnisme. Si le positivisme désigne le fait de ne considérer comme scientifique que les énoncés strictement descriptifs, sans aucun élément prescriptif, alors la PAHO n'en

---

[50] Pan American Health Organization, *Promotion of Sexual Health: Recommendations for Action*, *op. cit.*, 2001, p. 57.

[51] « *[It] is influenced by the particular socio-cultural and historical context and process in which the definition is constructed* ». Ibid., p. 5.

[52] « *The expert working group recommended that a more plausible position is one that recognizes that scientific activity, and therefore, science-based health care and promotion cannot be performed from a totally value-free stance, and thus, value-defined propositions, definitions and concepts are unavoidable* ». Ibid., p. 10.

relève pas dans la mesure où elle estime pouvoir tenir ensemble la scientificité des concepts et leur charge axiologique. Nous pouvons même dire qu'elle refuse le principe positiviste de séparation des faits et des valeurs qui fonde également les discours affirmant l'impossibilité d'énoncés scientifiques parce que tout énoncé est axiologique. Dans ce cas, c'est encore, en effet, le principe de séparation qui opère, puisque l'impossibilité de cette séparation invalide la possibilité des énoncés scientifiques — ce qui reconduit l'idée que pour qu'un énoncé soit scientifique, il doit être pur de toute dimension axiologique.

Dans ces débats, le rapport renvoie aux controverses surtout anglo-saxonnes en philosophie de la médecine développées à partir des années 1970, décrites comme opposant les « naturalistes » et les « normativistes »[53]. Les premiers, tels Boorse, défendent une conception selon laquelle la santé et la maladie peuvent être définies par un jugement scientifique et empirique indépendant des valeurs (*value-free*), tandis que pour les seconds, tels le philosophe américain Hugo Tristram Engelhardt, ces concepts sont normatifs en ce qu'ils dépendent de valeurs sociales (*value-laden*)[54]. La PAHO se situe dans une position intermédiaire, dans la suite du sociologue américain Ira L. Reiss[55]. Ce dernier défend une conception de la science qui se réclame du post-positivisme, qu'il applique à la recherche sur le sexe[56]. Surtout utilisé dans la sociologie américaine, le terme « post-positivisme » désigne un paradigme qui, selon le sociologue américain Egon Guba, se distingue du positivisme, des théories critiques (idéologiques, comme le marxisme ou le féminisme), et du constructivisme[57]. Cette typologie de paradigmes va nous permettre de clarifier le positionnement du discours de santé sexuelle à la fois scientifique et promotionnel de la PAHO et de Coleman, c'est-à-dire aussi bien théorique que pratique, en ce qu'il concentre tout autant une dimension gnoséologique qu'un cadre d'action.

Reiss rappelle les mises en question du positivisme du cercle de Vienne opérées par Popper et Kuhn. D'une part, le principe de réfutabilité (falsifiabilité) comme critère

---

[53] Voir ibid., n. 27.

[54] Voir Hofmann Bjørn, « Complexity of the Concept of Disease as Shown Through Rival Theoretical Frameworks », *Theoretical Medicine and Bioethics* 22 (3), 2001, p. 223.

[55] Pan American Health Organization, *Promotion of Sexual Health: Recommendations for Action*, *op. cit.*, 2001, n. 28.

[56] Reiss Ira L., « The Future of Sex Research and the Meaning of Science », *Journal of Sex Research* 30 (1), 1993, pp. 3-11.

[57] Guba Egon G., « The Alternative Paradigm Dialog », in: Guba Egon G. (éd.), *The Paradigm dialog*, Newbury Park, Sage Publications, 1990, pp. 17-27.

de démarcation entre les énoncés scientifiques et ceux qui ne le sont pas, invalide le principe de vérification empirique des positivistes[58]. D'autre part, le concept de paradigme fournit un cadre à partir duquel sont constitués les problèmes scientifiques et leur solution, et sont sélectionnés les données empiriques, contre l'idée positiviste d'un rapport neutre aux faits comme constituant une pure réalité extérieure à l'esprit, qui les observerait d'une manière supposément objective[59].

Si ces deux auteurs majeurs de la philosophie des sciences se sont opposés sur leur conception de l'histoire des sciences, ils ont tous deux portés des coups fatals au positivisme. Le post-positivisme défendu par Reiss, et dont s'inspire le rapport de la PAHO, est une tentative de concilier l'exigence scientifique de la confrontation aux données empiriques, et l'impossibilité de percevoir ces données autrement qu'à travers un système de valeurs. À partir de Kuhn, Reiss pose que nous observons le monde à partir d'un certain nombre de présupposés socialement influencés, et que « [c]e que nous appelons données empiriques ou "faits" sont façonnés par ces vues préalables de la réalité »[60]. Ces présupposés sont « les hypothèses générales que nous faisons sur la façon dont le monde fonctionne, y compris les hypothèses morales sur la façon dont il devrait fonctionner »[61]. Elles portent donc autant sur le champ de la connaissance que sur celui de la morale, sur ce que nous supposons être et ce que nous supposons devoir être. Ces présupposés ne constituent pas seulement un cadre d'appréhension du monde que nous superposons sur celui-ci, et dont nous pourrions éventuellement nous défaire ; ils forment au contraire la condition de possibilité d'appréhension du monde, ce sans quoi « nous sommes

---

[58] « [...] c'est la falsifiabilité et non la vérifiabilité d'un système, qu'il faut prendre comme critère de démarcation » (POPPER Karl Raimund, *La logique de la découverte scientifique*, Paris, Payot, 1973, p. 37). Pour Popper, on ne peut induire d'éléments empiriques, aussi nombreux soient-ils, la vérité d'un énoncé général. On peut seulement tenir pour corroborées les théories générales tant qu'elles résistent à l'épreuve des tests empiriques.

[59] Dans l'exercice de la science que Kuhn appelle « normale », les scientifiques s'inscrivent dans la tradition particulière et historiquement située de leur discipline, qui définit les méthodes légitimes de leur domaine de recherche. Cette tradition qui dispose d'un pouvoir d'adhésion fort et qui est riche en problèmes à résoudre est ce que Kuhn appelle « paradigme ». KUHN, *La Structure des révolutions scientifiques*, *op. cit.*, 1983, pp. 29-30.

[60] « *What we call empirical data or "facts" are shaped by these prior views of reality* ». REISS, « The Future of Sex Research and the Meaning of Science », *art. cit.*, 1993, p. 4.

[61] « *Presuppositions [...] are the general assumptions we make about how the world operates, including moral assumptions about how it should operate* ». Ibid.

aveugles »[62], et ce grâce à quoi nous sommes en mesure de « comprendre “le boom, le bourdonnement, la confusion” qui composent notre monde »[63]. On saisit alors en quel sens, selon la PAHO, l'activité scientifique ne peut être réalisée indépendamment de toute valeur. Pour autant, selon Reiss, la science garde sa pertinence et se démarque des autres manières d'avoir des présupposés pour donner sens au monde : « Aucun autre moyen d'acquérir des connaissances sur le monde n'est aussi rigoureux et précis et n'exige autant de preuves pertinentes »[64]. Il propose alors la voie suivante :

> Si nous voulons maintenir les normes distinctives d'une bonne science, nous devons prendre davantage conscience des présupposés que nous avons été socialisés à accepter, et bien que nous ne puissions pas les empêcher d'être impliqués dans notre recherche, nous pouvons faire en sorte qu'ils ne dominent ni ne remplacent notre activité de recherche.[65]

Il existe donc une « bonne science », malgré le fait que l'activité scientifique soit prise dans des systèmes de valeur. Ce qui importe est que les scientifiques soient conscients de ces systèmes, afin d'être attentifs aux biais que ceux-ci peuvent introduire dans leur activité. Mais l'idée post-positiviste de « bonne science » n'est-elle pas prisonnière d'une démarche circulaire, qui rapporte l'activité scientifique à des systèmes de valeur et qui réfère à un système de valeur permettant de dire ce qu'est une « bonne » science ? Reiss ne développe pas ce point, mais parmi les auteur · e · s auxquel · le · s il réfère dans son article, se trouve la philosophe féministe américaine Helen Longino, qui distingue entre les valeurs constitutives de la science, et les valeurs contextuelles dans lesquelles la science est pratiquée. Les premières sont celles qui déterminent quelles sont les pratiques et les méthodes considérées comme scientifiquement valables au sein même du champ des sciences. Il s'agit des valeurs rationnelles (précision, simplicité, cohérence, prédictibilité…). Les secondes sont les valeurs personnelles, sociales et culturelles[66]. Longino met en question l'hypothèse d'une parfaite indépendance entre ces deux ordres de valeurs, mais

---

[62] « *[…] we are blind* ». Ibid.

[63] « *[…] to comprehend the “booming, buzzing, confusion” that comprises our world* ». Ibid.

[64] « *No other way of gaining knowledge about the world is as rigorous and precise nor as demanding of relevant evidence* ». Ibid., p. 5.

[65] « *If we are to maintain the distinctive norms of good science, we must become more aware of the presuppositions we have been socialized to accept, and although we cannot prevent them from being involved in our research, we can prevent them from overpowering and replacing our research activity* ». Ibid.

[66] LONGINO Helen E., *Science as Social Knowledge: Values and Objectivity in Scientific Inquiry*, Princeton, Princeton University Press, 1990, p. 4.

Reiss, qui ne développe pas ce point, se contente de reprendre l'idée d'une « bonne science » qui permet de fonder la pertinence de l'activité scientifique malgré le fait qu'elle ne soit pas hermétique aux valeurs contextuelles. La prise de conscience par les scientifiques de la présence de celles-ci dans l'activité scientifique, doit leur permettre de ne pas basculer dans la seule propagande de leurs présupposés, mais de bien s'inscrire dans une démarche scientifique.

Selon Guba, le post-positivisme n'est pas un anti-positivisme, mais une tentative de pallier les faiblesses du positivisme, tout en en restant une forme. Il n'est pas une théorie critique qui se réduirait à une expression idéologique, ni un constructivisme qui défendrait le relativisme — position qui est celle de Guba. Pour le post-positivisme comme pour le positivisme (et comme pour les théories critiques, selon Guba), il existe une réalité extérieure qui a ses propres lois. Mais à la différence du positivisme, celle-ci n'est pas connaissable en elle-même (elle s'apparente ainsi à la chose en soi chez Kant). L'ontologie naturaliste du post-positivisme est donc critique, et l'objectivité fonctionne comme un idéal régulateur, la connaissance humaine ne pouvant être qu'approximative[67].

Si l'on applique cette démarche à la sexologie, il doit être possible que celle-ci soit scientifique, y compris lorsqu'elle fait de la santé sexuelle en un sens holistique et positif son objet. Le concept de santé sexuelle est indéniablement chargé de valeurs, mais il n'en est pas moins fondé scientifiquement.

Ni la PAHO, ni Coleman, ne rentrent réellement dans ces questions. Nous ne pouvons affirmer que leur positionnement dans les débats sur les sciences et les valeurs est défini comme post-positiviste. En revanche, lorsque le rapport pose la question axiologique des sciences, il décrit rapidement trois possibilités, en renvoyant en note à la controverse entre naturalistes et normativistes pour les deux premières, et à Reiss pour la troisième, qui consiste à s'interroger « sur la possibilité même de faire des propositions scientifiques libres de toute valeur »[68]. Il renvoie alors en note à l'article de Reiss vu ci-dessus, décrit comme une référence particulièrement pertinente.

---

[67] Guba, « The Alternative Paradigm Dialog », *art. cit.*, 1990, pp. 20-23.

[68] « *Still others question the very feasibility of value-free scientific propositions* ». Pan American Health Organization, *Promotion of Sexual Health: Recommendations for Action*, *op. cit.*, 2001, p. 10.

Une définition stipulative non opératoire ?

D'autres critiques sont citées et écartées dans le rapport, qui portent sur la définition de la santé comme bien-être. La première critique est dérivée de celle faite par Szasz à propos du concept de maladie appliqué au mental. Ce dernier est entendu par Szasz comme recouvrant les pensées, les sentiments et les comportements[69]. Or pour lui, le concept de maladie ne peut être appliqué au mental, dans la mesure où il en réduit l'usage au corporel : « À strictement parler, la maladie ne peut affecter que le corps »[70]. « Maladie » ne s'entend donc qu'en un sens biologique. Dans la triade *disease/illness/sickness* telle que nous l'avons reprise plus haut, « maladie » se réduit à *disease*[71]. Le rapport de la PAHO déduit de cette critique qu'il en est de même pour le concept de santé, qui ne devrait alors concerner que l'état physique, et non le sentiment de bien-être ou les comportements associés. Autrement dit, la santé ne pourrait être définie comme état de bien-être.

Une autre critique est signalée, qui va dans le même sens même si elle ne porte pas spécifiquement sur le domaine mental. Elle porte en revanche spécifiquement sur la définition de la santé par l'OMS. Il s'agit de celle formulée par Rodolfo Saracci, épidémiologiste du Conseil national de la recherche en Italie, qui, en 1997, invitait l'OMS à réviser sa définition de la santé. Il considère que la définition de celle-ci comme état de bien-être et pas seulement comme absence de maladie n'est pas opérationnelle et n'a pas d'intérêt pour la pratique médicale : « elle n'a pas de valeur opérationnelle directe »[72]. Saracci ne développe pas beaucoup plus ce point. Il se contente de citer le médecin épidémiologiste britannique Richard Doll : « Cette [définition] est un beau concept inspirant et sa poursuite garantit aux professionnels de la santé des possibilités illimitées de travail

---

[69] Voir ibid., n. 25.

[70] « *Strickly speaking, then, disease or illness can affect only the body* ». SZASZ Thomas S., *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*, Rev. ed, New York, Harper & Row, 1974 (Perennial Library Psychology), p. ix.

[71] Comme nous pouvons le constater dans la note précédente, Szasz emploie *disease* et *illness* comme des synonymes. Il n'utilise pas les distinctions faites par d'autres entre le sens physique, le sens subjectif et le sens social.

[72] « *[...] it had no direct operational value* ». SARACCI Rodolfo, « The World Health Organisation Needs to Reconsider its Definition of Health », *British Medical Journal* 314 (7091), 1997, p. 1409.

à l'avenir, mais elle n'est pas d'une grande utilité pratique »[73]. La suite du propos de Doll, non citée par Saracci, permet de comprendre en quoi la définition de la santé par l'OMS n'est pas opérationnelle : « elle n'est pas d'une grande utilité pratique pour les spécialistes en médecine de santé publique qui ont besoin de comparer les états de santé dans différentes communautés et à différents moments et qui doivent donc leur donner des valeurs numériques »[74]. L'opérationnalité s'entend donc au sens d'un caractère applicatif qui réside dans la possibilité de procéder à une quantification. À la suite de la théorie de la relativité d'Einstein venant remettre en cause les concepts de la mécanique newtonienne définis selon des propriétés supposées internes (comme l'espace et le temps absolus), le physicien et mathématicien américain Percy Williams Bridgman a développé une conception opérationnelle des concepts dans *The Logic of Modern Physics* en 1927[75]. Le philosophe germano-américain Carl Gustav Hempel résume l'opérationalisme de la façon suivante : « L'idée centrale de l'opérationalisme est que la signification de chaque terme scientifique doit pouvoir être déterminée en spécifiant une opération de vérification bien définie qui lui fournit un critère d'application »[76]. Hempel ajoute que « [l]e propre des définitions opératoires est alors de fournir des règles pour effectuer des mesures », qui procèdent de l'observation[77]. La procédure opératoire doit pouvoir être suivie sans équivoque par tout observateur compétent, ce qui permet d'accréditer l'objectivité du résultat obtenu par les tests de vérification. Ainsi, la démarche, empiriste et vérificationniste, est positiviste[78].

Sur ces bases, Doll préconise de ne pas utiliser la définition de la santé de l'OMS, mais d'en revenir plus classiquement à l'absence de maladie, qui apparaît alors comme un concept opératoire de la santé :

---

[73] « *This [definition] is a fine and inspiring concept and its pursuit guarantees health professionals unlimited opportunities for work in the future, but is it not of much practical use* ». Doll Richard, « Health and the environment in the 1990s », *American Journal of Public Health* 82 (7), 1992, p. 933. Cité par Saracci, « The World Health Organisation Needs to Reconsider its Definition of Health », *art. cit.*, 1997, p. 1409.

[74] « *[...] it is not of much practical use for specialists in public health medicine who need to compare the states of health in different communities and at different times and who consequently need to give them numerical values* ». Doll, « Health and the environment in the 1990s », *art. cit.*, 1992, p. 933.

[75] Bridgman Percy Williams, *The Logic of Modern Physics*, New York, MacMillan, 1927, pp. 3-32.

[76] Hempel Carl Gustav, *Éléments d'épistémologie*, Paris, Armand Colin, 2012, p. 156.

[77] Ibid., p. 158.

[78] Ibid.

> J'utiliserai donc le terme *santé* au sens restreint d'un état qui se distingue par l'absence de maladie ou de défaut physique ou mental, c'est-à-dire l'absence de conditions qui nuisent à la capacité fonctionnelle dont l'incidence peut être mesurée de façon objective.[79]

Pour Saracci, c'est justement surtout au niveau conceptuel que la définition de l'OMS pose problème, cette fois dans sa dimension stipulative. Selon lui, l'état de complet bien-être physique, mental et social correspond à la définition du bonheur (*happiness*) et non de la santé. Or, les deux ne sont pas superposables : « Ces deux mots désignent des expériences de vie distinctes »[80]. En effet, le lien entre le bonheur et la santé n'est ni préétabli, ni constant. Il ne suffit pas de ne pas être gravement malade pour être heureux. De même, l'on peut connaître des journées moins heureuses que d'autres du fait de problèmes existentiels courants, sans qu'il s'agisse pour autant de problèmes sanitaires[81]. Ainsi, en reprenant la distinction décrite par Hempel entre la définition descriptive et la définition stipulative, et où le terme à définir est le *definiendum*, et celui qui le définit est le *definiens*[82], la définition de la santé par l'OMS n'est pas descriptive, en ce qu'elle n'énonce pas la signification admise du terme de « santé » déjà en usage (l'usage étant de la définir comme absence de maladie). Le *definiens* n'est pas inclus analytiquement dans le *definiendum*, selon l'usage courant qui en est fait. Il s'agit donc d'une définition stipulative — ce qui est le cas des concepts scientifiques —, c'est-à-dire qui énonce expressément une signification spéciale, sous la forme suivante : par santé, nous entendons la même chose que l'état de complet bien-être physique, mental et social. Il est ici supposé, comme pour la définition descriptive, que le *definiens* (l'état de complet bien-être) est substituable au *definiendum* (la santé). Or, c'est précisément ce que Saracci conteste.

---

[79] « *I shall therefore use the term* health *in the limited sense of a state distinguished by the absence of disease or of physical or mental defect, that is, the absence of conditions that detract from functional capacity whose incidence can be measured objectively* ». DOLL, « Health and the environment in the 1990s », *art. cit.*, 1992, p. 933. Relevons que, contrairement à Szasz, Doll considère le concept de santé comme absence de maladie, et donc celui de maladie, comme opératoires également dans le champ du mental.

[80] « *These two words designate distinct life experiences* ». SARACCI, « The World Health Organisation Needs to Reconsider its Definition of Health », *art. cit.*, 1997, p. 1409.

[81] Ibid.

[82] HEMPEL, *Éléments d'épistémologie*, *op. cit.*, 2012, pp. 152-153.

La valeur des droits sexuels

Contre cette optique positiviste, nul doute que les auteur · e · s du rapport de la PAHO trouvent dans le post-positivisme défendu par Reiss une justification de la définition de la santé sexuelle comme devant relever à la fois de la sexologie comme science, et d'une démarche de promotion en santé publique défendant des valeurs sociales. Le *definiens* est substituable au *definiendum* parce qu'il est justifié de faire valoir un système de valeurs. La santé sexuelle trouve ainsi « un sens global »[83], qui fonde la définition de celle-ci comme état de bien-être, c'est-à-dire comme renvoyant explicitement à un système de valeurs. Le rapport s'appuie sur cette troisième voie scientifique/axiologique pour arguer de l'introduction, dans la définition même de la santé sexuelle, du système de valeurs promu à travers celle-ci, qui est un système socio-politique défendant les droits sexuels : « Ainsi, le groupe de travail d'experts a convenu que l'établissement d'une définition de la Santé Sexuelle est à la fois possible et souhaitable, à condition que la définition soit dérivée du concept de droits sexuels et qu'elle l'englobe »[84]. Si Reiss considère que les scientifiques doivent être conscients des valeurs qui sont présentes dans leur activité, et doivent les signaler, le groupe de travail répond à cette exigence, en faisant en plus la promotion de son système de valeurs. La santé sexuelle va alors être redéfinie comme suit :

> **La santé sexuelle est l'expérience du processus continu de bien-être physique, psychologique et socioculturel lié à la sexualité.** La santé sexuelle se manifeste dans l'expression libre et responsable des capacités sexuelles qui favorisent un bien-être personnel et social harmonieux, enrichissant la vie individuelle et sociale. Elle ne consiste pas seulement en l'absence de dysfonction, de maladie et/ou d'infirmité. Pour que la santé sexuelle soit atteinte et maintenue, il est nécessaire que les droits sexuels de toutes les personnes soient reconnus et défendus.[85]

---

[83] « *[...] a comprehensive meaning* ». PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, *Promotion of Sexual Health: Recommendations for Action*, *op. cit.*, 2001, p. 10.

[84] « *Thus, the expert working group agreed that establishing a definition of Sexual Health is both possible and desirable provided that the definition is derived from, and embodies the concept of sexual rights* ». Ibid.

[85] « ***Sexual health is the experience of the ongoing process of physical, psychological, and sociocultural well being related to sexuality.*** *Sexual health is evidenced in the free and responsible expressions of sexual capabilities that foster harmonious personal and social wellness, enriching individual and social life. It is not merely the absence of dysfunction, disease and/or infirmity. For Sexual Health to be attained and maintained it is necessary that the sexual rights of all people be recognized and upheld* ». Ibid., p. 9.

La principale innovation de cette définition est la référence aux droits sexuels, qui sont présentés comme des conditions de possibilité de la santé sexuelle. Les rapports de l'OMS des années 1970 faisaient déjà écho à la question de l'égalité entre les sexes et à la place des femmes dans la société[86]. Mais leur formulation ne se fait pas en termes juridiques[87]. Comme le disent Edwards et Coleman, en 2000, il s'agit de la première fois où les droits sexuels sont inclus dans la définition de la santé sexuelle[88].

Une telle référence relève de ce que Longino appelle les valeurs contextuelles. L'adjonction des droits sexuels à la santé sexuelle par la PAHO s'inscrit dans le mouvement qui, sous l'impulsion des féministes telles Corrêa et la politologue américaine Rosalind P. Petchesky, a cherché à faire valoir ceux-ci aux conférences du Caire et de Pékin, et à faire évoluer la question de la santé reproductive des perspectives conventionnelles de la santé maternelle et infantile et de la planification familiale, vers la perspective des droits reproductifs, à défaut d'avoir pu faire inscrire le concept de droits sexuels dans les textes. Mais sans référence explicite aux droits sexuels, le risque était que les politiques de santé reproductive ne consistent qu'en une réinterprétation sémantique des perspectives conventionnelles, au lieu de promouvoir les droits des femmes. La santé sexuelle intégrée à la santé reproductive pouvait en outre être interprétée de manière conservatrice, comme se rapportant à la reproduction dans le cadre du mariage, et donc à l'abstinence avant le mariage, sans accès à une information sur le contrôle des naissances, l'avortement ou l'homosexualité[89].

Dès le début des années 1990, pour Corrêa et Petchesky, la modification des termes utilisés par les politiques officielles et les instruments légaux répond à un objectif

---

[86] Le premier rapport liste l'émancipation des femmes parmi les changements sociaux qui justifient le développement de l'éducation sexuelle (MACE, BANNERMAN et BURTON, *L'enseignement de la sexualité humaine dans les établissements formant les personnels de santé*, *op. cit.*, 1974, p. 9). Le second rapport évoque spécifiquement le machisme comme « dominance du mâle et oppression de la femme » contre lequel l'éducation sexuelle doit œuvrer (ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Formation des professionnels de la santé aux actions d'éducation et de traitement en sexualité humaine*, *op. cit.*, 1975, p. 18).

[87] Ainsi, la dénonciation du machisme repose sur le fait qu'il « s'oppose à la notion de jouissance sexuelle partagée, apparemment essentielle pour la réalisation de relations sexuelles saines ». Le cadre est donc celui du plaisir comme élément sanitaire, non celui du droit. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Formation des professionnels de la santé aux actions d'éducation et de traitement en sexualité humaine*, *op. cit.*, 1975, p. 18.

[88] EDWARDS et COLEMAN, « Defining Sexual Health », *art. cit.*, 2004, p. 193.

[89] CORRÊA, « From reproductive health to sexual rights », *art. cit.*, 1997, p. 110.

de transformation politique et sociale : « Changer la rhétorique des instruments juridiques ou des politiques officielles peut être une étape stratégique vers la transformation des conditions de vie des gens »[90]. La promotion des droits sexuels s'inscrit dans ce cadre. Après les conférences du Caire et de Pékin, la période est propice pour porter l'institutionnalisation de ce concept. Deux organisations internationales vont en faire la promotion, la première à travers une charte, la seconde à travers une déclaration. Il s'agit des deux actrices de la santé sexuelle au sein des travaux de l'OMS, au cœur des tensions entre les aspects reproductifs et les aspects hédoniques de la sexualité : l'IPPF et la WAS. L'IPPF a publié sa Charte des droits sexuels et reproductifs en 1996[91], tandis que la WAS a proposé sa Déclaration des droits sexuels lors de son treizième congrès en 1997, qui a été amendée et validée lors de son congrès suivant en 1999. Les deux textes présentent plusieurs points communs, comme le droit à la liberté sexuelle qui exclut la violence, la coercition, le viol, et l'abus sexuel[92], le droit de décider si et quand avoir des enfants[93], ou le droit à l'information et à l'éducation[94]. Mais des différences significatives peuvent être observées. Ainsi, le texte de la WAS réfère au plaisir, terme absent de celui de l'IPPF. La WAS énonce en effet un « droit au plaisir sexuel » (y compris auto-érotique)

---

[90] « *Changing the rhetoric of legal instruments or official policies can be one strategic step toward transforming the conditions of people's lives* ». CORRÊA Sonia et PETCHESKY Rosalind Pollack, « Reproductive and sexual rights: A feminist perspective », in: PARKER Richard G. et AGGLETON Peter (éds.), *Culture, Society and Sexuality: a Reader*, 2nd ed., London ; New York, Routledge, 2007 (Sexuality, culture and health), p. 299 ; D'abord publié dans CORRÊA Sonia et PETCHESKY Rosalind Pollack, « Reproductive and sexual rights: A feminist perspective », in: SEN Gita, GERMAIN Adrienne et CHEN Lincoln C. (éds.), *Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment, and Rights*, Boston / New York, Harvard University Press, 1994 (Harvard series on population and international health), pp. 107-125.

[91] INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION, *IPPF Charter on Sexual and Reproductive Rights*, London, IPPF Regent's College, 1996.

[92] Ibid., p. 21 ; WORLD ASSOCIATION FOR SEXOLOGY, « World Association for Sexology's Declaration of Sexual Rights », in: PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, *Promotion of Sexual Health: Recommendations for Action*, Antigua Guatemala, Pan American Health Organization - World Health Organization, 2001, p. 37.

[93] INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION, *IPPF Charter on Sexual and Reproductive Rights*, *op. cit.*, 1996, p. 16 ; WORLD ASSOCIATION FOR SEXOLOGY, « World Association for Sexology's Declaration of Sexual Rights », *art. cit.*, 2001, p. 38.

[94] INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION, *IPPF Charter on Sexual and Reproductive Rights*, *op. cit.*, 1996, p. 14 ; WORLD ASSOCIATION FOR SEXOLOGY, « World Association for Sexology's Declaration of Sexual Rights », *art. cit.*, 2001, p. 38.

en tant que source de bien-être[95]. De plus, la WAS promeut un droit à l'information sexuelle fondée sur des recherches scientifiques[96], mettant en relief la revendication de la sexologie d'être une science. Plus globalement, la WAS met l'accent sur les droits sexuels indépendamment des droits reproductifs, alors que la charte de l'IPPF entremêle les deux, sans référence au plaisir[97], en enrichissant les droits humains reconnus au niveau international (en particulier par les Nations Unies) avec des principes relatifs « à la santé sexuelle et reproductive »[98]. Sans surprise au vu de l'implication de la WAS dans la réunion de 2001, c'est le texte de cette dernière qui sert de référence et qui est repris dans le rapport de la PAHO, dans le corps du texte et en annexe[99]. C'est donc l'orientation sexologique qui a prévalu sur celle de la planification familiale.

En outre, la sexologie réaffirme ici le fait qu'elle a une dimension socio-politique et qu'elle s'inscrit dans un projet d'émancipation sociale. Après la période de constitution comme science dans le sillage de la sexologie américaine d'après la Seconde Guerre mondiale, elle renoue avec la démarche qui était la sienne en Europe dans la première moitié

---

[95] « ***The right to sexual pleasure.*** *Sexual pleasure, including autoeroticism, is a source of physical, psychological, intellectual and spiritual well being* ». World Association for Sexology, « World Association for Sexology's Declaration of Sexual Rights », *art. cit.*, 2001, p. 37.

[96] Ibid., p. 38.

[97] En 2008, l'IPPF établira sa propre Déclaration des droits sexuels, qui renverra cette fois à la dimension hédonique de la sexualité, et qui posera clairement la distinction entre la sexualité et la reproduction. Ainsi, la Déclaration ne mentionne pas les droits reproductifs dans son intitulé, et le quatrième principe sur lequel elle repose énonce que : « La sexualité, et le plaisir qui en découle, sont au cœur de la vie de tout être humain, qu'il choisisse de se reproduire ou non ». International Planned Parenthood Federation, *Déclaration des droits sexuels de l'IPPF*, Londres, Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF), 2008, p. 14. La WAS a quant à elle révisée sa déclaration en 2014, dans laquelle elle réitère la référence au plaisir, en parlant de la possibilité de vivre des expériences sexuelles qui apportent du plaisir, satisfaisantes et en toute sécurité (« *[...] the possibility of pleasurable, satisfying, and safe sexual experiences* ») (World Association for Sexual Health, « Declaration of Sexual Rights, Approved by the WAS Advisory Council in March, 2014 », 2014, p. 2). L'auteur de ces lignes a été co-relecteur de la version française de la Déclaration de 2014, traduite par Alain Giami. Voir World Association for Sexual Health, « Déclaration des droits sexuels », 2014. Sur l'historique de ces différents textes et sur l'articulation du domaine de la santé sexuelle au domaine des droits sexuels comme des droits humains, voir Giami Alain, « Sexualité, santé et Droits de l'homme : l'invention des droits sexuels », *Sexologies* 24 (3), 2015, pp. 105-113.

[98] « *[...] relating to sexual and reproductive health* ». International Planned Parenthood Federation, *IPPF Charter on Sexual and Reproductive Rights*, *op. cit.*, 1996, p. 3. L'expression « santé sexuelle et reproductive » est employée plus d'une trentaine de fois dans le document, tandis que celle de « santé sexuelle » seule ne l'est que trois fois.

[99] World Association for Sexology, « World Association for Sexology's Declaration of Sexual Rights », *art. cit.*, 2001, pp. 37-38.

du XXe siècle avant l'avènement du nazisme. Cette réorientation et les travaux conjoints de la PAHO et de la WAS vont conduire à une nouvelle définition de la santé sexuelle par l'OMS en 2002 (publiée en 2006), que nous avons donnée dans notre introduction, et que nous reproduisons de nouveau :

> La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social relatif à la sexualité ; ce n'est pas seulement l'absence de maladie, de dysfonction ou d'infirmité. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination et violence. Pour que la santé sexuelle soit atteinte et maintenue, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et réalisés.[100]

Cette définition, qui a toujours cours aujourd'hui, reprend la référence aux droits sexuels comme condition de possibilité de la santé sexuelle, en insistant en particulier sur l'absence de coercition, de discrimination et de violence. Par rapport à la précédente de 1975, son format est plus directement ajusté à celui de la définition de la santé de 1946. Ceci conduit d'ailleurs à introduire une différence non négligeable comparativement à la définition de la PAHO : la santé sexuelle n'est plus l'*expérience* d'un *processus* continu de bien-être, mais un *état* de bien-être. Edwards et Coleman signalent que ce point à donner lieu à discussion[101]. L'OMS ayant antérieurement défini la santé comme un « état », c'est cette terminologie qui a été retenue pour la santé sexuelle. Elle s'avère plus statique que le vocabulaire processuel, plus dynamique. Elle est aussi, dans une certaine mesure, moins subjective que le vocable de l'expérience, même si cet état a aussi une dimension subjective, en ce qu'il s'agit de bien-être, qui par ailleurs est également mental et émotionnel. Mais l'état renvoie aussi à l'être de la personne, et fige le bien-être, en renforçant la dimension de l'*être* dont le bien est une spécification. Ainsi, la définition de l'OMS manie le point de vue de l'objectivité — ce qui appartient ontologiquement à l'objet —, et celui de la subjectivité — ce qui est ressenti par le sujet. Cet

---

[100] « *Sexual health is a state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence. For sexual health to be attained and maintained, the sexual rights of all persons must be respected, protected and fulfilled* ». World Health Organization, *Defining Sexual Health: Report of a Technical Consultation on Sexual Health*, *op. cit.*, 2006, p. 5.

[101] Edwards et Coleman, « Defining Sexual Health », *art. cit.*, 2004, p. 194.

état est modifiable (on peut ne plus être en bonne santé sexuelle), et ne s'entend donc pas comme être au sens ontologique d'une essence ou nature. Mais il induit une forme de durabilité ou de permanence limitée, qui en fait une stabilité. Assurément, cela renforce la possibilité d'une conception post-positiviste de la santé sexuelle, enrichie de la double axiologie selon Longino, constitutive et contextuelle.

Santé publique et éthique de la responsabilité

Une autre manière dont le concept de santé sexuelle se trouve chargé de valeurs est celle de la convocation de la responsabilité, en particulier individuelle. Celle-ci était déjà mobilisée dans l'hygiénisme domestique américain du XIXe siècle. Elle restait présente dans le cadre de l'hygiène sociale, où la dimension sociale de la santé ne destituait pas les individus de leur responsabilité. L'éducation sexuelle a d'ailleurs été pensée comme le moyen d'amener les personnes à des comportements sexuels responsables. C'était encore le cas avec Calderone, pour laquelle l'éducation sexuelle devait conduire les individus à se conduire de manière responsable concernant le contrôle des naissances. La dimension éthique, intrinsèquement associée à la démarche éducative de l'hygiène, ne cesse d'accompagner, selon des modalités variables, le concept de santé sexuelle depuis le XIXe siècle. C'est toujours le cas avec les définitions proposées par l'OMS, mais aussi par d'autres institutions dans la même période.

Dans la première définition de la santé sexuelle par l'OMS, nous avons vu que le premier élément appartenant au concept de santé sexuelle consistait à « être capable de jouir d'un comportement sexuel et reproducteur en harmonie avec une éthique sociale et personnelle »[102]. L'éducation sexuelle a alors pour but « d'aider les individus à bien conduire leur vie sexuelle », c'est-à-dire à faire en sorte qu'ils *se* conduisent bien sexuellement. L'objectif de l'éducation est l'intériorisation de la bonne conduite, pas seulement l'obéissance à des commandements. Il s'agit d'amener les personnes à un rapport réfléchissant (se conduire), et pas seulement à un rapport de soumission à des préceptes extérieurs. Nous retrouvons les atours protestants de l'éthique, par distinction d'avec la

[102] MACE, BANNERMAN et BURTON, *L'enseignement de la sexualité humaine dans les établissements formant les personnels de santé*, *op. cit.*, 1974, p. 10.

morale, selon les nuances foucaldiennes entre éthique et morale que nous avons déjà utilisées[103].

L'éthique dont il est question est une éthique de la responsabilité. Celle-ci regroupe à la fois le caractère réflexif de l'éthique, et la conception utilitariste du bien, sous la forme du bien-être. Il s'agit d'obtenir la maximisation de celui-ci et la minimisation du mal-être, ce qui se mesure aux effets produits par les comportements sexuels, dont plusieurs ont déjà été évoqués : grossesses non désirées, propagation des infections sexuellement transmissibles — dont le VIH/SIDA —, accroissement de la population, comportements sexuels coercitifs ou violents…, mais aussi, plus positivement, la santé sexuelle, dont la satisfaction sexuelle, l'épanouissement de soi, du couple, etc. Ainsi, lorsque la PAHO définit la santé sexuelle, elle précise que celle-ci se manifeste « dans l'expression libre et responsable » des capacités sexuelles, qui a pour conséquence « un bien-être personnel et social harmonieux »[104]. De plus, le rapport de la PAHO intègre une définition du « comportement sexuel responsable », qui s'exprime « aux niveaux individuel, interpersonnel et communautaire », et qui se caractérise « par l'autonomie, la réciprocité, l'honnêteté, le respect, le consentement, la protection, la recherche du plaisir et le bien-être »[105], soit une accumulation de valeurs. Il s'agit ainsi d'une éthique de la responsabilité individuelle envers soi-même et envers les autres, qui engage la maximisation du bien non seulement pour soi, mais également sur le plan collectif.

On retrouve le précepte de la responsabilité dans le rapport de l'OMS publié en 2006. Dans son introduction, il est dit que « [l]a santé et le bien-être sexuels et reproductifs sont essentiels si l'on veut que les gens aient une vie sexuelle responsable, sûre et

---

[103] Voir *infra* p. 120.

[104] Pan American Health Organization, *Promotion of Sexual Health: Recommendations for Action*, *op. cit.*, 2001, p. 9.

[105] « *Responsible sexual behavior is expressed at individual, interpersonal and community levels. It is characterized by autonomy, mutuality, honesty, respectfulness, consent, protection, pursuit of pleasure, and wellness* ». Ibid., p. 8.

satisfaisante »[106]. Plus loin, une intervention retranscrite de Coleman — qui a aussi participé à ces travaux de l'OMS[107] — énonce que « [l]'adolescence est un temps pour apprendre à s'aimer soi-même ainsi que les autres, et à être responsable dans ses relations »[108].

Cette éthique de la responsabilité est particulièrement mise en avant par l'Administrateur de la santé publique des États-Unis David Satcher, qui a proposé en 2001 une définition de la santé sexuelle dans un appel à l'action (*call to action*) « pour promouvoir la santé sexuelle et les comportements sexuels responsables »[109]. Celui-ci insiste sur les conséquences négatives de l'exercice irresponsable de la sexualité : « les maladies sexuellement transmissibles — y compris le VIH/sida —, les grossesses non désirées et les comportements coercitifs ou violents »[110]. Dès lors, tout en étant positive et en s'inscrivant ainsi dans la suite du mode de définition par l'OMS, la définition de la santé sexuelle qu'il propose insiste particulièrement sur les risques et sur la responsabilité :

> La santé sexuelle est inextricablement liée à la santé physique et à la santé mentale. Tout comme les problèmes de santé physique et mentale peuvent contribuer au dysfonctionnement et aux maladies sexuelles, ces dysfonctionnements et maladies peuvent contribuer aux problèmes de santé physique et mentale. La santé sexuelle ne se limite pas à l'absence de maladie ou de dysfonction, et son importance ne se limite pas aux années de reproduction. Elle comprend la capacité de comprendre et de peser les risques, les responsabilités, les résultats et les impacts des actions sexuelles et de pratiquer l'abstinence au besoin. Elle inclut l'absence d'abus sexuels et de discrimination et la capacité des individus d'intégrer leur sexualité dans leur vie, d'en tirer du plaisir et de se reproduire s'ils le désirent.[111]

---

[106] « *Sexual and reproductive health and well-being are essential if people are to have responsible, safe, and satisfying sexual lives* ». World Health Organization, *Defining Sexual Health: Report of a Technical Consultation on Sexual Health*, *op. cit.*, 2006, p. 1.

[107] Parmi les participantes et participants, on retrouve le nouveau président de la WAS, le sexologue français Marc Ganem. Ibid., p. 27.

[108] « *Adolescence is a time for learning to love oneself and others and to be responsible in one's relationships* ». Ibid., p. 8.

[109] Office of the Surgeon General (US) et Office of Population Affairs (US), *The Surgeon General's Call to Action to Promote Sexual Health and Responsible Sexual Behavior*, *op. cit.*, 2001.

[110] « *[...] sexually transmitted diseases—including HIV/AIDS—unintended pregnancy, and coercive or violent behavior* ». Ibid., p. 1.

[111] « *Sexual health is inextricably bound to both physical and mental health. Just as physical and mental health problems can contribute to sexual dysfunction and diseases, those dysfunctions and diseases can contribute to physical and mental health problems. Sexual health is not limited to the absence of disease or dysfunction, nor is its importance confined to just the reproductive years. It includes the ability to understand and weigh the risks, responsibilities, outcomes and impacts of sexual actions and to practice abstinence when appropriate. It includes freedom from sexual abuse and discrimination and the ability of individuals*

Tout en ne la réduisant pas à l'absence de maladie ou de dysfonction, ni à la reproduction, et tout en y incluant la dimension hédonique, cette définition de la santé sexuelle contraste, comme le souligne Giami, avec la vision optimiste et de bien-être proposée par l'OMS et son bureau régional des Amériques[112]. Elle s'avère en effet pour le moins beaucoup plus inquiétante et anxiogène. Elle permet cependant de mettre en relief ce qui peut être entendu par l'idée de responsabilité sexuelle, qui est contenue dans les rapports de l'OMS et de la PAHO, mais qui est moins mise en relief, prise justement dans un discours optimiste défendant des valeurs positives et insistant sur la dimension de plaisir. Dans un tel cadre, l'OMS ne va pas évoquer l'abstinence comme possibilité d'un comportement sexuel responsable, là où l'Administrateur de la santé publique va en faire mention.

La responsabilité s'entend aussi bien en son sens individuel qu'en un sens collectif et institutionnel. Sur le plan individuel, elle comprend :

> [...] la compréhension et la prise de conscience de sa sexualité et de son développement sexuel ; le respect de soi-même et de sa ou son partenaire ; l'évitement des préjudices physiques ou émotionnels à soi-même ou à sa ou son partenaire ; la garantie que la grossesse ne survienne que lorsqu'elle est bienvenue ; la reconnaissance et la tolérance de la diversité des valeurs sexuelles dans toute communauté[113].

Elle couvre le rapport à soi-même et à autrui sur les plans physique et psychologique, le contrôle des naissances, et la tolérance de la diversité des valeurs sexuelles, autrement dit la question des discriminations. Sur le plan de la communauté, elle inclut :

> [...] l'assurance que ses membres ont accès à une éducation sexuelle adaptée au développement et à la culture, ainsi qu'à des soins et des conseils en matière de santé sexuelle et reproductive ; la latitude nécessaire pour faire des choix appropriés en ma-

---

to integrate their sexuality into their lives, derive pleasure from it, and to reproduce if they so choose ». Ibid.

[112] GIAMI, « Sexual Health: The Emergence, Development, and Diversity of a Concept », *art. cit.*, 2002, p. 23.

[113] « *Individual responsibility includes: understanding and awareness of one's sexuality and sexual development; respect for oneself and one's partner; avoidance of physical or emotional harm to either oneself or one's partner; ensuring that pregnancy occurs only when welcomed; and recognition and tolerance of the diversity of sexual values within any community* ». OFFICE OF THE SURGEON GENERAL (US) et OFFICE OF POPULATION AFFAIRS (US), *The Surgeon General's Call to Action to Promote Sexual Health and Responsible Sexual Behavior*, *op. cit.*, 2001, p. 1.

> tière de sexualité et de reproduction ; le respect de la diversité ; l'absence de stigmatisation et de violence fondée sur le sexe, la race, l'appartenance ethnique, la religion et l'orientation sexuelle.[114]

Il s'agit d'une responsabilité concernant les moyens mis en œuvre par la collectivité pour permettre le bon exercice de la responsabilité individuelle, avec un recoupement sur l'absence de discrimination, sans lequel il y aurait contradiction entre ce qui est attendu des individus, et le positionnement de la communauté.

Tout en défendant un système de valeurs[115], le *Call to Action* se veut fonder sur des preuves (*evidence-based*). De nombreuses données statistiques et de nombreuses recherches sont citées, sur les infections sexuellement transmissibles, sur les abus sexuels, sur les discriminations envers les personnes homosexuelles, les transgenres et les personnes en situation de handicap physique ou mental, sur les grossesses non désirées et sur les avortements[116]. Un chapitre est en outre consacré à l'étude des « modèles d'intervention fondés sur des preuves » (*Evidence-based Intervention Models*), c'est-à-dire des programmes de santé sexuelle qui « ont été évalués et se sont révélés efficaces »[117]. Le caractère scientifique du rapport, incluant d'abondantes données quantitatives, est ainsi mis en avant avec insistance.

On retrouve la tension entre l'approche scientifique et la promotion de valeurs déjà présente dans les travaux de l'OMS. De fait, la santé sexuelle est un concept qui réfère à des connaissances scientifiques, que ce soit en anatomo-physiologie, sur le plan comportemental ou en santé publique. Mais il s'agit également d'un concept qui s'inscrit

---

[114] « *Community responsibility includes assurance that its members have: access to developmentally and culturally appropriate sexuality education, as well as sexual and reproductive health care and counseling; the latitude to make appropriate sexual and reproductive choices; respect for diversity; and freedom from stigmatization and violence on the basis of gender, race, ethnicity, religion, or sexual orientation* ». Ibid.

[115] Ceci apparaît d'autant plus clairement que le processus de travail qui a conduit à cet appel à l'action, qui a commencé en 1999, a connu une importante polémique suite à l'élection à la présidence des États-Unis de George W. Bush en 2001. La droite religieuse a immédiatement appelé à la destitution de Satcher, considérant qu'il promouvait la propagation des maladies sexuellement transmissibles et des comportements sexuels immoraux et irresponsables — ce avant même d'avoir pu lire son rapport. L'administration Bush ne le destitua cependant pas. Quoi qu'il en soit, il apparaît sans équivoque que la définition d'un comportement sexuel responsable réfère clairement à un système de valeurs. Voir Bancroft John, « Promoting responsible sexual behavior », *Sexual and Relationship Therapy* 17 (1), 2002, p. 10.

[116] Office of the Surgeon General (US) et Office of Population Affairs (US), *The Surgeon General's Call to Action to Promote Sexual Health and Responsible Sexual Behavior*, *op. cit.*, 2001, pp. 3-5.

[117] « *[...] have been evaluated and shown to be effective* ». Ibid., p. 10.

dans des systèmes de valeur, aussi bien parce qu'il est défini comme un état de bien-être, que parce qu'il est désormais associé aux droits sexuels, et qu'il promeut une éthique de la responsabilité. L'effort de scientificité dans le champ de la santé sexuelle reste cependant constant. Pour autant, il va se heurter au développement d'une branche aux allures scientifiques plus prononcés, qui va se trouver en tension avec la sexologie de la santé sexuelle : la médecine sexuelle. Il nous faut alors étudier plus précisément par quels moyens les discours de santé sexuelle s'affirment comme scientifiques, et pourquoi cette scientificité peut lui être contestée par la médecine sexuelle.

IV.1.2 — La santé sexuelle à l'épreuve de la science médicale

La question de la scientificité des discours de santé sexuelle, au sens holistique de l'OMS, se pose tout d'abord eu égard au critère quantitativiste de l'axiologie scientifique. Cette question se décline au niveau des rapports entre l'approche clinique, individuelle et qualitative, et l'approche de santé publique, populationnelle et quantitative. La tension entre l'individuel et le populationnel se retrouve dans la manière d'opérer le partage entre le normal et le pathologique, selon que le fondement de la normativité est individuel ou statistique. Ces tensions vont s'exprimer dans la formation de deux branches de la *scientia sexualis*, l'une de sexologie clinique revendiquant s'occuper de santé sexuelle, l'autre de médecine sexuelle, plus biomédicale.

Qualité et quantité

Dans la suite de sa critique de l'identification entre la santé et le bonheur[118], Saracci propose de modifier la définition de la santé de telle sorte qu'elle articule l'idéal de l'OMS au « monde réel » (*real world*) de la santé et de la maladie, que l'on peut mesurer selon des indicateurs appropriés (mortalité, morbidité, qualité de vie)[119]. L'élaboration conceptuelle et la valeur épistémologique de la santé reposeraient ainsi sur un recentrage

[118] Voir *infra* p. 486.

[119] Saracci, « The World Health Organisation Needs to Reconsider its Definition of Health », *art. cit.*, 1997, p. 1410.

de celle-ci autour de concepts classiques de santé publique pouvant faire l'objet de mesures. Nous avons vu que pour Doll, cela signifiait en revenir au concept classique de la santé comme absence de maladie. L'OMS est engagée dans une démarche pour élaborer des indicateurs de santé depuis ses premières années, dans la suite des travaux initiés par l'Organisation de la santé de la SDN[120]. Le sociologue français Daniel Benamouzig souligne que bien que l'OMS se réclame d'une définition large de la santé, ses rapports consacrés aux indicateurs sanitaires « se réfèrent à des données objectives, relatives à la mortalité, la morbidité et aux déficiences, ainsi qu'à la planification, à la gestion et à l'évaluation des services de santé »[121]. En 2002 encore, des travaux sous l'égide de l'OMS sur les fondements conceptuels de la mesure de la santé préconisent de partir d'une définition ordinaire et consensuelle de la santé : « Notre caractérisation de la santé devrait être conforme aux points de consensus de base sur la nature de la santé, sinon ce que nous finissons par caractériser, bien que potentiellement à la fois opératif et mesurable, ne peut être la santé dans aucun sens ordinaire »[122]. Autrement dit, plutôt que sur la définition stipulative de l'OMS, ce rapport propose de se fonder sur une définition descriptive. Il considère en effet que la définition de l'OMS « n'est pas suffisante pour élaborer des indicateurs opérationnels de la santé »[123]. En conséquence de quoi, il propose de s'appuyer sur des éléments qui font ordinairement consensus, en particulier celui selon lequel la santé est un concept distinct du bien-être[124].

La PAHO a entendu ce type de critiques, en particulier celle de Saracci. Dans son rapport, dans le cadre d'une stratégie d'intégration de la santé sexuelle dans les programmes de santé publique, elle propose que soient développés des indicateurs de santé sexuelle afin que ceux-ci servent au développement et à l'évaluation de ces programmes[125]. Il s'agit seulement d'une action listée parmi d'autres aux fins de la stratégie d'intégration,

---

[120] Benamouzig Daniel, « Mesures de qualité de vie en santé », *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem* 1 (4), 2010, p. 144.

[121] Ibid., p. 145.

[122] « *Our characterization of health ought to be consistent with basic consensus points about the nature of health, or else what we end up characterizing, though potentially both operationalized and measurable, may not be health in any ordinary sense* ». Chatterji et al., *The Conceptual Basis for Measuring and Reporting on Health*, *op. cit.*, 2002, p. 2.

[123] « *[...] is not sufficient to develop operational indicators of health* ». Ibid.

[124] Ibid.

[125] Pan American Health Organization, *Promotion of Sexual Health: Recommendations for Action*, *op. cit.*, 2001, p. 26.

et la PAHO ne dit pas quels indicateurs devraient être sélectionnés. Mais l'établissement d'éléments quantitatifs est retenu. Pour autant, il ne s'agit manifestement pas de s'orienter, comme Patrick, Bush et Chen, vers une modélisation mathématique de la santé et du bien-être. Plus classiquement en santé publique, les types d'indicateurs rapidement énoncés par Saracci sont statistiques, et s'inscrivent dans la démarche épidémiologique de la pensée populationnelle. Nous sommes cependant à une époque où le positivisme strict, qui ne retient que des éléments quantifiables, a laissé place à l'approche post-positiviste, sous la pression des mouvements de contestation et militants qui ont vu le jour après 1968. La revendication de prendre en compte des éléments subjectifs, et donc qualitatifs, dans la manière de mesurer la santé, a grandi à partir des années 1970, en même temps que la médecine était critiquée pour son paternalisme et son rôle de contrôle social des populations et des individus, d'une manière générale et sur le plan de la sexualité en particulier[126]. La réponse à cette revendication s'est traduite, au niveau institutionnel, par l'élaboration d'indicateurs de qualité de vie reposant sur l'intégration de données subjectives et individuelles dans les outils de mesure de la santé[127]. On retrouve précisément l'item de la qualité de vie dans les indicateurs listés par Saracci. Or pour Guba, le post-positivisme reconnaît un certain nombre de déséquilibres inhérents au positivisme, dont celui entre la précision et la richesse des informations[128]. La première favorise la récolte d'éléments quantitatifs. Ce déséquilibre « est redressé par l'inclusion de plus de méthodes qualitatives »[129]. Mais Guba insiste sur le fait qu'il s'agit d'une correction au niveau méthodologique, pas au niveau paradigmatique des enquêtes, qui continuent, sur le plan ontologique, de poser une réalité extérieure à connaître, et à se

---

[126] Voir notamment ILLICH, *Némésis médicale*, *op. cit.*, 1975 ; LANTÉRI-LAURA, *Lecture des perversions*, *op. cit.*, 2012 ; FOUCAULT, *La volonté de savoir*, *op. cit.*, 1976. Précisons que Foucault se montre également critique vis-à-vis de la manière qu'adopte Illich dans sa critique anti-médicale. Voir FOUCAULT, « Crise de la médecine ou crise de l'antimédecine ? », *art. cit.*, 1994.

[127] Benamouzig relève trois dimensions du recours à des éléments subjectifs : la formulation des critères d'évaluation de la santé basée sur les dires de patients et d'experts ; le recueil des réponses, qui sont données par les patients à travers des questionnaires ; et les modalités d'administration de ces questionnaires, auto-administrés ou non. BENAMOUZIG, « Mesures de qualité de vie en santé », *art. cit.*, 2010, pp. 153-155.

[128] « *The imbalance between precision and richness* ». GUBA, « The Alternative Paradigm Dialog », *art. cit.*, 1990, p. 22.

[129] « *This imbalance is redressed by including more qualitative methods* ». Ibid.

définir, sur le plan épistémologique, comme des exercices de mesure de cette réalité. Pour Guba, le post-positivisme reste « une version modifiée du positivisme »[130].

La distinction entre l'approche post-positiviste incluant la qualité de la vie et celle de la PAHO ne reposerait donc pas, de ce point de vue, sur une différence de paradigme, mais sur la place des éléments qualitatifs, jusqu'aux valeurs défendues dans la démarche de promotion. En somme, il s'agit de pouvoir élaborer des indicateurs consciemment orientés par des valeurs, et d'inclure des indicateurs par ailleurs subjectifs pour mesurer la santé sexuelle. L'exigence positiviste d'être libre de toute valeur serait donc doublement mise à mal. La question est de savoir si la santé sexuelle définie positivement, particulièrement qualitative, est autant candidate à l'exercice de la mesure que la santé sexuelle définie négativement et incluant la qualité de vie. Autrement dit, tout en défendant un système de valeurs, la promotion de la santé sexuelle positive veut faire valoir ses assises scientifiques.

Si la PAHO n'a pas proposé d'indicateurs de santé sexuelle mais a seulement mis en exergue leur nécessité, l'OMS a co-publié en 2010, avec l'UNFPA, un rapport au titre éloquent : *Measuring Sexual Health*[131]. Celui-ci propose pas moins de trente-huit indicateurs de santé sexuelle. Quatre types de mesure sont proposés : la binarité oui/non (pour des indicateurs comme « La loi requiert le plein et libre consentement des deux parties pour le mariage »), le pourcentage (« Prestataires de santé formés au conseil en matière de sexualité »…), un ratio (« Taux de natalité chez les adolescentes »…), et des nombres (« Nombre de cas de violence sexuelle, y compris de viol conjugal, signalés à la police et/ou aux professionnels de la santé au cours des cinq dernières années »…). Le type de mesure le plus utilisé est le pourcentage. Des aspects subjectifs et qualitatifs que recouvre la définition de la santé sexuelle par l'OMS sont eux-mêmes traduits par des pourcentages (« Perceptions des femmes et des hommes quant aux attitudes sociales à l'égard du plaisir et de l'expression sexuels »…) [132]. Ainsi, les éléments d'appréciation subjective sont pris

---

[130] « *Postpositivism is best characterized as a modified version of positivism* ». Ibid., p. 20.

[131] World Health Organization et United Nations Fund for Population Activities, *Measuring Sexual Health: Conceptual and Practical Considerations and Related Indicators*, Geneva, World Health Organization, 2010. La présidente de la WAS d'alors, la sexologue australienne Rosemary Coates, fait partie du groupe de travail. Y figure également la gynécologue-obstétricienne sud-africaine Nono Simelela, directrice des connaissances et du soutien techniques (*director of Technical Knowledge and Support*) à l'IPPF.

[132] Ibid., p. 13 sq.

en compte, mais traduits par des valeurs numériques. Ils s'ajoutent à d'autres indicateurs qualitatifs numérisés — qualitatifs en ce qu'ils traduisent le système de valeurs promu —, comme la place du consentement sur le plan juridique et les données sur les violences sexuelles (données quantitatives mais ressortissant des valeurs féministes).

Ce qui frappe à la lecture de ce rapport est d'ailleurs le peu de place qui est fait à des éléments plus directement mesurables sur le plan épidémiologique, en particulier aux dysfonctions sexuelles, pourtant centrales dans les nosographies sexologiques. Ainsi ne sont-elles mentionnées dans les indicateurs que de manière générique, sous le chapeau de l'accès à l'information : « Sensibilisation aux services de santé sexuelle pour : les dysfonctions sexuelles ; la violence sexuelle ; l'infertilité »[133]. Par des enquêtes auprès de la population, il s'agit d'établir la part de celle-ci qui est sensibilisée au fait de pouvoir s'adresser à des services de santé à propos de dysfonctions sexuelles, sans entrer dans les détails cliniques et individuels de celles-ci. L'abord sociodémographique de l'UNFPA semble avoir conduit à mettre de côté la dimension clinique de la santé sexuelle. Certes, la question des dysfonctions sexuelles a été discutée. Mais la conclusion a été que les termes de « fonction sexuelle » et de « dysfonction sexuelle » sont problématiques pour la mesure populationnelle de la santé sexuelle du fait de leur dimension clinique et individuelle, et qu'il s'agit de catégories utilisées surtout par les sexologues[134]. Plus précisément, le terme de « dysfonction sexuelle » est considéré comme une catégorie médicale, qui oblitère le fait qu'il peut s'agir plutôt, derrière le symptôme sexuel, d'une « dysfonction sociale » :

> Généralement, une réponse médicale à une (mauvaise) santé sexuelle tend à identifier une « dysfonction sexuelle ». Ce terme est problématique car il suggère des problèmes individuels, alors que la définition de la santé sexuelle suggère que les problèmes de mauvaise santé sexuelle pourraient être mieux étiquetés comme « dysfonction sociale ».[135]

Dans ce cadre, le rapport s'intéresse plutôt aux corrélations possibles entre des dysfonctions sexuelles chez les hommes et les violences envers leurs conjointes, et invite

---

[133] « *Awareness of sexual health services for: sexual dysfunction; sexual violence; infertility* ». Ibid., p. 14.
[134] Ibid., p. 5.
[135] « *Typically, a medical response to sexual (ill-) health tends to identify "sexual dysfunction". This term is problematic as it suggests individual problems, whereas the definition of sexual health suggests that problems of sexual ill-health might be better labelled "social dysfunction"* ». Ibid., p. 3.

à ce que des recherches plus poussées à ce sujet soit menées[136], ce qui constitue un angle d'étude des dysfonctions sexuelles très spécifique et restreint.

Plus récemment, tout en étant également attentive aux aspects sociaux, mais en conservant la dimension de sexologie clinique, une équipe américaine composée d'Edwards et Coleman, avec la chercheuse en sciences de la santé Autumn R. Hamilton et le psychologue Michael H. Miner, ont publié les résultats préliminaires d'une étude mesurant la santé sexuelle menée auprès de 224 étudiantes et étudiants des États-Unis, du Canada et du Mexique[137]. L'enjeu de cette publication porte moins sur les résultats en eux-mêmes (l'échantillon utilisé n'étant pas représentatif), que sur la tentative de démonstration de l'opérationnalité d'un modèle de santé sexuelle holistique et non réduit à l'absence de maladie ou dysfonction. S'il y est fait référence aux définitions de l'OMS, celle qui est retenue est beaucoup plus détaillée et particulièrement vaste. Il s'agit d'une définition qui a été proposée par Coleman et d'autres en 2002, dans le cadre d'un modèle de santé sexuelle appliqué selon une orientation sexologique de prévention du VIH. Nous la reproduisons ici *in extenso* :

> La santé sexuelle est une approche de la sexualité fondée sur la connaissance exacte, la conscience personnelle et l'acceptation de soi, de sorte que le comportement, les valeurs et les émotions d'une personne sont congruentes et intégrées dans la structure plus large de la personnalité et la définition de soi. La santé sexuelle implique la capacité d'être intime avec un partenaire, de communiquer explicitement ses besoins et désirs sexuels, d'être sexuellement fonctionnel (avoir du désir, être excité et obtenir un épanouissement sexuel), d'agir intentionnellement et de façon responsable, et d'établir des limites sexuelles appropriées. La santé sexuelle a un aspect communautaire, reflétant non seulement l'acceptation et le respect de soi, mais aussi le respect et l'appréciation des différences et de la diversité individuelles, ainsi qu'un sentiment d'appartenance et d'implication dans sa ou ses culture(s) sexuelle(s). La santé sexuelle comprend l'estime de soi, le pouvoir d'attraction et des compétences personnelles, ainsi que l'absence de dysfonction sexuelle, de maladies transmises sexuellement, d'agression sexuelle et de coercition. La santé sexuelle affirme que la sexualité est une force positive qui améliore d'autres dimensions de la vie.[138]

---

[136] Ibid., p. 5.

[137] Edwards Weston M., Hamilton Autumn R., Miner Michael H. et Coleman Eli, « Measuring sexual health: preliminary development of a sexual health inventory », *Sexual and Relationship Therapy* 32 (2), 2017, pp. 146-154.

[138] « *Sexual health is an approach to sexuality founded in accurate knowledge, personal awareness and self-acceptance, such that one's behavior, values and emotions are congruent and integrated within a person's wider personality structure and self-definition. Sexual health involves an ability to be intimate with a partner, to communicate explicitly about sexual needs and desires, to be sexually functional (to have desire, become aroused, and obtain sexual fulfillment), to act intentionally and responsibly, and to set appropriate sexual boundaries. Sexual health has a communal aspect, reflecting not only self-acceptance and respect,*

Cette définition stipulative est pour le moins programmatique et particulièrement normative. C'est aussi le cas des définitions de l'OMS, mais les termes en restent suffisamment généraux pour être moins directifs. Ici, l'ambition holistique se traduit par celle d'énoncer précisément tous les éléments considérés comme relevant de la santé sexuelle. Formellement, on retrouve des éléments positifs (estime de soi, épanouissement sexuel, etc.) qui en font une définition qui ne se réduit pas seulement à l'absence de dysfonctions ou maladies sexuelles. Ces éléments négatifs sont aussi indiqués, et ils sont de fait contenus dans les définitions de l'OMS (que la santé sexuelle ne consiste pas *seulement* en l'absence de dysfonction ou maladie signifie qu'elle consiste *aussi* en cette absence). La dimension personnelle et la dimension relationnelle et sociale sont aussi présentes. Si la référence aux droits sexuels n'y figure pas, des éléments qui en relèvent sont présents (absence d'agression et de coercition sexuelles). Enfin, les plans physique (excitation, absence de MST…) et mental (acceptation de soi, désir…) y figurent également. Cette définition est donc formellement idoine à celles de l'OMS, et notamment à la dernière. Mais elle est beaucoup plus précise et, ce faisant, beaucoup plus vaste.

Dans leur article publié deux ans plus tard sur les définitions de la santé sexuelle, Edwards et Coleman reviennent sur celle-ci. Ils considèrent que son exhaustivité en constitue sa force, mais qu'elle est aussi sa faiblesse. Ils conviennent ainsi que les auteur · e · s ont « peut-être créé une définition trop lourde et trop inclusive pour être adoptée au-delà du milieu universitaire »[139]. Autrement dit, il s'agirait d'une définition théorique qui ne serait pas opératoire, présentant « un problème potentiel d'utilité »[140].

Cependant, l'exhaustivité de cette définition sert le but d'élaborer un modèle de promotion de la santé sexuelle dans le cadre de programmes d'éducation à la sexualité

---

but also respect and appreciation for individual differences and diversity, as well as a feeling of belonging to and involvement in one's sexual culture(s). Sexual health includes a sense of self-esteem, personal attractiveness and competence, as well as freedom from sexual dysfunction, sexually transmitted diseases, and sexual assault and coercion. Sexual health affirms sexuality as a positive force, enhancing other dimensions of one's life ». ROBINSON Beatrice Bean E., BOCKTING Walter O., ROSSER B. R. Simon, MINER Michael et COLEMAN Eli, « The Sexual Health Model: application of a sexological approach to HIV prevention », *Health Education Research* 17 (1), 2002, p. 45.

[139] « *[They] may have created a definition that was too unwieldy and too inclusive to be adopted beyond the halls of academia* ». EDWARDS et COLEMAN, « Defining Sexual Health », *art. cit.*, 2004, p. 194.

[140] « *[…] a potential problem of utility* ». Ibid.

de type SAR (*Sexuality Attitudes Reassessment*)[141], qui puisse être utilisé pour la prévention contre le VIH. Ce modèle comprend dix items en lien avec la définition : parler de sexe ; culture et identité sexuelle ; anatomie et fonctionnement sexuels ; soins de santé sexuelle et pratiques sexuelles sans risque ; surmonter les obstacles à la santé sexuelle ; image corporelle ; masturbation et fantasmes ; sexualité positive ; relations et intimité ; spiritualité[142]. C'est précisément l'opérationnalité de ce modèle que les auteurs veulent tester et attester. L'inventaire de ses items, considérés comme les aspects essentiels de la santé sexuelle, a été appliqué aux réponses obtenues auprès des étudiantes et étudiants sur la base de 104 questions — réponses traduites quantitativement —, pour voir si celles-ci permettent de mettre en évidence les facteurs sous-jacents du modèle, c'est-à-dire pour établir si les données collectées représentent adéquatement les principaux éléments du modèle de santé sexuelle. Après l'application de la méthode statistique de l'analyse factorielle exploratoire[143], la réponse des auteurs est positive[144].

Il ne s'agit pas ici de discuter cette conclusion, ni de la pertinence ou de la fiabilité des méthodes utilisées. Ce qui nous importe est la démarche qui consiste à chercher à valider, selon des critères scientifiques, un modèle de mesure de la santé sexuelle qui repose sur une définition positive de celle-ci, hautement chargée de valeurs, et réputée non opératoire. *In fine* cependant, la supposée validité du modèle à la fois qualitatif et quantitatif, repose sur des données quantifiées. D'une certaine façon, la conclusion qui pourrait être tirée de cette démarche et de son résultat affirmé, est que la multiplication d'éléments qualitatifs, dont le fondement même de la définition de la santé sexuelle comme état de bien-être, n'empêche pas la rationalité scientifique d'œuvrer… à condition de ramener ces éléments qualitatifs à des valeurs quantitatives. Si la définition positive de la santé sexuelle n'est pas moins post-positiviste que la définition négative biomédicale,

---

[141] Il s'agit initialement d'un programme sous forme de séminaire en petit groupe destiné, aux États-Unis, aux personnes suivant un enseignement pour devenir sexologue (utilisé par l'AASECT notamment). Son objectif est de donner aux participantes et participants l'occasion d'explorer leurs attitudes, leurs valeurs, leurs sentiments et leurs croyances au sujet de la sexualité, ainsi que leur impact sur leurs interactions professionnelles. Pour un historique et une discussion de ce type de programme, voir Sitron Justin A. et Dyson Donald A., « Sexuality Attitudes Reassessment (SAR): Historical and New Considerations for Measuring its Effectiveness », *American Journal of Sexuality Education* 4 (2), 2009, pp. 158-177.

[142] Robinson et al., « The Sexual Health Model », *art. cit.*, 2002, pp. 48-51.

[143] Edwards et al., « Measuring sexual health », *art. cit.*, 2017, pp. 4-5.

[144] Ibid., p. 7.

c'est sans doute parce que prévaut également, derrière sa formulation hautement qualitative, la même conception de la science comme domaine de calcul, c'est-à-dire comme domaine physico-mathématique. Il semble que pour les auteurs dont nous venons d'étudier le travail, comme pour Galilée, la nature est écrite en langage mathématique. Il ne s'agit pas de formes géométriques mais de statistiques, et sans doute, d'un point de vue post-positiviste, faut-il l'entendre comme forme de connaissance plutôt qu'en un sens réaliste, conformément à son ontologie critique. Il n'en reste pas moins que la raison scientifique est réductible à la *ratio* comme production calculatoire.

Entre sexologie clinique et santé publique : individu et population

Nous avons vu que les travaux de l'OMS/Europe de 1987 affirment qu'il n'est pas possible de définir la santé sexuelle dans le cadre de la santé publique, parce que celle-ci est porteuse de valeurs supposées valoir pour la population en général et pourvoyeuses de normes (celle de l'orgasme par exemple), à partir desquelles les individus sont invités à régler leurs conduites, et à considérer ce qui est bien en la matière. Une telle définition s'oppose au fait que les individus aient leurs propres valeurs. Le problème de la confrontation de la définition de la santé sexuelle à la diversité culturelle, est redoublé au niveau de sa confrontation à la diversité des systèmes axiologiques individuels. Seule une définition strictement axiologique, mettant en évidence le caractère expérientiel de la sexualité et faisant de la personne individuelle la source du système de valeurs, était considérée comme pertinente. Mais c'était au prix de la scientificité d'un tel concept, et au prix du cadre de santé publique.

Tout en contestant l'impossibilité de définir la santé sexuelle, l'OMS/Amériques a proposé une définition qui souligne l'angle individuel, en en faisant une expérience vécue et en précisant qu'elle s'exprime par le bien-être personnel, en harmonie avec le bien-être social. Edwards et Coleman présentent ainsi la définition de la PAHO comme une solution au problème de l'individualité posé par l'OMS/Europe[145]. Dans la définition par ailleurs proposée par Robinson, Coleman *et al.*, la santé sexuelle inclut la congruence

[145] Edwards et Coleman, « Defining Sexual Health », *art. cit.*, 2004, p. 193.

du comportement, des valeurs et des émotions de la personne[146]. Ainsi, tout en étant axiologique, la définition de la santé sexuelle est censée ne pas être normative, et pouvoir revendiquer son caractère aussi bien scientifique pour la sexologie clinique que de santé publique[147]. Elle s'inscrit dans un système de valeurs, celui du bien-être, mais se veut non dirigiste quant au contenu précis des normes découlant de ce système. Comme pour certaines conceptions de la qualité de vie, le critère d'utilité reposerait alors sur les préférences subjectives[148].

Un tel débat sur les valeurs de la santé sexuelle et sur sa scientificité à propos de la prise en compte du niveau individuel fait écho, sur le plan épistémologique, aux débats portant sur l'épidémiologie en santé publique. Depuis la seconde moitié du xxe siècle, l'épidémiologie dite « moderne » en santé publique repose sur l'identification de facteurs de risque dans le cadre de l'étiologie des maladies chroniques[149]. Elle se distingue de l'approche descriptive de la première moitié du xxe siècle, en ce que le concept de « population » auquel elle se réfère n'est pas naturaliste et démographique, mais est plutôt instrumental, pour mettre en évidence des différences entre des groupes et opérer des comparaisons. La méthode pour ce faire est l'agrégation statistique de cohortes ou de cas-témoins, deux méthodes qui se situent à un niveau inter-individuel. Comme le dit l'épistémologue française Élodie Giroux, les enquêtes menées selon ces méthodes « ressemblent à des recherches cliniques sur un grand nombre d'individus »[150].

L'OMS n'échappe pas à l'influence de ces débats. Dans le cadre de ses travaux sur les bases conceptuelles pour mesurer la santé déjà cités plus haut, il a été rappelé que l'un des éléments de consensus sur la santé est qu'elle est « un attribut d'une personne individuelle, bien que des mesures agrégées de la santé puissent être utilisées pour décrire des populations ou des agrégats d'individus »[151]. Dans le domaine sexologique, souvenons-

---

[146] Robinson et al., « The Sexual Health Model », *art. cit.*, 2002, p. 45.

[147] Nous avons vu que ce n'était cependant pas le cas de cette définition, plus précise sur le plan normatif que les autres. Voir *infra* p. 506.

[148] Benamouzig, « Mesures de qualité de vie en santé », *art. cit.*, 2010, p. 175.

[149] Giroux Élodie, « L'épidémiologie entre population et individu : quelques clarifications à partir de la notion de "pensée populationnelle" », *Bulletin de la société d'histoire et d'épistémologie des sciences de la vie* 15 (1), 2008, pp. 37-52.

[150] Ibid.

[151] « *[H]ealth is an attribute of an individual person though aggregate measures of health may be used describe populations or aggregates of individuals* ». Chatterji et al., *The Conceptual Basis for Measuring and Reporting on Health*, *op. cit.*, 2002, p. 3.

nous que pour Kinsey, il n'est pas scientifique de conclure à des généralités à partir de cas cliniques, aussi minutieusement soient-ils étudiés[152]. L'usage des statistiques est supposé reposer, chez lui, sur le fait de prendre en compte les individualités. L'argument est qu'il faut recourir à des mesures populationnelles sur des échantillons suffisamment larges, précisément parce que chaque individu est différent, et qu'on ne peut dès lors pas tirer de généralités seulement de quelques cas cliniques.

Dès lors, la population est un agrégat de sous-groupes distingués en fonction de variables qui permettent eux-mêmes l'agrégation d'individus. En est ainsi soulignée la diversité des comportements sexuels qui la compose. Si Kinsey ne recourait pas à cette méthode à des fins sanitaires, c'est la même démarche qui se retrouve dans l'épidémiologie moderne en santé publique pour la détermination de facteurs de risque. La transition épidémiologique après la Seconde Guerre mondiale, qui élargit les recherches et programmes de santé publique des maladies infectieuses vers les maladies chroniques, conduit à porter l'attention non plus seulement sur les statistiques démographiques liées aux principaux processus vitaux (naissances, décès, causes de décès) dans la population entière, mais sur la production de statistiques à propos de sous-groupes d'individus constitués selon les finalités propres de l'enquête menée. Par exemple, on forme un groupe d'individus atteints du cancer des poumons, que l'on compare à un groupe d'individus qui n'en sont pas atteints, pour faire ressortir des différences (comme la consommation de tabac). Ou bien, on constitue une cohorte d'individus dont on a mesuré certaines variables biologiques (niveau de pression artérielle et de cholestérol, poids, etc.), et on étudie leur évolution de vie relativement à un problème de santé que l'on veut étudier, comme le risque cardiovasculaire. Ce sont ainsi des facteurs de risque individuels qui sont identifiés, et qui permettent d'orienter les choix stratégiques de santé publique. Il ne s'agit pas seulement, par exemple, de vacciner une population contre telle infection, mais d'agir sur les styles de vie de manière préventive.

Concernant la sexualité, nous avons déjà abordé la tension qui s'est manifestée entre l'approche démographique néo-malthusienne focalisée sur les naissances et les décès, et l'approche sexologique attentive au plaisir sexuel. La reprise, par la sexologie, du concept de santé sexuelle utilisé dans les discours néo-malthusiens, traduit le glissement de

[152] Voir *infra* p. 361.

la pensée démographique de la reproduction vers une pensée du style de vie de la sexualité non reproductive et de la réalisation de soi, qui est aussi celui d'une pensée populationnelle naturaliste vers une pensée individuelle clinique. Ce mouvement s'opère alors même que l'épidémiologie se veut, en un sens, plus clinique que populationnelle[153].

Dès lors, une réponse aux critiques du rapport de 1987 pourrait être que la prise en compte des individualités n'exclut pas l'approche de santé publique, du fait de l'évolution du paradigme épidémiologique. Peut-être, alors, que le caractère scientifique du concept de santé sexuelle pourrait être préservé. L'abord clinique de la sexologie comme science permettrait d'enrichir l'abord de santé publique de la santé sexuelle dans le sens d'une épidémiologie clinique de santé publique.

Resterait alors la question des valeurs individuelles. Mais des méthodes ont été élaborées, d'abord en économie du bien-être mais transférables en santé publique où la santé est définie comme état de bien-être, qui cherchent à récupérer les préférences individuelles sous forme de données qui soient intégrables à des modèles de consommation pour l'économie, et de santé pour la santé publique. À côté de l'analyse coût-avantage qui se veut la plus objective et qui ne tient pas compte des préférences individuelles[154], d'autres méthodes existent qui consistent soit à recueillir les préférences par l'intermédiaire de questionnaires (méthode des préférences exprimées)[155], soit à supposer les préférences par l'observation des habitudes de la population (méthode des préférences révélées)[156].

La définition de la santé sexuelle comme état de bien-être physique, mental et social relativement à la sexualité serait suffisamment générale pour ne pas déterminer *a*

---

[153] Giroux Élodie, « De l'épidémiologie de santé publique à l'épidémiologie clinique. Quelques réflexions sur la relation entre épidémiologie et clinique (1920-1980) », *Bulletin de la société d'histoire et d'épistémologie des sciences de la vie* 19 (1), 2012, pp. 21-43.

[154] Dupuit Jules, « De la mesure de l'utilité des travaux publics (1844) », *Revue française d'économie* 10 (2), 1995, pp. 55-94 ; Marshall Alfred, *Principles of Economics*, 8th ed., New York, Palgrave Macmillan, 2013 (Palgrave Classics in Economics) ; US Congress, An Act Authorizing the construction of certain public works on rivers and harbors for flood control, and for other purposes: Pub. L. 74-738, 1936.

[155] Thurstone Louis Leon, « The method of paired comparisons for social values », *The Journal of Abnormal and Social Psychology* 21 (4), 1927, pp. 384-400 ; Davis Robert, « Recreation Planning as an Economic Problem », *Natural Resources Journal* 3 (2), 1963, p. 239 ; Lancaster Kelvin J., « A New Approach to Consumer Theory », *Journal of Political Economy* 74 (2), 1966, pp. 132-157.

[156] Samuelson Paul A., « Consumption Theory in Terms of Revealed Preference », *Economica* 15 (60), 1948, p. 243 ; Houthakker Hendrik S., « Revealed Preference and the Utility Function », *Economica* 17 (66), 1950, p. 159.

priori, ou selon un système de valeurs préétabli, en quoi consistent le bien-être sexuel, et donc la santé sexuelle, si ce n'est que le premier et la seconde se recouvrent. Toutefois, les définitions de la santé sexuelle proposées depuis 1975 par l'OMS et ses bureaux régionaux vont plus loin et caractérisent le système de valeurs, par l'amour, la communication conjugale, l'épanouissement personnel, le plaisir, mais aussi l'absence de violences sexuelles et le cadre des droits sexuels. Les systèmes de valeurs individuels sont encadrés par un système de valeurs social et politique, qui en délimite l'orientation générale. C'est ce qui conduit Haeberle à affirmer que les déclarations de l'OMS sur la santé sexuelle traduisent « un idéal de la classe moyenne dans les pays industrialisés occidentaux de la fin du xxe siècle et ne peuvent donc revendiquer aucune validité universelle, que ce soit sur le plan géographique ou historique »[157].

La définition holistique de la santé sexuelle par l'OMS inclut un système de valeurs sociales, qui précise ce qu'il faut entendre par « état de bien-être social » dans la définition, ou du moins le cadre dans lequel il faut l'entendre. Le respect des droits sexuels comme condition de possibilité de la santé sexuelle dans la définition de 2002 renforce le caractère social de celle-ci. Est alors reconduit le problème de la prise en compte de l'individualité et l'abord clinique de la sexologie comme science dans la perspective de santé publique.

L'opposition entre deux épidémiologistes cliniques américains, John R. Paul d'un côté, et Alvan R. Feinstein de l'autre, permet d'éclairer cette problématique[158]. En 1938, Paul, alors président de la Société américaine de recherche clinique (American Society for Clinical Investigation), propose le terme d'« épidémiologie clinique », au sens de l'investigation clinique en épidémiologie, pour désigner une nouvelle science dans le cadre de la médecine préventive[159]. Comme le précise Giroux, celle-ci s'entend selon un mouvement

---

[157] « *[...] formulieren sie ein Ideal der bürgerlichen Mittelschicht in den westlichen Industrieländern des späten 20. Jahrhunderts und können daher weder geographisch noch historisch eine universelle Gültigkeit beanspruchen* ». HAEBERLE Erwin J., « Was ist sexuelle Gesundheit? Eine kritische Würdigung der WHO-Definition », *Sexualmedizin* (20), 1998, p. 143.

[158] Nous nous apuyons sur l'étude que mène Giroux sur les distinctions entre l'épidémiologie clinique selon Paul et celle selon Feinstein dans GIROUX, « De l'épidémiologie de santé publique à l'épidémiologie clinique. Quelques réflexions sur la relation entre épidémiologie et clinique (1920-1980) », *art. cit.*, 2012, pp. 40-41.

[159] PAUL John R., « President's address: Clinical epidemiology », *The Journal of Clinical Investigation* 17 (5), 1938, p. 539.

d'extension de la clinique vers l'épidémiologie[160]. Il s'agit de resituer le cas clinique dans son environnement, en particulier social : « C'est une science qui s'intéresse aux circonstances »[161]. L'étiologie s'en trouve modifiée, dans la mesure où la recherche des causes d'une maladie va s'étendre à l'environnement. Paul se positionne contre la médecine strictement expérimentale, qu'il considère comme conservatrice, en ce qu'elle « ne permet pas de considérer quoi que ce soit comme de l'"étiologie", à moins de réussir à l'introduire dans une éprouvette, à moins de pouvoir le précipiter, — à moins de pouvoir le cristalliser tel qu'il était »[162]. En ce sens, l'épidémiologie clinique tend à étendre l'étiologie au-delà des maladies infectieuses identifiées en laboratoire par des tests bactériologiques.

Sur des bases cliniques, le point de vue populationnel s'exerce sur de petits groupes, ceux auxquels les cas cliniques examinés appartiennent (famille, entreprise…). Autrement dit, le mouvement d'investigation s'opère de la patiente ou du patient vers sa communauté de vie, de l'individu au groupe. Ainsi, le regard du médecin s'exerce aussi bien sur la personne malade que sur son environnement, au lieu de la traiter comme si elle était tombée malade dans un environnement sain[163]. L'épidémiologie clinique est donc une forme de médecine sociale, aux accents néo-hippocratiques (dans le sens de Paul, elle a pris, par la suite, les noms d'épidémiologie sociale et de médecine communautaire[164]). Dès lors, plutôt qu'un chasseur de microbes, le médecin est une sorte de sociologue[165]. Après la Seconde Guerre mondiale, Paul se réfère d'ailleurs à Sigerist, l'un des promoteurs de la définition positive de la santé, en renvoyant à son affirmation selon laquelle la médecine est une science sociale[166]. L'épidémiologie clinique est en phase avec l'abord social de la santé publique. Elle se distingue ainsi de ce que Paul appelle l'épidémiologie

---

[160] Giroux, « De l'épidémiologie de santé publique à l'épidémiologie clinique. Quelques réflexions sur la relation entre épidémiologie et clinique (1920-1980) », *art. cit.*, 2012, p. 26.

[161] « *It is a science concerned with circumstances* ». Paul, « President's address: Clinical epidemiology », *art. cit.*, 1938, p. 539.

[162] « *Of late years conservative opinion does not allow anything to be really considered as "etiology," unless we can succeed in getting it into a test tube, unless we can precipitate it, — unless we can crystallize it as it were* ». Ibid., p. 540.

[163] Ibid., p. 539.

[164] Feinstein Alvan R., *Clinical Epidemiology: The Architecture of Clinical Research*, Philadelphia, W.B. Saunders, 1985, p. viii.

[165] Paul, « President's address: Clinical epidemiology », *art. cit.*, 1938, p. 541.

[166] Paul John R., *Clinical Epidemiology*, rev. ed., Chicago, University of Chicago Press, 1966. Cité par Feinstein, *Clinical Epidemiology: The Architecture of Clinical Research*, *op. cit.*, 1985, p. 719.

« orthodoxe », qui travaille sur des grands groupes de population en multipliant les observations, et qui dès lors est dénuée de toute dimension clinique[167].

La conception de la santé sexuelle par l'OMS, qui inclut le bien-être social et qui fait des droits sexuels une condition de ladite santé, pourrait alors se comprendre dans ce sens de l'épidémiologie clinique comme épidémiologie sociale. D'un côté, la sexologie clinique comme science se situe au niveau individuel, mais en faisant de la santé sexuelle institutionnalisée par l'OMS son objet, elle resitue chaque patiente et patient dans son environnement social, afin d'étendre son champ étiologique. Ce faisant, elle allie l'approche clinique aux méthodes de la santé publique, avec l'étude de l'environnement et des facteurs sociaux. En particulier, le non-respect des droits sexuels constitue un facteur de risque sur le plan de la santé sexuelle. Par exemple, il peut se traduire par des rapports sexuels forcés (atteinte au bien-être social), portant atteinte au bien-être mental (traumatisme, anxiété…) et au bien-être physique (somatisations, risque d'IST, dysfonctions sexuelles…), et entraîner un évitement des relations érotiques et des rapports sexuels (atteinte en retour au bien-être social).

L'approche holistique décrite ici articule la clinique et l'approche sociale, fondées scientifiquement. Le niveau individuel et le niveau populationnel reposent en effet chacun sur des méthodes scientifiques qui leur sont propres, depuis l'étude des éléments organo-physiologiques et psychologiques jusqu'à la statistique en épidémiologie. Non seulement est étudié le « comment », mais aussi le « pourquoi » de manière extensive.

Cependant, dans les années 1980, Feinstein, à la fois médecin et mathématicien, définit l'épidémiologie clinique par opposition à l'épidémiologie de santé publique mais aussi à l'épidémiologie clinique de Paul, jugées trop sociales et préoccupées des modes de vie, et dès lors trop normatives et politiquement orientées comme mode de surveillance des populations, et ainsi pas assez cliniques ni scientifiques[168]. Il propose un renversement méthodologique par rapport à Paul. Il ne s'agit plus d'étendre la clinique à l'épidémiologie pour en faire une épidémiologie sociale, mais d'introduire la méthode quantitative de l'épidémiologie dans la clinique, afin de lui assurer un meilleur caractère scientifique, tout en insistant sur le caractère clinique de la démarche. C'est pourquoi Feinstein réutilise la

[167] Paul, « President's address: Clinical epidemiology », *art. cit.*, 1938, p. 539.
[168] Feinstein, *Clinical Epidemiology: The Architecture of Clinical Research*, *op. cit.*, 1985, p. 4.

dénomination d'épidémiologie clinique, qu'il considère finalement comme disponible pour désigner la science clinique qu'il propose[169]. Ainsi, la pratique clinique du médecin peut à la fois être réellement mise en avant, et reposer sur des bases scientifiques, à l'écart des orientations sociales et environnementales prises par l'épidémiologie clinique de Paul. Feinstein entend par là montrer en quoi consiste « l'ethos scientifique du clinicien en recherche épidémiologique »[170].

Comme chez Paul, l'épidémiologie est conçue comme une méthode de recherche en étiologie. Mais elle est décrite plus précisément comme s'intéressant « à l'étude de groupes de personnes afin d'obtenir les preuves préalables nécessaires aux décisions cliniques en matière de soins prodigués aux patients », sur les plans diagnostique, pronostique et thérapeutique — donc cliniques[171]. L'ambition de Feinstein est de fonder scientifiquement la recherche clinique, alors même que cette dernière peut rarement être expérimentale mais repose sur l'observation de la vie courante à partir de laquelle sont établies des statistiques, dont le caractère scientifique est douteux[172]. Feinstein résume ainsi l'objectif méthodologique de l'épidémiologie clinique : « Les méthodes de l'épidémiologie clinique ont pour but d'apporter la sophistication clinique et la rigueur scientifique aux défis difficiles de l'étude des phénomènes qui se produisent chez les personnes qui vivent dans l'environnement libre de la vie courante, qui souvent ne peuvent être étudiées dans le cadre de la pratique expérimentale »[173]. Avec sa volonté de produire une science clinique qui ne relève pas de la science expérimentale mais qui soit aussi solide que celle-ci, Feinstein est considéré comme une figure majeure de la construction intellectuelle de la médecine fondée sur les preuves (*Evidence-Based Medicine* — EBM)[174].

---

[169] Ibid., p. 720.

[170] « *[...] the clinician's scientific ethos in epidemiologic research* ». Ibid., p. ix.

[171] « *[...] clinical epidemiology is concernend with studying groups of people to achieve the background evidence needed for clinical decisions in patient care* ». Ibid., p. 1.

[172] Ibid., pp. 7-8.

[173] « *The methods of clinical epidemiology are intended to bring clinical sophistication and scientific rigor to the difficult challenges of investigating phenomena that occur in free-living intact people, who often cannot be studied with experimental plans* ». Ibid., p. 8.

[174] Voir Daly Jeanne, *Evidence-Based Medicine and the Search for a Science of Clinical Care*, Berkeley / New York, University of California Press / Milbank Memorial Fund, 2005 (California/Milbank books on health and the public), pp. 25-35. Notons cependant que Feinstein portait un regard critique sur l'EBM. Voir Feinstein Alvan R. et Horwitz Ralph I., « Problems in the "Evidence" of "Evidence-Based Medicine" », *The American Journal of Medicine* 103 (6), 1997, pp. 529-535.

L'épidémiologie clinique s'est donc développée selon deux voies très différentes, à partir d'une même ambition d'articuler en médecine le niveau individuel et le niveau populationnel. D'un côté, dans la suite de Paul, s'est développée une médecine sociale finalement dominée par l'approche de santé publique, plus encline à recourir à une définition positive de la santé. De l'autre, dans la suite de Feinstein, a émergé l'EBM, plus attentive à la dimension clinique et à la solidité scientifique des méthodes employées. L'articulation de la sexologie clinique et de la santé publique par l'intermédiaire du concept de santé sexuelle défini positivement situe ce concept plutôt du côté de l'épidémiologie sociale, aux fondements scientifiques considérés comme moins établis que du côté de l'épidémiologie clinique ouvrant la voie à l'EBM. En somme, le caractère social, qui ouvre le champ des valeurs, *a fortiori* lorsque la santé est entendue comme état de bien-être, paraît constituer un obstacle à la scientificité du concept de santé sexuelle. Ceci entraîne un questionnement sur la scientificité de la sexologie comme science de la santé sexuelle. La tension sur ce point existant déjà entre l'orientation psychanalytique de la sexologie et son orientation cognitivo-comportementale se trouve ainsi redoublée, entre une sexologie de la santé sexuelle et une médecine sexuelle qui va également se développer. Mais avant de confronter la sexologie de la santé sexuelle à la médecine sexuelle, il convient, à partir de la problématique des rapports entre la clinique et l'épidémiologie, de la mettre à l'épreuve d'elle-même, en se demandant quelle distinction elle fait entre le normal et le pathologique, et ce qu'elle entend prendre en charge.

Le normal et le pathologique en santé sexuelle clinico-épidémiologique

Nous avons vu que l'un des points sur lesquels insistent les promoteurs et promotrices de la sexologie, au sein des travaux de l'OMS et en dehors, est de faire de la sexualité normale un objet d'étude et de prise en charge. Nous avons également vu que du côté de la pathologie, une distinction était faite par Abraham et Pasini entre les dysfonctions sexuelles courantes et la psychopathologie sexuelle grave, qui intéressent la médecine légale[175]. Dans le cadre des rapports entre la clinique et l'épidémiologie, se pose la question de l'articulation entre la normalité et la pathologie sexuelles sous le couvert

[175] Voir *infra* p. 378 sq. et p. 382 sq.

de la santé sexuelle, et la manière de catégoriser l'une et l'autre pour les rendre opératoires aussi bien au niveau individuel qu'au niveau populationnel.

Le rapport de la PAHO pose précisément ces deux questions, et y apporte des éléments de réponse. Il s'agit d'une part de dénommer le champ des problèmes sexuels sur l'axe normalité-pathologie, et d'autre part de classifier les problèmes sexuels qui relèvent de la santé sexuelle à la fois cliniquement et épidémiologiquement. Nous allons commencer par analyser la première question, et nous reviendrons sur la seconde plus loin.

Tout d'abord, le rapport part du constat que par le passé, « l'utilisation du terme "pathologie" pour désigner les problèmes sexuels a suscité une controverse considérable »[176]. En effet, le sens courant et « clairement tranché » que le terme a dans d'autres domaines des soins de santé, « est souvent perdu lorsqu'il est appliqué à des problèmes et des préoccupations d'ordre sexuel en raison de la nature des problèmes rencontrés »[177]. La sexualité est un domaine polémique, et ces propos suivent des controverses récentes touchant les classifications internationales des troubles mentaux, à propos en particulier des « déviations sexuelles », renommées « paraphilies » dans la troisième révision du DSM en 1980, et dans la dixième révision de la CIM en 1990[178]. En outre, si l'on reprend la distinction faite par Abraham et Pasini, qualifier de pathologies les dysfonctions sexuelles, considérées comme plus ordinaires que les paraphilies, pourrait revenir à surenchérir la gravité du diagnostic en utilisant le même vocabulaire que pour les paraphilies. La PAHO propose donc de ne plus utiliser le terme de « pathologie », mais d'employer plutôt celui de « problème sexuel » (*sexual problem*) pour désigner les « problèmes de santé sexuelle » (*sexual health problems*)[179]. Ainsi, sous ce terme, on retrouve aussi

---

[176] « *In the past, the use of the term "pathology" to denote sexual problems has created considerable controversy* ». Pan American Health Organization, *Promotion of Sexual Health: Recommendations for Action*, *op. cit.*, 2001, p. 18.

[177] « *The usual and clear cut meaning of the term pathology in other areas of health care is frequently lost when it is applied to sexual problems and concerns due to the nature of the problems experienced* ». Ibid.

[178] American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition)*, Washington, D.C., APA, 1980, p. 266 sq ; World Health Organization, *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*, Geneva, World Health Organization, 1992, p. 217 sq.

[179] Pan American Health Organization, *Promotion of Sexual Health: Recommendations for Action*, *op. cit.*, 2001, p. 18.

bien les dysfonctions sexuelles que les paraphilies[180], ce qui dès lors va plus loin qu'Abraham et Pasini dans la normalisation de ces problèmes, qui pour ces sexologues ne concernait que les dysfonctions.

Se pose alors la question de la continuité entre le normal et le pathologique, ou plutôt entre le normal et le pathologique dépathologisé et recodé en « problème de santé sexuelle ». Dans *Le normal et le pathologique*, on sait que Canguilhem pose précisément la question de la continuité ou de la discontinuité entre les deux, et qu'il s'agit pour lui de proposer sa conception des choses en la matière en regard de « l'examen critique […] de la thèse selon laquelle les phénomènes pathologiques sont identiques aux phénomènes normaux correspondants, aux variations quantitatives près »[181], exprimée en particulier dans le principe de Broussais. Le recodage des pathologies sexuelles — prises dans leur extension large — en problèmes de santé sexuelle donne la prééminence, au moins logique, à la santé sexuelle. On retrouve l'idée que les lois de la santé constituent le point de départ à partir desquelles se comprennent et se qualifient les pathologies, qui sont alors des problèmes de santé. Canguilhem cite en particulier Claude Bernard comme auteur chez lequel l'identité et la continuité des phénomènes pathologiques et des phénomènes physiologiques correspondants sont « une redite monotone plus encore qu'un thème »[182]. Cette identité et cette continuité entraînent, sur le plan des rapports entre la théorie et la pratique, que la connaissance physiologique éclaire l'exercice thérapeutique, ou encore que la science de la vie fonde la médecine :

> Le bon sens indique […] que si l'on connaît complètement un phénomène physiologique on doit être à même de rendre raison de tous les troubles qu'il peut subir à l'état pathologique : physiologie et pathologie se confondent et sont au fond une seule et même chose.[183]

Si les deux se confondent, le phénomène physiologique, c'est-à-dire normal, précède le phénomène pathologique. Ainsi, à propos du diabète, Bernard affirme : « selon nous, dans le langage physiologique, il serait plus exact de dire que le diabète est le dérangement d'une fonction dont nous aurons d'abord à préciser l'état normal ». C'est

[180] Ibid., p. 20.
[181] Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, *op. cit.*, 2013, p. 9.
[182] Ibid., p. 43.
[183] Bernard Claude, *Leçons sur le diabète et la glycogenèse animale*, Paris, J.-B. Baillière et fils, 1877, pp. 55-56. Cité par Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, *op. cit.*, 2013, pp. 43-44.

que « toute maladie a une fonction normale correspondante dont elle n'est qu'une expression troublée, exagérée, amoindrie ou annulée »[184].

La formulation de « problèmes de santé sexuelle » accrédite la théorie de la prééminence du normal sur le pathologique, et de la possibilité de rendre compte du pathologique à partir du normal. En déclinant en santé sexuelle les termes de Canguilhem, la maladie sexuelle serait « une variation sur la dimension de la santé » sexuelle (conception à laquelle il s'oppose)[185].

Mais la distinction entre le normal et le pathologique est également travaillée par l'abord épidémiologique selon les facteurs de risque qui caractérise l'épidémiologie clinique depuis la seconde moitié du XXe siècle. Celle-ci paraît renforcer l'hypothèse continuiste, dans la mesure où, comme le rappelle Giroux, est posée une continuité entre un facteur de risque et la maladie, sans que puisse être établi un seuil entre le normal et le pathologique. Ainsi, « [l]'individu à risque relève d'un statut intermédiaire : ni vraiment malade, ni pleinement sain, il est à plus ou moins haut risque de pathologie » [186]. L'individu à risque représente la continuité entre la santé et la maladie, qui trouble la démarcation entre les deux et le passage de l'une à l'autre, « insensible et insaisissable » selon les termes de Bernard[187]. Il concentre également le niveau individuel et le niveau populationnel, le fait qu'il soit dit à risque étant évalué à partir de données épidémiologiques.

Mais la continuité représentée par l'individu à risque est-elle du même ordre que celle que l'on trouve chez Bernard ? Pour approfondir l'analyse de la continuité entre la santé sexuelle et les problèmes de santé sexuelle dans le cadre de l'épidémiologie clinique d'orientation sociale de l'OMS, nous proposons d'emprunter la méthode utilisée par Giroux pour poser la question de la continuité entre santé et maladie du point de vue épidémiologique. Celle-ci consiste à éclairer la question continuiste à l'aune de celle du

---

[184] BERNARD, *Leçons sur le diabète et la glycogenèse animale*, *op. cit.*, 1877, p. 56.

[185] CANGUILHEM, *Le normal et le pathologique*, *op. cit.*, 2013, p. 160.

[186] GIROUX Élodie, « Holisme et réductionnisme en épidémiologie et la question de la continuité entre santé et maladie », in: MARTIN Thierry (éd.), *Le tout & les parties dans les systèmes naturels. Ecologie, biologie, médecine, astronomie, physique et chimie*, Paris, Vuibert, 2007 (Philosophie des sciences), p. 145. Giroux cite les exemples du niveau de pression artérielle et du niveau de cholestérol, facteurs de risque cardiovasculaire. Dans le domaine sexuel, nous pouvons citer le niveau de glycémie ou le niveau de lipémie, facteurs de risque des troubles de l'érection.

[187] BERNARD, *Leçons sur le diabète et la glycogenèse animale*, *op. cit.*, 1877, p. 394.

réductionnisme, à partir de l'opposition de Canguilhem à la théorie continuiste de Bernard[188]. Pour Giroux, cette opposition réside surtout dans un rejet du réductionnisme de Bernard. Or, nous avons vu que la définition de la santé sexuelle par l'OMS est holistique, tout en posant manifestement une continuité entre le normal et le pathologique — qui se traduit par le retrait même du terme de « pathologie ». Giroux défend précisément l'idée que dans le cadre de l'épidémiologie, il y a place pour une conception continuiste entre le normal et le pathologique telle qu'elle est contenue dans le concept de facteur de risque, qui ne soit par ailleurs pas réductionniste, et qui échapperait ainsi aux critiques formulées par Canguilhem. Elle relève cinq points sur lesquels Canguilhem s'oppose à Bernard, et auxquels répond l'épidémiologie des facteurs de risque : la variation comme simple changement d'état ; le primat du physiologique sur le pathologique ; la possibilité d'une définition objective et absolue du normal ; la suprématie de l'expérimentation ; et le présupposé déterministe.

Pour Canguilhem, la variation n'est pas qu'un changement quantitatif d'état mais un changement qualitatif d'être, qui s'évalue au niveau individuel. Il affirme même que « [l]a quantité c'est la qualité niée, mais non la qualité supprimée »[189]. Le pathologique ne peut donc pas être simplement rapporté au normal comme variation quantitative par rapport à ce dernier. En outre, pour lui, la maladie est première par rapport à la santé dans l'ordre du vécu : c'est parce que l'on fait l'expérience de la maladie (soi-même ou dans son entourage), que l'on acquiert une idée de la santé[190]. Ensuite, le normal ou la santé sont des concepts normatifs au sens où ils prescrivent une correction par rapport à un état dévalorisé relativement à la norme. Il ne s'agit donc pas de concepts objectifs et absolus, dont on pourrait définir la nature[191]. Concernant l'expérimentation, nous avons déjà dit que pour Canguilhem, elle isole le vivant de son milieu et lui retire ainsi ce qui

[188] Giroux, « Holisme et réductionnisme en épidémiologie et la question de la continuité entre santé et maladie », *art. cit.*, 2007.

[189] Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, *op. cit.*, 2013, pp. 85-86.

[190] Canguilhem l'exprime à la fois sur un plan logique et sur un plan phénoménologique : « [...] la connaissance de la vie, comme celle de la société, suppose la priorité de l'infraction sur la régularité [...]. Il faut donc à l'homme normal, pour qu'il puisse se croire et se dire tel, non pas l'avant-goût de la maladie, mais son ombre portée ». Ibid., pp. 278-279.

[191] Ibid., pp. 52-53.

en fait spécifiquement un vivant[192]. Enfin, à propos du déterminisme, Canguilhem reproche à Bernard de s'inscrire dans la suite de la conception ontologique des lois invariantes de la nature issue de la physique et du mécanicisme, en particulier de Laplace et Newton. Il s'agit de ce qu'il appelle un déterminisme clos, par opposition à un déterminisme ouvert, où les lois ne sont pas des choses mais des formules, qui peuvent être corrigées (en particulier, la pathologie comme science distincte de la physiologie peut amener à corriger certains concepts de la physiologie)[193].

Or pour Giroux, l'épidémiologie moderne échappe à chacune de ces critiques canguilhémiennes à l'encontre de la physiologie de Bernard, grâce à la distinction entre la continuité et l'homogénéité que Canguilhem fait lui-même. Le reproche fondamental que fait ce dernier à Bernard est de confondre continuité et homogénéité, alors qu'elles n'entraînent pas « les mêmes exigences logiques »[194]. L'homogénéité entraîne en effet de définir la nature de l'un des termes homogènes ou bien leur nature commune. La démarche est ontologique. Alors que « si j'affirme une continuité, je puis seulement intercaler entre des extrêmes, sans les réduire l'un à l'autre, tous les intermédiaires dont j'ai la disposition, par dichotomie d'intervalles progressivement réduits »[195]. Ainsi, le principe de continuité n'est pas un principe de définition, mais il instaure une échelle de degrés qui ne prend pas position sur le plan ontologique, définir relevant d'une autre démarche. Il peut donc y avoir une continuité entre la santé et la maladie, sans qu'il y ait homogénéité entre les deux, c'est-à-dire des variations seulement quantitatives et non une différence qualitative. Or, Bernard assimile les deux. C'est sur cette confusion que reposent les autres reproches que Canguilhem lui adresse. Pour ce qui nous occupe, distinguer entre homogénéité et continuité permettrait que la santé sexuelle s'inscrive à la fois à un niveau populationnel et à un niveau individuel en posant une continuité entre la santé sexuelle et les problèmes de santé sexuelle, sans qu'elle revienne à une identité ontologique ou homogénéité entre le normal et le pathologique.

---

[192] Voir *infra* p. 31.

[193] Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, *op. cit.*, 2013, pp. 84-85.

[194] Ibid., p. 52.

[195] Ibid.

Tout d'abord, l'étude de la variation individuelle, nous l'avons vu, est au cœur de l'épidémiologie clinique, et le facteur de risque s'entend comme une caractéristique individuelle. Son but est le diagnostic, non une prétention ontologique. L'usage des mesures quantitatives par l'épidémiologie est méthodologique et à des fins cliniques, qui se situent, quant à elles, au niveau qualitatif individuel. Giroux ne pose pas un lien de nécessité entre l'abord clinique et la distinction qualitative du normal et du pathologique, mais elle soutient que le primat de l'individu et de la clinique défendu par Canguilhem se retrouve dans l'épidémiologie moderne et qu'ainsi, dans l'usage qu'elle fait de l'idée de variation, « il semble qu'il y ait place pour la désignation d'un changement d'être et pas seulement d'état »[196]. Autrement dit, le changement d'état serait qualitatif, et « l'état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en lien avec la sexualité » pourrait constituer une différence de nature comparativement aux problèmes de santé sexuelle.

Concernant le primat du physiologique sur le pathologique, en épidémiologie, le facteur de risque n'est pas établi à partir de l'état physiologique considéré comme normal, mais par rapport à « sa corrélation à l'événement pathologique »[197]. Le point de départ de la méthode est donc la pathologie, non une conception objective et absolue du normal. Comme concept de santé publique, la santé sexuelle serait établie à partir de l'absence de corrélation de telle ou telle variable (par exemple l'usage habituel du préservatif) à un événement pathologique identifié sur le plan populationnel (telle ou telle IST).

Ensuite, la méthodologie de l'épidémiologie est comparative, et le normal et le pathologique y sont considérés relativement à une population et à un contexte donnés. Sa méthode ne présuppose dès lors pas l'existence préalable d'une normalité objective et absolue.

À propos de l'expérimentation, nous avons déjà vu que l'épidémiologie clinique, en particulier dans son développement vers l'EBM, est une réponse non expérimentale, mais statistique à des fins cliniques, à l'impossibilité pratique d'établir expérimentalement des données par l'étude des phénomènes de la vie courante. Le vivant n'est donc pas isolé de son milieu, contrairement à ce qu'il en est en laboratoire.

---

[196] Giroux, « Holisme et réductionnisme en épidémiologie et la question de la continuité entre santé et maladie », *art. cit.*, 2007, p. 149.
[197] Ibid.

Enfin, l'étiologie en épidémiologie repose sur des méthodes statistiques qui cherchent à établir des corrélations. La conception de la causalité y est probabiliste, et ne relève pas d'un déterminisme clos reposant sur des lois ontologisées. De plus, comme le rappelle Giroux, l'épidémiologie moderne a développé des modèles étiologiques multifactoriels, ce qui favorise la voie d'un déterminisme ouvert, plus méthodologique qu'ontologique. Si, comme le souligne Giroux, les statistiques et les probabilités peuvent donner lieu à des interprétations rigoureusement déterministes de la causalité, « il semble bien qu'il y ait davantage place en épidémiologie pour un "déterminisme ouvert" que dans le paradigme bernardien »[198].

Ainsi, l'épidémiologie clinique permettrait d'éviter la réduction du qualitatif au quantitatif, et des problèmes de santé sexuelle à la santé sexuelle. Les différentes critiques formulées par Canguilhem ne pourraient être adressées au concept de santé sexuelle comme concept à la fois de santé publique et clinique[199].

Mais se pose la question de savoir si le concept de santé sexuelle tel que défini par l'OMS répond bien aux différents critères de l'épidémiologie moderne qui lui permettrait de poser une différence de nature entre le normal et le pathologique. Cette question se pose sur deux points en particulier. Tout d'abord, s'il y a bien une différence de nature, pourquoi recoder les pathologies liées à la sexualité en « problèmes de santé sexuelle » ? Certes, le rapport de la PAHO met en avant les polémiques autour du mot « pathologie », mais ce recodage n'en entraîne pas moins des conséquences sur le plan épistémologique. Ensuite, la méthode d'établissement des facteurs de risque paraît plus appropriée à une conception de la santé comme absence de maladie, si le point de départ de celle-ci est la maladie et que le facteur de risque est évalué selon une corrélation à une maladie (ou dysfonction, infirmité, etc.). Le caractère positif de la définition de la santé et de la santé sexuelle semble plutôt s'inscrire dans une conception qui se situe bien au-delà des méthodes de l'épidémiologie des facteurs de risque. Cela ne signifie pas nécessairement qu'il n'y aurait pas de différence qualitative entre la santé sexuelle et les problèmes de santé sexuelle — cette question se pose sous l'angle du point précédent —, mais que le

[198] Ibid., p. 152.

[199] Notons cependant que, comme Giroux le rappelle justement, Canguilhem ne retient que le niveau individuel, au niveau phénoménologique, qui seul permet, selon lui, de tracer la frontière entre la santé et la maladie, dans un circuit individuel autoréférentiel. Ibid.

primat du pathologique ne vaut que pour ce à quoi la santé sexuelle positive ne se réduit pas, à savoir l'absence de maladie sexuelle.

Il se pourrait alors que la santé sexuelle positive établisse une continuité ontologique entre le normal et le pathologique, mais pas par réduction du qualitatif au quantitatif. Au contraire, il s'agirait d'un holisme de la qualité, dans lequel les éléments quantitatifs, associés au pathologique car établis selon la méthode statistique des facteurs de risque, ne seraient pas l'essentiel. C'est alors de nouveau la question de la scientificité de ce concept qui est posée, qui entraîne celle de son opérationnalité clinique. Le modèle de la santé sexuelle positive emprunterait à ce point, sur le plan de la santé publique, le chemin de l'épidémiologie sociale, qu'il aboutirait à n'être plus qu'un concept social, voire une revendication sociale. Compte tenu du fait que la santé est généralement considérée comme un bien, le terme de « santé » ne servirait qu'à recoder des revendications sociales et politiques de manière positive sur le plan axiologique (mais pas celui des valeurs scientifiques). C'est exactement l'usage que pointe Corrêa lorsqu'elle retrace les rapports entre la santé sexuelle et les droits sexuels à la suite des conférences du Caire et de Pékin :

> Le développement de la notion de santé sexuelle, d'une part, et des droits sexuels, d'autre part, ont aussi des histoires distinctes, tout comme les concepts de santé et de droits reproductifs. Le terme « santé sexuelle » était et demeure le plus acceptable des deux, pour les institutions officielles, en raison dans certains cas de l'existence de la pandémie du sida. Avant et depuis son incorporation dans les documents du Caire et de Pékin, le terme a été utilisé comme un bouclier pour la recherche et l'action dans le domaine de la sexualité.[200]

L'abord sanitaire constitue un étendard à travers lequel peuvent être défendues des revendications socio-politiques. L'imposition du concept de droits sexuels au niveau de l'OMS, qui a suivi les conférences des années 1990, met en lumière l'usage tactique du concept de santé sexuelle. La sexologie retrouve ses ambitions politiques de la première moitié du XXe siècle, tout en ayant recouru, dans les années 1970, au concept de santé sexuelle alors qu'elle cherchait à s'imposer comme une science relevant du champ médical. Au début des années 2000, la prétention scientifique semble avoir cédé le pas sur les

[200] « *The development of the notion of sexual health, on the one hand, and sexual rights on the other, also have distinct histories, much in the same way as the concepts of reproductive health and reproductive rights do. "Sexual health" was and remains the more acceptable of the two terms, for official institutions, arising in some cases because of the existence of the AIDS pandemic. Before and since its incorporation in the Cairo and Beijing documents, the term has been used as an umbrella for research and action in the field of sexuality* ». CORRÊA, « From reproductive health to sexual rights », *art. cit.*, 1997, p. 109.

revendications sociales et politiques. Nous pouvons alors décrire un mouvement en quatre temps depuis le début du XXe siècle : un premier temps européen d'une sexologie politique, se réclamant des sciences mais pas de la santé, et n'utilisant pas le concept de santé sexuelle disponible par ailleurs ; un second temps américain d'affirmation scientifique, mettant en retrait les revendications sociales et politiques (mais dont les études peuvent servir à de telles revendications, comme l'acceptation de la diversité des sexualités, la lutte contre les stéréotypes, l'égalité entre les sexes), et se positionnant résolument dans le champ clinique et thérapeutique, sans considération de santé publique ni recours au concept de santé sexuelle ; un troisième temps européo-américain, qui est celui de la rencontre entre la sexologie et la santé sexuelle, surtout appuyée sur la sexologie américaine reprise en Europe (et surtout en Suisse) et sur le néo-malthusianisme américain (Calderone), avec une ambition à la fois scientifique et éthique ; un quatrième temps, celui de la rencontre de la sexologie clinique et de santé publique, avec les revendications sociales et politiques promouvant le concept de droits sexuels en lien avec les droits humains (*human rights*). Mais dans ce quatrième temps, l'ambition scientifique semble avoir perdu du terrain au profit d'une démarche de promotion de la santé sexuelle et des droits sexuels, qui peut s'appuyer sur le fait que la santé publique est une affaire de stratégie politique.

L'imprécision scientifique du concept de santé sexuelle tient à la fois au fait de la définir positivement et de vouloir tenir en même temps l'individualité des valeurs sexuelles, la défense de valeurs communes et des impératifs de santé publique. La sexologie comme science se trouve alors en difficulté au sein de ce tourbillon conceptuel et militant. La question qui se pose désormais est la suivante : de quoi traite spécifiquement la sexologie de santé sexuelle, par rapport à la sexologie clinique issue de Masters et Johnson ou de Kaplan ?

Quelle nosographie de la sexologie de santé sexuelle ?

Il est intéressant de comparer non seulement les problèmes sexuels dont entendaient traiter les sexologues d'outre-Atlantique avec ceux listés par Abraham et Pasini, mais aussi entre ces sexologues investis dans l'institutionnalisation du concept de santé sexuelle en santé publique, et les problèmes sexuels recensés dans les travaux de l'OMS

une fois que la santé sexuelle se trouve articulée aux droits sexuels. Ces comparaisons permettent de mettre de nouveau en évidence les tensions existantes aussi bien au sein de la sexologie clinique, qu'entre la sexologie clinique et l'abord populationnel, ainsi qu'entre l'approche thérapeutique et l'approche sociopolitique des problématiques en rapport avec la sexualité. Les documents utilisés pour cette comparaison sont *Les mésententes sexuelles* de Masters et Johnson, *La nouvelle thérapie sexuelle* de Kaplan, l'*Introduction à la sexologie médicale* d'Abraham et Pasini, *Psychanalyse et thérapies sexologiques* d'Abraham et du psychiatre français Robert Porto, le rapport *Promotion of Sexual Health* de la PAHO, et bien sûr la dernière classification de la CIM-11, qui présente la particularité d'avoir créé un chapitre consacré aux problèmes de santé sexuelle.

Nous pouvons dresser la typologie suivante des nosographies recensées : une nosographie strictement cognitivo-physiologique et fonctionnaliste ; une nosographie fonctionnaliste et psychodynamique ; et une nosographie syndromique holistique, qui prend en compte l'environnement, en particulier social.

La nosographie que Masters et Johnson proposent dans *Les mésententes sexuelles* est structurée par leur modèle de la réponse sexuelle. Y sont recensés des problèmes sexuels qualifiés de dysfonctions sexuelles : l'éjaculation précoce ou prématurée, l'anéjaculation ou éjaculation retardée, l'impuissance, le dysfonctionnement orgasmique (anorgasmie), le vaginisme, la dyspareunie, et les difficultés sexuelles liées au troisième âge. L'approche est strictement clinique, même si des éléments statistiques sont fournis. Il s'agit globalement de rétablir les fonctions qui permettent le bon déroulement du cycle de la réponse sexuelle. L'étiologie peut être plurielle (cognitive, physique, comportementale), mais elle est restreinte au niveau individuel et à la relation conjugale. Rappelons que dans les années 1960, il n'est pas question de santé sexuelle chez ces auteur · e · s. En outre, conformément à l'idée d'une thérapeutique pour la sexualité « normale », ce qui à l'époque est encore appelé les perversions ou déviations sexuelles ne font pas partie des objets de la sexologie.

La nosographie est similaire chez Kaplan. Elle est aussi fonctionnaliste, en incluant en sus la frigidité. Une nuance est à noter, qui tient à la place plus importante qu'elle fait à la psychodynamique : en tant que psychiatre, Kaplan énonce les dysfonctions sexuelles associées aux troubles psychiatriques (névroses, psychoses, dépressions). Elle se

réfère également plus habituellement à l'étiologie psychanalytique. Nous avons vu cependant que la distinction qu'elle fait entre les causes prochaines et les causes lointaines des dysfonctions la conduit à se concentrer sur les causes prochaines, et à tenir ainsi en retrait l'abord psychanalytique.

Plus intéressant pour notre propos est la nosographie que l'on retrouve chez les sexologues italo-helvétiques ou dans les ouvrages qu'ils ont édité, dans la mesure où ils ont contribué à l'institutionnalisation en santé publique du concept de santé sexuelle, tout en l'associant à la sexologie clinique. On pourrait s'attendre à d'importantes différences avec la nosographie classique de Masters, Johnson et Kaplan. Or, ce n'est pas le cas. Malgré la place importante accordée à la psychanalyse, y compris sur le plan anthropologique avec l'insistance sur le conflit intrapsychique comme appartenant à la condition humaine, le modèle nosographique d'Abraham et Pasini reste très largement fonctionnaliste sur le plan méthodologique. La préface de l'*Introduction à la sexologie médicale*, rédigée par Geisendorf et par Garrone, pose le cadre de celle-ci : la sexologie médicale consiste en la prise en charge des dysfonctions sexuelles par les médecins : « la très grande majorité des patients qui souffrent d'une gêne dans [le] domaine [sexuel], sont en réalité victimes de troubles fonctionnels »[201]. Certes, ces dysfonctions sont l'expression, ou accompagnent, des « troubles plus profonds de la personnalité », et « proviennent de la dominance des inhibitions névrotiques sur les facteurs instinctuels »[202]. Mais cette étiologie psychanalytique ne constitue pas ce qui est traité, qui est le symptôme, même s'il est l'expression d'un conflit intrapsychique sous-jacent, et même si cette possibilité ne doit pas être négligée[203]. On retrouve un positionnement proche de celui de Kaplan qui, tout en étant anthropologiquement psychodynamique, est méthodologiquement cognitivo-comportemental — ce qui démarque la sexologie de la psychanalyse en tant que pratique clinique.

La nosographie d'Abraham et Pasini, ou plus précisément que l'on retrouve sous leur direction dans l'*Introduction*, est alors très similaire à celle des sexologues d'outre-Atlantique : y figurent toutes les dysfonctions sexuelles répertoriées chez ces auteur · e · s (y compris lorsqu'elles accompagnent, comme chez Kaplan, des troubles psychiatriques,

[201] Abraham et Pasini, *Introduction à la sexologie médicale*, *op. cit.*, 1975, p. 7.
[202] Ibid.
[203] Ibid., p. 9.

mais aussi l'alcoolisme et l'usage de drogues)[204]. Cependant, elle est plus vaste, tout en étant quasiment circonscrite aux problèmes considérés comme dysfonctionnels : troubles du désir, priapisme, hyperactivité sexuelle, pathologie de la satisfaction sexuelle, ainsi que l'homosexualité lorsqu'elle est accompagnée de souffrance psychologique[205], et le transsexualisme (dont l'abord est plus psychanalytique que fonctionnaliste)[206].

À noter également que, dans un ouvrage qu'Abraham a co-écrit avec Porto, figure dans la deuxième partie, rédigée par Porto, une « nosographie des dysfonctions sexuelles »[207], alors que toute la première partie, rédigée par Abraham, est consacrée à la psychanalyse. Cette nosographie est plus restreinte que celle de Masters et Johnson, puisqu'elle ne recense que les divers problèmes liés à l'éjaculation, la dysfonction érectile (impuissance), le vaginisme, les dyspareunies, en ajoutant les troubles de l'excitation sexuelle chez la femme. Bien que l'ouvrage se présente comme un examen des rapports entre les sexothérapies américaines et la psychanalyse européenne, et raccroche Freud à la sexologie en parlant du « discours sexologique freudien », il est rappelé que la psychanalyse constitue « l'ouverture sur la dimension d'une sexualité non fonctionnelle, d'une sexualité pré-fonctionnelle »[208]. Il y aurait, selon l'introduction manifestement rédigée par

---

[204] Dans la partie « Obstacles à la vie sexuelle », voir les chapitres rédigés par Abraham sur les difficultés sexuelles masculines et féminines. Ibid., pp. 197-231. Sur l'alcoolisme et la consommation de drogues, voir p. 315 à 333.

[205] Sur ce point, la nosographie de la « sexologie médicale » suit la modification opérée dans la sixième édition du DSM-II en 1974, qui ne considère plus l'homosexualité en tant que telle comme un trouble mental, mais qui classifie celle-ci seulement lorsque les personnes homosexuelles sont perturbées par leur orientation sexuelle, sont en conflit avec elle ou souhaitent changer d'orientation sexuelle. SPITZER Robert L., « APA Document Reference No. 730008: Homosexuality and Sexual Orientation Disturbance: Proposed Change in DSM-II, 6th Printing, page 44 », American Psychiatric Association, 1973.

[206] HAYNAL André, « Identité sexuelle et transsexualisme », in: ABRAHAM Georges et PASINI Willy, *Introduction à la sexologie médicale*, Paris, Payot, 1975, pp. 249-269. Sur ce point, la nosographie de la « sexologie médicale » précède celle de l'OMS, qui introduit le transsexualisme dans les déviations sexuelles en 1976. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Manuel de la classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès. Fondé sur les recommandations de la Conférence pour la neuvième révision de 1975 et adopté par la Vingt-neuvième Assemblée mondiale de la Santé*, vol. 1, Genève, OMS, 1977, code 302.5.

[207] ABRAHAM Georges et PORTO Robert, *Psychanalyse et thérapies sexologiques*, Paris, Payot, 1978 (Bibliothèque scientifique), pp. 162-165.

[208] Ibid., p. 7.

Abraham[209], deux tendances de la sexologie, l'une psychanalytique, l'autre sexothérapeutique. Le passage de l'une à l'autre aurait reposé sur « la tentation et l'espoir d'un sexe source uniquement d'équilibre et de stabilité », qui aurait resurgi suite à « l'intérêt pour une sexologie scientifique suscité par Freud »[210]. Les rapports entre la sexologie et la psychanalyse paraissent donc relever de la confrontation plutôt que de la complémentarité, et le livre d'Abraham et Porto, divisé en deux parties distinctes, illustre cette confrontation.

Plus, le propos de l'introduction, tenu quelques années après la définition holistique de la santé sexuelle par l'OMS, paraît pouvoir être entendu comme une charge contre les éléments constitutifs de cette définition, inspirée en effet de Masters, Johnson et Kaplan. La première charge est contre la conception relationnelle du sexe, où la capacité à être en relation avec autrui est considérée du point de vue individuel :

> Le sexe peut être en outre délivré de tout élément perturbateur si l'on souligne sa qualité de moyen de communication relationnelle. Un sexe pour se parler et pour se complémentariser. Ni explosion, ni désordre. Seuls la réciprocité, la bonne entente et le fonctionnement approprié peuvent compter pour une sexualité considérée comme saine et recevable par tout le monde.[211]

La définition de la santé sexuelle comme se réalisant selon des modalités valorisant la communication et l'amour, « sexualité considérée comme saine » dont parle l'introduction, tombe manifestement sous le coup d'un tel propos. Rappelons également que les soins de santé sexuelle sont considérés comme devant « viser à enrichir l'existence et les relations interpersonnelles »[212].

S'ajoute une seconde charge, cette fois contre la dimension de régulation sociale de la sexualité :

> Et pourquoi pas un sexe adaptatif et capable d'engendrer la cohésion sociale ? La sexualité majoritaire, la sexualité des statistiques et de la physiologie. La sexualité des modèles établis, même si ces modèles peuvent se présenter comme différents de ceux du passé.[213]

---

[209] Si chacune des parties de l'ouvrage se voit attribuer un auteur précis, le texte « en guise d'introduction » n'est pas signé.

[210] Abraham et Porto, *Psychanalyse et thérapies sexologiques*, *op. cit.*, 1978, p. 9.

[211] Ibid.

[212] Organisation mondiale de la Santé, *Formation des professionnels de la santé aux actions d'éducation et de traitement en sexualité humaine*, *op. cit.*, 1975, p. 7.

[213] Abraham et Porto, *Psychanalyse et thérapies sexologiques*, *op. cit.*, 1978, p. 9.

On peut entendre dans cette seconde charge une critique contre le modèle hétéronormé et conjugal de la sexualité, statistiquement majoritaire. Plus globalement, c'est la fonction de régulation sociale de la sexualité qui est critiqué. Quoi que la définition de la santé sexuelle des années 1970 ne s'énonce pas encore comme, notamment, un état de bien-être social lié à la sexualité, et qu'elle est assez peu démographique et épidémiologique, elle est tout de même institutionnalisée comme concept de santé publique, et l'idée d'harmonie sociale y est présente, dès 1972. Rappelons la référence à une « éthique sociale », à laquelle le comportement sexuel et reproducteur doit être adapté, comme premier élément la constituant.

Ainsi, aussi bien la sexothérapie avant sa « rencontre » avec la santé sexuelle, que le modèle de la santé sexuelle de l'OMS, paraissent pouvoir tomber sous le coup des récriminations inscrites dans cette introduction, alors même qu'Abraham a participé à la réunion de 1974. Sans doute, durant les quatre années qui séparent cette réunion et la publication de *Psychanalyse et thérapies sexologiques*, la place de la psychanalyse, notamment en psychiatrie, mais aussi en sexologie, a-t-elle été encore un peu plus fragilisée. Du côté de la psychiatrie, se prépare la troisième révision du DSM, qui évincera la conceptualité et les conceptions psychanalytiques de la classification des troubles mentaux. Du côté de la sexologie, au sein même de l'ouvrage que nous venons d'étudier, l'orientation fonctionnaliste l'emporte, au vu de la nosographie proposée comme recensant les troubles qui relèvent de la compétence sexologique. L'ambition de l'ouvrage était, à en croire cette fois sa conclusion, de proposer « une sexothérapie adaptée à notre civilisation européenne », face à la sexothérapie américaine décrite comme béhavioriste. Cette sexothérapie européenne aurait comme point commun avec l'américaine de traiter les dysfonctions sexuelles, mais rappellerait aussi la modestie d'un tel objectif, et insisterait « sur la nécessité d'une évaluation psychodynamique qui est, à nos yeux, le plaque tournante de la méthode »[214]. Mais les méthodes cognitivo-comportementales ont ouvert la voie au traitement de ces dysfonctions sans plaque tournante psychodynamique, et la psychanalyse a perdu la bataille des années 1970-1980, en sexologie comme ailleurs.

Ce n'est pas par l'influence de la psychanalyse mais par la mise en relation de la santé sexuelle et des droits sexuels, que la sexologie de la santé sexuelle a cherché à ne

[214] Ibid., p. 240.

pas être réduite à la prise en charge des dysfonctions sexuelles. Les travaux de la PAHO avec la WAS, alors présidée par Coleman, représentent une étape majeure dans ce mouvement. Ceux-ci présentent la particularité, par rapport aux travaux précédents de l'OMS sur la santé sexuelle, de proposer une nosographie des « problèmes de santé sexuelle », à la fois clinique et épidémiologique.

La méthode retenue pour articuler les deux niveaux est reprise d'une recommandation de l'OMS faite en 2000 à propos de la surveillance des maladies transmissibles ou infectieuses. Compte tenu des difficultés à récolter des données propres à chacune de ces maladies — un même symptôme pouvant être référé à plusieurs maladies —, l'Organisation a proposé de procéder aux collectes par syndrome, soit un niveau plus imprécis et moins spécifique — plusieurs symptômes sont réunis sous un syndrome, sans être spécifiquement attribués à une maladie —, mais aussi, ce faisant, plus stable et plus simple[215]. Le rapport de la PAHO met en avant l'avantage de la plus grande facilité d'identification et l'intérêt épidémiologique de l'approche syndromique, ce qui satisfait à la dimension de santé publique de la santé sexuelle. Ce niveau d'identification peut également servir de point d'appui à une investigation clinique plus poussée, pour une évaluation diagnostique et étiologique plus précise[216].

La nosographie des syndromes cliniques proposée par la PAHO recouvre les dysfonctions sexuelles, mais s'étend également aux paraphilies, aux comportements sexuels compulsifs, aux conflits d'identité de genre, aux syndromes relatifs à la violence et à la victimation, à ceux relatifs à la reproduction, aux IST et à d'autres affections[217]. Si la nosographie des dysfonctions sexuelles se rapproche sensiblement de celles de Porto et de Masters et Johnson (sans celles associées aux troubles psychiatriques donc), les autres syndromes manifestent une ambition beaucoup plus holistique, sans réduction méthodologique à une lecture fonctionnaliste des symptômes. Ainsi, les troubles mentaux que constituent les désormais paraphilies — conformément, à l'époque, aux classifications des troubles mentaux de l'APA et de l'OMS —, sont intégrés à la nosographie, hors des dysfonctions, mais comme « syndromes cliniques liés à la déficience de l'attachement

[215] Organisation mondiale de la Santé, « Approche intégrée de la surveillance des maladies transmissibles », *Relevé épidémiologique hebdomadaire* 75 (1), 2000, p. 5.
[216] Pan American Health Organization, *Promotion of Sexual Health: Recommendations for Action*, *op. cit.*, 2001, pp. 18-19.
[217] Ibid., pp. 20-21.

affectif ou de l'amour »[218]. On pourrait penser qu'il s'agit là d'une manière de redonner toute sa place à la pathologie considérée comme grave dans le modèle de santé sexuelle, à l'encontre de l'idée que la sexologie de la santé sexuelle serait une science de la sexualité normale. L'introduction à *Psychanalyse et thérapies sexologiques* disait que « [l]a thérapie veut à juste titre normaliser »[219], ce qui serait démenti par la nosographie proposée ici. Nous verrons cependant plus loin, à l'occasion de l'étude de la CIM-11, qu'il s'agit plutôt d'une démarche visant à normaliser les paraphilies.

La présence des comportements sexuels compulsifs est aussi due, sans aucun doute, à Coleman. Il s'agit en effet d'un domaine dans lequel il s'est spécialisé et positionné depuis le tout début des années 1990, en défendant le modèle obsessionnel-compulsif contre le modèle de l'addiction sexuelle, qui transfère le principe de la dépendance à une substance chimique au niveau comportemental[220]. Les débats à ce sujet conduisent d'ailleurs le rapport de la PAHO à préciser de manière diplomatique que, s'il y a consensus sur la constitution de plusieurs des syndromes cliniques de la nosographie des problèmes de santé sexuelle, concernant les syndromes des comportements sexuels compulsifs, « le processus de consensus en est encore à ses débuts »[221].

Depuis la fin des années 1980, les questions d'identité de genre, et plus précisément les questions transgenres, constituent aussi un champ d'étude investi par Coleman. En 1987, il a ainsi co-fondé, avec le psychiatre et sexologue allemand Friedemann Pfäfflin, l'*International Journal of Transgenderism*, et, pendant la période de la réunion de la PAHO, il est le président de l'Association mondiale des professionnels pour la santé transgenre (World Professional Association for Transgender Health — WPATH, anciennement Association Henry Benjamin). On retrouve les syndromes relatifs aux conflits d'identité de genre dans la nosographie, hors des paraphilies. Au vu de l'engagement de Coleman au sein de la WPATH, cette présence doit se comprendre non seulement sous l'angle des soins, mais aussi sous l'angle militant. La WPATH est en effet une association

---

[218] « *Clinical Syndromes Related to Impairment of Emotional Attachment/Love* ». Ibid., p. 20.

[219] Souvenons-nous que le propos doit s'entendre dans le sens d'une confrontation à la psychanalyse. ABRAHAM et PORTO, *Psychanalyse et thérapies sexologiques*, *op. cit.*, 1978, p. 10.

[220] COLEMAN Eli, « The obsessive-compulsive model for describing compulsive sexual behavior », *American Journal of Preventive Psychiatry and Neurology* 2 (3), 1990, pp. 9-14.

[221] « *[...] process of consensus is still in its initial building stages* ». PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, *Promotion of Sexual Health: Recommendations for Action*, *op. cit.*, 2001, p. 19.

qui publie depuis 1979 des *Standards de Soins* scientifiquement fondés[222], mais qui se donne également pour mission de défendre les droits, des politiques publiques et le respect en matière de santé des transgenres. On retrouve alors dans la nosographie des problèmes de santé sexuelle la dimension sociale et politico-juridique de la définition de la santé sexuelle.

C'est également le cas avec les syndromes relatifs à la violence et à la victimation, qui incluent les syndromes faisant suite aux violences sexuelles, les phobies sexuelles comme l'homophobie, ainsi que le fait de commettre des violences sexuelles, ou encore le fait d'avoir des rapports sexuels non protégés contre les IST et le VIH, en se mettant ainsi soi-même en danger mais aussi les autres. Ici se décline toute la partie de la définition de la santé sexuelle, proposée par la PAHO, sur la liberté et la responsabilité des capacités sexuelles afin de favoriser le bien-être aussi bien personnel que social, et sur le respect des droits sexuels, qui comprennent, selon la Déclaration des droits sexuels de la WAS, l'absence de coercition, d'exploitation et d'abus sexuels (droit à la liberté sexuelle), ou encore l'absence de toute discrimination en raison du sexe, du genre, de l'orientation sexuelle, etc. (droit à l'équité sexuelle)[223].

Sont inscrits ensuite les problèmes classiques liés à la reproduction (comme les grossesses non désirées) et aux IST (dont le VIH/SIDA). Il s'agit de la seule nosographie qui reprend ces items de la santé reproductive (en faisant de celle-ci, dès lors, une sous-catégorie de la santé sexuelle) et des « maladies vénériennes », qui ont été au cœur des conceptions de la santé sexuelle depuis le XIXe siècle, et jusque dans les mouvements de planification familiale du XXe siècle. Les autres nosographies, y compris celle des participantes et participants aux travaux de l'OMS, les ignorent. Masters, Johnson et Kaplan sont centré · e · s sur les comportements sexuels au sein de la relation conjugale, tandis qu'Abraham et Pasini peuvent être associés aux propos du rapport de l'OMS de 1975, dont nous nous souvenons qu'ils insistaient sur le fait que les soins de santé sexuelle ne

---

[222] Association mondiale des professionnels pour la santé transgenre, *Standards de Soins pour la santé des personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme*, 7e version, East Dundee, World Professional Association for Transgender Health, 2012. Coleman préside toujours le comité de révision des standards de soins.

[223] World Association for Sexology, « World Association for Sexology's Declaration of Sexual Rights », *art. cit.*, 2001, p. 37.

devaient pas « se ramener à la prestation de conseils et de traitements en matière de procréation ou de maladies à transmission sexuelle »[224].

La nosographie syndromique dans le rapport de la PAHO semble donc répondre le mieux à la fois aux exigences épidémiologiques et cliniques, ainsi qu'aux dimensions médicales, psychologiques, sociales et politico-juridiques de la définition holistique de la santé sexuelle. L'écart avec la sexologie de Masters et Johnson, mais aussi avec celle de Kaplan, Abraham et Pasini, est manifeste. La nosographie portée par la WAS, articulée à sa Déclaration des droits sexuels, paraît mieux répondre à la dimension sociale des premières définitions de la santé sexuelle par l'OMS, tout en posant les éléments, y compris juridiques, qui vont aboutir à la redéfinition de celle-ci en 2002.

Cependant, force est de constater que si la nosographie de la PAHO est holistique, elle consiste, par définition, en une collection d'éléments négatifs, puisqu'il s'agit de la classification de problèmes. Les différents syndromes listés sont en rapport avec la santé sexuelle en tant qu'ils doivent être absents pour que celle-ci soit possible, y compris sur le plan social et juridique (absence de violence, de coercition, de discrimination…). Si la santé sexuelle ne se définit pas seulement par l'absence de problèmes sexuels, toute nosographie qui concerne la santé sexuelle, réductionniste (à la dimension physique dans ce cas) ou holistique, décrit les problèmes qui doivent tout de même être absents pour qu'elle soit possible, mais dont l'absence n'entraîne pas de soi-même l'élément positif qu'est le bien-être. La nosographie constitue donc le champ par lequel la santé sexuelle se définit négativement.

En outre, dans le même temps que s'élabore ce que nous avons appelé une sexologie de la santé sexuelle, se développe une médecine sexuelle qui, s'en s'interdire d'utiliser le terme de « santé sexuelle », se montre distanciée quant à l'abord holistique et sociale qu'en fait la sexologie de la santé sexuelle. De même que la psychanalyse et la sexologie ont pu se trouver dans des rapports de confrontation, de même une tension existe entre la sexologie de la santé sexuelle et la médecine sexuelle, qui repose la question de la scientificité du concept de santé sexuelle.

---

[224] Organisation mondiale de la Santé, *Formation des professionnels de la santé aux actions d'éducation et de traitement en sexualité humaine*, *op. cit.*, 1975, p. 7.

De plus, une nosographie des problèmes de santé sexuelle est désormais officialisée par l'OMS dans la onzième révision de sa classification des maladies, qui tend à réduire le champ couvert par ces problèmes, et à le ramener vers une classification sexologique plus classique. En outre, des débats ont eu lieu sur le fait de savoir s'il fallait y inclure ou non les troubles paraphiliques, et ainsi sortir ces derniers des troubles mentaux. C'est la nosographie de cette classification que nous allons maintenant étudier.

Les problèmes de santé sexuelle dans la CIM-11

Après plus de dix ans de travaux, l'OMS a publié en juin 2018 la onzième révision de sa classification des maladies[225], qui a été adoptée en mai 2019 par l'Assemblée mondiale de la Santé, pour une entrée en vigueur en janvier 2022[226]. L'une des innovations de cette révision est taxinomique : elle introduit un chapitre, le chapitre 17, consacré aux problèmes liés à la santé sexuelle (*Conditions related to sexual health*)[227]. Ceci devrait permettre de produire des données statistiques au niveau international, et ainsi de répondre à l'ambition de mesurer la santé sexuelle affichée par le rapport de l'OMS/UNFPA de 2010 *Measuring Sexual Health*, mais en y intégrant surtout les dysfonctions sexuelles, qui paraissent liées à la santé sexuelle de manière évidente et largement reconnue, ainsi que le rappellent des membres de l'OMS comme, entre autres, la médecin-conseil Doris Chou du Département Santé et recherche génésiques, et le psychiatre Geoffrey M. Reed du Département de la santé mentale et des toxicomanies[228]. Avec un tel

[225] World Health Organization, *International Classification of Diseases: Mortality and Morbidity Statistics, Eleventh Revision (ICD-11)*, Beta Draft ed., Geneva, World Health Organization, 2018. La CIM-11 n'étant pas encore publiée ni traduite, nous utilisons la version anglaise imprimable mise à disposition par l'OMS sur la plateforme de navigation dédiée (https://icd.who.int/dev11/l-m/en/Printables). La pagination est celle de la version comportant tous les chapitres.

[226] Assemblée mondiale de la Santé, « Onzième Révision de la Classification internationale des maladies - WHA72.15: Septième séance plénière, 28 mai 2019 », Assemblée mondiale de la Santé, 28.05.2019.

[227] World Health Organization, *Beta Draft ICD-11*, *op. cit.*, 2018, pp. 1260-1269. En attendant la traduction française officielle, nous traduisons provisoirement « *conditions related to sexual health* » par « problèmes liés à la santé sexuelle », dans la suite de la traduction des « *sexual health problems* » répertoriés par la PAHO en 2000. *Conditions* peut cependant être traduit par « affections » ou, plus simplement, par « conditions ».

[228] Chou Doris, Cottler Sara, Khosla Rajat, Reed Geoffrey M. et Say Lale, « Sexual health in the International Classification of Diseases (ICD): implications for measurement and beyond », *Reproductive Health Matters* 23 (46), 2015, p. 187. Dans le cadre des travaux pour la onzième révision de la CIM, les

chapitre, l'OMS « s'engage à aborder les différentes dimensions de la santé sexuelle, dans le but d'éclairer l'élaboration des politiques et des programmes de santé »[229]. L'ambition scientifique, y compris au niveau juridique, est en outre réaffirmée : « Améliorer la mesure des indicateurs liés à la santé sexuelle permet de construire les données probantes [*the evidence base*] sur la connaissance scientifique du sexe, de la sexualité, de la santé sexuelle et des droits sexuels »[230].

La constitution de ce chapitre n'en a pas moins donné lieu à plusieurs débats, en particulier sur deux points : l'intégration de l'incongruence de genre d'une part, et celle des troubles paraphiliques d'autre part. Mais avant d'en venir à la nosographie elle-même, nous devons souligner le principe philosophique affirmé et à l'œuvre dans la constitution de ce chapitre : le rejet du dualisme entre l'esprit et le corps.

Au vu des conceptions holistiques de l'esprit et du corps dans lesquelles est utilisée la notion de santé sexuelle depuis le XIXe siècle, et de sa définition biopsychosociale par l'OMS, un tel rappel peut paraître superfétatoire. Mais ce sont les avocates et avocats du chapitre consacré à la santé sexuelle qui y insistent, eu égard à la séparation entre le psychologique et le corporel qui structure la classification de la révision précédente de la CIM (CIM-10). Plus précisément, la CIM-10 distingue entre les maladies organiques et les maladies non-organiques. Cette distinction est également déclinée concernant le domaine de la sexualité. La classification des dysfonctions sexuelles est séparée entre celles qui ont des causes organiques, et celles qui ne sont pas dues à un trouble ou à une maladie organique. Ces dernières sont classées parmi les syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques, appartenant eux-mêmes

---

deux départements de l'OMS ont constitué un groupe de travail conjoint sur les troubles sexuels et la santé sexuelle. Reed Geoffrey M., Drescher Jack, Krueger Richard B., Atalla Elham, Cochran Susan D., First Michael B., Cohen-Kettenis Peggy T., Arango-de Montis Iván, Parish Sharon J., Cottler Sara, Briken Peer et Saxena Shekhar, « Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations », *World Psychiatry* 15 (3), 2016, p. 205.

[229] « *By designating a chapter within the ICD-11 on "Conditions related to sexual health", WHO is making a commitment to addressing the various dimensions of sexual health, with the aim of informing health policy-making and programming* ». Chou et al., « Sexual health in the International Classification of Diseases (ICD) », *art. cit.*, 2015, p. 190.

[230] « *Improving the measurement of sexual health-related indicators builds the evidence base on scientific knowledge of sex, sexuality, sexual health and rights* ». Ibid., p. 191.

aux troubles mentaux et du comportement[231]. Les dysfonctions sexuelles d'étiologie organique sont regroupées dans le chapitre des maladies de l'appareil génito-urinaire[232]. Par exemple, l'impuissance d'origine organique est répertoriée dans les maladies de l'appareil génito-urinaire, accompagnée de la précision : « Exclut : impuissance psychogène »[233]. Dans le chapitre des troubles mentaux et comportementaux, figurent les « échecs de la réponse génitale », parmi lesquels on trouve l'impuissance psychogène[234].

Sur le plan symbolique, cette séparation est matérialisée par le fait que, si le volume complet de la CIM-10 comprend toutes les maladies classifiées, de causes organiques et non-organiques, le chapitre des troubles mentaux et du comportement est également édité dans un volume à part.

Reed et les autres membres du groupe de travail de l'OMS sur les troubles sexuels et la santé sexuelle (Working Group on Sexual Disorders and Sexual Health — WGSDSH) ont publié un article qui décrit les modifications proposées dans le champ de la sexualité, dans lequel elles et ils affirment que :

> [...] des preuves substantielles se sont accumulées depuis la publication de la CIM-10, qui indiquent que l'origine et la persistance des dysfonctions sexuelles impliquent fréquemment l'interaction entre des facteurs physiques et psychologiques.[235]

L'ancienne présidente et les anciens présidents[236] de la WAS — devenue en 2009 la World Association for Sexual Health — abondent dans ce sens, en soulignant que le positionnement du corps et de l'esprit comme des parties séparées et séparables de la

---

[231] World Health Organization, *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*, *op. cit.*, 1992, p. 174.

[232] World Health Organization, *The International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems, Tenth Revision: ICD-10*, vol. 1, 2008 ed., Geneva, World Health Organization, 2009, p. 659.

[233] Ibid., p. 681.

[234] World Health Organization, *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*, *op. cit.*, 1992, p. 193.

[235] « *[...] substantial evidence has accumulated since ICD-10's publication indicating that the origin and maintenance of sexual dysfunctions frequently involves the interaction of physical and psychological factors* ». Reed et al., « Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11 », *art. cit.*, 2016, p. 216.

[236] Il s'agit d'Eli Coleman, Kevan Wylie, Eusebio Rubio-Aurioles, Ruben Hernandez-Serrano, Alan Wabrek, Fernando Bianco, Romano Forleo, et de Rosemary Coates, seule femme à avoir occupé ce poste.

sexualité « rendait plus difficile l'approche intégrée et holistique de la santé sexuelle »[237]. Les auteur · e · s mettent également en avant le fait que la création d'un chapitre dédié à la santé sexuelle matérialise la définition holistique de celle-ci par l'OMS[238]. Depuis ses premières définitions dans les années 1970, deux révisions de la CIM étaient parues (CIM-9 approuvée en 1976, et CIM-10 approuvée en 1990), sans que la classification ne mette en cohérence sa nosographie sexuelle avec ces définitions. C'est au moment où la définition de 2002 intègre les droits sexuels qu'elle le fait. C'est aussi pendant que sont menés les travaux pour la onzième révision que l'OMS publie un rapport qui souligne les liens entre les droits humains et les systèmes juridiques d'un côté, et la santé sexuelle de l'autre, en insistant sur le fait que les discriminations et les inégalités jouent un rôle clé dans la possibilité pour les gens d'atteindre ou non la santé sexuelle et de la maintenir[239].

L'intégration de l'esprit et du corps constitue donc le principe philosophique sur lequel repose l'élaboration du chapitre consacré à la santé sexuelle dans la CIM-11. On doit également y retrouver des éléments en référence à la lutte contre les discriminations et les inégalités en lien avec le sexe. Voyons maintenant comment ceci se traduit dans la nosographie.

Comme rappelé en ouverture du chapitre sur les problèmes relatifs à la santé sexuelle, celui-ci contient quinze catégories à quatre caractères[240]. Ces catégories sont réparties dans trois blocs de niveau supérieur, qui correspondent au niveau syndromique : les dysfonctions sexuelles (*sexual dysfunctions*), les troubles sexuels avec douleur (*sexual pain disorders*), et l'incongruence de genre (*gender incongruence*). S'ajoutent deux blocs codés ailleurs, dans lesquels on ne retrouve pas l'une ou l'autre des quinze catégories : les

---

[237] « *[it] made it more difficult to approach sexual health in an integrated, holistic way* ». Coleman Eli, Wylie Kevan, Coates Rosemary, Rubio-Aurioles Eusebio, Hernandez-Serrano Ruben, Wabrek Alan, Bianco Fernando et Forleo Romano, « Commentary: Revising the International Classification of Diseases (ICD-11) and Improving Global Sexual Health: Time for an Integrated Approach that Moves Beyond the Mind-Body Divide », *International Journal of Sexual Health* 29 (2), 2017, p. 113.

[238] Ibid.

[239] World Health Organization, *Sexual Health, Human Rights, and the Law*, Geneva, World Health Organization, 2015.

[240] Ces caractères permettent la récolte standardisée des données à des fins d'études épidémiologiques au niveau mondial. Pour le chapitre consacré à la santé sexuelle, ils commencent par les deux lettres HA, suivies de deux chiffres. Par exemple, la première catégorie, celle de la dysfonction du désir sexuel hypoactif, est codée HA00. World Health Organization, *Beta Draft ICD-11*, *op. cit.*, 2018, p. 1260.

modifications de l'anatomie génitale féminine, et les modifications de l'anatomie génitale masculine[241].

Dans les trois blocs spécifiques au chapitre sur la santé sexuelle, les deux premiers sont des classiques de la sexologie clinique fonctionnaliste fondée sur le cycle de la réponse sexuelle. Parmi les dysfonctions sexuelles, on retrouve le désir sexuel hypoactif, les dysfonctions de l'excitation sexuelle, les dysfonctions érectiles, les dysfonctions de l'orgasme, et les dysfonctions de l'éjaculation[242]. Dans les troubles sexuels avec douleur, qui de ce fait constituent un obstacle au plaisir, sont répertoriées les douleurs à la pénétration, qui incluent les dyspareunies psychogènes, dont celles dues à un resserrement involontaire ou à la tension des muscles du plancher pelvien pendant la tentative de pénétration, c'est-à-dire les vaginismes. En revanche, les dyspareunies non psychogènes (associées à l'endométriose par exemple) sont exclues[243], et répertoriées dans le chapitre des maladies de l'appareil génito-urinaire.

Ces syndromes sont accompagnés d'une classification de leur étiologie : associés à un état pathologique, à une blessure ou aux effets d'une intervention chirurgicale ou d'une radiothérapie, associés à des facteurs psychologiques ou comportementaux, y compris des troubles mentaux, associés à la consommation de substances psychoactives ou de médicaments, associés au manque de connaissances ou d'expérience, et/ou associés à des facteurs culturels[244]. Les dysfonctions sexuelles et les troubles sexuels avec douleur constituent ainsi l'essentiel du chapitre dédié à la santé sexuelle : sur les dix pages qu'il compte, presque huit leurs sont consacrées.

On note que le rejet du dualisme entre l'esprit et le corps ne consiste pas à ignorer les étiologies physiques, comme l'atteste la distinction entre les dyspareunies psychogènes

---

[241] Ibid. Bien que répertoriées comme des syndromes unifiés, les modifications de l'anatomie génitale sont disséminées dans plusieurs autres blocs de la classification. On retrouve ainsi les troubles de la réduction mammaire dans les troubles post-opératoires de l'appareil génito-urinaire dans le chapitre des maladies de l'appareil génito-urinaire (chapitre 16), l'absence mammaire acquise dans les facteurs influençant l'état de santé, ainsi que la prise de contact avec les services de santé pour une circoncision de routine ou rituelle dans la prise de contact avec les services de santé pour des interventions chirurgicales spécifiques, toutes deux au chapitre des facteurs influençant l'état de santé ou le contact avec les services de santé (chapitre 24), etc.

[242] Ibid., pp. 1260-1265.

[243] Ibid., p. 1266.

[244] Ibid., pp. 1267-1268.

et les dyspareunies physiques, ou la conservation à part d'un chapitre consacré aux maladies de l'appareil génito-urinaire. La récrimination adressée à la CIM-10 porte surtout sur le fait de dissocier nosographiquement les étiologies psychologiques de leurs effets somatiques, dans les cas où les symptômes relèvent d'une interaction entre les facteurs psychologiques et physiques, c'est-à-dire particulièrement, selon Reed, Coleman, etc., dans les cas de dysfonction sexuelle. En tant qu'objet spécifique de la sexologie, les dysfonctions sexuelles doivent être considérées dans leurs dimensions psychologique et physique, et même, sur le plan étiologique plus détaillé, relativement à des facteurs sociaux, culturels, éducatifs, etc. Tel est sans doute l'enjeu principal de la défense d'une approche holistique ou intégrative de l'esprit et du corps, et de la relation à l'environnement (social, culturel, etc.) : conserver la spécificité de la sexologie comme approche globale pluridisciplinaire, plutôt que de la voir éclatée entre différentes spécialités médicales et la psychologie clinique. L'enjeu qui était celui de la reconnaissance de la sexologie médicale défendue par Abraham et Pasini, persiste dans la structuration nosographique des dysfonctions sexuelles. Il ne s'agit donc pas de promouvoir seulement une conception holistique de la santé sexuelle, mais aussi la spécificité de la sexologie comme discipline de plein droit.

L'incongruence de genre et les troubles paraphiliques : troubles mentaux ou problèmes de santé sexuelle ?

Le dernier des trois principaux syndromes est l'incongruence de genre. Elle est définie comme suit :

> L'incongruence de genre est caractérisée par une incongruence marquée et persistante entre le genre vécu d'une personne et le sexe assigné. Les variations de comportement et de préférences de genre ne constituent pas à elles seules une base pour l'assignation du diagnostic dans ce groupe.[245]

Elle se distingue particulièrement des deux précédents syndromes, et son traitement est différent. Ainsi, il ne s'agit pas d'abord d'un diagnostic s'établissant sur les

[245] « *Gender incongruence is characterized by a marked and persistent incongruence between an individual's experienced gender and the assigned sex. Gender variant behaviour and preferences alone are not a basis for assigning the diagnoses in this group* ». Ibid., p. 1268.

bases d'une approche fonctionnaliste, et celui-ci est sans rapport avec les cycles de la réponse sexuelle et la question du plaisir sexuel. L'abord non fonctionnel doit également s'entendre au sens du fonctionnement social. Reed *et al.* précisent bien que si « l'incongruence de genre peut être associée à une détresse ou à une déficience cliniquement significative dans des domaines importants du fonctionnement social, professionnel ou autre », notamment du fait de stigmatisations, « ni la détresse ni une déficience fonctionnelle ne sont des exigences diagnostiques »[246].

On retrouve ici les éléments fondamentaux qui motivent le positionnement de l'incongruence de genre dans le chapitre consacré à la santé sexuelle, ainsi que sa dénomination. Dans la CIM-10, il était question de « troubles de l'identité sexuelle », comprenant le « transsexualisme », classifié dans les troubles mentaux et du comportement. L'absence de nécessité d'une détresse dans la CIM-11 permet de sortir la catégorie nosographique des troubles mentaux, et de l'inclure dans les problèmes de santé sexuelle. Ceci se traduit dans sa nouvelle dénomination : en remplacement de celle de « transsexualisme », celle d'« incongruence » permet la neutralité quant à la présence ou non de détresse psychologique. Ceci constitue une différence notable comparativement à la classification de l'APA en usage depuis 2013, le DSM-5. Celui-ci parle de « dysphorie de genre », et elle est définie de la façon suivante : « *Dysphorie de genre* se réfère à la détresse qui peut accompagner l'incompatibilité entre le genre vécu ou exprimé et le genre assigné »[247]. Le terme « incompatibilité » dans la version française traduit celui d'« *incongruence* » de la version anglaise. La dysphorie désigne donc la détresse qui accompagne l'incongruence, ce qui fonde sa classification dans les troubles mentaux (et donc dans le DSM, qui est, au contraire de la CIM, une classification uniquement des troubles mentaux). En ne retenant que l'incongruence et dès lors un positionnement neutre quant à la présence ou non de détresse, la CIM-11 justifie que celle-ci ne soit pas répertoriée dans le chapitre des troubles mentaux.

---

[246] « *[...] gender incongruence may be associated with clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning, particularly in disapproving social environments and where protective laws and policies are absent, but [...] neither distress nor functional impairment is a diagnostic requirement* ». REED et al., « Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11 », *art. cit.*, 2016, p. 211.

[247] AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *DSM-5. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 2015, p. 594.

Par ailleurs, compte tenu du fait qu'elle n'est pas homogène aux dysfonctions et aux douleurs sexuelles — ce qui se traduit aussi par le fait qu'elle ne fait pas l'objet d'une classification de son étiologie, contrairement aux dysfonctions et douleurs sexuelles —, à quel titre est-elle alors incluse dans les problèmes de santé sexuelle ? Chou, Reed *et al.* énoncent clairement les motifs de cette inclusion et du déplacement de la catégorie renommée du chapitre des troubles mentaux vers celui de la santé sexuelle : des objectifs de soutien à l'accès aux services de santé, de réduction de la stigmatisation, d'affirmation des droits humains et de dépathologisation du diagnostic[248]. Le premier objectif justifie de conserver l'incongruence de genre dans une classification des maladies sur laquelle s'appuient de nombreux pays à travers le monde pour leur système de santé. L'enjeu pour les personnes transgenres réside en particulier dans l'accès aux traitements hormonaux et, dans certains cas, à la chirurgie de réassignation génitale. Les deux suivants relèvent des dimensions sociales et juridiques de la dernière définition de la santé sexuelle par l'OMS. Le dernier objectif s'inscrit dans l'entreprise d'élargissement du champ de la sexualité normale, dans le cadre d'une définition large de ce champ, non réduit à l'activité sexuelle et à la recherche de plaisir, mais incluant les rôles et identités de genre. Les phénomènes transgenres sont ainsi sortis des modèles de la psychopathologie sexuelle dans lesquels ils étaient habituellement considérés depuis le XIXe siècle[249].

La proposition de ce déplacement taxinomique a aussi bien été le fruit de controverses antérieures qu'elle n'a pas manqué d'en alimenter, que ce soit sur le plan général des phénomènes transgenres[250], ou sur le plan plus spécifique de ces phénomènes chez les enfants, la CIM-11 maintenant l'idée d'un diagnostic dans l'enfance, reprise de la CIM-

---

[248] CHOU et al., « Sexual health in the International Classification of Diseases (ICD) », *art. cit.*, 2015, p. 190.

[249] Voir par exemple l'étude de la *transmutatio sexus* ou de la monomanie de la métamorphose sexuelle dans KRAFFT-EBING, *Psychopathia sexualis. Avec recherches spéciales sur l'inversion sexuelle*, *op. cit.*, 1895, pp. 266 sq., 284 sq.

[250] DRESCHER Jack, COHEN-KETTENIS Peggy et WINTER Sam, « Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11 », *International Review of Psychiatry* 24 (6), 2012, pp. 568-577. Signalons que l'organisation internationale Global Action for Trans Equality (GATE), qui milite pour les droits des transgenres et intersexes, reproche à l'OMS d'avoir totalement dissocié l'incongruence de genre de la question des troubles mentaux. L'argument de la déstigmatisation avancé par l'OMS renforce, selon le GATE, la stigmatisation des troubles mentaux, si pour déstigmatiser l'incongruence de genre, il faut la sortir des troubles mentaux. La conséquence en est que les troubles mentaux dont peuvent souffrir des personnes transgenres ne sont plus pris en compte. GATE, « On trans depathologization, mental health and stigma: ICD-11 is released », 27.06.2018, <https://transactivists.org>, consulté le 08.10.2018.

10[251]. Quoi qu'il en soit, celui-ci repose sur le fait que toutes les personnes transgenres ne ressentent pas de détresse et ne peuvent dès lors faire systématiquement l'objet du diagnostic de dysphorie de genre. Il repose aussi sur le caractère holistique, et en particulier social, et sur les conditions juridiques de la définition de la santé sexuelle par l'OMS, dans une démarche de normalisation inhérente à l'angle sanitaire par opposition à l'angle pathologique.

C'est aussi cette démarche de normalisation qui a conduit le WGSDSH à d'abord envisager l'intégration des troubles paraphiliques dans les problèmes de santé sexuelle. Mais il a ensuite préconisé de les conserver dans les troubles mentaux et du comportement, avec de profonds remaniements par rapport à la CIM-10 :

> Bien que le WGSDSH ait envisagé d'inclure les Troubles Paraphiliques dans ce nouveau chapitre [des Problèmes Relatifs à la Santé Sexuelle] en raison de leur nature intrinsèquement sexuelle, le WGSDSH a finalement recommandé que les Troubles Paraphiliques demeurent dans le chapitre des Troubles Mentaux et du Comportement. [252]

Le mouvement de normalisation des anciennes perversions sexuelles initié par la psychanalyse et la sexologie du début du XXe siècle va tout de même se poursuivre au sein de la CIM-11. La CIM-10 répertoriait les paraphilies comme des « troubles de la préférence sexuelle » (*disorders of sexual preference*)[253]. Or, le WGSDSH a noté que « les

---

[251] Drescher Jack, Cohen-Kettenis Peggy T. et Reed Geoffrey M., « Gender incongruence of childhood in the ICD-11: controversies, proposal, and rationale », *The Lancet Psychiatry* 3 (3), 2016, pp. 297–304.

[252] « *Although the WGSDSH considered including Paraphilic Disorders in this new chapter because of their inherently sexual nature, the WGSDSH ultimately recommended that Paraphilic Disorders remain in the Mental and Behavioural Disorders chapter* ». Krueger Richard B., Reed Geoffrey M., First Michael B., Marais Adele, Kismodi Eszter et Briken Peer, « Proposals for Paraphilic Disorders in the International Classification of Diseases and Related Health Problems, Eleventh Revision (ICD-11) », *Archives of Sexual Behavior* 46 (5), 2017, p. 1541.

[253] World Health Organization, *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*, *op. cit.*, 1992, p. 217. Le terme « paraphilie » comme substitut de celui de « perversion » remonte au moins au début du XXe siècle. Le médecin et psychanalyste autrichien Wilhelm Stekel l'utilise en 1913, en l'attribuant à l'ethnologue croato-autrichien Friedrich S. Krauss (Stekel Wilhelm, « Über larvierte Onanie », *Sexual-Probleme. Zeitschrift für Sexualwissenschaft und Sexualpolitik* 9, 1913, p. 87). La même année, l'éditeur de l'*American Journal of Urology*, William J. Robinson, l'emploie en l'attribuant également à Krauss (Robinson William J., « Masturbation: injurious or harmless? », *The American Journal of Urology* IX, 1913, p. 242). En 1918, l'article de Stekel est publié en traduction anglaise dans la revue éditée par Robinson, devenue l'*American Journal of Urology and Sexology* (Stekel Wilhelm, « Disguised Onanism (Masked Masturbation) », *The American Journal of Urology and Sexology* XIV [7], 1918, pp. 289-307). L'article de Krauss qui fait référence est « Psychopathia Sexualis. Ein Bericht », *Wiener Klinische Rundschau* 17, 1903, pp. 564-566 (le terme « *paraphilien* » se

lignes directrices diagnostiques fournies pour la classification des troubles de la préférence sexuelle de la CIM-10 ne font souvent que décrire le comportement sexuel concerné », sans référence à une quelconque détresse ou dysfonction, ni à la pertinence en santé publique ou clinique de l'inscription de ces comportements dans la classification[254]. La CIM-11 va donc reprendre la distinction faite par le DSM-5 entre les paraphilies et les troubles paraphiliques, et recoder les troubles de la préférence sexuelle en troubles paraphiliques, afin de ne pas psychiatriser des préférences sexuelles certes peut-être atypiques, mais qui ne relèvent pas d'une prise en charge clinique. Dans le DSM-5, la paraphilie est définie comme « tout intérêt sexuel intense et persistant, autre que l'intérêt sexuel pour la stimulation génitale ou les préliminaires avec un partenaire humain phénotypiquement normal, sexuellement mature et consentant ». Quant au trouble paraphilique, il s'agit d'une « paraphilie qui cause d'une façon concomitante une détresse ou une altération du fonctionnement chez l'individu ou une paraphilie dont la satisfaction a entraîné un préjudice personnel ou un risque de préjudice pour d'autres personnes »[255]. De telles définitions posent plusieurs questions (signification de la normalité phénotypique, qualification de l'intérêt sexuel autre que la stimulation génitale comme paraphilie, norme du coït avec l'idée, à travers le terme de « préliminaires », que ce qui n'en relève pas prépare à celui-ci, conception fonctionnaliste du mental et du comportement, critère du préjudice dans un cadre psychiatrique), mais elles introduisent tout de même une forme de normalisation de préférences sexuelles antérieurement considérées en elles-mêmes comme pathologiques, alors qu'il faut désormais que soit associée à celles-ci une détresse ou une atteinte à soi-même ou à autrui. De plus, dans la CIM-11 l'absence de consentement ou de la capacité à consentir devient un critère diagnostique du trouble paraphilique :

> Les troubles paraphiliques se caractérisent par des schémas persistants et intenses d'excitation sexuelle atypique, qui se manifestent par des pensées, des fantasmes, des pulsions ou des comportements sexuels dont le centre d'intérêt concerne des personnes dont l'âge ou l'état les rend peu disposées à ou incapables de consentir, et sur lesquelles

---

trouve p. 565). Voir Janssen Diederik F., « How to "Ascertain" Paraphilia? An Etymological Hint », *Archives of Sexual Behavior* 43 (7), 2014, pp. 1245-1246.

[254] « *The Working Group on Sexual Disorders and Sexual Health noted that the diagnostic guidelines provided for ICD-10's classification of Disorders of sexual preference often merely describe the sexual behaviour involved [...] without requiring any sort of distress or dysfunction and without reference to the public health or clinical relevance of this behaviour* ». Reed et al., « Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11 », *art. cit.*, 2016, p. 212.

[255] American psychiatric association, *DSM-5*, *op. cit.*, 2015, pp. 807, 808.

la personne a agi, ou par le biais desquelles il ou elle se trouve dans un état de détresse considérable.[256]

L'OMS s'inscrit dans la définition de la paraphilie donnée par John Money dans les années 1970, qui considérait que la caractéristique de toutes les paraphilies consistait dans la dépendance de l'excitation sexuelle à l'égard de fantasmes impliquant une personne non consentante[257]. Ce critère du consentement et la distinction entre les paraphilies et les troubles paraphiliques a entraîné, dans la CIM-11, le retrait de la classification du fétichisme, du travestisme ou du sadomasochisme, considérés comme des paraphilies mais non comme des troubles paraphiliques, dès lors qu'ils n'entraînent ni détresse (provoquée par exemple par le fait d'avoir pour objet d'intérêt sexuel des mineur · e · s), ni atteinte au consentement. Sont en revanche répertoriées les formes de paraphilie qui impliquent l'absence de consentement d'autrui : l'exhibitionnisme, le voyeurisme, la pédophilie, la coercition sexuelle sadique (et plus le sadisme sexuel pris globalement), le frotteurisme, et une catégorie « autre trouble paraphilique impliquant des personnes non consentantes ». S'ajoute une catégorie « trouble paraphilique impliquant un comportement solitaire ou des personnes consentantes », qui désigne les paraphilies accompagnées de détresse sans impliquer l'absence de consentement, ou qui peuvent s'avérer particulièrement risquées voire mortelles pour soi-même ou pour autrui[258].

Nous pouvons noter qu'une telle classification des troubles paraphiliques renoue avec l'absence de distinction entre les perversions et la perversité, dans la mesure où elle ne retient quasiment plus que des troubles qui constituent des crimes. Ceci pose de nouveau la question d'une « psychologie du mal »[259] et des rapports entre le domaine de la psychiatrie et celui de la pénalité, illustrée par le champ de la médecine légale[260] —

---

[256] « *Paraphilic disorders are characterized by persistent and intense patterns of atypical sexual arousal, manifested by sexual thoughts, fantasies, urges, or behaviours, the focus of which involves others whose age or status renders them unwilling or unable to consent and on which the person has acted or by which he or she is markedly distressed* ». World Health Organization, *Beta Draft ICD-11*, *op. cit.*, 2018, p. 675.

[257] Money John, « Paraphilias », in: Money John et Musaph Herman (éds.), *Handbook of Sexology*, Amsterdam, Elsevier, 1977, pp. 917-927. Cité par Kolodny Robert C., Masters William H. et Johnson Virginia E., *Textbook of Sexual Medicine*, Boston, Little, Brown and Co., 1979, p. 576.

[258] World Health Organization, *Beta Draft ICD-11*, *op. cit.*, 2018, pp. 675-677.

[259] Mazaleigue-Labaste, *Les déséquilibres de l'amour*, *op. cit.*, 2014, p. 28.

[260] Singy Patrick, « How to Be a Pervert: A Modest Philosophical Critique of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders », *Revista de Estudios Sociales* (43), 2012, pp. 139-150 ; Simard David, « La médicalisation de la sexualité et le Droit : perversions, santé sexuelle et droits sexuels », in: Giami Alain

rapports qui peuvent confiner à la confusion, à tel point que des auteur · e · s ont proposé purement et simplement, déjà au milieu des années 2000 à propos du DSM-IV-TR, la suppression des troubles paraphiliques dans les classifications, les crimes n'ayant pas besoin d'être codés psychiatriquement pour être reconnus comme criminels[261].

Le caractère pénal de la classification est précisément l'un des arguments majeurs pour lesquels les troubles paraphiliques n'ont finalement pas été intégrés dans le chapitre sur les problèmes relatifs à la santé sexuelle de la CIM-11, et ont été maintenus dans celui sur les troubles mentaux et du comportement : « Un certain nombre de processus juridiques, y compris l'hospitalisation sans consentement, dépendent de leur identification comme troubles mentaux »[262]. La présence de détresse est aussi considérée comme un critère psychiatrique valable, qui justifie le maintien des troubles paraphiliques dans les troubles mentaux[263].

La normalisation des paraphilies[264], différenciées des troubles qui peuvent leur être associés, n'a pas conduit à élargir directement le champ de la santé sexuelle comme champ de la sexualité normale. On ne retrouve pas, en effet, les paraphilies sans trouble dans le chapitre dédié à la santé sexuelle. Un ou une fétichiste qui ne ressent pas de détresse du fait de ses préférences sexuelles, et qui ne porte pas atteinte à autrui ni à lui-même ou elle-même, n'a pas de raison d'être diagnostiqué · e selon une catégorie des problèmes de santé sexuelle. Si elle ou il manifeste une dysfonction ou une douleur sexuelle, sa situation pourra relever du chapitre des problèmes relatifs à la santé sexuelle, mais pas en raison de ses préférences.

Les troubles paraphiliques sont tout de même signalés au début du chapitre sur la santé sexuelle, comme codés ailleurs. Mais ils ne font pas partie des blocs de niveau supérieur dans lesquels sont réparties les catégories codées selon la nomenclature des

---

et PY Bruno (éds.), *Droits de l'Homme et sexualité. Vers la notion de droits sexuels ?*, Paris, Archives contemporaines, 2019, pp. 228-231.

[261] MOSER Charles et KLEINPLATZ Peggy J., « *DSM-IV-TR* and the Paraphilias: An Argument for Removal », *Journal of Psychology & Human Sexuality* 17 (3-4), 2006, pp. 91-109.

[262] « *A number of legal processes, including civil commitment, depend on their identification as mental disorders* ». KRUEGER et al., « Proposals for Paraphilic Disorders in the International Classification of Diseases and Related Health Problems, Eleventh Revision (ICD-11) », *art. cit.*, 2017, p. 1541.

[263] Ibid.

[264] Dans le DSM-5, cette normalisation reste toutefois limitée, dans la mesure où les paraphilies sans trouble sont tout de même définies comme des « paraphilies » relativement à l'idée qu'il existe des « intérêts sexuels normophiliques ». AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *DSM-5*, *op. cit.*, 2015, p. 808.

problèmes relatifs à la santé sexuelle[265]. Leur chapitre parent est bien celui des troubles mentaux et du comportement, non celui des problèmes de santé sexuelle. La définition holistique de la santé sexuelle couvre pourtant la dimension mentale. Le fait que ces troubles sexuels mentaux n'y figurent pas laisse entendre que les problèmes de bien-être mental en lien avec la sexualité ne sont pas d'une nature qui permet d'y inclure les troubles paraphiliques. Outre le passage à l'acte criminel, la détresse considérable (*markedly distress*) est le critère le plus typiquement mental des troubles paraphiliques, y compris lorsqu'il n'y a pas passage à l'acte. De plus, Reed *et al.* soulignent que « [l]es traitements fondés sur des données probantes pour les troubles paraphiliques sont presque entièrement de nature psychologique et psychiatrique, et nécessitent une expertise considérable en santé mentale pour être administrés »[266]. Ceci laisse entendre que l'ampleur de la détresse entraîne une différence qualitative entre ce qui peut être considéré comme un problème mental de santé sexuelle, pouvant être éventuellement pris en charge en sexologie, et un trouble sexuel mental relevant de la psychiatrie (et de la justice en cas de passage à l'acte).

N'est donc pas suivie la distribution syndromique des problèmes de santé sexuelle proposée par la PAHO et la WAS au début des années 2000, dont nous avons vu qu'elle incluait les paraphilies ainsi que le fait de commettre des violences sexuelles. Certes, les premières et les secondes n'étaient pas regroupées dans les mêmes syndromes, et cette distribution était antérieure à la distinction entre les paraphilies et les troubles paraphiliques. Mais figurent tout de même les violences sexuelles dans les syndromes cliniques relatifs à la violence et à la victimation, et surtout, les paraphilies comprenaient la pédophilie, qui par définition légale exclut le consentement[267].

Les évolutions de la CIM-11 sont donc majeures sur le plan taxinomique, avec un chapitre spécialement dédiée à la santé sexuelle. Malgré la définition holistique de la santé sexuelle, toutefois, ce chapitre revient à la reproduction classique de la nosographie sexologique, à laquelle s'ajoute l'incongruence de genre, non homogène aux dysfonctions

---

[265] World Health Organization, *Beta Draft ICD-11*, *op. cit.*, 2018, p. 1260.

[266] « *Evidence based treatments for Paraphilic disorders are almost entirely psychological and psychiatric in nature and require substantial mental health expertise to administer* ». Reed et al., « Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11 », *art. cit.*, 2016, p. 215.

[267] Pan American Health Organization, *Promotion of Sexual Health: Recommendations for Action*, *op. cit.*, 2001, p. 20.

et douleurs sexuelles, et quelque peu isolée, au final, dans ce chapitre, même si son positionnement entraîne des conséquences importantes pour les personnes transgenres.

La partition entre le normal et le pathologique dans le domaine sexuel reste opératoire, avec une distinction claire entre les problèmes de santé sexuelle, qui relèvent de la sexualité normale, et les troubles paraphiliques, qui relèvent des troubles mentaux.

Persiste en outre, logiquement dans le cadre d'une classification des maladies, le fait que les problèmes relatifs à la santé sexuelle sont des problèmes, et qu'ils désignent ce qui doit être absent, et ce qu'il s'agit donc de traiter, pour l'effectivité de la santé sexuelle. Cette dernière apparaît encore essentiellement comme l'absence de dysfonction ou trouble, et non dans sa dimension positive d'état de bien-être. Dès lors, se pose la question de savoir en quoi la sexologie qui traite les syndromes répertoriés dans le chapitre sur les problèmes de santé sexuelle de la CIM-11, se distingue de la médecine sexuelle, qui se caractérise par le fait de reposer sur une définition négative de la santé sexuelle. Autrement dit, malgré son insistance sur le caractère positif de la définition de la santé sexuelle, la sexologie de la santé sexuelle n'en revient-elle pas, parce qu'elle consiste en une pratique clinique dont l'objet est de prendre en charge des problèmes sexuels qui constituent des obstacles à la santé, à une forme de médecine du sexe, constat que viendrait mettre en évidence la constitution du chapitre consacré aux problèmes relatifs à la santé sexuelle dans la CIM-11 ? La santé sexuelle serait, dans ce cas, un domaine classique de la médecine, qui s'inscrirait dans le mouvement, non moins classique, de médicalisation de la sexualité.

IV.2 — Médicalisation de la sexualité et *scientia sexualis*

IV.2.1 — Une médicalisation de la sexualité ?

La question de savoir si le champ de la santé sexuelle participe de et à la médicalisation de la sexualité mérite d'être posée à plusieurs titres. En plus de savoir si la sexologie de la santé sexuelle revient *in fine* à la médecine sexuelle, elle se pose du fait que ce que l'on désigne comme la médicalisation de la sexualité depuis les années 1970, se rapporte au style d'appréhension psychopathologique. Or, nous avons vu que l'émergence et les usages du concept de santé sexuelle relèvent d'un autre style d'appréhension. Dès lors que nous distinguons, en sus du style organisé autour du concept de perversion sexuelle, un style psychophysiologique et environnemental-social dont le concept clé est celui de santé sexuelle, antonyme et contraire du concept clé du style psychopathologique, la question de savoir si le modèle de la santé sexuelle relève de la médicalisation de la sexualité est légitime. Il se peut qu'il en procède, mais alors d'une façon différente de la psychopathologie sexuelle. Il se peut, également, que la caractérisation comme médicalisation de la sexualité ne soit appropriée qu'au domaine de la psychopathologie sexuelle. Quoi qu'il en soit, compte tenu de la distinction des styles d'appréhension que nous faisons, et du fait que les théoriciens de la médicalisation de la sexualité, tels Foucault et Davidson, ne s'appuient que sur un seul de ceux-ci, nous considérons que le champ de la santé ne peut être réduit de manière évidente au champ de la médecine. Tout comme

Canguilhem conteste l'homogénéité entre la santé et la maladie, peut-être y a-t-il, au moins, à questionner une supposée identité de nature entre les discours de santé sexuelle et ceux de perversion sexuelle. Rappelons ici le propos de Ketting, défendant l'intérêt que présente la santé sexuelle en elle-même, et justifiant qu'elle soit distinguée de la santé reproductive[1]. L'un de ces éléments de distinction est que, selon lui, la santé sexuelle ne relève pas du champ de la médecine, contrairement à la santé reproductive. Ainsi, affirme-t-il, la santé sexuelle « n'est pas principalement une question de diagnostic, de traitement ou de soins médicaux, mais de manque de connaissances, d'acceptation de soi, d'identité, de communication avec le partenaire et de questions connexes »[2].

Toutefois, si la sexologie de la santé sexuelle devait se réduire aux questions de diagnostic, de traitement et de soins médicaux, et ainsi être rabattue sur la médecine sexuelle, se poserait celle de la signification des éléments positifs dans le champ sanitaire. Il y a à tout le moins une sanitarisation du bien-être sexuel, qui consiste non seulement en une sanitarisation du physique et du mental, mais aussi du social et du juridique. La santé sexuelle ne serait pas seulement une région de la sexualité, mais cette dernière se ramènerait entièrement à sa dimension sanitaire. Ceci pose la question de la légitimité d'un tel renversement, qui s'ajoute à celle de savoir si la sanitarisation de la sexualité est une médicalisation de celle-ci.

De la sexologie médicale à la médecine sexuelle

Nous avons vu avec Abraham et Pasini que la rencontre entre la sexologie et le concept de santé sexuelle a constitué une occasion de faire reconnaître la sexologie comme une spécialité médicale, ou à tout le moins comme étant l'affaire des médecins relevant d'un enseignement universitaire. L'éclatement des aspects sexologiques dans différentes spécialités médicales devait laisser place à la formation d'une discipline à part entière, regroupant les différents aspects médicaux de la sexualité, tout en ne se réduisant pas à la seule somme de ces aspects. Nous avons aussi vu que la nosographie proposée par ces

---

[1] Voir *infra*, p. 363.

[2] « *[Sexual health] is not primarily about diagnosis, treatment, or medical care but about lack of knowledge, self-acceptance, identity, communication with partner and related issues* ». KETTING, « Sexual Health is Something Different », *art. cit.*, 1996, p. 1. Cité par LOTTES, « New Perspectives on Sexual Health », *art. cit.*, 2000, p. 15.

auteurs, tout en étant plus vaste que celle que l'on retrouve chez Masters et Johnson, reste essentiellement fonctionnaliste et en grande partie anatomo-physiologique, sans que l'on puisse faire de véritables liens avec les éléments positifs de la définition de la santé sexuelle par l'OMS. C'est qu'en tant que sexologie médicale, ses objets résident dans ce à quoi la santé sexuelle positive ne se réduit pas, à savoir l'absence de maladie, dysfonction ou infirmité d'ordre sexuel.

La question de savoir si la nosographie de la santé sexuelle comprend ou non les troubles paraphiliques ne modifie pas le modèle médical à l'œuvre. Certes, il s'agit d'une question importante sur le front de la distinction entre la sexualité normale et la sexualité pathologique, et nous avons décrit l'enjeu qu'a constitué le fait de considérer la sexologie comme une science et une thérapie de la sexualité dite normale. C'est aussi une question importante quant à l'extension du champ de ce que l'on considère comme normal en termes de sexualité. Mais que les troubles paraphiliques soient ou non des objets de la sexologie, et qu'ils intègrent ou non le champ des problèmes de santé sexuelle, ne modifie pas le modèle maladie/santé qui est mobilisé, où la santé se définit d'abord comme absence de maladie, que ce soit l'absence de dysfonctions sexuelles ou de troubles paraphiliques.

Pour autant, la sexologie médicale revient-elle à la médecine sexuelle ? En quoi consiste plus précisément cette dernière ? Le psychologue clinicien américain Michael A. Perelman a retracé l'histoire de la médecine sexuelle, qu'il fait débuter dans le dernier quart du XXe siècle, dans la suite de la « révolution sexuelle », de la généralisation de moyens de contraception efficaces dans la population des baby-boomers, et de la croissance de l'industrie pharmaceutique[3]. Plusieurs éléments ont posé les fondations de la médecine sexuelle, décrits par Perelman : la critique adressée à la psychanalyse au profit de l'approche cognitivo-comportementale ; l'approche taxinomique et quantitative de Kinsey qui a préfiguré l'importance épidémiologique qui caractérise la médecine sexuelle moderne sous la forme de la médecine fondée sur les preuves ; les études en laboratoire de Masters et Johnson sur la base desquelles les deux sexologues ont formalisé leur modèle de la réponse sexuelle, qui constitue lui-même le soubassement de la nosographie des

[3] PERELMAN, « The history of sexual medicine », *art. cit.*, 2014, pp. 138-139.

dysfonctions sexuelles ; et la combinaison des traitements médicaux et chirurgicaux d'un côté, et d'une démarche de conseil d'un autre côté, développée par Kaplan[4].

La sexologie médicale et la médecine sexuelle se sont donc nourri aux mêmes influences. Tout en étant psychanalystes, les sexologues italo-helvétiques qui ont porté le concept d'une sexologie médicale depuis Genève se sont inscrits dans le cadre d'une reprise des travaux béhavioristes de Kinsey puis de Masters et Johnson, qui s'est opérée à Genève avec Abraham et Pasini, mais aussi à Lausanne avec les psychiatres et psychanalystes Pierre-Bernard Schneider et Pierre-André Gloor, au point de pouvoir parler d'une « sexologie américaine *made in Switzerland* »[5]. De plus, toutes deux s'affirment comme appartenant au champ de la médecine, dans leur dénomination même. Que pour l'une la dimension médicale soit adjective, et pour l'autre nominale, et inversement pour la dimension du sexuel, ne paraît pas, à ce niveau, introduire une différence fondamentale. Ceci d'autant moins que Masters et Johnson, avec le médecin américain Robert C. Kolodny, publient en 1979 un *Textbook of Sexual Medicine*[6], qui, après les travaux de l'OMS dans lesquels Masters et Johnson sont cité · e · s, emploie le terme de « santé sexuelle ». On peut ainsi lire les propos suivants dans la préface :

> Au cours de la dernière décennie, le public et les professionnels ont remarquablement accepté la santé sexuelle comme un aspect légitime et nécessaire de la prestation moderne des soins de santé. (...) les chapitres abondamment référencés de [notre] texte donnent au lecteur l'occasion de se familiariser avec notre approche du sujet de la santé sexuelle.[7]

Le terme « santé sexuelle » se trouve dès lors associé à la médecine sexuelle, qui couvre un champ plus large que celui de la sexothérapie des dysfonctions sexuelles chez les femmes et chez les hommes. Elle se dessine selon une orientation biomédicale avec des chapitres de biologie comprenant l'anatomo-physiologie sexuelle et une description

---

[4] Ibid., pp. 139-141.

[5] Kraus, Mottier et Barras, « Kinsey, Masters & Johnson, et Kaplan en Suisse », *art. cit.*, 2017, p. 100. Les auteur.e.s signalent que dès après sa lecture du premier Rapport Kinsey, Schneider a requalifié les deux principales catégories de troubles sexuels du milieu du XXe siècle, l'impuissance et la frigidité, en problèmes d'accès à l'orgasme. Ibid., p. 106.

[6] Kolodny, Masters et Johnson, *Textbook of Sexual Medicine*, *op. cit.*, 1979.

[7] « *The past decade has seen a remarkable degree of public and professional acceptance of sexual health as a legitimate and necessary aspect of modern health-care delivery. [...] the thoroughly referenced chapters of [our] text provide the reader with an opportunity to acquire a familiarity with our approach to the subject of sexual health* ». Ibid., p. v.

des facteurs génétiques et endocriniens du développement sexuel, des chapitres sur les différents âges de la sexualité, plusieurs sur les dysfonctions sexuelles, mais aussi sur les problèmes organiques qui mobilisent différentes spécialités médicales (endocrinologie, gynécologie, urologie, oncologie…). S'ajoutent des chapitres sur les situations qui concernent de diverses manières la sexualité, comme la consommation de drogue, le handicap, la planification familiale, le viol, l'homosexualité et le transsexualisme. Figure également un chapitre consacré aux paraphilies. Le domaine de la médecine sexuelle s'avère plus proche, dans son extension, de celui de la sexologie médicale d'Abraham et Pasini, et va même au-delà en incluant les paraphilies (en en excluant l'homosexualité et le transsexualisme), terme qui va intégrer le DSM-III l'année suivante. En reprenant le terme de « santé sexuelle », Masters, Johnson et Kolodny étendent leur champ d'investigation par rapport à la sexothérapie conjugale, et proposent une première extension de la médecine sexuelle. Cependant, l'abord reste précisément très médical, et les aspects sociaux et culturels, développés dans les travaux de l'OMS sur la santé sexuelle, sont peu développés : « les lecteurs trouveront peu de données sur la recherche animale, les aspects sociologiques ou interculturels de la sexualité et les détails de la théorie ou technique psychothérapeutique générale »[8]. Les raisons avancées sont celle de la taille, de la lisibilité et du coût du volume. Mais cela donne une orientation signifiante à la médecine sexuelle, surtout, comme nous allons le voir, relativement aux aspects psychosociaux et psychothérapeutiques.

Malgré ce terreau commun à la sexologie médicale et à la médecine sexuelle, une différence de fond entre les deux reste significative au niveau des présupposés anthropologiques dont nous avons déjà parlé, à savoir la conflictualité intrapsychique. Dans deux textes rédigés après le voyage d'Abraham et Pasini aux États-Unis, lors duquel ils ont rencontré Masters et Johnson et ont visité plusieurs *sex-clinics* dont celle de Kaplan, les sexologues détaillent ce qu'ils considèrent comme les apports, mais aussi les limites de la

[8] « *[…] readers will find little mention of data involving animal research, sociologic or cross-cultural aspects of sexuality, and details of general psychotherapeutic theory or technique* ». Les éléments culturels sont cependant discutés à propos des paraphilies, pour souligner les difficultés à établir la distinction entre le normal et le pathologique à propos des comportements sexuels. Ibid., pp. v, 575.

sexothérapie américaine[9]. Par-delà certaines limites d'ordre technique et éthique, l'essentielle consiste dans le présupposé aconflictuel et l'orientation pragmatique du modèle général des approches américaines. À la fin des années 1970, la médecine sexuelle émergente comme la sexologie médicale promue auprès de l'OMS se réfèrent à la « santé sexuelle ». Mais les tensions entre la conception cognitivo-comportementale aconflictuelle et la conception psychodynamique conflictuelle de l'intrapsychique ne cessent de se renforcer. Les références à Kaplan et au « modèle psychanalytique […] considéré comme essentiel pour la compréhension psychodynamique de la dysfonction sexuelle »[10] traduisent l'espoir de ne pas voir la sexologie cognitivo-comportementale détrôner la psychanalyse. Mais nous avons vu, en étudiant Kaplan, comment même une position qui cherche à concilier « les apports de la psychanalyse et des thérapies du couple d'inspiration behaviouriste »[11] favorisaient le cognitivo-comportementalisme dans le contexte de plus en plus défavorable à la psychanalyse des années 1970, qui perdurera dans les années 1980.

L'ascendant du cognitivo-comportementalisme est d'autant plus prononcé que, d'une part, Pasini lui-même promeut la conception des dysfonctions sexuelles, mais aussi de la sexualité d'une manière plus générale, comme des objets médicaux, ainsi que le développement en Europe des sexothérapies inspirées des États-Unis. D'autre part, il reconduit des stéréotypes de la psychanalyse considérés comme dépassés. Alors qu'il aborde la question de l'origine sociale des couples qui consultent Masters et Johnson, et qu'il signale l'existence de deux centres de consultation situés dans des quartiers pauvres de New York, il souligne le fait que ceux-ci « ont rarement eu affaire à des couples de classe sociale basse ». Il donne comme explication de ce phénomène le fait que « l'idée même d'une thérapie sexuelle implique déjà un certain degré de différenciation sur le plan culturel, tandis qu'avant ce stade la sexualité n'est pas assimilée *à un fait médical* ni la dysfonction sexuelle *à une maladie* »[12]. C'est parce que la sexualité est un fait médical

---

[9] Abraham Georges et Pasini Willy, « Les nouvelles thérapies sexuelles aux USA », in: Geisendorf William et Pasini Willy (éds.), *Sexologie 1970-1973*, Genève, Médecine & Hygiène, 1974, pp. 233-236 ; Pasini Willy, « Les nouvelles thérapies sexuelles et les "sex clinics" », in: Abraham Georges et Pasini Willy, *Introduction à la sexologie médicale*, Paris, Payot, 1975, pp. 364-380. Le second texte, signé par Abraham et Pasini, est une version développée du premier, signé seulement par Pasini.

[10] Pasini, « Les nouvelles thérapies sexuelles et les "sex clinics" », *art. cit.*, 1975, p. 377.

[11] Ibid.

[12] Ibid., p. 369. Nous soulignons.

que la sexologie est médicale, et c'est le fait de concevoir, grâce à son niveau culturel, la sexualité selon un angle médical, qui permet d'envisager une sexothérapie.

À ceci s'ajoute le fait que Pasini souligne les apports des sexothérapies américaines intensives (avec des séances très rapprochées sur une période courte) — en particulier de celle de Kaplan — et qu'il déplore leur peu de développement en Europe, dans la suite des travaux de l'OMS : « Leur diffusion en Europe est particulièrement lente et un récent symposium à l'Organisation Mondiale de la Santé a montré qu'il n'existe pas plus de huit centres en Europe ». Pour y remédier, « [l]es thérapies sexuelles intensives devraient pouvoir s'insérer dans les différentes structures existantes qui seront choisies selon les conditions politiques locales »[13].

Enfin, alors que la psychanalyse fait l'objet de récriminations multiples, Pasini critique les affirmations de Kinsey et de Masters et Johnson qui nient l'existence, posée à partir des propos de Freud[14], de deux types d'orgasme chez les femmes, clitoridien et vaginal, pour ne parler que d'un orgasme unique. Pour Pasini, c'est là une manière « d'ignorer les possibilités de conflit entre ce qui est bon et ce qui serait mauvais », c'est-à-dire entre le normal et le pathologique sur le plan psychique[15]. Sans entrer dans les détails sur la théorie du processus différencié du complexe d'Œdipe selon le sexe anatomique et l'envie du pénis sur laquelle repose la conception freudienne, la persistance dans les années 1970 d'un tel propos, alors que les observations de Kinsey puis de Masters et Johnson ont accrédité la centralité du clitoris dans l'orgasme chez les femmes, ne favorise pas l'intérêt pour la psychanalyse face aux approches organo-physiologiques et fonctionnalistes des nouvelles sexothérapies, qui apparaissent comme plus égalitaires d'un point de vue féministe.

Ce contexte complexe permet de mettre en évidence les différences entre la sexologie médicale et les débuts de la médecine sexuelle, mais aussi de mettre en lumière la future prédominance du regard médical sur la sexualité, non pas, ici, dans son versant

---

[13] Ibid., p. 379.

[14] « Le clitoris joue [...] chez la toute petite fille le rôle de pénis, il est le siège d'une excitabilité particulière, l'organe qui procure la satisfaction auto-érotique. La transformation de la petite fille en femme est caractérisée principalement par le fait que cette sensibilité se déplace en temps voulu et totalement du clitoris à l'entrée du vagin ». FREUD Sigmund, *Introduction à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1961 (Petite Bibliothèque Payot), p. 297.

[15] PASINI, « Les nouvelles thérapies sexuelles et les "sex clinics" », *art. cit.*, 1975, p. 365.

psychopathologique classique depuis le XIXe siècle, mais dans son versant « normal ». Les usages du concept de santé sexuelle vont donc osciller entre une définition positive dans la suite de l'OMS, et une définition plus classiquement négative.

La médecine sexuelle va par ailleurs évoluer d'une façon qui va être d'autant plus résolument médicale qu'elle va connaître une domination de l'urologie et une forme d'éviction des approches sexothérapeutiques qui, certes, tiennent compte des facteurs biologiques, mais aussi psychologiques des dysfonctions sexuelles. Perelman explique que cette domination s'opère non seulement au détriment des sexothérapeutes et de la psychologie, mais aussi d'autres spécialités médicales s'occupant habituellement de sexualité, comme la gynécologie ou la psychiatrie[16]. Cette évolution a particulièrement été prononcée concernant « l'impuissance sexuelle », ou les troubles de l'érection, chez l'homme :

> Au cours des années 1980, il y a eu un changement progressif d'attitude, passant d'une vision psychologique, étiologique et thérapeutique au sein de la médecine et chez le grand public, à une conception qui met l'accent sur une compréhension organique et, subséquemment, sur des solutions chirurgicales et médicales.[17]

Le traitement des dysfonctions érectiles (DE) passe alors essentiellement par la revascularisation artérielle pénienne, l'implant pénien, la prothèse pénienne hydraulique, l'artériographie de l'artère pudendale, la cavernosographie dynamique, les injections intra-caverneuses et intra-urétrales, même si les résultats sont, comme le précise Perelman, peu probants[18]. Au cours des années 1990, les recherches financées par des laboratoires pharmaceutiques se sont poursuivies, afin d'étudier des moyens d'obtenir une érection moins intrusifs que, notamment, les injections. Les phénomènes physico-chimiques de l'érection ont pu être mis en évidence, et un médicament agissant sur ceux-ci a pu être conçu[19], qui a été mis sur le marché à la fin des années 1990[20].

Cette orientation physico-chimique va affirmer son caractère scientifique en faisant sienne la dénomination de médecine sexuelle, se démarquant ainsi de la sexologie.

---

[16] PERELMAN, « The history of sexual medicine », *art. cit.*, 2014, pp. 141-142.

[17] « *During the 1980s, there was a progressive attitudinal shift away from a psychological etiological and treatment view within medicine and the public at large to one emphasizing an organic understanding and, subsequently, surgical and medical solutions* ». Ibid., p. 142.

[18] Ibid. Toutes ces techniques consistent à mesurer et utiliser des éléments physiques, mécaniques et vasculaires de l'érection, sans considération de l'étiologie psychogène.

[19] Voir *infra* p. 98.

[20] PERELMAN, « The history of sexual medicine », *art. cit.*, 2014, pp. 142-144.

Au tournant du XXIe siècle, deux sociétés américaines d'urologie ont changé leur nom. La Société Internationale pour la Recherche sur la Sexualité et l'Impuissance (International Society for Sexual and Impotence Research -- ISSIR) est devenue la Société Internationale pour la Médecine Sexuelle (International Society for Sexual Medicine — ISSM), tandis que la Société de Recherche sur l'Impuissance de l'Association Américaine d'Urologie est devenue la Société de Médecine Sexuelle d'Amérique du Nord (Sexual Medicine Society of North America — SMSNA). En 2004, l'ISSM publie le premier numéro du *Journal of Sexual Medicine*[21], sous-titré « *basic science and clinical research in male and female sexual function and dysfunction* ». L'éditorial, signé par l'urologue américain Irwin Goldstein, définit la médecine sexuelle comme suit : « La médecine sexuelle peut être considérée comme la discipline médicale qui englobe l'étude, le diagnostic et le traitement des problèmes de santé sexuelle des hommes et des femmes »[22]. La même année, dans le troisième numéro, Goldstein revient sur le champ couvert par la médecine sexuelle. La psychologie y apparaît, mais les spécialités mobilisées relèvent clairement de la biomédecine et de la médecine du corps :

> [...] la médecine sexuelle englobe un grand nombre de spécialités, incluant mais sans y être limitée, l'anatomie, les sciences fondamentales, la biochimie, la cardiologie, l'endocrinologie, l'épidémiologie, la médecine familiale, la gynécologie, la médecine interne, la biologie moléculaire, la neurologie, la psychologie, la radiologie, la psychiatrie et l'urologie.[23]

Ce qui est considéré comme scientifique repose sur la recherche expérimentale et clinique, dont l'épidémiologie des facteurs de risque de la médecine fondée sur les preuves[24]. Les dysfonctions érectiles chez les hommes restent un focus important de la

---

[21] Ibid., p. 148. Plus précisément, en 2004 le *Journal of Sexual Medicine* est une publication de l'ISSIR, et devient une publication de l'ISSM en 2005.

[22] « *Sexual medicine may be considered as the medical discipline that embraces the study, diagnosis and treatment of sexual health concerns of men and women* ». GOLDSTEIN Irwin, « The Inaugural Issue of *The Journal of Sexual Medicine* (JSM) », *The Journal of Sexual Medicine* 1 (1), 2004, p. 1.

[23] « *[...] sexual medicine encompasses a vast number of specialties, including but not limited to anatomy, basic science, biochemistry, cardiology, endocrinology, epidemiology, family practice, gynecology, internal medicine, molecular biology, neurology, psychiatry, psychology, radiology and urology* ». GOLDSTEIN Irwin, « The *Journal of Sexual Medicine* Reflects the Broadened Scope of Sexual Medicine », *The Journal of Sexual Medicine* 1 (3), 2004, p. 235.

[24] GOLDSTEIN, « The Inaugural Issue of *The Journal of Sexual Medicine* (JSM) », *art. cit.*, 2004. Voir également GOLDSTEIN Irwin, « Evidence-Based Medicine for Clinical Decision Making in Sexual Health

médecine sexuelle, mais les autres dysfonctions comme celles liées à l'éjaculation, ou encore à l'orgasme chez les hommes comme chez les femmes, font l'objet d'articles dans ce premier numéro du *Journal of Sexual Medicine*. La nosographie pour les hommes, strictement fonctionnaliste et anatomo-physiologique, comprend : les dysfonctions érectiles, les troubles de l'orgasme et de l'éjaculation, le priapisme, et la maladie de La Peyronie (courbure du pénis lors de l'érection)[25]. Pour les femmes, elle est également fonctionnaliste (il s'agit toujours de dysfonctions sexuelles), mais elle inclut quelques éléments subjectifs : les troubles persistants ou récurrents de l'intérêt ou du désir sexuel, les troubles de l'excitation subjective et génitale, les troubles de l'orgasme, les douleurs et difficultés au cours de la tentative du rapport sexuel ou de l'acte sexuel complet[26].

En théorie cependant, les aspects psychosociaux ne sont pas négligés dans la prise en charge des dysfonctions érectiles chez les hommes par la médecine sexuelle. L'article qui dessine la nosographie pour les hommes consacre un passage à ces aspects, et les inclut dans ce qu'il appelle « l'algorithme de l'évaluation diagnostique de l'ED », comme faisant partie de l'évaluation de base[27]. Mais dans le traitement de l'ED, qui bénéficie lui aussi de son algorithme, ces aspects sont abordés par une démarche de conseil et d'éducation, qui s'insère elle-même dans un ensemble (l'algorithme) structuré par le traitement médical, c'est-à-dire en premier lieu la prise d'inhibiteurs de la PDE5 (viagra, etc.), dont il est dit qu'elle constitue « l'option de traitement préférentiel pour une large majorité des patients »[28] — les autres traitements médicaux étant d'autres traitements à prise orale, et des thérapies locales « pharmacologiques » ou « mécaniques »[29]. En cas d'échec de ces traitements, le diagnostic doit être réévalué et le traitement médical réajusté. Si

---

Care Management: Role of The *Journal of Sexual Medicine* », *The Journal of Sexual Medicine* 1 (2), 2004, pp. 125-127.

[25] Lue Tom F., Giuliano François, Montorsi Francesco, Rosen Raymond C., Andersson Karl-Erik, Althof Stanley, Christ George, Hatzichristou Dimitrios, Hirsch Mark, Kimoto Yasasuke, Lewis Ronald, McKenna Kevin, MacMahon Chris, Morales Alvaro, Mulcahy John, Padma-Nathan Harin, Pryor John, De Tejada Inigo Saenz, Shabsigh Ridwan et Wagner Gorm, « Summary of the Recommendations on Sexual Dysfunctions in Men », *The Journal of Sexual Medicine* 1 (1), 2004, pp. 6-23.

[26] Basson Rosemary, Althof Stan, Davis Susan, Fugl-Meyer Kirsten, Goldstein Irwin, Leiblum Sandra, Meston Cindy, Rosen Raymond et Wagner Gorm, « Summary of the Recommendations on Sexual Dysfunctions in Women », *The Journal of Sexual Medicine* 1 (1), 2004, pp. 24-34.

[27] Lue et al., « Summary of the Recommendations on Sexual Dysfunctions in Men », *art. cit.*, 2004, pp. 8, 11.

[28] « *PDE5 inhibitors are the preferred treatment option in the large majority of patients* ». Ibid., fig. 2.

[29] « *Pharmacological, Mechanical* ». Ibid.

l'échec persiste, des traitements oraux ou locaux doivent être envisagés, ainsi qu'une démarche de conseil et d'éducation. Si cela ne suffit toujours pas, alors le patient doit être adressé à un autre spécialiste, comme un urologue pour le recours aux traitements plus invasifs cités plus haut (injections, etc.), ou éventuellement un psychiatre ou un thérapeute « psychosocial »[30]. La place accordée à la psychothérapie est donc particulièrement réduite et est réservée aux situations d'échec persistant.

Pour l'anthropologue brésilienne Jane Russo comme pour Giami, ce qui caractérise la médecine sexuelle est précisément sa dimension biomédicale et pharmacologique, et plus généralement le mouvement de (re)médicalisation de la sexualité qu'elle opère, non pas par la psychiatrisation des perversions, mais par son adossement à la biologie à des fins médicales[31]. Outre les représentations genrées stéréotypées que traduisent la réduction organo-physiologique des dysfonctions sexuelles chez les hommes et la prise en compte d'éléments subjectifs psychologiques dans la nosographie des dysfonctions sexuelles des femmes, l'introduction de ces éléments psychologiques ne doit pas être dissociée du développement de la psychiatrie elle-même biologique, comme le rappelle Russo, qui parle d'une biologisation des comportements, qui s'effectue avec la mise en retrait des approches psychanalytiques[32]. Rappelons, avec Demazeux, l'orientation épistémologiquement néo-krapelinienne de la nosologie du DSM-III, qui est particulièrement attentive aux aspects comportementaux et biologiques de la maladie mentale, et dont le modèle épistémologique est celui développé par Hempel en 1959 lors d'une conférence organisée par l'American Psychopathological Association : néopositiviste et opérationnel, reposant sur l'observation des comportements pour élaborer les descriptions cliniques, et sur une classification qui procède non pas selon une démarche clinique, mais selon une logique des ensembles, qui consiste à distribuer les cas cliniques en fonction de catégories diagnostiques élaborées comme des concepts scientifiques quant à leur compréhension

[30] « *Psychosocial Therapist or Psychiatrist* ». Ibid.

[31] Russo Jane A., « A terceira onda sexológica: Medicina Sexual e farmacologização da sexualidade », *Sexualidad, Salud y Sociedad* (14), 2013, pp. 172-194 ; Giami Alain, « La médecine sexuelle : genèse d'une spécialisation médicale ? », *Histoire, médecine et santé* (12), 2017, pp. 131-147.

[32] Russo, « The third sexological wave », *art. cit.*, 2013, p. 182.

(fixée par des conditions nécessaires et suffisantes) et à leur extension (classe des individus qui remplissent ces conditions)[33]. Une telle orientation est mobilisée pour fonder la scientificité de la psychiatrie, et les références biologiques vont occuper une place de plus en plus prédominante dans les classifications des troubles mentaux. Ainsi, le DSM-5, dans lequel sont répertoriées les dysfonctions sexuelles, met en exergue, dans sa préface, l'« [i]ntégration des résultats scientifiques des recherches les plus récentes en génétique et en neuro-imagerie » :

> L'évolution de la structure des chapitres a tenu compte des recherches récentes en neurosciences et des études d'association génétique entre les groupes diagnostiques. Des facteurs de risque génétiques et physiologiques, des indicateurs pronostiques et certains marqueurs diagnostiques présumés sont mis en évidence dans le texte.[34]

La psychologie peut ainsi être elle-même ramenée à ses supposés déterminants biologiques, ou, à tout le moins, à ses soubassements neurologiques. Nonobstant, Russo souligne le caractère stéréotypé de la prise en compte par la médecine sexuelle de la dimension psychologique chez les femmes, qui, plutôt que d'étendre véritablement l'approche biomédicale aux femmes, apparaît comme une difficulté pour fonder une médecine sexuelle de façon aussi scientifique (objectivable et mesurable) que pour les hommes :

> […] la sexologie, en se transformant en Médecine Sexuelle dans son désir de devenir scientifique, renforce, avec ses nouvelles pratiques et ses nouvelles connaissances, l'ancienne hiérarchie de genre qui rapproche le masculin de l'objectivité et de la visibilité, et le féminin de la subjectivité et du mystère.[35]

La médecine sexuelle apparaît donc comme réductionniste, en se focalisant sur les aspects physico-chimiques de la sexualité dans une optique fonctionnaliste. Tout en s'inscrivant dans l'effort de développement scientifique à la suite de Kinsey et de Masters et Johnson, sa problématique principale, portée par les urologues, semble être la capacité coïtale plutôt que l'accès au plaisir. Certes, le modèle de la réponse sexuelle et de la

---

[33] HEMPEL Carl Gustav, « Fundamentals of Taxonomy », in: *Aspects of Scientific Explanation and other Essays in the Philosophy of Science*, New York, The Free Press, 1965, pp. 137-154. Voir DEMAZEUX, *Qu'est-ce que le DSM?*, *op. cit.*, 2013, pp. 53-58.

[34] AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *DSM-5*, *op. cit.*, 2015, p. liv.

[35] « *[…] a sexologia, transformando-se em Medicina Sexual em seu afã de tornar-se científica, reforça, com suas novas práticas e novos conhecimentos, a velha hierarquia de gênero que aproxima o masculino da objetividade e da visibilidade, e o feminino da subjetividade e do mistério* ». RUSSO, « The third sexological wave », *art. cit.*, 2013, p. 191.

sexothérapie qui en découle est fondé sur une approche fonctionnaliste fortement organo-physiologique. Mais la dimension psychologique, comprise selon une conception cognitiviste, n'en restait pas moins considérée pour elle-même et dans un cadre relationnel (conjugal). En ce sens, et ce même lorsque Masters et Johnson, avec Kolodny, publient leur *Texbook of Sexual Medicine*, il ne s'agit pas d'en évincer la démarche sexothérapeutique qui agit sur les représentations (comme la peur de l'échec), pour ne s'intéresser qu'à la « mécanique » de l'érection ou des autres « fonctions » sexuelles. L'influence que Masters et Johnson ont pu avoir aussi bien sur la sexologie médicale que sur la médecine sexuelle a donné lieu au développement de deux courants de la sexologie qui, comme le souligne Giami, « vont connaître des destins parallèles avec peu de contacts entre elles ». Ainsi :

> La sexologie continue à s'orienter vers la pluridisciplinarité en incluant au fil du temps les psychothérapies et les techniques de conseil, la santé sexuelle et les droits sexuels tandis que la médecine sexuelle s'oriente vers une pluridisciplinarité interne aux disciplines médicales telles que la chirurgie, l'endocrinologie, l'urologie et, dans une moindre mesure, la psychiatrie.[36]

Cette opposition est vraie aussi bien aux États-Unis que dans la médecine sexuelle francophone. Dans le premier numéro de la revue *Médecine sexuelle* publiée par la Société Francophone de Médecine Sexuelle, l'endocrinologue français Jacques Buvat signale les approches plus holistiques et qu'il qualifie d'humanistes en sexologie. Mais c'est sous la forme d'une référence historique, comme « racines » de la médecine sexuelle, qui a évolué depuis dans une direction « plus scientifique » et qui constitue « une prise en charge plus médicalisée des difficultés sexuelles », reposant sur la médecine fondée sur les preuves :

> La sexologie est née avec les sixties en Californie, sur fond de révolution sexuelle et de marijuana […]. Quarante ans plus tard, la médecine sexuelle s'identifie dans une prise en charge plus médicalisée des difficultés sexuelles. Sans pour autant méconnaître ses racines humanistes (et ce type de médecine restera toujours à la pointe des médecines globales, cherchant à intégrer aussi bien les aspects psychologiques et sociologiques que les aspects organiques plus classiquement médicaux dans une approche holistique), la médecine sexuelle s'affirme dans un essai de caractérisation de la pathologie sexuelle, et de formalisation d'une démarche plus systématisée de sa prise en charge. Elle se veut plus scientifique, et intégrée chaque fois que possible dans le courant international de la « médecine basée sur les preuves ».[37]

---

[36] Giami, « La médecine sexuelle », *art. cit.*, 2017, p. 137.

[37] Buvat Jacques, « Éditorial », *Médecine sexuelle* 1 (1), 2007, p. 5.

Nonobstant la référence historique très approximative et manifestement condescendante à la naissance de la sexologie, le propos établit clairement une dichotomie entre une sexologie articulée aux évolutions sociales et culturelles, holistique et porteuse de valeurs (humanistes), et une médecine sexuelle qui apparaît, par contraste, comme sérieuse, c'est-à-dire véritablement scientifique et « plus médicalisée ».

Au demeurant, ce n'est pas tant, comme nous l'avons vu, la référence à la santé sexuelle qui distingue la sexologie médicale de la médecine sexuelle, que des usages différents de ce concept, avec d'un côté une définition positive et holistique qui s'inscrit dans le cadre d'une approche sociale et juridique et qui, dans son versant négatif, inclut l'absence d'obstacles organo-physiologiques (*disease*), psychologiques (*illness*) et sociaux (*sickness*), et de l'autre une conception manifestement réductionniste qui consiste en l'absence d'entrave à la fonction sexuelle coïtale — ce qui revient à une définition négative centrée sur le concept strictement médical du problème de santé (*disease*).

Non seulement, ce réductionnisme met à distance une approche plus holistique des dysfonctions sexuelles, dont le modèle princeps est la dysfonction érectile, mais elle déplace la question de l'impuissance, avec ses résonances vitalistes (vigueur, énergie, vitalité) vers un modèle strictement physico-chimique qui ne permet pas de resituer la dysfonction dans le phénomène global de la vie. Elle procède ainsi à la réduction physico-chimique de la vie qui, dans la suite de la partition de Mayr entre la biologie fonctionnelle et la biologie évolutive, aborde les symptômes dans l'histoire circonscrite des causes proximales. La possibilité de conflits intrapsychiques en profondeur, dans le cadre d'une histoire individuelle plus longue et plus globale que celle de l'anamnèse *stricto sensu*, n'a aucun espace. La vie est rabattue sur les mécanismes physico-chimiques du corps, sans réinscription dans une véritable histoire qui, tout comme pour l'évolution des espèces pour Mayr, n'a pas de lois fixes. La partition opérée par Mayr entre le fonctionnalisme et l'évolution pour définir la biologie, entraîne au niveau individuel la fixation des personnes au niveau fonctionnel, et dépouille ainsi celles-ci de leur histoire, qui fait leur vie. Ce procédé est particulièrement accentué en médecine sexuelle, mais nous avons vu qu'il est déjà à l'œuvre dans la sexothérapie aussi bien de Masters et Johnson que de Kaplan, avec l'approche fonctionnaliste des problèmes sexuels et la focalisation sur leurs causes prochaines.

Sexualité, sanitarisation, médicalisation

La médecine sexuelle reviendrait ainsi à ne s'occuper que des aspects strictement médicaux, c'est-à-dire physiques, de la sexualité. Russo comme Giami voient précisément dans le développement de la médecine sexuelle un phénomène de médicalisation de la sexualité. Ceci laisse entendre qu'elle ne ferait pas que circonscrire un domaine médical de la sexualité, mais qu'elle procéderait à une forme de réduction de la sexualité à ses aspects médicaux. De fait, dès lors que l'on tend à considérer que le problème de la dysfonction érectile ou les autres dysfonctions sexuelles ont une étiologie essentiellement organo-physiologique, et que leur traitement relève de procédés médicaux, la sexualité se trouve ramenée au fonctionnement de ses organes et à sa chimie. Est-ce à dire que la sexologie médicale, quoi que médicale, ne procède pas, de son côté, à une forme de médicalisation de la sexualité, notamment parce qu'elle se revendique d'un concept positif de santé sexuelle ? Nous avons déjà vu que l'intégration du bien-être sexuel s'avérait en réalité difficile, dès lors que l'on entre dans le détail de la pratique sexologique et de sa nosographie, dans la mesure où l'intervention sexologique se justifie, précisément parce que médicale ou clinique, du fait de la présence d'une maladie, dysfonction ou infirmité sexuelle — raison d'être d'une nosographie sexologique. Mais dans l'hypothèse de la santé sexuelle définie comme état de bien-être physique, mental et social en lien avec la sexualité, qu'en est-il ?

Giami soutient que le concept de santé sexuelle participe à la médicalisation de la sexualité et à celle du bien-être :

> Le processus de modernisation de la sexualité qui a instauré l'optimisme sexuel, et qui a traversé toute la première partie du XXe siècle au plan des idées et de façon souterraine, trouve une légitimité sociale en entrant dans le champ de la santé et en s'inscrivant dans le processus de la médicalisation. La santé sexuelle, avec la place centrale qu'elle accorde au bien-être, dévoile et renforce la dérive du concept de santé vers le bien-être et vers la médicalisation du bien-être.[38]

[38] GIAMI Alain, « Santé sexuelle : la médicalisation de la sexualité et du bien-être », *Le Journal des psychologues* (250), 2011, p. 57.

Ce qu'il appelle le processus de modernisation de la sexualité désigne le fait de ne plus considérer que sa finalité est la reproduction, mais qu'elle est une composante essentielle de la personnalité et du bien-être individuel. Il rapporte ce processus, d'abord « souterrain », à Ellis, Moll et Freud — mouvement qui s'affirmera au grand jour avec Kinsey, Masters et Johnson. Ce processus est ensuite porté dans le domaine de la santé publique, à partir de la définition de la santé positive par l'OMS. Giami considère que le concept de santé sexuelle « se situe au carrefour de deux traditions » : la modernisation de la sexualité et la définition positive de la santé par l'OMS[39]. Si l'histoire du concept de santé sexuelle et sa reprise en santé publique sont antérieures à son institutionnalisation par l'agence de l'ONU, cette dernière légitime à tout le moins la sanitarisation de la sexualité selon une définition positive, en accomplissant l'identification entre les deux catégories associées depuis le XIXe siècle que sont la santé sexuelle et le bien-être.

Pour Giami, « [l]'introduction et le développement de la sexualité dans le domaine de la santé publique est une extension et une intensification de la médicalisation de la société […] et de la sexualité »[40]. Or, ceci suppose que la sanitarisation est une forme de médicalisation. Giami développe les arguments qui justifient une telle supposition. Il décrit trois piliers sur lesquels repose le processus de médicalisation : un corpus de connaissances scientifiques, une organisation sociale des professions de santé (formations, certifications, pratiques…), et un contrôle sociale et une régulation de la sexualité, reposant en particulier sur une idéologie de la santé[41]. La médicalisation est donc entendue d'emblée dans le cadre de l'exercice d'un biopouvoir, et pas seulement au plan épistémologique. Toutefois, sur ce dernier plan, s'opère une évolution qui modifie ce qui est entendu par « médicalisation » pour l'étendre à la sanitarisation. Dans la suite d'Illich, Giami estime en effet que la médicalisation repose en premier lieu sur le modèle clinique et curatif de la relation médecin/patient[42]. Mais ce modèle clinique, aussi bien sur les plans théoriques que pratiques, n'est plus exclusif dans le cadre de la santé publique :

---

[39] Ibid., p. 56.

[40] « *The introduction and development of sexuality in the field of public health is an extension and an intensification of the medicalization of society [...] and of sexuality* ». GIAMI, « Sexual Health: The Emergence, Development, and Diversity of a Concept », *art. cit.*, 2002, p. 6.

[41] Ibid.

[42] Contre Illich, Foucault affirme au contraire que la médecine « a toujours été une pratique sociale », et que « la médecine non sociale, la médecine individualiste, clinique, celle du rapport singulier » est un mythe. Voir FOUCAULT, « Crise de la médecine ou crise de l'antimédecine ? », *art. cit.*, 1994, p. 44.

> L'approche clinique individuelle est maintenant élargie par des références à l'éducation, à l'épidémiologie, aux statistiques, à l'économie et au droit. Le traitement clinique, en termes de relation médecin/patient, n'est donc devenu qu'une des nombreuses formes d'intervention actuellement pratiquées.[43]

Par rapport à la médicalisation qui s'effectuerait par l'entremise de la médecine sexuelle, il s'agit ici d'un autre processus : non pas celui d'une réduction de la sexualité à ses éléments organo-physiologiques ou encore physico-chimiques, mais celui d'une extension à des domaines qui, comme l'éducation, l'économie ou le droit, ne sont pas d'abord médicaux. Nous retrouvons dans ce dernier cas la définition de la médicalisation par le sociologue américain Peter Conrad : « La *médicalisation* décrit un processus par lequel des problèmes non médicaux sont définis et traités comme des problèmes médicaux, habituellement en termes de maladies ou de troubles »[44].

L'extension que donne Giami à la médicalisation de la sexualité couvre les domaines associés soit de longue date, soit plus récemment, au concept de santé sexuelle. L'éducation considérée comme phénomène social de masse lui est associée depuis le début du XXe siècle. Le domaine juridique, avec les droits sexuels, lui est associé depuis la fin du XXe siècle. Quant à l'économie, si l'on songe à ce que l'on appelle l'économie de la santé, elle est articulée à la médicalisation en général au moins depuis le XIXe siècle, avec ce que Foucault appelle la « médecine de la force de travail » ou « médecine des pauvres », dont il situe l'émergence en Angleterre[45]. Concernant spécifiquement la sexualité, c'est au cours du XXe siècle que les systèmes de santé vont prendre en charge des interventions médicales (ne serait-ce que des prescriptions) en rapport avec le sexe, en particulier depuis la seconde moitié du XXe siècle, depuis la généralisation de la pilule contraceptive jusqu'à la consommation d'une médication contre les troubles de l'érection, en passant par les traitements contre le VIH, pour ne citer que ces exemples[46].

---

[43] « *The individual clinical approach is now being broadened by references to education, epidemiology, statistics, economics, and law. Clinical treatment, in terms of a doctor/patient relationship, has thus become only one of the many forms of intervention currently being practiced* ». GIAMI, « Sexual Health: The Emergence, Development, and Diversity of a Concept », *art. cit.*, 2002, p. 7.

[44] « Medicalization *describes a process by which nonmedical problems become defined and treated as medical problems, usually in terms of illnesses or disorders* ». CONRAD Peter, « Medicalization and Social Control », *Annual Review of Sociology* 18, 1992, p. 209.

[45] FOUCAULT Michel, « Histoire de la médicalisation », *Hermès, La Revue* 2 (2), 1988, p. 26.

[46] Concernant l'épidémiologie et les statistiques, nous avons déjà développé ces questions à propos de l'épidémiologie clinique et de l'*evidence-based medicine*. Voir *infra* p. 479 sq.

Cependant, si la référence à un processus de réduction d'un côté, et à un processus d'extension de l'autre pose question sur ce que l'on entend par « médicalisation » et sur le caractère éventuellement multiforme de celle-ci, le point commun entre les deux consiste dans le fait de coder les problèmes, qu'ils soient physiques ou sociaux, en terme de maladie. La médicalisation de la sexualité par l'entremise du champ de la santé sexuelle s'entend alors au sens où cette dernière réfère à la maladie (en un sens général), en tant qu'elle en est l'absence. La sanitarisation de la sexualité pourrait dès lors être considérée comme relevant d'une médicalisation de celle-ci en raison d'une définition négative de la santé.

En ce sens, elle s'inscrirait en effet dans la continuité de la médicalisation de la sexualité opérée sous l'angle psychopathologique, parce que la santé ne se définit que comme l'absence de pathologie. C'est ce que l'on peut déduire du propos de Foucault lorsque, dans *La volonté de savoir*, il parle de « la médicalisation de l'insolite sexuel », par laquelle « les bizarreries du sexe relèvent d'une technologie de la santé et du pathologique »[47]. La continuité énoncée par Foucault entre la santé et la pathologie[48] repose sur l'évidence d'une codification de la santé relativement à la pathologie, en ce qu'elle n'est rien positivement en elle-même. Dès lors, tout comme la maladie, la santé relève « [d]es techniques, [d]es formes d'intervention de la médecine », selon « une démarche perpétuelle de médecine sexuelle »[49]. C'est à cette condition, nous semble-t-il, que l'on peut parler de médicalisation à propos d'un processus de sanitarisation.

La sanitarisation de la sexualité par l'OMS

La sanitarisation de la sexualité par l'OMS est très large. L'ambition holistique et positive de ses travaux se traduit par un abord sanitaire non seulement des éléments physiques, mentaux, sociaux et juridiques de la sexualité, mais aussi de l'éducation sexuelle et donc des conduites sexuelles et de leur éthique, et finalement de la sexualité dans son ensemble, à laquelle la santé sexuelle tend à être substituée.

---

[47] FOUCAULT, *La volonté de savoir*, *op. cit.*, 1976, p. 61.

[48] Que cette continuité revienne à une homogénéité ou non n'a pas d'incidence sur le fait de définir la santé comme absence de maladie. Soit l'absence de maladie se différencie qualitativement de sa présence, soit elle s'en différencie quantitativement, mais dans tous les cas elle en est l'absence.

[49] FOUCAULT, *Les anormaux*, *op. cit.*, 1999, p. 238.

Nous l'avons vu, dans les rapports des années 1970, l'éducation sexuelle entre dans le champ de compétences des professionnel · le · s de santé. Et dès la première ligne de la préface du premier rapport, c'est d'éducation sanitaire dont il s'agit : « De toute les formes d'éducation sanitaire, celle qui consiste à administrer des conseils et un enseignement dans le domaine du comportement sexuel est aussi celle qui demande le plus de tact »[50]. C'est en vue d'œuvrer à cette éducation que le rapport préconise de former l'ensemble des professionnel · le · s de santé aux questions de sexualité. Un double mouvement est à l'œuvre : celui d'intégrer l'éducation au domaine sanitaire, et celui de rabattre l'éducation à cette dimension sanitaire qui lui est attribuée. Ce deuxième point paraît légitime dans la mesure où les éducateurs et éducatrices dont il s'agit sont des médecins, des infirmières ou sages-femmes[51], des spécialistes d'éducation sanitaires[52]. Mais on trouve également les assistantes sociales[53]. Pourtant, ce ne sont pas des professionnelles de santé. Ce qui justifie leur recension dans le rapport est leur rôle de conseil : « Les *assistantes sociales* interviennent avant tout au niveau du vécu quotidien global, et, en tant que conseillères, elles se trouveront confrontées à des problèmes qui, par leur forte charge ou leur résonance sexuelle, risquent de leur sembler choquants »[54]. Il s'agit donc de les former également. Nous avons déjà vu que le périmètre des professionnel · le · s de santé n'est pas restreint aux professions médicales, ni à celles qui, dans le domaine de l'éducation, relèveraient d'une spécialité de la branche médicale de celle-ci — comme la ou le spécialiste en éducation sanitaire. Dès lors, la réduction de l'éducation sexuelle à sa dimension sanitaire ne s'entend pas dans le sens d'une focalisation sur des aspects éducatifs spécifiques du fait des professions des personnes à former, mais au sens où l'éducation sexuelle dans sa globalité est entendue comme sanitaire. Le cercle des professions concernées par l'éducation sanitaire va au-delà de celles qui sont strictement médicales et sanitaires, pour inclure toutes celles qui sont confrontées, dans leur exercice, à des questions qui relèvent de l'éducation sexuelle. C'est à ce titre que le conseil peut être

[50] Mace, Bannerman et Burton, *L'enseignement de la sexualité humaine dans les établissements formant les personnels de santé*, *op. cit.*, 1974, p. 7.

[51] Le rapport n'envisage pas les professions d'infirmière et de sage-femme au masculin.

[52] Mace, Bannerman et Burton, *L'enseignement de la sexualité humaine dans les établissements formant les personnels de santé*, *op. cit.*, 1974, pp. 16-17.

[53] Cette profession n'est quant à elle pas envisagée au masculin.

[54] Mace, Bannerman et Burton, *L'enseignement de la sexualité humaine dans les établissements formant les personnels de santé*, *op. cit.*, 1974, pp. 16-17.

considéré comme sanitaire, et l'on retrouve là l'influence de Calderone et de l'association de l'éducation sexuelle à la santé sexuelle et à la médecine préventive[55].

Rappelons que l'éducation sexuelle est considérée comme un moyen pour répondre aux exigences des sociétés face à la sexualité. Ces exigences ont évolué rapidement au cours du XXe siècle (émancipation des femmes, planification familiale, etc.). Ces évolutions provoquent des décalages et des tensions entre les repères traditionnels et les comportements sexuels actuels, ce qui nécessite de développer l'éducation sexuelle, qui devient de première importance (le rapport parle d'« avènement de l'éducation sexuelle »[56]). Nous nous souvenons que le but de l'éducation sexuelle pour l'OMS est « d'aider les individus à bien conduire leur vie sexuelle »[57]. Dans la mesure où cette éducation relève des compétences des professionnel · le · s de santé, sont articulés le domaine sanitaire, comme région du savoir, et le domaine moral, comme région des pratiques, par le truchement du domaine éducatif, qui consiste en la transmission du savoir pour garder et atteindre la santé, afin d'orienter les conduites.

Ceci nous amène au caractère sanitaire de l'éthique des conduites, dont nous avons pu constater qu'il est persistant dès le XIXe siècle et l'hygiénisme domestique. « Bien conduire sa vie sexuelle » met l'accent sur l'idée d'un bien, auquel il peut être fait obstacle du fait de « carences éducationnelles », qui doivent être prise en charges par les médecins et infirmières[58]. Le fait que ces « carences » doivent être prises en charge par ces personnels non seulement attribue un rôle éducatif aux professionnel · le · s de santé, mais détermine la valeur de la conduite sexuelle eu égard à la dimension axiologique de la santé. Comme nous l'avons vu avec Boorse, la santé est chargée d'une valeur positive, à tel point que l'on peut être amené à considérer que cette valeur est intrinsèque à son concept. En assimilant le bien-être et la santé, la définition de l'OMS intègre précisément cette valeur positive à la santé sexuelle. Le bien dont il est alors question prend sa charge axiologique de la valeur de la santé. Dès lors, l'éducation sexuelle se trouve elle-même comprise en relation avec la santé, et prend ainsi un sens sanitaire qui paraît en faire toute la valeur.

---

[55] Voir *infra* p. 343.

[56] MACE, BANNERMAN et BURTON, *L'enseignement de la sexualité humaine dans les établissements formant les personnels de santé*, *op. cit.*, 1974, p. 9.

[57] Ibid.

[58] Ibid.

Cette sanitarisation de l'éducation sexuelle et de l'éthique des conduites sexuelles se comprend à partir de la promotion du concept de santé sexuelle. Mais cette dernière pourrait être considérée comme une région de la sexualité, de même que celle-ci peut légitimement faire l'objet d'un regard médical strict, dès lors que ce que l'on désigne par le terme de « sexualité » est construit sur le fait de la sexuation des corps, à laquelle sont associées des pathologies physiques spécifiques (endométriose, cancer du col de l'utérus, maladie de Lapeyronie, cancer de la prostate, etc.). Cependant, les travaux de l'OMS vont plus loin, et tendent à procéder à une sanitarisation de la sexualité dans son ensemble. Ainsi, dans le rapport de 1975, la définition de la santé sexuelle est proposée comme pouvant aider à définir la sexualité humaine, et pas seulement ce qui concerne la santé dans celle-ci. Le rapport dit en effet que « [s]'il est indéniablement difficile de parvenir à une définition exhaustive et universellement acceptable de la sexualité humaine, peut-être la définition suivante pourrait-elle y contribuer »[59]. Suit alors la définition de la santé sexuelle comme intégration des aspects somatiques, affectifs, intellectuels et sociaux de l'être sexué. Puis s'ajoutent les trois éléments du concept de santé sexuelle énoncés dans le premier rapport, dont nous avons vu qu'ils incluent l'éthique aussi bien personnelle que sociale et partant les comportements, ainsi que des facteurs psychologiques et physiques. Nous avons donc affaire à un concept de santé sexuelle qui non seulement s'étend au-delà de la seule absence de maladies ou de dysfonctions, mais qui subsume sous le concept de santé des éléments qui ressortissent de la sexualité non considérée habituellement sous l'angle de la santé.

Nous observons ainsi le mouvement d'un glissement de la sexualité humaine à la santé sexuelle, qui tend à ramener la première à la seconde. La préface du rapport de 1974 se donnait comme but de « déterminer comment les différences socio-culturelles et psycho-sexuelles en matière de comportement sexuel et de sexualité humaine influent sur la santé et conditionnent le rôle et les fonctions du médecin et de l'infirmière dans la prestation des soins de santé »[60]. Or, plutôt que de comprendre comment la sexualité humaine peut avoir des conséquences sur la santé sur le plan sexuel en tenant compte

[59] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Formation des professionnels de la santé aux actions d'éducation et de traitement en sexualité humaine*, *op. cit.*, 1975, p. 6.

[60] MACE, BANNERMAN et BURTON, *L'enseignement de la sexualité humaine dans les établissements formant les personnels de santé*, *op. cit.*, 1974, p. 7.

des contextes socio-culturels, les auteur · e · s ont étendu le rôle des professionnel · le · s de santé à l'éducation sexuelle et ont sanitarisé la sexualité, faisant de cette dernière dans son ensemble un objet sanitaire. Les contextes socio-culturels sont des variables qu'il s'agit de prendre en compte pour adapter les manières de mener l'éducation sexuelle, dont le but est de faire en sorte que les personnes adoptent une bonne conduite concernant leur sexualité — bonne conduite qui est déterminée en fonction de considérations sanitaires. Le modèle de santé sexuelle dans les travaux de l'OMS est donc celui de l'hygiène sexuelle étendue à la sexualité considérée globalement, du fait de la définition positive et holistique de la santé sexuelle. Tandis que chez Bigelow, l'hygiène et la santé sexuelle ne correspondaient qu'à une région de l'éducation sexuelle et de la sexualité, elles couvrent ces deux dernières dans la conception de l'OMS.

La sanitarisation est-elle une médicalisation ?

Pour autant, la sanitarisation de la sexualité est-elle une forme de sa médicalisation ? Peut-on en effet parler de médicalisation de la sexualité à propos du concept positif de santé sexuelle, qui ne se définit précisément pas seulement par l'absence de maladie, dysfonction ou infirmité sexuelle ? Le concept holistique et positif de santé sexuelle procède bien à une extension du domaine sanitaire. Mais en ne se réduisant pas à l'absence de maladie, cette extension ne procède pas de la même manière que celle d'une médicalisation où la santé revient à l'absence de maladie. L'un des enjeux de la conception positive de la santé sexuelle est d'ailleurs d'embrasser un champ qui outrepasse les frontières du champ de la médecine entendue comme ce qui traite des maladies (*diseases*) sur le plan curatif comme préventif, et ce, même lorsqu'il est considéré qu'elle est l'objet de la sexologie médicale.

Conrad établit une distinction entre médicalisation et sanitarisation :

> La médicalisation propose des causes et des interventions biomédicales ; la sanitarisation propose des causes et des interventions liées au mode de vie et au comportement. L'une transforme le moral en médical, l'autre le sanitaire en moral.[61]

[61] « *Medicalization proposes biomedical causes and interventions; healthicization proposes lifestyle and behavioral causes and interventions. One turns moral into the medical, the other turns health into the moral* ». CONRAD, « Medicalization and Social Control », *art. cit.*, 1992, p. 223.

La distinction s'effectue à deux niveaux : un niveau étiologique circonscrit au biologique d'un côté, étendu au style de vie de l'autre ; et un niveau qui se situe dans le rapport à la morale, avec une recodification de questions morales en questions médicales d'un côté (ce fut le cas concernant la sexualité au XIXe siècle, avec la psychopathologisation du vice), et une axiologisation morale de la santé de l'autre.

De ce point de vue, l'hygiénisme sexuel protestant relevait de la sanitarisation sans qu'il s'agisse d'une médicalisation. Mais ce fut d'une manière différente de la sanitarisation de la sexualité par l'OMS. L'hygiénisme anglo-américain du XIXe siècle a promu une éthique au nom de la santé sexuelle à partir d'une conception de la santé comme absence de maladie, contrairement à l'OMS. Il ne s'agissait pour autant pas d'une médicalisation, dans la mesure où si la santé n'était pas elle-même directement définie comme état de bien-être, elle était tout de même intimement associée au bonheur et à l'idée de vitalité. Elle était donc bien articulée à une dimension positive au-delà de l'absence de maladie, mais dans un rapport extérieur. La définition positive de la santé développée dans la seconde moitié du XXe siècle et reprise par l'OMS a, nous l'avons dit, internalisé cette dimension positive. En ce sens, elle a parachevé la sanitarisation de la sexualité au sens proposé par Conrad. Ceci se traduit par le fait de ne pas seulement faire de la santé une condition du bonheur, mais d'en faire le bonheur lui-même. Dans tous les cas, ce dernier étant considéré, dans l'eudémonisme en général et l'utilitarisme en particulier, comme la finalité de la vie, la santé devient cette finalité, ce qu'exprime le sociologue américain Irvin Kenneth Zola en ces termes, en citant la définition de l'OMS : « La santé elle-même n'est pas seulement devenue le moyen d'atteindre une finalité plus large, mais la fin en soi, non plus l'un des piliers essentiels du bien vivre, mais la définition même de ce qu'est le bien vivre »[62].

Cette valorisation morale de la santé est ce que Zola appelle le santéisme[63]. Mais pour lui, le santéisme appartient à la médicalisation, et il ne développe pas l'idée d'un

---

[62] « *Health itself became not merely the means to some larger end but the end in itself, no longer one of the essential pillars of the good life but the very definition of what is the good life* ». ZOLA Irving Kenneth, « Healthism and Disabling Medicalization », in: ILLICH Ivan, ZOLA Irving Kenneth, MCNIGHT John et al. (éds.), *Disabling Professions*, London, Marion Boyars, 1977, p. 51.

[63] Le sociologue français Mauro Turrini retrace la généalogie du santéisme. Nous nous appuyons en partie sur celle-ci dans les lignes qui suivent. TURRINI Mauro, « A Genealogy of "Healthism": Healthy Subjectivities between Individual Autonomy and Disciplinary Control », *Eä - Journal of Medical Humanities & Social Studies of Science and Technology* 7 (1), 2015, pp. 11-27.

processus distinct tel que le fait Conrad avec le concept de sanitarisation. Il considère ainsi que le santéisme procède de la science médicale, et qu'il conduit à appréhender les problèmes de santé comme devant être résolus de manière médicale et technique, et non sur le plan politique et social. Dans ce cadre, la responsabilité sociale dans la santé des populations (accès aux systèmes de soins, économie de la santé…) est déplacée vers la responsabilité individuelle — dont nous avons vu qu'elle est particulièrement mise en avant depuis le XIXe siècle en matière de santé sexuelle. L'éthique des conduites sexuelles serait alors à comprendre, dans cette optique, comme une déresponsabilisation de la société et une dépolitisation des questions de santé. Ce processus se ferait d'autant mieux que la santé, dès lors qu'elle est définie comme le bien-être physique, mental, émotionnel et social, renvoie au style de vie dont chacune et chacun a la responsabilité pour soi-même[64]. C'est en ce sens que le politiste américain Robert Crawford entend le santéisme, comme « la préoccupation de la santé en tant qu'objet principal — souvent *le* principal — pour la définition et la réalisation du bien-être ; un objectif qui doit être atteint surtout par la modification des styles de vie, avec ou sans aide thérapeutique »[65]. La médicalisation inclut donc la préservation de la santé comme état de bien-être, qu'elle engage ou non le corps médical.

Le point particulièrement intéressant avec Crawford est qu'il inclut dans le processus de médicalisation par le santéisme, les mouvements contestant la déshumanisation des soins et l'objectivation des patientes et des patients opérées par le réductionnisme médical. Autrement dit, les promotrices et promoteurs d'une conception holistique de la santé centrée sur la patiente ou le patient, dont le santéisme est caractéristique, participent, selon lui, à la médicalisation. Se rejoue ici l'opposition du XIXe siècle entre la médecine « orthodoxe » et les médecines « alternatives » vitalistes. Crawford décrit le mouvement de la santé holistique de la manière suivante :

> Le mouvement de la santé holistique […] représente un défi remarquablement diversifié pour la médecine orthodoxe […]. Il comprend un éventail de soignants non allopathiques

[64] La diversité des modes de vie, renvoyant à une appréciation individuelle de ceux-ci, était justement un argument du rapport de l'OMS/Europe de 1987 contre une définition unique de la santé sexuelle. Voir *infra* p. 448.

[65] « *[…] healthism is defined here as the preoccupation with personal health as a primary-often the primary-focus for the definition and achievement of well-being; a goal which is to be attained primarily through the modification of life styles, with or without therapeutic help* ». CRAWFORD Robert, « Healthism and the Medicalization of Everyday Life », *International Journal of Health Services* 10 (3), 1980, p. 368.

> et leurs clients, ainsi qu'un groupe encore plus important d'adhérents qui ont adopté plusieurs de ses principes dans une philosophie de santé et de vie. […] La santé holistique considère la maladie et la santé non seulement comme une affaire physique, mais aussi comme une affaire émotionnelle, mentale et spirituelle. Intéressés par l'individu tout entier, les soignants holistiques parlent de traiter la personne, pas la maladie.[66]

Crawford compte également parmi les mouvements opposés au réductionnisme médical celui du *self-care* et du *self-help*, qui partage avec celui de la santé holistique la centralité de l'individu dans le soin et partant, la mise en valeur de la responsabilité individuelle. Si, à l'époque contemporaine, le *self-care* consiste surtout à transférer au niveau individuel les compétences médicales des professionnel · le · s de santé, il constitue également une mise au défi de la médecine institutionnelle, avec la promotion d'une « médecine sans docteurs »[67]. Quoi qu'il en soit, nous retrouvons sous la plume de Crawford deux types de mouvements opposés au réductionnisme médical objectivant, dont nous avons décrit la communauté de style d'appréhension au XIXe siècle en retraçant les discours de santé sexuelle. Quoi que l'auteur ne traite pas spécifiquement de santé sexuelle, il cite, dans le processus de médicalisation par le santéisme, « les problèmes de fonctionnement sexuel », devenus l'objet de diagnostics médicaux[68].

Mais paradoxalement, selon Crawford, ces mouvements aboutiraient au résultat contraire à celui qu'ils défendent. Le santéisme de ceux-ci impliquerait « une médicalisation plus poussée de notre culture et, en particulier, une médicalisation de la façon dont le problème de la santé est compris »[69]. Et ce, parce qu'ils reconduisent l'abord individualiste de la santé et de la maladie porté par le réductionnisme médical.

On pourrait considérer que les remarques de Crawford ne concernent pas l'OMS, en particulier du fait qu'en tant qu'organisation de santé publique, et parce qu'elle inclut le bien-être social et, à propos de la santé sexuelle, les droits sexuels, elle ne promeut pas une conception individualiste de la santé. Mais Crawford considère que « l'Organisation

---

[66] « *The holistic health movement […] is a remarkably diverse challenge to orthodox medicine […]. It includes an array of non-allopathic healers and their clients and an even larger assemblage of adherents who have adopted many of its principles into a health and life philosophy. […] Holistic health sees illness and health as not simply a physical matter, but also as emotional, mental, and spiritual. Interested in the whole individual, holistic healers talk of treating the person, not the disease* ». Ibid., p. 366.

[67] Ibid.

[68] « *[…] problems with sexual functioning* ». Ibid., p. 370.

[69] « *[They entail] a further medicalization of our culture, and, in particular, a medicalization of how the problem of health is understood* ». Ibid., p. 369.

mondiale de la santé a adopté une définition de la santé qui préfigure l'attachement contemporain au sens de ce concept »[70]. La déresponsabilisation du collectif se produirait d'abord par le fait de recoder les problèmes politiques, économiques et sociaux en problèmes de santé, le corps médical devenant le gardien du bien-être social. Dès lors, les contours de la responsabilité eu égard à ces problèmes s'estompent, et la santé devient le sésame du soulagement de la souffrance humaine. Dans la mesure où celle-ci est aussi présentée comme une affaire personnelle, en particulier avec la question des styles de vie (tabagisme, alcoolisme, rapports sexuels non protégés…), c'est alors la responsabilité individuelle qui est mise en avant[71].

L'argument de Crawford est donc d'ordre socio-politique. L'abord épistémologique est ignoré. Ainsi, la question de savoir si le niveau de scientificité des discours santéistes introduit des différences entre les approches holistiques « non allopathiques »[72] et spiritualistes, et celles qui critiquent le réductionnisme médical tout en se positionnant comme scientifiques, n'est pas envisagée. N'est pas non plus interrogé le santéisme relativement à la médicalisation comme problème épistémologique, mais seulement comme développement idéologique. Le prisme de la santé est équivalent, dès lors, à celui de la maladie. L'approche socio-critique nivelle ainsi les niveaux de scientificité et amalgame les discours sanitaires et les discours médicaux, alors même que la santé est conçue comme ne se réduisant pas à l'absence de maladie.

Cependant, et en repartant de la conception de la sanitarisation par Conrad, on ne peut rabattre les discours de prévention, et encore moins d'optimisation de la santé — c'est-à-dire ici du bien-être — sur les discours médicaux. Certes, l'idée de style ou de mode de vie est soluble dans l'épidémiologie clinique des facteurs de risque. Mais dès lors que la différence qualitative entre la santé et la maladie tient non pas seulement à ce que la santé serait l'absence de maladie, mais un état de bien-être, entre en jeu une dimension non strictement médicale (elle l'est seulement partiellement, pour ce qui concerne l'absence de maladie dans les conditions du bien-être). Sans aucun doute, la sanitarisation et la médicalisation de la sexualité exercent un biopouvoir qui influe sur la formation des

[70] « *[…] the World Health Organization adopted a definition of health which stands as a forerunner of the contemporary attachment of meaning to the concept* ». Ibid., p. 381.
[71] Ibid.
[72] Pour reprendre le terme utilisé par Crawford mais qui appartient au lexique de l'homéopathie.

subjectivités par l'intériorisation de normes sociales. Incontestablement, l'hygiénisme domestique du XIXe siècle, comme l'hygiénisme social du tournant du XXe siècle et le discours de santé publique de l'OMS, véhiculent des normes sociales adossées au concept de santé sexuelle en valorisant l'éthique personnelle, la responsabilité individuelle et l'éducation en matière de sexualité. Mais cela ne suffit pas à faire de la sanitarisation de la sexualité un sous-ensemble de la médicalisation de la sexualité, ou à poser entre elles une parfaite identité. Aussi discutable que l'on puisse considérer l'assimilation de la santé et du bien-être, et donc le fondement de la différence qualitative entre la santé et la maladie ; aussi normative que l'on puisse juger la sanitarisation, tout autant que la médicalisation, l'amalgame entre ces deux dernières ne permet pas de mettre en évidence le fait qu'elles relèvent de deux styles d'appréhension qui, s'ils ne sont pas absolument étrangers l'un à l'autre, n'en sont pas moins distinguables. Ainsi, les discours de santé sexuelle que nous avons étudiés depuis le XIXe siècle ne reviennent pas purement et simplement aux discours de perversion sexuelle. Nous avons au contraire pu établir une distinction claire, non seulement sur le plan épistémologique, mais aussi sur le plan géographique, entre ces deux types de discours. Nous ne suivons donc pas Turrini lorsqu'il conclut que le santéisme ne fait qu'éclairer « l'expansion du discours médical au-delà des institutions et professions médicales », c'est-à-dire un phénomène de médicalisation[73].

Le santéisme n'est cependant pas univoque, et différents usages du concept de santé sexuelle à la fin du XXe siècle et au début de notre siècle en relèvent. Le sociologue américain Steven Epstein et la sociologue américaine Laura Mamo ont analysé ces usages depuis les années 1970[74]. Leur angle est également social et non épistémologique. À partir de bases de données de sources numériques (PubMed, presse nationale, sites internet), les sociologues ont ventilé les résultats obtenus sur le terme « *sexual health* » en problèmes sociaux selon une méthode inductive, qui se sont révélés être au nombre de six, pour chacun desquels la santé sexuelle apparaît comme l'énoncé d'une solution : endiguer

[73] « *[...] healthism [shed] light on the expansion of medical discourse beyond medical institutions and professions* ». TURRINI, « A Genealogy of "Healthism": Healthy Subjectivities between Individual Autonomy and Disciplinary Control », *art. cit.*, 2015, pp. 23-24.

[74] EPSTEIN et MAMO, « The proliferation of sexual health », *art. cit.*, 2017. S'appuyant sur les publications de Giami, Edwards et Coleman, et Sandfort et Ehrhardt, et ainsi orienté · e · s par le prisme de l'institutionnalisation du concept de santé sexuelle par l'OMS, leur étude ne remonte pas en amont des années 1970.

la propagation des infections sexuellement transmissibles, répondre aux défaillances du fonctionnement sexuel, maîtriser la croissance démographique et promouvoir l'autonomie procréatrice, résoudre les injustices liées à l'absence de droits sexuels, contenir les menaces de comportements sexuels irresponsables, promouvoir l'expression sexuelle (accès au plaisir). Ces significations sociales recoupent les significations sanitaires que nous avons mises en évidence sur les deux derniers siècles. Sans doute faudrait-il distinguer entre le problème du contrôle des naissances, qui a d'abord été compris en un sens néo-malthusien, de l'autonomie procréatrice. Mais dans les deux cas il s'agit bien de reproduction.

Tous les problèmes sociaux mis en relief par les deux sociologues s'inscrivent dans le cadre d'une concaténation de la sexualité et de la santé qui a pour objectif de légitimer les plans d'action en matière de sexualité. Nous avons vu plus haut[75] que Corrêa pointait déjà en 1997 ce rôle de légitimation joué par le terme de « santé sexuelle », « un bouclier pour la recherche et l'action dans le domaine de la sexualité »[76]. Epstein et Mamo reprennent cette idée également exprimée par la sociologue américaine Laura M. Carpenter, selon laquelle :

> [...] la popularité croissante du terme « santé sexuelle » peut refléter une tentative des chercheurs du monde entier de contourner l'opposition conservatrice, en supposant que la recherche sur la sexualité est plus susceptible d'être considérée comme justifiable si elle concerne la santé.[77]

Epstein et Mamo relèvent qu'un phénomène similaire de légitimation s'est produit à la fin du XIXe et au début du XXe siècle aux États-Unis, durant l'ère progressiste. Le terme légitimateur avancé par les sociologues est celui d'« hygiène sociale »[78]. Dans un autre article, Epstein précise que le terme « social » fonctionnait comme un euphémisme de « sexuel », et que celui d'« hygiène » était, selon l'expression de la sociologue et juriste

[75] Voir *infra* p. 499.

[76] CORRÊA, « From reproductive health to sexual rights », *art. cit.*, 1997, p. 109.

[77] « *the increasing popularity of the term ''sexual health'' may reflect an attempt by researchers worldwide to circumvent conservative opposition, under the assumption that research on sexuality is more likely to be deemed justifiable if it concerns health* ». CARPENTER Laura M., « Sexual health », in: RITZER George (éd.), *The Blackwell Encyclopedia of Sociology*, Malden, Blackwell, 2007, p. 4245.

[78] EPSTEIN et MAMO, « The proliferation of sexual health », *art. cit.*, 2017, p. 178.

américaine Kristin Luker, un « mot magique » (*a magical word*)[79]. Il signale ensuite que la plus importante organisation d'hygiène sociale de l'époque dont nous avons parlé plus haut, l'American Social Hygiene Association (ASHA), a changé de nom une première fois en 1959 pour devenir l'American Social Health Association — lorsque le terme « hygiène » n'était plus prisé et que celui de « santé » lui était préféré —, puis une seconde fois pour devenir l'American Sexual Health Association en 2012. Si Epstein voit dans ces évolutions sous un même acronyme un indice intéressant de l'évolution des termes jouant le rôle de « mot magique », nous avons vu que « santé sexuelle » était utilisé par l'ASHA dès le début du XXe siècle. En revanche, il ne jouait effectivement pas le rôle d'étendard qu'il a acquis depuis son institutionnalisation par l'OMS.

S'il est vrai que les usages de « santé sexuelle » relèvent de stratégies socio-politiques[80], ils ne sauraient être réduits à ces considérations. Nous avons pu mettre en lumière la portée épistémologique de ses différentes utilisations, y compris dans des contextes de controverses comme entre la sexologie clinique et la médecine sexuelle. Les enjeux que concentre le concept de santé sexuelle ne sont pas seulement d'ordre social, qu'il s'agisse de mettre en garde contre l'exercice d'un contrôle social, ou de l'utiliser à des fins de progrès sociaux et politico-juridiques. Entendu selon une définition positive ou seulement négative, il traduit des tensions relatives au modèle de la sexologie ou de la « science sexuelle », entre holisme et réductionnisme. De plus, l'emploi de sa définition positive relève de la sanitarisation et non de la médicalisation, dont elle diffère sur le plan épistémologique. Ce point est particulièrement important, dans la mesure où le fait de ne pas distinguer entre la sanitarisation de la sexualité et la médicalisation de celle-ci a conduit à occulter tout un pan de l'historiographie de la sexualité depuis le XIXe siècle, avec une focalisation sur la psychopathologie sexuelle. À la suite de Foucault, l'étude de la médicalisation de la sexualité a constitué un prisme de l'analyse des rapports entre le

---

[79] EPSTEIN Steven, « Governing Sexual Health: Bridging Biocitizenship and Sexual Citizenship », in: HAPPE Kelly E., JOHNSON Jenell et LEVINA Marina (éds.), *Biocitizenship: The Politics of Bodies, Governance, and Power*, New York, NYU Press, 2018, p. 27.

[80] Voir récemment GROSSMAN Daniel, « Sexual and reproductive health under the Trump presidency: policy change threatens women in the USA and worldwide », *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 43 (2), 2017, pp. 89-91 ; FORD Liz, « UN waters down rape resolution to appease US's hardline abortion stance », *The Guardian*, 23.04.2019 ; EINBINDER Nicole, « The US removed "sexual health" language from a UN anti-rape resolution, the latest example of America's shifting global priorities », *Insider*, 04.05.2019.

savoir et le pouvoir à propos du sexe, qui conduit à assimiler sa sanitarisation à une forme de médicalisation. L'abord socio-politique, tout à fait pertinent par ailleurs, a négligé les questions épistémologiques internes aux usages du concept de santé sexuelle. Le sociologue britannique Nikolas Rose, spécialiste de Foucault, estime quant à lui que le terme de « médicalisation » « est devenu un cliché de l'analyse sociale critique », qui « sous-entend quelque chose de suspect lorsqu'un problème est créé ou annexé, en tout ou en partie, par le dispositif de la médecine »[81]. Mais la sanitarisation porte sur la sexualité normale, tandis que la médicalisation porte sur la sexualité pathologique. L'analyse sociale critique présente un intérêt concernant cette sanitarisation, mais pour ne pas simplement la rabattre sur les analyses de la médicalisation, il convient d'en faire une étude épistémologique.

À ce titre, la manière dont Foucault a envisagé la médicalisation de la sexualité a orienté sa façon de faire l'histoire de la sexualité. Lorsque Foucault parle de la médicalisation de la sexualité dans *Les anormaux*, il précise que le discours scientifique qui s'immisce dans le milieu familial pour le contrôle de la masturbation chez les enfants, est un « discours d'aveu, qui est localisé dans la seule pratique médicale, héritière ainsi des techniques de l'aveu chrétien »[82]. La médicalisation de la sexualité va alors s'entendre, dans une optique généalogique qui se situe au cœur du *nexus* savoir-pouvoir, comme l'élaboration d'une sexualité anormale structurée par la référence aux techniques de l'aveu. La *scientia sexualis* est une science de l'anormalité qui doit avouer. Qu'en est-il, alors, chez Foucault, de la sexualité normale ? Il ne fait pas de distinction entre la considération des problèmes de la sexualité normale et ceux de la sexualité pathologique. Toujours dans *Les anormaux*, les spécialistes des premiers, à savoir les sexologues, sont inscrits dans la suite des psychiatres et des psychanalystes[83] chez qui il faut « avouer » :

> [...] vous avez à l'heure actuelle toute une série de procédures institutionnalisées d'aveu de la sexualité : la psychiatrie, la psychanalyse, la sexologie. [...] Si on va si souvent chez le psychiatre, chez le psychanalyste, chez le sexologue, pour poser la question de sa sexualité, avouer ce que c'est que sa sexualité, c'est dans la mesure où il y a partout, dans la publicité, dans les livres, dans les romans, dans le cinéma, dans la pornographie ambiante, tous les mécanismes d'appel qui renvoient l'individu de cet énoncé quotidien

[81] « *Medicalisation has become a cliché of critical social analysis. It implies something suspect when a problem is created or annexed, in whole or in part, by the apparatus of medicine* ». ROSE Nikolas, « Beyond medicalisation », *The Lancet* 369 (9562), 2007, p. 700.

[82] FOUCAULT, *Les anormaux*, *op. cit.*, 1999, p. 238.

[83] Nous avons vu à propos de Freud que la distinction entre le normal et le pathologique était brouillée.

> de la sexualité à l'aveu institutionnel et coûteux de sa sexualité, chez le psychiatre, chez le psychanalyste et chez le sexologue.[84]

Nulle distinction n'est faite entre ces différentes professions relativement à leur rapport au normal et au pathologique. Toutes sont supposées relever de la reprise médicalisée des techniques chrétiennes de l'aveu. En conséquence de quoi, il ne peut y avoir de distinction de faite entre les discours de la perversion sexuelle et ceux de la santé sexuelle. Et Foucault ignore ces derniers, alors même que *La volonté de savoir* est publiée peu de temps après l'institutionnalisation du concept de santé sexuelle par l'OMS.

Nous voudrions, pour terminer ce travail, interroger ce point aveugle dans l'étude de la *scientia sexualis* chez Foucault. Dans la mesure où c'est à partir de la technique chrétienne de l'aveu que l'analyse foucaldienne des discours et pratiques à propos de la sexualité s'organise, nous proposons de repartir des obédiences chrétiennes dans la production des discours sur le sexe. Le protestantisme s'est révélé très présent dans la production des discours de santé sexuelle. Nous avons pu voir quelles différences cela pouvait induire dans le rapport au corps et au monde physique, comparativement au catholicisme. La distinction entre le protestantisme et le catholicisme nous servira de cadre de réflexion pour interroger l'absence d'analyse des discours de santé sexuelle chez Foucault. Nous nous référerons également à la conception de la biologie de la sexualité que Foucault a développée en amont de son histoire de la sexualité, dans les cours donnés à Clermont-Ferrand et à Vincennes dans les années 1960, qui nous éclairerons également sur les raisons pour lesquelles la sexualité dite normale n'a pas été l'objet de l'histoire foucaldienne de la sexualité.

[84] FOUCAULT, *Les anormaux*, *op. cit.*, 1999, pp. 157-158.

IV.2.2 — L'histoire foucaldienne de la sexualité au regard de la santé sexuelle

Une catégorie de la *scientia sexualis* ?

Le style d'appréhension hygiéniste au sein duquel a émergé le syntagme de « santé sexuelle » fut fortement marqué, comme nous l'avons vu, par le protestantisme et l'utilitarisme. Ceci constitue la convergence de trois domaines qui posent la question des conduites sexuelles. Notre approche résolument épistémologique n'a pu faire l'économie d'aborder à plusieurs reprises la question éthique adossée à la santé sexuelle. L'abord de l'hygiène par son versant domestique de *self-help* interpelle les personnes individuellement quant à leur manière de se conduire. Même lorsque l'hygiène devient sociale, celle-ci repose sur les conduites personnelles. De manière convergente, l'hygiène privée et le protestantisme engagent la responsabilité envers le corps, et reposent sur une éthique de la responsabilité individuelle. Celle-ci a pour fin le bonheur individuel (*happiness*, *well-being*), d'où procède le bien-être collectif (*welfare*). Si le bien dont il est question ne s'entend pas nécessairement dans le même sens chez toutes et tous les auteur · e · s employant les termes de « santé sexuelle », nous avons vu qu'elles et ils réfèrent presque toutes et tous à une forme de bonheur.

L'approche épistémologique de la santé sexuelle ne permet donc pas de tenir à l'écart les questions de valeur. Certes, le bonheur est relié à la santé sexuelle comme un ajout, non comme une composante interne de celle-ci. Cependant, nous avons vu qu'il est difficile de ne pas adjoindre immédiatement à l'idée de santé celle qu'elle est un bien, quelque chose de désirable. Notre étude sur l'étymologie de *health*, en plus du fait qu'elle est considérée comme un bien, a en outre mis en relief que sa définition négative comme absence de maladies ne la préservait pas de tout contenu positif lui-même pourvu d'une dimension axiologique.

Elle peut dès lors faire l'objet de l'éducation, qui s'entend à la fois comme la transmission d'un savoir et comme l'inculcation d'une moralité. Sans être un objet de ce qui se désigne soi-même comme sexologie, la santé sexuelle appartient bien, au moins jusqu'à un certain point, au domaine de ce que Foucault a appelé la *scientia sexualis*.

Jusqu'à un certain point seulement, parce que, nous semble-t-il, la physiologie hygiéniste de la sexualité incite à nuancer le propos de Foucault sur ce qu'il désigne par les discours qui prétendent dire scientifiquement la vérité sur le sexe. La *scientia sexualis* se comprend en effet dans le cadre de sa méthode généalogique, c'est-à-dire à partir de l'articulation entre le savoir et le pouvoir. Ceci oriente en amont la façon de considérer les discours scientifiques sur le sexe. La science est conçue comme « subordonnée pour l'essentiel aux impératifs d'une morale dont elle a, sous les espèces de la norme médicale, réitéré les partages ». Dès lors, elle s'est rendue « plus servile à l'égard des puissances d'ordre que docile à l'égard des exigences du vrai »[85]. L'hygiène constitue alors pour Foucault une revendication de pouvoir de la médecine :

> [La médecine] se posait en instance souveraine des impératifs d'hygiène, ramassant les vieilles peurs du mal vénérien avec les thèmes nouveaux de l'asepsie, les grands mythes évolutionnistes avec les institutions récentes de la santé publique ; elle prétendait assurer la vigueur physique et la propreté morale du corps social ; elle promettait d'éliminer les titulaires de tares, les dégénérés et les populations abâtardies. Au nom d'une urgence biologique et historique, elle justifiait les racismes d'État, alors imminents. Elle les fondait en « vérité ».[86]

Nous avons vu les connexions existantes entre les discours hygiénistes, la théorie de la dégénérescence, l'eugénisme et les théories des races, aussi bien Outre-Atlantique qu'en Europe. Pour autant, nous l'avons déjà dit à la suite d'autres, la réduction de la discursivité scientifique à des impératifs moraux, comme si la première se contentait de transposer les seconds, disqualifie une approche épistémologique de ces discours qui a pourtant sa pertinence, et ne permet pas de rendre compte de distinctions internes à ces discours qui développent une conceptualité ayant pour finalité de faire le départ entre ce qui relève du domaine scientifique et ce qui relève du domaine moral[87]. En outre, le propos de Foucault nous paraît très influencé par les développements de l'hygiène publique en France et dans l'aire germanophone à la fin du XIXe siècle[88], sans considération pour les développements de l'hygiénisme dans l'aire anglo-américaine tout au long du XIXe siècle. L'analyse que Foucault propose de l'hygiénisme s'adosse en effet à la prééminence de la

[85] FOUCAULT, *La volonté de savoir*, *op. cit.*, 1976, p. 72.
[86] Ibid., p. 73.
[87] Ainsi, pour rappel, de la distinction conceptuelle entre perversion et perversité.
[88] Ainsi, l'asepsie évoquée par Foucault est une méthode préventive pasteurienne, qui consiste à empêcher toute contamination d'une zone par des micro-organismes.

psychopathologie sexuelle. La *scientia sexualis* consiste selon lui en la prolifération de discours scientifiques prétendant dire le vrai à propos de la sexualité, tout en esquivant l'objet dont ils sont les discours. Cette esquive s'est traduite concrètement par le fait de se référer « surtout à ses aberrations, perversions, bizarreries exceptionnelles, annulations pathologiques, exaspérations morbides »[89]. Or, nous avons montré que tel n'est précisément pas le cas des discours hygiénistes et de santé sexuelle de l'aire anglo-américaine au XIXe siècle.

Foucault n'ignore pas les discours de la physiologie sexuelle, sur laquelle est fondée l'éthique sexuelle. Mais il les réduit à des discours de « physiologie de la reproduction animale ou végétale », sans apport scientifique pour la « médecine du sexe » :

> Quand on compare ces discours sur la sexualité humaine, à ce qu'était à la même époque la physiologie de la reproduction animale ou végétale, le décalage surprend. Leur faible teneur, je ne dis même pas en scientificité, mais en rationalité élémentaire, les met à part dans l'histoire des connaissances. Ils forment une zone étrangement brouillée. Le sexe, tout au long du XIXe siècle, semble s'inscrire sur deux registres de savoir bien distincts : une biologie de la reproduction, qui s'est développée continûment selon une normativité scientifique générale et une médecine du sexe obéissant à de tout autres règles de formation. De l'une à l'autre, aucun échange réel, aucune structuration réciproque ; la première n'a guère joué, par rapport à l'autre, que le rôle d'une lointaine garantie, et bien fictive : une caution globale sous le couvert de laquelle les obstacles moraux, les options économiques ou politiques, les peurs traditionnelles pouvaient se réécrire dans un vocabulaire de consonance scientifique.[90]

Rabattue sur la reproduction, la physiologie sexuelle est aussi restreinte par Foucault aux mondes animal et végétal à l'exclusion du monde humain, en ce qu'elle n'entretient d'autre lien avec la médecine de la sexualité que celui de faire-valoir lointain. Ainsi, l'économie des rapports entre la physiologie sexuelle et la psychopathologie sexuelle est pensée par Foucault à travers le prisme de l'esquive opérée par cette dernière : la scientificité affirmée de la médecine du sexe ne propose en réalité que des préceptes moraux, et sa scientificité est lointainement validée par une physiologie de la reproduction. Il n'est finalement pas scientifiquement question du sexe à propos de l'être humain, ce que Foucault exprime en ces termes :

> Tout se passerait comme si une résistance fondamentale s'opposait à ce que soit tenu sur le sexe humain, ses corrélations et ses effets, un discours de forme rationnelle. Une

[89] FOUCAULT, *La volonté de savoir*, *op. cit.*, 1976, p. 72.
[90] Ibid., p. 73.

> telle dénivellation serait bien le signe qu'il s'agissait en ce genre de discours, non point de dire la vérité, mais d'empêcher seulement qu'elle s'y produise.[91]

Or, nous avons vu d'une part que la physiologie sexuelle aux États-Unis n'est pas cantonnée aux animaux et aux végétaux, mais porte aussi sur l'être humain à partir d'une conception vitaliste, et ce dès le début du XIXe siècle. D'autre part, si celle-ci aborde la question de la reproduction, elle n'en est pas le seul objet. Les textes de Drysdale et de Willard, le premier prônant la généralisation de la contraception pour permettre une sexualité de plaisir en évitant la surpopulation, la seconde proposant une sexologie qui consiste en une philosophie de l'harmonie relationnelle entre les sexes, démentent la réduction reproductive de la physiologie sexuelle et de l'éthique qui peut reposer sur elle. Même lorsque, comme chez Graham, la physiologie sexuelle est comprise sous le chapitre de la fonction de reproduction, le fait de ne pas se conformer aux lois de la vie dans le domaine sexuel est expliqué par la constitution physiologique elle-même qui, par l'entremise du système nerveux, connecte le cerveau et les organes génitaux, ce qui permet aux pensées et imaginations érotiques du premier de produire des effets sur les seconds. Ainsi, ce que l'on appelle aujourd'hui le domaine des fantasmes sexuels, sans rapport avec la reproduction, est-il un élément de la physiologie sexuelle[92]. Certes, il s'agit pour Graham de contrôler les pensées et imaginations érotiques de telle sorte de ne pas perturber le bon fonctionnement du corps, ce qui signifie que de telles perturbations sont possibles — raison pour laquelle il s'agit d'enseigner les lois de la vie afin de les suivre. Ces perturbations sont désignées par Graham par le terme d'*insanity*, dont nous avons vu l'importance dans la constitution d'une médecine des anormalités. Le propos de Foucault, qui adosse l'hygiène à la psychopathologie, pourrait alors sembler fondé. Cependant, l'*insanity* selon Graham est le résultat d'un dérèglement physiologique qui se produit sous l'effet des passions, elles-mêmes considérées comme des stimuli pouvant conduire à une excitation excessive de la vie organique. En effet, si les passions sont violentes, fréquentes ou continues, elles irritent et affaiblissent les nerfs de la vie organique. Le désordre (*disorder*) atteint alors tout le système organique. Les nerfs des organes génitaux ne sont pas épargnés par cette irritation. Leur sensibilité croît alors, jusqu'à un état morbide chronique.

[91] Ibid., p. 74.
[92] GRAHAM, *A Lecture to Young Men on Chastity*, *op. cit.*, 1837, p. 36.

Ceci conduit au développement de la concupiscence, qui se traduit par des désirs excessifs et des pensées impures. Telle est l'étiologie de l'*insanity* selon Graham, « qui résulte de l'état morbide des nerfs de la vie organique »[93].

Le modèle d'explication de l'*insanity* est donc physiologique et non pathologique, dans le sens où c'est à partir du fonctionnement normal de la vie organique que s'explique son dérèglement. L'*insanity* dont il est question n'est pas la *moral insanity* revue et corrigée par la psychiatrie française[94].

Si la physiologie sexuelle, et avec elle l'hygiène sexuelle, font partie de la *scientia sexualis*, ce n'est donc pas au sens strict de Foucault. En conséquence de quoi, la santé sexuelle, objet de l'hygiène sexuelle, peut être considérée comme une catégorie, ou du moins une notion au XIXe siècle, de la *scientia sexualis*, à condition d'inclure dans cette dernière les discours sur la sexualité d'orientation physiologique par distinction de l'orientation pathologique, et à condition donc de ne pas ignorer ce qui distingue l'hygiénisme anglo-américain de l'hygiénisme étatiste d'Europe continentale. Si l'hygiénisme sexuel anglo-américain constitue bien un discours sur le sexe selon le vrai et le faux, de même que ce fut le cas en France ou dans l'aire germanophone, ses procédures ne s'ordonnent pas à la forme de pouvoir-savoir que Foucault désigne comme étant l'aveu[95]. Dès lors, la *scientia sexualis* dont la procédure essentielle relève de techniques de l'aveu ne peut prétendre embrasser toutes les formes de discours de vérité sur le sexe au XIXe siècle. En effet, les discours de la physiologie sexuelle dans la perspective hygiéniste se proposent d'enseigner le fonctionnement normal de la sexualité, par l'apprentissage des lois de la vie, et de prendre appui sur celles-ci pour la direction des conduites. L'éthique peut bien sûr apparaître ici dans ce qu'elle a de disciplinaire, et évoquer la disciplinarisation des corps conceptualisée par Foucault comme anatomo-politique[96]. Mais l'éthique s'entend comme conformation hygiéniste aux lois de la nature, sans qu'il soit nécessaire d'en passer

---

[93] « *... insanity, resulting from the morbid condition of the nerves of organic life...* ». Ibid., pp. 38-39.

[94] Mazaleigue-Labaste souligne l'infléchissement qu'a subi le concept de *moral insanity* du médecin anglais issu d'une famille Quaker James Cowles Prichard. Introduit en France à partir du compte rendu que Bénédict-Auguste Morel a fait non du *Treatise on Insanity*, mais d'un ouvrage médico-légal de Prichard intitulé *On the Different Forms of Insanity, in Relation to Jurisprudence*, ceci a conduit à une récupération du concept dans le cadre de questions touchant à la délinquance. MAZALEIGUE-LABASTE, *Les déséquilibres de l'amour*, *op. cit.*, 2014, p. 172.

[95] FOUCAULT, *La volonté de savoir*, *op. cit.*, 1976, p. 78.

[96] Ibid., p. 183.

par la prolifération discursive qui consiste à dire vrai sur soi-même, sur son désir, sur ses actes, sous la forme d'une adresse à autrui dans la figure du médecin, du psychiatre ou même du pédagogue. Ce sont plutôt le pasteur, le médecin, le pédagogue, qui délivrent des discours de vérité, dans une démarche d'éducation populaire dont le principal médium, avec le prêche, est le livre grand public[97]. Il ne s'agit pas de faire avouer pour éventuellement soigner ; il s'agit d'enseigner et d'éduquer pour prévenir, ou pour défendre une organisation sociale genrée jugée conforme à la nature (Willard). Incontestablement, nous avons là un champ de production discursive considérable de vérité sur le sexe, au sein duquel ont émergé la notion de santé sexuelle et les premiers usages des termes de *sexology* et de *sexual science*. De même, la dimension disciplinaire de l'hygiène en général et de l'hygiène sexuelle en particulier est patente, et l'éthique qui la constitue repose sur l'intériorisation de préceptes dont le ressort est la responsabilisation individuelle. Mais le lien entre la vérité et le sexe ne s'opère pas par l'entremise de « l'expression obligatoire et exhaustive d'un secret individuel » où coïncident « le sujet qui parle » et « le sujet de l'énoncé »[98]. Le sujet de cette branche de la *scientia sexualis* est un sujet qui écoute et qui apprend comment coïncider avec les lois qui le régisse afin de conserver la santé.

Physiologie et sexualité normale chez Foucault

Toutefois, Foucault n'a pas absolument négligé les discours physiologiques et plus largement biologiques sur le sexe. Dans les cours universitaires sur la sexualité qu'il a donnés dans les années 1960[99], il en est en effet question de façon plus consistante[100].

---

[97] Foucault souligne lui-même que le protestantisme n'a pas consisté à abolir le pastorat, mais à le réaménager sous une forme hiérarchiquement souple, tandis que dans l'Eglise catholique, en réaction, il s'est fortement hiérarchisé et centralisé. Voir FOUCAULT, *Sécurité, territoire, population*, *op. cit.*, 2004, p. 152 sq.

[98] FOUCAULT, *La volonté de savoir*, *op. cit.*, 1976, p. 82.

[99] FOUCAULT Michel, *La sexualité. Cours donné à l'université de Clermont-Ferrand (1964)* suivi de *Le discours de la sexualité. Cours donné à l'université de Vincennes (1969)*, Paris, EHESS / Gallimard / Seuil, 2018 (Hautes Études). Je remercie Daniele Lorenzini de m'avoir orienté vers ces cours récemment publiés.

[100] Nous entendons par là le fait qu'il consacre une bonne partie de ses cours aux discours physiologiques sur le sexe. La retranscription de ces cours consiste quant à elle en des notes et plans de cours plus ou moins détaillés — accompagnés d'un appareil critique conséquent —, et non en des développements minutieux tels que pour les cours au Collège de France.

Nous sommes à l'époque archéologique du parcours intellectuel du philosophe, et il pose alors la question de savoir ce que devrait être une archéologie de la sexualité[101]. Il s'agit de demander « comment la sexualité peut devenir objet pour le discours »[102], et plus précisément pour un discours scientifique, ce qu'il appelle « l'épistémologisation de la sexualité »[103].

Cependant, l'usage qu'il fait des discours biologiques répond à une fonction précise, soulignée par l'éditeur de ces cours, le philosophe français Claude-Olivier Doron, dans la situation des cours qu'il décrit : fournir « une vérité qui blesse mortellement le narcissisme du sujet humain et remet en cause le primat accordé à l'individu-sujet souverain »[104]. Cette fonction est la même que celle que Foucault attribue à l'époque à la psychanalyse, autre discours produisant un savoir sur la sexualité. La biologie met en effet l'humain face à sa finitude et à ses limites. Au tournant du XIXe siècle, c'est, aussi paradoxal que cela puisse paraître, sous l'égide de la mort que la vie fut objet de science. Déjà dans *Naissance de la clinique*, Foucault affirme qu'avec Bichat notamment, la vie, la maladie et la mort constituent « une trinité technique et conceptuelle », un triangle « dont le sommet supérieur est défini par la mort »[105]. C'est par l'ouverture de cadavres que l'anatomo-pathologie éclaire la vie et la maladie. À tel point que ceci conduit Foucault à considérer que le vitalisme de Bichat « apparaît sur fond de ce "mortalisme" »[106], *a contrario* de l'usage du vitalisme opéré par l'hygiénisme américain du XIXe siècle.

Ici, sans doute, se joue l'angle de vue que Foucault va donner à son discours sur la biologie et sur son épistémologie dans les cours sur la sexualité du point de vue archéologique, ainsi qu'à l'histoire généalogique de la sexualité qui suivra : il pense la biologie moderne à partir de l'histoire de la médecine et du tournant épistémologique dont Bichat témoigne. Autrement dit, la vie comme positivité objet de science est conçue à partir de sa négativité, la mort, et c'est, selon Foucault, ce qui fonde la médecine et la biologie modernes.

---

[101] FOUCAULT, *La sexualité* suivi de *Le discours de la sexualité*, *op. cit.*, 2018, p. 158.
[102] Ibid., p. 109.
[103] Ibid., p. 111.
[104] DORON Claude-Olivier, « Situation des cours », in: FOUCAULT Michel, *La sexualité. Cours donné à l'université de Clermont-Ferrand (1964)* suivi de *Le discours de la sexualité. Cours donné à l'université de Vincennes (1969)*, Paris, EHESS / Gallimard / Seuil, 2018 (Hautes Études), p. 253.
[105] FOUCAULT, *Naissance de la clinique*, *op. cit.*, 2009, p. 202.
[106] Ibid., p. 204.

Dans cette logique, la mort va se trouver articulée à la sexualité et à l'histoire. Sont recouverts ici ce que Foucault désigne comme trois faits de la biologie qui deviennent constitutifs du vivant :

> - Le vivant, c'est celui qui peut mourir. Le phénomène de la mort, les conditions selon lesquelles on ne meurt pas, celle[s] qui [font] qu'on meurt, deviennent constitutives de la vie. La mort, c'est la limite de l'individu.
> - Le vivant, c'est celui qui a une sexualité, c'est-à-dire qui dérive d'une souche dont il est une dérivation, et qui détient ses caractères principaux. La sexualité et l'hérédité, c'est la loi de l'individu.
> - De là, l'histoire : hérédité et adaptation. L'histoire, ce n'est plus un développement, c'est à la fois les conditions du milieu et leur jeu par rapport aux lois de l'hérédité.[107]

Chacun de ces trois faits vient destituer l'être humain dans sa souveraineté. En tant que vivant, celui-ci est mortel, soumis à une loi reproductive qui le dépasse et dont il est un instrument, et fragilisé sinon menacé par ce que Foucault rapporte à l'écologie[108], à savoir les conditions environnementales articulées aux conditions internes de son corps.

Dans le cours de 1964, l'étude de la sexualité est partagée en trois domaines : la psychophysiologie, la psychopathologie, et la psychosociologie. La sexualité est donc *psycho*sexualité à tous les niveaux, mais seul le domaine physiologique peut être l'objet d'une étude de positivité, tandis que les autres domaines ne font qu'étudier des anomalies ou des différences, c'est-à-dire des déviances (psychologiques et sociales)[109]. La physiologie est dite psychophysiologique par Foucault en ce qu'il désigne par-là « l'étude de l'induction sexuelle hormonale du comportement »[110]. Plus précisément, il s'agit pour lui d'exposer les déterminants hormonaux mais aussi génétiques de la sexualité, sur la base de la partition classique entre nature et culture, dont il dit qu'elle « n'est sans doute qu'un des caractères de la civilisation occidentale »[111].

Le rôle que Foucault fait jouer à la biologie est double. D'une part, dans son cours à Clermont-Ferrand, il veut mettre en évidence que même si la sexualité a un ancrage biologique, celui-ci ne détermine pas à lui seul les comportements sexuels. A l'appui de

---

[107] FOUCAULT, *La sexualité* suivi de *Le discours de la sexualité*, *op. cit.*, 2018, p. 174.
[108] Ibid., p. 173.
[109] Ibid., p. 23.
[110] Ibid.
[111] Ibid., p. 4.

cette affirmation, il convoque le comportement sexuel animal, « qui paraît à la fois entièrement commandé par des déterminations biologiques (et non pas culturelles ou éthiques) et par conséquent normalisé spontanément à partir de ces conditions, sans déviations possibles »[112]. Mais le modèle instinctif de la sexualité animale n'en met pas moins « en jeu tous les liens de l'individu à son milieu de comportement »[113]. Le fait que la sexualité humaine puisse être normée par la culture ne constitue donc pas une occurrence singulière dans le monde biologique. Pour autant, c'est sur les coupures entre la sexualité animale et la sexualité humaine que Foucault entend poursuivre — et c'est sur les spécificités humaines qu'il reviendra dans son histoire de la sexualité, en n'abordant plus la dimension biologique-instinctuelle-animale, de même que dans son cours, il poursuit par des leçons sur les perversions et la sexualité infantile dans une optique psychanalytique.

D'autre part, dans son cours à Vincennes, la leçon qu'il consacre à la biologie de la sexualité porte sur les discours produisant une science de celle-ci : celui de l'histoire naturelle, et celui de la biologie moderne. Le premier ne fonde pas la spécificité de la reproduction sexuée, en inscrivant celle-ci dans une série homogène et continue de phénomènes de croissance et de multiplication des individus. Le second introduit la spécificité de la sexuation, et met en lumière les lois de reproduction et d'hérédité des espèces — et en particulier de l'espèce humaine —, qui destituent les individus de leur centralité pour n'en faire que les relais de ces lois. On retrouvera cette idée dans la note de lecture du livre du biologiste François Jacob, *La logique du vivant*, que Foucault propose : « On doit dire que le vivant, c'est d'abord et avant tout un système héréditaire ; que la sexualité, la naissance et la mort des individus ne sont que des manières enveloppées de transmettre l'hérédité »[114]. D'où cette sentence : « Le savoir n'est pas fait pour consoler : il déçoit, il inquiète, incise, blesse »[115].

La biologie de la sexualité a donc globalement pour Foucault la fonction d'introduire de la discontinuité, de la limite, et finalement une forme de blessure anthropologique. Pour en saisir le sens, il faut resituer le propos dans le cadre de la querelle de

---

[112] Ibid., pp. 39-40.
[113] Ibid., p. 49.
[114] Foucault Michel, « Croître et multiplier », in: *Dits et écrits II (1970-1975)*, Paris, Gallimard, 1994, p. 101.
[115] Ibid., p. 99.

l'humanisme des années 1960 en France, au sein de laquelle Foucault propose « une analyse historique et critique du dispositif anthropologique de la modernité, en tant que ce dispositif anthropologique est conditionné par le déploiement d'une "analytique de la finitude" »[116]. Pour Foucault, l'humanisme désigne en effet la réaction à la blessure infligée à l'être humain et qui essaie de compenser « la structure épistémologique de la biologie », en maintenant une forme de continuité par le refus :

- de voir dans la mort une limite absolue et infranchissable de l'individu ;
- de voir dans la sexualité autre chose que l'amour et la reproduction ;
- de voir dans l'histoire autre chose que la continuité de la conscience.[117]

Dans ce cadre, on comprend que l'histoire de la sexualité de Foucault ne se soit pas édifiée sur le sol de la biologie. La normalité que cette dernière pouvait fonder — comme c'est le cas dans la physiologie de la réforme sanitaire américaine — devient un référent à une structure épistémologique continuiste — de l'âge classique nous dit Foucault —, pourtant mise à mal par la structure de l'épistémologie de la biologie. Cette dernière joue sur le plan de l'espèce un rôle similaire à celui de la psychanalyse sur le plan psychique, celui d'une destitution anthropologique. L'histoire de la sexualité sera alors celle de l'anormalité et des perversions, du négatif et non du positif illusoire d'une biologie qui serait le refuge de la normalité, et d'un humanisme qui sauverait l'être humain. La sentence historico-méthodologique tombe : « L'analyse de la sexualité ne s'est faite qu'à partir des perversions »[118]. Rejetant comme une illusion la croyance selon laquelle « la perversion n'était qu'une déviation, une inflexion, une forme dérivée de la sexualité normale » qui « aurait été connue d'abord »[119], les discours de la sexualité normale ne sont pas pris au sérieux. Datant l'apparition de « la notion positive de sexualité » aux *Trois essais sur la théorie sexuelle* de Freud, et superposant celle-ci à la normalité sexuelle, il précise : « La sexualité dans sa positivité normale n'est que le résultat d'un ensemble de composantes partielles qui, prises isolément et dans leur ordre de succession, apparaissent comme autant de perversions »[120]. La positivité-normalité, concept central

[116] SABOT Philippe, « De Kojève à Foucault. La "mort de l'homme" et la querelle de l'humanisme », *Archives de Philosophie* 72 (3), 2009, pp. 524-525.
[117] FOUCAULT, *La sexualité* suivi de *Le discours de la sexualité*, *op. cit.*, 2018, p. 175.
[118] Ibid., p. 61.
[119] Ibid.
[120] Ibid., p. 62.

de la santé sexuelle selon l'OMS, est ici découpée en négativités-perversions. Cette orientation du côté du négatif va conduire Foucault à se focaliser sur les techniques qui, dans le domaine de l'éthique, relèvent également d'une mise à l'écart de la physiologie et d'une science de la normalité sexuelle.

Une histoire de la sexualité hors des techniques de l'aveu ?

Dans l'avertissement qui précède le texte des *Aveux de la chair*, le philosophe français Frédéric Gros rappelle les modifications qu'a connues le projet d'histoire de la sexualité de Foucault, qui, au lieu de suivre le programme initial annoncé en quatrième de couverture de *La volonté de savoir*, s'est orienté vers la relecture d'auteurs de l'Antiquité gréco-romaine et des Pères chrétiens des premiers siècles de notre ère. Au lieu de procéder à l'étude approfondie du dispositif biopolitique de la sexualité entre les XVIe et XIXe siècles, Foucault a entrepris un travail de problématisation du plaisir dans la perspective du sujet de désir, et de problématisation de la chair, en remontant à l'Antiquité classique et aux premiers siècles du christianisme. Gros évoque ainsi une « nouvelle *Histoire de la sexualité* », qui trouve « son point de gravitation dans la constitution d'une éthique du sujet »[121]. Or, cette éthique est pensée par Foucault à travers le prisme « d'une obligation ritualisée de vérité, d'une injonction de verbalisation par le sujet d'un dire-vrai sur lui-même »[122]. Mais est-ce dans ce cadre que se comprend l'éthique sexuelle de l'hygiénisme protestant ?

Cité par Gros, Michel Senellart rappelle dans sa notice de *La volonté de savoir* que l'étude des pratiques et doctrines chrétiennes de confession de la chair devait faire l'objet, dans le projet initial de l'*Histoire de la sexualité*, d'un volume intitulé *La chair et le corps* que Foucault a un temps envisagé d'appeler *Les aveux de la chair*[123]. Ce volume devait porter sur la pastorale catholique et le sacrement de pénitence dans la suite du Concile de Trente, c'est-à-dire de la constitution de l'Église de la contre-réforme

[121] GROS Frédéric, « Avertissement », in: FOUCAULT Michel, *Histoire de la sexualité 4. Les aveux de la chair*, Paris, Gallimard, 2018 (Bibliothèque des Histoires), p. II.
[122] Ibid., p. III.
[123] SENELLART Michel, « Notice », in: FOUCAULT Michel, *Œuvres*, vol. II, Paris, Gallimard, 2015 (Bibliothèque de la Pléiade), p. 1504. Cité par GROS, « Avertissement », *art. cit.*, 2018, p. III.

protestante. Comme nous le savons, ce ne fut pas le cas. Or, qu'en est-il de la technique de l'aveu dans le protestantisme ? S'agit-il pour les réformistes de mal faire et dire vrai, ou de faire bien selon les lois de la nature ? Foucault considère que « l'ensemble des techniques mises au point pour tirer la vérité de soi-même à propos du péché »[124] est le propre du christianisme. Mais ne s'agit-il pas du christianisme non réformiste, et plus précisément catholique ? Corbin, notamment, décrit les méthodes employées par les médecins français permettant d'obtenir l'aveu de leurs patientes et patients quant à leurs pratiques masturbatoires, l'impuissance, les spermatorrhées, etc.[125] Or, l'historien délimite son corpus en s'en tenant à l'espace de langue française, « celui, par conséquent, où domine la tradition catholique, c'est-à-dire une manière spécifique de concevoir le péché et d'éprouver la peur et le remords qu'il inspire ». Il écarte ainsi volontairement « [l]e domaine anglo-américain, protestant »[126].

La dissociation instituée par les protestantes et protestants entre le salut de l'âme et la vie ici-bas, reconfigure les rapports entre la vie spirituelle et la vie matérielle. Or, Senellart souligne que l'histoire du christianisme esquissée par Foucault se caractérise par la mise à l'écart de plusieurs problèmes majeurs de l'historiographie du christianisme. Bien que ce ne soit pas le point le plus développé par Senellart, c'est notamment le cas du problème des rapports entre le pouvoir spirituel et le pouvoir temporel. La raison avancée en est méthodologique : l'étude privilégiée du pastorat conduit à exclure l'étude du gouvernement civil, afin de mettre en évidence la spécificité du premier et de ne pas produire une confusion avec le second, alors même qu'ils sont intriqués dans des formes théologico-politiques[127]. Foucault n'a dès lors pas travaillé les conflits au cœur du christianisme sur les rapports entre le spirituel et le temporel, laissant de côté les bouleversements représentés par le protestantisme pour l'histoire de la sexualité. En se concentrant sur le régime de vérité de l'aveu du christianisme qui évoluera vers le catholicisme, il a fait du protestantisme un point aveugle de son analyse. La focalisation sur la technique

---

[124] FOUCAULT Michel, *Mal faire, dire vrai. Fonction de l'aveu en justice*, Louvain-la-Neuve, Presses universitaires de Louvain, 2012, p. 114.

[125] CORBIN Alain, *L'harmonie des plaisirs. Les manières de jouir du siècle des Lumières à l'avènement de la sexologie*, Paris, Flammarion, 2010 (Champs histoire), pp. 120-143. La confession est également étudiée dans ses usages spécifiquement théologiques et catholiques par l'historien. Voir ibid., pp. 385-416.

[126] CORBIN, *L'harmonie des plaisirs*, *op. cit.*, 2010, p. 11.

[127] SENELLART Michel, « Michel Foucault : une autre histoire du christianisme ? », *Bulletin du centre d'études médiévales d'Auxerre | BUCEMA* Hors-série (7), 2013, p. 4.

de l'aveu a orienté l'étude des rapports entre le sujet et la vérité sur « la vérité exigée de lui-même en vue de son salut »[128]. Cet angle favorise l'histoire de la subjectivité chrétienne selon une morale du salut plutôt que selon la morale du monde d'une éthique protestante animée d'un optimisme eudémonique, et dont les discours prennent généralement la forme de prêches prodiguant des conseils.

Ce n'est pas que Foucault ne parle pas du protestantisme. Mais dans *Les anormaux* notamment, il ne souligne pas ce qui le distingue fondamentalement du catholicisme. Dans le cours du 19 février 1975, il glisse de la question de l'aveu à celle du resserrement des cadres chrétiens sur l'existence individuelle, qui peut prendre la forme de l'autobiographie. Ainsi, alors que, à partir de la Réforme et du concile de Trente, il entreprend de caractériser la pénitence et la confession comme une « tendance à une généralisation de l'aveu », il précise bien : « … du moins dans les pays catholiques », laissant « de côté les problèmes protestants » sur lesquels il reviendra plus loin[129]. Or lorsqu'il y revient, il redit bien que la description qu'il vient de détailler est « propre à l'Église catholique ». Mais c'est pour aussitôt inscrire les pays protestants dans un même type d'évolution : « À travers des institutions extraordinairement différentes, et avec un éclatement fondamental et de la théorie et des formes religieuses, on verrait une évolution un peu du même type dans les pays protestants »[130].

Cependant, c'est en faisant un parallèle entre la pratique de la confession comme examen de conscience, et celle de l'autobiographie dans les milieux puritains anglais, « où chacun se raconte, à lui-même et aux autres, à l'entourage, aux gens de la même communauté, sa propre vie, pour que l'on puisse y détecter les signes de l'élection divine »[131]. Or, l'on peut s'interroger sur le fait de savoir si l'autobiographie spirituelle relève des techniques de l'aveu. La docteure en littérature anglaise et directrice exécutive du Folger Institute à Washington, Kathleen Lynch, fait bien de l'autobiographie protestante un récit du registre du dire vrai sur soi-même[132]. Mais c'est sur le mode de l'authenticité de soi dans l'éveil religieux — notamment dans la conversion —, non sur celui de l'aveu.

---

[128] Ibid., pp. 10-11.

[129] FOUCAULT, *Les anormaux*, *op. cit.*, 1999, p. 164.

[130] Ibid., p. 171.

[131] Ibid.

[132] LYNCH Kathleen, *Protestant Autobiography in the Seventeenth-Century Anglophone World*, Oxford ; New York, Oxford University Press, 2012.

Amalgamant les deux manières de dire vrai, Foucault ne met pas en exergue la spécificité des discours protestants sur le sexe. Bien sûr, il signale que dans les pays protestants, des discours sur le sexe sont produits, comme dans les pays catholiques. Il cite ainsi les écrits sur la masturbation de Bekker en Angleterre[133], Tissot à Genève[134], Johann Bernhard Basedow en Allemagne[135] — dont il souligne qu'ils se situent en deçà de la psychopathologie sexuelle. Mais c'est là encore pour rabattre la production dans les pays protestants sur celle dans les pays catholiques[136]. En outre, il ne cite pas d'auteurs américains.

Foucault n'a pourtant pas négligé de s'attarder quelque peu sur le protestantisme, y compris américain, ailleurs que dans le cadre de son histoire de la sexualité. C'est le cas dans son cours de 1973 sur la société punitive[137] — analyses « décisives »[138] de la prison qui précèdent de deux ans la publication de *Surveiller et punir*. Le philosophe s'interroge sur le fait que, au tournant du XIXe siècle, le modèle punitif mis en œuvre dans les sociétés modernes ne dérive pas, selon lui, de la théorie pénale désormais construite sur l'identification du criminel comme ennemi social plutôt que comme pécheur. En effet, des juristes comme Cesare Beccaria, Jacques Pierre Brissot ou encore Louis-Michel Lepeletier de Saint-Fargeau, théoriciens de la pénalité moderne, ne proposent pas la prison comme modèle punitif, mais plutôt l'infamie, le talion, le travail forcé, etc. Or, c'est la « forme-prison » qui s'est imposée, en se substituant à ce qui aurait dû logiquement dériver de la théorie de l'ennemi social[139]. Foucault recherche l'origine de cette substitution, et ainsi de la prison comme moyen judiciaire, c'est-à-dire de la fonction punitive de l'enfermement, du côté notamment de milieux religieux dont la particularité est d'être hostiles à la forme monastique, donc non catholiques : les dissidentes et dissidents (*Dissenters*) protestants anglo-saxons qui se sont constitués en communautés à

---

[133] Bekker, sans précision de prénom, est l'auteur supposé de *Onania: or, the Heinous Sin of Self-Pollution and all its Frightful Consequences (in Both Sexes) Considered with Spiritual and Physical Advice to those Who Have Already Injured Themselves by this Abominable Practice*, London, H. Cooke, 1756.

[134] TISSOT, *L'onanisme*, *op. cit.*, 1905.

[135] BASEDOW Johann Bernhard, *Das Methodenbuch für Väter und Mütter*, Dessau, 1773.

[136] FOUCAULT, *Les anormaux*, *op. cit.*, 1999, pp. 218-219.

[137] FOUCAULT Michel, *La société punitive. Cours au Collège de France (1972-1973)*, Paris, EHESS / Gallimard / Seuil, 2013 (Hautes études). Je remercie Daniele Lorenzini d'avoir attiré mon attention sur ce cours et les passages que Foucault y consacre aux Quakers.

[138] GROS Frédéric, « Foucault et "la société punitive" », *Pouvoirs* 4 (135), 2010, p. 5.

[139] FOUCAULT, *La société punitive*, *op. cit.*, 2013, p. 85.

partir du XVIe siècle. Foucault prend plus précisément l'exemple des Quakers[140], ces dissidentes et dissidents persécuté · e · s au XVIIe siècle et dont nombre d'entre elles et eux ont alors émigré aux États-Unis, en Pennsylvanie, province fondée en 1681 par le Quaker William Penn[141]. Au moment de l'Indépendance, les Quakers ont mis en place une « nouvelle panoplie punitive » restreignant l'usage de la peine de mort et introduisant la prison « à côté des mutilations, du fouet, des travaux publics »[142]. Selon Foucault, la pratique de la « forme-prison » est dérivable de la conception quaker de la religion, de la morale et du pouvoir politique. Ce dernier est supposé avoir une finalité morale, comme lutte contre le mal, de même qu'il doit récompenser celles et ceux qui font le bien. Cette approche signe une rechristianisation du crime, qui articule la peine de prison à une forme de pénitence — ce que met en évidence le fait de parler de *pénitencier* pour désigner la prison[143].

La fonction de la prison n'est donc pas seulement d'assurer l'accomplissement de la peine, mais aussi celui de la transformation intérieure du prisonnier. La lutte contre le mal repose sur le fait que personne n'est damné d'avance, et qu'en chacune et chacun réside un bien, Dieu ne s'étant retiré de personne. C'est à la fois la raison pour laquelle il n'est pas nécessaire que le rapport à Dieu soit médiatisé par des rites et des objets, et la raison pour laquelle l'enfermement punitif, en écho à la retraite religieuse, peut conduire à retrouver Dieu[144].

Si l'on peut trouver là une dimension éthique — qui se trouve associée à l'élément pénal —, il ne s'agit toutefois pas d'une technique d'aveu sur soi-même. Tout cheminement intérieur ne procède pas de la démarche qui consiste à avouer. Retrouver Dieu en soi n'est pas identique à dire vrai sur soi-même concernant son désir. Il s'agit plutôt de rechercher un rétablissement — comme pour la santé — dans la forme de l'éveil religieux. Si Foucault souligne une spécificité du protestantisme quaker, c'est pour l'inscrire malgré tout dans l'horizon du traitement moral de l'anormalité. Il établit d'ailleurs une continuité entre l'enfermement punitif d'une part, et la psychiatrie et la criminologie d'autre

[140] Ibid., p. 88.
[141] Voir ibid., p. 99, note 11.
[142] Ibid., p. 89.
[143] Ibid., pp. 91-92, 94.
[144] Ibid., p. 90.

part : la confusion entre le crime et le péché consiste en une culpabilisation du crime « dont les effets se font sentir dans d'autres domaines : psychiatrie, criminologie »[145].

Ainsi, l'angle d'étude de Foucault reste-t-il celui de l'anormalité et du pathologique, qui mêle le religieux et le médical. Il fait un rapprochement entre la connaissance de l'être humain comme corps et celle de l'être humain comme criminel, qui repose sur la comparaison entre la prison et l'hôpital :

> Cette institution [la prison] ouvre (…) tout un champ de savoirs possibles. Or, c'est à cette même époque qu'apparaît la structure hospitalière, qui donne lieu à l'espace institutionnel où l'homme comme corps va être connu. Ainsi, c'est dans le même moment que naissent à la fois les fondements de ce qui va devenir la science anatomo-physiologique de l'homme et de quelque chose comme la psychopathologie, la criminologie et la sociologie : ce que l'hôpital est pour le corps, la prison l'est pour l'âme.[146]

Ce qui, chez les physiologistes hygiénistes de la réforme sanitaire, relève du normal, se trouve ici rapproché d'un savoir de l'anormal et en somme rabattu sur lui. La dimension éthique qui réfère à l'intériorité de l'âme se trouve elle-même mêlée à un modèle punitif dont le point de départ est le crime. Ainsi, ce qui nous apparaît comme la spécificité de l'abord hygiéniste protestant dans l'histoire de la sexualité est annihilé par l'engrenage dans lequel Foucault place la physiologie et l'éthique. Certes, il ne s'agit pas ici de sexualité pour Foucault, mais de prison. Cependant le fait que la physiologie et l'éthique soient prises dans un discours sur la forme-prison auquel est rattachée la psychiatrie et dont l'origine est attribuée aux Quakers, met en évidence l'effet de fermeture au discours de la normalité et de la santé que nous avons mis en lumière chez les réformistes américains.

Le sujet dont la vérité se manifeste dans l'aveu est un sujet faillible, qui se caractérise par sa précarité. C'est pourquoi il a à avouer, car toujours déjà en faute. Nous avons vu que Foucault a d'abord élaboré une histoire de la sexualité adossée à des procédures institutionnalisées d'aveu de la sexualité que forment la psychiatrie, la psychanalyse et la sexologie. Il a tissé un lien, qui n'est toutefois pas de simple reproduction mais de transformation, entre l'aveu de la sexualité à l'époque moderne, et l'aveu de la chair dans les techniques chrétiennes de confession à partir du bas Moyen Âge[147]. Le point

---

[145] Ibid., p. 93.
[146] Ibid.
[147] FOUCAULT, *La volonté de savoir*, *op. cit.*, 1976, p. 78.

commun est qu'on en attend la production de la vérité. Puis, les aveux de la chair conduisent à remonter aux Pères de l'Église de l'Antiquité tardive[148], après un long détour par l'Antiquité gréco-romaine classique qui étend la périodisation de l'histoire de la sexualité, et l'inscrit dans le cadre d'une histoire du sujet de désir, et plus globalement une histoire de la vérité[149].

A contrario, le sujet de la réforme sanitaire américaine a pour point de départ la santé pleine et entière, sans faille, dont la vérité est dans la physiologie. Tout l'enjeu est alors de la conserver. La distinction entre les deux types de sujet ne se fait pas tant sur le fait d'être de désir ou non — Graham comme Fowler accordent une place centrale à celui-ci. Elle porte sur le lieu de la vérité, au cœur de la subjectivité fautive d'un côté, au cœur des lois de la nature de l'autre. L'éthique ne s'entend alors pas dans le même sens : référé à un bien de l'âme d'une part, et à un bien du corps d'autre part, l'âme étant distinguée de l'esprit (*mind*), lui-même rapporté au cerveau. L'autonomisation des lois du monde temporel et leur axiologisation interne procède de la dissociation et indépendance du temporel eu égard aux exigences eschatologiques du spirituel.

En non spécialiste du christianisme, nous simplifions sans aucun doute les choses à partir de la distinction entre le spirituel et le temporel, le catholicisme et le protestantisme. L'une et l'autre de ces confessions se composent de diverses tendances, et nous avons vu qu'il existe des courants protestants très spiritualistes. Le courant réformiste qui s'est développé aux États-Unis a globalement pour préoccupation première les conduites dans le monde ici-bas, à la différence des courants luthériens plutôt d'abord préoccupés par la relation avec Dieu. Pour autant, le réformisme américain, dans la filiation du curé zurichois Huldrych Zwingli et du calvinisme, se préoccupe également de la relation avec Dieu, ce qui se traduit en particulier par l'attention portée à la lecture de la Bible, défaite des interprétations jugées peu fiables de l'Église. De son côté, le luthérianisme, en affirmant que le pardon de Dieu est donné sans condition — la gratuité du salut —, a contribué à défaire la vie terrestre d'exigences en vue du salut. C'est ce détachement des conduites de la vie terrestre relativement à la question du salut qui a contribué à ce que le courant réformé aux États-Unis accorde une place importante aux lois

[148] FOUCAULT Michel, *Histoire de la sexualité 4. Les aveux de la chair*, Paris, Gallimard, 2018 (Bibliothèque des Histoires).
[149] FOUCAULT, *L'usage des plaisirs*, *op. cit.*, 1984, p. 13.

de la vie terrestre, de l'hygiène et de la santé pour elles-mêmes, dans une perspective éthique d'accomplissement du devoir dans les affaires temporelles. Et c'est de ce côté-ci du christianisme qu'a émergé la notion de santé sexuelle.

Notre hypothèse est ainsi que la mise à l'écart de l'histoire de la sexualité par Foucault de l'angle sanitaire et physiologique et du protestantisme, du fait de sa focalisation sur l'anormalité sexuelle et la reprise-transformation des techniques de l'aveu par la médecine, lui a fait manquer la généalogie de l'institutionnalisation du concept de santé sexuelle par l'OMS, qui est effectuée à l'époque même où il donne ses cours sur *Les anormaux* et où il publie *La volonté de savoir*. Dans sa thèse sur Foucault et le christianisme, le philosophe français Philippe Chevallier demande si la confession est une pratique coercitive[150]. Il met en regard l'approche de Foucault et celle de l'historien Jean Delumeau, auteur de *L'aveu et le pardon*[151]. Dans *Les anormaux*, Foucault s'appuie sur des sources documentaires en nombre limité et qui ressortissent des « manuels normatifs écrits par et pour les confesseurs ». De son côté, Delumeau diversifie ses sources documentaires, bien au-delà du type de documents étudiés par Foucault. En particulier, il se tourne vers un corpus occulté par ce dernier : « l'abondante littérature rédigée par les clercs en direction du peuple chrétien, celle-ci étant composée de manuels pour se confesser mais également de sermons et conseils divers »[152]. Chevallier rappelle que d'après Foucault, les manuels destinés aux pénitents ne constitueraient qu'un prolongement tactique du corpus pour la confession[153]. Certes, dit Chevallier, la bienveillance dans ces manuels, par contraste avec la sévérité des manuels pour les confesseurs, avait une fonction tactique : « attirer un maximum de fidèles dans le confessionnal ». Mais, ajoute-t-il, « elle répondait également à l'inflation du sentiment de peur devant la question du salut, à l'aube des réformes protestantes et catholiques »[154]. Il s'agissait alors de tranquilliser les fidèles sur la question du salut, en rappelant notamment que les prêtes eux-mêmes sont des pécheurs qui se confessent. La hiérarchie ecclésiastique se trouvait ainsi

---

[150] CHEVALLIER Philippe, *Michel Foucault et le christianisme*, Lyon, ENS éditions, 2011 (La croisée des chemins), p. 138 sq.

[151] DELUMEAU Jean, *L'aveu et le pardon. Les difficultés de la confession, XIIIe-XVIIIe siècle*, Paris, Fayard, 1990 (Nouvelles études historiques).

[152] CHEVALLIER, *Michel Foucault et le christianisme*, *op. cit.*, 2011, p. 139.

[153] Voir FOUCAULT, *Les anormaux*, *op. cit.*, 1999, p. 165.

[154] CHEVALLIER, *Michel Foucault et le christianisme*, *op. cit.*, 2011, p. 139, note 26.

assouplie, ce qui ouvre à l'interrogation et à la critique du pouvoir du prêtre. Cela vaut dans la direction spirituelle. Chevallier cite l'exemple de saint François de Sales qui enjoint Jeanne de Chantal — fondatrice avec lui de l'ordre de la Visitation — à se défaire tout à fait légitimement d'un directeur de conscience trop exigeant[155].

On retrouve dans le fait de considérer les manuels de sermons et conseils comme des prolongements tactiques des manuels pour les confesseurs — et dès lors inessentiels pour l'analyse —, une forme de dévaluation qui fait écho à celle que Foucault établit à propos de la physiologie sexuelle eu égard aux discours de la psychopathologie sexuelle. Ainsi, les deux champs discursifs d'où émerge la notion de santé sexuelle se trouvent-ils disqualifiés par Foucault au milieu des années 1970.

Ces différents éléments permettent de rendre compte du fait que Foucault n'ait pas traité du concept de santé sexuelle, alors même que ses recherches sont contemporaines de son institutionnalisation par l'OMS, ce qui aurait pu attirer son attention. C'est du moins une hypothèse que nous formulons et que nous soumettons à la lectrice et au lecteur. En outre, à partir de la fin des années 1970, Foucault remanie l'histoire de la sexualité en remontant à l'Antiquité, ce qui a fermé définitivement la porte au traitement de ce concept moderne.

Le chemin que le philosophe a emprunté de l'archéologie à l'éthique en passant par la généalogie, entre cependant en résonance avec le choix que nous avons fait d'une approche d'épistémologie historique d'où nous avons vu que la question éthique ne cessait de faire retour. Nous avons cherché à donner droit au modèle de pensée scientifique dans lequel est utilisé la notion de santé sexuelle, en tenant à l'écart autant que possible les considérations sur les enjeux de pouvoir associés à l'élaboration de ce savoir, et en prenant soin de ne pas abandonner l'abord épistémologique pour ne traiter que de la dimension éthique que recèle l'idée de santé sexuelle. Mais cette dernière insiste, du fait qu'elle s'articule aux discours de vérité.

[155] Ibid., p. 141.

Vie et mort, normal et pathologique

D'une façon générale, il nous semble que le fait que Foucault ne considère les discours positifs sur le sexe que sous l'angle gnoséologique de l'illusion — ou, sur un registre plus phénoménologique, comme corps utopique[156], qui pourrait être celui de la santé parfaite —, lui a fermé la voie de l'étude de ces discours. La conception de la biologie moderne comme portant un coup fatal à l'humanisme, à l'image de la psychanalyse, s'est traduite par le fait d'envisager le vitalisme à partir de la mort. Le vitalisme positif de la physiologie américaine du XIXe siècle, jusqu'à l'optimisme des discours de santé sexuelle positive, se sont trouvés renvoyés à leur caractère illusoire face à la vérité de la fragilité de l'existence humaine. Le rapport à la vérité comme logée, sous forme de lois, dans la vie positivement envisagée, a été éclipsé par la modalité de l'aveu comme dire vrai sur soi-même sur fond de culpabilité. L'angle du pathologique a prévalu sur celui du normal, le premier pointant vers l'imperfection et la blessure qu'elle constitue pour la vision optimiste de l'humanisme adossée au second.

Mais le fait que l'humanisme ainsi entendu constitue une illusion, n'est pas une condition suffisante pour ignorer les discours qu'il produit, d'autant moins que ceux-ci à propos de la sexualité sont aujourd'hui dominants. Nous avons voulu les mettre en lumière par contraste avec les discours de la psychopathologie sexuelle. Sur le plan anthropologique, ils s'opposent à l'idée d'une « fin prochaine »[157] de l'être humain de l'humanisme, qui lui accorde une place privilégiée dans l'ordre du monde, à l'écart de la mort.

Pour autant, il ne s'agit pas, en travaillant ces discours, d'accréditer leur propos, ni de récuser que les positivités produites par les sciences, et ici par la sexologie de la santé sexuelle positive, ne sont données à l'être humain « que sur fond de sa propre finitude »[158]. Sur le plan anthropologique, la psychanalyse a raison contre la positivité du vitalisme qui accompagne le concept de santé sexuelle jusque dans ses usages par l'OMS, sous la forme de l'identification de la santé et du bien-être. Nul besoin de dénier que la mort est intrinsèquement associée à la vie pour trouver de la positivité à cette dernière.

---

[156] FOUCAULT Michel, *Le Corps Utopique,* suivi de *Les Hétérotopies*, Fécamp, Nouvelles Editions Lignes, 2009.

[157] FOUCAULT, *Les mots et les choses. Une archéologie des sciences humaines*, *op. cit.*, 1966, p. 398.

[158] Ibid., p. 325.

Et l'illusion de la pleine positivité ne débarrasse en rien la vie de sa fragilité ni de son historicité, de la naissance à la mort. Le vitalisme comme option philosophique affirmant la spécificité de la vie par rapport à la matière inerte ne peut prétendre faire de la vie un absolu qui ne sera jamais soumis à l'imperfection, le manque de « vitalité », de force, de vigueur, réfugié dans une forme de transcendance permettant de conserver la vie à l'abri des aléas du vivant. Une telle métaphysique de la positivité n'est en effet qu'illusion. Nous avons décrit comment et sous quelles formes elle a pris discursivement place dans le domaine des discours savants sur la sexualité depuis le XIXe siècle.

Conclusion

Au terme de ce travail, le concept de santé sexuelle apparaît à la croisée de plusieurs champs, qui lui donnent une profondeur historique bien en amont de son institutionnalisation par l'OMS, qui constitue elle-même une étape historique importante. Il se trouve pris dans l'histoire de la médecine, l'histoire de la biologie, l'histoire de la *scientia sexualis*, l'histoire plus spécifiquement de la sexologie, l'histoire de la planification familiale, l'histoire de la santé publique, mais aussi l'histoire des États-Unis, l'histoire de l'Europe, l'histoire du protestantisme, l'histoire du féminisme, l'histoire sociale, l'histoire politique. En somme, il s'agit d'un concept chargé, sinon saturé, d'histoire.

Ce ne fut d'ailleurs pas la moindre des difficultés de croiser ces différentes histoires, en ayant une connaissance à peu près suffisante de chacune de celles-ci. Il y a assurément matière à approfondir encore telle ou telle perspective historique, qui viendrait préciser et nuancer les formes d'insertion du concept de santé sexuelle dans celles-ci. Et ce d'autant qu'il s'agit dans plusieurs cas d'histoires parcellaires, comme celle des États-Unis ou du protestantisme. L'entrée par les occurrences de « santé sexuelle » oriente vers certains courants du protestantisme américain, et vers certains aspects de l'histoire des États-Unis au XIXe siècle. L'histoire de l'hygiénisme vitaliste n'est pas toute l'histoire des sciences du vivant ni de la médecine américaines, loin s'en faut. Si le repérage du syntagme de « santé sexuelle » permet d'identifier dans quels courants de la pensée sanitaire et médicale il en est fait usage, il ne permet pas de situer ces courants dans le champ général de l'histoire de la santé et de la médecine aux États-Unis. Il ne dit pas non plus

comment est positionné l'usage de ce terme dans l'ensemble des courants du protestantisme américain, qui sont multiples. Il s'agit là de travaux qui restent à mener.

Une autre piste d'exploration est celle qui consiste à situer les discours qui utilisent le terme de « santé sexuelle » dans le champ des discours de la sexualité considérée comme normale, que ces derniers fassent plus ou moins référence à la santé ou non. Le corpus dix-neuvièmiste francophone de ce que l'on appelle l'hygiène conjugale ou l'hygiène du mariage, en particulier, présente la particularité de traiter des comportements sexuels dans une perspective affichée de santé articulée à la morale, sans employer, autant que nous ayons pu le constater, le terme de « santé sexuelle »[1]. Ce corpus, œuvre le plus souvent de médecins, s'attarde sur les effets néfastes pour la santé générale du défaut ou de l'excès des pratiques « vénériennes », et sur la bonne économie et l'harmonie des plaisirs et des voluptés, contre les abus[2]. Le sexe, en particulier dans sa dimension hédonique, et la santé, se trouvent ainsi mêlé · e · s, sans pour autant recourir au terme de « santé sexuelle ». Le positionnement de ces discours relativement à ceux qui réfèrent nominalement à la santé sexuelle mérite une étude à part entière, qui permettra de dégager les spécificités éventuelles, en particulier conceptuelles, des discours recourant au syntagme de « santé sexuelle » dans le champ des discours savants sur la sexualité dite « normale ». Une première piste d'analyse pourrait s'appuyer sur le fait que, dans la suite de la seconde moitié du XVIIIe siècle, le vitalisme dans lequel s'inscrit le corpus francophone de la médecine conjugale est souvent hanté par la mort articulée au plaisir, et recourt aux techniques de l'aveu[3].

Nonobstant ces limites, nous avons d'abord voulu mettre en lumière les éléments fondamentaux que nos recherches nous ont conduit à découvrir et travailler, par contraste

---

[1] À titre d'exemples, nous n'en retrouvons aucune occurrence dans les ouvrages suivants : LALLEMAND Claude François, *Des pertes séminales involontaires*, vol. I, Paris, Béchet Jeune, 1836 ; ROUBAUD Félix, *Le livre des époux : guide pour la guérison de l'impuissance, de la stérilité et de toutes les maladies des organes génitaux*, Paris, 1852 ; DEBAY Auguste, *Hygiène et physiologie du mariage. Histoire naturelle et médicale de l'homme et de la femme mariés dans ses plus curieux détails*, 66e éd. revue et augmentée, Paris, E. Dentu, 1873 ; GARNIER Pierre, *Le Mariage dans ses devoirs, ses rapports et ses effets conjugaux, au point de vue légal, hygiénique, physiologique et moral*, dixième éd., Paris, Garnier Frères, 1880 ; CLÉMENT Emmanuel, *Hygiène conjugale. Guide des gens mariés*, 9e éd., Paris, Jules Taride, 1884 ; CLERC Alexis, *Hygiène & médecine des deux sexes,* suivies d'un *Dictionnaire d'hygiène et de médecine*, vol. I, Paris, Jules Rouff, 1885 (Sciences mises à la portée de tous).

[2] Voir CORBIN, *L'harmonie des plaisirs*, *op. cit.*, 2010, pp. 145-304.

[3] Voir ibid., pp. 65-66, 120-144.

avec l'historiographie ordinaire actuelle du concept de santé sexuelle. Il s'est agi de recenser et décrire les contextes dans lesquels il est employé depuis le début du XIXe siècle, afin non seulement de documenter la remise en question du prisme historique induit par la focalisation sur les travaux de l'OMS, mais aussi d'éclairer les définitions et usages de ce concept ces cinquante dernières années, par leur mise en perspective historique et épistémologique qui remonte un siècle et demi en amont des fameuses années 1970. Nous avons aussi voulu tenter d'apporter des pistes de réponse à la question qui peut s'entendre comme la mise en évidence d'un mystère : comment se fait-il que des philosophes majeurs de l'histoire de la sexualité, dont les écrits sont contemporains et postérieurs à l'institutionnalisation du concept de santé sexuelle par l'OMS, n'en font pas mention et ne le travaille pas, comme ils ont travaillé le concept de perversion sexuelle ? Là aussi, loin d'être un spécialiste de la pensée foucaldienne, les propositions que nous faisons auront incontestablement à être reprises, discutées, retravaillées, d'autant qu'elles croisent des questions complexes et dont nous ne sommes pas non plus spécialistes à propos de techniques religieuses. Mais ce point aveugle nous paraît manifeste et signifiant. Nous en avons proposé une lecture et une interprétation.

D'autres pistes d'exploration sont envisageables, en particulier dans le domaine de la critique sociale, à partir notamment de l'insistance de l'éthique au cœur d'une démarche épistémologique. Sans adhérer au présupposé positiviste d'une pureté a-sociale des sciences pour pouvoir les considérer comme des sciences, force est de constater que la question de l'orientation des conduites est indissociée, sinon indissociable, des usages du concept de santé sexuelle, ce qui peut constituer un axe de recherche sur ce concept. Son articulation originaire à la question éducative, d'abord dans une démarche de *self-help* puis en santé publique, n'y est évidemment pas étrangère. Elle pourrait être interrogée, entre autres, dans le cadre d'une histoire des rapports entre la subjectivation éthique et la subjectivité politique[4].

La question des rapports entre la santé sexuelle et la sexualité constitue également une autre piste de recherche possible. Nous l'avons alimenté avec un certain nombre d'éléments, notamment celui d'une sanitarisation de la sexualité opérée par l'OMS, pour

[4] LORENZINI Daniele, *Éthique et politique de soi. Foucault, Hadot, Cavell et les techniques de l'ordinaire*, Paris, Vrin, 2015 (Problèmes et controverses).

des raisons sans doute stratégiques, mais qui entraîne également une certaine conception de la sexualité. C'est le cas sur le plan anthropologique, avec l'idée d'une sexualité saine [*healthy*] d'un côté, et d'une sexualité malsaine [*unhealthy*] de l'autre, pour laquelle les principaux problèmes sont fonctionnels et sociaux. Dans les débats contemporains, une telle représentation de la sexualité induit qu'elle consiste principalement en un domaine relationnel, positionnant la conflictualité dans la relation à autrui. Toute la sexualité reposerait alors cardinalement sur la question du consentement. Or, si cette question est majeure sur les plans social, juridique et éthique, elle laisse de côté un autre champ tout aussi fondamental de la sexualité, celui du rapport de soi à soi, où la conflictualité est intrapsychique. Les critiques de la psychanalyse qui ne portent pas seulement sur certains de ses discours en effet discutables et dépassés — comme dans n'importe quel autre domaine —, mais sur son anthropologie même, au profit d'une psychologie de l'extériorité et du conscient, c'est-à-dire des comportements, des cognitions et des émotions, ont conduit à négliger ce qu'il y a de libido, au sens freudien, dans le sexuel. La prise en considération de cette intériorité — informée, assurément, par le social, *et inversement* —, fragilise les frontières supposées bien établies entre le normal et le pathologique, le sain et le malsain. Elle permet aussi de problématiser la prétention à fonder la catégorie sociale de consentement sur une instance intrapsychique au cœur de la conflictualité interne : le désir[5]. Elle interroge enfin l'humanisme des discours de la santé sexuelle comme état de bien-être, que Foucault considère comme une réaction à l'irréductibilité de la mort et de la finitude pour tout vivant.

Depuis le XIXe siècle, les discours de santé sexuelle positifs (que ce soit par référence extérieure au bonheur et à la vitalité, ou par l'internalisation du bien-être) se révèlent peu adéquats à la prise en compte de la finitude interne de la vie. Ils sont dès lors peu congruents avec les discours psychodynamiques. Ils ont pourtant en commun d'être plus holistiques que les discours médicaux réductionnistes. Mais leur manière de résister à la biomédicalisation de la sexualité est différente. Mayr a défendu l'autonomie de la biologie par rapport à la physique et la chimie, affirmant que ces sciences ne constituent que des régions de la science, contre l'idée que l'unification de la science passerait par la réduction

[5] SIMARD David, « La question du consentement sexuel : entre liberté individuelle et dignité humaine », *Sexologies* 24 (3), 2015, pp. 140-148.

de la biologie à ses processus physico-chimiques[6]. Il ne s'agit pas pour lui de nier que les corps vivants répondent à de tels processus, mais de réfuter que la vie puisse être réduite à ceux-ci. La médecine sexuelle tend à une telle réduction. La sexologie de la santé sexuelle, lorsqu'elle considère le social et le juridique comme relevant de son champ, et la psychanalyse, rejettent cette réduction. L'historicité du vivant, sous la forme de l'évolution des espèces, est ce qui pour Mayr distingue la biologie de la physique. L'histoire sociale et politique est ce qui, pour la sexologie de la santé sexuelle porteuse de la valeur du bien-être, distingue son approche de celle de la médecine sexuelle. L'histoire du sujet comme développement intrapsychique est ce qui spécifie l'abord de la psychanalyse, qui la distingue également de la médecine sexuelle, mais aussi de la sexologie de la santé sexuelle positive. Ces trois façons d'aborder le sexuel ont toutes leur légitimité, à condition de ne pas prétendre incarner le tout de ce qui constitue le vivant humain. L'être humain est un corps, et à ce titre il est soumis aux régularités et aux aléas de la corporéité, dont il peut y avoir une science et une médecine. Sa complexion organique, et notamment le développement de son cerveau, lui permettent d'être également un être psychique d'une manière qui ne se rencontre nulle part dans d'autres espèces animales. Il peut donc y avoir une science et une pratique qui a trait au psychisme, au niveau de ce qui est spécifique aux êtres humains. Enfin, l'être humain est un être social, là encore d'une manière qui ne se rencontre chez aucune autre espèce, dont aucune ne rédige des codes, des lois, ne débat de celles-ci, ne manifeste ni ne s'organise pour défendre des libertés ou pour leur porter atteinte. Il peut également y avoir des sciences de tout cela. La biologie et la biomédecine, la psychologie, la sociologie, et plus globalement tous les discours rationnels sur les activités humaines et leur sens, font partie des sciences, dont le modèle ultime ne saurait être la physique, en réduisant l'exercice de la raison à celui d'un calcul et d'une quantification. Si la biologie est une science du vivant, c'est aussi le cas des sciences humaines, sciences du vivant humain, et de ce qui appartient en propre à celui-ci, qui ne se retrouve ni dans la biologie, ni dans la physique, pas plus que le champ de la biologie est réductible à celui de la physique. Mayr a raison de dire que ce qui caractérise le vivant par rapport à la matière inerte est d'être historique. L'histoire sociale, culturelle, intrapsychique, est ce qui, parmi le vivant, caractérise l'être humain.

[6] Mayr, « The Autonomy of Biology », *art. cit.*, 1996, p. 105.

Ceci nous amène, pour terminer, à propos des rapports entre la santé sexuelle et la sexualité, à la question de ce que l'on désigne par le terme de « sexualité ». Cette question est devenue classique depuis les travaux de Foucault puis ceux de Davidson et l'historicisation de la sexualité non pas seulement au sens d'une histoire de la sexualité comme invariant, mais au sens d'une histoire de la catégorie même de sexualité. Classique mais somme toute étrangère, encore aujourd'hui, au champ de la sexologie. Dans ses travaux des années 1970, l'OMS conçoit la sexualité comme une composante naturelle qui doit faire l'objet de l'éducation afin de permettre la vie sociale. La culture doit maîtriser la nature. La santé sexuelle est donc aussi un état social dans le sens où elle inclut l'harmonie avec une éthique sociale à laquelle l'éducation aura contribué. Son concept repose sur l'idée d'une sexualité comme fait de nature, tout autant que celui d'éducation sexuelle. Dans la perspective foucaldienne de l'historicisation de la sexualité, la question de savoir ce qu'il peut rester du concept de santé sexuelle une fois son socle naturaliste réfuté pourrait constituer un axe de recherche supplémentaire.

Quoi qu'il en soit, notre présent travail, nous l'espérons, apporte des éléments nouveaux qui conduisent à réinterroger les usages contemporains du terme « santé sexuelle », et l'histoire qui en est habituellement proposée. La prolifération actuelle de ce concept en sexologie, en médecine sexuelle, en santé publique et dans le champ associatif et du développement personnel se revendiquant d'approches « positives » de la sexualité, nous a conduit à mettre en question l'évidence supposée associée à ses usages. Comme le disait Hegel dans sa préface à la *Phénoménologie de l'Esprit* : « Les choses qu'on sait comme ça, en général, précisément parce qu'elles nous sont *bien connues et familières*, ne sont pas connues »[7]. De tels usages sont la marque de l'impensé, et permettent de brandir la « santé sexuelle » comme un étendard sur lequel il n'est pas utile de revenir. Peut-être aurons-nous contribué à en rendre le concept moins familier.

[7] HEGEL Georg Wilhelm Friedrich, *Phénoménologie de l'esprit*, Paris, Aubier, 1991, p. 47.

Bibliographie

Sources primaires

Abraham Georges, « Propos pour une philosophie de la sexologie », in: Abraham Georges et Pasini Willy, *Introduction à la sexologie médicale*, Paris, Payot, 1975, pp. 13-27.

Abraham Georges et Pasini Willy, *Introduction à la sexologie médicale*, Paris, Payot, 1975.

Abraham Georges et Pasini Willy, « Les nouvelles thérapies sexuelles aux USA », in: Geisendorf William et Pasini Willy (éds.), *Sexologie 1970-1973*, Genève, Médecine & Hygiène, 1974, pp. 233-236.

Abraham Georges et Porto Robert, *Psychanalyse et thérapies sexologiques*, Paris, Payot, 1978 (Bibliothèque scientifique).

Adams Archibald, *Male Sexual Health: a Gold Mine of Value to Every Man, Married or Single*, Philadelphia, Lee Publishing Compagny, 1898.

Adelon Nicolas-Philibert, Andral Gabriel, Barruel Jean-Pierre, Arcet Jean-Pierre-Joseph d', Devergie Marie-Guillaume-Alphonse, Esquirol Jean-Etienne, Keraudren Pierre-François Kéraudren, Leuret François, Marc Charles Chrétien Henri, Orfila Mathieu, Parent-Duchatelet Alexandre Jean-Baptiste et Villermé Louis René, « Prospectus », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* 1 (1), 1829, pp. v-viii.

Alcoholics Anonymous, *Les douze étapes et les douze traditions*, New York, Alcoholics Anonymous World Services, 2003.

American psychiatric association, *DSM-5. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 2015.

American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition)*, Washington, D.C., APA, 1980.
Aristote, *De la génération des animaux*, Paris, Les Belles Lettres, 1961.
Assemblée mondiale de la Santé, « Onzième Révision de la Classification internationale des maladies - WHA72.15: Septième séance plénière, 28 mai 2019 », Assemblée mondiale de la Santé, 28.05.2019.
Association mondiale des professionnels pour la santé transgenre, *Standards de Soins pour la santé des personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme*, 7e version, East Dundee, World Professional Association for Transgender Health, 2012.
Basedow Johann Bernhard, *Das Methodenbuch für Väter und Mütter*, Dessau, 1773.
Basson Rosemary, Althof Stan, Davis Susan, Fugl-Meyer Kirsten, Goldstein Irwin, Leiblum Sandra, Meston Cindy, Rosen Raymond et Wagner Gorm, « Summary of the Recommendations on Sexual Dysfunctions in Women », *The Journal of Sexual Medicine* 1 (1), 2004, pp. 24-34.
Beall Edgar C., *The Life Sexual. A Study of the Philosophy, Physiology, Science, Art, and Hygiene of Love*, New York, Vim, 1905.
Béraud F.-F.-A., *Les filles publiques de Paris, et la police qui les régit*, Paris, Desforges, 1839.
Bernard Claude, *Leçons sur les phénomènes de la vie communs aux animaux et aux végétaux*, vol. 1 / 2, Paris, J.-B. Baillière et fils, 1878.
Bernard Claude, *Leçons sur le diabète et la glycogenèse animale*, Paris, J.-B. Baillière et fils, 1877.
Bernard Claude, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, Paris, J.-B. Baillière et fils, 1865.
Bichat Xavier, *Recherches physiologiques sur la vie et la mort*, Paris, Brosson, Gabon et Cie, 1800.
Bigelow Maurice A., « Health education in relation to venereal disease control education. Report of a cooperative project between the United States Public Health Service and the American Social Hygiene Association, 1939-1940 », *Journal of social hygiene* 27 (2), 1941, pp. 49-75.
Bigelow Maurice A., « The established points in social hygiene education, 1905-1924 », *Journal of Social Hygiene* X (1), 1924, p. 11.
Bigelow Maurice A., « The Educational Attack on the Problems of Social Hygiene », *Social Hygiene* 2 (1), 1916.
Bigelow Maurice A., *Sex-Education. A Series of Lectures Concerning Knowledge of Sex in its Relation to Human Life*, New York, MacMillan, 1916.
Bigelow Maurice A., « Biology in Relation to Sex Instruction in Schools and Colleges », *Social Diseases* II (4), 1911, pp. 10-15.
Bloch Iwan, *The Sexual Life of our Time in its Relations to Modern Civilization*, London, Rebman Limited, 1908.

BLOM Erik, « The history of artificial insemination in Danish cattle breeding with special regard to its influence on improved sexual health control », *The Veterinarian* 3 (4), 1965, pp. 243-248.
BLUMENBACH Johann Friedrich, *The Elements of Physiology*, 4th ed., London, Longma, Rees, Orme, Brown and Green, 1828.
BOORSE Christopher, « Health as a Theoretical Concept », *Philosophy of science* 44 (4), 1977, pp. 542–573.
BORDEU Antoine de, BORDEU Théophile de et BORDEU François de, *Recherches sur les maladies chroniques*, vol. 1, Paris, Ruault, 1775.
BRIDGMAN Percy Williams, *The Logic of Modern Physics*, New York, MacMillan, 1927.
BROUSSAIS François-Joseph-Victor, *Traité de physiologie appliquée à la pathologie*, Paris, Delaunay, 1822.
BROUSSAIS François-Joseph-Victor, *Histoire des phlegmasies ou inflammations chroniques, fondée sur de nouvelles observations de clinique et d'anatomie pathologique*, vol. 1 / 3, 2e édition, Paris, Moronval, 1816.
BUCHAN William, *Domestic Medicine : or, a Treatise on the Prevention and Cure of Diseases, by Regimen and Simple Medicines*, Philadelphia, Thomas Dobson, 1795.
BUCHEZ Philippe-Joseph-Benjamin, *Essai d'un traité complet de philosophie, du point de vue du catholicisme et du progrès*, vol. 2, Paris, Eveillard, 1839.
BUFFON Georges-Louis Leclerc, *Histoire naturelle, générale et particulière, avec la description du Cabinet du Roy*, vol. 14 / 31, Paris, Imprimerie royale, 1766.
BUFFON Georges-Louis Leclerc, *Histoire naturelle, générale et particulière, avec la description du Cabinet du Roy*, vol. 2 / 31, Paris, Imprimerie royale, 1749.
BUVAT Jacques, « Éditorial », *Médecine sexuelle* 1 (1), 2007, p. 5.
CALDERONE Mary S., « Theoretical Issues in Sexology: Education for Sexuality », in: DAVIS Clive M. (éd.), *Challenges in Sexual Science: Current Theoretical Issues and Research Advances*, Society for the Scientific Study of Sex, 1983, pp. 23-31.
CALDERONE Mary S., « Role of the physician in community sex education programs », *The Journal of the Medical Society of New Jersey* 66 (10), 1969, pp. 568-572.
CALDERONE Mary S., « Sex Education and the Roles of School and Church », *The Annals of the American Academy of Political and Social Science* 376, 1968, JSTOR, pp. 53-60.
CALDERONE Mary S., « Sexual health and family planning. The Seventh Annual Bronfman Lecture », *American Journal of Public Health and the Nations Health* 58 (2), 1968, pp. 223-231.
CALDERONE Mary S., « Special Report: The Sex Information and Education Council of the U. S. », *Journal of Marriage and Family* 27 (4), 1965, pp. 533-534.
CANGUILHEM Georges, *La connaissance de la vie*, 2e édition revue et augmentée, Paris, Vrin, 2015 (Bibliothèque des textes philosophiques).
CANGUILHEM Georges, *Le normal et le pathologique*, 12e édition, Paris, Presses Universitaires de France, 2013 (Quadrige).

CANGUILHEM Georges, « La santé : concept vulgaire et question philosophique », in: *Ecrits sur la médecine*, Paris, Seuil, 2002 (Champ freudien), pp. 49-68.
CARLE Marius, *La prophylaxie des maladies vénériennes*, Paris, Gaston Doin, 1921.
CARNES Patrick, *Out of the Shadows: Understanding Sexual Addiction*, Center City, Hazelden, 1994.
CHATTERJI Somnath, USTÜN Bedirhan L, SADANA Ritu, SALOMON Joshua A, MATHERS Colin D et MURRAY Christopher JL, *The Conceptual Basis for Measuring and Reporting on Health*, World Health Organization, 2002 (Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion 45).
CHEVALIER Julien, *Une maladie de la personnalité : l'inversion sexuelle*, Lyon, A. Storck, 1893 (Bibliothèque scientifique judiciaire).
CHILLINGWORTH William, *Chillingworth's Religion of Protestants. A Safe Way to Salvation*, New edition, London, Thomas Tegg, 1845.
CLARKE Arthur, *An Essay on Diseases of the Skin: containing Practical Observations on Sulphureous Fumigations, in the Cure of Cutaneous Complaints, with Cases*, London, Henry Colburn, 1821.
CLÉMENT Emmanuel, *Hygiène conjugale. Guide des gens mariés*, 9e éd., Paris, Jules Taride, 1884.
CLERC Alexis, *Hygiène & médecine des deux sexes,* suivies d'un *Dictionnaire d'hygiène et de médecine*, vol. I, Paris, Jules Rouff, 1885 (Sciences mises à la portée de tous).
COMBE George, *Traité de phrénologie*, vol. II, Bruxelles, Société belge de librairie, 1840.
CONDILLAC Etienne Bonnot de, *Œuvres complètes de Condillac. De l'art de raisonner*, vol. 11, Paris, Dufart, 1803.
CONFÉRENCE INTERNATIONALE DE LA SANTÉ, « Constitution de l'Organisation mondiale de la santé », in: *Documents fondamentaux*, 45e édition, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006.
CONKLIN R. L., « The relation of sexual health of the domestic cock to fertility and hatchability of the eggs », *The Cornell Veterinarian* XIX (1), 1929, pp. 25-32.
COOKE George, *Professional Experience in Various Climates: a Complete Practical Treatise on Genital Maladies; with Pathological Observations on the Philosophy of Reproduction, Spermatorrhoea, and their Immediate and Remote Consequences: together with the More Successful Management of Diseases of Women and Children, as Adopted at the Present Day*, 2nd ed., Albany, Gen. George Cooke, 1852.
CROMBIE Alistair Cameron, *Styles of Scientific Thinking in the European Tradition: the History of Argument and Explanation Especially in the Mathematical and Biomedical Sciences and Arts*, 3 vol., London, Duckworth, 1994.
DARLINGTON Cyril Dean, *Le mystère de la vie*, Paris, Fayard, 1957.
DAVENPORT Charles B., *Eugenics: the Science of Human Improvement by Better Breeding*, New York, Henry Holt, 1910.

DAVIDSON Arnold I., « Refermer les cadavres », in: *L'émergence de la sexualité. Épistémologie historique et formation des concepts*, Paris, Albin Michel, 2005 (Bibliothèque Albin Michel Idées), pp. 25-75.
DAVIDSON Arnold I., « Styles de raisonnement : de l'histoire de l'art à l'épistémologie des sciences », in: *L'émergence de la sexualité. Épistémologie historique et formation des concepts*, Paris, Albin Michel, 2005 (Bibliothèque Albin Michel Idées), pp. 217-243.
DAVIDSON Arnold I., « Comment faire l'histoire de la psychanalyse : une lecture des *Trois essais sur la théorie sexuelle* de Freud », in: *L'émergence de la sexualité. Épistémologie historique et formation des concepts*, Paris, Albin Michel, 2005 (Bibliothèque Albin Michel Idées), pp. 131-172.
DAVIDSON Arnold I., *L'émergence de la sexualité. Épistémologie historique et formation des concepts*, Paris, Albin Michel, 2005 (Bibliothèque Albin Michel Idées).
DAVIS David D., *Elements of Obstetric Medicine; with the Description and Treatment of some of the Principal Diseases of Children*, 2nd ed., London, Taylor and Walton, 1841.
DEBAY Auguste, *Hygiène et physiologie du mariage. Histoire naturelle et médicale de l'homme et de la femme mariés dans ses plus curieux détails*, 66e éd. revue et augmentée, Paris, E. Dentu, 1873.
DEPARTMENT OF HEALTH, *Better Prevention, Better Services, Better Sexual Health: The National Strategy for Sexual Health and HIV*, London, UK Department of Health, 2001.
DESCARTES René, *Œuvres et lettres. Traité de l'homme*, Paris, Gallimard, 1999 (Bibliothèque de la Pléiade).
DESCARTES René, *Œuvres et lettres. Discours de la méthode*, Paris, Gallimard, 1999 (Bibliothèque de la Pléiade).
DESCARTES René, « Lettre à Mersenne, janvier 1630 », in: *Œuvres et lettres*, Paris, Gallimard, 1953 (Bibliothèque de la Pléiade), pp. 915-921.
DIDEROT Denis et D'ALEMBERT Jean Le Rond (éds.), « Hygiène », in: *Encyclopédie, ou dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers, par une société de gens de lettres*, vol. 17, Nouvelle édition, Genève, Pellet, 1778, pp. 934-939.
DOLL Richard, « Health and the environment in the 1990s », *American Journal of Public Health* 82 (7), 1992, pp. 933-941.
DOLTO Françoise, *Psychanalyse et pédiatrie. Les grandes notions de la psychanalyse : seize observations d'enfants*, Paris, Seuil, 2015 (Points essais).
DRYSDALE George, *Éléments de science sociale ou religion physique, sexuelle et naturelle. Exposé sur la véritable cause et sur le remède des trois principaux maux de la Société : la Pauvreté, la Prostitution et le Célibat*, 4e édition, Paris, Félix Alcan, 1885.
DRYSDALE George, *The Elements of Social Science; or, Physical, Sexual and Natural Religion*, 4th ed. (1st ed. 1854), London, E. Truelove, 1861.
DUPRÉ Ernest, *Les perversions instinctives. Rapport du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, XXIIe session, Tunis, 1er-7 avril 1912*, Paris, Masson, 1912.

DUPUIT Jules, « De la mesure de l'utilité des travaux publics (1844) », *Revue française d'économie* 10 (2), 1995, pp. 55-94.
EDWARDS Ward, « The theory of decision making », *Psychological Bulletin* 51 (4), 1954, pp. 380-417.
ELLINGWOOD Finley, « Determination of Sex », *The Medical Brief* XIV (6), 1886, pp. 243-245.
ELLIS Havelock, *My Life*, London, William Heinemann, 1940.
ELLIS Havelock, *The Philosophy of Conflict, and other Essays in War-Time*, 2nd series, London, Constable and Co., 1919.
ELLIS Havelock, *The Task of Social Hygiene*, Boston - New York, Houghton Mifflin, 1912.
ELLIS Havelock, *Studies in the Psychology of Sex: Sex in Relation to Society*, vol. VI / VI, Philadelphia, F. A. Davis, 1910.
ELLIS Havelock, *Man and Woman: a Study of Human Secondary Sexual Characters*, 4th ed., London, Walter Scott, 1904.
ELLIS Havelock, *The Nationalisation of Health*, London, T. Fisher Unwin, 1892.
ELLIS Havelock et SYMONDS John A., *Studies in the Psychology of Sex: Sexual Inversion*, London, Wilson and McMillan, 1897.
EXNER Max J., BIGELOW Maurice A., WATSON Frank D. et MEYLAN George L., « Sex Education in Colleges and Universities », *The Journal of the Society of Sanitary and Moral Prophylaxis* V (2), 1914, pp. 92-115.
FAWCETT Henry, *Matrimony, Impotency and Sterility, Anatomically, Physiologically and Medically Explained, with a Comprehensive Exposition of the Nature and Modern Treatment of Syphilis, Secondary Sumptoms, Gonorrhoea, Gleet, Strictures, Whites, Seminal Weakness, Noctural Emissions, and all the Consequences Arising from Masturbation*, New York, H. Fawcett, 1844.
FELKIN Robert W., « A contribution to the determination of sex, derived from observations made on an African tribe », *Edinburgh Medical Journal* XXXII (sept.), 1886, pp. 233-236.
FERNEL Jean, *Les VII livres de la physiologie*, Paris, Jean Guignard le Jeune, 1555.
FIAUX Louis, *La police des mœurs en France : son abolition. Institution d'un régime légal de moralité et d'ordre public*, vol. II / II, Paris, Félix Alcan, 1921.
FIAUX Louis, *Un nouveau régime des mœurs. Abolition de la police des mœurs, le régime de la loi*, Paris, Félix Alcan, 1908.
FIAUX Louis, *La prostitution réglementée et les pouvoirs publics dans les principaux États des Deux-Mondes*, Paris, Félix Alcan, 1902.
FISCHER Charles, *L'amour et la morale. Essai d'interprétation physiologique de la pensée humaine*, Paris, Payot, 1925 (Bibliothèque scientifique).
FISHER Irving, « Eugenics—Foremost Plan of Human Redemption », in: *Proceedings of Second National Conference on Race Betterment, August 4-8, Battle Creek*, MI, Battle Creek, 1915, pp. 63-66.

FISHER Irving et FISK Eugene Lyman, *How to Live: Rules for Healthful Living Based on Modern Science*, New York ; London, Funk & Wagnalls, 1915.
FLECK Ludwik, *Genèse et développement d'un fait scientifique*, Paris, Flammarion, 2008 (Champs Sciences).
FLESCH Max, « Ein Gutachten über Gonorrhoe als Grund zur Anfechtung der Ehe », *Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten* 10 (10), 1909, pp. 317-333.
FODÉRÉ François-Emmanuel, *Traité de médecine légale et d'hygiène publique, ou de police de santé, adapté aux Codes de l'Empire français, et aux connaissances actuelles*, 6 vol., Paris, Mame, 1813.
FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS, *Report of the FAO International Meeting on Veterinary Education held at London, United Kingdom, April 25-30, 1960*, Roma, Food and Agriculture Organization of the United Nations, 1960.
FOOTE Edward B., *Medical Common Sense; applied to the Causes, Prevention and Cure of Chronic Diseases and Unhappiness in Marriage*, revised and enlarged ed., New York, E. B. Foote, 1868.
FOREL Auguste, *La question sexuelle*, 5e édition, Paris, Masson, 1922.
FOREL Auguste, *L'âme et le système nerveux. Hygiène et pathologie*, Paris, G. Steinheil, 1906.
FOUCAULT Michel, *La sexualité. Cours donné à l'université de Clermont-Ferrand (1964)* suivi de *Le discours de la sexualité. Cours donné à l'université de Vincennes (1969)*, Paris, EHESS / Gallimard / Seuil, 2018 (Hautes Études).
FOUCAULT Michel, *Histoire de la sexualité 4. Les aveux de la chair*, Paris, Gallimard, 2018 (Bibliothèque des Histoires).
FOUCAULT Michel, *Subjectivité et vérité. Cours au Collège de France (1980-1981)*, Paris, Seuil / Gallimard, 2014 (Hautes études).
FOUCAULT Michel, *La société punitive. Cours au Collège de France (1972-1973)*, Paris, EHESS / Gallimard / Seuil, 2013 (Hautes études).
FOUCAULT Michel, *Mal faire, dire vrai. Fonction de l'aveu en justice*, Louvain-la-Neuve, Presses universitaires de Louvain, 2012.
FOUCAULT Michel, *Naissance de la clinique*, Paris, Presses Universitaires de France, 2009 (Quadrige Grands Textes).
FOUCAULT Michel, *Le Corps Utopique,* suivi de *Les Hétérotopies*, Fécamp, Nouvelles Editions Lignes, 2009.
FOUCAULT Michel, *Sécurité, territoire, population: cours au Collège de France, 1977-1978*, Paris, Seuil : Gallimard, 2004 (Hautes études).
FOUCAULT Michel, *Les anormaux. Cours au Collège de France. 1974-1975*, Paris, Seuil / Gallimard, 1999 (Hautes études).
FOUCAULT Michel, « Croître et multiplier », in: *Dits et écrits II (1970-1975)*, Paris, Gallimard, 1994, pp. 99-104.
FOUCAULT Michel, « Crise de la médecine ou crise de l'antimédecine ? », in: *Dits et écrits III (1976-1979)*, Paris, Gallimard, 1994, pp. 40-58.

FOUCAULT Michel, « Histoire de la médicalisation », *Hermès, La Revue* 2 (2), 1988, pp. 11-29.
FOUCAULT Michel, *Histoire de la sexualité II. L'usage des plaisirs*, Paris, Gallimard, 1984.
FOUCAULT Michel, *Histoire de la sexualité I. La volonté de savoir*, Paris, Gallimard, 1976 (Tel).
FOUCAULT Michel, *L'archéologie du savoir*, Paris, Gallimard, 1969.
FOUCAULT Michel, *Les mots et les choses. Une archéologie des sciences humaines*, Paris, Gallimard, 1966.
FOWLER Orson Squire, *Creative and Sexual Science: or, Manhood, Womanhood, and their Mutual Interrelations, Love, its Laws, Power, etc.*, Cincinnati, Cincinnati Publishing, 1875.
FOWLER Orson Squire, *Human Science: or, Phrenology; its Principles, Proofs, Faculties, Organs, Temperaments, Combinations, Conditions, Teachings, Philosophies, etc., etc., as Applied to Health, its Values, Laws, Functions, Organs, Means, Preservation, Restoration, etc.*, Philadelphia, National Publishing Company, 1873.
FOWLER Orson Squire, *Sexual Science; including Manhood, Womanhood, and their Mutual Interrelations; Love, its Laws, Power etc., Selection, or Mutual Adaptation; Married Life made happy; Reproduction, and Progenal Endowment, or Paternity, Maternity, Bearing, Nursing, and Rearing children; Puberty, Girlhood, etc.; Sexual Ailments Restored, Female Beauty Perpetuated, etc., etc. As Taught by Phrenology*, Philadelphia, National Publishing Company, 1870.
FOWLER Orson Squire, *Sexuality Restored, and Warning and Advice to Youth against Perverted Amativeness; including its Prevention and Remedies: as Taught by Phrenology and Physiology*, Boston, H. O. Houghton, 1870.
FOWLER Orson Squire, *The Family*, New York, O. S. Fowler, 1859.
FOWLER Orson Squire, *Love and Parentage Applied to the Improvement of Offspring; Including Important Directions and Suggestions to Lovers and the Married Concerning the Strongest Ties and the most Sacred and Momentous Relations of Life*, New York, Fowler & Wells, 1846.
FOWLER Orson Squire, *Amativeness: or Evils and Remedies of Excessive and Perverted Sexuality; including Warning and Advice to the Married and Single*, New York, Fowler & Wells, 1846.
FRANK Johann Peter, *System einer vollständigen medicinischen Polizey*, vol. 1 / 6, Mannheim, Schwan, 1779.
FREUD Sigmund, « La sexualité infantile », in: *Trois essais sur la théorie sexuelle*, Paris, Gallimard, 1987 (Folio / Essais), pp. 91-140.
FREUD Sigmund, « Les aberrations sexuelles », in: *Trois essais sur la théorie sexuelle*, Paris, Gallimard, 1987 (Folio / Essais).

FREUD Sigmund, « Les explications sexuelles données aux enfants (1907) », in: *La vie sexuelle*, Paris, Presses universitaires de France, 1969 (Bibliothèque de psychanalyse), pp. 7-13.
FREUD Sigmund, « Pulsions et destin des pulsions », in: *Métapsychologie*, Paris, Gallimard, 1968 (Folio / Essais).
FREUD Sigmund, *Introduction à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1961 (Petite Bibliothèque Payot).
FREUD Sigmund, « Hysterische Phantasien und ihre Beziehung zur Bisexualität », *Zeitschrift für Sexualwissenschaft* (1), 1908, pp. 27-34.
GALLICHAN Walter M., *A Text-Book of Sex Education for Parents and Teachers*, London, T. Werner Laurie, 1918.
GALTON Francis, *Inquiries into Human Faculty and its Development*, London, MacMillan, 1883.
GALTON Francis, *English Men of Science: their Nature and Nurture*, London, MacMillan, 1874.
GALTON Francis, « Hereditary talent and character (part I) », *Macmillan's Magazine* 12 (68), 1865, pp. 157-166.
GARNIER Pierre, *Le Mariage dans ses devoirs, ses rapports et ses effets conjugaux, au point de vue légal, hygiénique, physiologique et moral*, dixième éd., Paris, Garnier Frères, 1880.
GAYON Jean, « De la catégorie de style en histoire des sciences », *Alliage. Culture - Science - Technique* (26), 1996, pp. 13-25.
GEISENDORF William et PASINI Willy, « Le programme genevois d'enseignement », in: ABRAHAM Georges et PASINI Willy, *Introduction à la sexologie médicale*, Paris, Payot, 1975, pp. 108-113.
GOFFART A., « Les "Esprits animaux" », *Revue néo-scolastique* 7 (26), 1900, pp. 153-172.
GOLDSTEIN Irwin, « The *Journal of Sexual Medicine* Reflects the Broadened Scope of Sexual Medicine », *The Journal of Sexual Medicine* 1 (3), 2004, pp. 235-236.
GOLDSTEIN Irwin, « Evidence-Based Medicine for Clinical Decision Making in Sexual Health Care Management: Role of The *Journal of Sexual Medicine* », *The Journal of Sexual Medicine* 1 (2), 2004, pp. 125-127.
GOLDSTEIN Irwin, « The Inaugural Issue of *The Journal of Sexual Medicine* (JSM) », *The Journal of Sexual Medicine* 1 (1), 2004, pp. 1-2.
GOUGEROT Henri, « De la collaboration de tous les médecins à la Lutte anti-vénérienne », *L'hygiène sociale* (16), 1929, pp. 247-248.
GRAHAM Sylvester, *A Lecture to Young Men on Chastity. Intended Also for the Serious Consideration of Parents and Guardians*, 2nd ed., Boston, Light & Stearns, Crocker & Brewster, 1837.
GRIESINGER Wilhelm, *Mental Pathology And Therapeutics*, 2nd ed., London, The New Sydenham Society, 1867.

GRIESINGER Wilhelm, *Traité des maladies mentales. Pathologie et thérapeutique*, Paris, Adrien Delahaye, 1865.
GRIESINGER Wilhelm, *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten für Aerzte und Studirende*, Stuttgart, Adolph Krabbe, 1861.
HACKING Ian, « 'Style' for historians and philosophers », *Studies in History and Philosophy of Science Part A* 23 (1), 1992, pp. 1-20.
HACKING Ian, « Language, Truth and Reason », in: HOLLIS Martin et LUKES Steven (éds.), *Rationality and Relativism*, Cambridge, MIT Press, 1982, pp. 48-66.
HAEBERLE Erwin J., « Was ist sexuelle Gesundheit? Eine kritische Würdigung der WHO-Definition », *Sexualmedizin* (20), 1998, pp. 142-148.
HAEBERLE Erwin J., « The Manufacture of Gladness: Some Observations on Sex Therapy », in: DAVIS Clive M. (éd.), *Challenges in Sexual Science: Current Theoretical Issues and Research Advances*, Society for the Scientific Study of Sex, 1983, pp. 8-15.
HAFFNER Debra W. (éd.), *Facing Facts: Sexual Health for America's Adolescents*, New York, NY, Sexuality Information and Education Council of the United States, 1995.
HALL George F., *Sexology, or Startling Sins of the Sterner Sex*, Chicago, L. W. Walter, 1892.
HAMMOND William A., *L'Impuissance sexuelle chez l'homme et la femme*, Paris, Lecrosnier et Babé, 1890.
HANCHETT Henry Granger, *The Elements of Modern Domestic Medicine: a Plain and Practical Hand-Book Describing Simple Diseases*, New York, Charles T. Hurlburt, 1887.
HANCHETT Henry Granger, *Sexual Health: a Companion to « Modern Domestic Medicine »*, New York, Charles T. Hurlburt, 1887.
HARTLEY Catherine Gasquoine, *Sex Education and National Health*, London, Leonard Parsons, 1920.
HARTLEY Catherine Gasquoine, *Motherhood and the Relationships of the Sexes*, New York, Dodd, Mead and Co., 1917.
HARTLEY Catherine Gasquoine, « The Sexes Again », *The English Review*, 1913, pp. 268-83.
HARTLEY Catherine Gasquoine, *The Truth about Woman*, London, Eveleigh Nash, 1913.
HARTMAN William E. et FITHIAN Marilyn, *Treatment of Sexual Dysfunction. A Bio-Psycho-Social Approach*, Long Beach, Center for Marital and Sexual Studies, 1972.
HARTMANN Heinz, *La psychologie du moi et le problème de l'adaptation*, Paris, Presses Universitaires de France, 1968 (Bibliothèque de psychanalyse).
HAYES Albert H., *The Science of Life; or Self-Preservation. A Medical Treatise on Nervous and Physical Debility, Spermatorrohoea, Impotence, and Sterility, with Practical Observations on the Treatment of Diseases of the Generative Organs*, Boston, Albert H. Hayes, 1868.
HAYNAL André, « Identité sexuelle et transsexualisme », in: ABRAHAM Georges et PASINI Willy, *Introduction à la sexologie médicale*, Paris, Payot, 1975, pp. 249-269.

HAYNAL André, « La notion de normalité en sexologie », in: ABRAHAM Georges et PASINI Willy, *Introduction à la sexologie médicale*, Paris, Payot, 1975, pp. 28-37.
HEMPEL Carl Gustav, *Éléments d'épistémologie*, Paris, Armand Colin, 2012.
HEMPEL Carl Gustav, « Fundamentals of Taxonomy », in: *Aspects of Scientific Explanation and other Essays in the Philosophy of Science*, New York, The Free Press, 1965, pp. 137-154.
HESNARD Angelo, *Traité de sexologie normale et pathologique*, Paris, Payot, 1933 (Bibliothèque scientifique).
HIPPOCRATE, « Sixième livre des épidémies », in: LITTRÉ Emile (éd.), *Œuvres complètes d'Hippocrate*, vol. V, Paris, J.-B. Baillière, 1846, pp. 260-357.
HIRSCHFELD Magnus, *Le Corps et l'Amour*, Paris, Gallimard, 1937.
HOCQUENGHEM Guy, « L'anti-sexologue », in: *La dérive homosexuelle*, Paris, J.-P. Delarge, 1977, pp. 88-97.
HOFMANN Bjørn, « Complexity of the Concept of Disease as Shown Through Rival Theoretical Frameworks », *Theoretical Medicine and Bioethics* 22 (3), 2001, pp. 211-236.
HOUTHAKKER Hendrik S., « Revealed Preference and the Utility Function », *Economica* 17 (66), 1950, p. 159.
HOYOS Hernán Mendoza, « The Education and Training of Professional Health Personnel in Demography, Physiology of Reproduction and Family Planning », in: PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (éd.), *Third PASB Conference on Population Dynamics: Proceedings, Sixth Meeting, Washington, D.C., 12-16 June 1967*, Washington, D.C., Pan American Health Organization, 1967, pp. 11-19.
HUTCHINSON Jonathan, « Motiveless Malingerers », *The British Medical Journal* I, 1870, pp. 15-16.
ILLICH Ivan, *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*, Paris, Seuil, 1975.
INGE William R., « Some Moral Aspects of Eugenics », *The Eugenics Review* 1 (1), 1909.
INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION, *Déclaration des droits sexuels de l'IPPF*, Londres, Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF), 2008.
INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION, *IPPF Charter on Sexual and Reproductive Rights*, London, IPPF Regent's College, 1996.
JACKSON James Caleb, *How to Treat the Sick Without Medicine*, Dansville, Austin, Jackson & Co., 1870.
JACKSON James Caleb, *The Sexual Organism and Its Healthful Management*, Boston, B. Leverett Emerson, 1862.
JACKSON James Caleb, *Hints on the Reproductive Organs: their Diseases, Causes, and Cure on Hydropathic Principles*, New York, Fowlers and Wells, 1852.
JAHODA Marie, *Current concepts of positive mental health*, New York, BasicBooks, 1958.
JEFFERIS Benjamin G. et NICHOLS James L., *Searchlights on Health: The Science of Eugenics. A Guide to Purity and Physical Manhood. Advice to Maiden, Wife and Mother, Love, Courtship, and Marriage*, Naperville, J. L. Nichols & Co., 1920.

JEFFERIS Benjamin G. et NICHOLS James L., *Search Lights on Health: Light on Dark Corners. A Complete Sexual Science and a Guide to Purity and Physical Manhood. Advice to Maiden, Wife and Mother, Love, Courtship, and Marriage*, 6e édition, Naperville, J. L. Nichols & Co., 1894.

JORDAN Louis J., *Man's Mission on Earth! A Treatise on Nervous Debility and Physical Exhaustion, being a Synopsis of Lectures Delivered at the Museum of Anatomy, Science and Art*, New York, L. J. Jordan, 1871.

JUSTINIEN, *Les cinquante livres du* Digeste *ou des* Pandectes *de l'empereur Justinien*, Réimpr. de l'éd. de Metz 1803-1811, Aalen, Scientia Verlag, 1979.

KAPLAN Helen Singer, *La nouvelle thérapie sexuelle. Traitement actif des difficultés sexuelles*, Paris, Buchet/Chastel, 1979.

KAPLAN Helen Singer, *The New Sex Therapy: Active Treatment of Sexual Dysfunctions*, New York, Brunner/Mazel, 1974.

KASSEL-MÜHLFELDER Martha, « Dr. med. Paul Cohn, Arzt für Nerven- und Stirnmungsleklen, Charlottenburg, Gemütserregungen als Krankheitsursachen. Anregungen zu einer Nerven- und Seelenhygiene. Mit Geleitwort von Hofrat Prof. Dr. Stiller, Budapest. - Medizin. Verlag Schweizer u. Co. G. m. b. H. Berlin », *Sexual-Probleme : Zeitschrift für Sexualwissenschaft und Sexualpolitik* 10 (4), 1914.

KELLOGG John Harvey, *Ladies' Guide in Health and Disease. Girlhood, Maidenhood, Wifehood, Motherhood*, Des Moines, W. D. Condit, 1883.

KELLOGG John Harvey, *Plain Facts for Old and Young*, Burlington, Segner & Condit, 1881.

KELLOGG John Harvey, *Plain Facts about Sexual Life*, Battle Creek, The Office of the Health Reformer, 1877.

KETTING Evert, « Sexual Health is Something Different », *Choices*, 1996, p. 1.

KEY Ellen, *The Century of the Child*, New York ; London, G. P. Putnam's Sons, 1909.

KING C. Daly, « The Meaning of Normal », *The Yale Journal of Biology and Medicine* 17 (3), 1945, pp. 493-501.

KINSEY Alfred C., POMEROY Wardell B., MARTIN Clyde E. et GEBHARD Paul H., *Le comportement sexuel de la femme*, Amiot-Dumont, Paris, 1954.

KINSEY Alfred C., POMEROY Wardell B. et MARTIN Clyde E., *Le comportement sexuel de l'homme*, Éditions du Pavois, Paris, 1948.

KIRKENDALL Lester A., « Sex Education », *SIECUS Study Guide* (1), 1965.

KISCH E. Heinrich, *Die Sexuelle Untreue der Frau : Die Ehebrecherin. Eine sozial-medizinische Studie*, vol. 1 / 2, Bonn, A. Marcus und E. Webers, 1918.

KLERMAN Gerald L., « Psychotropic Hedonism vs. Pharmacological Calvinism », *Hastings Center Report* 2 (4), 1972, pp. 1-3.

KLOUDA Tony, « Sexual Health? How boring », *Choices*, 1996, pp. 7-12.

KOHUT Heinz, « L'introspection, l'empathie et le détour de la santé », *Revue française de psychanalyse* 49 (5), 1985, pp. 1267-1288.

KOHUT Heinz, « Introspection, empathy and the semi-circle of mental health », *The International Journal of Psycho-Analysis* 63 (4), 1982, pp. 395-407.
KOLODNY Robert C., MASTERS William H. et JOHNSON Virginia E., *Textbook of Sexual Medicine*, Boston, Little, Brown and Co., 1979.
KRAFFT-EBING Richard von, *Psychopathia sexualis. Avec recherches spéciales sur l'inversion sexuelle*, 8e édition, Paris, Georges Carré, 1895.
KRAUSS Friedrich Salomon, « Psychopathia Sexualis. Ein Bericht », *Wiener Klinische Rundschau* 17, 1903, pp. 564-566.
KRUEGER Richard B., REED Geoffrey M., FIRST Michael B., MARAIS Adele, KISMODI Eszter et BRIKEN Peer, « Proposals for Paraphilic Disorders in the International Classification of Diseases and Related Health Problems, Eleventh Revision (ICD-11) », *Archives of Sexual Behavior* 46 (5), 2017, pp. 1529-1545.
KUHN Thomas S., *La Structure des révolutions scientifiques*, Paris, Flammarion, 1983.
LADAME Paul-Louis, « Chronique allemande. Les travaux récents des auteurs allemands sur l'homosexualité », *Archives d'anthropologie criminelle, de médecine légale et de psychologie normale et pathologique* 28, 1913, pp. 827-861.
LAGROUA WEILL-HALLÉ Marie-Andrée, *La contraception au service de l'amour*, Paris, Guy de Monceau, 1966.
LAIGNEL-LAVASTINE Maxime, « L'éducation sexuelle », *L'hygiène sociale* (16), 1929, pp. 248-249.
LALLEMAND Claude François, *Des pertes séminales involontaires*, vol. I, Paris, Béchet Jeune, 1836.
LANCASTER Kelvin J., « A New Approach to Consumer Theory », *Journal of Political Economy* 74 (2), 1966, pp. 132-157.
LANGFELDT T. et PORTER M., *Sexuality and Family Planning. Report of a Consultation and Research Findings*, Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 1986.
LANTÉRI-LAURA Georges, *Lecture des perversions. Histoire de leur appropriation médicale*, Paris, Economica, 2012.
LEIBNIZ Gottfried Wilhelm, « Doutes ou objections de Leibnitz touchant quelques assertions de la vraie théorie médicale de Stahl », in: STAHL Georg Ernst, *Œuvres médico-philosophiques et pratiques*, vol. VI / VI, Paris, J.-B. Baillière, 1864.
LEROUX Pierre, *Réfutation de l'éclectisme où se trouve exposée la vraie définition de la philosophie, et où l'on explique le sens, la suite, et l'enchaînement des divers philosophes depuis Descartes*, Paris, Charles Gosselin, 1834.
LINDORME Carl F., « Determination of sex », *The Chicago Medical Times* XVIII (9), 1886, pp. 401-403.
LONGINO Helen E., *Science as Social Knowledge: Values and Objectivity in Scientific Inquiry*, Princeton, Princeton University Press, 1990.
LOTTES Ilsa, « New Perspectives on Sexual Health », in: LOTTES Ilsa et KONTULA Osmo (éds.), *New Views on Sexual Health: the Case of Finland*, Helsinki, The Population

Research Institute, 2000 (Publications of the Population Research Institute. Series D 37), pp. 7-28.
Lucas Prosper, *Traité philosophique et physiologique de l'hérédité naturelle dans les états de santé et de maladie du système nerveux*, 2 vol., Paris, J.-B. Baillière, 1847.
Lue Tom F., Giuliano François, Montorsi Francesco, Rosen Raymond C., Andersson Karl-Erik, Althof Stanley, Christ George, Hatzichristou Dimitrios, Hirsch Mark, Kimoto Yasasuke, Lewis Ronald, McKenna Kevin, MacMahon Chris, Morales Alvaro, Mulcahy John, Padma-Nathan Harin, Pryor John, De Tejada Inigo Saenz, Shabsigh Ridwan et Wagner Gorm, « Summary of the Recommendations on Sexual Dysfunctions in Men », *The Journal of Sexual Medicine* 1 (1), 2004, pp. 6-23.
Lydston G. Franck, « Sexual Perversion, Satyriasis and Nymphomania (2) », *Medical and Surgical Reporter* LXI (11), 1889, pp. 281-285.
Lydston G. Franck, « Sexual Perversion, Satyriasis and Nymphomania (1) », *Medical and Surgical Reporter* LXI (10), 1889, pp. 253-258.
Mace David R., Bannerman Robert H. O. et Burton John, *The Teaching of Human Sexuality in Schools for Health Professionals*, Geneva, World Health Organization, 1974.
Mace David R., Bannerman Robert H. O. et Burton John, *L'enseignement de la sexualité humaine dans les établissements formant les personnels de santé*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1974.
Marañon Gregorio, *Le problème des sexes*, Paris, Denoël, 1937.
Marañon Gregorio, *L'évolution de la sexualité et les états intersexuels*, Paris, Gallimard, 1931 (Les documents bleus in-octavo).
Marc Charles Chrétien Henri, « Introduction », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* 1 (1), 1829, pp. ix-xxxix.
March Norah H., « How Shall We Teach? », *Journal of social hygiene* 2 (3), 1916, pp. 435-439.
Marshall Alfred, *Principles of Economics*, 8th ed., New York, Palgrave Macmillan, 2013 (Palgrave Classics in Economics).
Marx Karl, *Œuvres. Économie I*, Paris, Gallimard, 1965 (Bibliothèque de la Pléiade).
Massilie Sirius de, *La sexologie, prédiction du sexe des enfants avant la naissance*, Paris, H. Darangon, 1911.
Massilie Sirius de, *L'Oracle des sexes. Prédiction du sexe des enfants avant la naissance*, Paris, Librairie générale des sciences occultes, 1901.
Masters William H. et Johnson Virginia E., *Les mésententes sexuelles et leur traitement*, Paris, Robert Laffont, 1971.
Masters William H. et Johnson Virginia E., *Les réactions sexuelles*, Paris, Robert Laffont, 1970.
Masters William H., Johnson Virginia E. et Levin Robert J., *L'union par le plaisir*, Paris, Robert Laffont, 1975.
Mayr Ernst, « The Autonomy of Biology: The Position of Biology Among the Sciences », *The Quarterly Review of Biology* 71 (1), 1996, pp. 97-106.

MAYR Ernst, « Typological versus Population Thinking », in: SOBER Elliott (éd.), *Conceptual Issues in Evolutionary Biology*, 2nd ed., Cambridge, MIT Press, 1994, pp. 157-160.
MAYR Ernst, « Cause and Effect in Biology: Kinds of causes, predictability, and teleology are viewed by a practicing biologist », *Science* 134 (3489), 1961, pp. 1501-1506.
MEIGNANT Michel, « Préface », in: KAPLAN Helen Singer, *La nouvelle thérapie sexuelle*, Paris, Buchet/Chastel, 1979.
MENDEL Gregor, « Versuche über Pflanzen-Hybriden », *Verhandlungen des Naturforschenden Vereines in Brünn* IV (1865), 1866, pp. 3-47.
MILL John Stuart, *Principes d'économie politique, avec quelques-unes de leurs applications à l'économie sociale*, vol. I, 2e édition, Paris, Guillaumin, 1861 (Économistes et publicistes contemporains).
MÖLLER Magnus, « Über ansteckende Geschlechtskrankheiten und Ehe », *Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten* 12, 1912.
MONTCHRESTIEN Antoine de, *Traité de l'œconomie politique*, Paris, Plon, 1889.
MORE Thomas, *L'Utopie*, Traduction nouvelle, Paris, Paulin, 1842.
MOREL Bénédict-Auguste, *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives*, Paris, J.-B. Baillière, 1857.
MORROW Prince A., *Social Diseases and Marriage: Social Prophylaxis*, New York; Philadelphia, Lea Brothers & Co., 1904.
MOSER Charles et KLEINPLATZ Peggy J., « *DSM-IV-TR* and the Paraphilias: An Argument for Removal », *Journal of Psychology & Human Sexuality* 17 (3-4), 2006, pp. 91-109.
MÜNZER Thomas, « Sexualité et travail », *Partisans* (32-33), 1966, pp. 29-38.
MURPHY Edward, « Observations on some remarkable cases of hysteria », *The Medical Times. A Journal of Medical and Chemical Science, Literature, Criticism, and News* 21, 1850, pp. 407-408.
NATIONAL ACADEMY OF SCIENCES et NATIONAL RESEARCH COUNCIL, *Scientific and Technical Societies of the United States and Canada*, 6 ed., Washington, D.C., National Academy of Sciences & National Research Council, 1955.
NATIONS UNIES, *Programme d'Action adopté à la Conférence Internationale sur la Population et le Développement, Le Caire, 5-13 Septembre 1994. L'édition du 20ème anniversaire*, New York, Fonds des Nations Unies pour la population, 2014.
NATIONS UNIES, *Rapport de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes, Beijing, 4-14 septembre 1995*, New York, Nations Unies, 1996.
NATIONS UNIES, *Rapport du Sommet mondial pour le développement social, Copenhague, 6-12 mars 1995*, New York, Nations Unies, 1995.
NATIONS UNIES, *Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, 5-13 septembre 1994*, New York, Nations Unies, 1995.

NEAL Daniel, *The history of the Puritans, or Protestant non-conformists ; from the Reformation in 1517, to the Revolution in 1688*, 3 vol., New edition, London, Thomas Tegg, 1837.

NYE Robert A., « The History of Sexuality in Context: National Sexological Traditions », *Science in Context* 4 (2), 1991, pp. 387-406.

OFFICE OF THE SURGEON GENERAL (US) et OFFICE OF POPULATION AFFAIRS (US), *The Surgeon General's Call to Action to Promote Sexual Health and Responsible Sexual Behavior*, Rockville, Office of the Surgeon General (US), 2001 (Publications and Reports of the Surgeon General).

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, « Approche intégrée de la surveillance des maladies transmissibles », *Relevé épidémiologique hebdomadaire* 75 (1), 2000, pp. 1-7.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Manuel de la classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès. Fondé sur les recommandations de la Conférence pour la neuvième révision de 1975 et adopté par la Vingt-neuvième Assemblée mondiale de la Santé*, vol. 1, Genève, OMS, 1977.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Formation des professionnels de la santé aux actions d'éducation et de traitement en sexualité humaine. Rapport d'une réunion de l'OMS*, Genève, OMS, 1975 (Série de rapports techniques 572).

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ et FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE, *Les soins de santé primaires. Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata (URSS), 6-12 septembre 1978*, Genève, OMS, 1978.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, *Promotion of Sexual Health: Recommendations for Action. Proceedings of a Regional Consultation convened by Pan American Health Organization (PAHO) - World Health Organization (WHO), In collaboration with the World Association for Sexology (WAS), in Antigua Guatemala, Guatemala May 19-22, 2000*, Antigua Guatemala, Pan American Health Organization - World Health Organization, 2001.

PARENT-DUCHATELET Alexandre Jean-Baptiste, *De la prostitution dans la ville de Paris, considérée sous le rapport de l'hygiène publique, de la morale et de l'administration*, 2 vol., Paris, J.-B. Baillière, 1836.

PASINI Willy, « Les nouvelles thérapies sexuelles et les "sex clinics" », in: ABRAHAM Georges et PASINI Willy, *Introduction à la sexologie médicale*, Paris, Payot, 1975, pp. 364-380.

PASINI Willy, « Nécessité d'un enseignement, situation dans le monde », in: ABRAHAM Georges et PASINI Willy, *Introduction à la sexologie médicale*, Paris, Payot, 1975, pp. 95-104.

PATRICK Donald L., BUSH J. W. et CHEN Milton M., « Toward an Operational Definition of Health », *Journal of Health and Social Behavior* 14 (1), 1973, pp. 6-23.

PAUL John R., *Clinical Epidemiology*, rev. ed., Chicago, University of Chicago Press, 1966.

PAUL John R., « President's address: Clinical epidemiology », *The Journal of Clinical Investigation* 17 (5), 1938, pp. 539-541.
PEARSON Karl, *The Ethic of Freethought: a Selection of Essays and Lectures*, London, T. F. Unwin, 1888.
PINÆUS Severinus, *De virginitatis notis, graviditate & partu ;* suivi de Ludovicus Bonaciolus, *De conformatione foetus. Accedunt alia*, 1e éd. 1598, Lugd. Batavor., Hegerus, 1641.
PLOETZ Alfred, *Grundlinien einer Rassen-Hygiene. Die Tüchtigkeit unsrer Rasse und der Schutz der Schwachen*, vol. I / II, Berlin, S. Fischer, 1895.
POPENOE Paul, « In memoriam: Maurice A. Bigelow », *Eugenics Quarterly* 2 (1), 1955, pp. 7-8.
POPPER Karl Raimund, *Conjectures et réfutations. La croissance du savoir scientifique*, Paris, Payot, 2006.
POPPER Karl Raimund, *La logique de la découverte scientifique*, Paris, Payot, 1973.
PRINCE William R., « The strawberries of the world, and their normal scientific character », *The Horticulturist and Journal of Rural Art and Rural Caste* XVII (187), 1862, pp. 31-42.
RAMÓN MENDOS Lucas (éd.), *State-Sponsored Homophobia 2019*, 13th ed., Geneva, ILGA, 2019.
REED Geoffrey M., DRESCHER Jack, KRUEGER Richard B., ATALLA Elham, COCHRAN Susan D., FIRST Michael B., COHEN-KETTENIS Peggy T., ARANGO-DE MONTIS Iván, PARISH Sharon J., COTTLER Sara, BRIKEN Peer et SAXENA Shekhar, « Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations », *World Psychiatry* 15 (3), 2016, pp. 205-221.
REISS Ira L., « The Future of Sex Research and the Meaning of Science », *Journal of Sex Research* 30 (1), 1993, pp. 3-11.
REPPLIER Agnes, « The Repeal of Reticence », in: *Counter-currents*, Boston - New York, Houghton Mifflin, 1916, pp. 136-164.
ROBINSON Beatrice Bean E., BOCKTING Walter O., ROSSER B. R. Simon, MINER Michael et COLEMAN Eli, « The Sexual Health Model: application of a sexological approach to HIV prevention », *Health Education Research* 17 (1), 2002, pp. 43-57.
ROBINSON William J., « Masturbation: injurious or harmless? », *The American Journal of Urology* IX, 1913, pp. 238-243.
RÖMER Job. Jacob et USTERI Paulus (éds.), « Kurze Nachrichten », *Magazin für die Botanik* IV (XI), 1790, p. 185.
ROSE Nikolas, « Beyond medicalisation », *The Lancet* 369 (9562), 2007, pp. 700-702.
ROUBAUD Félix, *Le livre des époux : guide pour la guérison de l'impuissance, de la stérilité et de toutes les maladies des organes génitaux*, Paris, 1852.
ROYDEN A. Maude, « Report of the Royal Commission on Venereal Diseases », *International Journal of Ethics* 27 (2), 1917, pp. 171-188.

RUSH Benjamin, « Une enquête sur les effets des spiritueux sur le corps et l'esprit humains. Avec un compte rendu sur les moyens de les prévenir et les remèdes pour les soigner », *Psychotropes* 17 (3), 2011, pp. 179-212.
RUSSO Jane A., « A terceira onda sexológica: Medicina Sexual e farmacologização da sexualidade », *Sexualidad, Salud y Sociedad* (14), 2013, pp. 172-194.
SALOMON-BAYET Claire, « Le néo-hippocratisme aurait-il un avenir ? », *Histoire des sciences médicales* XXXVII (3), 2003, pp. 349-356.
SAMUELSON Paul A., « Consumption Theory in Terms of Revealed Preference », *Economica* 15 (60), 1948, p. 243.
SANGER Margaret, « The Vision of George Drysdale III », *Birth Control Review* VII (9), 1923, pp. 225-227.
SANGER Margaret, « The Vision of George Drysdale II », *Birth Control Review* VII (8), 1923, pp. 198-201.
SANGER Margaret, « The Vision of George Drysdale IV », *Birth Control Review* VII (10), 1923, pp. 258-260.
SANGER Margaret, « The Vision of George Drysdale I », *Birth Control Review* VII (7), 1923, pp. 177-179.
SANGER Margaret, *The Pivot of Civilization*, New York, Brentano's, 1922.
SANGER Margaret, *Woman and the New Race*, New York, Brentano's, 1920.
SÄNGER Max, *Die Tripperansteckung beim weiblichen Geschlechte. Eine klinische Vortrag*, Leipzig, Otto Wigand, 1889.
SARACCI Rodolfo, « The World Health Organisation Needs to Reconsider its Definition of Health », *British Medical Journal* 314 (7091), 1997, pp. 1409-1410.
SIGERIST Henry E., *Medicine and Human Welfare*, New Haven, Yale University Press, 1941.
SIGERIST Henry E., *Socialized Medicine in the Soviet Union*, New York, W.W. Norton & Company, 1937.
SIGERIST Henry E., *Introduction à la médecine*, Paris, Payot, 1932 (Bibliothèque scientifique).
SIGERIST Henry E. et OLDER Julia, *Medicine And Health In The Soviet Union*, New York, The Citadel Press, 1947.
SINGY Patrick, *L'usage du sexe. Lettres au Dr. Tissot, auteur de* L'Onanisme *(1760)*, Lausanne, BHMS, 2014 (Sources en perspective).
SINGY Patrick, « How to Be a Pervert: A Modest Philosophical Critique of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders », *Revista de Estudios Sociales* (43), 2012, pp. 139-150.
SKINNER Burrhus F., *About Behaviorism*, New York, Vintage Books, 1976.
SPITZER Robert L., « APA Document Reference No. 730008: Homosexuality and Sexual Orientation Disturbance: Proposed Change in DSM-II, 6th Printing, page 44 », American Psychiatric Association, 1973.

STAHL Georg Ernst, « Réponse de Stahl aux doutes et objections de Leibnitz », in: *Œuvres médico-philosophiques et pratiques*, vol. VI / VI, Paris, J.-B. Baillière, 1864.
STAHL Georg Ernst, « Avant-propos aux Doutes ou objections de Leibnitz », in: *Œuvres médico-philosophiques et pratiques*, vol. VI / VI, Paris, J.-B. Baillière, 1864.
STEKEL Wilhelm, « Disguised Onanism (Masked Masturbation) », *The American Journal of Urology and Sexology* XIV (7), 1918, pp. 289-307.
STEKEL Wilhelm, « Über larvierte Onanie », *Sexual-Probleme. Zeitschrift für Sexualwissenschaft und Sexualpolitik* 9, 1913, pp. 81-99.
STOKES John H., « The Modern Venereal Disease Problem and Its Sex Education Front », *The Journal of Venereal Disease Information* 29 (10), 1948, pp. 296-306.
SZASZ Thomas S., *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*, Rev. ed, New York, Harper & Row, 1974 (Perennial Library Psychology).
SZASZ Thomas Stephen, *Le mythe de la maladie mentale*, Paris, Payot, 1986.
TAGEREAU Vincent, *Discours sur l'impuissance de l'homme et de la femme*, Paris, Antoine de Breuil, 1616.
TAPP Sidney C., *Sexology of the Bible. The Fall and Redemption of Man, a Matter of Sex*, 2nd ed., Kansas City, Sidney C. Tapp, 1915.
TARDIEU Ambroise, *Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs*, 3e édition, Paris, J.-B. Baillière, 1859.
TEGG Thomas, *Tegg's Handbook for Emigrants; Containing Useful Information & Practical Directions on Domestic, Mechanical, Surgical, Medical, and Other Subjects, Calculated to Increase the Comforts, and Add to the Conveniences of the Colonist*, London, Bradbury and Evans, 1839.
TEGG Thomas, *The Young Man's Book of Knowledge, containing a Familiar View of the Importance of Religion, the Works of Nature, Logic, Eloquence, the Passions, Matter and Motion, Magnetism, Mechanical Powers, Hydrostatics, Hydraulics, Optics, Acoustics, Electricity, Galvanism, Geometry, &C*, 19th edition, London, Thomas Tegg, 1828.
THURSTONE Louis Leon, « The method of paired comparisons for social values », *The Journal of Abnormal and Social Psychology* 21 (4), 1927, pp. 384-400.
TISSOT Samuel A. D., *Avis au peuple sur sa santé*, 2 vol., 3e édition, Lausanne, François Grasset, 1766.
TISSOT Samuel-Auguste, *L'onanisme. Essai sur les maladies produites par la masturbation*, Paris, Garnier Frères, 1905.
TOULOUSE Édouard, « Le problème sexologique », *La prophylaxie mentale* (32), 1931, pp. 429-433.
TRALL Russel Thacher, *Sexual Physiology: a Scientific and Popular Exposition of the Fundamental Problems in Sociology*, New York, Wood & Holbrook, 1866.
UNITED NATIONS, *Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development Cairo, 5–13 September 1994, 20th Anniversary Edition*, New York, United Nations Population Fund, 2014.

US Congress, An Act Authorizing the construction of certain public works on rivers and harbors for flood control, and for other purposes: Pub. L. 74-738, 1936.
U.S. Department of Health, Education, and Welfare (éd.), « Family Planning Efforts Involve Sexual Health », *Public Health Reports* 83 (3), 1968, p. 182.
Valensin Georges, « Peut-on connaître le sexe avant la naissance ? », in: *Santé sexuelle*, Paris, La Table Ronde, 1964 (L'Ordre du jour), pp. 179-184.
Valensin Georges, *Santé sexuelle*, Paris, La Table Ronde, 1964 (L'Ordre du jour).
Vogel Franz Adam, *Code criminel de l'empereur Charles V, vulgairement appellé La Caroline, contenant les loix qui ont suivies dans les Juridictions Criminelles de l'Empire, et à l'usage des Conseils de Guerre des Troupes Suisses*, Paris, Claude Simon, 1734.
Walling William H., *Sexology*, Philadelphia, Puritan Publishing, 1902.
Walshe Walter H., « Lectures on Clinical Medicine », *The Lancet* IX (3), 1849, pp. 163-169.
Watson John B., « Psychology as the Behaviorist Views It », *Psychological Review* 20 (2), 1913, pp. 158-177.
Weber Max, *Le savant et le politique*, Paris, La Découverte, 2003.
Weber Max, *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme*, Paris, Plon, 1964.
West Charles A., « Determination of sex », *The Chicago Medical Times* XVIII (8), 1886, pp. 350-353.
White Ellen G., *Manuscript Releases*, vol. 5 [Nos. 260-346], Silver Spring, Ellen G. White Estate, 1990.
White Ellen G., *Le Ministère de la Guérison*, Silver Spring, Ellen G. White Estate, 1977.
White Ellen G., *The Ministry of Healing*, Washington, D.C., Review and Herald, 1905.
Willard Elizabeth O. G., *Sexology as the Philosophy of Life: Implying Social Organization and Government*, Chicago, J. R. Walsh, 1867.
Williams Walter Long, *The Diseases of the Genital Organs of Domestic Animals*, Ithaca, W. L. Williams, 1921.
Williams Walter Wilkinson, *Sex Hygiene and Reproduction of Cattle*, Springfield, W. W. Williams, 1930.
World Association for Sexology, « World Association for Sexology's Declaration of Sexual Rights », in: Pan American Health Organization, *Promotion of Sexual Health: Recommendations for Action*, Antigua Guatemala, Pan American Health Organization - World Health Organization, 2001, pp. 37-38.
World Association for Sexual Health, « Déclaration des droits sexuels », 2014.
World Association for Sexual Health, « Declaration of Sexual Rights, Approved by the WAS Advisory Council in March, 2014 », 2014.
World Health Organization, *International Classification of Diseases: Mortality and Morbidity Statistics, Eleventh Revision (ICD-11)*, Beta Draft ed., Geneva, World Health Organization, 2018.

World Health Organization, *Sexual Health, Human Rights, and the Law*, Geneva, World Health Organization, 2015.
World Health Organization, *The International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems, Tenth Revision: ICD-10*, vol. 1, 2008 ed., Geneva, World Health Organization, 2009.
World Health Organization, *Defining Sexual Health: Report of a Technical Consultation on Sexual Health, 28–31 January 2002, Geneva*, Geneva, WHO, 2006.
World Health Organization, *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*, Geneva, World Health Organization, 1992.
World Health Organization, *Education and Treatment in Human Sexuality: the Training of Health Professionals, Report of a WHO Meeting*, Geneva, World Health Organization, 1975 (Technical Report Series 572).
World Health Organization Regional Office for Europe, *WHO regional strategy on sexual and reproductive health, Copenhagen, Denmark, November 2001*, Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2001.
World Health Organization Regional Office for Europe, *Concepts of Sexual Health: Report of a Working Group*, Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 1987.
World Health Organization et United Nations Fund for Population Activities, *Measuring Sexual Health: Conceptual and Practical Considerations and Related Indicators*, Geneva, World Health Organization, 2010.
Zola Irving Kenneth, « Healthism and Disabling Medicalization », in: Illich Ivan, Zola Irving Kenneth, McNight John et al. (éds.), *Disabling Professions*, London, Marion Boyars, 1977, pp. 41-67.
The Constitution of the United States of America. Analysis and Interpretation, Centennial, Washington, U.S. Government Publishing Office, 2017 (Senate Document 112–9).
« Stratégie nationale de santé sexuelle. Agenda 2017 - 2030 », Paris, Ministère des affaires sociales et de la santé, 2017.
Revue de médecine vétérinaire, vol. 103, Écoles Nationales Vétérinaires de Lyon et de Toulouse, 1952.
« The program of the World Health Organization », *Journal of the American Medical Association* 140 (7), 1949, pp. 606-607.
L'hygiène sociale, 1938 (4).
Veterinary medicine, vol. 30, 1935.
Veterinary medicine, vol. 27, 1932.
Veterinary medicine, vol. 25, 1930.
L'hygiène sociale, 1929 (16).
« Professor Dr. Kisch über "Die sexuelle Untreue der Frau" (A. Marcus und E. Webers Verlag. Bonn) », *Zeitschrift für Sexualwissenschaft* IV, 1918.
La sainte Bible. Nouveau Testament, Paris, Barbey, 1909.

La Sainte Bible. Ancien Testament, Paris, Delessert, 1899.
Aristotle's Master-Piece, Completed in two Parts, New York, Flying Stationers, 1807.
Onania: or, the Heinous Sin of Self-Pollution and all its Frightful Consequences (in Both Sexes) Considered with Spiritual and Physical Advice to those Who Have Already Injured Themselves by this Abominable Practice, London, H. Cooke, 1756.

Sources secondaires

Adam Adeline, Duplan Karine, Gallot Fanny, Gonzalez-Quijano Lola, Roucoux Guillaume et Valzema Marie-Sherley, « Le sexe sous contrôle médical. Introduction », *Cahiers du Genre* 1 (60), 2016, pp. 5-14.
Ahmed Wajihuddin, « La Famille planifiée dans un monde non planifié », *Revue internationale des sciences sociales* XXVI (2), 1974, pp. 243-252.
Allison Anthony C., « Le calvinisme scientifique. C. D. Darlington, *The Facts of Life*, Londres, Allen and Unwin, 1953, 455 pages, 35s », *Impact. Science et société* V (3), 1954, pp. 206-216.
Anzieu-Premmereur Christine, « Que sont devenues les pulsions ? Histoire des débats américains autour de la métapsychologie », in: Durieux Marie-Claire et Fine Alain (éds.), *Sur les controverses américaines dans la psychanalyse*, Paris, Presses universitaires de France, 2000 (Monographies de psychanalyse), pp. 23-36.
Arveiller Jacques, « De l'Hygiène publique à l'éducation sanitaire. Un texte de Charles Marc (1829) », *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle* 39 (1), 2006, pp. 115-134.
Aubert-Marson Dominique, « L'eugénisme : une idéologie scientifique et politique », *Éthique & Santé* 8 (3), 2011, pp. 140-152.
Aubert-Marson Dominique, « Les politiques eugénistes aux États-Unis dans la première moitié du XX e siècle », *Médecine/Sciences* 21 (3), 2005, pp. 320-323.
Bancroft John, « Promoting responsible sexual behavior », *Sexual and Relationship Therapy* 17 (1), 2002, pp. 9-12.
Barnes James J. et Barnes Patience P., « Reassessing the Reputation of Thomas Tegg, London Publisher, 1776-1846 », *Book History* 3 (1), 2000, pp. 45-60.
Bauer Heike, *English Literary Sexology. Translations of Inversion, 1860–1930*, New York, Palgrave Macmillan, 2009 (Palgrave Studies in Nineteenth-Century Writing and Culture).
Beatty John, « The proximate/ultimate distinction in the multiple careers of Ernst Mayr », *Biology and Philosophy* 9 (3), 1994, pp. 333-356.
Beigbeder Yves, *L'Organisation mondiale de la santé*, Genève, Graduate Institute Publications, 1995.

Béjin André, *Le nouveau tempérament sexuel. Essai sur la rationalisation et la démocratisation de la sexualité*, Paris, Kimé, 1990.
Béjin André, « Crépuscule des psychanalystes, matin des sexologues », *Communications* 35 (1), 1982, pp. 159-177.
Béjin André, « Le pouvoir des sexologues et la démocratie sexuelle », *Communications* 35 (1), 1982, pp. 178-192.
Benamouzig Daniel, « Mesures de qualité de vie en santé », *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem* 1 (4), 2010, pp. 135-176.
Bergler Edmond et Kroger William S., *L'Erreur de Kinsey. Ce qu'il n'a pas dit sur la femme et son comportement sexuel*, Pierre Horay, Paris, 1954.
Berlière Jean-Marc, « Police et libertés sous la IIIe République : le problème de la police des mœurs », *Revue Historique* 283 (2 (574)), 1990, pp. 235-275.
Berthoud Arnaud, « Remarques sur la rationalité instrumentale », *Cahiers d'Économie Politique* 24 (1), 1994, pp. 105-124.
Blake John B., « From Buchan to Fishbein: The Literature of Domestic Medicine », in: Risse Guenter B., Numbers Ronald L. et Leavitt Judith Walzer (éds.), *Medicine Without Doctors: Home Health Care in American History*, New York, Science History Publications/USA, 1977, pp. 11-30.
Bloom Allan, « Introduction », in: Rousseau Jean-Jacques, *Emile* or *On Education*, New York, Basic Books, 1979, pp. 3-28.
Bonierbale Mireille et Waynberg Jacques, « 70 ans de sexologie française », *Sexologies* 16 (3), 2007, pp. 238-258.
Bozon Michel, « Les significations sociales des actes sexuels », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales* 128 (1), 1999, pp. 3-23.
Braunstein Jean-François, « Fleck, Canguilhem, Foucault. Ludwik Fleck et le "style français" en philosophie des sciences », in: *Penser avec Fleck. Investigating a life studying life sciences*, Collegium Helveticum, Zürich, Johannes Fehr, Nathalie Jas, Ilana Löwy, 2009 (Collegium Helveticum Heft 7).
Braunstein Jean-François, *Broussais et le matérialisme. Médecine et philosophie au XIXe siècle*, Paris, Méridiens Klincksieck, 1986 (Philosophie).
Brémaud Nicolas, « Panorama historique des définitions de l'hystérie », *L'information psychiatrique* 91 (6), 2015, pp. 485-498.
Bullough Vern L., *Science in the Bedroom: a History of Sex Research*, New York, NY, BasicBooks, 1994.
Burgnard Sylvie, *Produire, diffuser et contester les savoirs sur le sexe : une sociohistoire de la sexualité dans la Genève des années 1970*, Thèse de doctorat, Université de Genève, 2012.
Cagneau Irène, *Sexualité et société à Vienne et à Berlin (1900-1914). Discours institutionnels et controverses intellectuelles dans* Die Fackel, Die Aktion, Der Sturm, Pan, Die Zukunft, Villeneuve-d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion, 2014 (Lettres et civilisations étrangères. Collection Mondes germaniques).

Cardenas Diana, *La nutrition en médecine : approche épistémologique, problèmes ethiques et cas cliniques*, Université de Franche-Comté, 2016.
Carpenter Laura M., « Sexual health », in: Ritzer George (éd.), *The Blackwell Encyclopedia of Sociology*, Malden, Blackwell, 2007, pp. 4242-4246.
Carter Julian B., « Birds, Bees, and Venereal Disease: Toward an Intellectual History of Sex Education », *Journal of the History of Sexuality* 10 (2), 2001, pp. 213-249.
Carton Solange et Widlöcher Daniel, « Émotions et affects en psychanalyse », *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement* (2), 2012, pp. 177–186.
Carvallo Sarah, *La controverse entre Stahl et Leibniz sur la vie, l'organisme et le mixte*, Paris, Vrin, 2004 (Bibliothèque des textes philosophiques).
Castel Pierre-Henri, « Sexologie et théories savantes du sexe », *Revue d'Histoire des Sciences Humaines* 2 (17), 2007, pp. 3-6.
Cerami Cristina, *Génération et substance. Aristote et Averroès entre physique et métaphysique*, Boston, Walter De Gruyter, 2015 (Scientia Graeco-Arabica).
Chaperon Sylvie, *Les origines de la sexologie (1850 - 1900)*, Paris, Payot & Rivages, 2012 (Petite Bibliothèque Payot).
Chaperon Sylvie, « Kinsey en France : les sexualités féminine et masculine en débat », *Le Mouvement social* (198), 2002, pp. 91-110.
Chevallier Philippe, *Michel Foucault et le christianisme*, Lyon, ENS éditions, 2011 (La croisée des chemins).
Chou Doris, Cottler Sara, Khosla Rajat, Reed Geoffrey M. et Say Lale, « Sexual health in the International Classification of Diseases (ICD): implications for measurement and beyond », *Reproductive Health Matters* 23 (46), 2015, pp. 185-192.
Cioffi Frank, « Freud and the idea of a pseudo-science », in: Borger Robert et Cioffi Frank (éds.), *Explanation in the behavioural sciences*, Cambridge, Cambridge University Press, 1970, pp. 471-499.
Clarke C. Walter, « The American Social Hygiene Association », *Public Health Reports (1896-1970)* 70 (4), 1955, pp. 421-427.
Cocks Harry G., « "Sporty" Girls and "Artistic" Boys: Friendship, Illicit Sex, and the British "Companionship" Advertisement, 1913-1928 », *Journal of the History of Sexuality* 11 (3), 2002, pp. 457-482.
Coleman Eli, « From sexology to sexual health », in: Aggleton Peter et Parker Richard G. (éds.), *Routledge Handbook of Sexuality, Health and Rights*, London, Routledge, 2012 (Routledge handbooks), pp. 135-144.
Coleman Eli, « The obsessive-compulsive model for describing compulsive sexual behavior », *American Journal of Preventive Psychiatry and Neurology* 2 (3), 1990, pp. 9-14.
Coleman Eli, Wylie Kevan, Coates Rosemary, Rubio-Aurioles Eusebio, Hernandez-Serrano Ruben, Wabrek Alan, Bianco Fernando et Forleo Romano, « Commentary: Revising the International Classification of Diseases (ICD-11) and Improving Global Sexual Health: Time for an Integrated Approach that Moves Beyond the Mind-Body Divide », *International Journal of Sexual Health* 29 (2), 2017, pp. 113-114.

CONRAD Peter, « Medicalization and Social Control », *Annual Review of Sociology* 18, 1992, pp. 209-232.
CONTE Edouard et ESSNER Cornelia, *La quête de la race. Une anthropologie du nazisme*, Paris, Hachette, 1995 (Histoire des gens).
CORBIN Alain, *Les filles de noce. Misère sexuelle et prostitution (XIXe siècle)*, Paris, Flamarion, 2015 (Champs histoire).
CORBIN Alain, *L'harmonie des plaisirs. Les manières de jouir du siècle des Lumières à l'avènement de la sexologie*, Paris, Flammarion, 2010 (Champs histoire).
CORRÊA Sonia, « From reproductive health to sexual rights: achievements and future challenges », *Reproductive Health Matters* 5 (10), 1997, pp. 107-116.
CORRÊA Sonia et PETCHESKY Rosalind Pollack, « Reproductive and sexual rights: A feminist perspective », in: PARKER Richard G. et AGGLETON Peter (éds.), *Culture, Society and Sexuality: a Reader*, 2nd ed., London ; New York, Routledge, 2007 (Sexuality, culture and health), pp. 298-315.
CORRÊA Sonia et PETCHESKY Rosalind Pollack, « Reproductive and sexual rights: A feminist perspective », in: SEN Gita, GERMAIN Adrienne et CHEN Lincoln C. (éds.), *Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment, and Rights*, Boston / New York, Harvard University Press, 1994 (Harvard series on population and international health), pp. 107-125.
CRAWFORD Robert, « Healthism and the Medicalization of Everyday Life », *International Journal of Health Services* 10 (3), 1980, pp. 365-388.
CRIPS Liliane, « Magnus Hirschfeld (1868-1935), un eugéniste social-démocrate », *L'Homme et la société* 87 (1), 1988, pp. 104-114.
CROZIER Ivan, « Havelock Ellis, eugenicist », *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences* 39 (2), 2008, pp. 187-194.
CROZIER Ivan Dalley, « Taking Prisoners: Havelock Ellis, Sigmund Freud, and the Construction of Homosexuality, 1897–1951 », *Social History of Medicine* 13 (3), 2000, pp. 447-466.
CUETO Marcos, BROWN Theodore M. et FEE Elizabeth, *The World Health Organization: A History*, Cambridge, Cambridge University Press, 2019.
DALY Jeanne, *Evidence-Based Medicine and the Search for a Science of Clinical Care*, Berkeley / New York, University of California Press / Milbank Memorial Fund, 2005 (California/Milbank books on health and the public).
DAVIS Robert, « Recreation Planning as an Economic Problem », *Natural Resources Journal* 3 (2), 1963, p. 239.
DE LUCA BARRUSSE Virgine, « Le genre de l'éducation à la sexualité des jeunes gens (1900-1940) », *Cahiers du Genre* 2 (49), 2010, pp. 155-182.
DE LUCA BARRUSSE Virginie, « Natalisme et hygiénisme en France de 1900 à 1940. L'exemple de la lutte antivénérienne », *Population* 64 (3), 2009, pp. 531-560.

DECKER Hannah S., « How Kraepelinian was Kraepelin? How Kraepelinian are the neo-Kraepelinians? — from Emil Kraepelin to DSM-III », *History of Psychiatry* 18 (3), 2007, pp. 337-360.
DELAPORTE François, « Contagion et infection », in: LECOURT Dominique (éd.), *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, Presses universitaires de France, 2004, pp. 283-287.
DELUMEAU Jean, *L'aveu et le pardon. Les difficultés de la confession, XIIIe-XVIIIe siècle*, Paris, Fayard, 1990 (Nouvelles études historiques).
DEMAZEUX Steeves, *Qu'est-ce que le DSM ? Genèse et transformations de la bible américaine de la psychiatrie*, Paris, Ithaque, 2013 (Philosophie, anthropologie, psychologie).
DENIS Paul, « Heinz Kohut et la «"psychologie du self" », in: DURIEUX Marie-Claire et FINE Alain (éds.), *Sur les controverses américaines de la psychanalyse*, Presses Universitaires de France, 2000 (Monographies de psychanalyse).
DICKINSON Edward Ross, *Sex, Freedom, and Power in Imperial Germany, 1880–1914*, New York, NY, Cambridge University Press, 2014.
DORON Claude-Olivier, « Situation des cours », in: FOUCAULT Michel, *La sexualité. Cours donné à l'université de Clermont-Ferrand (1964)* suivi de *Le discours de la sexualité. Cours donné à l'université de Vincennes (1969)*, Paris, EHESS / Gallimard / Seuil, 2018 (Hautes Études), pp. 217-261.
DRESCHER Jack, COHEN-KETTENIS Peggy T. et REED Geoffrey M., « Gender incongruence of childhood in the ICD-11: controversies, proposal, and rationale », *The Lancet Psychiatry* 3 (3), 2016, pp. 297–304.
DRESCHER Jack, COHEN-KETTENIS Peggy et WINTER Sam, « Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11 », *International Review of Psychiatry* 24 (6), 2012, pp. 568-577.
DROUARD Jacques-Antoine, « La "révolution sexuelle" des frères Drysdale », *Cercles* (7), 2003, pp. 5-17.
DRUCKER Donna J., *The Classification of Sex: Alfred Kinsey and the Organization of Knowledge*, Pittsburgh, University of Pittsburgh Press, 2014.
EDEL Philippe, « Mémoires Frank : l'étonnant destin d'un témoignage historique de deux grands médecins liés à l'Alsace », *Revue d'Alsace* (142), 2016, pp. 337-356.
EDWARDS Weston M. et COLEMAN Eli, « Defining Sexual Health: A Descriptive Overview », *Archives of Sexual Behavior* 33 (3), 2004, pp. 189-195.
EDWARDS Weston M., HAMILTON Autumn R., MINER Michael H. et COLEMAN Eli, « Measuring sexual health: preliminary development of a sexual health inventory », *Sexual and Relationship Therapy* 32 (2), 2017, pp. 146-154.
EHRENSTRÖM Philippe, « Eugénisme et santé publique : la stérilisation légale des malades mentaux dans le canton de Vaud (Suisse) », *History and Philosophy of the Life Sciences* 15 (2), 1993, pp. 205-227.

EINBINDER Nicole, « The US removed “sexual health” language from a UN anti-rape resolution, the latest example of America’s shifting global priorities », *Insider*, 04.05.2019.
EISENBERG Leon, « The genesis of fear: AIDS and the public’s response to science », *Law, medicine and health care* 14 (5-6), 1986, pp. 243–249.
ENGS Ruth C., *The Progressive Era’s Health Reform Movement: A Historical Dictionary*, Westport, Praeger, 2003.
EPSTEIN Steven, « Governing Sexual Health: Bridging Biocitizenship and Sexual Citizenship », in: HAPPE Kelly E., JOHNSON Jenell et LEVINA Marina (éds.), *Biocitizenship: The Politics of Bodies, Governance, and Power*, New York, NYU Press, 2018, pp. 21-50.
EPSTEIN Steven et MAMO Laura, « The proliferation of sexual health: Diverse social problems and the legitimation of sexuality », *Social Science & Medicine* 188, 2017, pp. 176-190.
ERNOUT Alfred et MEILLET Alfred, *Dictionnaire étymologique de la langue latine. Histoire des mots*, 4e édition, Paris, Klincksieck, 2001.
FATOVIĆ-FERENČIĆ Stella, « “Society as an Organism:” Metaphor as Departure Point of Andrija Štampar’s Health Ideology », *Croatian Medical Journal* 49 (6), 2008, pp. 709-719.
FAURE Olivier, « Les stratégies sanitaires », in: GRMEK Mirko D. (éd.), *Histoire de la pensée médicale en Occident. De la Renaissance aux Lumières*, vol. 2 / 4, Paris, Seuil, 1997, pp. 279-296.
FEINSTEIN Alvan R., *Clinical Epidemiology: The Architecture of Clinical Research*, Philadelphia, W.B. Saunders, 1985.
FEINSTEIN Alvan R. et HORWITZ Ralph I., « Problems in the “Evidence” of “Evidence-Based Medicine” », *The American Journal of Medicine* 103 (6), 1997, pp. 529-535.
FORD Liz, « UN waters down rape resolution to appease US’s hardline abortion stance », *The Guardian*, 23.04.2019.
FRIEDMANN Isabelle et MOUVEMENT FRANÇAIS POUR LE PLANNING FAMILIAL (éds.), « Quand les femmes ont le devoir d’enfanter... », in: *Liberté, sexualités, féminisme. 50 ans de combat du planning pour les droits des femmes*, Paris, La Découverte, 2006.
GARCIA Sandrine, « Lagroua Weill-Hallé Marie-Andrée », in: BARD Christine et CHAPERON Sylvie (éds.), *Dictionnaire des féministes. France - XVIIIe-XXIe siècle*, Paris, Presses Universitaires de France, 2017, pp. 839-842.
GATE, « On trans depathologization, mental health and stigma: ICD-11 is released », 27.06.2018, <https://transactivists.org>, consulté le 08.10.2018.
GAYON Jean, *Darwin et l’après-Darwin. Une histoire de l’hypothèse de sélection naturelle*, 2e éd. revue et corrigée, Paris, Matériologiques, 2019.
GAYON Jean, « La philosophie de la biologie », in: HOQUET Thierry et MERLIN Francesca (éds.), *Précis de philosophie de la biologie*, Paris, Vuibert, 2014 (Philosophie des sciences), pp. 11-24.

GAYON Jean, « Les biologistes ont-ils besoin du concept de fonction ? Perspective philosophique », *Comptes Rendus Palevol* (5), 2006, pp. 479-487.
GAYON Jean, « Eugénisme », in: LECOURT Dominique (éd.), *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, Presses Universitaires de France, 2004 (Quadrige).
GAYON Jean et BATEMAN Simone, « L'amélioration humaine (*human enhancement*) », in: CAROSELLA Edgardo D. (éd.), *Nature et artifice. L'homme face à l'évolution de sa propre essence*, Paris, Hermann, 2014.
GIAMI Alain, « La médecine sexuelle : genèse d'une spécialisation médicale ? », *Histoire, médecine et santé* (12), 2017, pp. 131-147.
GIAMI Alain, « Sexualité, santé et Droits de l'homme : l'invention des droits sexuels », *Sexologies* 24 (3), 2015, pp. 105-113.
GIAMI Alain, « Santé sexuelle : la médicalisation de la sexualité et du bien-être », *Le Journal des psychologues* (250), 2011, pp. 56-60.
GIAMI Alain, « Sexual Health: The Emergence, Development, and Diversity of a Concept », *Annual Review of Sex Research* 13 (1), 2002, pp. 1-35.
GIAMI Alain, « De Kinsey au sida : l'évolution de la construction du comportement sexuel dans les enquêtes quantitatives », *Sciences Sociales et Santé* 9 (4), 1991, pp. 23-55.
GIAMI Alain et COLOMBY Patrick de, « Profession sexologue ? », *Sociétés contemporaines* 1 (41-42), 2001, pp. 41-63.
GIROUX Élodie, « De l'épidémiologie de santé publique à l'épidémiologie clinique. Quelques réflexions sur la relation entre épidémiologie et clinique (1920-1980) », *Bulletin de la société d'histoire et d'épistémologie des sciences de la vie* 19 (1), 2012, pp. 21-43.
GIROUX Élodie, « L'épidémiologie entre population et individu : quelques clarifications à partir de la notion de "pensée populationnelle" », *Bulletin de la société d'histoire et d'épistémologie des sciences de la vie* 15 (1), 2008, pp. 37-52.
GIROUX Élodie, « Holisme et réductionnisme en épidémiologie et la question de la continuité entre santé et maladie », in: MARTIN Thierry (éd.), *Le tout & les parties dans les systèmes naturels. Ecologie, biologie, médecine, astronomie, physique et chimie*, Paris, Vuibert, 2007 (Philosophie des sciences), pp. 145-154.
GIROUX Élodie et LEMOINE Maël (éds.), *Philosophie de la médecine II. Santé, maladie, pathologie*, Paris, Vrin, 2012 (Textes clés de philosophie de la médecine).
GONTIER Thierry, « Le corps humain est-il une machine ? », *Revue philosophique de la France et de l'étranger* 126 (1), 2001, pp. 27-53.
GRMEK Mirko D., « La révolution biomédicale du XXe siècle », in: GRMEK Mirko D. (éd.), *Histoire de la pensée médicale en Occident. Du romantisme à la science moderne*, vol. 3, Paris, Seuil, 1999.
GROS Frédéric, « Avertissement », in: FOUCAULT Michel, *Histoire de la sexualité 4. Les aveux de la chair*, Paris, Gallimard, 2018 (Bibliothèque des Histoires), pp. I-XI.
GROS Frédéric, « Foucault et "la société punitive" », *Pouvoirs* 4 (135), 2010, pp. 5-14.

GROSSMAN Daniel, « Sexual and reproductive health under the Trump presidency: policy change threatens women in the USA and worldwide », *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 43 (2), 2017, pp. 89-91.
GUBA Egon G., « The Alternative Paradigm Dialog », in: GUBA Egon G. (éd.), *The Paradigm dialog*, Newbury Park, Sage Publications, 1990, pp. 17-27.
GUEISSAZ Mireille, « Protestants et laïques d'origine protestante dans la loi de 1905 », *Matériaux pour l'histoire de notre temps* 78 (1), 2005, pp. 16-26.
GUIGNARD Laurence, « La genèse de l'article 64 du code pénal », *Criminocorpus. Revue d'Histoire de la justice, des crimes et des peines*, 22.04.2016.
GURMAN Alan S. et FRAENKEL Peter, « The History of Couple Therapy: A Millennial Review », *Family Process* 41 (2), 2002, pp. 199-260.
HALLER John S., *Medical Protestants: the Eclectics in American Medicine, 1825-1939*, Carbondale, Southern Illinois University Press, 2013.
HIRSHBEIN Laura Davidow, « Masculinity, Work, and the Fountain of Youth: Irving Fisher and the Life Extension Institute, 1914-31 », *Canadian Bulletin of Medical History* 16 (1), 1999, pp. 89-124.
HOOLIHAN Christopher (éd.), *An Annotated Catalogue of the Edward C. Atwater Collection of American Popular Medicine and Health Reform. Supplement: A-Z*, vol. III, Rochester, University of Rocherster Press, 2008.
HOOLIHAN Christopher (éd.), *An Annotated Catalogue of the Edward C. Atwater Collection of American Popular Medicine and Health Reform. A-L*, vol. I, Rochester, University of Rocherster Press, 2001.
HOROWITZ Helen Lefkowitz, *Attitudes toward Sex in Antebellum America. A Brief History with Documents*, New York, NY, Palgrave Macmillan, 2006 (The Bedford Series in History and Culture).
HUNEMAN Philippe, « Montpellier Vitalism and the Emergence of Alienism in France (1750–1800): The Case of the Passions », *Science in Context* 21 (04), 2008, pp. 615-647.
HUNEMAN Philippe, « Les théories de l'*économie animale* et l'émergence de la psychiatrie de l'*Encyclopédie* à l'aliénisme », *Psychiatrie, Sciences humaines, Neurosciences* 2 (2), 2004, pp. 47-60.
HUNEMAN Philippe et DUTREUIL Sébastien, « La modélisation mathématique en biologie », in: HOQUET Thierry et MERLIN Francesca (éds.), *Précis de philosophie de la biologie*, Paris, Vuibert, 2014 (Philosophie des sciences), pp. 51-82.
JANSSEN Diederik F., « How to "Ascertain" Paraphilia? An Etymological Hint », *Archives of Sexual Behavior* 43 (7), 2014, pp. 1245-1246.
JEFFREYS Sheila, *The Spinster and her Enemies: Feminism and Sexuality, 1880-1930*, New ed., Melbourne, Spinifex, 1997.
KÄPPELI Anne-Marie, « Scènes féministes », in: PERROT Michelle et FRAISSE Geneviève (éds.), *Histoire des femmes en Occident. Le XIXe siècle*, vol. IV, Paris, Perrin, 2002 (Tempus), pp. 575-613.

KELLER Gary D., *The Significance and Impact of Gregorio Marañón: Literary Criticism, Biographies, and Historiography*, Jamaica, N.Y., Bilingual Press, 1977.
KEVLES Daniel J., *Au nom de l'eugénisme. Génétique et politique dans le monde anglo-saxon*, Paris, Presses Universitaires de France, 1995.
KLEIN Alexandre, « Le bien-être : notion scientifique ou problème éthique ? », in: GRISON Benoît (éd.), *Bien-être / Être bien ? Les techniques de conscience du corps entre Orient et Occident*, Paris, L'Harmattan, 2012, pp. 11–44.
KLEIN Alexandre, *Du corps médical au corps du sujet. Étude historique et philosophique du problème de la subjectivité dans la médecine française moderne et contemporaine*, Thèse de doctorat, Nancy, Université de Lorraine, 2012.
KNIEBIEHLER Yvonne, « Les médecins et l'amour conjugal au XIXe siècle », in: VIALLANEIX Paul et EHRARD Jean (éds.), *Aimer en France, 1760-1860 : actes du Colloque international de Clermont-Ferrand, 20-22 juin 1977*, Clermont-Ferrand, Association des publications de la Faculté des lettres et sciences humaines, 1980, pp. 357-366.
KOLLMANN Max, « Le déterminisme du sexe chez l'Homme. Discussion de quelques théories », *Bulletins et Mémoires de la Société d'Anthropologie de Paris* 4 (2), 1913, pp. 238-254.
KRAUS Cynthia, MOTTIER Véronique et BARRAS Vincent, « Kinsey, Masters & Johnson, et Kaplan en Suisse : naissance d'une clinique des troubles sexuels (Lausanne, 1950-1980) », *Histoire, médecine et santé* (12), 2017, pp. 99-129.
LAMBERT Jacques, « Normes vitales, normes pour vivre : l'idée de norme est-elle possible sans celle d'une gestion ? », *Philosophia Scientiæ. Travaux d'histoire et de philosophie des sciences* (12-2), 2008, pp. 141-157.
LARCHET Nicolas, « Food reform movements », in: SMITH Andrew F. (éd.), *The Oxford Encyclopedia of Food and Drink in America*, vol. 1 / 3, 2nd edition, Oxford, Oxford University Press, 2012, pp. 796-805.
LAROCQUE-LATOUR Gonzague DE, *Généalogie de la sexologie française 1910-2010. Problématisations de la sexualité à l'époque de la féminisation de la médecine*, Thèse de doctorat, Saint-Denis, Université Paris 8 - Vincennes-Saint-Denis, 2014.
LÉCUYER Bernard-Pierre, « L'hygiène en France avant Pasteur, 1750-1850 », in: SALOMON-BAYET Claire (éd.), *Pasteur et la révolution pastorienne*, Paris, Payot, 1988 (Médecines et sociétés), pp. 65-139.
LENAY Charles, « Francis Galton : inné et acquis chez les grands hommes de la Société Royale de Londres », *Bulletins et Mémoires de la Société d'Anthropologie de Paris* 6 (1), 1994, pp. 135-150.
LENMAN Robin J. V., « Art, Society, and the Law in Wilhelmine Germany: the Lex Heinze », *Oxford German Studies* 8 (1), 1973, pp. 86-113.
LEONARD Thomas C., *Illiberal Reformers: Race, Eugenics, and American Economics in the Progressive Era*, Princeton, Princeton University Press, 2016.
LORENZINI Daniele, *Éthique et politique de soi. Foucault, Hadot, Cavell et les techniques de l'ordinaire*, Paris, Vrin, 2015 (Problèmes et controverses).

LYNCH Kathleen, *Protestant Autobiography in the Seventeenth-Century Anglophone World*, Oxford ; New York, Oxford University Press, 2012.
MAZALEIGUE Julie, « La formation du concept de perversion sexuelle au XIXème siècle », *Archives Internationales d'Histoire des Sciences* 59 (162), 2009, pp. 221-253.
MAZALEIGUE-LABASTE Julie, *Les déséquilibres de l'amour. La genèse du concept de perversion sexuelle de la Révolution française à Freud*, Montreuil-sous-Bois, Ithaque, 2014 (Philosophie, anthropologie, psychologie).
MCLAREN Angus, *Impotence: a Cultural History*, Chicago, University of Chicago Press, 2007.
MENGAL Paul et POMA Roberto, « Utérus expulsif ou utérus convulsif. Deux visages de la médecine des femmes », *Dix-Huitième Siècle* 36 (1), 2004, pp. 15-28.
MORAN Jeffrey P., *Teaching Sex: the Shaping of Adolescence in the 20th Century*, Cambridge, Mass., Harvard University Press, 2000.
MUCCHIELLI Laurent, « Criminologie, hygiénisme et eugénisme en France (1870-1914) : débats médicaux sur l'élimination des criminels réputés « incorrigibles » », *Revue d'Histoire des Sciences Humaines* 2 (3), 2000, pp. 57-88.
NISSENBAUM Stephen, *Sex, Diet, and Debility in Jacksonian America: Sylvester Graham and Health Reform*, Westport / London, Greenwood Press, 1980 (Contributions in Medical History).
NUMBERS Ronald L., *Prophetess of Health: a Study of Ellen G. White*, 3rd ed, Grand Rapids, William B. Eerdmans, 2008 (Library of religious biography).
NUMBERS Ronald L., « Sex, Science, and Salvation: The Sexual Advice of Ellen G. White and John Harvey Kellogg », in: ROSENBERG Charles E. (éd.), *Right Living: an Anglo-American Tradition of Self-Help Medicine and Hygiene*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 2003, pp. 206-226.
OHAYON Annick, « L'émergence d'un mouvement sexologique français (1929–1939), entre hygiénisme, eugénisme et psychanalyse », *PSN* 1 (4), 2003, pp. 50-61.
ONIONS Charles T. (éd.), *The Oxford Dictionary of English Etymology*, Oxford, Oxford University Press, 1966.
PASTORELLO Thierry, « L'abolition du crime de sodomie en 1791 : un long processus social, répressif et pénal », *Cahiers d'histoire. Revue d'histoire critique* (112-113), 2010, pp. 197–208.
PERELMAN Michael A., « The history of sexual medicine », in: TOLMAN Deborah L., DIAMOND Lisa M., BAUERMEISTER José A. et al. (éds.), *APA handbook of sexuality and psychology: Contextual approaches*, vol. 2, Washington, American Psychological Association, 2014, pp. 137-179.
POMA Roberto, « Figures du dépassement. L'obèse et l'anorexique entre corps idéal et corps utopique », in: POMA Roberto et WEILL-PAROT Nicolas (éds.), *L'utopie scientifique au Moyen-Âge et à la Renaissance*, Firenze, Sismel, 2020.

POMA Roberto, « Santé et sécurité au travail. L'émergence d'une médecine "sociale" à l'époque moderne », in: LE ROUX Nicolas (éd.), *Sciences et techniques à l'époque moderne*, Paris, Presses de l'université Paris-Sorbonne, 2020.
POUILLARD Jean, « Une découverte oubliée : la thèse de médecine du docteur Ernest Duchesne (1874-1912) », *Histoire des sciences médicales* XXXVI (1), 2002, pp. 11-20.
RAYNAUD Dominique, « La controverse entre organicisme et vitalisme : étude de sociologie des sciences », *Revue française de sociologie* 39 (4), 1998, pp. 721-750.
REY Michel, « Police et sodomie à Paris au XVIIIe siècle : du péché au désordre », *Revue d'histoire moderne et contemporaine* 29 (1), 1982, pp. 113–124.
REY Roselyne, « L'âme, le corps et le vivant », in: GRMEK Mirko D. (éd.), *Histoire de la pensée médicale en Occident. De la Renaissance aux Lumières*, vol. 2 / 4, Paris, Seuil, 1997, pp. 117-155.
REYNAUD-PALIGOT Carole, *De l'identité nationale. Science, race et politique en Europe et aux États-Unis, XIXe-XXe siècle*, Presses Universitaires de France, 2011 (Science, histoire et société).
RISSE Guenter B., « Introduction », in: RISSE Guenter B., NUMBERS Ronald L. et LEAVITT Judith Walzer (éds.), *Medicine Without Doctors: Home Health Care in American History*, New York, Science History Publications/USA, 1977, pp. 1-8.
RISSE Guenter B., NUMBERS Ronald L. et LEAVITT Judith Walzer (éds.), *Medicine Without Doctors: Home Health Care in American History*, New York, Science History Publications/USA, 1977.
ROBINSON Paul A., « Havelock Ellis and Modern Sexual Theory », *Salmagundi* (21), 1973, pp. 27-62.
ROSENBERG Charles E. (éd.), *Right Living: an Anglo-American Tradition of Self-Help Medicine and Hygiene*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 2003.
RUSSETT Cynthia Eagle, *Sexual Science: the Victorian Construction of Womanhood*, Cambridge, London, Harvard University Press, 1989.
SABOT Philippe, « De Kojève à Foucault. La "mort de l'homme" et la querelle de l'humanisme », *Archives de Philosophie* 72 (3), 2009, pp. 523-540.
SACQUIN Michèle, *Entre Bossuet et Maurras. L'antiprotestantisme en France de 1814 à 1870*, Paris, École des Chartes, 1998 (Mémoires et documents de l'Ecole des Chartes).
SANDFORT Theo G.M. et EHRHARDT Anke A., « Sexual health: A useful public health paradigm or a moral imperative? », *Archives of Sexual Behavior* 33 (3), 2004, pp. 181–187.
SCHLAGDENHAUFFEN Régis, « Les homosexuels d'Europe ont été déportés », in: *Les mythes de la Seconde Guerre mondiale*, vol. 2, Paris, Perrin, 2017, pp. 199-212.
SEIPP Conrad, « Andrija Stampar and the concept of positive health », *Family medicine* 19 (4), 1987, pp. 291-295.
SENELLART Michel, « Notice », in: FOUCAULT Michel, *Œuvres*, vol. II, Paris, Gallimard, 2015 (Bibliothèque de la Pléiade).

SENELLART Michel, « Michel Foucault : une autre histoire du christianisme ? », *Bulletin du centre d'études médiévales d'Auxerre | BUCEMA* Hors-série (7), 2013, pp. 1-17.
SHOOK John R. (éd.), *The Dictionary of Early American Philosophers*, 2 vol., New York ; London, Continuum, 2012.
SIMARD David, « La médicalisation de la sexualité et le Droit : perversions, santé sexuelle et droits sexuels », in: GIAMI Alain et PY Bruno (éds.), *Droits de l'Homme et sexualité. Vers la notion de droits sexuels ?*, Paris, Archives contemporaines, 2019, pp. 217-232.
SIMARD David, « La question du consentement sexuel : entre liberté individuelle et dignité humaine », *Sexologies* 24 (3), 2015, pp. 140-148.
SINDING Christiane, « Le sexe des hormones : l'ambivalence fondatrice des hormones sexuelles », *Cahiers du Genre* 34 (1), 2003, p. 39.
SITRON Justin A. et DYSON Donald A., « Sexuality Attitudes Reassessment (SAR): Historical and New Considerations for Measuring its Effectiveness », *American Journal of Sexuality Education* 4 (2), 2009, pp. 158-177.
SMITH-ROSENBERG Carroll, « Sex as Symbol in Victorian Purity: An Ethnohistorical Analysis of Jacksonian America », *American Journal of Sociology* 84, 1978, pp. S212-S247.
STERN Madeleine B., *Heads and headlines: the Phrenological Fowlers*, Norman, University of Oklahoma Press, 1971.
SUZUKI Nanami, « Popular Health Movements and Diet Reform in Nineteenth-Century America », *The Japanese Journal of American Studies* (21), 2010, pp. 111-137.
TAGUIEFF Pierre-André, « Racialisme », in: TAGUIEFF Pierre-André (éd.), *Dictionnaire historique et critique du racisme*, Paris, Presses universitaires de France, 2013 (Quadrige), pp. 1500-1501.
TAGUIEFF Pierre-André, « Eugénisme ou décadence ? L'exception française », *Ethnologie française* 24 (1), 1994, pp. 81-103.
TAMAGNE Florence, « La Ligue mondiale pour la réforme sexuelle : La science au service de l'émancipation sexuelle ? », *Clio* (22), 2005, pp. 101-121.
THORNER Thomas et FROHN-NIELSEN Thor (éds.), *A Country Nourished on Self-Doubt: Documents in Post-Confederation Canadian History*, 3rd édition, Toronto, University of Toronto Press, 2010.
TURDA Marius, « Scientific Calvinism: Eugenics as a Secular Religion », *The Journal of Religious History, Literature and Culture* 4 (2), 2018, pp. 1-16.
TURRINI Mauro, « A Genealogy of "Healthism": Healthy Subjectivities between Individual Autonomy and Disciplinary Control », *Eä - Journal of Medical Humanities & Social Studies of Science and Technology* 7 (1), 2015, pp. 11-27.
VALENTIN Michel, *François Broussais, empereur de la médecine (1772-1838) : jeunesse, correspondance, vie et œuvre*, Dinard, Association des amis du Musée du pays de Dinard, 1988.
WILSON Brian C., *Dr. John Harvey Kellogg and the Religion of Biologic Living*, Bloomington, Indiana University Press, 2014.

WOLFE Charles, *La philosophie de la biologie avant la biologie. Une histoire du vitalisme*, Paris, Classiques Garnier, 2019 (Histoire et philosophie des sciences).
WOOD Matthew, *Vitalism: The History of Herbalism, Homeopathy, and Flower Essences*, 2nd ed., Berkeley, North Atlantic Books, 2000.
WRIGHT John, LUSSIER Yvan et SABOURIN Stéphane (éds.), *Manuel clinique des psychothérapies de couple*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2008.
ZENDERLAND Leila, « Biblical Biology: American Protestant Social Reformers and the Early Eugenics Movement », *Science in Context* 11 (3-4), 1998, pp. 511-525.
ZIMMERMAN Jonathan, *Too Hot to Handle: a Global History of Sex Education*, Princeton, Princeton University Press, 2015.
ZUCCOLI Sofia, « Un *monstre parfait*. Le savoir médical face au corps féminin (XVIème siècle, France et Italie) », *Historia Magistra* (27), 2018, pp. 20-35.

Index Nominum

Abraham, Georges, 354, 362, 363, 368, 380, 381, 385, 386, 387, 388, 390, 391, 392, 407, 431, 434, 483, 484, 493, 494, 495, 496, 497, 499, 501, 507, 517, 519, 520, 521
Abraham, Karl, 191
Aristote, 143, 326, 409

Beall, Edgar C., 204, 205, 206, 207, 230, 266, 276, 277, 303, 304, 305
Béjin, André, 330, 400, 402, 404, 424
Bernard, Claude, 60, 67, 128, 156, 166, 167, 326, 327, 484, 485, 486, 487, 488
Bichat, Xavier, 60, 62, 63, 64, 66, 67, 69, 70, 71, 128, 170, 299, 555, 556
Bigelow, Maurice, 42, 178, 179, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 245, 247, 249, 255, 261, 262, 263, 264, 266, 271, 276, 277, 281, 282, 303, 304, 305, 313, 315, 329, 330, 335, 336, 343, 347, 349, 362, 370, 377, 394, 434, 538
Bloch, Iwan, 189, 190, 230, 231, 232, 264, 433
Blumenbach, Johann, 125
Boorse, Christopher, 278, 279, 280, 281, 320, 323, 389, 428, 448, 536
Bordeu, Théophile, 59, 60, 65
Bridgman, Percy Williams, 453
Broussais, François, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 70, 170, 299, 300, 484
Buchan, William, 79
Buchez, Philippe, 82
Buffon, Georges-Louis Leclerc, 59, 118
Bullough, Vern L., 184, 432, 433, 434

Calderone, Mary S., 251, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 360, 363, 366, 367, 368, 370, 377, 379, 382, 385, 391, 393, 460, 491, 536
Canguilhem, Georges, 42, 43, 45, 61, 62, 64, 67, 78, 269, 287, 299, 300, 306, 313, 428, 467, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 517
Chevalier, Julien, 168
Clarke, Arthur, 89, 90, 225, 303
Coleman, Eli, 31, 32, 38, 39, 377, 385, 444, 445, 446, 449, 451, 456, 459, 462, 471, 472, 474, 475, 498, 499, 500, 504, 505, 507, 544
Combe, George, 122
Condillac, Étienne Bonnot, 423, 424
Cooke, George, 129, 297, 298, 562
Corrêa, Sonia, 30, 31, 147, 369, 456, 457, 490, 491, 544
Crombie, Alistair Cameron, 45, 47

Darlington, Cyril D., 310, 311
Davenport, Charles B., 182, 309
Davidson, Arnold I., 38, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 48, 159, 206, 231, 249, 278, 433, 439, 516, 576
Davis, David, 142
Descartes, René, 56, 57, 58, 82, 281
Doll, Richard, 453, 454, 467
Dolto, Françoise, 357
Drysdale, George, 88, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 112, 119, 122, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 167, 180, 216, 226, 254, 276, 280, 297, 299, 303, 306, 308, 312, 313, 342, 552
Dupré, Ernest, 192

Edwards, Ward, 324, 325
Ellingwood, Finley, 142, 143, 144, 146
Ellis, Havelock, 46, 149, 189, 220, 221, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 258, 261, 264, 265, 266, 274, 303, 331, 343, 386, 434, 532

Fawcett, Henry, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 298, 394
Feinstein, Alvan R., 478, 479, 480, 481, 482
Felkin, Robert W., 144, 145
Fernel, Jean, 157
Fiaux, Louis, 233, 234, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 358
Fischer, Charles, 355
Fisher, Irving, 227, 245, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 309, 394
Fleck, Ludwik, 42, 43, 45, 48
Fodéré, François-Emmanuel, 162, 166
Foote, Edward, 83, 84, 85
Forel, Auguste, 189, 199, 247, 261, 264, 386
Foucault, Michel, 34, 40, 42, 43, 44, 45, 48, 49, 108, 112, 113, 154, 155, 159, 164, 165, 167, 194, 197, 208, 249, 250, 312, 314, 315, 322, 358, 432, 433, 434, 439, 468, 516, 532, 533, 534, 546, 547, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 574, 575, 576
Fowler, Orson Squire, 122, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 138, 139, 140, 141, 142, 152, 156, 157, 184, 185, 204, 305, 306, 315, 348, 394, 433, 434, 565
Frank, Johann Peter, 166, 171, 222, 427
Freud, Sigmund, 36, 149, 150, 191, 193, 197, 201, 202, 220, 221, 226, 230, 231, 232, 255, 265, 266, 274, 294, 295, 296, 418, 427, 434, 439, 495, 496, 522, 532, 547, 559

Gallichan, Walter M., 263
Galton, Francis, 179, 180, 181, 182, 252, 308
Gayon, Jean, 36, 45, 46, 47, 156, 157, 158, 180, 181, 279, 280, 285, 286, 295, 310, 379
Geisendorf, William, 363, 384, 391, 402, 494, 521
Giami, Alain, 31, 32, 35, 38, 39, 333, 334, 377, 444, 445, 446, 458, 464, 513, 526, 528, 531, 532, 533, 544
Goldstein, Irwin, 524, 525, 587
Graham, Sylvester, 40, 42, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 84, 85, 89, 90, 111, 113, 114, 120, 123, 127, 130, 152, 153, 283, 301, 313, 434, 552, 553, 565
Griesinger, Wilhelm, 276, 277

Hacking, Ian, 45
Haeberle, Erwin, 33, 34, 478
Hall, George F., 188, 218, 305
Hammond, William, 168
Hanchett, Henry G., 152, 153
Hartley, Catherine Gasquoine, 42, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 278, 281, 303, 304, 305, 357, 362, 394
Hartmann, Heinz, 293
Hayes, Albert, 129
Haynal, André, 390, 391, 495
Hempel, Carl Gustav, 453, 454, 526, 527
Hesnard, Angelo, 183
Hirschfeld, Magnus, 189, 190, 191, 193, 200, 226, 231, 232, 383, 386, 427, 434
Hocquenghem, Guy, 432
Hoyos, Hernán Mendoza, 350

Hutchinson, Jonathan, 96, 97

Illich, Ivan, 34, 468, 532, 540
Inge, William, 309

Jackson, James Caleb, 42, 111, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 130, 131, 142, 152, 187, 303, 304, 313
Jahoda, Marie, 278, 279, 281
Jefferis, Benjamin G., 247, 248
Johnson, Virginia E., 187, 339, 346, 353, 360, 378, 380, 385, 388, 390, 392, 393, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 413, 414, 415, 418, 425, 432, 434, 436, 437, 440, 492, 493, 494, 495, 496, 498, 500, 501, 512, 518, 519, 520, 521,522, 527, 528, 529, 532, 545
Jordan, Louis J., 129

Kaplan, Helen Singer, 362, 363, 388, 390, 392, 393, 395, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 492, 493, 494, 495, 496, 500, 501, 519, 520, 521, 522, 529
Kellogg, John Harvey, 42, 111, 114, 120, 121, 122, 123, 151, 152, 187, 205, 245, 283, 284, 304, 309, 313
Key, Ellen, 208
Kinsey, Alfred C., 327, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 346, 347, 348, 353, 367, 378, 380, 385, 386, 387, 388, 390, 395, 402, 404, 406, 407, 425, 432, 434, 440, 476, 518, 519, 522, 527, 532
Kohut, Heinz, 293, 294, 295, 296
Kolodny, Robert C., 512, 519, 520, 528
Krafft-Ebing, Richard von, 191, 192, 197, 220, 221, 230, 231, 232, 509
Kuhn, Thomas S., 44, 449

Leibniz, Gottfried Wilhelm, 56, 57, 58
Leroux, Pierre, 81, 82
Lindorme, Carl F., 146
Longino, Helen E., 450, 451, 456, 460
Lottes, Ilsa L., 30, 31, 371, 372, 517
Lucas, Prosper, 118
Lydston, G. Franck, 433

Marañon, Gregorio, 331
Marc, Charles Chrétien, 160, 161, 162, 163, 166, 167, 169
Marx, Karl, 226, 288
Massilie, Sirius de, 183, 184, 355
Masters, William H., 187, 273, 346, 353, 360, 378, 380, 385, 388, 390, 392, 393, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 413, 414, 415, 418, 425, 432, 436, 437, 440, 492, 493, 494, 495, 496, 498, 500, 501, 512, 518, 519, 520, 521, 522,527, 528, 529, 532
Mayr, Ernst, 61, 62, 244, 247, 314, 408, 425, 426, 427, 529, 575, 576
Meignant, Michel, 407, 432
Mendel, Gregor, 286
Mill, John Stuart, 104, 105, 152
More, Thomas, 301, 302
Morel, Bénédict-Auguste, 118, 553
Morrow, Prince A., 182, 209, 210, 211, 212, 213, 215, 225, 245, 249, 291, 313, 394, 434
Murphy, Edward, 95

Nichols, James L., 248

Pasini, Willy, 354, 362, 363, 368, 376, 380, 381, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 402, 407, 431, 432, 434, 483, 484, 493, 494, 495, 501, 507, 517, 519, 520, 521, 522

Paul, John R., 478, 479, 480, 481, 482
Pearson, Karl, 184
Ploetz, Alfred, 244, 245
Popper, Karl Raimund, 427, 449

Reiss, Ira L., 448, 449, 450, 451, 452, 455
Repplier, Agnes, 208, 209

Sanger, Margaret, 148, 149, 150, 180, 340, 343, 346
Sigerist, Henry E., 154, 287, 288, 289, 290, 480
Skinner, Burrhus F., 404, 405
Stahl, Georg Ernst, 56, 57, 58, 128
Stampar, Andrija, 287, 289, 290, 291, 319, 321
Stokes, John H., 327, 328, 329, 330, 332, 335
Szasz, Thomas S., 280, 452, 454

Tardieu, Ambroise, 195
Tegg, Thomas, 91, 92, 93, 94, 95, 97, 152
Tissot, Samuel, 71, 72, 74, 75, 79, 127, 562
Trall, Thacher, 130, 131, 187

Valensin, Georges, 32, 152, 354, 355, 358

Walling, William H., 188, 305
Watson, John B., 222, 404, 405
Weber, Max, 113, 172, 267
West, Charles A., 144, 145, 146
White, Ellen G., 111, 112, 113, 114, 120, 131, 151, 152, 283, 300, 301
Willard, Elizabeth O. G., 184, 185, 186, 187, 188, 205, 277, 305, 394, 552, 554

Zola, Irvin K., 539, 540