



La santé sexuelle et reproductive, champ d'exercice et d'affrontement des dominations de genre et de classe

Irene Maffi*, Daniel Delanoë** et Selma Hajri***

Les notions de santé reproductive et de santé sexuelle ont été élaborées dans le milieu des organisations internationales au cours des années 1970 et 1980 (Giarni, 2002), alors que les notions de droits sexuels et reproductifs viennent plutôt des organisations féministes qui les ont utilisées dès les années 1970 pour revendiquer l'autonomie des femmes dans leurs choix reproductifs (Lottes, 2000). Consacrés par la Conférence de la population et du développement du Caire (1994), la santé et les droits sexuels et reproductifs entrent dans les agendas des organisations onusiennes et des agences de coopération des États du Nord qui s'en servent pour promouvoir des politiques globales qui confondent discours sanitaire, légal et moral produisant de nouveaux droits et de nouvelles formes de subjectivités (Ali, 2002 ; Pigg & Adams, 2005). Lorsque, à partir de la seconde moitié des années 1990, les pays du Maghreb sont investis par les discours sur la santé sexuelle et reproductive (Ercevik Amado, 2004), les États sont poussés à élaborer des programmes intégrant ces notions afin d'obtenir les financements nécessaires à mettre sur pied les infrastructures et les services sanitaires locaux. Des ONG et des associations locales favorisent également la diffusion du concept de santé sexuelle et reproductive, bien que les droits qui s'y accompagnent soient beaucoup plus difficiles à faire accepter, dans la mesure où ils mettent en question le droit et les normes sociales des pays dans lesquels elles opèrent. Des droits fondamentaux tels celui de disposer librement de son corps, de jouir librement de sa sexualité, de choisir librement quand et si avoir des enfants se heurtent à des ordres sociaux, à des logiques de genre et à des lois qui ne le permettent pas. L'individu libre, rationnel, autonome, indépendant qui est sous-entendu dans les notions de santé et droits sexuels et reproductifs, ne correspond pas aux conceptions locales du sujet et ne tient pas compte de la nature publique et règlementée de la sexualité dans les pays du Maghreb (Obermeyer-Makhlouf 1993, 1994, 1999).

Les articles de ce volume rendent compte de cette fracture qui, déjà relevée par Obermeyer-Makhlouf il y a plus de vingt ans, n'a pas cessé d'exister et de

* Laboratoire d'anthropologie culturelle et sociale, Université de Lausanne.

** CESP, INSERM, U 1178, Université Paris V. daniel.delanoë@wanadoo.fr.

*** Endocrinologue, MD. Secrétaire Générale de l'association «Groupe Tawhida BenCheikh» - Pour la Recherche & Action en santé des femmes - Tunis.



créer de contradictions significatives entre lois, discours officiels, pratiques médicales et normes sociales (Association tunisienne des femmes démocrates, 2012 ; Amroussia *et al.*, 2017). En particulier, les articles de Faten Msakni, Irene Capelli et Irene Maffi et Malika Affes mettent en avant l'application sélective des notions de santé et droits sexuels et reproductifs au Maroc et en Tunisie montrant la méconnaissance de ces notions chez les femmes et les professionnels de la santé voire leur détournement par certaines ONG marocaines. Ces dernières, tout en se positionnant en tant que défenseurs des mères célibataires, contribuent à dépolitiser et désocialiser leur condition, à les remoraliser et paradoxalement à renforcer les discriminations dont elles sont victimes. Sur les mères célibataires au Maroc, une catégorie démographiquement de plus en plus importante mais non reconnue par les autorités, s'arrête aussi l'article d'Amel Bousbaa qui analyse les formes de violence policière, administrative et médicale auxquelles les femmes non mariées sont sujettes au sein des maternités publiques. Non seulement leur statut de mères célibataires n'est pas reconnu, les privant ainsi de formes de protection sociale spécifique, mais elles sont sujettes aux actions répressives et aux discours moralisateurs des professionnels de santé qui se posent en tant que gardiens de l'ordre social et moral tant au Maroc qu'en Tunisie comme on peut le noter dans les articles de Faten Msakni et Irène Maffi et Malika Affes. Ces articles ainsi que la contribution de Meryem Cheikh sur la répression de la prostitution à Tanger et l'application sélective des lois sur le contrôle de la sexualité en fonction de la classe sociale des femmes donnent à voir des sociétés caractérisées par le conservatisme social et religieux autoritaire où les agents de l'État – personnel médical, policiers, assistants sociaux – mais aussi parfois les membres des ONG, jouent le rôle d'entrepreneurs de la morale sanctionnant les différences socioéconomiques et renforçant les logiques de genre.

Des normes patriarcales très prégnantes chez les dominants et les dominés

Dans la plupart des contributions, la religion apparaît comme le pilier légitimant l'ordre social patriarcal, dans ses différentes déclinaisons, et le pouvoir étatique qui est garant de ce dernier. Dans son article, Sophie Bessis souligne la force de la religion dans le maintien des inégalités des sexes et du contrôle du corps et de la sexualité féminins, dans les pays à majorité musulmane comme dans d'autres contextes religieux, indiquant toutefois que la sécularisation n'est pas suffisante à garantir l'égalité.

Comme le montrent en particulier les articles d'Ibtissem Ben Dridi, Meryem Sellami et Atf Gherissi et Francine Tinsa, beaucoup de jeunes sont porteurs de conceptions très normatives de la sexualité dans lesquelles la virginité, la pureté sexuelle féminine, l'honneur familial qui en dépend, le mariage comme seul cadre légitime de la sexualité occupent une place centrale¹. La discipline du corps féminin et le modelage de la subjectivité féminine constituent des enjeux centraux des politiques étatiques, de l'éducation familiale et des pratiques

1. Pour une vision comparative de la santé sexuelle et reproductive des jeunes dans les pays arabes et en Iran, voir De Jong *et al.* 2005.

sociales visant à contrôler la sexualité des femmes (Bessis). Les réfections chirurgicales de l'hymen devenues part du trousseau de la mariée en Tunisie (Ben Dridi, 2017), les attaques contre son propre corps des adolescentes tunisiennes qui ont eu des rapports sexuels prémaritaux (Sellami), les silences et la honte entourant la sexualité des jeunes Tunisiens (Gherissi et Tinsa), ainsi que les campagnes policières visant à assurer le respect de la moralité au Maroc (Cheikh) montrent la prégnance de normes, modèles et disciplines bien présents dans les sociétés maghrébines contemporaines. Le modèle positif de la féminité s'incarne dans le respect des interdits sexuels, de l'honneur de la famille, du rôle d'épouse fidèle et de mère légitime qui procréé au sein du mariage, comme le montrent les articles déjà citées de Bousbaa et Capelli sur les mères célibataires au Maroc et la contribution de Msakni sur les difficultés d'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive des prostituées à Sfax. Dans les services de santé publics, ces dernières subissent des discriminations, des formes de violence physique et symbolique et font l'objet de discours moralisateurs en tant que mauvaises femmes et mauvaises mères. L'association que les professionnels de la santé font régulièrement entre prostituées et mères célibataires est révélatrice de la force du modèle patriarcal dominant qui assimile toute sexualité illicite à la « débauche » ou même à la prostitution.

L'article de Musso et Gouyon montre en filigrane que la masculinité est aussi définie de manière rigide, laissant peu de place à des subjectivités différentes en particulier dans le cas des homosexuels au Maroc.

Une certaine émancipation surtout réservée aux classes supérieures

Ces modèles de féminité et masculinité sont menacés par les transformations sociales et économiques des dernières décennies et suscitent des formes de résistance très fortes comme relevé par Cheikh qui constate que le changement de l'éthique sexuelle au Maroc a lieu dans une société où « les idéologies conservatrices » mènent « une lutte acharnée » pour s'imposer. Plusieurs articles (Boufraioua, Gherissi et Tinsa, Cheikh, Sellami) semblent indiquer que c'est surtout dans les couches sociales les plus pauvres et les moins instruites que les idéologies conservatrices s'affirment alors que les individus qui appartiennent aux classes sociales plus élevées manifestent une plus grande distance face aux normes et un degré de liberté plus important dans leurs comportements. Cette liberté semble être favorisée tant par l'accès privilégié à l'instruction supérieure que par un style de vie plus cosmopolite où la consommation de certains biens, l'industrie du divertissement, la possibilité de fréquenter certains lieux autorisent des comportements et des idées différents. La coexistence d'univers moraux divergents est reconnue et renforcée par les politiques étatiques, comme le montre Cheikh dans le cas des jeunes femmes de Tanger qui sortent la nuit contrôlées et réprimées par la police en fonction de leur appartenance socioéconomique. Les sociétés et les États maghrébins semblent ainsi faire preuve d'une morale et d'un contrôle sexuel « à géométrie variable » (Cheikh) qui changent en fonction du sexe des individus, de leur orientation sexuelle et de leur classe sociale.

Des logiques économiques déterminent en effet les marges de liberté dont jouit chaque individu dans ses comportements sexuels ainsi que la possibilité

de bénéficier des services sanitaires. Les femmes prostituées de Sfax (Msakni) et de Tanger (Cheikh), les mères célibataires marocaines (Bousbaa, Capelli), et les femmes marocaines décrites par Karim Zaouaq témoignent de l'impact crucial de l'économique sur l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive. L'article de Zaouaq montre qu'au Maroc les femmes pauvres, illettrées et vivant dans les zones rurales n'ont pas facilement accès aux services de santé sexuelle et reproductive avec des conséquences très importantes sur leur santé et celles de leurs enfants. De même l'article de Maffi et Affes montre les itinéraires thérapeutiques très difficiles des femmes tunisiennes qui, dépourvues des moyens pour s'adresser aux cliniques privées, sont contraintes de passer par plusieurs structures sanitaires avant de pouvoir obtenir une interruption de grossesse (voir aussi Hajri *et al.* 2015). Bref, toutes les catégories de femmes et d'hommes (Musso et Gouyon) qui ne respectent pas la norme hétérosexuelle et l'ordre patriarcal et qui sont dépourvues des ressources économiques et sociales pour les contourner sont marginalisées, discriminées, soumises à différentes formes de violence, bien que leur niveau d'instruction et leur lien avec des associations puissent avoir un impact positif sur leur situation.

Les changements économiques, l'émergence de nouveaux médias et l'accès généralisé à l'instruction ont aussi contribué à faire évoluer les comportements et les attitudes des jeunes générations. Leïla Boufraioua décrit la « banalisation des fréquentations amoureuses » et des rapports sexuels avant le mariage auprès des jeunes de Sidi Ifni dans le sud-ouest du Maroc. La diffusion de nouveaux modèles de socialisation entre filles et garçons, favorisés par des lieux de mixité qui échappent au contrôle familial, et le recul de l'âge au mariage au Maroc (26 ans pour les femmes, 31 pour les hommes) ainsi que dans les autres pays du Maghreb, ont aussi fait évoluer l'éducation au sein des familles, surtout des couches privilégiées, où une plus grande ouverture et tolérance semble émerger face à « l'éducation puritaine » ordinaire. Les expériences affectives et sexuelles des jeunes de Sidi Ifni s'inscrivent en outre dans la diffusion de l'idéal de l'amour romantique qui, bien que finalisé au mariage, transforme les imaginaires et les modèles des rapports entre hommes et femmes (Menin, 2015 ; Fortier, Kreil, Maffi, 2016).

Le rôle ambigu des ONG

L'existence d'association et d'ONG dans les pays du Maghreb et leur rôle dans la société nous permettent d'introduire des nuances au sein du paysage assez sombre que dessinent plusieurs articles de ce volume. Musso et Gouyon soulignent l'importance des associations qui permettent aux personnes homosexuelles de se rencontrer, de créer des lieux de socialisations -physiques ou virtuels-, voire de mener des luttes pour la reconnaissance des droits homosexuels. De même, Marc-Éric Gruénais souligne que l'Association pour la lutte contre les avortements clandestins (AMLAC) fondée par le Professeur Chafik Chraïbi a eu un impact important au Maroc où à partir des années 1990 un débat politique sur la loi criminalisant l'avortement a été alimenté surtout par la mobilisation de la société civile et les initiatives des associations locales. Les associations marocaines et tunisiennes ont permis également la création et la visibilisation de catégories d'acteurs dont les autorités étatiques nient ou ignorent l'existence telles les mères célibataires au Maroc qui, comme déjà

mentionné, sont exclues de la protection sociale et sanitaire en tant que groupe spécifique et fortement discriminées dans les structures sanitaires. Les femmes prostituées de Sfax qui adhèrent à l'Association tunisienne de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles et le sida (AML/MST sida) reçoivent également un soutien important de celle-ci, alors que l'État reste indifférent face à la violence et aux discriminations auxquelles elles sont sujettes (Msakni). Les associations n'offrent pas seulement un soutien matériel et psychologique aux catégories d'acteurs et actrices considérés comme déviants, mais contribuent, dans certains cas, à produire des changements dans les attitudes de leurs bénéficiaires, de leur entourage, voire même des autorités étatiques, comme illustré par Gruénais à propos des débats sur l'avortement au Maroc. Bousbaa remarque que les femmes célibataires de Casablanca qui accouchent dans les hôpitaux publics revendiquent plus facilement leur droit à recevoir un traitement respectueux de la part du personnel hospitalier, grâce notamment aux associations pour les mères célibataires auxquelles elles adhèrent². Leurs familles semblent aussi plus disponibles à leur « pardonner » et à ne pas les éloigner des privant de tout soutien moral et financier une fois qu'elles mettent au monde leur enfant.

L'impact des technologies biomédicales sur les discours et les pratiques

Parmi les facteurs qui ont contribué à transformer le rapport à la sexualité dans les pays du Maghreb, il faut mentionner la disponibilité et la marchandisation des technologies biomédicales. D'une part les techniques de réfection de l'hymen ou la mise sur le marché d'hymens artificiels permettent aux femmes de passer par un processus de « revirgination » avant le mariage (Ben Dridi) tant au niveau corporel que moral, sans pour autant renoncer à des rituels thérapeutiques plus anciens comme les vomissements ou les scarifications (Selami). D'autre part, la création de services de santé sexuelle et reproductive de la part de l'État et d'associations et ONG locales pour les personnes non mariées (Gherissi et Tinsa, Maffi et Affes, Msakni), ainsi que pour les mères célibataires (Bousbaa et Capelli) et pour les prostituées et les personnes malades de sida ou infectées par le VIH (Msakni, Musso et Gouyon) permettent à des groupes autrefois exclus d'accéder à des soins médicaux fondamentaux. La disponibilité des technologies biomédicales anticonceptionnelles a modifié la manière de penser la responsabilité contraceptive et face aux maladies sexuellement transmissibles qui est devenue exclusivement féminine. Si certains courants féministes euro-américains ont interprété cette évolution comme une réassignation des femmes au travail reproductif (Granzow, 2007 ; Ventola, 2014, 2016), dans le contexte maghrébin l'interprétation des actrices locales est différente. Ici, la féminisation de la responsabilité contraceptive est perçue par beaucoup de femmes comme un acquis, dans la mesure où elle leur confère la possibilité de prendre des décisions autonomes dans leur vie reproductive. Le réinves-

2. Les violences symboliques et physiques auxquelles sont soumises les femmes célibataires dans les maternités et les cliniques de santé sexuelles et reproductive sont documentées au Maroc par Bousbaa (dans ce volume), en Tunisie par Amroussia *et al.* (2017) et Maffi (2017).

tissement de ce territoire par les hommes dans un contexte social fortement patriarcal risquerait de réduire la liberté des femmes. Seuls des changements socioculturels profonds modifiant les régimes de genre en place pourraient permettre la réinscription des hommes dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive pour que leur responsabilisation soit un partage de décision et non une réappropriation. Les témoignages des jeunes tunisiens analysés par Gherissi et Tinsa rendent compte de cette transformation qui montre chez les femmes une intériorisation de la responsabilité des conséquences de l'acte sexuel et donc aussi du blâme dérivant d'une grossesse non voulue ou d'une maladie d'origine sexuelle comme dans d'autres contextes culturels.

Notons à ce propos que si les technologies biomédicales appliquées à la sexualité ont été initialement promues par les États indépendants pour contrôler la croissance démographique sous forme de moyens de contraception, elles se sont diversifiées et incluent aujourd'hui, outre les techniques de réfection de l'hymen déjà citées, de nouveaux domaines tels la procréation médicalement assistée. La plupart de ces technologies ont été acceptées et promues par des institutions islamiques importantes, comme le rappelle Ben Dridi dans son article. Elle note que l'Organisation islamique pour les sciences médicales d'abord et d'autres autorités comme la rectrice de la Faculté des études islamiques d'Al-Azhar plus tard justifient le recours à la réfection de l'hymen au nom de différents principes islamiques qui favorisent le bien commun et la réinsertion sociale des femmes qui se sont éloignées de la norme.

Bien que le discours des autorités islamiques, comme celui des ONG marocaines pour les mères célibataires, ouvre quelques minimes brèches dans l'ordre moral dominant, il ne se base pas sur les droits sexuels et reproductifs des individus. Ces ouvertures n'infirmes pas les principes moraux fondamentaux, mais composent avec les pratiques des sujets, qui deviennent nommées et moins stigmatisées, même si elles demeurent réprouvées. En outre, si ces prises de positions d'autorités islamiques reconnues sur les technologies médicales³ montrent l'existence d'opinions différentes au sein de l'islam sunnite, elles n'abordent que les aspects liés à la reproduction comme la procréation médicalement assistée. La sexualité et l'autonomie des femmes dans la gestion de leur vie reproductive restent impensées, sont niées et souvent réduites aux opinions exprimées par des mouvements ou partis islamistes particuliers faisant référence à des interprétations extrêmes. Nous pensons notamment à la tentative de Najiba Berioul, députée d'Ennahdha en Tunisie, de criminaliser l'avortement en évoquant le droit du fœtus de venir au monde (2013) ou aux affirmations de Habib Ellouz, représentant du même parti, en faveur de l'excision des femmes (2012).

Les groupes à la fois niés et discriminés

Les changements politiques, sociaux, culturels, technologiques mentionnés montrent l'ampleur des mutations en cours dans les sociétés du Maghreb et les résistances qu'elles suscitent. Le corps des femmes, leur liberté d'en disposer, la reconnaissance de leur désir, l'acceptation de leur autonomie individuelle

3. Sur ces sujets voir : Inhorn & Tremayne, 2012 ; Fortier, 2013.

restent des enjeux de société que les questions liées à la santé sexuelle et reproductive mettent au premier plan. Les dissonances et les contradictions qui traversent les sociétés analysées dans ce volume s'incarnent dans plusieurs figures : les femmes célibataires qui ont accès aux « cliniques amies des jeunes » en Tunisie mais qui sont stigmatisées et soumises à des discours moralisateurs par le personnel ; les femmes célibataires qui accouchent dans les hôpitaux publics au Maroc ; les femmes prostituées reconnues par l'État tunisien qui sont soumises à une police morale et sanitaire, mais qui ont difficilement accès aux services de santé sexuelle et reproductive quand elles en ont besoin. Les États ne sont pas les seuls à avoir un discours et des politiques ambivalentes car les ONG marocaines qui aident les mères célibataires ont aussi des positionnements ambigus. Elles ne reconnaissent pas la sexualité prémaritale et la maternité en dehors du mariage de leurs bénéficiaires sinon comme des erreurs commises par les femmes trompées par les hommes. Si elles veulent bénéficier de l'aide des associations, les mères célibataires doivent se réinscrire dans les normes dominantes évitant des comportements transgressifs. Leurs conditions économiques précaires, leur statut de fragilité sociale et l'ambiguïté des relations intimes dans lesquelles elles sont prises sont aplatis, effacés, dépolitisés et réduits à une question morale. Leur sexualité est réinscrite dans les normes du contrôle social allant ainsi à l'encontre de la conception de la sexualité comme une activité individuelle, librement choisie et pratiquée. Prostituées, mères célibataires, femmes ayant une sexualité en dehors du mariage, homosexuels, ne sont pas pensés et traités comme des sujets autonomes libres de faire des choix individuels dans leur vie intime. Leurs droits sexuels et reproductifs ne sont pas appliqués ou sont appliqués de manière sélective et restrictive même par les acteurs étatiques et non étatiques qui déclarent y adhérer. Par exemple, dans la Tunisie postrévolutionnaire qui pourtant a pris plusieurs initiatives pour renforcer les droits des femmes à travers la nouvelle constitution (2014), la nouvelle loi sur la violence contre les femmes (2017), la loi sur le mariage des femmes tunisiennes avec un non-musulman (2017), les femmes peinent à faire respecter leurs droits sexuels et reproductifs (Hajri *et al.*, 2015 ; Amroussia *et al.*, 2016). En Tunisie comme au Maroc, malgré les changements en cours, les notions de santé et droits sexuels et reproductifs sont en contradiction avec l'ordre social en place et les logiques du pouvoir politique. Les femmes « qui sortent » à Tanger montrent une conscience aiguë de la nature illusoire du « dialect des droits » (Abu Lughod, 2009) et de son application sélective en affirmant ne pas y croire, car elles ne sont pas des « idiots » (Cheikh).

La religion est évoquée régulièrement dans les deux pays comme rempart contre le changement pour légitimer le maintien de systèmes dominés par des logiques patriarcales et hétéronormatives qui s'entrelacent avec la hiérarchie de classe. Les contradictions entre les lois, les politiques et les services de santé d'une part, les pratiques, les discours et les normes sociales d'autre part sont flagrantes. Les actrices et acteurs dont il est question dans la plupart des articles de ce volume ne se conforment pas à la morale dominante, ne peuvent pas être nommés par les autorités et ont des identités modelées et remodelées par la société ou l'État qu'ils intériorisent, souvent malgré eux, et qui leur provoquent des souffrances morales et somatiques.

Les professionnels de la santé entre domination et résistance

Si la plupart des articles se penchent sur les catégories des acteurs discriminés, dont la grande majorité sont des femmes pauvres, peu instruites et non mariées, les professionnels de la santé sont peu présents, malgré leur rôle fondamental dans le domaine de la santé et des droits sexuels et reproductifs. Il nous semble intéressant de leur consacrer quelques réflexions avant de conclure à partir des fragments d'analyse contenus dans les contributions à ce volume. Dans son article, Ben Dridi cite les témoignages de plusieurs gynécologues qui travaillent dans le secteur privé en Tunisie pour montrer les contradictions qu'ils vivent lorsqu'il s'agit de pratiquer « les chirurgies de l'intime ». Prisonniers eux aussi des codes sociaux dominants, ils sont conscients de l'importance de leur intervention afin de permettre aux femmes « ayant fauté » de se réintégrer dans la société et en même temps supportent mal de devoir mentir. Un groupe de médecins interrogés par Ben Dridi exprime tout de même sa satisfaction à l'idée de pouvoir contourner l'ordre social « machiste » comme dans le cas de cette gynécologue qui observe amusée un homme barbu qui « croyait avoir dégoté la *perle rare* » alors que sa femme avait subi plusieurs hyménorrhaphies.

L'article de Maffi et Affes est construit autour de l'expérience d'une sage-femme tunisienne qui offre des services de santé sexuelle et reproductive et qui est engagée pour le respect des droits des femmes dans sa pratique professionnelle et au sein d'associations locales, comme le Groupe Tawhida Ben Cheikh. Elle décrit sa trajectoire professionnelle et personnelle et les difficultés quotidiennes qu'elle rencontre à cause de l'organisation des soins et des effets de la révolution de 2011 sur les pratiques et les attitudes de ses collègues travaillant dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive. Malika Affes, comme le Professeur Chraïbi et la Professeure Hakima Himmich, fondatrice de l'Association de lutte contre le sida (ALCS) au Maroc, pour n'en citer que quelques-uns, démontrent l'existence de professionnels de la santé investis dans leur travail et œuvrant pour l'application des droits sexuels et reproductifs dans leur société.

Dans leurs articles, Bousbaa et Msakni citent à l'inverse des professionnels de la santé pour illustrer les attitudes de celles et ceux qui opposent une résistance à l'application des droits de santé sexuelle et reproductive, se positionnant en tant que défenseurs de l'ordre constitué et donc perpétuant les discriminations et la moralisation des sujets déviants.

Enfin, nous avons donné la parole à Dalila Alaoui, une artiste plasticienne et écrivaine, dont une peinture illustre la couverture de ce numéro, *Ceci est ma ville*, qui nous paraît représenter la situation des femmes dans l'espace privé et l'espace public, et l'imbrication de ces deux espaces. On retrouve dans l'œuvre si poétique de Dalila Alaoui, dont nous avons choisi deux autres peintures, à la fois le poids de la domination sur les femmes et leur refus silencieux et obstiné de ce destin, fut-il paré de somptueux bijoux et vêtements.

Quelques absents significatifs

Pour conclure, nous aimerions reconnaître quelques limites de ce volume qui sont d'abord des limites géographiques puisqu'aucune contribution n'aborde la situation de la santé et des droits sexuels et reproductifs en Algérie et en

Lybie. Si les articles portent seulement sur le Maroc et la Tunisie, ils donnent toutefois à voir la complexité de ces deux sociétés et permettent de les analyser à partir des perspectives de différentes catégories d'acteurs.

En deuxième lieu, un seul article (Musso et Gouyon) aborde le thème de l'homosexualité (masculine) alors que les femmes homosexuelles, les personnes trans et queer ne sont pas prises en compte. Cette absence est significative et montre le développement encore très modeste des études sur ces catégories d'acteurs au sein des sciences sociales qui s'intéressent aux sociétés maghrébines⁴. De même, le thème du VIH/sida est peu abordé dans ce volume ainsi que dans les études sur cette région alors qu'il y a un corpus de travaux foisonnant sur les pays de l'Afrique subsaharienne. Les différents pourcentages de personnes infectées ou malades en Afrique du nord et dans les pays subsahariens expliquent cet écart, mais les dynamiques de la diffusion de la maladie au Maghreb révèlent de spécificités qu'il serait intéressant de creuser (Musso et Gouyon).

Enfin, la perspective des hommes ordinaires sur la santé sexuelle et reproductive est peu présente dans les articles du volume : seules Boufraioua, Sellami, Gherissi et Tinsa et Musso et Gouyon leur donnent la parole pour les faire parler des relations amoureuses, de la sexualité prémaritale, du corps des femmes, des services de santé sexuelle et reproductive et de leur expérience de l'homosexualité. Aucun article n'est entièrement consacré aux expériences masculines de la sexualité et de la reproduction révélant une tendance plus générale de la littérature sur ces questions qui les aborde dans la plupart des cas à partir d'une perspective féminine. S'il est clair que l'implication des femmes dans la reproduction est plus importante que celle des hommes et que le contrôle social et politique sur leur sexualité n'est pas comparable à celui sur les hommes, il serait intéressant que plus de travaux s'y consacrent en suivant l'exemple de Marcia Inhorn dans son *The New Arab Man : Emergent masculinities, technologies and Islam in the Middle East* (2012).

Bibliographie

- ABU LUGHOD Lila, 2009, « Dialects of women's empowerment : the international circuitry of the Arab Human Development Report », *Health and Human Rights*, Vol. 41 n° 1, p. 83-103.
- ALI Kamran A., 2002, *Planning the Family in Egypt. New bodies, new selves*, Austin, Texas University Press.

4. À ce propos voir l'article de Musso et Gouyon dans ce volume ; le numéro 6 de *L'Année du Maghreb* (2010) consacré au thème « Sexe et sexualité au Maghreb : essais d'ethnographies contemporaines » et plus particulièrement l'article de Valérie Beaumont ; les travaux de Rebutini (2011, 2013) sur les hommes homosexuels au Maroc ; l'ouvrage dirigé par Monia Lachheb *Être homosexuel au Maghreb* (2016) ; l'article de Ncube Gibson sur le destin des personnes LGBT au Maghreb après les révoltes arabes (2017). Pour des approches à ces thèmes à travers la littérature et les arts, voir : l'ouvrage dirigé par Gronemann et Pasquier (2013) qui aborde « masculinités, critique *queer* et espace du féminin/masculin » au Maghreb, l'ouvrage de Jarod Hayes sur les sexualités marginales au Maghreb et celui de Jean Zaganiaris (2013) sur les identités *queer* au Maroc.

ASSOCIATION TUNISIENNE DES FEMMES DÉMOCRATES, 2013, *Le droit à l'avortement en Tunisie -1973 à 2013*, Tunis, Oxfam and World Social Forum.

AMROUSSIA Nada, HERNANDEZ Alison, GOICOLEA Isabel, 2016, « Reproductive Health Policy in Tunisia. Women's rights to reproductive health and gender empowerment », *Health and Human Rights*, Vol. 18 n° 2, p. 183-194.

AMROUSSIA Nada, HERNANDEZ Alison, VIVES-CASES Carmen, GOICOLEA Isabel, 2017, « Is the doctor God to punish me? An intersectional examination of disrespectful and abusive care during childbirth against single mothers in Tunisia », *Reproductive Health*, Vol. 14 no 32, <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0290-9>

DE JONG Jocelyn, JAWAD Rana, MONTAGY Iman, SHEPHARD Bonnie, 2005, « The sexual and reproductive health of young people in the Arab countries and Iran », *Reproductive Health Matters*, Vol. 13 n° 25, p. 49-59.

BEN DRIDI Ibtissem, 2017, « Chirurgies de l'intime et illusionnistes de vertu : de la souillure à la purification des corps », in Corinne FORTIER et Safaa MONQID (dir.), *Corps des femmes et espaces genrés arabo-musulmans*, Paris, Karthala, p. 151-166.

ERCEVIK AMADO Liz, 2004, « Sexual and bodily rights as human rights in the Middle East and North Africa », *Reproductive Health Matters*, Vol. 12 n° 23, p. 125-128.

FORTIER Corinne, KREIL Aymon, MAFFI Irene, 2016, « The Trouble of Love in the Arab World. Romance, Marriage, and the Shaping of Intimate Lives », *The Arab Studies Journal*, Vol. 24 n° 2, p. 96-101.

FORTIER Corinne, 2013, « Genre, sexualité et techniques reproductives en Islam », in Florence ROCHEFORT, Maria Eleonora SANNA (dir.), *Normes religieuses et genre. Mutations, résistances et reconfiguration XIX^e et XX^e siècle*, Paris, Armand Colin, p. 173-188.

GIAMI Alain, 2002, « Sexual health : the emergence, development, and diversity of a concept », *Annual Review of Sex Research*, Vol. 13 n° 1, p. 1-35.

GIBSON Ncube, 2017, « Winter Still for LGBT Individuals in the Maghreb after the Arab Spring ? », in Daniel KRIZEK, Jan ZAHORIK, (dir.), *Beyond The Arab Spring in North Africa*, Lanham, Lexington Books, p. 67-82.

GRANZOW Kara, 2007, « De-constructing 'choice' : The social imperative and women's use the birth control pill », *Culture, Health & Sexuality*, Vol. 9, n° 1, p. 43-54.

GRONEMANN Claudia, PASQUIER Wilfried, (dir.), 2013, *Scènes des genres au Maghreb. Masculinités, critique queer et espaces du féminin/masculin*, Amsterdam et New York, Rodopi.

HAJRI Selma, RAIFMAN Sarah, GERDTS Caitlin, BAUM Sarah, GREENE FOSTER Diana, 2015, « This is real misery. Effects of being denied legal abortion on women's lives in Tunisia », *PLoS ONE*, vol. 10 n° 2, e0145338. doi:10.1371/journal.pone.0145338

HAYES Jarod, 2000, *Queer Nations: Marginal Sexualities in the Maghreb*, Chicago, Chicago University Press.

- INHORN Marcia, TREMAYNE Soraya, (dir.), 2012, *Islam and Assisted Reproductive Technologies. Sunni and Shia perspectives*, New York, Berghahn Books.
- INHORN Marcia, 2012, *The New Arab Man : Emergent masculinities, technologies and Islam in the Middle East*, Princeton, Princeton University Press.
- LACCHEB Monia, (dir.), 2013, *Être homosexuels au Maghreb*, Paris, Karthala.
- LOTTES Ilsa, 2000, « New perspectives on sexual health », in Ilsa LOTTES, Osmo KONTULA (dir.), *New Views on Sexual Health. The case of Finland*, Helsinki, The Population Research Institute, The Family Federation of Finland, p. 7-28.
- MAFFI Irene, 2017, « Abortion in Tunisia after the revolution: bringing a new morality into the old order », special issue *Re-situating Abortion: Bio-politics, Global Health and Rights in Neo-liberal Times*, *Global Health Journal*. <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17441692.2017.1284879>.
- MENIN Laura, 2015, « The impasse of modernity: personal agency, divine destiny, and the unpredictability of intimate relationships in Morocco », *Journal of the Royal Anthropological Institute*, Vo. 21 n° 4, p. 892-910.
- OBERMAYER-MAKHLOUF Carla, 1993, « Culture, maternal health care, and women's status: A comparison of Morocco and Tunisia », *Studies in Family Planning*, n. 24 n° 6, p. 354-365.
- OBERMAYER-MAKHLOUF Carla, 1994, « Reproductive Choice in Islam: Gender and State in Iran and Tunisia », *Studies in Family Planning*, n. 25 n° 1, p. 41-51.
- OBERMAYER-MAKHLOUF Carla, 1999, « The cultural context of reproductive health: implications for monitoring the Cairo Agenda », *International Family Planning Perspectives*, n. 25 Supplement, p. S50-S55.
- PIGG Stacy, ADAMS Vincanne, (dir.), 2005, *Sex in Development. Sex, sexuality and morality in global perspective*, Durham NC, Duke University Press.
- REBUCINI Gianfranco, 2011, « Lieux de l'homoérotisme et de l'homosexualité masculine à Marrakech », *L'Espace Politique*, 13 (1), <http://espacepolitique.revues.org/1830>.
- REBUCINI Gianfranco, 2013, « Masculinités hégémoniques et « sexualités » entre hommes au Maroc », *Cahiers d'études africaines*, 209-2010, p. 387-415, <http://etudesaficaines.revues.org/17367>
- VENTOLA Cécile, 2014, « Prescrire un contraceptif : le rôle de l'institution médicale dans la construction de catégorisations sexuées », *Genre, sexualité & société*, n° 12, <http://gss.revues.org/3215>
- VENTOLA Cécile, 2016, « Le genre de la contraception : représentations et pratiques des prescripteurs en France et en Angleterre », *Cahiers du Genre*, n° 60, p. 101-22.
- ZAGANIARIS Jean, 2013, *Queer Maroc. Sexualités, genres et (trans)identités dans la littérature marocaine*, Ajaccio, Éditions des ailes sur un tracteur.

