



Santé publique et vie sexuelle

Rev Med Suisse 2014; 10: 638-41

J.-P. Papart*

Dr Jean-Pierre Papart
Fondation Terre des Hommes
Avenue de Montchoisi 15
1006 Lausanne
jeanpierre.papart@tdh.ch

Public health of sex life?

The paper questions the legitimacy and relevance of a potential emergence of any public health policies relating to sexology, as they exist for most of the major medical issues. It discusses the two major areas of intervention of sexology namely problems related to access to pleasure on the one hand, violence, abuse and other sexual perversions on the other hand. The legitimacy and relevance of public health policy to prevent the latter, i.e. sexual violence cannot be questioned. However, interventions to promote erotic skills are beyond the role and responsibility of the State but can be assigned to the civil society, especially community associations engaged in culture, solidarity and the promotion of social links in general.

L'article questionne la légitimité et la pertinence d'éventuelles politiques de santé publique en lien avec la sexologie, comme elles existent en lien avec la plupart des grandes problématiques médicales. Une présentation est faite des deux grands objets d'intervention en sexologie: les troubles en lien avec l'accès au plaisir d'une part, les violences, abus et autres perversions sexuels d'autre part. Ensuite, le raisonnement conduit à considérer la légitimité et la pertinence d'une politique de santé publique de prévention de la violence sexuelle. Une action de promotion des compétences érotiques dépasse le rôle et la responsabilité de l'Etat, mais peut être une tâche désignée pour la société civile, particulièrement pour les milieux associatifs en lien avec la culture, la solidarité et la promotion du lien social en général.

À QUELLES CONDITIONS LA SANTÉ PEUT-ELLE ÊTRE PUBLIQUE ?

Qu'est-ce qui détermine qu'une problématique de santé fonde une politique engageant l'intervention de la puissance publique sous les auspices de l'Etat? A partir du moment historique et culturel où la santé n'apparaît plus seulement comme la résultante exclusive de la chance, du destin ou de la volonté divine, mais bien – au moins partiellement – d'une possible intervention humaine, préventive ou curative, alors l'Etat doit y assumer une responsabilité en lien avec le maintien de la paix sociale, justification majeure de son existence.¹ Davantage encore pour l'Etat moderne signataire de la Déclaration universelle des droits humains (1948), y compris des droits économiques, sociaux et culturels parmi lesquels le droit à la santé,^a la garantie de ce dernier passe par l'exercice de politiques publiques de santé. Mais qu'est-ce qui justifie qu'une problématique de santé doive mobiliser l'Etat dans son rôle de garant du droit à la santé? A ce jour, les politiques de santé publique ne se justifient que si elles ont un impact de réduction de mortalité ou de morbidité particulièrement invalidante, réduisant la définition de la santé – dans son exigence de considération collective – à l'absence de maladie mortelle (par exemple, dépistage du cancer du sein chez les femmes à partir de 50 ans) ou sinon particulièrement invalidante (vaccination contre la poliomyélite). On reste loin – et fort heureusement – de la définition de la santé proposée par l'OMS, «un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.»^b

La question du droit à la santé se pose aussi dans le cadre non seulement de la prévention et du traitement des maladies mortelles ou gravement invalidantes, mais aussi par rapport à la promotion de la santé, dont l'intention est de majorer les capacités physiques (force, mobilité, endurance, mais aussi absence de douleur et même plaisir) et psychiques (cognitives, intentionnelles, émotionnelles mais aussi absence de souffrance et même bonheur) des individus. Toutefois, et fort heureusement ici aussi, aucun texte juridique international ne stipule un droit pour l'individu de bénéficier de l'optimum des capacités physiques et psychiques potentiellement accessibles à l'espèce humaine. Il est important que l'Etat assume

* L'auteur s'exprime ici en son nom propre.

a Résolution des Nations Unies 2200 A (XXI) du 16 décembre 1966.

b Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la santé, New York, 19-22 juin 1946.



ses responsabilités... mais seulement ses responsabilités.

S'il y a bien une santé publique de pédiatrie (par exemple, programme élargi de vaccination), de gynécologie (par exemple, dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus), d'urologie (par exemple, dépistage du cancer de la prostate), de pneumologie (par exemple, campagne contre le tabagisme), de psychiatrie (promotion des compétences sociales des jeunes pour la prévention de la toxicomanie et/ou de la violence), etc., y aurait-il une santé publique de sexologie ?

SEXUALITÉ À VISÉES REPRODUCTIVE ET ÉROTIQUE

Le concept de santé sexuelle et reproductive est progressivement établi par l'OMS dès le début des années 1970. La nouveauté était bien la santé sexuelle, en effet la définition de la santé reproductive ne pose aucun problème conceptuel particulier pour le milieu médical: «L'absence de troubles, de dysfonctions organiques, de maladies ou d'insuffisances susceptibles d'interférer avec la fonction reproductive» (OMS, 1972). L'OMS se risque à définir la santé sexuelle comme «l'intégration des aspects somatiques, affectifs, intellectuels et sociaux de l'être sexué, de façon à parvenir à un enrichissement et un épanouissement de la personnalité humaine, de la communication et de l'amour» (OMS, 1975). Aux définitions de ces deux concepts, l'OMS spécifie aussi le droit à la santé reproductive, le droit à la surveillance médicalisée de la grossesse et de l'accouchement, le droit au planning familial et à la contraception et le droit à bénéficier des avancées scientifiques liées au traitement de la stérilité. En 2003, l'OMS revoit sa définition de la santé sexuelle et surtout énonce un droit à la santé sexuelle^c (ou droit sexuel) ainsi précisé:

- le droit de jouir du meilleur état de santé sexuelle possible grâce notamment à l'accès à des services médicaux spécialisés en matière de santé sexuelle et de reproduction;
- le droit de demander, d'obtenir et de transmettre des informations ayant trait à la sexualité;
- le droit à une éducation sexuelle;
- le droit au respect de son intégrité physique;
- le droit au choix de son partenaire;
- le droit de décider d'avoir une vie sexuelle active ou non;
- le droit à des relations sexuelles consensuelles;
- le droit à un mariage consensuel;
- le droit de décider d'avoir ou de ne pas avoir des enfants, au moment de son choix;
- le droit d'avoir une vie sexuelle satisfaisante, agréable et sans risque.

Il est important de constater que le droit à la santé reproductive n'implique nullement un droit à la parentalité.

Il n'existe pas de droit humain à avoir des enfants comme il n'existe d'ailleurs pas non plus de droit pour un enfant à avoir des parents s'il n'en a pas ou plus. La Convention des droits de l'enfant (Nations Unies, 1990) stipule seulement dans son article 7 que l'enfant a le droit de connaître ses parents et d'être élevé par eux... pour autant qu'ils soient vivants et aient reconnu l'enfant. La Convention ne stipule nullement qu'un enfant doit avoir des parents (éventuellement de substitution). Pareillement, le droit à la santé sexuelle n'est pas un droit à bénéficier de facto de relations sexuelles avec un autre être humain... ni même sous condition de paiement. S'il y a un droit à la santé sexuelle, il n'y a pas de droit à la sexualité, comme il n'y a pas de droit à la parentalité même s'il existe un droit à la santé reproductive.

QUELLE PLACE POUR UNE SANTÉ PUBLIQUE DE SEXOLOGIE ?

La sexologie médicale s'occupe principalement, d'une part des troubles en lien avec l'accès au plaisir et même au désir (déficit de fantasmagorie érotique, dyspareunie, impuissance, vaginisme, éjaculation précoce ou retardée, et autres difficultés relationnelles liées à la sexualité), d'autre part des violences et abus sexuels et autres perversions (toutes pratiques sexuelles génératrices de souffrance à autrui). Si le droit à la protection contre la violence et les abus sexuels, y compris la perversion, est bien un droit sexuel (un droit à la santé sexuelle), il n'y a rien de tel par rapport au droit au désir et au plaisir dans le cadre d'une relation sexuelle avec une personne consentante. Donc, si l'on accepte qu'une politique de santé publique réponde à un droit – spécifique ou général – à la santé, on est alors en mesure de concevoir – négativement – des interventions de santé publique de prévention et de prise en charge de toute forme de violence sexuelle, mais non pas – positivement – de promotion du plaisir sexuel et donc des compétences érotiques. Il n'y aurait donc apparemment pas de place pour une santé publique de promotion du plaisir sexuel.

Par rapport à la prévention de la violence sexuelle

Il existe une place évidente pour une santé publique en lien avec la prévention primaire, secondaire et tertiaire de la violence sexuelle, tant à destination des victimes que des infracteurs potentiels ou réels.

Avant d'aborder la question de la violence sexuelle du côté de l'infracteur, nous voudrions proposer l'approche phénoménologique suivante de la perversion dont nous attribuons une relation causale par rapport à la violence sexuelle.^{2,3} On désigne par perversion le fait de ne pas percevoir, et principalement émotionnellement, la souffrance que l'on induit chez autrui. Comment expliquer que l'expression de la souffrance, ou celle de la peur, normalement lisibles sur le visage de la victime, ne produise pas l'effet inhibiteur escompté chez l'agresseur? Cette souffrance ou cette peur ne sont-elles pas remarquées ou sinon interprétées comme elles devraient l'être normalement? Si elles sont perçues et interprétées, ne provoquent-elles pas de

^c La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social associé à la sexualité. Elle ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie, de dysfonction ou d'infirmité. La santé sexuelle a besoin d'une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, et la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui apportent du plaisir en toute sécurité et sans contraintes, discrimination ou violence. Afin d'atteindre et de maintenir la santé sexuelle, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et assurés (OMS, 2003).



réaction émotionnelle suffisamment forte pour inhiber l'actuation violente? Pourraient-elles encore être perçues, mais mal interprétées? Et pourquoi l'interprétation émotionnelle serait-elle tronquée? Peut-être logiquement parce que celui qui aura lui-même subi durant l'enfance la négligence ou même la violence de ceux qui étaient censés le protéger et l'aimer peut se voir profondément affecté dans sa compétence pourtant naturelle à interpréter adéquatement l'émotion chez autrui. Et s'il y a bien malgré tout une réaction émotionnelle de la part de l'agresseur, celui-ci serait-il capable d'en faire abstraction et de persévérer dans son intention violente?

Nous voulons encore justifier notre choix de cibler le concept de violence sexuelle là où c'est la violence qui est qualifiée et non pas celui de sexualité violente où ce serait au contraire la sexualité qui se verrait qualifiée. Et même plus subtilement – dans un registre atténué – comment séparer une violence érotisée d'un érotisme empreint de violence? Nous ne pouvons pas concevoir de frontière hermétique entre ces deux concepts de violence sexuelle et de sexualité violente. Pour illustrer ce second concept, mentionnons par exemple les pratiques sadomasochistes. Si celles-ci ne sont pas identifiées a priori comme de la violence sexuelle, c'est uniquement en raison du principe de consentement des partenaires ayant opté pour cette pratique. Nous supposons par ailleurs que le consentement s'opère en toute liberté pour chacun des partenaires et en toute connaissance de cause, et que par ailleurs chacun des partenaires est en mesure de s'en retirer à tout moment. En un mot, que le consentement soit «éclairé». Nous voyons déjà clairement que le moindre ascendant de pouvoir psychologique de l'un des partenaires sur l'autre ferait basculer cette sexualité vers de la violence sexuelle. Par rapport aux enfants, du moins en ce qui concerne les relations entre adultes et enfants, cette difficulté de positionnement entre violence sexuelle et sexualité violente ne se pose pas, car la seule interprétation possible de tout acte sexuel entre adultes et enfants est celle d'une violence, car par définition le consentement de l'enfant en l'espèce et dans ce cas n'est pas fondé. Par contre, cette difficulté réapparaît quand la sexualité a lieu entre enfants. Dans ce cas, l'interprétation ira davantage vers la violence si la différence d'âge donne à sérieusement supposer un abus de pouvoir du plus âgé sur le plus jeune. Toutefois, ici comme dans toutes ces considérations difficiles, la prudence est de mise pour éviter les jugements à l'emporte-pièce qui pourraient se révéler plus préjudiciables encore que ce qu'ils voulaient prévenir, corriger ou punir.

Pour continuer, il est important de rappeler la place qu'occupe l'agressivité – mais non pas la violence – dans une sexualité dite «normale». Konrad Lorenz a établi une hypothèse sur le lien existant entre l'agressivité et l'expression de la disponibilité coïtale.⁴ A travers l'observation du comportement de plusieurs espèces de canards, il a pu reconstituer le parcours phylogénétique (évolutif) qui aboutit à l'expression par la cane de sa disponibilité coïtale. L'expression de cette disponibilité prend sa source dans un

double geste à la fois d'agressivité envers d'autres canards (en tendant le cou agressivement vers d'autres congénères avec la partie antérieure du corps) et de recherche de sécurité (en se tournant vers le mâle avec la partie postérieure du corps). A un stade phylogénétique plus avancé – observable chez d'autres espèces de canards – ces gestes d'agressivité et de fuite, séparés dans le temps, peuvent fusionner en un mouvement pendulaire unique. Lorenz a pu établir que lorsque ce double mouvement de la cane opère en dehors de la présence d'autres congénères susceptibles de déclencher de l'agressivité, il devient un geste de communication de la cane qui informe ainsi le mâle de sa disponibilité coïtale. Lorenz a attribué le concept de «ritualisation» à ce phénomène qui fait qu'un geste agressif puisse évoluer vers un geste de communication, soit un signe porteur de signification.

Cette interpénétration d'attitudes érotiques et agressives est inhérente à toute pratique sexuelle, aussi «normale» soit-elle. Dans la pratique érotique «normale», une multitude d'expressions gestuelles ou de paroles expriment de manière plus ou moins atténuée ce lien phylogénétique avec l'agressivité: les baisers accompagnés de mordillements en principe non susceptibles de provoquer de la douleur, mais où le jeu avec la limite est évident; le «montrer les dents» ou le «sortir les griffes»; les petites tapes (par exemple sur les fesses) et pas toujours si petites; les mots prononcés au cours des rapports sexuels qui peuvent sortir du registre de la pure tendresse (y compris des mots qui dans un autre contexte prendraient directement une connotation injurieuse ou même obscène, voire simplement violente).

Il y a violence sexuelle non pas donc en raison première d'une éventuelle agressivité, mais bien s'il y a perversion, c'est-à-dire en cas d'absence de perception – permanente ou passagère – de la souffrance chez autrui, ou sinon de mal-interprétation de cette émotion ou même de rejet, conscient ou inconscient, de cette interprétation.⁵

Une politique de santé publique de prévention de la violence sexuelle aura donc une cible prioritaire: la promotion des compétences de perception émotionnelle. La qualité de la perception émotionnelle peut être activement promue et développée dans le cadre de la participation à certaines activités psychosociales de promotion des compétences sociales. L'appropriation de cette «eu-perception»^d représente un mécanisme de prévention tant pour la victime éventuelle qui sera plus rapidement et précisément consciente d'un malaise généré par l'attitude négative d'un agresseur potentiel, que pour celui-ci chez qui les mécanismes inhibiteurs de la violence sexuelle et des autres abus seront ainsi plus opérants. Nous avons récemment publié un article sur le rôle que pourrait avoir l'apprentissage du tango dans la préservation ou le développement de cette compétence.⁶

Par rapport à la promotion des compétences érotiques

S'il semble que la sexualité ne soit plus taboue, il est toutefois dommageable que la vie sexuelle occupe une place réduite dans la vie de trop d'individus, réduite dans sa durée comme dans son intensité érotique. Il semble bien

d Néologisme créé à partir du mot «perception» auquel on ajoute le préfixe «eu» du grec «Ευ», qui signifie «bonne».



qu'une vie érotique épanouie soit un élément favorable à la santé physique, psychique et sociale. Y aurait-il une place pour la promotion des compétences érotiques? Et qui devrait en prendre l'initiative si l'on estime que cela va au-delà des prérogatives de l'Etat? Et avec quels objectifs et avec quelles approches? Est-ce qu'une comparaison a lieu d'être avec la promotion de la mobilité, d'une alimentation équilibrée, d'un sommeil de qualité, ou de la promotion du lien social⁷ qualitativement et quantitativement? La promotion d'une culture érotique pourrait-elle être une tâche désignée pour la société civile, particulièrement pour les milieux associatifs en lien avec la culture, la solidarité et la promotion du lien social en général?

comme on le fait pour la plupart des champs d'action de la médecine, la réponse est... oui, au moins partiellement. La prévention et la prise en charge de la perversion sexuelle ont toute leur place dans une politique de santé publique. Toutefois, la promotion de la parentalité (santé reproductive) et celle des compétences érotiques (santé spécifiquement sexuelle), comme elles ne répondent pas spécifiquement à des droits humains, ne devraient pas être portées par des politiques publiques de santé. Néanmoins, la question d'un soutien social au désir de parentalité d'une part, et d'une culture de promotion des compétences érotiques d'autre part, comme champs d'intervention possibles de la société civile, peut être posée. ■

CONCLUSION

A la question de savoir s'il est pertinent de plaider pour une politique de santé publique en lien avec la sexologie

L'auteur n'a déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Bibliographie

- 1 Weber M. Le savant et le politique. Paris: Union Générale d'Édition, 1963, orig. 1919.
- 2 Dumouchel P. Emotions – Essai sur le corps et le social. Paris: Les Empêcheurs de penser en rond, 1999.
- 3 Hayek FA. The sensory order. An inquiry into the foundations of theoretical psychology. New York: University Press, 1952.

- 4 Lorenz K. L'agression – Une histoire naturelle du mal. Paris: Flammarion, 1969.
- 5 Papart JP. Heggerickx I. Pourquoi parlons-nous? Nyons: L'autre, clinique, culture et société, 2002;3:95-108.
- 6 Papart JP. Le tango, un rôle possible dans la prévention de la violence sexuelle. Lausanne: SEES, Revue

- Economique et Sociale, n° 1, mars 2013.
- 7 Papart JP. Lien social et santé mentale – Un plaidoyer pour la sécurité humaine et les droits de l'homme. Genève: Médecine & Hygiène, 2006.
- * à lire
** à lire absolument