



Soigner sa sexualité. Expérience des difficultés sexuelles et recours à la sexologie

David Michels

► **To cite this version:**

David Michels. Soigner sa sexualité. Expérience des difficultés sexuelles et recours à la sexologie. Anthropologie sociale et ethnologie. Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS), 2013. Français. <tel-00856538>

HAL Id: tel-00856538

<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00856538>

Submitted on 1 Sep 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES EN SCIENCES SOCIALES
École doctorale Temps, Espaces, Sociétés, Cultures (ED 327)
Laboratoire interdisciplinaire Solidarités, Sociétés, Territoires (UMR 5193)

Doctorat

Anthropologie sociale et historique

David MICHELS

Soigner sa sexualité

Expérience des difficultés sexuelles et recours à la sexologie

Thèse dirigée par Mme Agnès FINE, directrice d'études

Soutenue publiquement le 10/04/2013

Jury :

M. Michel Bozon, directeur de recherche, INED

Mme Sylvie Chaperon, professeure, Université Toulouse II – Le Mirail

Mme Agnès Fine, directrice d'études, EHESS

M. Alain Giami, directeur de recherche, INSERM

Mme Laurence Hérault, maîtresse de conférences (HDR), Université Aix-Marseille

à Kaddour

Remerciements

à Agnès Fine, ma directrice de thèse, qui m'a suivi tout au long de mon parcours chaotique d'apprenti-chercheur. Qu'elle reçoive ici toute ma gratitude.

à Jérôme Courduriès, sans l'aide et le soutien de qui je n'aurais jamais terminé ce travail. Merci pour son optimisme à toute épreuve, sa générosité. Ma dette est immense.

à Sandrine Halfen, pour nos très (trop) longues discussions téléphoniques et pour la relecture complète du manuscrit.

à Alain Giami qui m'a fait profiter de ses contacts et qui a facilité mon entrée sur le terrain. Merci pour l'intérêt qu'il a toujours porté à mon travail.

à Alain Corman, Isabelle Chaffaï et Nancy Bourdoncle pour m'avoir aidé à entrer en contact avec des patients.

à tous les hommes et les femmes qui ont accepté de me rencontrer et de me livrer une part de leur intimité me permettant ainsi de réunir la matière principale de ce travail.

à Jean-Pierre Albert auprès de qui je suis allé, trop fréquemment sûrement, chercher des conseils et du soutien.

à Dominique Blanc, pour son soutien administratif mais surtout amical.

à Marlène Albert-Llorca, pour nos nombreux échanges sur l'enseignement et l'université.

à Brigitte Cousin, pour tous les petits services rendus.

à Sylvie Chaperon, avec qui j'ai organisé la journée « Genre, sexualité et santé » en 2003 à l'Université de Toulouse et qui m'a invité à faire un article pour *Clio* à partir de mon travail sur de jeunes anarchistes gays.

à Michel Bozon et Alain Giami qui ont permis que mon travail soit discuté devant le Réseau Thématique « Recherches en sciences sociales sur la sexualité » de l'Association Française de Sociologie en 2004, 2005 et 2011.

à Agnès Martial et à Irène Théry, pour m'avoir intégré aux programmes de l'Ehess « La dimension sexuée de la vie sociale » et « Genre et sciences sociales » entre 2005 et 2009 et m'avoir permis d'y présenter mon travail en 2006.

à Béatrice Fraenkel, qui m'a tout appris de l'anthropologie de l'écriture et qui m'a invité à exposer mon travail sur le changement de la mention de sexe à l'état civil lors de la journée sur « L'injonction autobiographique » en 2004 à Carcassonne au GARAE et lors de celle sur l'« Anthropologie de l'écriture » en 2009 à Paris à l'Ehess.

à Laurence Hérault qui m'a invité à présenter mon travail sur les transsexuels lors de la journée « Les expériences transgenres et leur narration » en 2005 à la Maison Méditerranéenne des Sciences de l'Homme.

à Marc Bessin qui, en m'embauchant comme coordinateur du Réseau des Jeunes Chercheurs Santé et Société, a permis que je trouve les conditions matérielles et financières nécessaires à la finalisation de cette thèse.

à Sandrine Fournier, pour tous nos échanges tout au long de ces longues années d'amitié, pour nos intérêts communs concernant la lutte contre le VIH et pour m'avoir offert un espace de travail chez elle quand j'en ai eu besoin.

à Flavio Tarnovski, pour les bières en terrasse du Quinquina à Toulouse, pour nos échanges sur l'anthropologie, et pour la lecture d'un chapitre de cette thèse.

à François Masure †, pour les bières et nos longs débats politiques et scientifiques. Il part trop tôt.

à Florian Voros pour les clopes fumées à la MSH-PN, pour le bout de chapitre qu'il a bien voulu lire.

à Gabriel Girard, Pauline Delage, Fanny Chabrol, pour leurs témoignages d'amitié et leurs encouragements.

à tou-te-s mes autres ami-e-s que je ne peux tous citer mais qui savent ce que je leur dois.

à mes parents, Monique et Oswald et à mes trois sœurs, Paula, Sarah et Esther pour leur soutien indéfectible.

Enfin, à Kaddour pour son soutien, sa patience, son amour et pour la vie.

Table des matières

Introduction	11
1. Le parcours d'enquête	13
1.1. Un non-professionnel face à des professionnels	17
1.1.1. L'« affaire Tordjman » et un numéro du <i>Point</i>	18
1.1.2. S'entretenir avec les professionnels : un rapport inégalitaire	20
1.1.3. L'observation des consultations : analyse d'un refus	22
1.1.4. Colloques et congrès : au cœur de l'arène sexologique	24
1.2. Recueillir des cas de recours	25
1.2.1. Mettre en place un dispositif de recrutement	25
1.2.1.1. Présentation du dispositif	26
1.2.1.2. Efficacité du dispositif	26
1.2.1.3. La question de la représentativité	28
1.2.2. Les entretiens avec les patients : posture ethnologique, posture clinique	28
1.2.2.1. Une politique des entretiens : « ce qui vient »	30
1.2.2.2. Le cadre incertain des entretiens	30
1.2.2.3. L'entretien de recherche face à la demande thérapeutique	32
1.2.2.4. De l'influence de la situation personnelle du chercheur	34
1.2.2.5. L'entretien comme épreuve morale	35
1.2.2.6. Une « fenêtre de parole » réduite	37
1.2.3. Profil sociologique de la clientèle des sexologues	38
1.2.3.1. Sexe, situation conjugale et âge	39
1.2.3.2. Appartenance socioprofessionnelle	43
1.2.4. Présentation synthétique des situations étudiées	45
2. Problématique et annonce du plan	46
Le déplacement de la problématique	46
Le recours à la sexologie : un point d'observation privilégié de la sexualité contemporaine	48
Présentation du plan	53

Première partie : Contexte(s)	55
<i>Chapitre 1 Subjectivité sexuelle, normes, médecine : un détour historique</i>	<i>57</i>
1.1. La problématisation médicale de la sexualité	58
1.1.1. Le développement de la médecine au 18 ^{ième} siècle	58
1.1.2. Le petit masturbateur	61
1.1.3. Dire et faire dire la sexualité	63
1.1.4. De la psychopathologie sexuelle à la <i>personnalité</i>	65
1.2 Evolutions des normes	69
1.2.1. Optimisme sexuel et droit à la sexualité	69
1.2.2. Autoréflexivité et individualisation	72
1.3 Conjugalité et hétérosexualité	73
1.3.1. L'invention de l'hétérosexualité	73
1.3.2. Sexualité et conjugalité	75
<i>Chapitre 2 Le champ thérapeutique</i>	<i>77</i>
2.1. Histoire de la sexologie en France	77
2.1.1. Historiographie	77
2.1.2. Les trois origines de la sexologie française	79
2.1.2.1. L'hygiène conjugale	80
2.1.2.2. La psychopathologie sexuelle	83
2.1.2.3. Militantisme, néo-malthusianisme, eugénisme	84
2.1.3. Emergence et développement de la sexologie contemporaine	86
2.1.3.1. Des années 1940 aux années 1960	86
2.1.3.2. Le renouveau de la discipline dans les années 1970	87
2.1.3.3. Une discipline attaquée	89
2.1.3.4. Professionnalisation, institutionnalisation	91
2.2. Situation actuelle du champ des thérapies sexuelles	92
2.2.1. Sexologue ? Profil sociologique et formation	92
2.2.2. Objet de la sexologie et marché des thérapies	96
2.2.2.1. Les travaux d'André Béjin	96
2.2.2.2. L'objet de la sexologie	99
2.2.2.3. Sexologie, psychanalyse, approches et objectifs thérapeutiques	100
2.2.2.4. La sexologie dans le champ des thérapies sexuelles et conjugales	102
2.3. La construction sociale des troubles sexuels	103
2.3.1. La « médicalisation de la sexualité » ?	104
3.3.1.1. Le concept de « médicalisation »	106
3.3.1.2. Médicalisation et théories constructionnistes	109
2.3.2. La médicalisation des difficultés sexuelles	111

2.3.2.1. Physiologie de la sexualité : le modèle de Master et Johnson	112
2.3.2.2. Les classifications internationales	113
2.2.2.3. Impuissance et dysfonction érectile	118
2.2.2.4. Frigidité et désir sexuel hypoactif	122
Deuxième partie : Les itinéraires thérapeutiques	125
<i>Chapitre 3 L'identification du trouble sexuel</i>	<i>127</i>
3.1. Du signe corporel au « trouble sexuel »	132
3.1.1. Difficultés masculines	133
3.1.1.1. De la « panne » au trouble sexuel	133
3.1.1.2. « Basculement » dans le trouble sexuel	138
3.1.1.3. La prise en considération progressive des difficultés d'érection	141
3.1.1.4. Des difficultés d'érection qui « ne comptent pas » à celles qui « comptent »	142
3.1.2. Difficultés féminines	144
3.1.3. Du corps, des symptômes et de leur dimension sociale	145
3.1.3.1. Des signes corporels peu communs mais identifiés : la socialisation des symptômes	147
3.1.3.2. Confirmation sociale du signe corporel	150
3.2. L'identification du trouble sans signe corporel	152
3.2.1. L'identification des défaillances du désir en situation conjugale	152
3.2.1.1. Audrey : un diagnostic validé et confirmé par le conjoint	152
3.2.1.2. Le diagnostic de Guillaume, le problème de Stéphanie	157
3.2.1.3. Conflit et imposition du diagnostic: Christine	159
3.2.1.4. Un couple d'hommes : Mickaël et Stéphane	161
3.2.2. Inadéquation conjugale	164
3.2.3. Du <i>self-labeling</i> et du rôle d'« entrepreneur de morale »	164
3.2.3.1. Du <i>self-labeling</i>	166
3.2.3.2. Le conjoint comme « entrepreneur de morale »	167
3.3. Le trouble sexuel comme trouble originel	170
3.4. Types d'interprétation, désaccords, genre	176
3.4.1. Des interprétations et du cadre d'interprétation	176
3.4.1.1. Interprétation et genre I	180
3.4.2. Débats conjugaux et conflit de définition	181
3.4.2.1 Interprétation et genre II	184

<i>Chapitre 4 De la recherche de solutions à la consultation</i>	187
4.1. Avant d'aller consulter	188
4.1.1. Recours à une aide profane	188
4.1.1.1. En parler ?	188
4.1.1.2. Faire comme si	189
4.1.1.3. Comment et à qui ?	190
4.1.1.4. Conseils profanes et itinéraires thérapeutiques	196
4.1.2. Utiliser les ressources d'information disponibles ?	198
4.1.3. Des solutions « maison » ?	199
4.1.3.1. Essais de ré-érotisation	199
4.1.3.2. Essais de rationalisation	201
4.2. Parcours type vers la sexologie	203
4.2.1. Être « adressé » chez un sexologue	204
4.2.2. Recourir directement à un sexologue	207
4.2.2.1. Le sexologue comme premier recours	208
4.2.2.2. Le sexologue comme nouveau recours	211
Quête et errance thérapeutique	211
Evolution de l'autodiagnostic	213
Troisième partie : Troubles sexuels et genre	215
<i>Chapitre 5 Troubles sexuels, conjugalité et identité féminine</i>	217
5.1. Une logique conjugale de consultation	218
5.1.1. Consulter pour prévenir et/ou gérer les difficultés conjugales	219
5.1.1.1. Demandes masculines et déséquilibres des échanges sexuels	220
5.1.1.2. Risque d'infidélité et besoin sexuel masculin	225
5.1.1.3. Normes, représentations et conduites personnelles	228
Réciprocité, idéal égalitaire et sexualité « obligatoire »	230
Fidélité et besoin sexuel masculin	231
La référence aux modèles proposés par leurs parents	235
5.1.2. Démarche de consultation et projet conjugal	238
5.1.2.1. Consultation et construction du couple	238
C'est le bon !	238
Mettre toutes les chances de son côté : Fanny	243
5.1.2.2. Consultation et gestion de l'« espace » conjugal	244
5.2. Rapport à la sexualité et construction identitaire	246
5.2.1. Sexualité, statut de conjoint	248
5.2.2. Initiative en matière sexuelle et identité féminine	251

5.2.3. Sexualité, identité(s)	255
5.2.3.1. Tensions identitaires et « états de femme »	255
5.2.3.2. L'interaction sexologique, révélateur et opérateur de changement des états de femme ?	258
Ouverture des possibilités, autonomie et désencastrement de la sexualité	258
Indépendance vs sexualité	261
<i>Chapitre 6 Troubles sexuels et (in)certitudes masculines</i>	<i>265</i>
6.1. Troubles sexuels, rupture biographique et vieillissement	267
6.1.1. Une simple logique sanitaire ?	267
6.1.1.1. La mise en avant du trouble	267
6.1.1.2. Existence et masculinité	269
6.1.2. Âge, vieillissement, évolution du statut professionnel et social	274
6.1.2.1. Peur(s) de vieillir	276
6.1.2.2. Maladie et rupture biographique	282
6.1.2.3. Âge, vieillissement, sexualité, et travail identitaire	291
6.2. Troubles sexuels et fragilité(s) masculine(s)	294
6.2.1. Une vie passée à « s'endurcir »	295
6.2.2. Recours masculin et orientation conjugale de la sexualité	298
6.2.3. Les ratés de l'apprentissage	301
6.2.4. Dépression, anxiété, phobie	305
6.2.5. Entrée tardive dans la sexualité, homosexualité et fragilités masculines	311
Conclusion	315
Bibliographie	325
Résumé	356
Mots-clés	356

Introduction

On voit que, d'après les réponses des personnes interrogées, la fréquence maximale des dysfonctions sexuelles survenant souvent est de 11% (absence d'orgasme chez les femmes). On peut noter que plus de 40% des femmes déclarent avoir, au moins de temps en temps, une absence ou une insuffisance de désir. Les hommes, quant à eux, sont prêts à reconnaître notamment des « éjaculations précoces » (souvent + parfois : 37%), ou des absences d'érections (souvent + parfois : 19%). C'est, d'un certain point de vue, beaucoup (comme vivier potentiel pour les sexologues et autres orgasmothérapeutes par exemple). Mais l'on pourrait également dire qu'une nette majorité des personnes interrogées déclarent ne pas être affectées par des dysfonctions à la fois fréquentes et contraires à l'épanouissement de leur sexualité.

André Béjin¹

Les liens entre difficultés de la fonction sexuelle et recours à un professionnel de santé apparaissent par ailleurs complexes. Hommes et femmes consultent peu lorsqu'ils rencontrent des difficultés dans leur vie sexuelle, moins de 5% lors d'une difficulté qui survient de manière isolée (...) Les rapports sexuels douloureux chez les femmes (13% d'entre elles) et les difficultés d'érection chez les hommes (9% d'entre eux) sont les troubles les plus associés à une consultation. C'est bien le cumul de plusieurs types de difficultés qui semble motiver une consultation chez un professionnel de santé. Ainsi 18% des hommes et 21% des femmes qui cumulent souvent ou parfois les trois difficultés déclarent avoir consulté un professionnel à cette occasion.

Sharman Levinson²

Ces deux commentaires en exergue sont extraits des deux ouvrages qui, à quinze ans d'intervalle, rendaient compte des enquêtes nationales sur le comportement sexuel des résidents français : l'enquête ACSF de 1992 et l'enquête CSF de 2006. Les deux auteurs relèvent qu'alors qu'une part non négligeable d'individus rencontre des difficultés de la « fonction sexuelle », seule une minorité d'entre eux décide au final de consulter un professionnel de santé. Cette situation pourrait être considérée comme paradoxale au regard du contexte social et du discours entourant la sexualité dans la France contemporaine. En effet, représentations culturelles, discours journalistiques et psycho-médicaux n'ont jamais été aussi nombreux à faire la promotion d'une sexualité libérée, variée et de ses bienfaits, d'en proposer des représentations de plus en plus explicites. Avoir une activité sexuelle épanouie parce qu'épanouissante, plus qu'une

¹ Voir Spira, Bajos & Groupe ACSF, 1993 : 199.

² Levinson, 2008 : 495-497.

simple possibilité offerte aux femmes et aux hommes, est désormais une obligation. On pourrait donc s'attendre à ce que les individus soient proportionnellement plus nombreux à consulter ou bien qu'ils consultent plus rapidement, sans attendre que les difficultés sexuelles se cumulent. Pourtant, comme le montrent les deux enquêtes, ce n'est pas le cas et une grande majorité des personnes qui rencontrent des difficultés sexuelles ne ressentent pas le besoin de recourir à un professionnel. Ainsi, malgré les injonctions culturelles de plus en plus fortes à la performance sexuelle, la plupart des gens « font avec » les problèmes fonctionnels qu'ils peuvent être amenés à rencontrer. C'est que l'exercice de la sexualité n'est pas réductible à ses composantes fonctionnelles mais qu'il est lié au sens que les individus donnent à l'activité sexuelle. Les significations de la sexualité sont multiples et varient selon le sexe, l'âge, la situation conjugale, etc. Par conséquent, suivant le contexte dans lequel elles s'inscrivent, les difficultés sexuelles sont plus ou moins « gênantes »¹ pour les individus. Certains d'entre eux pourront alors considérer que les difficultés doivent être prises en charge et choisir de recourir à un professionnel de santé.

C'est cette démarche thérapeutique, et plus précisément le recours à la sexologie (qui est la seule discipline se présentant comme spécialisée dans le traitement de ce type de difficultés), qui est l'objet de ce travail. Il s'agit de comprendre, à partir du récit des patients eux-mêmes, les conditions dans lesquelles apparaissent la nécessité de consulter. L'interrogation « par les marges », très fréquente en anthropologie sociale², s'avère en effet très féconde dans la mesure où ces situations obligent, peut-être plus que d'autres, les individus et institutions à produire des discours tendant à expliciter et à justifier ce qui, dans d'autres situations, relève de « l'allant de soi ». S'intéresser aux difficultés sexuelles qui « font problème », permet ainsi d'interroger plus généralement les significations et les représentations de la sexualité dans notre société, sa place dans la fondation du lien conjugal et les liens qu'elle entretient avec les identités féminines et masculines.

Toutefois, avant de présenter plus précisément notre problématique et d'entrer dans le « vif du sujet », il nous faut détailler le déroulement de l'enquête et du recueil des données à partir desquelles nous avons écrit ce travail.

¹ Levinson, 2008.

² Notamment dans le champ de la parenté et du genre où l'étude des situations « problématiques » ou « marginales » (adoption, reconstitution familiale, procréation médicalement assistée, homoparentalité, transsexualité, etc.) a largement contribué à mieux comprendre la parenté ou les questions de genre « en général ».

1. Le parcours d'enquête

Décrire l'enquête comme si elle était à tout moment méthodologiquement armée, c'est peindre une fiction, dont on ne sait si elle rassure ou si elle inhibe.

Olivier Schwartz¹

L'enquête de terrain ne peut s'apprendre dans un manuel. Il n'y a pas de procédures formalisables qu'il suffirait de respecter (...) C'est que l'enquête de terrain est d'abord une question de « tour de main », et procède à coups d'intuition, d'improvisation et de bricolage.

Jean-Pierre Olivier de Sardan²

Nullement question, dans cette partie, de reconstruire *a posteriori* un récit qui viendrait témoigner d'un contrôle total du déroulement de l'enquête depuis ses débuts et servirait à justifier de la qualité de ses résultats et, en quelque sorte, de sa *valeur scientifique*. Plutôt que de décliner les différentes étapes d'une méthode, comme si elles avaient été décidées en amont de l'enquête pour répondre à des hypothèses, ce chapitre vise à rendre compte d'un parcours, expose les conditions de son déroulement ainsi que les différents moyens mis en œuvre. Cette partie méthodologique se voudrait plutôt, pour rompre avec le paradigme expérimental et utiliser une métaphore juridique, comme une présentation des « pièces » sur lesquelles on s'est appuyé, sans préjuger de ce qu'aurait pu être le résultat si des « expertises supplémentaires » ou un « complément d'investigation » avaient été demandés. Il faut donc faire preuve d'humilité et accepter le caractère nécessairement provisoire et circonscrit d'une enquête ethnologique et de ses résultats, dans la mesure où ceux-ci sont aussi liés aux circonstances extérieures, aux opportunités qui se présentent ou non sur le terrain et aux conditions matérielles dans lesquelles la recherche se déroule³.

¹ Schwartz, 1993: 281.

² Olivier de Sardan, 1995: 73.

³ Sur ce dernier point, il nous faut préciser que cette recherche a souffert de très nombreuses interruptions liées en grande partie aux nécessités économiques. Périodes de travail à mi-temps et à plein temps, déménagements successifs de Toulouse à Marseille, puis vers Paris, puis en Normandie, ont eu pour conséquence de réduire le temps disponible pour le travail de recherche. Temps de recherche pendant lequel, par ailleurs, nous avons accepté ou décidé par nous-même de mener, manquant sur ce point de la lucidité nécessaire quant à l'organisation de notre travail de thèse et de son calendrier, des recherches annexes n'ayant qu'un rapport lointain avec notre projet doctoral. Ces recherches, plus circonscrites, nécessitaient toutefois d'y consacrer un part de notre temps. C'est ainsi que nous avons publié sur l'homosexualité (Michels 2000, 2001, 2003a, 2003b & 2005) et le transsexualisme (Michels, 2008). Par ailleurs, en 2008, 2009 et 2010, nous avons arrêté toute activité académique et avons enchaîné des contrats de recherche appliquée sur les addictions. Les dix années qui nous séparent du début de ce parcours ne sont donc pas dix années qui ont été entièrement consacrées à la thèse.

Notre intérêt pour la sexologie et les troubles sexuels est né en novembre 2001. Notre premier sujet de thèse avait pour ambition d'explorer la façon dont les sciences sociales, et en particulier l'anthropologie sociale, avaient abordé (et participé à construire) le concept de sexualité entre la fin du 19^{ième} et le début du 20^{ième} siècle. C'est dans le cadre de cette réflexion sur la diffusion et la construction des savoirs sur la sexualité que nous avons « découvert » la sexologie, discipline qui se propose justement d'élaborer un savoir sur la sexualité et d'y appuyer une pratique thérapeutique. Il se trouve en effet qu'anthropologie et sexologie ont entretenu un dialogue important au tournant des 19^{ième} et 20^{ième} siècles, les auteurs se lisant, échangeant et se préfaçant mutuellement¹.

Ayant abandonné notre projet initial et ses visées historico-épistémologiques, hors de portée pour le chercheur débutant, nous commençâmes à travailler sur la sexologie. C'est porté par la curiosité et l'intuition que cela pouvait être intéressant d'y « regarder d'un peu plus près », que nous avons entamé notre enquête sans poser de problématique précise et sans avoir une idée prédéfinie de ce que serait notre « terrain ». La perspective de départ était donc très générale. Il s'agissait de cerner les frontières (en termes de pratiques, mais aussi de discours) de ce qui se donnait comme « la sexologie », d'en répertorier les acteurs (non seulement les thérapeutes et théoriciens, mais aussi les « patients »), d'en recenser les lieux d'émergence, afin de saisir la place de cette pratique thérapeutique et discursive dans les agencements sociaux de la sexualité et de la santé. Comme l'exprime autrement Olivier Schwartz. :

« Il y a deux manières d'aborder la question du terrain : soit l'on considère qu'il ne peut y avoir de bonne observation sans construction préalable de l'objet (...) ; soit l'on considère que le premier objet de l'enquête n'est pas de répondre à des questions mais de découvrir celles qu'on va poser. Et il faut, pour cette simple découverte, du temps. »²

Aborder la sexologie, c'est aborder un ensemble d'acteurs, de pratiques et de discours dispersés dans l'espace social. Cela ne définit ni de lieu d'enquête, ni de groupe à enquêter. En effet, l'espace thérapeutique de la consultation (cœur de la pratique sexologique) est entièrement privé, à la différence de ce qui peut se passer dans d'autres sociétés où l'espace thérapeutique est au contraire éminemment public. Y avoir

¹ Signalons, à titre d'exemple, la préface rédigée par Havelock Ellis à *La vie sexuelle des sauvages...* de Malinowski (Malinowski, 2000). Sur les relations entre l'anthropologie du début du 20^{ième} siècle et la sexualité voir Weeks, 2000 ; Bozon & Leridon, 1993.

² Schwartz, 1993 : 281.

accès est donc difficile. Et d'une certaine façon, il n'y a pas non plus de groupe sur lequel faire porter l'analyse. Même s'ils forment un groupe professionnel il ne s'agissait pas d'étudier « les sexologues » mais « la sexologie ». « Les patients », quant à eux, ne forment pas de groupe en dehors de la « tête » du chercheur qui les agrège dans une même catégorie de situation.

Comment, dès lors, justifier d'une démarche ethnologique dans la mesure où celle-ci semble *a priori* tirer sa légitimité du fait que l'ethnologue s'appuie sur l'étude d'un lieu géographiquement localisé et/ou fait porter son analyse sur une communauté d'interconnaissances, sur un groupe constitué¹ ? L'une et/ou l'autre de ces conditions, qui renvoient toutes les deux à l'idée d'une insularité nécessaire du terrain liée à la perspective totalisante monographique², étant encore posées implicitement ou explicitement par la plupart des manuels d'enquête ethnographique non seulement comme indispensables et nécessaires mais comme le propre de la démarche ethnographique. Bien que, comme le relève Janet Carsten pour le champ de la parenté, de nombreux travaux effectués en Europe ou aux Etats-Unis tendent à ne plus s'appuyer sur une véritable ethnographie localisée³, le fait de travailler en ethnologie sans prendre appui sur un groupe constitué ou sur un lieu précis suscite parfois encore l'étonnement, voire la perplexité, notamment parmi les tenants d'une certaine tradition anthropologique. De ce point de vue, ce travail n'est pas ethnographique si l'on considère que l'ethnographie procède de l'observation directe (participante ou non) d'un fait social ou de l'élaboration d'une monographie.

En fait, c'est moins la nature du terrain qui caractérise la démarche ethnologique que la manière dont elle construit ses objets⁴. Pour Yves Delaporte, dans l'univers urbain,

¹ Voir par exemple Béaud & Weber, 2003 ; Kilani : 1992.

² Sur ce point voir Dodier & Baszanger : 1997.

³ Carsten, 2006. Changement d'approche du terrain qui s'accompagne par ailleurs pour Janet Carsten d'un changement de démarche puisque selon elle ce type de travaux a pour point de départ une problématique largement élaborée en amont de l'enquête, et procède au final d'une démarche de connaissance plus sociologique, hypothético-déductive, qu'ethnologique, inductive. Il est à noter toutefois que ces travaux ne souffrent d'aucune illégitimité dans la mesure où ils portent sur un des domaines (celui de la parenté) les plus nobles et les plus classiques de l'ethnologie pour lequel existe une tradition problématique distincte de celle de la sociologie de la famille.

⁴ En fait il semble qu'il existe au moins cinq façons de se rattacher à l'ethnologie : par l'objet (les sociétés « primitives »), par la méthode ethnographique (terrain localisé et/ou groupe d'interconnaissance), par la tradition problématique autour d'un objet déjà déconstruit/construit (voir les études sur la parenté ou sur le religieux), par le type de rapport au temps et à l'histoire (l'ethnologie s'intéresserait plus spécifiquement à la permanence, à la tradition plutôt qu'au changement), par le mode de construction de l'objet (démarche inductive). Il reste que l'ethnologue faisant à l'étranger l'ethnographie d'un groupe rural restreint reste d'un point de vue symbolique en haut de la hiérarchie en tant que seul « véritable »

«[l'] inscription spatiale [*des faits sociaux*] tend à se dissoudre. Or c'est l'unité de l'espace d'observation qui caractérisait peut-être le plus généralement l'enquête ethnologique (...) Cet obstacle sera contourné et la spécificité de la démarche ethnologique maintenue si la définition et les limites de l'objet ne sont pas posées *a priori*, mais construites au cours de l'enquête et soumises à d'éventuels ajustements au fur et à mesure de sa progression »¹.

L'enquête ethnologique procède par itération et « la production des données modifie la problématique qui modifie la production des données qui modifie la problématique »².

Questions et problématique ont ainsi émergé progressivement tout au long de l'avancée du terrain. Au départ, il s'agissait de faire « feu de tout bois » et de faire preuve d'une certaine « boulimie » sans trop préjuger des résultats. L'enquête, itinérante, multi-située et discontinue trouve son unité dans les liens tissés entre les différentes données recueillies.

Les données sur lesquelles porte l'analyse présentée ici sont de différentes natures. Outre l'exercice de l'« observation flottante »³ et l'analyse de documents écrits, notre terrain a pris deux directions successives : enquêter auprès des sexologues et interroger des patients. Les deux séquences d'enquête ont comporté un certain nombre de difficultés sur lesquelles il nous semble utile de revenir parce que les conditions du terrain sont éclairantes par rapport à notre objet. Elles constituent, en effet, un matériau d'analyse en soi⁴, quand bien même, sur le moment, nous les avons

ethnologue. Le label d'ethnologue est retiré tantôt au nom de son objet (trop moderne, trop contemporain, trop urbain), tantôt de sa méthode (trop *interviews based* comme on dit en anglais), ou de sa problématique (trop sociologique) mais beaucoup moins souvent par la façon dont il a construit son objet (qui reste parfois impensée). De manière assez paradoxale, les discours défendant l'anthropologie « classique » entretiennent une confusion entre la méthode de recueil des données, l'ethnographie, et la construction d'une réflexion anthropologique. Alors même que cette dernière peut tout à fait se passer d'ethnographie, au sens strict, et s'appuyer sur des sources ou des données n'étant pas issues d'un travail ethnographique fait par le chercheur lui-même, comme en anthropologie historique par exemple.

¹ Delaporte, 1986 : 156.

² Olivier de Sardan, 1995 : 94. Janet Carsten, revenant sur sa formation à la London School of Economics, le haut lieu de la tradition malinowskienne, écrit : « Le projet de recherche que j'écrivis avant de commencer mon terrain était très général (...) Les étudiants qui commençaient avec une série de questions théoriques précises et déjà construites étaient regardés avec quelques méfiance. A leur retour du terrain, les étudiants de la L.S.E. devaient organiser leurs matériaux ethnographiques autour de thèmes ou de sujets déterminés par des questions théoriques ou comparatives, mais ces questions émergeaient de l'ethnographie plutôt que l'inverse. » (Carsten, 2006)

³ Pétonnet, 1982.

⁴ Darmon, 2005 : 99. Samuel Lézé décrit ainsi comment il a transformé ses « échecs » en matériau lors de son enquête de thèse auprès des psychanalystes : « Aucun de ces entretiens n'a pu être enregistré. Ils furent soldés par un échec de "communication" (...) Comme ces situations difficiles se sont par la suite poursuivies, j'ai décidé d'emblée de décrire ces situations d'interlocution. A défaut d'entretiens réalisés dans les règles de l'art, j'ai donc recueilli les détails souvent infimes du rapport de force afin de l'élucider » (Lézé, 2008 : 270).

surtout éprouvées et interprétées comme des échecs, des blocages ou des erreurs personnelles. En effet, pendant l'enquête, il est compliqué – surtout lorsque l'on débute – d'en tirer parti et seul un retour réflexif permet d'en mesurer *a posteriori* la richesse. Retour sur l'enquête difficile, parce que nous n'avons pas toujours gardé une trace écrite de ses errements dans la mesure où donner corps à ces échecs contribuait à les faire exister ; alors que justement, nous cherchions plus ou moins consciemment à les gommer, ce qui correspondait paradoxalement à une volonté de « bien faire ». Volonté « scolaire » propre au débutant qui a tendance à penser que ses aînés, eux, ne rencontrent pas de problèmes sur le terrain¹ et qui le conduit à réduire la « vraie enquête » à ses moments explicites (le temps de l'entretien, de l'observation) et à négliger les négociations préalables qui l'ont rendue possible (ou non) ; difficulté qui, de notre point de vue, est d'autant plus grande pour qui travaille sur sa propre société dans la mesure où il n'y a pas à proprement parler de périodes de terrain « délimitées » par les dates d'arrivée et de départ d'un séjour à l'étranger.

Bien qu'aucune des pistes possibles pour appréhender la sexologie n'ait été posée comme prioritaire et que dès le début nous avons cherché à rencontrer des patients, entrer en contact avec des sexologues est vite apparu comme beaucoup plus aisé. Ce n'est que dans un deuxième temps et notamment avec l'aide de sexologues rencontrés que l'enquête auprès des patients a pu « démarrer ».

1.1. Un non-professionnel face à des professionnels

C'est tout naturellement vers les sexologues que nous nous sommes tournés au début de notre enquête. Qui mieux qu'eux aurait pu nous expliquer de quoi retournait la sexologie ? En novembre 2001, à Toulouse, vingt-sept professionnels étaient recensés comme sexologues dans les *Pages Jaunes*. N'ayant pas de connaissance personnelle dans ce milieu ayant pu faciliter notre mise en relation, nous avons sollicité des

¹ Sentiment partagé, concernant les entretiens, par des camarades de l'EHESS et de l'ENS : « Débutants comme professionnels rencontrent un certain nombre d'obstacles lorsqu'ils pratiquent l'entretien. Mais l'étudiant se trouve brutalement confronté aux contraintes de la méthode : l'entrée en contact avec les agents, la préparation des entretiens, la gestion du décalage entre l'interlocuteur et lui, enfin l'interprétation et le contrôle des discours. Ces différents moments paraissent plus délicats à maîtriser pour des novices qui ont une vision idéalisée de l'entretien et qui ont tendance à ressentir comme des entretiens ratés les interactions qui ne se conforment pas à cette représentation. N'étant pas toujours parvenus à imposer le fil conducteur et nos questions, nous avons vécu et interprété cela comme des échecs liés à notre situation de débutants. Il reste que ce sont les contraintes objectives de notre position d'apprentis-sociologues qui ont donné forme à ces impressions. » (Chamboredon et *alii*, 1994 : 114-115).

entretiens par courrier. Si un certain nombre acceptèrent de nous rencontrer après une relance téléphonique, d'autres refusèrent prétextant le plus souvent un manque de temps ou exprimant parfois leurs doutes quant à la pertinence de notre projet de recherche. Doutes que nous avons nous-mêmes du mal, dans un premier temps, à dissiper dans la mesure où nous ne connaissions à peu près rien de la sexologie et que notre projet n'était encore qu'une ébauche. L'idée qui nous animait était justement de le modifier au fur et à mesure des entretiens avec les praticiens. Au final, nous nous sommes entretenus de manière formelle ou informelle, de manière répétée ou non, avec vingt-trois sexologues entre octobre 2001 et janvier 2007. Seuls dix de ces échanges ont pu être enregistrés.

Mais au-delà des maladresses commises au début de l'enquête, il nous semble, d'une part, que notre enquête auprès des sexologues a souffert de débiter dans un contexte particulier qui a certainement accentué la méfiance de nos interlocuteurs et, d'autre part, que la différence entre notre position sociale et celle des professionnels que nous rencontrions impliquait un type de rapports que nous avons du mal à maîtriser. Même si les enjeux et la nature des rapports de chaque rencontre mériteraient d'être analysés individuellement dans la mesure où chacune des interactions recèle sa part de singularité, nous ne présentons ici que les éléments les plus généraux.

1.1.1. L'« affaire Tordjman » et un numéro du *Point*

C'est dans un contexte particulier que nous avons commencé notre enquête. En effet, quatre mois avant que nous entamions notre terrain, en juin 2001, l'un des initiateurs de la sexologie en France, animateur des *Cahiers de sexologie clinique* et auteur de nombreux ouvrages de vulgarisation, le Dr Gilbert Tordjman, était suspendu par l'Ordre des médecins suite à la plainte de l'une de ses patientes qui l'accusait de l'avoir abusée sexuellement pendant les consultations. L'« affaire Tordjman » commençait tout juste et était loin d'être terminée puisque le médecin accusé, après avoir été mis en examen en mars 2002, a été renvoyé devant les assises le 21 décembre 2006. Cette « affaire » suscite, à l'époque, et à la suite de celui provoqué par la mise sur le marché du Viagra® en 1999, l'intérêt des journalistes pour la sexologie et ses objectifs. Le traitement de la question par les journalistes se fait plutôt de manière accusatoire. Par exemple, le quotidien *Le Monde* titre en septembre 2001 : « Malgré son

succès, la sexologie a du mal à gagner en respectabilité »¹, tandis que l'hebdomadaire *Le Point* sort, en août 2002, un numéro intitulé : « Sexologie. Enquête sur une profession suspecte »². Certains sexologues ayant accepté de participer à ce numéro s'étaient d'ailleurs sentis trahis par l'orientation polémique du dossier.

Bien qu'aucun des sexologues contactés et/ou rencontrés n'ait explicitement fait référence à ce contexte, il est certain que celui-ci a pesé sur la décision d'accepter ou non de nous rencontrer et, lorsqu'un entretien avait lieu, sur son déroulement et sur le discours qui nous était tenu. On peut par exemple penser que le fait que plusieurs sexologues aient refusé que nos échanges soient enregistrés, ou qu'une autre nous ait plusieurs fois demandé ce que nous allions faire de notre enregistrement, en s'inquiétant de sa diffusion, illustre une crainte quant à la possibilité que ces données puissent être utilisées « à charge ». Plus généralement, dans un tel contexte, renforcé quelques temps plus tard par le débat sur l'efficacité des psychothérapies et les discussions autour de l'amendement Accoyer visant à encadrer l'exercice des psychothérapies, ce sont des tentatives d'évaluation dont les sexologues semblaient se méfier.

Malgré nos tentatives pour faire comprendre que notre projet n'était en aucun cas de cet ordre et que les questions concernant l'efficacité des thérapies et la déontologie n'étaient ni l'une ni l'autre les nôtres, il est toujours resté un fond de méfiance ou de circonspection autour de notre projet ; comme s'il n'existait pas d'autre statut possible à donner à l'enquêteur que celle de l'évaluateur ou de l'inspecteur³. Même après avoir passé du temps à fréquenter les colloques professionnels et avoir fait connaissance avec plusieurs praticiens, nos visées n'étaient pas bien claires pour certains. Ainsi, lors d'une discussion collective en marge d'un colloque, un sexologue ayant passé une dizaine de minutes à raconter sa mise en couple, après divorce, avec l'une de ses consœurs et la reconstitution familiale qui s'en était suivie, arrête son récit en s'apercevant que nous étions présent et s'exclame sur un ton humoristique :

« Mais mieux vaut-il que je m'en tienne là sinon les sexologues vont encore passer pour des gens aux mœurs bizarres ! »

¹ *Le Monde*, 2001.

² *Le Point*, 2002.

³ Ce qui n'est pas spécifique à notre enquête et est une situation fréquemment rencontrée par les enquêteurs sur leur terrain. La position du chercheur se rapproche de celle de l'enquêteur au moment de négocier des entretiens puisqu'il sollicite un informateur au bénéfice de sa propre recherche, à la différence du professionnel de santé qui est sollicité par le patient et qui compte tirer un bénéfice de la consultation. Sur le parallèle entretien / interrogatoire, voir Blanchet & Gotman, 1992 : 19.

Double clin d'œil renvoyant à l'image convenue de l'ethnologue des contrées lointaines mais aussi à celle du sexologue dont les mœurs sont justement fréquemment mises en cause dans l'imaginaire collectif.

1.1.2. S'entretenir avec les professionnels : un rapport inégalitaire

La sociologie et l'anthropologie sociale sont plus habituées à prendre pour objet des groupes « dominés ». L'anthropologie s'est même développée dans un contexte d'inégalité entre l'observateur et l'observé¹. Ainsi, que l'ethnologue étudie une tribu lointaine, un groupe de SDF, des ouvriers, ou travaille dans un camp de réfugiés ou un village rural – groupes auxquels on ne demande généralement pas d'autorisation² –, s'il y a une inégalité de rapports entre l'enquêté et l'enquêteur, celle-ci est en sa faveur et se fonde sur une distance sociale importante entre les deux.

Enquêter auprès de professionnels occupant une position de domination a en effet des conséquences sur la manière dont se déroulent les entretiens et les observations. L'écoute et l'intérêt que nous ont porté les sexologues au début de notre enquête ont été tout relatifs. Le rapport dominé/dominant était en tous points à notre désavantage et était redoublé par nos propres incertitudes « intérieures » qui participaient au fait que nous étions impressionné et que nous intériorisons la domination³. Notre posture supportait une double illégitimité : celle qui nous était imposée « de l'extérieur » par les sexologues eux-mêmes, puisqu'ils ne comprenaient pas vraiment comment nous pouvions travailler sur la sexologie sans être du sérail, celle que nous nous imposions « de l'intérieur » puisque nous ne nous considérions pas comme un « professionnel » et du coup ne trouvions pas les ressources pour nous « imposer aux imposants »⁴.

Ainsi, pour exemple, quel ne fut pas notre dépit lorsque, heureux d'être reçu, à Paris, par un « ponté » historique de la discipline, il nous fit comprendre qu'il n'était pas intéressé pour nous accorder un entretien plus approfondi parce que celui-ci ne

¹ Godelier, 1993 : 1184.

² Darmon, 2005.

³ Des camarades de l'ENS et de l'EHESS, rendant compte de leurs enquêtes auprès de « dirigeants » et « donneurs d'ordre » de différents milieux notent très justement : « Cette domination est d'autant plus complexe qu'elle comporte une part de subjectivité. Rencontrer une personne "imposante", c'est saisir un ensemble d'attributs et d'attitudes qui fondent le prestige social. Selon les positions de l'enquêteur, celui-ci intégrera plus ou moins cette imposition et, partant, intériorisera plus ou moins la domination. » (Chamboredon et *alii*, 1994 : 116)

⁴ *Ibid.*

s'intégrait pas dans un projet de publication. Il avait cru que nous préparions un livre d'entretiens et que son nom apparaîtrait.

Dans un premier temps, nous avons vécu cette situation sociologique et les rapports qu'impliquait notre enquête comme une situation d'échec et nous avons la sensation de ne pas réussir à mener de « bons entretiens » : nous nous retrouvions, débutant et peu assuré de notre identité professionnelle, face à des professionnels reconnus, au minimum par le fait qu'ils avaient un statut public de thérapeute, s'appuyant sur des diplômes et sur une pratique, et pour certains d'entre eux par le fait que cette reconnaissance était renforcée par une notoriété publique et/ou médiatique. L'objectivation de ces différentes situations d'enquête (dont il ne faut pas, malgré leurs points communs, nier la variabilité selon la formation initiale du thérapeute, son sexe, son âge et le moment de l'enquête où la rencontre avait lieu) était très difficile à faire dans la mesure où nous cumulions justement un certain nombre de handicaps. Reçu dans le cabinet des praticiens et pendant leurs horaires de consultation, installé à la place du patient, nous avons plus l'impression de subir l'entretien plutôt que de le diriger et il était très difficile, n'étant pas médecin ou psychologue, de légitimer notre approche. De fait, au tout début de notre enquête, les renseignements que nous avons pu recueillir sur la pratique de la sexologie, sur les pratiques thérapeutiques, étaient assez convenus et très généraux. Les sexologues interrogés répondant souvent *a minima*, ou usant de stratégies pour ne pas avoir à donner leur avis ou expliciter clairement leur technique. L'une de ces stratégies consistant notamment à pointer la singularité des situations (« il n'y a pas de généralités », « chaque cas est différent »), valorisant ainsi implicitement la pratique clinique face à l'ethnologue qui, lui, n'y a pas accès.

Paradoxalement en effet, interroger ce type de professionnels sur leur pratique sans rien connaître de leur pratique (ce qui était notre cas en débutant l'enquête), ne faisait que renforcer l'inégalité de statut et ne nous permettait pas de fonder un dialogue égalitaire. Or, comme le note Jean-Pierre Olivier de Sardan, dans ce genre de situation, plus on a le sentiment d'avoir affaire à un « étranger incompetent », plus on peut lui raconter des histoires¹. Ayant commencé très tôt les entretiens avec les sexologues, nous rendions sans le savoir nos rencontres avec eux moins productives dans la mesure où nous n'avions pas de base pour débattre. Ce n'est qu'au fur et à mesure de notre enquête, de nos lectures, que nous avons pu tendanciellement transformer la nature des

¹ Olivier de Sardan, 1995 : 87.

situations et arriver à un dialogue plus fructueux avec les professionnels, ne serait-ce qu'en pouvant débattre avec eux de leur pratique, de la situation de leur discipline, des situations de recours, du profil des patients, etc. Bien que les sexologues aient été interrogés au titre de « consultants »¹, dans l'idéal il aurait fallu « savoir pour pouvoir savoir » et nous l'avons appris à nos dépens². Tirer le meilleur parti de ces interactions nécessite en effet d'être soi-même assez assuré pour rétablir un équilibre dans la relation. Dans ce type de contexte où les acteurs maîtrisent leur parole, leur présentation de soi ainsi que les informations qu'ils divulguent, l'enquête est d'autant plus productive qu'elle prend la forme d'une collaboration dans la mesure où les interlocuteurs maîtrisent les enjeux de ce type d'interaction sociale qu'est l'entretien (puisque'ils la mettent en œuvre tous les jours dans leur pratique clinique).

Le type de relations que nous entretenions avec les sexologues, ainsi que le cadre dans lequel se faisaient le plus souvent nos rencontres, ne permettaient pas par ailleurs d'obtenir beaucoup d'informations sur leurs parcours personnel et biographique.

N'ayant aucune compétence médicale ou psychologique sanctionnée par un diplôme, l'attitude des sexologues portant le plus d'intérêt à notre travail consistait à adopter une posture professorale et à nous renvoyer à notre statut d'étudiant en nous proposant de l'aide (« on va vous aider pour votre étude »), en nous donnant des conseils de lectures, en nous proposant de relire notre travail une fois qu'il serait terminé, etc. Cette attitude était largement favorisée par la différence d'âge. D'ailleurs, quand il nous a été donné de rencontrer de jeunes sexologues, les rapports avec ceux-ci prenaient une tournure différente.

1.1.3. L'observation des consultations : analyse d'un refus

L'essentiel de la pratique de la sexologie s'effectue en libéral dans l'espace privé du cabinet de ville. Cet espace thérapeutique est d'accès très difficile pour le non-thérapeute et d'ailleurs nous n'avons pas cherché à y accéder, intériorisant et anticipant en cela le discours des thérapeutes eux-mêmes sur la déontologie, le respect du secret professionnel, etc. Toutefois une possibilité d'observation existait. En effet, bien que peu implantée à l'hôpital (d'accès plus facile pour le chercheur dans la mesure où il est un lieu de recherche en plus d'être un lieu de soins), il existe à Toulouse quelques

¹ Olivier de Sardan, 1995 : 81.

² Comme le note Samuel Lézé, à propos de son enquête auprès des psychanalystes : « Tel est le paradoxe du cercle anthropologique : pour entrer sur le terrain et obtenir le "droit d'entrée", il faut y être déjà un peu et posséder le "mot de passe". » (Lézé, 2008 : 265)

consultations hospitalières de sexologie. L'une d'entre elles est gratuite et anonyme et fait justement l'objet d'une observation par les étudiants de l'un des deux diplômes de sexologie. Le dispositif, tel qu'on nous l'a décrit, est le suivant : derrière une glace sans teint, les étudiants peuvent observer et écouter la consultation. Le patient est informé du fait qu'il peut être observé, c'est à ce titre qu'il ne paie pas et que la consultation est anonyme. Un micro posé sur la table de la salle de consultation est d'ailleurs là pour rappeler le contexte dans lequel s'inscrit la consultation. Malgré le fait que nous ayons obtenu l'accord du chef de service, que les précautions déontologiques et éthiques aient été prises, le responsable de cette consultation ne nous a pas donné l'autorisation d'y assister, jugeant notre enquête « non pertinente » et estimant que quelques mois d'observations ne nous permettraient pas de pouvoir en comprendre quelque chose. Ce qui est intéressant c'est que, par ces paroles, notre interlocuteur ne se prononçait pas en fonction d'arguments déontologiques mais sur le projet de recherche lui-même, affirmant non seulement ses compétences sexologiques mais aussi sociologiques.

Sur le moment, nous avons vécu ce refus d'observation avec amertume sans en comprendre totalement les enjeux. Il nous semble maintenant que celui-ci s'explique, du moins en partie, par la position occupée par le sexologue lui-même dans le champ de la sexologie. En effet, ce sexologue n'est pas lui-même médecin ni psychologue mais a reçu pour formation initiale une formation de sociologue¹. Or, en France, la sexologie est fortement dominée par les médecins (près de 60% des praticiens sont médecins généralistes ou spécialistes²) et dans une moindre mesure par d'autres professionnels de santé dont les psychologues. Se trouvant lui-même marginalisé au sein de la discipline³, nous refuser l'accès aux consultations lui permettait de réaffirmer son appartenance professionnelle, d'en souligner les frontières, nous rejetant par là-même à l'extérieur de ces limites. Accéder à des patients et aux récits de troubles sexuels était ainsi posé comme l'une des caractéristiques définissant la profession, au-delà de la formation disciplinaire initiale. Nous exclure du dispositif d'observation destiné aux personnes suivant la formation de sexologie permettait en même temps de marquer l'importance de ces observations pour la formation.

¹ Muriel Darmon, analysant un refus de terrain de la part d'un médecin lors de son enquête sur l'anorexie, montre elle aussi que celui-ci est pourtant sensible dans ses publications à l'apport des sciences sociales (Darmon, 2005 : 105)

² Pour une présentation de l'organisation de la profession en France, voir *infra*.

³ Marginalité illustrée par son absence lors des différents congrès professionnels la même année.

Une autre occasion d'observation s'est présentée lors d'un séjour à Paris au mois de juillet 2003. Un sexologue avait une vacation de consultation gratuite dans un centre de santé communautaire et nous avait proposé d'y assister. Malheureusement, en ce mois de juillet caniculaire, la fréquentation était au plus bas et seule une demi-dizaine de personnes vinrent consulter. Notre emploi du temps ne nous permit d'assister qu'à une seule consultation (situation n°27)¹.

1.1.4. Colloques et congrès : au cœur de l'arène sexologique

En plus des rencontres en face à face avec les sexologues, nous avons observé et participé à des colloques, congrès professionnels et à des réunions publiques en 2004 et 2005 (n = 5). Colloques et congrès constituent une part non négligeable de l'activité professionnelle et scientifique et, à ce titre, leur observation est importante pour comprendre la « géographie » d'un champ disciplinaire particulier et pour saisir les tensions qui le traversent². La participation à ces différents rassemblements nous a permis de nous familiariser avec la façon de penser des sexologues, de saisir la pratique sexologique, d'en saisir les enjeux et de distinguer les différentes tendances et écoles, mais aussi de mieux nous intégrer à la communauté sexologique.

L'accès à ces manifestations étant d'un coût élevé pour notre budget, il a fallu pour accéder à celles-ci que nous bénéficions du « parrainage » d'un psychosociologue (Alain Giami) travaillant sur le champ depuis plusieurs années pour être invité et être exempté des frais d'inscriptions. Pour les congrès annuels 2004 et 2005 de l'Association Inter-Hospitalo-Universitaire de Sexologie, nous avons proposé des communications. Nous nous retrouvions donc dans une situation assez inconfortable puisqu'il s'agissait de rendre compte de notre recherche devant les principaux protagonistes du phénomène que nous nous proposons d'étudier.

¹ Les tableaux 7 et 8, en fin de chapitre, synthétise l'ensemble des situations de recours que nous avons étudiées.

² Sur les congrès dans le champ des prises en charge « psy » voir Lézé, 2004 et 2010 ; sur les congrès dans le champ de la sexologie, voir Giami, 2009b.

Tableau 1: Congrès, colloques et manifestations de sexologie ayant fait l'objet d'une observation

Intitulé de la manifestation	Entité organisatrice	Dates
Santé sexuelle, du corps au désir... 34 ^{ème} séminaire de l'AIHUS	Association Inter Hospitalo-Universitaire de Sexologie	18-20 mars 2004
La sexualité après 40 ans, idées vraies, idées fausses	Laboratoire GSK	18 mai 2004
De la sexologie à la santé sexuelle, 30 ans de combat. XXIX ^{ème} congrès annuel de la SFSC	Société Française de Sexologie Clinique	18-19 juin 2004
Sexe et psychiatrie	Ecole française de sexologie	10-11 décembre 2004
La condition masculine. 35 ^{ème} séminaire de l'AIHUS	Association Inter Hospitalo-Universitaire de Sexologie	10-13 mars 2005

1.2. Recueillir des cas de recours

1.2.1. Mettre en place un dispositif de recrutement

Dès le début de notre terrain, nous avons cherché à rencontrer des patients pour nous entretenir avec eux. Si enquêter auprès des sexologues comportait quelques difficultés, recueillir le témoignage de patients s'est avéré très laborieux. Le sujet de notre recherche n'étant pas, il faut bien le dire, très valorisant pour les éventuels participants¹. La méthode du recrutement par interconnaissances, fréquemment utilisée par les recherches socio-anthropologiques de ce type, s'est avérée peu fructueuse puisqu'elle nous avait permis, deux ans après le début de notre enquête, de ne rencontrer que deux personnes acceptant de faire un entretien (situations n° 1 et 2). Les annonces passées dans la presse (deux fois dans le journal *Libération*) n'ont, quant à elles, rien donné. Celles déposées sur les forums d'une cinquantaine de sites Internet dédiés à la santé n'ont suscité que quelques réponses parfois farfelues qui n'ont jamais conduit à un entretien. Toutefois, nous avons pu échanger avec quelques personnes lors de très brèves correspondances de mails (situations n°24, 29, 30, 31 et 32). Nous avons également eu des discussions informelles avec des personnes rencontrées lors de soirées, de moments de convivialité, etc. qui nous ont permis de recueillir des données très partielles sur des situations de recours (situations n°23, 25, 26 et 28). C'est finalement par le biais des professionnels que nous avons pu recruter la majorité de nos informateurs. Il a fallu du temps puisque cela ne pouvait se faire qu'à partir du moment où notre intégration auprès d'eux était suffisante. Mais l'élément déclencheur a été, là encore, l'aide d'Alain Giami qui, à un colloque en 2004, a explicitement demandé à un

¹ Comme le note Gérard Mauger, les personnes ont d'autant plus de chance de participer à l'enquête que celle-ci permet de les « grandir » (Mauger, 1991).

sexologue de me mettre en contact avec ses patients. Celui-ci accepta de mettre en place dans son cabinet un dispositif de recrutement pendant six mois. Il nous a par ailleurs recommandé auprès de deux confrères qui ont également accepté de nous aider sur une période plus courte. C'est par ce dispositif que nous avons recueilli le plus de cas (situations n°3-22).

Au final, au-delà des dix situations très partielles qui nous ont donné des éléments généraux, nous avons recueilli des informations sur vingt-deux situations de recours (deux en 2003 par interconnaissance, vingt par le biais du dispositif déposé chez les sexologues entre mai 2004 et juillet 2005).

1.2.1.1. Présentation du dispositif

Le dispositif que nous avons mis en place chez les sexologues visait à pouvoir recruter, sur la base du volontariat, des personnes ayant eu recours à un sexologue. Pour ce faire, de brefs questionnaires dont l'objectif était de proposer un entretien ont été mis à la disposition des patients de trois sexologues : deux médecins généralistes (MG1, MG2), exerçant à Toulouse et une psychothérapeute (PT), exerçant dans une ville moyenne de la région. Les trois sexologues (un homme et deux femmes) avaient le choix de décider de la manière dont ils mettraient les questionnaires à disposition de leurs patients. Après quelques lignes présentant la visée générale de la recherche, quelques brèves questions anonymes portant sur l'année de naissance, la profession et le motif de consultation, la possibilité de participation à l'enquête était présentée sous la forme d'une proposition d'entretien. Les personnes volontaires pouvaient laisser leurs coordonnées téléphoniques. Une fois le questionnaire rempli, des enveloppes adressées à notre nom permettaient de rendre le questionnaire sous pli au sexologue, sans que celui-ci ne puisse prendre connaissance des réponses de son patient. Les questionnaires relevés chez les différents sexologues, nous contactions les personnes acceptant de participer à l'enquête par téléphone pour leur proposer un rendez-vous. En cas d'absence, nous laissions si possible un message sur le répondeur. La règle était de ne pas rappeler les personnes plus de trois fois, considérant que si elles ne répondaient pas cela signifiait qu'elles ne voulaient plus participer.

1.2.1.2. Efficacité du dispositif

Le tableau 2 reprend, sexologue par sexologue, le nombre de questionnaires recueillis et le nombre final d'entretiens obtenus. On y distingue par ailleurs les refus

directs d'entretiens explicitement formulés dans le questionnaire et les refus et abandons survenus au moment de la prise de contact. Il est intéressant de noter qu'avant les abandons en cours de parcours, plus de la moitié des répondants déclarent dans un premier temps accepter de nous rencontrer.

Tableau 2 : Répartition des questionnaires recueillis par sexologues

	MG1	MG2	PT	TOTAL
Nombre de questionnaires recueillis	30	31	19	80
Nombre de refus directs formulés dans le questionnaire	9	12	2	23
Nombre d'abandons survenus lors de la prise de contact	16	10	11	37
Entretiens menés	5	9	6	20

Comment interpréter ce décalage entre le nombre de réponses positives et le nombre effectif d'entretiens réalisés ? On peut supposer que ces cas sont pour la plupart des rétractations déguisées. Le délai entre la réponse au questionnaire et la prise de contact a pu également suffire à faire changer d'avis certaines personnes puisque nous ne passons pas quotidiennement chez les sexologues relever les questionnaires.

Au final, le dispositif de recrutement des patients a été relativement efficace puisque vingt entretiens ont été réalisés sur un nombre total de questionnaires recueillis de quatre-vingt : huit avec des hommes, huit avec des femmes, quatre avec des couples. Le tableau 3 montre la répartition des entretiens par sexologue. Le nombre égal d'entretiens menés avec des femmes et avec des hommes pourrait laisser penser que les questionnaires se distribuaient équitablement entre hommes et femmes. En fait il n'en est rien, puisque les hommes sont deux fois plus nombreux à avoir répondu au questionnaire. Notons donc le « taux d'abandon » plus important pour les hommes que pour les femmes.

Tableau 3 : Répartition des entretiens réalisés par sexologue

	Entretiens		
	hommes	femmes	couples
MG1	3	2	—
MG2	4	2	3
PT1	1	4	1
TOTAL	8	8	4

1.2.1.3. La question de la représentativité

Du point de vue du recrutement, la méthode et les différentes manières de faire passer le questionnaire impliquaient des biais concernant les données recueillies. Dans les trois situations, le recrutement sur la base du volontariat amène bien sûr à questionner les motivations des personnes acceptant de témoigner et à se demander si les personnes interrogées reflètent bien la clientèle standard des sexologues.

Ce biais est consubstantiel aux enquêtes de ce type, même quand elles recrutent par interconnaissance. Et de ce point de vue la manière utilisée pour faire passer le questionnaire (en libre accès pendant six mois chez un des sexologues, distribué presque systématiquement par la secrétaire pendant un mois chez le second, donné en main propre à certains patients sur un trimestre chez le troisième) influe finalement peu puisqu'en dernier ressort c'est le patient lui-même qui décidait de nous rencontrer ou non. Par ailleurs, nous ne visions pas à atteindre une représentativité de type statistique puisque nous cherchions à interroger des situations et questionner des représentations. L'objectif était de recueillir des cas¹ de recours à la sexologie pour tenter de mettre au jour les logiques qui conduisent chez le sexologue et les significations de la sexualité et de ses troubles qui les sous-tendent. De fait, les différentes situations que nous avons étudiées ne sont pas homogènes.

1.2.2. Les entretiens avec les patients : posture ethnologique, posture clinique

Interroger les gens sur leur recours à la sexologie conduit inévitablement à mener des entretiens ayant pour thème principal la sexualité mais aussi la vie affective et conjugale, domaines qui relèvent de leur intimité. Les problèmes posés par les enquêtes et plus particulièrement les entretiens sur la sexualité ont maintenant fait

¹ Sur le renouveau de la casuistique en sciences sociales voir Passeron & Revel (dir.), 2005.

l'objet d'une importante littérature¹ depuis que Georges Devereux en a posé les enjeux, notamment en ce qui concerne les aspects transférentiels. Celui-ci considère en effet qu'un entretien sur la sexualité est une interaction sexuelle et que la nature de la relation qui s'établit entre les deux protagonistes influe nécessairement sur la nature des données construites à partir de ces interactions².

C'est par le biais de sexologues que nous avons pu entrer en relation avec la majorité de nos informateurs. Ce moyen de recrutement qui avait pour avantage de nous faire bénéficier de la confiance que les informateurs avaient accordée à leur thérapeute avait également pour conséquence de brouiller notre identité professionnelle : Psychologue ? Jeune médecin ? Étudiant en médecine ? Etc. Si cette « entrée thérapeutique » nous permettait d'avoir accès aux patients, il fallait en même temps tenter de prendre de la distance avec elle pour obtenir un discours différent de celui tenu au sexologue. C'est pourquoi, une fois le principe de l'entretien accepté, nous avons essayé autant que possible de rencontrer nos interlocuteurs à leur domicile. Outre le fait que cela nous faisait accéder à des informations sur leur environnement, cela permettait justement de différencier cet entretien-là de l'entretien clinique avec le sexologue ou du cadre de la consultation médicale. Toutefois, une partie non négligeable de nos informateurs n'ont pas souhaité que nous nous rendions chez eux et ont préféré nous voir à « l'extérieur » dans un endroit « neutre » (bar, café ou jardin public), dans notre laboratoire ou chez nous. Ajoutons que certains de nos informateurs vivant en couple n'avaient pas dit à leurs conjoints qu'ils participaient à l'enquête, leurs conjoints n'ayant parfois pas été non plus tenus au courant du recours à la sexologie. Le caractère secret de certaines des rencontres de notre terrain était d'autant plus pesant que l'entretien se déroulait au domicile de l'informateur. Nous redoutions alors que le conjoint n'arrive à l'improviste.

Les difficultés que nous avons rencontrées pour recruter des témoignages sont de ce point de vue un bon indice de la difficulté pour les hommes et les femmes à faire part de leurs problèmes dans le domaine sexuel qui sont une source d'inquiétude, d'incompréhension mais souvent aussi d'une souffrance qui peut atteindre des degrés divers. Cette souffrance s'est manifestée plusieurs fois en entretien par une forte émotion dans la parole et parfois par des pleurs. Les enjeux concernant la parole autour

¹ Pour un état des lieux voir Giami, 2000b et 2004b.

² Devereux, 1980.

des troubles sexuels sont des éléments essentiels à la compréhension du recours à la sexologie et ils traversent les analyses qui vont suivre dans ce mémoire de thèse.

1.2.2.1. Une politique des entretiens : « ce qui vient »

S'il est difficile pour les patients de parler de leur cas, le chercheur n'est pas moins dans une situation délicate. Outre le fait que sa propre expérience, sa propre sexualité, ses propres difficultés entrent en résonance avec les discours qui lui sont tenus, il poursuit pendant l'entretien deux objectifs contradictoires : d'une part le recueil d'informations et d'autre part le souci de *ménager* son interlocuteur, de le *protéger* et de ne pas ajouter, par une question, par une phrase, à sa souffrance. Face à des personnes en souffrance et qui le manifestent, le chercheur a une responsabilité morale et ne peut prendre le risque de déstabiliser son informateur. Lui laisser le soin de poser lui-même les limites, de choisir les directions sont des moyens qui permettent à ce titre d'éviter d'être trop intrusif. En même temps, à la différence du psychanalyste, le chercheur n'a ni le temps ni l'objectif d'explorer un inconscient individuel et est nécessairement amené à poser des questions, à orienter par ses interventions le discours vers le sujet, la situation, les thèmes qui l'intéressent et ne peut pas se permettre de laisser aller complètement l'entretien au risque de lui faire perdre tout intérêt informatif par rapport aux questions qu'il se pose. Dans ces conditions, nous nous sommes souvent sentis comme naviguant entre deux eaux. La plus rassurante des postures que nous ayons trouvées a été de travailler à l'intuition (d'abandonner en somme, l'idée de maîtrise). Notre objectif n'était pas d'obtenir ces informations à tout prix, mais au contraire de sentir si au moment de l'entretien certaines questions pouvaient être abordées ou non. Le degré de détail obtenu concernant les pratiques ou les interactions sexuelles, ou celui concernant la nature des difficultés est de ce fait très variable d'un entretien à un autre.

1.2.2.2. Le cadre incertain des entretiens

Lors d'un entretien, une de nos interlocutrices a qualifié notre discussion de « bizarre » et se demandait bien quel sens elle devait donner à notre rencontre et ce qu'elle faisait exactement avec nous. Parler de ses préoccupations les plus intimes avec un inconnu lui paraissait une situation saugrenue et ses interrogations venaient souligner le caractère artificiel de l'interaction.

Une telle situation se caractérise en effet par l'absence de données objectives de cadrage, c'est-à-dire d'éléments saisis en amont mais aussi pendant l'interaction qui

permettent de faire appartenir la situation à un type particulier, qui fournissent des informations sur son déroulement (sur ce qui va se passer) et son issue (sur quoi cela va aboutir). En dehors de tout contexte social bien défini (comme l'est une confession dans le monde catholique, un entretien médical ou psychologique dans l'espace thérapeutique, un entretien annuel d'évaluation avec son chef de service) il est difficile de maîtriser les tenants et les aboutissants de la situation d'entretien et d'être totalement à l'aise puisque la situation « flotte » sans cesse entre plusieurs statuts. Bien sûr, cette artificialité vaut pour tout entretien formel de recherche. C'est justement pourquoi certains ethnologues prônent son abandon au profit des discussions informelles saisies sur le terrain ou que d'autres conseillent de le rendre plus « fluide » en le tirant le plus possible vers la conversation¹ ou qu'à l'inverse toute une partie de la tradition sociologique tend à promouvoir la pratique des entretiens dans un cadre standardisé en suivant une grille d'entretien rigide qui est reproduite à chaque entretien. Ce cadre correspondant d'ailleurs à l'idée de l'entretien que se font généralement les personnes extérieures aux sciences sociales. L'entretien se rapproche alors de la passation d'un questionnaire à questions ouvertes.

Le « flou » autour du statut de l'entretien ne peut perdurer très longtemps et les deux interlocuteurs ne cessent de tenter de le rapprocher d'une situation d'interaction connue dans la mesure où on ne parle pas de la même façon de sa sexualité avec le curé de sa paroisse, son médecin, son ami d'enfance ou le copain avec qui l'on boit l'apéritif dans un bar. Comme le note très justement Marie-Laure Déroff :

« (...) mettre en mots la sexualité, l'amour, et qui plus est sa propre vie sexuelle et amoureuse n'est pas chose anodine en dehors de la sollicitation de "l'expertise" thérapeutique ou du cadre électif de la confiance. »²

Il n'est pas impossible que sur d'autres sujets liés à la sexualité et dans une enquête par interconnaissance, le chercheur puisse lui-même faire glisser l'entretien vers quelque chose de plus proche de la discussion amicale, de jouer sur la proximité (en termes d'âge ou d'orientation sexuelle par exemple), etc. La difficulté dans notre enquête, c'est qu'à chaque fois que nous avons mis en œuvre cette stratégie elle conduisait inévitablement à faire sortir du sujet en expulsant la question des problèmes sexuels hors du champ de la conversation. Non qu'il soit impossible d'avoir une conversation avec un inconnu (comme celle que l'on peut engager dans un train) mais

¹ Olivier de Sardan, 1995.

² Déroff, 2007 : 48

parce qu'*a priori* on n'aborde pas ses difficultés sexuelles dans ce cadre. La parole sur ces difficultés répond en effet à certaines règles et s'inscrit dans une économie particulière.

En un sens, en l'absence d'une relation particulière avec les informateurs (être leur ami, être leur curé, être leur médecin, être leur psychologue, etc.), la stabilisation de l'entretien dans un cadre d'interaction connue était difficile et a été ressentie comme telle par les informateurs et par nous-mêmes. La difficulté pour fixer la situation faisait naître un climat de gêne, que nous n'arrivions pas toujours à dissiper. Ainsi, bien que, quelque soit le terrain, la position de l'ethnologue ne soit jamais aisée, certaines situations étaient particulièrement difficiles à négocier : celles où, sollicité sur un sujet sensible et douloureux, notre interlocuteur (le plus souvent interlocutrice) se mettait à pleurer et provoquait chez nous un sentiment de culpabilité et d'impuissance. Impression de « remuer le couteau dans la plaie » et conviction que nous n'étions pas spécialement formé pour prendre en charge les difficultés qui s'exprimaient à ce moment-là.

Ce flottement indique aussi que peut-être plus que sur d'autres sujets, les discours sur la sexualité sont « formés » par le cadre dans lequel ils s'actualisent. Le caractère « scientifique » de l'enquête, le fait qu'il s'agisse de « recherche » a ainsi certainement joué un rôle dans le fait que l'interaction tende à se rapprocher de l'entretien clinique et thérapeutique.

1.2.2.3. L'entretien de recherche face à la demande thérapeutique

De leur côté, nos interlocuteurs tendaient plus ou moins toujours à tirer l'entretien du côté de la demande thérapeutique et à faire de nous un « spécialiste » de la question. Bien que l'aspect non-thérapeutique des entretiens soit explicitement posé dans la courte présentation du questionnaire et qu'il soit rappelé au moment de notre appel, quasiment tous nos informateurs ont espéré trouver avec nous des solutions à leurs problèmes et ce, parfois, avant même d'accepter ou non l'entretien.

Pour une partie des informateurs, il semble que l'acceptation ou le refus de nous accorder du temps s'est fondé sur la possibilité de tirer profit ou non d'un espace de parole supplémentaire et d'une confusion au sujet de nos compétences. Ainsi, un homme ayant laissé ses coordonnées et prêt au départ à participer à l'enquête se rétracta lorsqu'il comprit que cette étude n'était pas une recherche médicale et qu'il n'y avait pas, nous dit-il, de « suivi », comprenant qu'il ne pourrait tirer aucun bénéfice direct de

cet entretien. Un autre patient écrit sur le questionnaire qu'il refuse d'en parler avec quelqu'un d'autre qu'un médecin.

Au début nous n'étions pas très à l'aise face à cette assignation. D'autant plus que nous essayions de tout faire pour distinguer nos entretiens de ceux faits avec le sexologue. Ayant plus ou moins intériorisé la nécessité d'une posture non-engagée et étant convaincu de ne pas pouvoir grand chose, nous nous refusions à nous risquer à donner des conseils ou des pistes d'explication. Au fur et à mesure des entretiens, nous nous sommes dégagé de cette posture et nous assumions mieux la posture de « thérapeute », de « conseiller » ou de « spécialiste » que l'on nous invitait à adopter. Résister à cette « assignation » était vain. Notre stratégie était alors, lorsqu'il nous était demandé ce que nous pensions de la situation, du trouble ou de ce qui pouvait expliquer les difficultés, de ne pas donner plus de place à une approche ou à une autre mais de prêcher une sorte d'œcuménisme thérapeutique et, de manière générale, nous tentions d'adopter la même attitude que nous aurions eu avec un ami et de cultiver notre empathie vis-à-vis de notre interlocuteur. Si l'entretien est un échange, il fallait bien, de toute façon, qu'en échange des informations que nous obtenions sur nos informateurs, nous partagions en retour avec eux ce que nous savions des troubles sexuels, de la sexologie, des différentes thérapies, etc. Savoir qui, au fur et à mesure de l'enquête, ne cessait de s'accroître.

Ainsi, ce serait se leurrer que de négliger le caractère clinique de nos entretiens ou la dimension en partie thérapeutique que nos interlocuteurs leur ont attribué. Pour preuve la question, récurrente en fin d'entretien, sur ce que nous pensions de leur cas, sur les solutions que nous y apporterions, etc.

Il n'est pas sûr d'ailleurs que nos questions aient été très différentes de celles que pose le sexologue à la première consultation. Au-delà des difficultés proprement dites, nos questions portaient sur l'enfance, sur l'éducation sexuelle, sur les différentes expériences amoureuses et affectives, sur la vie conjugale. Les différents thèmes et moments biographiques explorés dans les entretiens montrent, si cela était encore utile, que nous partageons sur ce point avec les sexologues, une même vision de la sexualité et des moments clés de sa construction et de son élaboration (i.e. une théorie historique et biographique du sujet sexuel qui tisse un lien entre situation présente et expériences passées). Par ailleurs, en interrogeant les informateurs sur d'autres aspects de leur vie sexuelle et de leur vie tout court, nous participions à l'élargissement de leur horizon de réflexion (en les amenant par exemple à prendre en compte, simplement par le fait de

l'aborder, la dimension conjugale de leurs difficultés), ce qui, là aussi, nous rapprochait de ce qu'un sexologue peut faire. Nos propres manières de faire n'échappent ainsi pas de la longue « tradition » du recueil des récits sexuels¹.

1.2.2.4. De l'influence de la situation personnelle du chercheur

Ce compte-rendu devrait permettre au lecteur de mieux situer les contraintes « externes » qui ont pesé sur l'enquête. Il ne faudrait toutefois pas penser que les conditions d'enquête auprès des sexologues ou auprès des patients ne sont pas non plus dépendantes de contraintes « internes », c'est-à-dire des propres problématiques personnelles de l'enquêteur qui, s'il construit son terrain au fur et à mesure de l'exploration de différentes pistes, se construit lui-même aussi pendant son terrain. Ainsi, si l'âge du chercheur est régulièrement pris en compte dans les réflexions sur les conditions de l'enquête² et est envisagé comme l'un des paramètres à prendre en compte dans les rapports entre enquêteur et enquêtés, il n'est que rarement envisagé sous l'angle de la maturité et de la formation du jeune chercheur comme individu. Il est clair pourtant qu'entre le début des enquêtes et la fin de la thèse, des transformations « internes » se sont produites et que, si l'on veut, il ne s'agit pas tout à fait de la même personne, dans la mesure où le temps de la recherche de thèse est pour le jeune chercheur non seulement le moment de l'apprentissage d'un métier et d'une identité de métier mais aussi la fin de la jeunesse et le passage à l'âge adulte, parcours dont la fin est marquée par la soutenance de thèse, véritable rite d'institution. Chaque enquête recèle ses propres difficultés et la première recherche et les premiers terrains sont très particuliers parce qu'ils s'inscrivent dans un moment biographique décisif. En ce qui concerne cette recherche, il est clair que nous aurions rencontré des difficultés similaires si nous avions été plus âgé et déjà assuré de notre identité professionnelle mais que certaines sont spécifiques au fait que cette enquête est l'une de nos premières enquêtes³.

Amené à interroger des individus sur leur sexualité et très souvent sur leur histoire conjugale, notre propre expérience vis-à-vis de l'une et de l'autre a pleinement joué dans nos rapports d'enquête. Notre regard sur les difficultés rencontrées par les couples a ainsi certainement changé (sans forcément que l'on en ait conscience) si l'on songe qu'au début de notre enquête nous étions célibataire et que pendant le temps de

¹ Sur la « tradition » des récits sexuels voir Giami, 2000b et 2004b, Chaperon, 2007c : 153-175.

² Voir, par exemple, Fournier, 2006.

³ Notre première formation est une formation en lettres (CPGE) puis en histoire (Licence, Maîtrise). Nous avons entrepris une formation en anthropologie sociale au niveau du DEA, pour l'obtention duquel nous avons effectué une enquête en maison de retraite.

l'enquête nous nous sommes nous-mêmes mis en couple. Partageant une situation similaire, d'une part il était plus facile de faire preuve d'empathie, d'autre part nous pouvions sur certains points utiliser les ressorts de l'auto-analyse puisque nous partagions avec nos interlocuteurs une expérience conjugale¹. Il en va ainsi, par exemple, de l'appréhension de l'emprise de la durée de la relation sur la sexualité conjugale et sur ses implications au niveau subjectif.

1.2.2.5. L'entretien comme épreuve morale

Ayant accepté de faire un entretien il ne s'agit plus pour les personnes interrogées de cacher les difficultés mais de contrôler les informations qu'ils ou elles donnent dans le souci de bien présenter². Nos interlocuteurs essaient de répondre à nos attentes et, par ailleurs, ils sont aussi dans la production d'un discours qui les protège d'une possible stigmatisation. Ils ajustent leur présentation de soi au jugement possible (et supposé) de l'ethnologue. Dans la mesure où il s'agit de décrire les circonstances et les raisons de son recours à la sexologie et que ce recours a le plus souvent pour objectif (dans la plupart des situations étudiées) de restaurer la sexualité, ou tout le moins d'en améliorer la qualité, sa justification nécessite de poser sa sexualité comme légitime par rapport aux normes sociales qui encadrent son exercice.

De ce point de vue, les enjeux de l'entretien ne sont pas les mêmes lorsque que c'est un homme, une femme ou un couple qui répond à nos questions. Laissons de côté les entretiens effectués avec des couples et envisageons pour le moment les problèmes posés par les entretiens individuels. Hommes et femmes se retrouvent face à un enquêteur homme. Ils n'ont pas à « contrôler »³ les mêmes choses, même si, dans les deux cas, il est question de son « honneur ». L'entretien constitue une épreuve morale et la consultation et la restauration de la sexualité revêtent des enjeux différents pour les hommes et pour les femmes. Pour celles-ci, il ne s'agit surtout pas, en abordant la sexualité, de passer pour une femme « qui aime ça ». Revendiquer une sexualité libérée est peu valorisé socialement, dans la mesure où tout égoïsme féminin en la matière est perçu comme le fait d'une identité féminine douteuse. Pour l'exprimer de manière triviale, il ne faut pas passer pour une « salope »⁴. Le fait le plus stigmatisant n'est pas d'avoir des difficultés sexuelles mais de dire que l'on veut les régler pour soi en

¹ Sur les expériences personnelles comme moyen de connaissance, voir Devereux, 1980 :174.

² Firdion & Raphaël, 1998.

³ Ce « contrôle » n'étant pas forcément un processus conscient.

⁴ Paicheler & Loyola, 2003.

affirmant son goût pour une sexualité centrée sur son propre plaisir. L'identité de « bonne épouse » est menacée face à un ethnologue-homme. Pour échapper au jugement moral, il faut donc dire que l'on a agi en accord avec cette identité de femme, d'épouse ; en gros, que l'on a agi moralement. Les discours visent ainsi à légitimer, derrière la justification du recours à la sexologie, un droit à la sexualité et dessinent, en creux, les frontières entre une sexualité légitime et une sexualité illégitime. Les hommes, quant à eux, n'ont pas à justifier leur « droit » à la sexualité, socialement reconnu et évident, incorporé. La question de la justification ne se pose donc pas par rapport à la sexualité comme pour les femmes. Pour les hommes, ce sont les troubles sexuels en eux-mêmes et le fait de ne pas pouvoir avoir une sexualité qui sont directement stigmatisants, notamment lorsqu'ils touchent la capacité à avoir des érections. Face à l'ethnologue il faut construire une explication, une démonstration en vue de se présenter comme victime, pour échapper à la mise en cause de son « honneur », de son identité d'homme. Pour échapper à la honte, il faut renvoyer (ou attacher) les difficultés sexuelles à un domaine où la morale n'est plus censée s'exercer. Face au jugement moral, il faut expliquer que le problème n'est pas du ressort de la morale. En disant agir moralement, les femmes acceptent l'épreuve morale, tandis que les hommes, détournant les regards du champ de la morale, écartent l'épreuve morale. Le type des récits recueillis avec les hommes diffère ainsi de celui des récits des jeunes femmes interrogées. Si les récits féminins prenaient la forme générale d'une *justification* et mobilisaient un argumentaire pour légitimer (rendre *juste*) une démarche, les récits masculins sont plus proches du *témoignage*, largement guidés par la description de ce qui est arrivé et soucieux de souligner l'*injustice* de leur condition.

Assumer n'est pas chose facile, c'est sûrement ce que signifie l'absence au rendez-vous de trois des hommes avec qui nous avons pris date. Il semble en effet que la gestion du stigmat soit plus difficile pour les hommes que pour les femmes. Alors que les femmes montrent plutôt au moment de l'entretien une tendance à l'auto-culpabilisation, utilisant souvent un vocabulaire de la faute mais se livrant assez facilement, les hommes semblent moins enclins à supporter l'idée d'une responsabilité face à leur trouble et adoptent des stratégies d'évitement. De manière générale, cela a pour conséquence que les entretiens avec un certain nombre d'hommes ont été plus difficiles car ils étaient moins portés à l'autoréflexivité que les femmes. Alors qu'*a priori*, nous avons pensé qu'être un homme serait un handicap dans les entretiens avec des femmes et un avantage dans les entretiens avec les hommes, le déroulement de

l'enquête montre au contraire qu'avec les hommes être un homme s'est avéré plus problématique. D'autant plus que notre statut ne nous permettait pas, comme celui de médecin, de « neutraliser » en partie notre assignation à une catégorie de genre.

1.2.2.6. Une « fenêtre de parole » réduite

Si recruter auprès de sexologues comportait un certain nombre d'avantages (et s'avérera être, au final, la seule voie efficiente d'accès à des récits de patients), la méthode recelait des biais notamment parce que les personnes recrutées étaient interrogées au moment où elles entreprenaient de consulter et où elles étaient en train d'effectuer une démarche. En effet, la prise en charge en sexologie est le plus souvent courte et ne s'étale généralement pas sur plus de six mois. A cet instant, les personnes n'avaient pas toujours beaucoup de recul sur leur situation. Quasiment toutes les personnes que nous avons recrutées par ce dispositif n'avaient pas une très longue expérience de la thérapie et parmi elles, certaines interrogées après leur première consultation, ne sont plus retournées chez le sexologue. Ainsi, bien que cela nous ait permis de recueillir une parole, celle-ci était limitée puisqu'à cette étape nos interlocuteurs se sentaient très souvent impuissants face à leur trouble. Cette situation bridait donc un peu le discours parce que le recours à la sexologie était trop récent et lors de l'entretien, il était difficile pour nos interlocuteurs de le replacer dans un récit biographique plus large. Les deux entretiens approfondis que nous avons réalisés avec des personnes trouvées par interconnaissance sont, à ce titre, plus instructifs : nos interlocutrices avaient consulté bien avant de faire l'entretien et avaient donc pu s'approprier cette expérience, éloigner la souffrance qui y était associée et construire un discours plus réflexif.

Au final, il est difficile de savoir dans quelle mesure cette parole difficile autour des troubles sexuels et du recours à la consultation relève d'une incapacité à en parler ou plutôt d'une résistance à en parler. On peut affirmer que faire des entretiens avec des personnes au moment où elles entreprennent de consulter est problématique dans la mesure où elles se sentent, à cette étape, impuissantes face à leur trouble et qu'elles manquent de recul sur la thérapie. Il aurait fallu réaliser de nouveaux entretiens avec des personnes ayant été, de leur point de vue et/ou de celui du sexologue, au terme du processus thérapeutique.

D'un autre côté, cherchant à revoir certaines des personnes après avoir laissé écouler un peu de temps, nous avons constaté que seules quelques personnes parmi

celles n'ayant pas encore trouvé de solutions à leur problème ont accepté de refaire un entretien. Bien que recruter nos interlocuteurs au moment de leur thérapie ait été tout à fait bénéfique pour l'enquête, cela impliquait toutefois de leur part un manque de recul par rapport à leur démarche. En effet la démarche de consultation et l'entrée dans un processus thérapeutique apparaissent comme des moments largement favorables à une mise en parole des difficultés, même si elle est maladroite et peu réflexive. Lorsque la séquence thérapeutique est close (terminée, suspendue ou abandonnée), la parole est plus difficile et plus rare. L'une de nos interlocutrices, que nous contactions pour un second entretien, refusait ainsi de nous revoir en arguant que ses problèmes étaient désormais résolus et qu'elle voulait « tourner la page »¹. Il paraît ainsi clairement que l'entretien avec nous est inscrit (consciemment ou inconsciemment) dans l'itinéraire thérapeutique de nos interlocuteurs. Ainsi ils ont saisi les possibilités offertes par l'enquête en termes d'espace de parole supplémentaire sur leurs difficultés.

La parole sur les difficultés sexuelles étant difficile, notre dispositif de recrutement s'est avéré tout à fait utile dans la mesure où il nous permettait de profiter de la « fenêtre d'expression » que créent la démarche de recours et le processus thérapeutique. « Fenêtre » qui se referme très vite pour de nombreux informateurs. Pour les différentes raisons évoquées, le fait d'être un inconnu a certainement facilité le dialogue. D'ailleurs, les personnes que nous avons recrutées par interconnaissance, nous ont explicitement demandé de ne pas en parler à nos amis communs. Le fait que l'entretien avec nous ouvre un espace supplémentaire pour parler de ses difficultés a été expressément donné comme l'une des motivations à participer à l'enquête par certains de nos interlocuteurs. Notre place était fixée, nous étions le dépositaire de leur parole.

1.2.3. Profil sociologique de la clientèle des sexologues

Le dispositif de recrutement que nous avons mis en place ne visait pas à construire des données susceptibles de faire l'objet d'un traitement quantitatif mais était seulement un moyen d'accéder à des patients et à des données qualitatives. Nos mini-questionnaires n'étaient donc pas, initialement, destinés à faire l'objet d'un traitement spécifique. Toutefois, le nombre de questionnaires recueillis (n = 80) auxquels nous

¹ Nous avons remarqué la même chose, lors d'une enquête parallèle à notre thèse, dans le cas des personnes transsexuelles inscrites dans une démarche de « réassignation » médicale et juridique. Ainsi, comme nous le notions avec Jérôme Courduriès, nombreux étaient les transsexuels qui tenaient un blog sur Internet tout au long de leur parcours mais qui le fermaient dès que le parcours de « réassignation » était terminé. Sur cette enquête, voir Courduriès, 2008 et Michels, 2008.

pouvions ajouter les données des situations que nous avons recueillies par interconnaissance (n = 2), nous a amené à considérer que le nombre « d'individus » permettait de les traiter de manière quantitative pour avoir quelques éléments sur le profil sociologique de la clientèle des sexologues. La taille de l'échantillon (n = 82), l'absence de contrôle concernant la mise à disposition des questionnaires et le fait que ces derniers n'avaient pas été conçus pour faire l'objet de ce type d'analyse, amène bien-sûr à être très prudent sur les résultats. Ce qui interdit toute conclusion définitive sur le profil sociologique de la clientèle. Les tendances dégagées peuvent être considérées comme des pistes qui demanderaient à être vérifiées par une véritable enquête statistique. Nous avons confronté nos résultats avec les données empiriques tirées de notre enquête de terrain ainsi qu'avec les résultats d'une étude menée par des sexologues en France en 1996¹.

1.2.3.1. Sexe, situation conjugale et âge

Tableau 4: Situation conjugale des répondants selon le sexe

Situation conjugale	Hommes	Femmes
En couple cohabitant	35	23
En couple non-cohabitant	1	0
Divorcé	3	0
Célibataire	12	4
Non renseigné	1	3
Total	52	30

Sur les quatre-vingt-deux individus, cinquante-deux sont des hommes et trente des femmes. Les auteurs de l'enquête de 1996 portant sur 360 questionnaires distribués à des patients lors de leur première consultation précisent qu'un peu plus de 68% des répondants sont des hommes et notent que cette proportion, « deux hommes pour une femme », correspond « au profil habituel des consultants en sexologie »². La majorité des sexologues que nous avons nous-mêmes rencontrés va dans ce sens et nous a également dit recevoir plus d'hommes que de femmes en consultation. L'une de nos interlocutrices établit d'ailleurs un rapport de 60 hommes pour 40 femmes. Ces différents éléments semblent permettre de dire que la clientèle sexologique est tendanciellement plus masculine que féminine. Ajoutons que, si l'on en croit un

¹ Bonierbale, Rizzo & Tremblay, n. d.

² Bonierbale, Rizzo & Tremblay, n. d.

témoignage de la sexologue Mireille Bonierbale paru dans *Libération* en 2001, le *sex ratio* de la clientèle s'est inversé au profit des hommes au tournant des années 1990. Alors que dans les années 1970-1980 les femmes étaient majoritaires, ce sont désormais les hommes qui consultent le plus¹. Au-delà de son aspect purement informatif et descriptif, cette donnée est l'occasion de formuler un certain nombre de questions sur la démarche thérapeutique elle-même. On pourrait ainsi penser que cette répartition correspond à une épidémiologie différenciée des troubles sexuels et au fait que les hommes seraient plus touchés par les troubles sexuels que les femmes, mais cela ne s'avère pas exact si l'on se réfère aux données de l'enquête CSF 2006². Une autre hypothèse à formuler serait que si le recours à la sexologie est un peu plus fréquent pour les hommes que les femmes c'est parce que les femmes s'adressent, pour ce type de problèmes, à d'autres praticiens. Le renversement récent du *sex ratio* de la clientèle sexologique pourrait aussi s'expliquer par les évolutions contemporaines en matière de sexualité. Ainsi, mettant en regard l'augmentation du taux de satisfaction sexuelle chez les femmes depuis 1972 (enquête Simon) et le léger tassement du taux d'insatisfaction sexuelle des hommes mesuré par l'enquête CSF 2006, Nathalie Bajos, Michèle Ferrand et Armelle Andro se demandent

« si cette nouvelle norme d'une sexualité épanouie qui s'est développée ces dernières années n'est pas finalement plus contraignante pour les hommes qui doivent s'accomplir dans une relation sexuelle et affectives tout en étant "performants"(...) »³

Du point de vue de leur situation conjugale, la très grande majorité des répondants sont en couple au moment de leur consultation, et les 2/3 de ces personnes sont mariées ou pacsées. Dans l'enquête de 1996, près de 74% des répondants se déclaraient mariés (51%) ou concubins (23%), tandis que 9% entretenaient une liaison. Ainsi plus que l'institutionnalisation de l'union, c'est le fait d'être en couple qui reste la donnée la plus marquante. Précisons tout de suite que cela ne nous dit pas toutefois si les personnes en couple consultent seules ou, précisément, en couple. Les célibataires semblent légèrement sous-représentés dans la clientèle des sexologues par rapport à leur proportion dans la population générale. Cette sous-représentation des célibataires, si elle était avérée, montre que la dimension conjugale est une composante importante dans « l'apparition » (ou « la découverte ») des troubles sexuels et du recours à la sexologie.

¹ *Libération*, 6/7 juillet 2001, p.39.

² Levinson, 2008 : 488-489.

³ Bajos, Ferrand & Andro, 2008 : 563.

Le lecteur verra peut-être ici une évidence mais, dans la mesure où être célibataire n'implique pas en théorie que l'on n'ait pas de rapports sexuels, la proportion de célibataires pourrait être plus importante. On croit pouvoir par ailleurs avancer que dans la clientèle de célibataires, la part d'hommes célibataires est proportionnellement plus importante que celle des femmes célibataires.

Tableau 5: Répartition des répondants par tranche d'âges

Tranche d'âge	Hommes	Femmes
18-19	1	0
20-24	1	3
25-29	3	4
30-34	4	9
35-39	9	6
40-44	4	0
45-49	5	2
50-54	2	2
55-59	8	1
60-64	4	0
65-69	2	0
70-74	2	1
Non renseigné	7	2
Total	52	30

Le tableau 5 montre la répartition de notre échantillon selon l'âge et le sexe. Le nombre limité de questionnaires féminins invite à être prudent sur les « résultats » et sur la comparaison possible entre hommes et femmes. Dans notre échantillon, l'amplitude d'âge est légèrement plus grande pour la clientèle masculine que pour la clientèle féminine de la sexologie, puisque l'homme le plus jeune a 18 ans et le plus âgé a 73 ans, tandis que chez les femmes, la plus jeune a 22 ans et la plus âgée 70 ans. Dans l'étude déjà citée de 1996, l'amplitude d'âge de consultation des hommes était bien supérieure à celle des femmes, puisque l'âge des femmes se situait entre 18 et 56 ans, tandis que celui des hommes se situait entre 18 et 73 ans. Cette différence se retrouverait dans notre échantillon si la plus âgée d'entre elles n'était pas présente. En effet, la femme qui la précède dans l'ordre des âges n'a que 58 ans, et aucune autre femme de notre échantillon n'a entre 59 et 69 ans. Ce différentiel entre les amplitudes d'âge de consultation est une illustration du désintérêt plus précoce des femmes pour la

sexualité¹. Les causes précises de ce désintérêt devraient être explorées en détail et parmi elles les effets de l'accession au statut de grand-mère. Comme l'ont montré les recherches récentes d'Agnès Fine, Véronique Moulinié et Jean-Claude Sangoï², ce nouveau statut marque symboliquement le passage du pouvoir génésique de la mère à la fille et cette transmission s'accompagne de représentations qui prescrivent l'arrêt des grossesses, et réproouvent les gestations tardives. Dans les faits, ces représentations conduisent souvent les femmes à mettre fin d'elles-mêmes à la sexualité conjugale³ ce qui illustre par ailleurs que les acteurs sociaux ne font pas toujours nécessairement la distinction entre « fonction reproductive » et « fonction érotique » de la sexualité.

Pour les femmes, l'âge modal de consultation est 30 ans et les 3/4 d'entre elles (22 sur 28) consultent entre 22 ans et 39 ans. L'âge moyen des femmes de notre échantillon est de 36 ans. Pour les hommes, l'âge modal de consultation est 39 ans et les 2/3 d'entre eux (30 sur 45) consultent entre 39 ans et 65 ans. L'âge moyen des hommes de notre échantillon est de 46 ans. Si l'on utilise ces données transversales et qu'on les interprète dans une perspective longitudinale, il semble donc que la possibilité de recourir à la sexologie intervienne dans la vie des femmes non pas plus précocement que dans la vie des hommes, puisqu'un nombre non négligeable d'hommes de moins de 40 ans consultent, mais sur une durée plus courte. C'est ce que semble indiquer l'écart d'environ 10 ans entre les âges moyens et les âges modaux de consultation des femmes et des hommes (respectivement 36 et 30 ans et 46 ans et 39 ans). Biographiquement la consultation n'interviendrait pas au même moment pour les femmes et pour les hommes.

¹ Bajos & Bozon, 2011. Pour les deux auteurs, ce « retrait » de la sexualité se fait dix ans plus tôt chez les femmes que chez les hommes.

² Fine, Moulinié & Sangoï, 2009.

³ Moulinié, à paraître.

1.2.3.2. Appartenance socioprofessionnelle

Tableau 6: Professions des répondants

Hommes (n = 52)		Femmes (n = 30)	
Lycéen / Etudiant	2	Etudiante	3
Ouvrier	3	Ouvrière spécialisée	1
Technicien	6	Technicienne	1
Vendeur	2	Service à la personne	3
Employé secteur social ou culturel	2	Coiffeuse	1
Employé administration publique	1	Secrétaire	6
Enseignant du secondaire	2	Educatrice spécialisée	1
Cadre (industrie) / Ingénieur	3	Infirmière	1
Cadre (commerce)	8	Cadre (commerce)	3
Cadre (administration publique)	1	Cadre (administration publique)	1
Profession libérale (santé)	1	Profession libérale (santé)	1
Enseignant/chercheur du supérieur	1	Profession artistique	1
Artisan	1	En congé parental	1
Agriculteur	1	Sans Emploi	1
Chômeur	0	Chômeuse	1
Retraité	8	Retraîtée	1
Non renseigné	7	Non renseigné	3

Le tableau 6 reprend les informations disponibles concernant l'appartenance socioprofessionnelle des patients, en distinguant les professions exercées par les femmes et par les hommes. Un peu plus d'un tiers des patients (26 sur 72 renseignés, en gris clair) appartient aux classes moyennes inférieures (à la fois en termes de capital économique, de capital culturel et de capital scolaire) et exerce un emploi sur des postes d'employés, d'ouvrier ou de technicien, tandis qu'un autre tiers (22 sur 72, en gris foncé) appartiennent aux classes moyennes et supérieures et occupent des emplois de cadres, d'enseignants ou des professions libérales (mieux dotés en capital économique et scolaire). Le dernier tiers (en blanc) correspondant aux étudiants, chômeurs, retraités, etc. Les professions exercées par les femmes sont plutôt des emplois de bureau (secrétaire) ou tournés vers le service aux personnes, qui les placent dans une situation d'aide, de soin ou d'éducation (auxiliaire de vie, aide-maternelle, éducatrice spécialisée, infirmière) et, quand elles sont cadres, c'est plutôt dans le commerce. Chez les hommes, les activités se répartissent autour de deux pôles que sont le commerce (vendeur, cadre

du commerce) et les métiers demandant un savoir et/ou un savoir-faire technique, technologique ou scientifique (ouvrier, technicien, ingénieur, enseignant du technique, artisan). Le nombre assez élevé de retraités dans notre échantillon, quant à lui, nous renseigne moins sur l'appartenance socioprofessionnelle que sur l'âge des hommes qui consultent. On fait l'hypothèse que du point de vue de l'appartenance socioprofessionnelle le recours à la sexologie semble au final moins liée au capital économique (puisque'il peut concerner tout aussi bien des cadres que des ouvriers) ou au capital scolaire (on a des ingénieurs aussi bien que des techniciens), qu'au rapport qu'entretiennent les personnes avec les savoirs et savoir-faire techniques ou scientifiques pour les hommes, ou ceux en lien avec les mondes du *care* pour les femmes. On peut supposer qu'*a contrario* les personnes plus fortement liées aux mondes littéraires, philosophiques ou à celui des sciences sociales mettent en place d'autres types de recours thérapeutiques pour faire face à leurs difficultés.

1.2.4. Présentation synthétique des situations étudiées

Tableau 7: Tableau synthétique des situations de recours étudiées

Situation de recours	Enquêté	Age au moment de l'entretien	Profession au moment de l'entretien	Situation conjugale au moment de la consultation	Ancienneté de la relation au moment de la consultation	Situation familiale au moment de la consultation	Modalités de consultation
1	Caroline (1)	28 ans	Cadre commercial	en couple	deux ans	sans enfant	seule
2	Valérie (2)	27 ans	Commerciale	en couple	trois ans	sans enfant	en couple
3	Julien (3)	35 ans	Bibliothécaire	en couple	deux ans	un enfant avec qui il vit	seul
4	Paul (4)	56 ans	Ancien ouvrier en invalidité	en couple marié	trente sept ans	trois enfants avec qui ils ne vivent plus	en couple
	Janine (5)	53 ans	Assistante maternelle				
5	Patrick (6)	39 ans	Professeur agrégé en lycée technique	célibataire	sans objet	sans enfant	seul
6	Christine (7)	37 ans	Informaticienne	en couple marié	quatorze ans	deux enfants avec qui elle vit	seule
7	Jean-Claude (8)	45 ans	Gérant d'un commerce	en couple, divorcé	vient de se remettre en couple avec une ancienne compagne	deux enfants avec qui il ne vit pas et dont un non reconnu	seul
8	Guillaume (9)	35 ans	Technicien	en couple marié	quatre ans	sans enfant	en couple
	Stéphanie (10)	33 ans	Sage femme				
9	Olivier (11)	32 ans	Vendeur	en couple (marié depuis six mois), en cours de divorce	six ans	sans enfant	seul
10	Abigail (12)	30 ans	Assistante d'éducation	en couple mariée depuis un an	dix ans	sans enfant	en couple
11	Louis (13)	55 ans	Chef d'équipe dans l'énergie	en couple marié	trente deux ans	deux enfants avec qui il ne vit plus	seul
12	Joseph (14)	58 ans	Retraité, ancien ouvrier dans une menuiserie industrielle	en couple marié	vingt six ans	un enfant avec qui il ne vit plus	seul
13	Lucien (15)	59 ans	Electromécanicien	en couple, en cours de divorce d'avec sa première femme	deux ans	deux enfants avec qui il ne vit plus	en couple
	Christiane (16)	56 ans	Secrétaire à l'université	en couple, divorcée		deux enfants avec qui elle ne vit plus	
14	Fanny (17)	28 ans	Intérim	célibataire	sans objet	sans enfants	seule
15	Audrey (18)	27 ans	Assistante de gestion dans une entreprise agricole	en couple, mariée	neuf ans	un enfant avec qui elle vit	seule
16	Dorothée (19)	24 ans	Etudiante	en couple	un an	sans enfant	seule
17	José (20)	55 ans	Ancien cadre, au chômage depuis 15 ans	divorcé	sans objet	deux enfants avec qui il ne vit plus	seul
18	Gérard (21)	42 ans	Chauffeur routier	divorcé, relation « impossible » avec une femme mariée,	un an et demi	deux enfants qu'il a en garde alternée	seul
19	Géraldine (22)	33 ans	Animatrice socioculturelle	en couple	neuf ans	un enfant, enceinte d'un second	en couple
20	Natacha (23)	33 ans	Juriste pour une mutuelle	en couple	quatre ans et demi	vit 1 semaine sur 2 avec les trois enfants de son compagnon	seule
21	Mickaël (24)	31 ans	Cadre commercial	en couple	un an et demi	sans enfant	en couple
	Stéphane (25)	39 ans	Cadre commercial				
22	Denis (26)	39 ans	Ouvrier dans le BTP	en couple	deux ans	Un enfant qu'il a en garde alternée	seul

Tableau 8: Tableau synthétiques des situations secondaires étudiées

Situation de recours	Enquêté	Age au moment de la rencontre	Type de rencontre
23	Magali (27)	31 ans	informelle
24	Leila (28)	30 ans	Internet
25	François (29)	55 ans	informelle
26	Alex (30)	25 ans	informelle
27	Sofiane (31)	33 ans	observation
28	Céline (32)	45 ans	informelle
29	Sandrine (33)	25 ans	Internet
30	Max (34)	20 ans	Internet
31	Fernand (35)	58 ans	Internet
32	Jean (36)	52 ans	Internet

2. Problématique et annonce du plan

Le déplacement de la problématique

Avant de se focaliser sur la compréhension du recours à la sexologie, qui constitue le cœur de ce travail et dont nous avons présenté les principaux enjeux dès les premières pages de ce mémoire de thèse, la recherche a d'abord tenté d'embrasser une réalité sociale différente. En effet, comme nous l'avons rappelé en rendant compte du déroulement de notre enquête, notre intention première était de nous concentrer sur la pratique de la sexologie. Notre questionnement a donc opéré un déplacement radical entre le moment de nos premières prises de contact avec les praticiens toulousains et celui où nous débutons la rédaction. Cette évolution s'est faite progressivement.

Si nous avons abandonné toute ambition de dire quelque chose de la pratique de la sexologie c'est d'abord que malgré les diverses pistes ouvertes par l'enquête, aucune ne s'avéra satisfaisante pour obtenir les données nécessaires à son analyse. Les entretiens avec les sexologues ne donnaient que très peu d'informations sur les modalités concrètes de la prise en charge. Interrogés sur les cas qu'ils rencontraient, les praticiens mettaient en avant la singularité de chaque situation. Lorsqu'il s'agissait de décrire leur pratique, ils avaient tendance à produire un discours globalisant et général. Par ailleurs, le cadre des entretiens et le type de relation que nous entretenions n'étaient finalement guère propices à l'exploration précise de situations cliniques. Les patients ne s'avéraient guère plus capables de décrire ce qui s'était concrètement fait lors des consultations. Beaucoup ne consultant qu'une seule fois ou sur seulement quelques

séances et les « abandons » étant très nombreux, cela ne nous permettait pas vraiment de pénétrer le travail effectué en séance. C'est d'ailleurs bien parce que nous savions dès le début de l'enquête que l'entretien n'était pas la méthode la plus adéquate pour répondre aux questions qui nous animaient encore implicitement à l'époque que nous avons tenté d'accéder à l'observation directe de consultations. Malheureusement l'entrée sur ce terrain s'est avérée impossible à ce moment là.

On nous objectera que si les sexologues ne parlent pas de leur pratique et que s'ils ferment la porte à toute observation, en revanche, ils écrivent et que l'analyse d'un corpus constitué par leurs écrits professionnels, scientifiques et de vulgarisation aurait pu constituer un moyen d'étudier leur pratique. C'eût été une voie possible et c'est celle-là même que de nombreux travaux en sciences sociales suivent lorsqu'il s'agit d'aborder les disciplines relevant du soin, de la gestion du corps ou du conseil (esthétique, diététique, conseil conjugal, etc.). Il nous semble toutefois que si cette solution permet de définir les normes de la pratique, elle n'en est pas moins inefficace pour dire ce qui se passe et ce qui se fait concrètement pendant les consultations. De ce point de vue là, nous faisons nôtres les réflexions d'Albert Ogien, critiquant certaines approches de la psychiatrie :

« (...) il est permis de penser que les descriptions officielles d'une activité (...) ne sont que des productions visant à traduire ou justifier en rationalité un travail devenu routinier, ne prenant donc plus en considération le fait qu'il accomplit ou non les prescriptions que ces descriptions annoncent. (...) Aussi, cette analyse connaît les limites de pertinence que son projet lui trace : rien n'autorise, à partir de ses conclusions, à établir une corrélation, et plus encore un lien de causalité directe, entre ces descriptions officielles et ces représentations publiques et l'activité pratique telle qu'elle se déroule dans son exercice quotidien. »¹

Enfin, paradoxalement, si nous avons décidé de ne rien dire de la pratique de la sexologie, c'est parce qu'au fur et à mesure de notre enquête nous étions de plus en plus renseigné sur cette pratique. Il nous apparaissait de plus en plus clairement que si la sexologie désignait bien un champ d'intervention thérapeutique sur les troubles de la fonction sexuelle, elle n'en était pas moins très hétérogène du point de vue de sa pratique et relevait de type d'interventions se fondant sur des approches théoriques très distinctes : médecine allopathique, psychothérapie, hypnose, relaxation, exercices corporels, etc. Ainsi, nous faisons par exemple le constat que le modèle de prise en

¹ Ogien, 1989 : 19-20

charge comportementale proposé en leur temps par William Master et Virginia Johnson¹ (dans lequel l'intervention est dirigée par deux praticiens de sexes opposés et le traitement suit des étapes bien précises), faisait désormais partie de l'histoire de la discipline et que, s'il inspirait la pratique de certains thérapeutes, il n'était plus (mais l'a-t-il jamais été à grande échelle ?) utilisé en France. Le cadre de la prise en charge s'avérait donc extrêmement variable d'un praticien à l'autre. Il nous semblait donc impossible de dégager un modèle type de « cure », ou un standard de prise en charge. Cette hétérogénéité était bien sûr un phénomène susceptible d'être soumis à une analyse mais cela relevait selon nous d'une problématique d'histoire et de sociologie des professions qui était déjà investie² et que, de toute façon, nous ne voulions pas suivre. Tous ces éléments ont participé de notre progressive baisse d'intérêt pour la pratique sexologique et, dès les premiers entretiens avec les patients, il nous est très vite apparu qu'il était plus opportun, en somme, compte tenu de ce que nous avons dit précédemment, de ne s'intéresser qu'à la demande et d'oublier l'offre.

Le recours à la sexologie : un point d'observation privilégié de la sexualité contemporaine

Notre intérêt pour l'étude de la sexualité n'était bien sûr pas étranger à notre choix de travailler sur la pratique de la sexologie, mais pris sous cet angle c'était avant tout la question de la normalisation disciplinaire de la sexualité qui nous aurait occupé. Notre projet d'étudier l'intervention sexologique étant compromis, la sexologie, qui avait été le point de départ de nos investigations, s'est trouvée reléguée au second plan, n'étant désormais que la voie par laquelle nous saisissons, en nous focalisant sur la démarche thérapeutique, un discours non plus savant mais profane sur la sexualité. Les entretiens avec les patients, s'ils se sont avérés bien peu utiles pour l'étude de la pratique de la sexologie, sont ainsi très vite apparus être une entrée particulièrement intéressante pour approfondir les connaissances des sciences sociales sur la sexualité.

Pour être tout à fait précis, le travail ne couvre pas toute « la » sexualité mais s'intéresse évidemment à la sexualité d'hommes et de femmes dont le profil sexuel est typique du public de la sexologie : majoritairement hétérosexuels, vivant en couple et ne revendiquant pas d'appartenance ou d'adhésion à des subcultures sexuelles (sado-masochisme ou échangisme par exemple). L'intérêt est ici que cette « population », si on nous accorde cet abus de langage, n'est pas celle qui a été la plus enquêtée par les

¹ Master & Johnson, 1971.

² Alain Giami avait mené, en 1998, la première enquête quantitative sur la « profession » de sexologue (Giami et de Colomby, 2001).

recherches qualitatives¹ portant sur la sexualité en France. Cela s'explique tout d'abord par le fait que le renouveau des études sur la sexualité en sciences sociales à la fin des années 1980 s'est fait dans un contexte marqué par l'épidémie du VIH. L'intérêt s'est donc essentiellement porté sur les sexualités ou pratiques minoritaires des personnes qui étaient les plus vulnérables face au virus (homosexuels masculins, bisexuels, prostitué-e-s, toxicomanes, échangistes, etc.)² et qui ont été dès lors appréhendées sous l'angle du risque³. Par ailleurs, les travaux empiriques en sociologie ou en anthropologie du genre et de la sexualité qui ne portent pas sur ces groupes ou situations « à risque » se focalisent souvent sur la jeunesse, période clé du point de vue des apprentissages sexuels et sexués⁴. Les études sur le couple et la conjugalité qui s'intéressent de manière privilégiée aux couples hétérosexuels adultes, quant à elles, ignorent encore très largement la question de sexualité⁵, comme s'il n'y avait rien à interroger. C'est en effet que si la situation des recherches sur la sexualité est fortement liée à l'épidémie à VIH, elle est aussi l'héritière d'une épistémologie dans laquelle « l'hétérosexualité » n'était pas encore soumise à la déconstruction et à l'historicisation⁶. Comme le notent Catherine Deschamps, Laurent Gaissad et Christelle Taraud,

« le présupposé général, y compris dans le monde académique, est que l'hétérosexualité est la "norme" : il est dès lors souvent considéré comme inutile de la questionner plus avant. C'est pourquoi, l'histoire, la sociologie et l'anthropologie des sexualités ont plutôt eu tendance à mettre l'accent sur les "altérités" sexuelles (...) ».⁷

¹ Par ce terme on désigne avant tout les travaux de sociologie et d'anthropologie sociale et on écarte l'histoire des sexualités. Pour un bilan sur les études historiques voir Chaperon, 2002a ; Rebreyend, 2005 ; Tamagne, 2006 ; Revenin, 2007.

² Voir Giami et Schiltz, 1996 ; Bajos, Bozon, Giami, Doré & Souteyrand, 1995. A titre d'exemples représentatifs on pourrait citer les travaux de Rommel Mendès-Leite et de Catherine Deschamps, voir par ex. Mendès-Leite & Proth, 2002 et Deschamps, 2002.

³ Giami, 2004b. Pour une analyse des effets des discours autour du risque du VIH sur la subjectivité homosexuelle voir la thèse récente de Gabriel Girard (Girard, 2012).

⁴ Voir par ex. Hamel, 2003 ; Giami & Schiltz, 2004 ; Renahy, 2005 ; Le Gall & Le Van, 2007 ; Clair, 2008.

⁵ Voir par ex. Kaufmann, 1993.

⁶ Dans cette perspective, l'hétérosexualité n'est pas seulement envisagée comme une simple description de l'orientation sexuelle, mais comme un mode de vie, une identité, une culture. Comprise ainsi, elle est une manière spécifique d'organiser la sexualité entre hommes et femmes du point de vue non seulement des pratiques mais aussi du sens que les individus donnent à cette activité. Nous revenons sur ce point dans notre premier chapitre. Voir Katz, 2001 ; Giami, 1999a ; Tin, 2003 et 2009.

⁷ Deschamps, Gaissad & Taraud, 2009 : 9. Et de fait, les monographies prenant explicitement l'hétérosexualité pour objet sont encore rares si on compare leur nombre avec la profusion de travaux sur l'homosexualité. L'interrogation sur l'hétérosexualité et sur le système de relations particulier qu'elle institue est toutefois une perspective qui se développe si l'on en juge par la présence de cette question dans certains travaux récents comme par exemple celui de Mélanie Gourarier sur la Communauté de la séduction en France (Gourarier, 2012) ou celui de Mathieu Trachman sur le travail pornographique (Trachman, 2013).

Il y a donc encore peu d'études qualitatives qui interrogent les hommes et les femmes hétérosexuels adultes sur leur rapport à la sexualité. Une grande partie des connaissances actuelles que nous avons sur le sujet est à mettre au crédit des enquêtes quantitatives en population générale qui ont été menées en France. A l'enquête pionnière de Pierre Simon en 1972¹, ont en effet succédé deux grandes enquêtes : l'enquête ACSF en 1992² et l'enquête CSF en 2006³. Même si elles confirment une diversification des trajectoires affectives et conjugales, ainsi que du répertoire des pratiques et au-delà des évolutions qui ont eu lieu entre 1992 et 2006⁴, le principal enseignement de ces deux enquêtes est de montrer la permanence des représentations différenciées de la sexualité selon le genre. En effet, malgré les évolutions très importantes de la situation des femmes depuis les années 1970 et le progressif rapprochement de leurs expériences sexuelles avec celles des hommes, les femmes continuent de se distinguer nettement des hommes dans la manière d'appréhender la sexualité. Pour les hommes, la sexualité est plus souvent vécue comme une expérience individuelle et ils séparent beaucoup plus nettement sexualité et sentiment. Pour les femmes, la sexualité reste encore largement une affaire relationnelle qui prend tout son sens dans un cadre sentimental stable, elles ne séparent pas sexualité et lien affectif⁵. La sexualité ne fait donc pas sens de la même manière selon que l'on est un homme ou une femme. Ce constat scientifique vient en quelque sorte confirmer ce que chacun « sait » par ailleurs intuitivement : les hommes et les femmes sont différents. Les représentations savantes et populaires divergent toutefois sur l'explication du phénomène. Les représentations communes tendent ainsi à *fonder en nature* cette différence tandis que la sociologie, de son côté, tend à expliquer cette différence par le processus de *socialisation différenciée* des hommes et des femmes. La force des deux enquêtes est ainsi de confirmer l'importance structurelle et structurante des déterminismes liés au genre en matière sexuelle. Si c'est le propre des approches quantitatives que d'insister sur les représentations majoritairement partagées, le changement d'échelle est très important pour mieux comprendre comment tout cela se passe au niveau microsocial. C'est tout l'intérêt, par exemple, de l'étude qualitative de

¹ Simon, Gondonneau, Mironer & Dourlen-Rollier, 1972.

² Spira, Bajos & Groupe ACSF, 1993.

³ Bajos, Bozon & Beltzer, 2008.

⁴ Nous ne présenterons pas en détail ces deux grandes enquêtes qui explorent de très nombreux thèmes et aspects de la sexualité et qui ont donné lieu à un nombre important de publications. Nous y référons chaque fois que nécessaire dans les analyses qui suivent.

⁵ Voir les articles de synthèse de chacune des enquêtes : pour ACSF 1992, voir Bozon, 1998a : 29-30 ; pour CSF 2006, voir Bajos, Bozon, 2008 : 592.

Marie-Laure Déroff, *Homme / Femme : la part de la sexualité*¹, qui en s'appuyant sur un corpus de 28 entretiens avec des hommes (de 24 à 53 ans, n=12) et des femmes (de 24 à 49 ans, n=16) hétérosexuels adultes, examine d'une part comment ils et elles se situent par rapport à ses représentations sociales de la sexualité, comment ils et elles y adhèrent ou au contraire les contestent et d'autre part comment ces positionnements s'articulent à la construction des identités sexuées. Du discours de ses interlocuteurs, elle dégage deux modèles de sexualité : un modèle relationnel (dans lequel la sexualité est une des dimensions d'une relation plus large²) et un modèle individuel (la sexualité est au service de la satisfaction du désir d'un corps³). Mais si ces deux formes de sexualité sont expérimentées par la majorité des personnes rencontrées par Marie-Laure Déroff, les hommes et les femmes ne le vivent pas de la même manière. Ainsi, si la sociologue a recueilli de nombreux cas de femmes lui racontant vivre ou avoir vécu des expériences sexuelles pour le plaisir, sans engagement sentimental, les témoignages montrent que ces expériences ne sont pas moins souvent vécues comme illégitimes⁴. Les hommes eux revendiquent beaucoup plus facilement cette forme de sexualité. Toutefois, compte tenu des changements en cours dans la masculinité qui rendent moins légitime l'expression d'une virilité trop grossière⁵, certains hommes, en racontant ses expériences, prennent le soin d'atténuer leur récit en insistant par exemple sur la réciprocité des désirs ou sur l'attention portée à leur partenaire⁶. Si l'adhésion des femmes au modèle de sexualité relationnelle est socialement prescrite, il est toutefois attendu des hommes qu'ils cheminent vers ce modèle⁷. Les deux modèles sont en effet implicitement hiérarchisés et le modèle relationnel est valorisé (comme celui le plus profitable en terme d'épanouissement personnel et le plus équitable⁸) aux dépens du

¹ Déroff, 2007. Le sous titre du livre est : « Une sociologie du genre et de l'hétérosexualité ». C'est à notre connaissance la seule monographie récente qui aborde directement la sexualité des hommes et femmes hétérosexuels pour elle-même, sans l'« attraper » par un fait particulier ou une situation singulière, comme nous le faisons nous-mêmes en nous intéressant aux hommes et aux femmes qui ont eu recours à la sexologie. C'est aussi le seul travail (si on excepte le livre de Cyril Desjeux sur la contraception masculine – Desjeux, 2010) qui s'annonce dès son titre comme une « sociologie de l'hétérosexualité ». Dans la continuité des notes 6 et 7, notons que c'est un indice du caractère récent et encore largement programmatique de l'approche de l'hétérosexualité comme système.

² Déroff, 2007 : 114.

³ Déroff, 2007 : 113.

⁴ Déroff, 2007 : 118-119.

⁵ Sur ce point voir l'analyse de Mélanie Gourarier qui montre comment un certaine forme de masculinité trop vulgaire, grossière ou populaire est discréditée au sein de la Communauté de la séduction au profit d'une expression plus fine et plus distinguée de la virilité (Gourarier, 2012).

⁶ Déroff, 2007 : 120-121.

⁷ Déroff, 2007 : 122.

⁸ Déroff, 2007 : 113.

modèle individuel¹. La situation affective et conjugale ainsi que l'âge influencent l'actualisation de l'un ou de l'autre des modèles : le célibat et le divorce favorisent le second, tandis que la vie de couple favorise le premier. Par ailleurs, il est mieux accepté socialement d'être dans le second modèle lorsque l'on est jeune : l'avancée en âge doit favoriser son abandon au profit du premier. D'un point de vue biographique le rapport des hommes et des femmes à chacun des modèles se construit différemment. Dans les récits des hommes, dont l'entrée dans la sexualité est avant tout marquée par la recherche d'expériences, la « découverte » de la sexualité relationnelle apparaît dans le registre de la révélation. Les récits féminins mettent en avant un mouvement inverse ; alors que la socialisation féminine conduit plutôt à associer sexualité et sentiment, la découverte de la possibilité d'avoir des relations sexuelles en dehors d'un cadre affectif se dit dans le registre de l'émancipation². Ainsi, si malgré la persistance de représentations différenciées des sexualités féminines et masculines, des changements sont en cours et qu'hommes et femmes peuvent en pratique partager les mêmes expériences, à l'égalisation progressive des comportements ne correspond pas une symétrie des vécus subjectifs et des attentes sociales. Alors que la plus grande reconnaissance par les hommes des dimensions relationnelles de la sexualité est largement interprétée comme une recombinaison des modèles de la masculinité (capable d'intégrer de nouvelles valeurs), l'accès de plus en plus fréquent des femmes à une sexualité individuelle reste perçu comme une masculinisation, un emprunt à la masculinité. La prise de distance vis-à-vis des normes traditionnelles de la sexualité est donc plus coûteuse pour les femmes que pour les hommes. L'exercice de la sexualité contemporaine est donc marqué, sur le temps long, par la permanence de représentations en même temps que par des changements sur la période récente.

Le point de vue des patients et patientes de sexologues apparaît comme tout à fait intéressant pour approfondir ses connaissances sur la sexualité. Ce n'est toutefois pas « frontalement » que nous l'explorons. Les hommes et les femmes interrogé-e-s ont en commun de s'être engagé-e-s dans une démarche thérapeutique particulière et c'est cette démarche qui est le support de nos interrogations. Pour le dire simplement, la question qui guide notre réflexion dans cette thèse est :

« Pourquoi consulter un sexologue ? »

¹ Déroff, 2007 : 141.

² Déroff, 2007 : 164.

Ce qui nous importe dans la réponse à cette question, c'est avant tout de comprendre, dans la tradition compréhensive qui est celle de l'anthropologie¹, le *point de vue* des hommes et des femmes que nous avons rencontré-e-s. Dans cette perspective on traite d'abord de problématiques familières à l'anthropologie de la santé et de la maladie. Nous reconstruisons, à partir des entretiens, les *parcours thérapeutiques* depuis l'identification et l'interprétation des troubles sexuels par les patient-e-s jusqu'à la décision de consulter : comment se fait l'identification du trouble ? À partir de quels éléments et sur quels critères ? Comment s'opère le choix du praticien ? Est-il sollicité en premier recours ? Notre interrogation porte ensuite sur les *logiques sociales* de recours et sur le *sens* que les personnes interrogées donnent à leur démarche thérapeutique ce qui nous permet d'interroger la sexualité. Pour expliquer et rendre compte de leur recours, les hommes et les femmes ne manquent pas en effet de produire des discours qui nous renseignent sur les significations et sur le rôle qu'ils ou elles attribuent à la sexualité. Cela permet de cerner les rapports entre sexualité et conjugalité ainsi que les liens que la sexualité entretient avec les identités féminines et masculines et son rôle dans leur construction.

Présentation du plan

La thèse est organisée autour de trois parties, comprenant chacune deux chapitres. La première partie est consacrée au *cadre socio-historique* dans lequel s'inscrit le recours à la sexologie. Cette démarche est d'abord l'héritière de l'histoire de la problématisation de la sexualité par la médecine. Ce mouvement a profondément marqué la subjectivité sexuelle moderne. Dans cette perspective la sexualité est désormais devenue un droit (et un devoir). C'est ce que s'attache à rappeler notre premier chapitre. Le recours à la sexologie s'inscrit aussi dans un champ thérapeutique qui s'est progressivement structuré depuis le 19^{ième} siècle. Cette histoire est l'objet de notre second chapitre qui retrace l'histoire de la sexologie et celle de la manière dont les problèmes sexuels ont été pensés et catégorisés par les disciplines médicales.

Ce cadre socio-historique posé, notre deuxième partie analyse *les itinéraires thérapeutiques*. Le troisième chapitre analyse ainsi dans le détail comment les hommes et les femmes interrogées identifient qu'ils ont un trouble sexuel. Cette identification

¹ Comme le rappelle Jean-Pierre Olivier de Sardan, l'anthropologie, à l'instar de la tradition sociologique wébérienne, est « *actor-oriented* », et de nous rappeler les propos de Bronislaw Malinowski dans son introduction aux *Argonautes du Pacifique occidental* par lesquels il affirme que le but de l'ethnologie est « de saisir le point de vue de l'indigène, ses rapports avec la vie, de comprendre *sa* vision de *son* monde » (Olivier de Sardan, 1995 : 81, note 23).

peut se faire dans deux configurations possibles selon que les hommes et les femmes appuient leur réflexion sur la présence ou l'absence de signes corporels. Le quatrième chapitre décrit les solutions et les démarches qui sont effectuées par les patients, des tentatives pour régler seul-e-s ou en couple leur problème au choix du sexologue.

La troisième partie traite séparément les discours des hommes et des femmes et visent à dégager les différentes *logiques* qui conduisent à consulter. Dans le cinquième chapitre, on montre d'abord que le recours féminin s'inscrit dans une logique conjugale. La démarche thérapeutique semble alors être entièrement subordonnée aux enjeux conjugaux. Dans un deuxième temps, nous nous intéressons aux tensions internes de la féminité révélées par les difficultés. Le sixième chapitre est consacré aux entretiens avec les hommes qui constituent un groupe moins homogène que les femmes. Deux groupes d'hommes ont été distingués. A écouter les hommes du premier groupe, la consultation suivrait une logique strictement sanitaire. En fait, leur recours prend tout son sens au regard de leur discours dans lequel s'exprime une résistance vis-à-vis du processus de vieillissement et vis-à-vis de leur situation biographique qui est marquée par la fin de l'activité professionnelle. Le deuxième groupe d'hommes consulte pour régler des troubles anciens qui sont parfois apparus dès l'entrée dans la sexualité. Les recours s'inscrivent dans des biographies beaucoup plus heurtées et chaotiques du point de vue du rapport que ces hommes entretiennent avec leur masculinité.

Première partie

Contexte(s)

L'expérience des troubles sexuels et le recours à la sexologie s'inscrivent dans une configuration socio-historique particulière.

On ne saurait ainsi comprendre ces phénomènes actuels sans rappeler comment, à partir du 19^{ème} siècle, dans les sociétés occidentales, la sexualité a été pensée dans le cadre de la normativité médicale et sans rendre compte des changements qui ont atteint le couple et le rôle accordé à la sexualité conjugale (chapitre 1).

Mais cela implique également de revenir sur l'histoire et la structure du champ des thérapies sexuelles et en particulier sur la sexologie dans la mesure où c'est ce cadre qui va déterminer les itinéraires thérapeutiques (chapitre 2).

Chapitre 1

Subjectivité sexuelle, normes, médecine : un détour historique

Il s'agissait en somme de voir comment, dans les sociétés occidentales modernes, une « expérience » s'était constituée, telle que les individus ont eu à se reconnaître comme sujets d'une « sexualité », qui ouvre sur des domaines de connaissances très divers et qui s'articule sur un système de règles et de contraintes. Le projet était donc d'une histoire de la sexualité comme expérience, — si on entend par expérience la corrélation, dans une culture, entre domaines de savoir, types de normativité et forme de subjectivité.

Michel Foucault¹

(...) la technologie du sexe va, pour l'essentiel, s'ordonner à partir de ce moment là à l'institution médicale, à l'exigence de normalité, et, plutôt qu'à la question de la mort et du châtement éternel, au problème de la vie et de la maladie.

Michel Foucault²

L'expérience contemporaine de la sexualité est le produit de l'histoire. Elle est le résultat des changements qui, à partir du 19^{ième} siècle, ont ancré la subjectivité sexuelle dans le champ du normal et du pathologique. Bien sûr, les questions sexuelles sont vraisemblablement l'objet d'une réflexion dans toutes les sociétés et de tout temps. Il est donc vain de chercher une origine précise au fait que l'être humain *pense* sa sexualité. Mais comme Michel Foucault le rappelle, la subjectivité sexuelle contemporaine a pris une forme historique singulière. L'expérience de la sexualité ancre nos plaisirs dans une normativité médicale et fait de celle-ci un domaine toujours potentiellement à risque. Cette expérience n'est pas simplement une expérience corporelle, elle est une expérience de tout notre être, une « *sexistence* »³ et la sexualité est à la fois le moyen et l'objet d'une connaissance de soi.

Comment s'est construite cette nouvelle manière d'envisager le sexe ? Quels ont été ses effets sur la manière de penser la sexualité conjugale ?

¹ Foucault, 1984a : 10.

² Foucault, 1976 : 155.

³ Davidson, 2005.

1.1. La problématisation médicale de la sexualité

Comment s'est formée cette nouvelle subjectivité ? C'est à cette question que tente de répondre Michel Foucault dans plusieurs de ses travaux et notamment dans le premier tome de son *Histoire de la sexualité, La volonté de savoir* et dans son cours au Collège de France, *Les anormaux*¹.

Sa question, depuis *Surveiller et punir*², celle du pouvoir dans les sociétés contemporaines. Ses recherches visent en partie à répondre à une question simple que l'on pourrait formuler ainsi : puisque nous ne sommes plus soumis à une forme de puissance souveraine absolue et contraignante, comment, dans nos sociétés, le pouvoir s'exerce-t-il ? A cette question l'auteur répond que le pouvoir est, à partir de l'époque classique, plus diffus, moins directement contraignant pour les individus et qu'il se manifeste dans le développement des disciplines (pédagogie, psychiatrie, organisation du travail, etc.) et de leurs lieux ou espaces d'exercice (prison, hôpital, famille, usine, etc.).

Si l'on suit la thèse foucauldienne, l'histoire de la sexualité comme « expérience » a plusieurs origines : les campagnes de lutte contre la masturbation infantile à partir du 18^{ième} siècle ; la tradition chrétienne de la pénitence qui pousse chacun à avouer ses actes les plus intimes reprise par les disciplines médicales à partir du 18^{ième} siècle ; la réflexion de la psychiatrie du 19^{ième} siècle sur les crimes « sans raison » et la clinique des perversions. Cette histoire prend par ailleurs place, à partir du 18^{ième} siècle, dans un contexte plus large qui voit le développement de la médecine moderne et l'émergence de nouvelles formes de gestion des populations.

1.1.1. Le développement de la médecine au 18^{ième} siècle

Les changements qui touchent la médecine à partir du 18^{ième} siècle sont d'abord d'ordre démographique et sociologique. On assiste à une augmentation du nombre de praticiens, du *ratio* patients-médecins, ainsi que du nombre de lits à l'hôpital. La formation des médecins s'organise et s'uniformise. L'offre médicale permet le

¹ Foucault, 1976 et 1999. Pour d'autres relectures récentes de Michel Foucault sur cette question voir Davidson, 2005 ; Giami, 2005b et Mazaleigue, 2008.

² Dans la dernière note de bas de page de *Surveiller et punir*, Michel Foucault déclare : « J'interromps ici ce livre qui doit servir d'arrière plan historique à diverses études sur le pouvoir de normalisation et la formation du savoir dans la société moderne » (Foucault, 1975 : 360, note 1).

développement d'un marché et de clientèles privées, tandis que la demande de soin venant des familles augmente elle aussi. Le nombre d'institutions de santé augmente. Dans la pratique, le rapport entre médecin et malade commence à changer. On valorise le « colloque singulier »¹. C'est aussi les prémisses d'une médecine fondée sur l'examen attentif des corps, une attention portée au diagnostic². En même temps sous l'effet de la poussée démographique, du développement des villes et de l'augmentation en leur sein de populations ouvrières pauvres, la médecine est intégrée dans l'appareillage d'état. Le médecin devient un « expert » et intervient dans la gestion de l'urbanisme, des déchets, de l'eau, de l'habitat, des épidémies, de la qualité sanitaire des aliments, etc.³

D'un côté, on assiste à un mouvement qui individualise le rapport entre médecin et malade. L'observation du corps individuel par la médecine se fait plus proche, plus précise, plus pénétrante. De l'autre, un changement profond de la manière dont le pouvoir appréhende la société et le corps social dans un contexte de mise en place des états contemporains. Jusqu'au 17^{ième} siècle, le pouvoir, incarné par le souverain, est le droit de « faire mourir ou de laisser vivre »⁴, notamment à l'échelle individuelle. Avec le 18^{ième} siècle, la logique s'inverse et le pouvoir tend de plus en plus à être un pouvoir de « faire vivre ». Il s'agit de gérer la « population », de la compter, de connaître sa natalité, de comprendre le lien entre sa croissance et l'augmentation des richesses, etc. Le corps est au centre de cette nouvelle politique de la vie. Pour Michel Foucault, cette gestion des corps a pris deux formes : celle d'une « anatomo-politique du corps humain », centrée sur la gestion du corps comme machine, celle d'une « bio-politique de la population »⁵, centrée sur le corps comme espèce. La première forme qui traite du corps-machine se manifeste, dès le 17^{ième} siècle, dans le développement des « disciplines » qui visent à

« son dressage, la majoration de ses aptitudes, l'extorsion de ses forces, la croissance parallèle de son utilité et de sa docilité, son intégration à des systèmes de contrôle économiques et efficaces »⁶.

La seconde forme qui traite du corps-espèce, apparaît au 18^{ième} siècle, et consiste dans la régulation de

¹ Foucault, 2001a et 2001b.

² Foucault, 1963.

³ Foucault, 2001a.

⁴ Foucault, 1976 : 181.

⁵ Foucault, 1976 : 183.

⁶ Foucault, 1976 : 183.

« la prolifération, les naissances et la mortalité, le niveau de santé, la durée de vie, la longévité avec toutes les conditions qui peuvent la faire varier »¹.

La médecine tient une place majeure dans cette nouvelle donne de gouvernement et la santé et la maladie sont considérées, d'une manière beaucoup plus systématique et explicite qu'auparavant, comme des problèmes collectifs.

Une dernière remarque encore, sur cette nouvelle forme d'exercice du pouvoir : « l'importance croissante prise par le jeu de la norme aux dépens du système juridique de la loi. »² On serait donc passé de la primauté de la légalité à celle de la normalité. La question n'est plus de distinguer les « sujets obéissants » des « ennemis du souverain »³ en utilisant, s'il le faut, la sentence de la mort. La bio-politique, politique de la vie, va au contraire viser « à qualifier, à mesurer, à hiérarchiser »⁴ et à faire entrer le vivant dans « un domaine de valeur et d'utilité »⁵.

Les questions sexuelles sont le lieu privilégié d'exercice du nouveau « bio-pouvoir » parce que celles-ci sont situées à la rencontre du corps individuel et du corps de la nation, ce qui implique d'élaborer sur le sexe un discours de rationalité. Contre l'idée répandue d'une répression généralisée des discours sur la sexualité, Michel Foucault propose une analyse où les bourgeois issus de la révolution industrielle, loin d'être les artisans de la répression, sont les premiers à promouvoir un discours savant sur le sexe et à s'en appliquer les conclusions (sexualité enfantine, hystérie). Les lieux d'émergence du discours et des pratiques sur le sexe sont multiples et Michel Foucault lui-même souligne cette multiplicité⁶. C'est même une des caractéristiques de cette nouvelle forme de pouvoir que de se diffuser, de se manifester, en de multiples endroits et moments de la vie sociale.

C'est dans ce contexte que le terme-même de sexualité et la définition des frontières de l'ensemble de la réalité qu'il désigne apparaissent entre 1830 et 1890 au sein du monde médical⁷. Bien que ce fait ne « marque évidemment pas l'émergence soudaine de ce à quoi [*le terme de sexualité*] se rapporte », il « signale autre chose

¹ Foucault, 1976 : 183.

² Foucault, 1976 : 189.

³ Foucault, 1976 : 190.

⁴ Foucault, 1976 : 189.

⁵ Foucault, 1976 : 189.

⁶ « (...) il s'agit moins d'un discours sur le sexe que d'une multitude de discours produits par toute une série d'appareillages fonctionnant dans des institutions différentes. » (Foucault, 1976 : 46).

⁷ D'après le *Trésor de la langue française informatisé*, c'est en 1838 que le terme apparaît et qu'il désigne le « caractère de ce qui est sexué, ensemble des caractères propres à chaque sexe ». Ce n'est qu'en 1884 qu'il prend son sens actuel et désigne l'« ensemble des comportements relatifs à l'instinct sexuel, vie sexuelle ».

qu'un remaniement de vocabulaire »¹. L'apparition du mot n'est pas seulement une question relative à l'histoire des idées scientifiques, mais le signe d'un changement dans l'expérience subjective des personnes. Cette technologie du sexe (l'ensemble des discours et des pratiques) vient en appui d'un processus de normalisation qui n'est pas un processus répressif².

1.1.2. Le petit masturbateur

A partir du début du 18^{ième} siècle, dans un contexte de développement de la surveillance des corps en institution qui doit permettre la mise sous silence de ce qui jaillissait autour du corps et du plaisir dans la confession et dans la direction de conscience chrétienne, apparaît un discours, qui durera plus d'un siècle, très prolix, sur les méfaits de la masturbation³. L'illustration parfaite et paroxystique de ce discours est l'ouvrage du médecin genevois Samuel-Auguste Tissot, *L'Onanisme*, paru en français en 1760 et qui ne cessera d'être réédité. Si Michel Foucault porte le plus grand intérêt à ce contrôle de la masturbation, c'est qu'il est l'illustration de la pénétration de plus en plus grande de la médecine au cœur de la famille et l'un des points d'appui de la sexualisation de la famille d'abord et, en dernière instance, du sujet.

Reprenons sa démonstration. Ce qu'il note en premier lieu, c'est que le discours qui émerge autour de la masturbation n'est pas encore un discours sur la « sexualité » tel qu'il se développera dans la psychopathologie sexuelle mais n'est pas non plus un discours sur la « chair » tel qu'il s'était développé depuis le Moyen Âge dans la pratique de la confession et de la direction de conscience. A l'inverse de ce qui se passe dans le discours sur la « chair », nullement question, dans ce discours qui émerge, de désir et de plaisir. Contrairement aux discours de la psychopathologie, il n'est en fait pas question ici de la sexualité adulte ni infantine. La masturbation est abordée pour elle-même, « dépouillée de son contexte sexuel »⁴. Michel Foucault fait une seconde remarque préalable : ce discours ne se cantonne pas à la sphère scientifique, il s'agit d'une véritable campagne qui donne lieu à une multitude d'ouvrages scientifiques et de vulgarisation certes, mais aussi à des prospectus, à l'ouverture de musées et d'institutions spécialisées dans le traitement de cette « vilaine manie », à l'invention d'objets et d'instruments, à l'élaboration de thérapeutiques spécifiques, etc.

¹ Foucault, 1984a : 9.

² Foucault, 1999 : 44-45.

³ Foucault, 1999 : 218.

⁴ Foucault, 1999 : 220.

Ce qui est saillant dans ce discours ce ne sont pas ses aspects moraux et, « ce dont on menace les enfants, lorsqu'on leur interdit de se masturber, ce n'est pas d'une vie perdue de débauche et de vice, c'est d'une vie adulte toute percluse de maladie »¹.

Analyse que l'on peut mettre en regard des propos de Samuel-Auguste Tissot, lui-même :

« Je me suis proposé d'écrire des maladies produites par la masturbation, et non point du crime de la masturbation ; n'est-ce pas d'ailleurs assez en prouver le crime, que de démontrer qu'elle est un acte de suicide. »²

Basculement du côté de la maladie, donc. Ce que Michel Foucault appelle cette « somatisation » de la masturbation s'actualise, selon lui, sous trois formes. Dans les ouvrages portant sur la masturbation, se développe la « fiction de la maladie totale » ; la masturbation y est présentée comme la cause d'une « maladie totale » qui cause le dépérissement de l'individu. On y dépeint le portrait d'un jeune masturbateur amaigri, teint blafard, dents pourries et déchaussées, etc. Dans la seconde forme, la masturbation apparaît quasi systématiquement, dans les traités médicaux dédiés à de toutes autres maladies, comme une cause possible des affections, des plus bénignes aux pathologies les plus graves : maladie osseuse, maladie des yeux, méningite et bien sûr folie. Impérialisme de l'étiologie masturbatoire qui fait apparaître la pratique en question dans tout le répertoire des maladies. Enfin, troisième forme, elle donne lieu à un « délire hypocondriaque ». Origine de la maladie totale ou à l'origine de toutes sortes de maladies, les médecins demandent aux malades de traquer dans leur corps tous les effets et les conséquences de leur pratique masturbatoire. Auto-examen dont on garde les traces dans les nombreuses lettres de masturbateurs consignées dans la littérature médicale³.

Ce discours étiologique installe la masturbation et, par extension, la sexualité infantile, dans la causalité médicale. A côté de la causalité organique, dont la médecine est justement en train de faire un de ses paradigmes⁴, émerge la causalité sexuelle. Celle-ci donne à la responsabilité du malade un poids qu'elle n'avait pas avant. Cette responsabilité est inscrite dans l'histoire du sujet et de ses pratiques enfantines. Mais si le petit masturbateur est responsable de ses actes, ce sont les parents que l'on culpabilise. C'est à eux qu'est confiée la tâche de contrôler la sexualité de leurs enfants.

¹ Foucault, 1999 : 223.

² Tissot, 1991 : 17.

³ Corbin, 2010.

⁴ Foucault, 1963.

Et cela moins pour des questions de morale que parce qu'ils sont tenus pour responsables de la bonne santé de leur(s) progéniture(s). La surveillance qui est confiée aux parents est directement liée au savoir et à la rationalité médicale et le rapport parent-enfant s'en trouve par là-même médicalisé¹.

De cette injonction sociale faite aux parents de la bourgeoisie et de l'aristocratie (puisque c'est à eux que s'adresse la campagne anti-masturbation) de surveiller leurs enfants découle une solidification, autour du noyau conjugal et des relations parents-enfants, de la « famille-cellule » au sein de la grande famille relationnelle. En invitant les parents à supprimer les intermédiaires (oncles, tantes, cousins, domestiques) qui font peser un risque sur les comportements sexuels de l'enfant, la famille-cellule se constitue autour des rapports directs entre parents et enfants, qui mettent les corps en proximité². Elle devient un espace d'affects et de sentiments obligatoires³ qui est saturé sexuellement⁴. Le mouvement anti-masturbatoire est donc le point d'attache entre sexualité et famille, et de lui procède le double mouvement de « sexualisation de la famille » et de « familialisation de la sexualité »⁵.

1.1.3. Dire et faire dire la sexualité

Pour Michel Foucault, il y a, en Occident, un lien très fort entre la subjectivité sexuelle et la subjectivité tout court. Selon lui, notre subjectivité est marquée par un régime de vérité. Régime dont la source majeure est l'aveu qui oblige à dire

« ce qu'on est, ce qu'on a fait, ce dont on se souvient et ce qu'on a oublié, ce qu'on cache et ce qui se cache, ce à quoi on ne pense pas et ce qu'on pense ne pas penser »⁶.

L'histoire de l'aveu⁷ est liée à celle des pratiques religieuses de la chrétienté (en particulier catholique). Entre les 9^{ième} et 12^{ième} siècles, l'aveu (le fait de dire ses fautes) tend à prendre une place tout à fait nouvelle dans la pratique de la pénitence qui commence à donner à la confession même des péchés une plus grande importance. Au 13^{ième} siècle, il devient obligatoire pour les fidèles de se confesser régulièrement, au moins une fois l'an. On ne doit plus seulement confesser ses fautes graves, mais viser l'exhaustivité et, par ailleurs, il faudra reprendre plusieurs fois dans sa vie tous les

¹ Foucault, 1999 : 235.

² Foucault, 1999 : 233.

³ Foucault, 1976 : 146.

⁴ Foucault, 1999 : 234.

⁵ Foucault, 1999 : 258.

⁶ Foucault, 1976 : 81.

⁷ Foucault, 1999, cours du 19 février 1975.

péchés commis au cours de son existence dans une confession générale. Enfin autre évolution, la confession ne peut plus se faire qu'auprès d'un prêtre. Pour celui-ci, il ne s'agit plus de recueillir la parole spontanée, mais de mener un véritable interrogatoire visant à quadriller de manière précise la biographie de l'individu. L'organisation générale de la pénitence chrétienne et de la confession, telle qu'elle existe encore aujourd'hui, est mise en place¹.

Au 16^{ième} siècle, les règles de la confession se font encore plus précises et tous les domaines de la vie sont soumis à l'aveu et non plus seulement les péchés. Le pouvoir du confesseur augmente et les qualités qu'on exige de lui aussi. Autorisé à confesser par son évêque, il doit faire preuve de zèle, d'amour dans son combat contre la résistance de certains ou dans ses encouragements pour les fidèles les plus volontaires ; il doit être vertueux, savoir faire face aux « tentations » qui hantent la confession. Le rôle du prêtre ne sera plus seulement d'absoudre les péchés mais aussi, comme le montre le développement de la pastorale, de se faire directeur de conscience et de guider le fidèle².

Et le sexe ? Evidemment, « depuis la pénitence chrétienne jusqu'aujourd'hui, le sexe fut matière privilégiée de confession »³. Dès le 12^{ième} siècle donc, la confession s'intéresse à la sexualité, mais l'intérêt se porte avant tout sur sa régularité « juridique ». Ce qui compte dans la confession jusqu'au 16^{ième} siècle, ce sont les aspects relationnels de la sexualité et leur « légalité » : on s'attarde sur les relations illégitimes au regard du statut des personnes (adultère, inceste) et sur les pratiques non appropriées (sodomie, masturbation)⁴. Et puis avec le 16^{ième} siècle, « on est passé d'une problématique de la relation, à une problématique de la "chair" »⁵. On interroge les sens, les plaisirs, les pensées, les différents contacts ; on interroge le corps, ses parties. C'est ce corps qui sera repris dans les disciplines du corps au 17^{ième} siècle⁶.

Ainsi, « l'aveu a été, et demeure encore aujourd'hui, la matrice générale qui régit la production du discours vrai sur le sexe »⁷. A partir du 18^{ième} siècle, les

¹ Foucault, 1999 : 158-164.

² Foucault, 1999 : 164-171.

³ Foucault, 1976 : 82.

⁴ Foucault, 1999 : 172.

⁵ Foucault, 1976 : 142.

⁶ Foucault, 1999 : 173-180.

⁷ Foucault, 1976 : 84.

procédures d'aveu sont reprises dans le champ de la médecine et intègrent les procédures scientifiques : récit de soi, hypnose, questionnaire¹.

1.1.4. De la psychopathologie sexuelle à la *personnalité*

Evidemment, lorsque l'on songe à l'histoire de la sexualité au 19^{ième} siècle, vient tout de suite à l'idée la floraison nosographique de la fin de la période concernant les « aberrations » ou « déviations » sexuelles et les conclusions qu'en a tiré Michel Foucault à propos de l' « incorporation des perversions »² et la « spécification nouvelle des individus »³. Conclusions qu'il applique à l'homosexualité et écrit cette phrase devenu slogan : « Le sodomite était un relaps, l'homosexuel est maintenant une espèce »⁴. Cette entomologie sexuelle est le résultat de la démultiplication des surveillances minimales, des parents sur leurs enfants, des éducateurs sur les adolescents, des policiers sur les prévenus, du médecin sur son patient, de l'aliéniste sur le fou, du juge sur le criminel, etc. de telle sorte que « les sexualités multiples, (...) toutes forment le corrélat de procédures précises de pouvoir »⁵.

Le rôle de la psychiatrie dans l'élaboration de la sexualité et de ses « irrégularités » est central. La discipline naissante au début du siècle va en effet investir et la famille et la criminalité, et par le truchement de la sexualité faire le lien entre l'enfant masturbateur et le fou criminel⁶. Michel Foucault pense que cette histoire s'ancre dans la réflexion psychiatrique autour des crimes « sans raison », sans intérêt, sans mobile, sans délire⁷. C'est de cette réflexion qu'émerge, vers 1830, la notion d' « instinct »⁸ qui va progressivement devenir le noyau dur de la psychiatrie et remplacer les problématiques du délire et de la démence qui étaient celles de l'aliénisme :

« C'est à partir de la notion d'instinct que va pouvoir s'organiser, autour de ce qui était autrefois le problème de la folie, toute la problématique de l'anormal, de l'anormal au niveau des conduites les plus élémentaires et les plus quotidiennes. »⁹

¹ Foucault, 1976 : 87.

² Foucault, 1976 : 58-59.

³ Foucault, 1976 : 59.

⁴ Foucault, 1976 : 59.

⁵ Foucault, 1976 : 65.

⁶ Foucault, 1999. Voir le cours 12 mars 1975.

⁷ Foucault, 1999 : 105.

⁸ Foucault, 1999 : 120.

⁹ Foucault, 1999 : 122.

Avec cette notion d'instinct, la psychiatrie va pouvoir se brancher sur les théories biologiques de l'évolution¹. Mais pour Michel Foucault, si l'instinct prend une place si importante, c'est qu'en même temps que la psychiatrie en dessine les contours, elle prend une nouvelle place dans l'organisation sociale. Tout d'abord, elle est sollicitée dans la gestion des dérèglements familiaux² et des écarts à la règle. Puis, un peu plus tardivement, suite aux révolutions du milieu du siècle, elle doit répondre à une demande politique plus importante, convoquée notamment pour discriminer la radicalité politique en termes de santé mentale. Dans cette nouvelle économie de l'instinct, ce qui va compter désormais c'est l'axe du volontaire et de l'involontaire. Tous les écarts aux normes sociales seront considérés comme des symptômes d'un trouble potentiel et rapportés sur l'axe du volontaire et de l'involontaire :

« L'écart à la norme de conduite et le degré d'enfoncement dans l'automatique sont les deux variables qui, à partir en gros des années 1850, vont permettre d'inscrire une conduite soit sur le registre de la santé mentale, soit sur le registre, au contraire, de la maladie mentale. »³

Cette évolution qui permet de symptomatologiser un spectre très large de conduites et de comportements donne à la psychiatrie les frontières de son nouveau champ de pratique, celui de l'anomalie.

Comment s'opère le croisement entre les problématiques de l'anomalie et de la sexualité ?

Tout d'abord la sexualité est au cœur de la réflexion biologique et des débats autour de la théorie évolutionniste⁴. Le terme même de « sexualité » lorsqu'il apparaît vers 1830, désigne « la formation du masculin et du féminin, vue alors comme un processus de spécialisation à la fois physiologique et mental »⁵. Par ailleurs, dès les années 1850, le champ de l'anomalie utilise la théorie de la dégénérescence⁶ comme modèle explicatif de la maladie mentale⁷. Du coup, les problèmes relatifs à la reproduction seront au cœur de la réflexion psychiatrique de l'anomalie. Malgré les contradictions entre les deux théories, ces deux paradigmes font de la réflexion sur les

¹ Foucault, 1999 : 123.

² Pour Michel Foucault, le point nodal est le changement réglementaire et législatif concernant les placements d'office et les placements volontaires.

³ Foucault, 1999 : 147.

⁴ Bullough, 1994 ; Chaperon, 2007c.

⁵ Chaperon, 2007c : 75.

⁶ Formulée notamment par Bénédict-Augustin Morel, voir Chaperon, 2007c : 81 et Mazaleigue, 2007 & 2008.

⁷ Foucault, 1999 : 155.

questions sexuelles, plus particulièrement celles liées au processus reproductif, un problème important pour la psychiatrie naissante. Dégénérescence et déviance sexuelle sont alors mises en correspondance, notamment par Cesare Lombroso pour qui les « déviants » sexuels sont à un stade inférieur d'évolution que la normale¹.

Le deuxième axe qui lie psychiatrie et sexualité est plus ancien, et s'ancre dans la reprise, dès le 18^{ième} siècle, de la problématique religieuse de la convulsion par l'aliénisme. La thématique de la convulsion avait émergé avec l'élaboration du discours sur la chair dans et par la transformation des techniques de confessions et à laquelle avait correspondu le passage de l'ensorcellement à la possession. La convulsion étant la signature de la possession comme la tâche sur le corps avait pu être la marque de l'ensorcellement². C'est parce que la convulsion vient faire obstacle à la pratique de la direction de conscience que l'Eglise va faire appel à la médecine³.

« C'est par là, en annexant cette chair qui lui est, au fond, proposée par l'Eglise elle-même à partir de ce phénomène de la convulsion, que la médecine va prendre pied, et pour la première fois, dans l'ordre de la sexualité. »⁴

C'est à partir du noyau constitué par la convulsion que l'aliénisme du 18^{ième} siècle puis la psychiatrie naissante vont constituer les problèmes du système nerveux et la catégorie d'hystéro-épilepsie⁵.

Enfin, le lien entre champ de l'anomalie et sexualité s'établit par l'élaboration d'un instinct spécifiquement sexuel qui prend une place singulière dans l'économie générale des instincts⁶. Pour Michel Foucault, c'est dans l'ouvrage d'Heinrich Kahn, *Psychopatia sexualis*, publié en 1844, que l'on a affaire à l'émergence de cette conceptualisation. L'affirmation d'un instinct sexuel prend appui sur la réflexion sur la masturbation. Mais, alors que celle-ci avait été déconnectée de la sexualité, la théorie de l'instinct va traiter la masturbation, notamment infantine, comme une de ses manifestations. Cet instinct est défini en terme fonctionnel :

« Tout comme il existe un sentiment, une impression, une dynamique de la faim, qui correspond aux appareils de la nutrition, il va y avoir un instinct sexuel, qui correspond au fonctionnement des organes sexuels. »⁷

¹ Bullough, 1994 ; Chaperon 2007c : 79-85.

² Foucault, 1999 : 197.

³ Foucault, 1999 : 206.

⁴ Foucault, 1999 : 207.

⁵ Foucault, 1999 : 207-208.

⁶ Foucault, 1999 : 260-271.

⁷ Foucault, 1999 : 263.

La fonction de l'instinct sexuel est donc la reproduction. Mais comme le montre la masturbation, le propre de cet instinct est de dépasser sa propre finalité. Il se manifeste dès l'enfance et peut dévier par rapport à la norme fonctionnelle de la copulation entre adultes de sexes différents. Le rôle de la masturbation est ici très important puisque c'est elle, au fond, qui est à l'origine de toutes les déviations ultérieures. En effet, les déviations de l'instinct sexuel sont le résultat de l'imagination qui s'est elle-même développée dans la pratique enfantine de la masturbation. La masturbation n'est donc plus seulement pensée comme la cause de maladies somatiques comme cela avait été le cas dans la période précédente mais devient aussi la cause des autres aberrations sexuelles¹. La psychiatrie peut, grâce à cette notion d'instinct sexuel, analyser la sexualité en englobant comportements normaux et anormaux, sexualité enfantine et sexualité adulte, dans un même ensemble².

Poursuivant par l'analyse d'une expertise psychiatrique de Claude-François Michéa, Michel Foucault montre comment l'instinct sexuel est présenté comme spécifique dans la mesure où il est une source de plaisir. Et ce plaisir, qui est le moteur de l'instinct sexuel, peut s'assouvir autrement que dans la reproduction. Il semble donc bien que l'instinct sexuel soit « naturellement » déviant, que sa « force » déborde la simple fonction reproductive à laquelle il est censé répondre³. Imagination et plaisir font de l'instinct sexuel l'instinct dominateur dans l'économie générale des instincts. C'est donc dans l'instinct sexuel qu'il faut aller chercher la cause des folies et des maladies mentales. Ces différentes réflexions qui s'appuient sur un instinct sexuel fondé en nature (par sa fonction de reproduction) permettent de faire de la sexualité de chacun le cœur de son rapport à la normalité.

Avec l'abandon progressif de la théorie de la dégénérescence à la fin du 19^{ième} siècle, cette théorie de la sexualité sera reprise dans la psychologie sexuelle qui commence à se développer parallèlement. La sexualité y tient ainsi une place importante dans la formation de la personnalité. Largement héritier de cette première psychologie, Sigmund Freud donnera une place centrale à la sexualité dans sa description de l'économie psychique des individus⁴.

¹ Foucault, 1999 : 265.

² Foucault, 1999 : 266.

³ Foucault, 1999 : 267-271.

⁴ Chaperon 2007c : 139-152 ; Davidson, 2005.

Avec la progressive élaboration de la notion de sexualité, émerge une subjectivité sexuelle ancrée dans un régime de normes et d'anomalies¹. La sexualité apparaît comme le lieu de vérité du sujet et « découvrir » les ressorts de sa sexualité, c'est découvrir sa véritable identité. Pour chaque individu, la sexualité peut-être le lieu de son épanouissement comme celui de son anéantissement. Et chacun jauge (et juge) sa sexualité (ses pratiques, ses désirs, ses fantasmes) sur l'axe allant de la normalité à l'anormalité.

1.2 Evolutions des normes

1.2.1 Optimisme sexuel et droit à la sexualité

Avec l'émergence de la notion de sexualité, et de la nouvelle subjectivité sexuelle, la sexualité était essentiellement perçue dans sa négativité, « comme un champ de haute fragilité psychologique »². Mais, comme le note Paul Robinson, dans la première moitié du 20^{ème} siècle, une série de chercheurs, tels Havelock Ellis, Alfred Kinsey, William Master et Virginia Johnson, vont promouvoir une représentation positive de la sexualité. Cet optimisme sexuel développe une vision qui reconnaît l'importance de la vie sexuelle et du plaisir comme expérience fondamentale et nécessaire à l'épanouissement humain³. Ainsi, le processus de médicalisation de la sexualité, tend de plus en plus à être aussi une des composantes du processus de médicalisation de la santé : le discours sur le bien-être et la santé se substituant de plus en plus au discours sur la maladie⁴; la sexualité étant envisagée dans ce contexte « comme une source de bien-être et de plaisir plus que comme un problème moral »⁵. L'autre aspect de l'idéal de bien-être (version médicalisée du bonheur) est qu'il doit passer par un épanouissement du corps et de ses performances⁶.

Considérant le changement de perspective du pouvoir (*cf. supra*), Michel Foucault notait déjà qu'en réaction au nouveau système de pouvoir :

« C'est la vie beaucoup plus que le droit qui est devenue alors l'enjeu des luttes politiques, même si celles-ci se formulent à travers des

¹ « (...) la sexualité s'est définie comme étant "par nature" : un domaine pénétrable à des processus pathologiques, et appelant donc à des interventions thérapeutiques ou de normalisation (...) », Foucault, 1976 : 92.

² Foucault, 1976 : 90.

³ Robinson, 1976.

⁴ Augé et Herzlich, 1984.

⁵ Bozon & Bajos, 1999.

⁶ Ehrenberg, 1996.

affirmations de droit. Le "droit" à la vie, au corps, à la santé, au bonheur, à la satisfaction des besoins, le "droit", par-delà toutes les oppressions ou "aliénations", à retrouver ce qu'on est et tout ce qu'on peut être, ce "droit" si incompréhensible pour le système juridique classique a été la réplique politique à toutes ces procédures nouvelles de pouvoir qui, elles non plus, ne relèvent pas du droit traditionnel de la souveraineté. »¹

La sexualité, comme d'autres domaines de la vie, est pénétrée « de l'intérieur » par le langage du droit et par les exigences « démocratiques » qui dessinaient une nouvelle morale sexuelle².

C'est dans ce contexte qu'il faut replacer l'émergence du concept de « santé sexuelle » dont Alain Giami a retracé la genèse³. Ce concept est le résultat d'une intensification et d'une extension de la médicalisation de la sexualité au champ de la santé publique. En 1975, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit, dans un de ses rapports, ce qu'elle entend par « santé sexuelle » :

« La santé sexuelle est l'intégration des aspects somatiques, émotionnels, intellectuels et sociaux du bien-être sexuel en ce qu'ils peuvent enrichir la sexualité, la communication et l'amour. La notion de santé sexuelle implique une approche positive de la sexualité humaine. L'objectif de la santé sexuelle réside dans l'amélioration de la vie et des relations personnelles et pas uniquement dans le *counselling* et les soins concernant la procréation ou les MST. »

La définition de la « santé sexuelle » rompt en partie avec l'idéologie qui caractérisait jusqu'au début du 20^{ème} siècle les rapports entre sexualité et santé publique. Jusqu'à présent les politiques de santé publique visaient essentiellement, d'une part, les aspects reproductifs de la sexualité en s'attachant à s'assurer des bonnes conditions de la procréation et au travers d'elle des conditions de reproduction des populations (eugénisme), d'autre part, les pratiques sexuelles n'entrant pas en conformité avec ce premier objectif que cela soit la prostitution, la masturbation, les relations homosexuelles en essayant, sinon de les éradiquer, de les réduire et de les contrôler. La définition de la santé sexuelle par l'OMS change l'appréhension par la santé publique de la sexualité. Cette définition bio-psycho-sociale de la sexualité est tout à fait dans la continuité de la définition de la santé donnée par l'OMS en 1946 :

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »

¹ Foucault, 1976 : 191.

² Béjin & Pollak, 1977 : 125.

³ Giami, 2003, 2004c & 2005a.

Cette définition de la « santé sexuelle » réoriente en quelque sorte les « buts » de la sexualité en la dissociant clairement de la procréation. La sexualité n'est plus entendue comme au service de l'intérêt d'un collectif (racial, ethnique ou national) mais au service de l'individu auquel le collectif (par les politiques publiques de santé) doit assurer l'accès. Dans cette perspective la « santé sexuelle » est insérée dans la liste des droits individuels « universels » et peut être revendiquée contre toutes les formes d'ignorances, de croyances, de préjugés ou de pratiques qui en entravent l'accès¹.

Dans le champ de la santé, la sexualité est largement intégrée à la notion de « qualité de vie ». C'est ainsi que l'activité sexuelle des personnes malades (atteintes d'un cancer, séropositives au VIH, etc.) ou touchées par un handicap, acquis ou inné, est une question investie par les associations de patients² ou les acteurs de la santé. Le sujet peut d'ailleurs être l'occasion d'une politisation, comme le montre le débat récent sur l'accès à un assistant sexuel par les personnes handicapées³.

André Béjin notait déjà il y a plus de vingt ans, qu'à partir du moment où la sexualité était pensée en terme de droit, ce droit avait de plus en plus tendance à se transformer en devoir⁴. Cette évolution conduit à la diffusion d'une norme implicite dans laquelle la sexualité devient une « obligation ». Les personnes n'ayant pas de sexualité doivent désormais se justifier ou se cacher⁵. Ainsi, les auteurs de la dernière enquête quantitative sur les comportements sexuels en France⁶ pointent l'émergence, depuis les années 1970, d'un « nouveau modèle » de sexualité. Ce modèle est le résultat de divers changements sociaux et de différents progrès techniques et médicaux tels que l'évolution des rapports homme/femme, l'augmentation des divorces, l'amélioration et l'augmentation des techniques de contraception, etc. auxquels s'ajoutent

¹ Par exemple, c'est au départ au nom du « droit à la sexualité », que l'on a imaginé le dispositif des Unités de Visite Familiale en milieu carcéral, voir sur ce sujet Lancelevée, 2011.

² A titre d'exemples : Act Up-Paris organisait une RéPI (réunion publique d'information) sur « Sexualité et séropositivité » le 8 mars 2000 ; dix ans plus tard, le 27 mai 2010, Action-Traitement traitait, dans le cadre de son cycle de réunions « Qualité de vie », du thème « Femmes, Vih et sexualité » ; voir aussi l'article « Troubles sexuels : Des séropositifs aux yeux bandés », *Le journal du sida*, n°208, août-septembre 2008.

³ De nombreux articles sont parus sur le sujet dans la presse, voir par exemple, « Assistante sexuelle pour handicapés ou prostitution », *Libération*, 4 août 2009 ; « Handicap de vie intime », *Libération*, 25 septembre 2009 ; « Les handicapés ont-ils droit à une vie sexuelle ? », *Libération*, 25 novembre 2010 ; « Bachelot opposée aux assistants sexuels pour les handicapés », *Libération*, 6 janvier 2011. On se rapportera sur cette question aux recherches doctorales en cours de Lucie Nayak à l'université de Paris Ouest Nanterre et de Pierre Brasseur à l'université de Lille I.

⁴ Béjin, 1990.

⁵ Bozon, 2004 : 17.

⁶ L'enquête dénommée « Contextes de la sexualité en France » (CSF 2006), voir Bajos, Bozon & Beltzer, 2008.

« de nouvelles valeurs telles que la valorisation de la spontanéité et de la communication, la prise en compte hédoniste du corps »¹.

Ce « nouveau modèle » de sexualité, relayé par la presse et diverses disciplines dont la sexologie², en a fait l'une des dimensions essentielles de l'épanouissement personnel. Selon cette enquête, sa diffusion est d'ailleurs massive : 85% des femmes et 91% des hommes jugent que la sexualité est importante voire indispensable à leur équilibre personnel. On serait toutefois passé d'une situation de « libération » à une situation d'« injonction » sexuelle, et dans ce cadre

« un individu qui n'a pas une vie sexuelle satisfaisante reste un individu incomplet »³.

1.2.2. Autoréflexivité et individualisation

L'expérience actuelle de la sexualité est à replacer dans un contexte d'émergence d'une subjectivité autoréflexive des agents, d'un individualisme social lié à l'augmentation des destins possibles. La réflexion sur soi et sur ses pratiques tend à devenir une nouvelle forme de la norme. Dans le domaine de la sexualité, ce mouvement se traduit par une individualisation et une diversification plus grande des parcours sexuels dues pour une part à l'allongement de la vie sexuelle, à la hausse des ruptures conjugales, au déclin de la régulation de la sexualité par des normes absolues. Par ailleurs, les sociétés contemporaines ont évolué vers une valorisation de l'autonomie et de l'accomplissement personnel et les normes sociales qui favorisaient des automatismes de comportements ou d'attitudes ont décliné au profit de normes incitant à la décision et à l'action personnelle, ce qui suscite l'émergence d'une multitude de disciplines qui visent à soutenir l'individu dans cette voie⁴. La sexualité est de plus en plus définie « comme une expérience personnelle, fondamentale dans la construction du sujet »⁵.

Dans ce contexte, les individus doivent faire face à des injonctions normatives contradictoires qui pèsent sur l'expérience contemporaine de la sexualité. Il faut ainsi être spontané tout en gardant le contrôle, se soucier de la réciprocité tout en se

¹ Valeurs dont André Béjin avait déjà ultérieurement souligné l'émergence en lien avec ce qu'il a nommé la démocratisation de la sexualité (Béjin, 1990).

² Les auteures de la contribution citent, outre la sexologie, les disciplines tournées vers le développement personnel (Bajos, Ferrand & Andro, 2008).

³ Bajos, Ferrand & Andro, 2008 : 560-561.

⁴ Bozon 2004 : 16 ; Bozon, 2002 : 42-44.

⁵ Bozon, 2001b : 181.

préoccupant de sa satisfaction, être « naturel » et sensuel tout en intellectualisant et en théâtralisant, etc.¹

1.3 Conjugalité et hétérosexualité

1.3.1. L'invention de l'hétérosexualité

Pour Michel Foucault, l'émergence d'une « expérience » de la sexualité et la mise en place du dispositif de sexualité se sont essentiellement faites à partir d'un intérêt « centrifuge » pour les « sexualités périphériques » : celle du fou, celle de l'enfant, celle du criminel, etc. Peut-être faudrait-il plutôt dire que, dans et par le jeu du pouvoir et du savoir, le « dispositif de sexualité » construit une multitude de sexualités et participe à leur prolifération. Mais la sexualité régulière est réinterrogée « par un mouvement de reflux, à partir de ces sexualités périphériques »². Avant ce ressac, le « sexe des conjoints était obsédé de règles et de recommandations »³ et il n'y avait pas, dans le mariage, de partage strict « entre les infractions aux règles des alliances et les déviations par rapport à la génitalité », « ce qui était pris en compte, c'était un illégalisme d'ensemble ». Après cela,

« la médecine (...) est entrée en force dans les plaisirs du couple : elle a inventé toute une pathologie organique, fonctionnelle ou mentale, qui naîtrait des pratiques sexuelles "incomplètes" ; elle a classé avec soin toutes les formes de plaisirs annexes ; elle les a intégrés au "développement" et aux "perturbations" de l'instinct ; elle en a entrepris la gestion »⁴.

La reconfiguration de la sexualité conjugale s'opère à l'aune des questionnements qui émergent sur les sexualités périphériques. C'est dans le retour qui s'opère sur la sexualité conjugale qu'il faut placer la naissance de la notion d'hétérosexualité, et de la norme de conjugalité hétérosexuelle, dont on connaît désormais le succès postérieur.

Le modèle du couple contemporain hétérosexuel trouve ses origines au 19^{ième} siècle⁵, où émerge la notion de couple d'amour⁶. Pour Jonathan Ned Katz,

¹ Béjin, 1990 ; Bozon, 2004 : 31-32 ; Bozon, 2001b : 184.

² Foucault, 1976 : 54.

³ Foucault, 1976 : 52.

⁴ Foucault, 1976 : 56.

⁵ Katz, 2001 ; Giami 1999.

⁶ Bozon, 2002 : 35 ; Tin, 2009.

« (...) l'hétérosexualité n'est pas synonyme de relation sexuelle à visée reproductrice. Elle n'est pas, non plus, assimilable à la différence sexuelle et à la distinction de genre, pas plus qu'elle n'est l'équivalent de l'érotisme entre hommes et femmes. Elle est une forme historique particulière d'encadrement du sexe et de la jouissance»¹.

Le terme lui-même apparaît dans le dernier tiers du 19^{ième} siècle² et est tantôt associé à l'hermaphrodisme psychique, tantôt aux actes sexuels dissociés de l'intention de procréation (notamment par Richard Von Krafft-Ebing dans sa *Psychopathia sexualis* de 1886). Comme on l'a dit plus tôt, l'instinct sexuel répond à une fonction et toute déviation est une perversion. Dans un premier temps donc l'hétérosexualité est différenciée de l'amour ou du devoir conjugal³. Toutefois la problématique du plaisir, dont on a précédemment évoqué l'apparition dans la psychopathologie de la sexualité, va progressivement faire évoluer la définition de l'hétérosexualité et en faire le synonyme de la normalité sexuelle. Selon Jonathan Ned Katz, Richard von Krafft-Ebing notait déjà que bien que le but du rapprochement sexuel soit la procréation, celui-ci n'apparaissait pas spécifiquement à la conscience⁴. Imagination et plaisir trouvent à se réaliser en dehors de la procréation.

Sigmund Freud sera le premier à se déprendre du paradigme de l'instinct et de sa finalité procréative en élaborant la notion de pulsion qui

« ne vise pas du tout originellement à servir la reproduction mais a pour but certaines façons d'obtenir du plaisir »⁵.

Dans cette théorie, la pulsion est tout à fait indépendante d'un objet particulier (et donc d'un sexe préférentiel) et d'une finalité (donc de la reproduction), elle ne vise que sa propre satisfaction⁶. Toutefois, si pour Sigmund Freud la pulsion sexuelle est détachée de la reproduction, le développement psychologique normal de chaque individu devrait conduire, à l'âge adulte, à ce que la sexualité se réalise dans le coït génital entre sexes différents. Ainsi, bien que l'hétérosexualité ne soit pas innée mais acquise au cours du développement psychologique, elle est la norme⁷.

¹ Katz, 2001 : 19. Voir aussi sur la construction d'une « culture hétérosexuelle », les contributions de Louis-Georges Tin, (Tin, 2003 : 133 et 2009).

² Si le terme « hétérosexualité » apparaît dès 1868 en allemand, ce n'est qu'en 1892 qu'il apparaît dans l'anglais américain (Katz, 2001). En français, si l'on en croit le *Trésor de la langue française informatisé*, c'est l'adjectif « hétérosexuel » qui apparaît en premier en 1903, le substantif « hétérosexualité » n'apparaît qu'en 1911.

³ Giami, 1999 : 39.

⁴ Katz, 2001 : 27.

⁵ Freud, 1995 cité par Katz, 2001 : 63 ; voir aussi Prearo, 2009.

⁶ Katz, 2001 : 64.

⁷ Katz, 2001 : 77.

Après avoir élaboré une théorie de la sexualité fondée sur une fonction naturelle de reproduction, la théorisation médicale de la sexualité isole la fonction érotique de sa fonction reproductive¹. La norme de l'hétérosexualité conjugale va se développer. Dans les années 1930, les travaux d'Alfred Kinsey, puis ceux de William Master et Virginia Johnson, vont quant à eux isoler « l'orgasme » comme un phénomène particulier, identifiable et commun aux hommes et aux femmes². Petit à petit l'idée s'installe que l'objectif à atteindre est l'harmonie sexuelle entre conjoints, parce que, comme l'affirme un guide à usage du couple de l'après guerre,

« l'accord physique est la condition essentielle de l'amour heureux et du bonheur conjugal »³.

1.3.2. Sexualité et conjugalité

La mise en place du « dispositif de sexualité » venu se superposer au « dispositif d'alliance »⁴ favorise le resserrement de la famille sur le noyau conjugal-familial et sur la relation parent-enfant⁵. C'est la naissance de la famille « moderne » au sein de la grande famille traditionnelle et relationnelle. Bien sûr l'alliance inscrit les conjoints à la jonction de deux lignées et inscrit leurs enfants dans une descendance, mais la sexualité fait de la famille resserrée le lieu privilégié des affects et de l'amour⁶. Bien que Michel Foucault n'y insiste pas, cela donne au couple formé par les deux conjoints une nouvelle signification et on assiste à une problématisation nouvelle de la « conjugalité ». Pour les individus, le passage d'une sexualité statutaire à une sexualité consentie⁷ a pour effet que « faire couple » consiste désormais moins dans la perpétuation d'une lignée que dans le désir de fonder quelque chose⁸.

L'un des effets de la problématisation médicale de la sexualité est d'avoir permis, notamment avec le développement des méthodes de contraception, une accentuation de la dissociation entre sexualité et procréation⁹, ou si l'on préfère une plus

¹ Giami, 1999 : 38.

² Giami, 1999 : 40.

³ Chavernac, 1950.

⁴ Foucault, 1976 : 141 ; Foucault, 2001a : 732.

⁵ Pour un bilan de ce que dit Michel Foucault sur la famille voir Lenoir, 2006.

⁶ Foucault, 1976 : 143.

⁷ Marquet, 2004.

⁸ Godelier, 2010 : 249.

⁹ Giami, 1998 ; Bozon, 2002. Si la dissociation de la fonction reproductive et de la fonction érotique de la sexualité s'est accentuée avec la modernité, il nous semble tendanciellement ethnocentrique de penser, comme on peut le lire parfois, que les autres sociétés n'ont pas pensé cette distinction et d'en faire l'un des traits des sociétés modernes et par là-même un nouveau critère du « Grand partage ». C'est ce que

grande autonomisation de la fonction érotique de la sexualité de sa fonction reproductive¹. Cette évolution a produit des effets importants sur les relations conjugales. Ce processus associé à d'autres évolutions contemporaines du couple (baisse de la solidité du lien que constituait le mariage, croissance des intérêts individuels des conjoints, etc.) donne à la sexualité un rôle inédit dans la constitution du couple et de son entretien. Michel Bozon a très bien montré que la sexualité était désormais fondatrice du lien conjugal, alors qu'auparavant l'activité sexuelle intervenait après la formation du couple². Les débuts du couple sont le moment où l'activité sexuelle est la plus intense et où la norme d'exclusivité et de fidélité est très forte³. Les liens entre sexualité et conjugalité se sont renforcés et l'absence de désirs et d'activité sexuelle entre conjoints est maintenant vécue comme un problème, comme une difficulté pouvant mener à la séparation⁴. Du point de vue de l'exclusivité sexuelle, bien qu'au fil du temps la règle de fidélité pèse moins fortement, celle-ci reste une norme très majoritairement partagée⁵.

Une profonde modification de l'organisation sociale de la sexualité se met en place au 19^{ème} siècle et, en ce début de 21^{ème} siècle, nous sommes encore tributaire de ce mouvement qui caractérise la modernité sexuelle. Comme nous l'avons vu, cette évolution s'appuie sur le développement de disciplines qui, tout en délimitant les frontières de la sexualité, dessine les limites d'un champ d'intervention. La sexologie contemporaine à laquelle nos interlocuteurs ont recours trouve ses origines dans ce contexte et c'est donc en partant de cette histoire que, dans notre second chapitre, nous allons décrire le champ thérapeutique.

nous rappelle Luc Boltanski dans *La condition fœtale* (2004 : 54-55) en s'appuyant sur Devereux (1955) et Godelier (1996b).

¹ Giami, 1999 : 38.

² Bozon, 1991.

³ Bozon, 1998b.

⁴ Bozon, 1991, 1998b & 2002.

⁵ Bajos, Ferrand, Andro, 2008 : 550.

Chapitre 2

Le champ thérapeutique

Etudier le recours contemporain à la sexologie nécessite, avant de s'intéresser à l'expérience et au point de vue des patients eux-mêmes, de cerner l'inscription de leur démarche dans son contexte structurel. Il s'agit de dessiner, en somme, les contours du champ thérapeutique. Entendu comme un espace de pratiques et de représentations historiquement situées, le champ thérapeutique structure et transcende les conduites individuelles et par là même les parcours thérapeutiques.

Il faut donc s'intéresser à l'offre thérapeutique et au corps de spécialistes qui la constitue. Comment se sont constituées la discipline et la profession ? Comment cette discipline se positionne-t-elle par rapport aux autres ? Quelles ont été ses préoccupations antérieures et quels sont ses objets actuels ? Comment sont formés les thérapeutes ? Il faut se pencher ensuite sur les difficultés que la sexologie prend en charge et sur leur problématisation. Comment sont définies ces difficultés ? De quelles évolutions leurs définitions ont-elles été l'objet ?

2.1. Histoire de la sexologie en France

2.1.1. Historiographie

Comme le note très pertinemment Annick Ohayon, pour faire l'histoire de la sexologie, au niveau mondial,

« on évoque généralement, au tournant du 20^{ième} siècle une histoire "allemande", à dominante descriptive et médico-légale, et "anglaise" (...) Puis, après la deuxième Guerre mondiale, une histoire "américaine", qui se développe à partir de vastes enquêtes sur le comportement sexuel (...) et de tentatives d'observation directe de ce comportement qui ouvriront la voie à la sexologie clinique (...) »¹.

D'un côté la grande psychopathologie germanique (Richard von Krafft-Ebing, Albert Moll, Magnus Hirschfeld, Iwan Bloch) puis anglaise (Havelock Ellis), de l'autre, les expérimentations américaines (Alfred Kinsey, William Masters, Virginia Johnson).

¹ Ohayon, 2003 : 50.

Si schématique soit-il, ce tableau vient témoigner de l'influence considérable qu'ont eue ces différents penseurs et ces différentes traditions nationales dans l'élaboration d'un savoir mondialisé sur la sexualité. Dépassant largement leurs cadres nationaux, ces traditions fonctionnent comme marqueurs chronologiques et constituent les deux pôles historiques autour desquels le développement de la sexologie va s'articuler dans chaque pays. Toutefois, bien que tous les historiques de la discipline renvoient à ces « pères fondateurs » et qu'il y a bien une histoire mondiale de la sexologie, celle-ci ne doit pas oblitérer le fait que chaque histoire nationale a ses spécificités. Suivant les pays, celles-ci ont conduit tout naturellement à des situations actuelles très diverses, tant du point de vue du profil des thérapeutes et de leur formation, que de l'encadrement légal de la profession et de son champ d'exercice.

L'histoire de la sexologie a fait l'objet de nombreux travaux historiques ou socio-historiques¹, notamment concernant les Etats-Unis², la Grande Bretagne³, l'Allemagne⁴, le Japon⁵, le Québec⁶, pays pour lesquels des synthèses ou des monographies nationales sont parues. Par ailleurs, les principales figures mondiales de la discipline ont été l'objet d'approches biographiques⁷. La majeure partie de cette production se concentre toutefois sur la fin du 19^{ème} siècle et la première moitié du 20^{ème} siècle, et, pour une part, se focalise sur l'histoire des catégories, notamment des perversions et de leur problématisation, en particulier de l'homosexualité. Ces travaux s'inscrivent plutôt dans une perspective d'histoire des idées ou dans une approche culturelle, en s'appuyant très souvent sur un corpus composé d'ouvrages médicaux, et négligent l'approche strictement institutionnelle et professionnelle. Ils s'interrogent plus souvent sur la formation et l'évolution des normes sexuelles que sur l'organisation des professions médicales et des disciplines thérapeutiques.

Qu'en est-il de l'histoire de la sexologie française ? Si l'on considère strictement l'histoire disciplinaire et institutionnelle, celle-ci reste en partie à faire. Quelques articles explorent l'émergence du mouvement au début du siècle dernier en se centrant

¹ Pour ce bilan historiographique, nous nous appuyons en partie sur celui publié par Sylvie Chaperon (2007b).

² Irvine, 1990 ; Bullough, 1994.

³ Porter & Teich, 1994 ; Porter & Hall, 1995 ; Weigle, 1995 ; Bland & Doan, 1998a et 1998b.

⁴ Hohmann, 1987 ; Sigush, 2008.

⁵ Frühstück, 1997 et 2003.

⁶ Dupras, 1989.

⁷ Sur Richard von Krafft-Ebing, voir Dupras, 1993, Oosterhuis, 2000; sur Magnus Hirschfeld, voir Wolff, 1986; sur Havelock Ellis, voir Calder-Marshall, 1959, Collis, 1959, Rowbotham & Weeks, 1977 ; Brome, 1979 ; Grosskurth, 1980, Nottingham, 1999 ; sur Alfred Kinsey, voir Christenson, 1971. Pour des approches concernant plusieurs penseurs, voir Brecher, 1971, Robinson, 1976.

notamment sur la figure d'Edouard Toulouse¹. Pour la période contemporaine (après la seconde Guerre mondiale), les travaux sont peu nombreux et, exception faite d'un article sur la réception de Kinsey en France, ils ne sont pas le fait d'historiens. De manière très significative par rapport à ce contexte, les deux ouvrages récents d'historiens mentionnant la sexologie dans leurs titres ne portent pas véritablement sur le développement de la discipline mais sur ses origines². C'est dire si, comme le notent André Dupras et Gérard Vallès, « en France, les débuts de la sexologie demeurent énigmatiques »³. Mais malgré les lacunes de l'historiographie concernant l'histoire de la sexologie en France – lacunes qui semblent d'ailleurs commencer à être progressivement comblées⁴, il est possible de dessiner à grands traits les étapes de son développement national.

2.1.2. Les trois origines de la sexologie française

En français, le mot « sexologie » date des années 1910. Pour le psychiatre et sexologue Philippe Brenot, le mot apparaît en 1911, dans le titre d'un ouvrage intitulé : *La sexologie, prédiction du sexe des enfants avant la naissance*. Le mot désigne ici l'ensemble des techniques visant à la détermination du sexe des enfants avant la naissance⁵. L'historienne Sylvie Chaperon, elle, date l'apparition du mot en français de 1912, année où elle a trouvé trace d'une maison d'édition proche des milieux néo-malthusiens et libertaires dénommée « Bibliothèque de sexologie sociale »⁶. Pour le *Trésor de la langue française informatisé*, c'est en 1933 que le mot apparaît pour la première fois en Français, à l'occasion de la publication du livre d'Angelo Hesnard, *Manuel de sexologie normale et pathologique*, à Paris, chez Payot. Quoi qu'il en soit,

¹ Dupras & Vallès, 1991 et 1993 ; Wojciechowski, 1997 ; Ohayon, 2003 ; Drouard, 2007. Une monographie est entièrement consacrée à Edouard Toulouse, voir Huteau, 2002.

² Il s'agit des livres d'Alain Corbin, *L'harmonie des plaisirs. Les manières de jouir du siècle des Lumières à la sexologie* paru en 2008 (Corbin, 2010), et de celui de Sylvie Chaperon, *Les origines de la sexologie. 1850-1900*, paru en 2007 (Chaperon, 2007c).

³ Dupras & Vallès, 1991 : 91.

⁴ En France, la recherche sur la sexologie est à l'heure actuelle essentiellement animée par deux personnes. Sylvie Chaperon, historienne à l'Université de Toulouse, mène depuis les années 2000 des recherches sur l'histoire de la sexologie (Chaperon, 2002, 2007a, 2007b, 2007c, 2008 & 2010). Alain Giami, psychosociologue à l'Inserm, qui travaille sur la situation actuelle de la sexologie (cf. infra), a également publié des articles socio-historiques (2003, 2004a, 2004c, 2007a). Il a, par ailleurs, coordonné avec André Béjin, un numéro spécial de la revue *Sexologies* intitulé « Une histoire de la sexologie française » (vol.16, n°3, 2007). La même année sortait un numéro de la *Revue d'histoire des sciences humaines*, coordonné par Pierre-Henri Castel, intitulé « Sexologie et théories savantes du sexe » (n°17, 2007).

⁵ Brenot, 1994 : 14.

⁶ Chaperon, 2007b : 14.

notons que le mot apparaît plus tardivement que le mot anglais *sexology* qui date des années 1860¹ et du mot allemand *Sexualwissenschaft* apparu en 1907².

Mais si le mot n'est utilisé qu'à partir de l'entre-deux-guerres, la réflexion médico-scientifique sur la sexualité est antérieure et l'on peut considérer que la sexologie moderne prend racine dans le 19^{ième} siècle. Durant ce siècle, deux sphères de réflexion et de pratiques constituent la réflexion sur la sexualité : celle des médecins « ordinaires » qui donne lieu à la publication d'un très grand nombre de guides à l'usage du couple, celle de la psychiatrie naissante et de la médecine légale qui, fortement marquées par la pensée évolutionniste, s'attachent à « cartographier » les différents comportements sexuels humains, notamment les perversions, et les pathologies qui y sont liées. Ensuite, dans l'entre-deux-guerres, le développement de la sexologie sera essentiellement lié au militantisme progressiste, socialiste et libertaire, et au mouvement néo-malthusien³.

2.1.2.1. L'hygiène conjugale

L'hygiène conjugale constitue l'une des origines de la sexologie contemporaine. Nous gardons la trace de cette réflexion grâce aux nombreux guides sexuels à l'usage des couples qui ont été publiés. Ceux-ci, s'ils se développent considérablement au 19^{ième} siècle, sont un genre qui existe déjà en France depuis longtemps et qui perdure jusqu'à nos jours.

Revenons donc sur l'histoire de cette littérature de conseil. Pour Michel Foucault, deux grands types de procédures opposent les sociétés dans la recherche de « la vérité du sexe » ; d'une part les sociétés qui ont une *ars erotica*, de l'autre la nôtre qui, « en première approche du moins, n'a pas d'*ars erotica* »⁴ mais qui s'est dotée d'une *scientia sexualis*. De *l'Art d'aimer* d'Ovide, au *Kâmasûtra* indien, des écrits érotiques arabes aux « manuels du sexe » chinois⁵, un grand nombre de sociétés et de civilisations a une longue pratique de la littérature érotique et pornographique à visée initiatique, où « la vérité est extraite du plaisir lui-même, pris comme pratique et recueilli comme expérience »⁶. Toutefois, l'*ars erotica* est bel et bien présente dans le mouvement qui, depuis le Moyen Âge, porte en Occident la science du sexuel :

¹ D'après Béjin & Giami, 2007 : 169.

² D'après Drouard, 2007 : 205.

³ Chaperon, 2007b.

⁴ Foucault, 1976 :77.

⁵ Van Gulik,1971.

⁶ Foucault, 1976 :77.

« Il y a eu, dans la confession chrétienne, mais surtout dans la direction et l'examen de conscience, dans la recherche de l'union spirituelle et de l'amour de Dieu, toute une série de procédés qui s'apparentent à un art érotique.»¹

Les affirmations de Michel Foucault concernant l'absence d'art érotique en Occident laissent perplexe si l'on songe à la masse d'écrits érotiques et pornographiques que le 18^{ième} siècle nous a léguée² et on pourrait y voir de sa part un certain ethnocentrisme, prolongeant dans le domaine des discours sur la sexualité le Grand partage entre « eux » et « nous »³. Toutefois, il faut bien admettre que si l'Occident a développé une certaine forme de représentations fictionnelles de la sexualité (en littérature, en peinture, en photographie et en cinéma), celles-ci n'ont pas pris la même forme et n'ont pas donné lieu aux mêmes pratiques sociales. Et, selon Michel Foucault, ces œuvres fictionnelles n'ont pas, explicitement, la vocation didactique et initiatique que l'on retrouve dans les traditions érotiques chinoise, arabe ou indienne. Ainsi, selon lui, c'est notre *scientia sexualis* qui fonctionne dans certaines de ses dimensions comme une *ars erotica*⁴.

La littérature de conseil sexuel émerge dès la fin du 17^{ième} siècle en France et l'antériorité revient sûrement à l'ouvrage d'un médecin de La Rochelle, Nicolas Venette, *Tableau de l'amour conjugal* datant de 1687 et régulièrement réédité jusqu'au début du 20^{ième} siècle⁵. Le succès de l'ouvrage n'est pas simplement national mais sa diffusion touche toute l'Europe. Il sera ainsi traduit en anglais en 1703.

A partir des années 1700, le genre commence à se diffuser dans le monde occidental⁶. Il participe plus généralement du développement des ouvrages domestiques à visées pratiques, de la popularisation des savoirs et des techniques et de l'explosion de la culture de l'imprimé qui s'opère à la suite de la diffusion de l'imprimerie dans l'ère post-Gutenberg⁷. Ces ouvrages qui sont le fait de médecins ou de personnes se déclarant médecins, se présentent comme le pendant médical des manuels de vie conjugale qui se développent depuis le milieu du 17^{ième} siècle⁸. À l'origine, ces derniers sont le fait

¹ Foucault, 1976 : 94.

² Voir par exemple, Corbin, 2010.

³ Lenclud, 1992.

⁴ Foucault, 1976 : 95.

⁵ Voir Porter, 1994 ; Chaperon, 2007c : 18-19 ; Dupras, 2007.

⁶ Sur cette littérature dans le monde anglo-saxon du 17^{ième} siècle à nos jours il existe un nombre important de travaux : Brissett & Lewis, 1970 ; Gordon & Shankweiler, 1971 ; Bullough, 1973 ; Gordon, 1978 ; Weinberg, Swensson & Hammersmith, 1983 ; Jackson, 1987 ; Porter, 1994 ; Laipson, 1996 ; Potts, 1998 ; Melody & Peterson, 1999 ; Neuhaus, 2000.

⁷ Porter, 1994 : 137. Sur la « révolution » de l'impression, voir Eisenstein, 1991.

⁸ Walch, 2002 : 129-184.

d'ecclésiastiques et valorisent, dans la continuité des apports du Concile de Trente, la spiritualité conjugale. Largement influencés par l'*Introduction à la vie dévote* de François de Sales, ces manuels accordent une place à la sexualité, qui se doit d'illustrer la fidélité et la foi des époux¹.

Au 19^{ième} siècle, le genre se développe de manière importante, notamment sous le Second Empire à la suite de l'invention des rotatives et de l'élargissement du lectorat², de sorte qu'en ce qui concerne la France, Alain Corbin remarque que

« contrairement à ce que pense Michel Foucault, il ne semble pas que les médecins du 19^{ième} siècle aient montré plus de complaisance à traquer les déviances qu'à parler des relations conjugales »³.

Ces « innombrables et plus ternes manuels » sont rédigés « par des auteurs sans grand talent qui tentaient de se faire les guides des ébats conjugaux de leurs éventuels lecteurs »⁴. En effet, les auteurs de ces ouvrages sont le plus souvent de simples médecins, lorsqu'ils ne sont pas tout simplement des usurpateurs, et ne sont que rarement des hospitalo-universitaires. Beaucoup sont d'anciens médecins ou pharmaciens militaires, ce qui témoigne, pour ces derniers, de leur origine modeste dans la mesure où l'armée était le seul moyen pour les personnes issues des classes populaires d'accéder aux études de médecine, très coûteuses à l'époque⁵.

Le contenu des ouvrages va évoluer tout au long du siècle. Toutefois, ce qui caractérise ces ouvrages, c'est qu'ils sont essentiellement préoccupés par des questions hygiéniques. Si les médecins y font l'éloge du mariage⁶, c'est avant tout parce qu'il est l'instrument de la procréation⁷ et l'essentiel, pour les auteurs, c'est la réussite de la fécondation⁸. La gestion des émissions spermatiques et le contrôle des « fraudes conjugales » consistant à avoir du plaisir sans risque de grossesse est ainsi la matière principale de ses ouvrages⁹. C'est à cause des risques qu'elle pourrait faire courir à la femme que les auteurs s'opposent à cette toute nouvelle mode venue d'Angleterre : le voyage de noce¹⁰. La nuit de noce est d'ailleurs un moment particulièrement sensible. Les auteurs craignent particulièrement, surtout à la fin du siècle, d'une part le « viol

¹ Walch, 2002 ; Corbin, 2010 : 316-328.

² Chaperon, 2007c : 21.

³ Corbin, 1991 : 235

⁴ Corbin, 1991 : 235-236.

⁵ Chaperon, 2007c : 19-21.

⁶ Chaperon, 2007c : 34

⁷ Kniebihler, 1980 : 359.

⁸ Corbin, 1991 : 244.

⁹ Kniebihler, 1980 : 362 ; Corbin, 1991 : 238 ; Chaperon, 2007c : 48-53.

¹⁰ Kniebihler, 1980 : 361 ; Chaperon, 2007c : 33.

conjugal » de la part d'un mari brusque et instinctif, et d'autre part, risque tout aussi important, une trop grande « ivresse » ou « expertise » de la femme en matière de sexe qui conduirait à terroriser à jamais le mari. L'un et l'autre faits mettraient en péril toute la sexualité conjugale à venir¹. Largement marqués, jusqu'à tardivement dans le siècle, par la tradition médicale hippocratique et la théorie des humeurs², tous ces ouvrages prônent la juste mesure en matière sexuelle, et alertent leurs lecteurs tout autant sur les risques que font courir l'excès que ceux que font courir le manque. Ainsi, loin de soutenir l'abstinence, les auteurs soulignent les bénéfices du coït pour la santé³ et dévalorisent le célibat et la chasteté⁴.

Après la première guerre mondiale, les ouvrages changent et leurs auteurs aussi ; aux médecins du 19^{ième} siècle se substituent les hygiénistes, libres penseurs et les premières féministes⁵. Dans les pays anglo-saxons, ces ouvrages sont véritablement des manuels d'éducation sexuelle⁶, dont l'apparition correspondait à

« l'émergence d'une conception nouvelle de la sexualité conjugale : l'harmonie sensuelle entre les conjoints était désormais considérée comme l'une des conditions d'un mariage stable »⁷.

2.1.2.2. La psychopathologie sexuelle

Autre source de la sexologie contemporaine, la psychopathologie sexuelle. Elle élabore une série de catégories méticuleuses concernant les déviances sexuelles par rapport au modèle reproductif et aussi les maladies vénériennes considérées comme une menace pour l'ordre social et familial⁸. A partir de la deuxième moitié du 19^{ième} siècle, on assiste à la montée en puissance de la réflexion de la psychiatrie et de la médecine légale sur la sexualité. L'ouvrage de Krafft-Ebing, *Psychopatia Sexualis* est publié en 1886, le premier volume des *Studies of the Psychology of Sex* de Havelock Ellis paraît en 1898. En France, point de grands auteurs,

« (...) les travaux français sont très nombreux (...) mais ils sont dispersés dans des revues de médecine, de psychiatrie, de neurologie, de médecine légale ou de psychologie. Ils proviennent d'une foule de

¹ Corbin, 1991 : 244.

² Corbin, 1991 : 237 ; Chaperon, 2007c : 29-31.

³ Corbin, 1991 : 236 ; Chaperon, 2007c : 34-37.

⁴ Chaperon, 2007c : 30 et 36.

⁵ Kniebihler, 1996.

⁶ Jackson, 1987

⁷ Bozon, 2002 : 50.

⁸ Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons développé dans notre chapitre précédent.

contributeurs de niveau très inégal qui ne se spécialisent pas durablement dans le champ, à quelques rares exceptions près. »¹

Au milieu de cet éclatement de la production, deux pôles se distinguent toutefois : l'un parisien au dépôt de la Préfecture de Police où l'on conduit les aliénés, on dit alors « le Dépôt » ; l'autre à Lyon autour d'Alexandre Lacassagne, de son laboratoire de médecine légale à la Faculté de médecine de Lyon et de sa revue *Les archives de l'anthropologie criminelle et des sciences pénales*. Deux éditeurs sont particulièrement actifs sur ces questions : Stork à Lyon, chez qui Alexandre Lacassagne est directeur de plusieurs collections ; Georges Carré qui publie non seulement des ouvrages français mais aussi des traductions (il sera l'éditeur français de Albert Moll et Richard von Krafft-Ebing). Parmi les nombreux médecins qui s'intéressent à ces questions, quelques noms se détachent : Valentin Magnan, de l'hôpital Sainte-Anne, publie *Des anomalies, des aberrations et des perversions sexuelles* en (1885), puis *Des exhibitionnistes* en 1890 ; Emile Laurent, qui n'a pas de statut particulier et qui se consacre plutôt à la vulgarisation, mais qui est le premier traducteur de la *Psychopatia Sexualis* de Richard Von Krafft-Ebing ; Alfred Binet, qui sera l'un des premiers à développer une psychologie de la sexualité².

Comme on le voit, cette proto-sexologie³ s'inscrit dans une démarche nosographique, orientée vers la psychopathologie et le traitement des maladies vénériennes.

2.12.3. Militantisme, néo-malthusianisme, eugénisme

Au tournant du siècle, un nouveau pôle de réflexion sur la sexualité émerge dans les milieux libertaires et anarchistes, et parmi le courant néo-malthusien⁴. Dans ces milieux circulent des idées novatrices, des plus réformistes aux plus révolutionnaires, concernant la liberté sexuelle, la contraception, les relations entre les sexes, les droits matrimoniaux, la prostitution, l'éducation sexuelle, etc.

C'est dans ce contexte qu'est créée, en 1927 et sous l'impulsion d'Eugène Humbert, la section française de la Ligue mondiale pour la réforme sexuelle fondée en 1921 par Magnus Hirschfeld, Havelock Ellis et Auguste Forel. Eugène Humbert et sa

¹ Chaperon, 2007b : 13-14.

² Tout le paragraphe s'appuie sur Chaperon, 2007c : 60-66 & Chaperon, 2007b : 13-14. Sur l'apport d'Alfred Binet à la psychologie sexuelle, voir Chaperon, 2007c : 139-152 ; Béjin, 2011.

³ Béjin, 1982a.

⁴ On s'appuie pour cette sous-partie sur Chaperon, 2010, 2007c : 177-201 & 2007b : 14-16 ; Bonierbale & Waynberg, 2007 : 244-245 ; Drouard, 2007 ; Ohayon, 2003 ; Giami & de Colomby, 2001 : 42 ; Tamagne, 2005 ; Dupras et Vallès, 1991 & 1993.

femme Jeanne Humbert incarnent parfaitement l'esprit qui souffle sur la réflexion sexuelle à l'époque. Libertaires, pacifistes et néo-malthusiens, ils ne cessent de promouvoir leurs idées. Eugène Humbert fonde successivement deux revues, *Génération consciente* et *La Grande Réforme*, revues auxquelles Jeanne Humbert collabore en publiant de nombreuses contributions. C'est lui qui rédigera avec Eugène Lericolais l'entrée « sexologie » pour l'*Encyclopédie anarchiste* dirigée par Sébastien Faure publiée en 1934. L'objet de la réflexion en France est principalement le contrôle des naissances et, contrairement à la situation allemande, la question de l'homosexualité, par exemple, n'est pas vraiment prise en compte. En 1930, les fondateurs de la section française sont remplacés et c'est une nouvelle équipe qui prend le relais. Moins proche des anarchistes, elle compte notamment, parmi ses membres, le docteur Jean Dalsace, un médecin communiste et Berthy Albrecht qui sera l'une des animatrices les plus actives de la revue de la section, *Le Problème sexuel*, dont six numéros paraîtront entre 1933 et 1935.

En 1931, certains des militants néo-malthusiens se retrouvent, avec d'autres personnes d'horizons différents (des médecins, quelques psychanalystes, des savants comme le physicien Paul Langevin, des ecclésiastiques), au sein de l'Association d'études sexologiques créée, avec l'appui du ministre de la Santé publique Justin Godard, par le psychiatre Edouard Toulouse. Jean Dalsace en sera le secrétaire. Un an plus tard, Edouard Toulouse crée la Société de sexologie, dont il confie la présidence à Emile Charles Achard alors secrétaire général de l'Académie de médecine. La Société a pour vocation d'être la branche scientifique de l'association et doit répondre à ses demandes d'avis scientifiques. Elle publiera de manière plus ou moins régulière le *Bulletin de la Société de sexologie* de 1932 à 1938. Porté par le courant hygiéniste et eugéniste, l'intérêt d'Edouard Toulouse pour la sexologie est fortement marqué par des préoccupations sociales, morales et de santé publique. Il vient du monde psychiatrique (à la réforme duquel il a d'ailleurs largement participé) et, créateur de la Ligue d'hygiène mentale, l'une des ses préoccupations est de limiter la reproduction des « tarés ». Les objectifs de l'association sont d'ailleurs en parfaite adéquation avec son projet de « biocratie », une utopie de bio-gouvernementalité fondée sur la rationalité et les sciences.

Bien que plusieurs psychanalystes rejoignent l'Association d'études sexologiques à sa création, il n'est pas certain que les liens entre psychanalyse et sexologie aient été si importants. Seuls deux psychanalystes, Paul Schiff et Marie

Bonaparte, feront des présentations devant la Société de sexologie. Ainsi, il est étonnant que cela soit Angelo Hesnard, l'un des premiers traducteurs de Sigmund Freud en France, qui publie en 1933 le *Manuel de sexologie normale et pathologique*¹, qui sera le premier du genre.

2.1.3. Emergence et développement de la sexologie contemporaine

2.1.3.1. Des années 1940 aux années 1960

Après les premières tentatives de structuration dans les années 1930, la sexologie en tant que telle ne prend pas d'ampleur et à la fin de la décennie, section française de la Ligue mondiale, Association d'études sexologiques et Société de sexologie ont disparu². Les années 1940 et 1950 sont, semble-t-il, moins riches en initiatives. Les ouvrages d'Alfred Kinsey et de ses collaborateurs (*Sexual Behavior in the Human Male*³ – 1948 – et *Human Sexual Behavior in the Human Female*⁴ – 1953), bien qu'ils aient été traduits très tôt, même pas un an après leur parution aux Etats-Unis, n'ont pas de succès en France et suscitent même des résistances de la part des catholiques et des communistes, qui, en pleine Guerre Froide, sont peu réceptifs aux recherches américaines⁵. En revanche, l'édition de littérature de conseil et de vulgarisation n'a jamais cessé.

C'est finalement au sein ou dans la proximité du Mouvement français pour le planning familial (créé en 1956 sous l'appellation « Maternité heureuse ») que l'on va retrouver, dans les années 1960, les figures les plus actives. Ainsi Georges Valensin, un médecin proche du Planning condamné pour fait d'avortement, publie un nombre important de livres dont un *Dictionnaire de la sexualité* (1967). L'un des premiers à théoriser la notion de « santé sexuelle », il participera en 1961 à la création de la Société française de sexologie comparée⁶. Deux gynécologues, Suzanne Képès (libérale, membre du Planning) et Hélène Michel-Wolfromm (chef de clinique), développent quant à elles une approche de la sexualité en gynécologie psychosomatique⁷. Hélène

¹ Aussi connu sous le titre *Traité de sexologie normale et pathologique*.

² Pour cette sous-partie, on s'appuie sur Bonierbale & Waynberg, 2007 : 245-258 ; Chaperon, 2007b : 16-17 ; Rebreyend, 2006 : 701-709 ; Giami & de Colomby, 2001 : 42-44.

³ Traduit la même année sous le titre : *Le comportement sexuel de l'homme*.

⁴ Traduit un an plus tard sous le titre : *Le comportement sexuel de la femme*.

⁵ Chaperon, 2002b.

⁶ Nous n'avons trouvé aucune autre information sur cette société citée par Mireille Bonierbale et Jacques Waynberg, qui semble s'être éteinte au début des années 70 (Bonierbale & Waynberg, 2007 : 246).

⁷ Voir Képès, 2003 : 20-29.

Michel-Wolffronm crée le premier cours universitaire de *gynécologie psychosomatique* en 1962. Elle préface en 1968 la traduction française du livre de William H. Master et Virginia E. Johnson, *Les réactions sexuelles (Human Sexual Response – 1966)*. *Planning familial*, la revue du Planning, rend compte de ce regain d'intérêt pour la sexualité en publiant des articles sur le thème dès le milieu des années 1960. Enfin en 1965 est lancée une revue bimestrielle grand public *Sexologie médicale* dont les collaborateurs sont des médecins et des psychologues étrangers¹.

Pour Alain Giami et Patrick de Colomby,

« au cours de [la] période qui se situe avant 1968, la sexologie est constituée par un ensemble d'initiatives dispersées dans différentes perspectives »².

Cette affirmation pourrait être nuancée et malgré les lacunes historiographiques, l'histoire de la sexologie du début du siècle jusqu'aux années 1960 semble largement liée à celle des combats pour le contrôle des naissances et la contraception. N'y a-t-il pas, en effet, une continuité frappante entre les actions d'Eugène et Jeanne Humbert, de Jean Dalsace, de Georges Valensin et de Suzanne Képès ?

2.1.3.2. Le renouveau de la discipline dans les années 1970

Ce n'est que dans les années soixante-dix, à la faveur du développement des techniques de contraception, du droit à l'avortement, de la libéralisation des mœurs et de l'apparition de l'éducation sexuelle de masse que la sexologie contemporaine se développe et s'organise réellement en France³.

Le contexte intellectuel a changé et les idées nouvelles viennent d'Amérique du Nord. Les ouvrages de William H. Master et Virginia E. Johnson, *Les réactions sexuelles (Human Sexual Response – 1966)* et *Les mésententes sexuelles et leur traitement (Human Sexual Inadequacy – 1970)*, ainsi que celui de Helen Singer Kaplan, *La nouvelle thérapie sexuelle (The New Sex Therapy – 1974)*, tous traduits sous la direction du médecin Michel Meignant, paraissent respectivement en 1968, 1971 et 1979. Les nouvelles propositions américaines rencontrent un succès considérable chez une jeune génération de médecins et de thérapeutes se sentant démunis face aux demandes de leurs patients. Les expériences du *National Sex Forum* de San Francisco

¹ Anne-Claire Rebreyend qui signale cette initiative éditoriale ne détaille pas les personnes ou institutions qui la portent (Rebreyend, 2006 : 706).

² Giami & de Colomby, 2001 :42.

³ Pour cette sous-partie, nous nous appuyons sur Bonierbale & Waynberg, 2007 : 246-258 ; Chaperon, 2007b : 16-17 ; Giami, 2007a ; Rebreyend, 2006 : 701-709 ; Giami & de Colomby, 2001 : 43-44.

font des émules. Jacques Waynberg reprendra par exemple leur idée de produire des films pédagogiques sur la sexualité. Ce dernier et Michel Meignant effectueront d'ailleurs plusieurs séjours personnels aux Etats-Unis, tandis que la Société française de sexologie clinique organisera plusieurs voyages de formation collectifs.

A côté de l'influence des auteurs états-uniens, les sexologues français seront également très intéressés par les expériences genevoises de Georges Abraham et de Willy Pasini qui enseignent et consultent dans un cadre hospitalo-universitaire, et dont le cadre théorique est largement marqué par la psychanalyse. Ces deux médecins publient, en 1974, *Introduction à la sexologie médicale*, l'un des premiers manuels francophones à destination des étudiants depuis celui d'Angelo Hesnard.

Dans la sphère du mouvement pour la contraception et pour la planification familiale, l'intérêt pour la sexualité se confirme au tournant des années 1970. C'est un médecin du Mouvement français pour le planning familial, Pierre Simon, qui dirige la première grande enquête quantitative sur les comportements sexuels des Français dont les résultats sont publiés en 1972¹. D'autres médecins, quant à eux, animent la revue du collège des médecins du Mouvement, qui, prend, en 1975, le titre de *Contraception, fertilité, sexualité*. C'est également une militante de la contraception et de l'éducation à la sexualité, Jacqueline Kahn-Nathan, qui sera, sous la responsabilité de son chef de service Albert Netter, la cheville ouvrière du premier Congrès mondial de sexologie qui est organisé à Paris en 1974.

Durant cette période, les bases institutionnelles de la sexologie française sont posées. En 1974, quelques médecins (dont Gilbert Tordjman, Jacques Waynberg) créent la Société française de sexologie clinique, au conseil d'administration de laquelle siègent, entre autres, Jacqueline Kahn-Nathan, Gérard Zwang, Michel Meignant. En 1975, la Société se dote de sa revue : les *Cahiers de sexologie clinique*. En 1976, Jacques Waynberg crée de son côté l'Institut de sexologie, tandis que Robert Gellman crée l'Ecole française de sexologie. Ces trois associations proposeront des formations non-universitaires. Leurs fondateurs ne sont généralement pas des hospitalo-universitaires et pratiquent la sexologie en libéral. En 1973, Gérard Zwang crée *Sexologie-Informations*, un supplément à la *Tribune médicale*.

A l'université, les enseignements se sont développés depuis le début des années 1970, en parallèle, le plus souvent, à des consultations de sexologie. Pionnière en la

¹ Simon, Gondonneau, Mironer & Dourlen-Rollier, 1972.

matière, Hélène Michel-Wolfromm crée un cours en 1962 après avoir ouvert dès 1951 une consultation en gynécologie psychosomatique à l'hôpital Broca à Paris. Son exemple est suivi par Robert Porto qui ouvre une consultation de gynécologie psychosomatique et sexologie en 1966 à Marseille où un diplôme universitaire sera créé dix ans plus tard en 1976. Vers 1975, Jacqueline Kahn-Nathan et Gilbert Tordjman créent un cours de sexologie à l'hôpital Necker à Paris. A Bordeaux, Jean Tignol est à l'origine dès 1972 d'un certificat optionnel de sexologie. En 1974, le premier diplôme universitaire de sexualité humaine est créé à Toulouse par Pierre Hanry et Jean Poulhes. En 1972, Suzanne Képès et André Durandeu créent une UV de sexualité pour les étudiants de médecine de l'université de Paris-13 Bobigny. Dans bien d'autres villes encore les enseignements universitaires et les consultations hospitalières se développent. Le développement des enseignements universitaires débouche sur la création, en 1983, de l'Association inter-hospitalo-universitaire de sexologie qui va progressivement fédérer la majorité des différents enseignements et les harmoniser. C'est l'AIHUS qui porte, avec la Fédération européenne de sexologie, la revue *Sexologies*, dont la rédaction en chef est assurée par Mireille Bonierbale et Robert Porto.

Dans les années 1970-1980, quelques figures de la sexologie se font connaître du grand public en occupant la scène médiatique. Gérard Zwang, franc-tireur, publie plusieurs ouvrages à succès et participe à de nombreuses émissions et entreprises éditoriales. Michel Meignant devient l'un des intervenants réguliers de l'émission radiophonique de Mérie Grégoire « Responsabilité sexuelle »¹, tandis que Jacqueline Kahn-Nathan et Gilbert Tordjman sont connus pour leurs livres d'éducation sexuelle et de vulgarisation. Ils sont ainsi les principaux auteurs, en 1973, de l'*Encyclopédie de la vie sexuelle* qui marque le renouveau de la pensée en ce qui concerne l'éducation sexuelle.

2.1.3.3. Une discipline attaquée

A peine commence-t-elle à se structurer en France, que la sexologie est la cible de nombreuses attaques. Essais, pamphlets et réflexions diverses se multiplient pour dénoncer l'entreprise sexologique. Elles sont le fait de personnes issues d'horizons différents, mais on pourrait les regrouper en deux groupes : l'un philosophique et psychanalytique, l'autre gauchiste et féministe.

¹ Sur l'émission de Mérie Grégoire, voir les travaux de Dominique Cardon (Cardon, 1995 & 2003).

Dès 1977, les philosophes Alain Finkielkraut et Pascal Bruckner dénoncent le primat de l'orgasme et le morcellement des corps dans la sexualité moderne qui se caractérise par la « tyrannie du génital »¹. Tyrannie que l'essayiste Jean-Claude Guillebaud dénoncera encore vingt ans après². A ces attaques s'ajoutent celles venues de la psychanalyse et de la psychiatrie. Ainsi, un auteur comme Georges Lanteri-Lautra, dénonce l'assujettissement de la sexologie à une culture et à une morale donnée³. En 1981, paraît en français le livre critique du psychiatre Thomas Szasz, *Sexe sur ordonnance, l'étonnante vérité sur les thérapies sexuelles*⁴. Ces différentes critiques fonctionnent depuis une trentaine d'années comme un *topos* et sont régulièrement réactualisées⁵.

La sexologie est aussi, dans les années soixante-dix, la cible de certains discours gauchiste et féministe. Ainsi, Xavière Gauthier, dans un pamphlet en forme de réquisitoire, pointe, en accumulant les citations, le caractère raciste, bourgeois, adulte, conjugal, hétérosexuel, génital et androcentrique de l'approche sexologique⁶. Tandis que d'autres dénoncent la prise de pouvoir des médecins sur la sexualité des jeunes filles⁷. En 1974, le Front homosexuel d'action révolutionnaire interrompait une rencontre de la toute récente Société française de sexologie clinique en hurlant : « Sexofric ! sexoflics ! »⁸ Ces attaques venues de la gauche dans les années soixante-dix et quatre-vingt contrastent avec l'intérêt que pouvaient avoir leurs prédécesseurs concernant la sexologie et l'approche rationnelle de la sexualité, notamment les anarchistes individualistes des années trente⁹ (*cf.* l'entrée « sexologie » de l'*Encyclopédie anarchiste* de 1934). Les réactions que suscite l'émergence de la sexologie, qu'elles se fassent au nom de la morale conservatrice ou au contraire de la liberté, montrent à quel point la sexualité est, depuis plus d'un siècle, l'objet d'enjeux politiques puissants.

¹ Bruckner & Finkelkraut, 1977.

² Guillebaud, 1998.

³ Lanteri-Lautra, 1979, cité par Brenot, 1994.

⁴ Szasz, 1981.

⁵ Voir par exemple, Folscheid, 2002.

⁶ Gauthier, 1976.

⁷ Koeppel, 1982.

⁸ Bonierbale & Waynberg, 2007 : 249.

⁹ Ce positivisme amène par exemple certains d'entre eux à adopter des positions tout à fait tolérantes vis-à-vis de l'homosexualité au nom de la science. Sur ce point voir l'entrée « Anarchisme » du *Dictionnaire des cultures gays et lesbiennes* (Michels, 2003a).

2.1.3.4. Professionnalisation, institutionnalisation

Dans les années 1980-1990, le développement institutionnel de la discipline se poursuit¹. Dans le champ universitaire d'abord, le travail d'uniformisation des formations mené par l'AIHUS débouche sur la création d'un Diplôme inter-universitaire (DIU) désormais supervisé par les instances universitaires elles-mêmes au sein d'un Conseil de coordination pédagogique interuniversitaire du DIU de sexologie. La formation, d'une durée de trois ans, est progressivement réservée aux médecins (*cf. infra*). Dans le champ associatif et syndical, on assiste à partir du milieu des années 1980 à l'explosion du nombre de structures : Syndicat national des sexologues cliniciens (1980), Société européenne de gynéco-andro-psychosomatique (1986), Syndicat national des médecins sexologues (dans les années 1990), Association des sexologues cliniciens francophones (1998), Société francophone de médecine sexuelle (2004), Fédération française de sexologie et de santé sexuelle (2011). Deux faits importants vont largement peser sur la structure du champ de la sexologie à la fin des années 1990.

Le premier changement est d'ordre réglementaire. En 1996, le conseil national de l'Ordre des médecins reconnaît la sexologie comme une orientation médicale. Jusqu'à cette date la discipline n'était pas reconnue par le CNOM et les médecins ne pouvaient faire état de cette orientation sur leur plaque. La sexologie n'est pas reconnue pour autant comme une spécialité. Les médecins sont autorisés à en faire mention et à s'afficher comme médecin-sexologue s'ils ont le DIU de sexologie. En contrepartie de cette reconnaissance, le CNOM a demandé que le diplôme soit un diplôme unique et, puisqu'il s'agissait d'une reconnaissance accordée aux médecins, que celui-ci ne soit plus accessible aux non-médecins, notamment aux psychologues diplômés (*cf. supra*). Au côté de cette formation, les universités ont donc le plus souvent créé un diplôme universitaire en deux ans destiné à accueillir ceux qui sont exclus du DIU. L'autre conséquence de cette décision est que l'université a acquis le monopole de la formation des médecins à la sexologie, puisque ceux-ci ont intérêt à passer par l'université, aux dépens des associations, pourtant historiquement investies dans ce domaine.

Le second changement est l'intérêt tout à fait nouveau, à la fin des années 1990, que les firmes pharmaceutiques portent au champ des thérapies sexuelles au moment où

¹ On s'appuie pour cette sous-partie sur Bonierbale & Waynberg, 2007 : 255-258 ; Giami, 2009b ; Giami & de Colomby, 2001, 2002, 2003 & 2006 ; Giami, Chevret-Measson, Bonierbale, 2009.

elles mettent sur le marché de nouveaux médicaments censés faciliter l'érection¹. Le potentiel commercial de ses nouvelles molécules est très important et les entreprises doivent se rapprocher des prescripteurs. Elles investissent donc beaucoup d'argent pour soutenir et sponsoriser les médecins, notamment en finançant la recherche, les associations professionnelles, les colloques et congrès, etc. La position des non-médecins et des associations où ils sont majoritaires (Syndicat national des sexologues cliniciens et Association des sexologues cliniciens francophones notamment) s'en trouve par là même fragilisée.

Malgré des racines remontant au 19^{ième} siècle, l'institutionnalisation de la sexologie intervient donc tardivement dans son histoire.

2.2. Situation actuelle du champ des thérapies sexuelles

Après avoir brossé l'histoire de la discipline, il nous faut maintenant décrire sa situation actuelle, tant du point de vue du profil de ses praticiens que de sa position au sein du champ de la prise en charge des difficultés sexuelles et de couple².

2.2.1. Sexologue ? Profil sociologique et formation

Le titre de sexologue (comme celui de sexothérapeute) n'est pas réglementé. Tout un chacun peut se déclarer sexologue ou sexothérapeute. Toutefois, depuis la fin des années 90, un certain nombre de conditions encadrent son utilisation pour les médecins inscrits à l'Ordre des médecins (*cf. supra*).

Les travaux d'Alain Giami³ sur la profession de sexologue permettent une description précise du profil des praticiens se déclarant sexologues ou sexothérapeutes. En 1999, en France, on dénombre environ 900 sexologues. La majorité d'entre eux sont médecins (68%), ceux-ci se répartissant de manière équilibrée entre médecins généralistes et médecins spécialistes (principalement des psychiatres et des gynécologues). Les psychologues diplômés ne représentent que 12% des sexologues, le

¹ Voir Tiefer, 2000, et Giami, 2009b.

² Seuls quelques travaux sociologiques existent sur la sexologie en France. Et, pour tout dire, après les quelques travaux d'André Béjin de la fin des années 1970 et du début des années 1980 (Béjin, 1976, 1977, 1982a, 1982b ; Béjin & Pollak, 1977), il n'y a qu'Alain Giami qui travaille sur la profession et la discipline en France (Giami, 2007b & 2009b; Giami & de Colomby, 2001, 2002, 2003 & 2006 ; Giami, Chevret-Measson, Bonierbale, 2009). Signalons que la sociologue Brigitte Lhomond a publié un article en 1982 mais qu'il porte sur la sexologie américaine (Lhomond, 1982).

³ Giami & de Colomby, 2001, 2002, 2003 & 2006 et Giami, Chevret-Measson, Bonierbale, 2009.

reste de l'effectif est composé de personnes ayant des formations professionnelles initiales variées touchant le plus souvent aux professions paramédicales ou au domaine du travail social. De fait trois grandes catégories de praticiens se dessinent : médecins spécialistes, médecins généralistes et non-médecins. Le sexologue est le plus souvent un homme (60%) d'environ 49 ans. La proportion d'hommes par rapport aux femmes est maximale chez les médecins (70%) mais tombe à 50-50 chez les psychologues et est inversée chez les autres (40% : notamment parce que ce groupe rassemble un certain nombre de praticiens paramédicaux comme les infirmières ou les sages-femmes). Du point de vue de leur répartition sur le territoire, les sexologues sont surtout implantés dans les agglomérations de plus de 200 000 habitants, principalement dans les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur, Ile-de-France et Rhône-Alpes.

Réitérée en 2009, l'enquête « Sexologues », toujours pilotée par Alain Giami, ne montre pas de changements profonds depuis 1999 concernant les formations initiales des sexologues et, de ce point de vue, la structure de cette population professionnelle est extrêmement stable. C'est la répartition par sexe des sexologues qui a profondément changé, la proportion de femmes étant désormais de 63%. Le *sex ratio* s'est donc complètement inversé. L'origine professionnelle des sexologues étant stable, cette féminisation n'est pas due à une augmentation du nombre des psychologues ou des professionnelles paramédicales, mais est liée à la féminisation des professions de santé et en particulier du groupe des médecins.

Devenir sexologue implique de se former. En 1999, plus de 90% des sexologues ont reçu une formation en sexologie ou en « sexualité humaine »¹ et 90% déclarent s'être formés à une approche thérapeutique complémentaire à leur formation en sexologie et à leur formation initiale. Ils sont ainsi 73% à avoir suivi une formation à une approche psychothérapeutique², 67% une formation à une approche psychocorporelle³, 28% une formation à l'hypnose thérapeutique. L'exercice de la sexologie est avant tout un exercice libéral et n'est que rarement l'activité principale. Ainsi la majorité des sexologues ne consacrent pas la totalité de leur temps à l'exercice de la sexologie. Seuls 20% des sexologues consacrent plus de 25% de leur temps à la sexologie. Comme nous l'a dit une sexologue :

¹ Voir le tableau 9 qui détaille le programme national du DIU.

² Dont psychothérapie, thérapie de couple, thérapie cognitive et comportementale, psychanalyse didactique, thérapie de groupe, programmation neurolinguistique, gestalt, sexoanalyse ou thérapie systémique.

³ Dont sophrologie/relaxation, approches psychocorporelles, massages, psychosomatique ou haptonomie.

« Sexologue, c'est un adjectif qualificatif, ce n'est pas un nom : on n'est pas sexologue, on est d'abord médecin, psychologue ou autre chose ».

Tableau 9: Programme du DIU de sexologie

<p>PREMIERE ANNEE : Connaissances fondamentales - 60h d'Enseignement théorique</p> <p>I. BASES SEXOLOGIES – 28h 1. Biosexologie : Développement (ontogénèse) des appareils génitaux / Anatomie et Physiologie des réactions sexuelles chez l'homme et chez la femme / Psycho neuro endocrinologie du désir et du plaisir / Comportement sexuel 2. Développement de la Sexualité et Identité Sexuelle : Développement psychosexuel de l'enfant / Construction de la personnalité / Identité sexuelle, orientation sexuelle / Rôles sexuels / Désir, Séduction, Sentiment amoureux / Imaginaire et Erotisme 3. Sexualité et Cycles de vie : Adolescence et Sexualité / Reproduction et Sexualité / Ménopause, Andropause / Vieillesse</p> <p>II. FONDEMENT DE LA SEXUALITE HUMAINE - 16h 1. Histoire de la pensée sexologique / 2. Anthropologie et sexualité / 3. Phylogénèse et éthologie / 4. Sociologie et Sexualité / 5. Lois et Sexualité / 6. Religion et Sexualité / 7. Art, Esthétique et sexualité</p> <p>III. LA CONSULTATION EN SEXOLOGIE ET L'ETABLISSEMENT D'UN DIAGNOSTIC - 5h 1. La plainte sexologique - La Demande et le Symptôme sexuel / 2. L'anamnèse / 3. L'examen clinique. Place du bilan organique / 4. Relation Médecin-Malade / 5. Ethique en Sexologie</p> <p>IV. EXPLORATIONS PARACLINIQUES DE LA PATHOLOGIE SEXUELLE- 2h : Neuro-vasculo-endocrinologique</p> <p>V. ASPECTS ORGANIQUES DE LA PATHOLOGIE SEXUELLE - 8h 1. Interaction de la pathologie organique avec le comportement sexuel / 2. Anomalies organiques et anatomiques / 3. Iatrogénicité : retentissement sexuel des traitements médicaux et chirurgicaux et des interventions sur la reproduction chez l'homme et la femme</p> <p>VI. ADDICTIONS ET SEXUALITE - 1h : Alcool, toxicomanies, conduite alimentaire</p>
<p>DEUXIEME ANNEE : Connaissances cliniques et thérapeutiques en sexologie - 60h d'Enseignement théorique</p> <p>I. DYSFONCTIONS SEXUELLES MASCULINES - 8h 1. Troubles de l'érection / 2. Troubles du désir / 3. Troubles de l'éjaculation / 4. Dyspareunie / 5. Troubles du plaisir</p> <p>II. DYSFONCTIONS SEXUELLES FEMININES - 8h 1. Dyspareunie / 2. Vaginisme / 3. Troubles du désir / 4. Anorgasmie</p> <p>III. DYSFONCTIONS SEXUELLES DU COUPLE - 4h 1. Mariage non consommé / 2. Conjugopathies</p> <p>IV. PSYCHOPATHOLOGIE ET SEXUALITE - 4h 1. Retentissement des névroses, des psychopathies et des troubles de la personnalité / 2. Paraphilies</p> <p>V. TRANSSEXUALISME - 2h</p> <p>VI. MST ET SEXUALITE - SIDA ET SEXUALITE - 2h</p> <p>VII. HANDICAP ET SEXUALITE - 2h</p> <p>VIII. LES TRAITEMENTS - 20h 1. Evaluation dans les différentes approches : Le patient, le couple, le symptôme / Bilan physique / Bilan psychologique 2. Analyse des différents systèmes thérapeutiques : Fondement théorique, Objectifs, Moyens, Indications, Contre-indications 3. Présentation des différentes thérapies utilisées 3.1 Traitement pharmacologique 3.2 Traitement chirurgical 3.3 Thérapie sexuelle 3.3.1 Approche cognito-comportementale 3.3.2 Approche psycho-dynamique 3.3.3 Approche sexo-corporelle 3.3.4 Approche sexo-analytique 3.3.5 Approche systémique 3.3.6 Thérapie de couple 3.4. Possibilité d'intégration de différentes approches 3.5 Les thérapies sont différentes des techniques (sophrologie, relaxation, hypnose, massage...) 4. Conduite du traitement : Choix pour chaque dysfonction / Contrat thérapeutique / Suivi thérapeutique</p> <p>VIII. LA PREVENTION : CONSEIL – INFORMATION - EDUCATION- 10h 1. Concept de Santé Sexuelle / 2. Education sexuelle : Objectifs - Analyse des programmes / 3. Conseil sexologique : Rôle et place des paramédicaux.</p>
<p>TROISIEME ANNEE : Enseignement dirigé : pratique en consultation sexologique ou pratique en éducation sexuelle – 60h</p> <p>Présentation de cas vidéo / Simulations de consultations (jeux de rôle) / Groupe Balint / Attitudes et contre attitudes des étudiants / Supervision thérapeutique</p>

2.2.2. Objet de la sexologie et marché des thérapies

Bien que la sexologie soit souvent définie comme science de la sexualité, englobant tous les savoirs biologiques, psychologiques, médicaux et sociaux sur la sexualité et les pratiques thérapeutiques qui y sont associées, cette définition ne correspond pas, de fait, à la situation française. S'il y a bien des recherches sur la sexualité, ces recherches ne constituent pas un champ autonome, comme c'est le cas dans les pays anglo-saxons où la recherche (*sex research*) et la dimension clinique sont associées¹. En France donc, le terme « sexologie » renvoie à la discipline et à la pratique thérapeutique. Si elle est une thérapie, quelles « maladies » prend-elle en charge ? Quelle est sa place sur le marché des thérapies ?

2.2.2.1. Les travaux d'André Béjin

C'est à ses deux questions notamment, que, dès la fin des années 1970, André Béjin répond au travers de plusieurs articles². Son travail, qui ne s'appuie ni sur des données empiriques de première main, ni, à proprement parler, sur l'analyse systématique d'archives, mais sur une lecture serrée d'un certain nombre d'ouvrages sur la sexualité du 19^{ième} siècle aux années 1970, est une réflexion historico-sociologique : 1) sur la rationalisation de la sexualité et l'organisation du « champ sexuel »³ ; 2) sur le marché des thérapies et sur la « répartition des tâches » entre sexologie, psychanalyse et thérapies de la communication et de la conscience corporelle⁴.

Selon lui, l'autonomisation du « champ sexuel » s'est accompagnée de la progressive théorisation d'une « unité de mesure » dans le domaine de la sexualité – l'orgasme. Bien sûr la définition de cette « unité de mesure », l'orgasme, se fait progressivement et André Béjin en perçoit déjà les prémices chez le Marquis de Sade⁵. Toutefois, il considère que les sciences de la sexualité, et plus particulièrement la sexologie, ont joué un rôle déterminant dans sa définition. Ainsi, il confronte les positions de Sigmund Freud, Wilhem Reich et d'Alfred Kinsey :

- Freud en 1915 (*Introduction à la psychanalyse*) : « Nous ne sommes pas encore en possession d'un signe universellement reconnu et

¹ Giami & de Colomby, 2001 : 41-42.

² Béjin, 1976, 1977, 1982a & 1982b ; Béjin & Pollak, 1977. Une partie des ces réflexions sont repris dans Béjin, 1990.

³ Béjin, 1976 : 53-56 ; Béjin & Pollak, 1977.

⁴ Béjin, 1977 & 1982a

⁵ Béjin, 1976 : 55.

permettant d'affirmer avec certitude la nature sexuelle d'un processus ; nous ne connaissons sous ce rapport que la fonction de reproduction dont nous avons déjà dit qu'elle offrait une définition trop étroite. »

- Reich en 1942 (*La fonction de l'orgasme*) : « La fonction de l'orgasme devient ainsi l'unité de mesure du fonctionnement psychophysique, parce que c'est en elle que s'exprime la fonction de l'énergie biologique. »

- Kinsey en 1953 (*Le comportement sexuel de la femme*) : « L'orgasme est un phénomène distinct et particulier que l'on peut généralement reconnaître aussi facilement chez la femme que chez l'homme. Nous l'avons donc pris comme unité de mesure. L'orgasme diffère de tous les autres phénomènes de la vie d'un animal et on peut généralement, sinon même invariablement, voir dans son apparition le signe de la nature sexuelle de la réaction d'un individu. »

La création d'une unité de mesure « autonomise » les pratiques sexuelles et permet une rationalisation par les agents de leurs actions. Ils sont à même, dès lors, d'agir « de façon rationnelle en finalité », selon le concept de Max Weber¹, c'est-à-dire d'opérer des calculs selon un modèle coût/efficacité. Cette spécification de l'orgasme permet la comptabilisation des orgasmes et surtout leur commensurabilité², de telle sorte que les moyens (ou les façons) qui ont permis de les obtenir et les conditions dans lesquels ils sont survenus sont, par là même, des éléments secondaires : un orgasme valant un orgasme, une pratique sexuelle menant à l'orgasme vaut une autre pratique sexuelle menant à l'orgasme³.

La sexologie étant au cœur de cette nouvelle problématisation du plaisir, elle est désormais la mieux placée pour prendre en charge les difficultés qui s'opposent à l'orgasme et elle se transforme en orgasmothérapie. Ayant abandonné ses premiers objets qu'était la périsexualité (contraception, grossesses, maladies vénériennes, etc.) et les perversions, elle s'occupe essentiellement de gérer les troubles de la sexualité « ordinaire ». Il ne s'agit plus pour elle de se préoccuper des « aberrations » mais de s'attacher à la fonction érotique de la sexualité ainsi qu'au couple et à sa santé sexuelle. Dans ce cadre, la sexologie, en mêlant une approche biomédicale à des approches psychothérapeutiques, interroge les frontières entre maladie et santé, entre le normal et le pathologique, puisqu'ayant abandonné le terrain des perversions, les thérapeutes

¹ « Agit de façon rationnelle en finalité celui qui oriente son activité d'après les fins, moyens et conséquences subsidiaires et qui confrontent en même temps rationnellement les moyens et la fin, la fin et les conséquences subsidiaires et enfin, les diverses fins possibles entre elles. » (Weber, 1971 : 22-23, cité par Béjin & Pollak, 1977 : 108)

² Béjin, 1976 : 55.

³ Béjin, 1976 : 54.

traitent moins un fonctionnement anormal qu'une série de troubles et de « dysfonctionnements » qui gênent l'établissement d'un fonctionnement sexuel normal. Ce dernier implique d'ailleurs la satisfaction des deux partenaires. A ce titre nous sommes tous, aux yeux de la sexologie, des « dysfonctionnants sexuels » potentiels ou actuels¹. La sexologie est, dans ce contexte, l'un des recours possible à la fois pour se situer par rapport à une norme (par le biais de la consultation et de la vulgarisation par exemple), mais aussi pour aider à la reprise d'une vie sexuelle satisfaisante après une rupture (par exemple, un homme mûr recommençant sa vie avec une femme plus jeune et soucieux « d'être à la hauteur »), ou encore pour rassurer sur son orientation sexuelle, etc. Ces évolutions récentes se traduisent aussi dans le discours sexologique qui a abandonné le ton trop normatif de ses origines pour osciller, comme le discours psychologique, entre un pôle normatif (réaffirmant certaines règles) et un pôle libéral (revendiquant une plus grande autonomie des personnes quant au choix de leurs valeurs et modes de vie)².

Cette évolution des théories de la sexualité a pour conséquence une reconfiguration du marché des thérapies. Avec Alfred Kinsey les orgasmes sont comptabilisés et l'orgasme devient un objet statistique. Plaçant le coït au centre de la conjugalité, il étudie le comportement sexuel comme une série d'actes et non de dispositions mentales. William Masters et Virginia Johnson définissent à sa suite le cycle de la réponse sexuelle. L'orgasme est défini par une configuration de corrélats physiologiques objectivement appréhendables et les troubles sont considérés comme des comportements appris et conditionnés. Ainsi sur le plan théorique, la pratique thérapeutique de la sexologie, est, dans la perspective de William Master et Virginia Johnson, essentiellement basée sur des conceptions behaviouristes (comportementalistes). Cette orientation marquerait donc le « divorce » entre psychanalyse et sexologie, dans la mesure où cette dernière donne la primauté au symptôme et se donne comme objectif sa disparition. La sexologie, en s'appropriant son nouvel objet (l'orgasme), pousse la psychanalyse hors du champ d'intervention du traitement des dysfonctions sexuelles. Ses conceptions comportementalistes lui permettent de concurrencer la psychanalyse et d'afficher un résultat, la psychanalyse se retranchant sur le marché des thérapies de l'identité³.

¹ Béjin, 1990.

² Mehl, 2003.

³ Béjin, 1982a ; Béjin, 1977.

La théorie d'André Béjin sur la spécification par la sexologie de l'orgasme, de ses conséquences sur le « champ sexuel » (qui devient un véritable marché sexuel où l'on échange des orgasmes) et sur le champ des thérapies a les défauts de ses qualités. Si le modèle séduit par sa pertinence, notamment par son actualité et par les formidables intuitions d'André Béjin sur les significations et les attentes contemporaines en matière sexuelle, il est, de par le niveau de généralité qu'il vise, moins exact concernant l'image qu'il donne de la pratique concrète de la sexologie et de la situation du champ des thérapies sexuelles et conjugales.

2.2.2.2. L'objet de la sexologie

Concernant l'objet de la sexologie, il est vrai qu'actuellement, elle se concentre essentiellement sur les difficultés sexuelles « ordinaires » touchant la « fonctionnalité sexuelle ». Mais contrairement à ce qu'affirme André Béjin, ces difficultés étaient déjà prises en charge par les médecins (et ensuite les premiers sexologues) au 18^{ième} siècle¹, puis tout au long du 19^{ième} siècle² et faisaient aussi partie des préoccupations de l'Association d'Etudes Sexologiques au début du siècle³. Les difficultés sexuelles « ordinaires » font donc l'objet d'une réflexion et d'une prise en charge même si, des débuts de la sexologie, on ne retient le plus souvent que l'entreprise nosographique des perversions de la fin du 19^{ième} siècle et le projet eugénique du début du 20^{ième} siècle. Même si l'orgasme n'avait pas encore été théorisé, les débuts de la sexologie ne sont pas entièrement tournés vers les perversions et les maladies vénériennes.

A l'inverse, elle n'a pas complètement abandonné aujourd'hui le terrain de ce que l'on nommait les « perversions », les « aberrations » ou les « déviances ». Certains sexologues prennent par exemple part à la prise en charge psychothérapeutique du transsexualisme en n'intervenant pas exclusivement sur la « fonctionnalité sexuelle » postopératoire mais aussi au moment de l'évaluation de « l'authenticité du syndrome »⁴. D'autres se spécialisent dans la prise en charge des délinquants sexuels. En ce qui concerne l'homosexualité, les sexologues accueillent des personnes (surtout des jeunes

¹ Corbin, 2010 : 238-263 ; voir aussi la publication par Daniel Teysseire du dossier médical d'Elie-de-Beaumont (Teyseire, 1995).

² Chaperon, 2007c : 33-53 et 94-98.

³ Ainsi la participation de Marie Bonaparte aux travaux de la Société d'Etudes sexologiques porte sur la frigidité de la femme, voir Ohayon, 2003.

⁴ C'est ce que nous avons constaté à Toulouse, à l'occasion d'une enquête sur les changements de sexe à l'état civil (Michels, 2008), où, dans l'un des deux groupes de prise en charge, le sexologue est convoqué pour ses compétences concernant la fonctionnalité sexuelle et où, dans l'autre groupe, le sexologue prend part à l'évaluation psychothérapeutique du transsexualisme.

gens) se posant des questions sur leur orientation sexuelle, et il n'est pas si ancien le temps où l'on proposait des thérapies pour changer d'orientation sexuelle, notamment aux Etats-Unis¹.

2.2.2.3. Sexologie, psychanalyse, approches et objectifs thérapeutiques

L'autre point sur lequel les travaux d'André Béjin doivent être nuancés, c'est celui qui concerne la concurrence et l'opposition entre sexologie et psychanalyse. André Béjin, en s'appuyant quasi-exclusivement sur les travaux de William Master et Virginia Johnson, considère que les deux disciplines thérapeutiques s'opposent radicalement². Compte tenu du modèle thérapeutique proposé par les deux chercheurs états-uniens sur lequel il appuie sa réflexion, ceci est tout à fait cohérent. Mais la question est de savoir si ce modèle est le seul qui se soit développé en France.

Bien entendu, comme dans tout le champ de la santé mentale et des prises en charge psychologiques, les théories comportementales puis cognitivo-comportementales séduisent de nombreux sexologues dès les années 1970 et la traduction des travaux américains³. Mais si cette influence sur la sexologie est certaine, celle de la psychanalyse reste très importante dans le contexte français où elle est particulièrement bien implantée et où, comme le soulignent Alain Giami et Patrick de Colomby, elle exerce une hégémonie intellectuelle⁴. Par ailleurs, même aux Etats-Unis, la sexologue Helen S. Kaplan proposait, dès la fin des années 1970, de concilier approches psychodynamique et comportementale⁵. Les sexologues français n'ont donc pas entièrement épousé les conceptions de la psychologie behaviouriste américaine et les aspects

¹ En illustration de ce propos, on pourra regarder le très beau film de Todd Haynes, *Far from Heaven* (*Loin du paradis*) sorti en 2002. Le « marché » de la « réorientation sexuelle » ayant été abandonné par la médecine et la psychologie, il a été récupéré par un certain nombre de mouvements religieux, proches du développement personnel tel que le mouvement d'inspiration chrétienne « Life Stream » qui a essaimé partout dans le monde depuis les Etats-Unis (en France, il se présente sous le nom « Torrents de vie »). Si les homosexuels échappent désormais à la médecine et à la sexologie, les autres « pervers » et délinquants sexuels, eux, continuent d'être soumis aux méthodes de redressement issus du cognitivo-comportementalisme. Sur ce dernier point, on lira la description fascinante et terrifiante de Sylvère Lotringer d'une clinique américaine de sexo-thérapie où l'on prend en charge les délinquants sexuels (Lotringer, 2006).

² André Béjin synthétise cette opposition dans un tableau en deux colonnes où les « thérapies psychanalytiques » et les « thérapies comportementales (sexologiques) » sont comparées selon plusieurs critères (en ligne dans le tableau) comme les « objectifs », les « principes thérapeutiques », la « relation thérapeutique », les « moyens de traitement », le « déroulement du traitement », etc. (Béjin, 1982a : 203-205). Voir aussi Giami & de Colomby, 2002 : 562-563.

³ Cf. supra 3.1.3.2 et Colson, 1998 : 15-16.

⁴ Giami & de Colomby, 2002 : 562.

⁵ Giami & de Colomby, 2002 : 562. Helen Singer Kaplan écrit que son ouvrage « est le fruit de multiples influences théoriques : analyse, thérapie du comportement, médecine psychosomatique et thérapie de groupe » (Kaplan, 1979 : 11).

inconscients de la sexualité restent un objet d'intérêt important pour les praticiens. Certains ont d'ailleurs développé des modèles inspirés de la psychanalyse pour la prise en charge en sexologie. Ainsi, des sexologues québécois ont développé la « sexo-analyse », tandis que le couple Claire Gellman-Barrou / Robert Gellman défendaient une « sexothérapie analytique »¹. L'influence des approches psycho-dynamiques est donc loin d'être négligeable. Toutefois si la psychanalyse constitue un corpus de référence théorique pour la sexologie, les différentes thérapies sexuelles ne reprennent pas forcément le cadre et le dispositif analytiques.

La pratique actuelle de la sexologie² est en fait caractérisée par une très grande diversité dans les approches thérapeutiques (organiques et/ou psychothérapeutiques) et les techniques utilisées (prescriptions médicamenteuses, thérapies psychodynamiques, hypnose, relaxation, thérapies comportementales, etc.)³. Dans l'enquête de 1999 sur la profession de sexologue, le diagnostic inclut, le plus souvent et par ordre décroissant, un bilan de la vie sexuelle, un bilan psychologique et un examen clinique. Les pratiques thérapeutiques consistent le plus souvent en une thérapie de couple, un conseil conjugal, une psychothérapie non analytique. Les interventions médicalisées sont en toute logique pratiquées par les médecins. La durée de la prise en charge est brève (en moyenne quatre consultations)⁴.

En dehors des traitements médicaux (et chirurgicaux) qui se développent de manière importante depuis l'apparition du Viagra® et qui agissent sur la physiologie, les différentes thérapies sexologiques s'appuient toutes sur un travail aux niveaux psychologique, corporel et relationnel. Certains auteurs parlent successivement de biosexologie (qui s'occupe des causes organiques et des solutions médico-chirurgicales) et de psychosexologie (qui s'intéresse aux causes et aux solutions psychologiques et relationnelles) pour différencier les deux grandes approches en sexologie. Du point de vue psychologique et relationnel, les approches suivent plusieurs voies : celle de l'apprentissage du comportement érotique et la valorisation de l'expérience corporelle, celle de l'exploration des déterminismes inconscients et celle de l'exploration de l'imaginaire érotique conscient⁵.

¹ Gellman-Barroux & Gellman, 1998.

² Giami & de Colomby, 2001 : 57-59.

³ Gellman-Barroux & Gellman, 1998 : 48.

⁴ Giami & de Colomby, 2001 : 59.

⁵ Pasini & Crépault, 1987 : 4.

En définitive, ce qui réunit les différentes approches thérapeutiques c'est l'objectif de la thérapie:

« La thérapie sexuelle (...) se préoccupe avant tout d'améliorer le fonctionnement sexuel. (...) toute la stratégie thérapeutique vise principalement à atteindre l'objectif essentiel de la thérapie sexuelle : *vaincre le symptôme sexuel.* »¹

Quelle que soit l'approche envisagée et pour ce qui concerne les troubles de la « fonctionnalité sexuelle », la disparition du symptôme est ainsi l'objectif prioritaire de toutes les approches en sexologie. Cela va à la fois avec l'idée que si le trouble sexuel a des causes plus profondes, la reprise rapide d'une sexualité pourra peut-être permettre d'aider au règlement de ces causes plus profondes et en même temps avec l'idée inverse que, contrairement à ce que suppose la psychanalyse ou la thérapie de couple, les troubles sexuels ne sont pas forcément les symptômes de problèmes plus profonds². Cette focalisation sur le symptôme rapproche l'objectif de la sexologie des stratégies de médecine allopathique. Pour Alain Giami et Patrick de Colomby :

« La sexologie constitue une forme originale de pratique médicale influencée par les psychothérapies et incluant des approches médicales de différents types, dans un même cadre clinique. »³

2.2.2.4. La sexologie dans le champ des thérapies sexuelles et conjugales

C'est donc bien sur les objectifs de la thérapie que la sexologie se distingue d'une part des thérapies psychodynamiques individuelles (en particulier de la cure psychanalytique) et d'autre part des thérapies de couple⁴, inspirées de la psychanalyse et des théories systémiques. Psychothérapies psychodynamiques et thérapies de couple ont en effet pour objectif la résolution des problèmes personnels et/ou relationnels dont les problèmes sexuels ne seraient qu'une manifestation symptomatique. Au croisement de la prise en charge sociale des couples et de l'éducation sexuelle, la sexologie peut également croiser les préoccupations du conseil conjugal⁵ bien qu'il propose une offre qui n'est pas, à proprement parler, de l'ordre du soin. Sur le plan des prises en charge

¹ Kaplan, 1979 : 10, souligné par l'auteur.

² Comme l'explique ainsi Helen Singer Kaplan : « Des preuves indéniables donnent aujourd'hui à penser que si les problèmes sexuels peuvent en effet être le signe de troubles affectifs profonds ou de maladie mentale, tel n'est pas toujours le cas : il arrive également qu'ils se manifestent chez des personnes dont le fonctionnement est normal dans d'autres domaines et qui ne présentent pas d'autres symptômes sur le plan psychologique. Dans bien des cas, les troubles fonctionnels d'ordre sexuel tirent, chez les deux sexes, leur origine de problèmes plus immédiats et plus simples, ignorés jusqu'à une date récente, tels que la crainte de l'échec, l'angoisse suscitée par les exigences, réelles ou imaginaires du conjoint, ou la peur d'être rejeté ou humilié par lui. » (Kaplan, 1979 : 9)

³ Giami & de Colomby, 2002 : 563.

⁴ Lemaire, 1971.

⁵ Philippe, 2007 et Valla-Chevalley, 2009.

somatiques, elle subit, en particulier pour les recours de première intention, la concurrence des spécialités médicales, notamment de l'urologie et de l'andrologie, mais aussi de la médecine générale, approches dont l'offre thérapeutique a été renforcée avec le développement des traitements médicamenteux des troubles sexuels. Enfin, elle est aussi en concurrence avec les approches alternatives en matière de prise en charge de la sexualité et de la conjugalité qui constituent bien une offre thérapeutique, même si elles ne sont pas reconnues institutionnellement. Il en est ainsi des offres de développement personnel (comme par exemple les stages collectifs d'épanouissement sexuel) ou des thérapeutes « néo-traditionnels », par exemple des « marabouts » qui, à grand renfort de petits prospectus distribués dans les boîtes aux lettres, ciblent particulièrement les problèmes sexuels, conjugaux et affectifs.

2.3. La construction sociale des troubles sexuels

Il semble évident que les hommes ont depuis toujours utilisé et inventé des mots pour désigner les maux auxquels ils étaient confrontés. Par ailleurs, toutes les disciplines psycho-médicales ont besoin de catégoriser les maladies ou troubles qu'elles se proposent de soigner ou de prendre en charge. Sans ces catégories, les praticiens ne pourraient ni parler de ni agir sur ce qui constitue l'objet de leur pratique. La distinction des maladies est donc au cœur de la pratique médicale, dans la mesure où c'est ce qui permet de convertir l'expérience individuelle et unique de la maladie en une entité catégorielle et qui va permettre de confronter les cas entre eux et les différentes affections entre elles. Cela permet de passer du particulier au général¹.

Bien que la création des catégories médicales relève pour partie de l'activité médico-scientifique, sociologie, histoire et philosophie ont largement montré que ce processus était influencé par le contexte (scientifique bien-sûr, mais aussi social, politique et économique) dans lequel il s'opère et que la création des catégories n'était pas le seul fait des acteurs médico-scientifiques mais que de nombreux autres acteurs pouvaient intervenir dans la définition des maladies et des troubles. Au-delà de l'existence naturelle (ou non) de l'objet auquel elles se rapportent, les catégories

¹ Rosenberg, 2002.

nosographiques ont donc une histoire et c'est dans cette perspective que leur genèse est devenue un objet largement exploré par les sciences sociales de la santé¹.

A partir du moment où les difficultés touchant à la sexualité sont les objets de pratiques thérapeutiques, leur catégorisation n'échappe pas à ce processus et comme les autres catégories nosographiques, leur élaboration a une histoire. Celle-ci est, pour ce qui concerne la période contemporaine, largement ancrée dans les réflexions de la médecine et de la psychiatrie du 19^{ème} siècle concernant la sexualité et elle participe de ce que l'on appelle « la médicalisation de la sexualité ». Cette notion n'étant pas sans poser de problème, il nous semble utile d'en exposer les limites et les ambiguïtés.

2.3.1. La « médicalisation de la sexualité » ?

Comme nous l'avons vu dans notre précédent chapitre, l'histoire de la sexualité est confondue avec l'histoire de sa médicalisation, le terme même de sexualité relève au départ du monde médical² et en un sens, comme le note Alain Giami, l'expression de « médicalisation de la sexualité » relève du pléonasme³. L'expression désigne donc en premier lieu la problématisation médicale de la sexualité, qui conduit à sa « modernisation »⁴ et sa « rationalisation »⁵, processus lié plus largement à celui de la médicalisation de la société⁶, lui-même fortement lié au procès de civilisation⁷.

Toutefois, l'expression ne désigne pas seulement le processus de formation du concept de sexualité mais aussi un ensemble de phénomènes touchant à la (re-)définition et à la prise en charge par la médecine de problèmes, d'objets, de comportements, de « types » de gens, etc. ayant un rapport avec (le champ de) la « sexualité »⁸. Ainsi, dans cette acception, la médicalisation de la sexualité est un mouvement qui a concerné et concerne aussi bien la définition des perversions et des déviations sexuelles, que le traitement des maladies vénériennes, le contrôle des aspects reproductifs (accouchement, contraception, stérilisation), la définition des troubles sexuels, de la santé sexuelle, etc. Une série de problèmes ou de comportements autrefois

¹ Brown, 1995.

² Foucault, 1976 ; Giami, 2000a : 126. Voir notre chapitre précédent.

³ Giami, 2009a. Voir aussi, pour une approche générale de la « médicalisation de la sexualité », Tiefer, 2006.

⁴ Robinson, 1976.

⁵ Béjin & Pollak, 1977.

⁶ Aïach & Delanoë : 1998 ; Conrad : 1992.

⁷ Elias, 1973.

⁸ C'est, je crois, dans cette perspective que Leonor Tiefer distingue la « construction médicalisée de la sexualité » et la « médicalisation de la sexualité », voir Tiefer, 1996.

étrangers à la médecine sont intégrés dans son champ. Historiquement, certains problèmes pouvaient être appréhendés d'une autre manière par la religion (sodomie), certaines autres par le champ judiciaire (par exemple l'impuissance¹ ou la prostitution au 19^{ième} siècle²). L'intégration dans le champ médical n'empêche pas l'intégration du problème dans un autre champ. Ainsi, par exemple, le crime sexuel, appréhendé par la législation, est également sujet à une médicalisation par le biais de l'injonction thérapeutique faite aux criminels sexuels³. Certains « problèmes », comme l'homosexualité, ayant été autrefois médicalisés ont été progressivement démedicalisés, mais sont actuellement soumis à d'autres formes de médicalisation. On assiste ainsi à une remédicalisation de l'homosexualité suite à l'épidémie de sida⁴.

L'une des difficultés avec la notion de « médicalisation de la sexualité »⁵, c'est la pluralité des utilisations qui en sont faites et les contradictions qui existent entre les différents usages de la notion. A l'intérieur même du champ de la santé sexuelle et de la sexologie, Alain Giami a noté que différents agents se réfèrent à la médicalisation de la sexualité sans qu'il y ait un consensus sur son sens et sur les jugements positifs ou négatifs associés au phénomène⁶. L'examen de quelques unes des très nombreuses publications sur la « médicalisation de la sexualité » et des problèmes en rapport avec elle, s'il éclaire telle ou telle dimension du phénomène, tel ou tel aspect historique, laisse apparaître que dans l'expression « médicalisation de la sexualité » sont confondus, selon les auteurs et parfois selon les articles du même auteur, des réalités et des phénomènes distincts qui ont, bien sûr, tous à faire avec la médicalisation et la sexualité mais qui embrassent des périodes historiques, des pratiques, des postulats théoriques bien différents les uns des autres⁷. En somme, sous le chapeau de « médicalisation de la sexualité » sont regroupés, et parfois dénoncés, des processus et des pratiques telles que la thérapisation, la pathologisation des comportements, la bio-médicalisation, la surmédicalisation de la prise en charge, le recours à la médication, la pharmacologisation, etc.

¹ Darmon, 1979.

² Corbin, 1978 ; Bozon, 2002.

³ Giami, 1998.

⁴ Giami, 2009a ; Halperin, 2010 ; Rofes, 2011 ; Hurley, 2011 ; Girard, 2012.

⁵ Si cette réflexion recoupe en partie celle d'Alain Giami (Giami, 2009a & 2009c), elle ne prend pas en compte son utilisation profane dans le champ médical. Elle s'interroge seulement sur l'utilisation de la notion en sciences sociales et sur son lien avec les approches constructionnistes.

⁶ Giami, 2009a.

⁷ Ainsi, par exemple, les articles d'Alain Giami reposent, selon nous, sur des définitions différentes du concept de médicalisation de la sexualité. Voir Giami, 1998, 2000a, 2004a, 2005a, 2005b, 2007a, 2008, 2009a, 2009c et Giami & de Colomby, 2002.

Ainsi, actuellement, dans le cas des difficultés sexuelles, le concept est le plus souvent utilisé pour désigner l'emprise des conceptions organicistes et biologiques et pour mettre en lumière le rôle de plus en plus important que joue l'industrie pharmaceutique dans l'approche des « troubles sexuels ». L'arrivée du Viagra® a ainsi donné lieu à de nombreux articles¹ qui tendaient à en faire le signe de la médicalisation de l'impuissance et, plus généralement, de la sexualité masculine², en insistant sur la nouveauté du phénomène. Il nous semble au contraire que c'est un domaine d'intervention ancien qui a toujours été le lieu d'innovations thérapeutiques. Comme le dit Michel Foucault :

« Alors que dans l'art érotique, ce qui est médicalisé, c'est plutôt les moyens (pharmaceutiques ou somatiques) qui servent à intensifier le plaisir, on a, en Occident, une médicalisation de la sexualité elle-même comme si elle était une zone de fragilité pathologique particulière dans l'existence humaine. »³

Ainsi, il ne nous semble pas que le Viagra® soit réellement autre chose qu'un remède technico-pharmaceutique supplémentaire visant à « intensifier le plaisir ».

3.3.11. Le concept de « médicalisation »

La notion de « médicalisation de la sexualité » pose donc des problèmes de plusieurs ordres et de plusieurs niveaux qui sont en partie communs à ceux posés par la notion plus générale de « médicalisation ».

La première difficulté concerne le référent médical auquel renvoie le concept de médicalisation. En effet, si l'on s'intéresse à quelques définitions de la médicalisation données par différents auteurs qui, depuis les années 1970, ont développé et popularisé ce concept, la médicalisation est présentée comme :

« Le fait de définir un problème en termes médicaux, d'utiliser un langage médical pour définir un problème, d'adopter un cadre médical pour comprendre un problème, ou d'utiliser des formes d'intervention médicales pour le « traiter » »⁴ ;

Ou bien comme :

« Un processus par lequel de plus en plus d'aspects de la vie de tous les jours entrent sous l'emprise, l'influence et la surveillance médicales »⁵ ;

Ou bien encore comme :

¹ Ce que note aussi Alain Giami (Giami, 2009a). Voir par ex. Carpiano, 2001 ; Lexchin, 2006

² Voir par ex. Bozon & Bajos, 1999.

³ Foucault, 2001d : 235.

⁴ Conrad, 1992 : 211.

⁵ Définition proposée en 1983 par le sociologue Irving K. Zola citée par Conrad, 1992 : 210.

« La conversion franche d'un problème moral et social en maladie »¹.

Dans ces définitions, le référent médical n'est pas défini, ses contours ne sont pas précisés. De telle sorte que si l'on s'attache à une lecture littérale, le concept de médicalisation renvoie à ce que l'on devrait plutôt appeler un processus de *thérapisation* ou de *pathologisation*. C'est-à-dire l'entrée dans un champ thérapeutique d'un problème particulier. Elle implique donc l'existence d'un champ « thérapeutique » autonome ou d'une sphère du réel relevant du « pathologique » et identifié comme tel par les membres de la société donnée. Dans cette perspective le concept de médicalisation décrit un mécanisme sociologique que l'on pourrait retrouver dans toute société. Il est en adéquation avec une définition strictement sociologique de la maladie, rapprochement qu'opère Michel Foucault :

« Chaque culture définit de façon qui lui est particulière le domaine des souffrances, des anomalies, des déviations, des perturbations fonctionnelles qui relèvent de la médecine, suscitent son intervention et appellent de sa part une pratique spécifiée. (...) La maladie, finalement, c'est, à une époque donnée et dans une société donnée, ce qui se trouve – pratiquement ou théoriquement – *médicalisé*. »²

Mais le concept est aussi un concept historique et non plus sociologique utilisé par les historiens pour désigner l'expansion, à l'échelle de la société occidentale toute entière, de la médecine « moderne » à partir du 18^{ième} siècle et surtout du 19^{ième} siècle : augmentation du nombre de praticiens, développement de la clinique, etc.³ Dans cette acception, son utilisation est donc forcément liée au développement de la médecine moderne, d'abord en Occident, puis à l'échelle du monde entier.

En pratique donc, malgré les définitions sociologiques du concept de médicalisation, le concept n'est utilisé que dans des situations faisant entrer en jeu la médecine occidentale « moderne » et par ailleurs l'ambiguïté repose sur l'étendue du périmètre de la réalité que celui qui l'utilise attribue au « médical », à la « médecine ». Et, de fait, pour certains auteurs, le concept renvoie très souvent à la *biomédecine*. Ainsi lorsque le concept de médicalisation est utilisé de cette manière restrictive, le processus de médicalisation est envisagé sous l'angle biomédical et, très fréquemment, en considérant le travail étiologique qui le sous-tend : l'attribution de causes organiques, somatiques ou biologiques au problème considéré⁴. Restreindre l'utilisation du concept

¹ Proposition de définition de 1974 du psychiatre Thomas Szasz résumée par Nye, 2003 : 117.

² Foucault, 2001c : 781, c'est nous qui soulignons.

³ Nye, 2003 : 117 et cf. *supra* « 1.1.1 Le développement de la médecine au 18^{ième} siècle ».

⁴ C'est par exemple cette définition du concept de médicalisation qui rend possible son utilisation, dans le champ de la santé mentale, par les tenants des approches psycho-dynamiques ou plus simplement

au seul développement de la biomédecine, à l'emprise désormais de plus en plus importante des étiologies organicistes et somatiques et en exclure tout le champ psychologique et l'élaboration d'étiologies purement psychologiques n'est pourtant guère satisfaisant¹. Or, entendue comme *thérapisation/pathologisation*, la médicalisation n'implique pas d'étiologie spécifiquement somatique ou organique pour les problèmes considérés. Ainsi, tout le champ des prises en charge « psy » revendiquant des étiologies non organiques entrent dans le processus, et, de ce point de vue, l'extension contemporaine du domaine de la « psy » mis en lumière par différents auteurs² est un des aspects de la médicalisation de la société. Biomédicalisation et psychopathologisation (ou psychologisation) sont donc, dans cette perspective, deux formes particulières de médicalisation. Concernant certains objets, elles peuvent se succéder : la psycho(patho)logisation d'un problème pouvant, par exemple, laisser place à sa biomédicalisation. On retiendra ici que dans le cas d'un certain nombre de problèmes qui touchent à la sexualité, le processus de médicalisation a pu suivre la voie de la biomédicalisation et celle de la psychopathologisation. Si l'on s'intéresse à la médicalisation, il convient de voir si historiquement la médicalisation du problème considéré implique sa biomédicalisation et/ou sa psychopathologisation (ou psychologisation). Les limites du « médical » auxquelles renvoie le concept n'étant pas très précises, cela a donné lieu à une multiplication des néologismes : médicalisation, biomédicalisation, biologisation, pathologisation, psychologisation, psychopathologisation, psychiatrisation, sanitarisation, santéisation, etc.

D'un certain point de vue, la médicalisation est un processus permanent et, s'il ne faut pas négliger que certaines questions puissent « sortir » du champ thérapeutique, le plus souvent les problèmes « entrés » dans le champ thérapeutique sont en permanence (re-)médicalisés et leurs contours sont redéfinis en fonction des débats et « progrès », non seulement internes aux disciplines médicales (au sens large) mais aussi externes (dans le champ politique par exemple).

psychologiques. Il est généralement utilisé en vue de dénoncer l'emprise de plus en plus grande des approches organicistes, neurologiques, etc. et le recours de plus en plus fréquent à des médicaments pharmaceutiques dans le traitement de problèmes aussi variés que le stress, la fatigue, la dépression, l'addiction, etc.

¹ C'est ce que relève également Alain Giami (Giami, 2009a) bien qu'il ait lui-même utilisé le terme de médicalisation de manière restrictive auparavant ; voir par exemple la définition sur laquelle il s'appuie en 1998 (Giami, 1998).

² Sans prétendre du tout à l'exhaustivité voir, par exemple, Castel, 1981 ; Castel & Le Cerf, 1980a, 1980b, et 1980c ; Aiach, 1996 ; Mehl, 2003 ; Vrancken & Macquet, 2006.

3.3.1.2. Médicalisation et théories constructionnistes

L'approche de la « médicalisation de la sexualité » rencontre d'autres problèmes qui sont ceux que soulèvent, d'une manière générale, les approches constructionnistes en sciences sociales. Sans entrer dans une discussion approfondie sur ce point, il nous semble qu'en ce qui concerne certains aspects de la sphère sexuelle, les approches en termes de médicalisation regorgent d'un certain nombre d'ambiguïtés communes à d'autres approches constructionnistes.

Le concept de médicalisation est un concept constructionniste et on désigne par ce terme un processus de « construction sociale par la médecine ». Comme les études constructionnistes, les études sur la médicalisation, notamment celles portant sur l'élaboration des catégories de troubles ou de maladies, vont donc essentiellement procéder en *historicisant* l'objet ou le fait sur lequel elles proposent de réfléchir¹ et qui, le plus souvent, est posé, avant sa déconstruction, comme évident et naturel.

Soit X l'objet (et peut-être le produit) du processus de construction sociale. L'ambiguïté principale est que, selon les travaux, on ne sait pas si ce qui est socialement construit c'est l'objet X – en lui-même – ou si c'est l'idée de (l'objet) X, de telle sorte qu'on ne sait pas si X préexiste à sa mise en évidence particulière par un processus historique particulier ou si X est le produit du processus de construction sociale et donc n'existait pas avant. Tout le débat porte alors sur *ce* qui est (le) « donné », ce que l'on pourrait appeler la « réalité »². On ne sait pas toujours si les études sur la médicalisation imputent au processus même de médicalisation la création des problèmes sur lesquels elle porte ou si ces problèmes préexistaient à leur médicalisation ; les études sur la médicalisation entretiennent un flou entre les objets et les concepts visant à les décrire (les idées). Dans la mesure où la définition du « donné » dépend, comme le rappelle Ian Hacking³, du « degré d'engagement constructionniste » de chaque auteur (l'option constructionniste la plus « révolutionnaire » visant à dire qu'il n'existe pas de nature qui soit déjà en elle-même socialisée et donc socialement construite) et parce qu'il serait

¹ Ian Hacking définit ainsi le constructionnisme : « (...) par constructionnisme (...) j'entendrai différents projets sociologiques, historiques et philosophiques ayant pour but de montrer ou d'analyser des interactions sociales ou des chaînes de causalité réelles, historiquement situées, ayant conduit à, ou ayant été impliquées dans la mise en évidence ou l'établissement de quelque entité ou fait présent. » (Hacking, 2001 : 74).

² Voir Hacking, 2001 : 13-56. L'exemple du genre, bien que complexe, illustre parfaitement ce débat, voir Hacking, 2001 : 21-24. Pour essayer de sortir de l'impasse, Luc Boltanski propose de distinguer le *monde* de la *réalité*. Le monde que l'on ne peut connaître est la surface sur laquelle nous construisons la réalité. Voir Boltanski, 2009 et 2012.

³ Hacking, 2001 : 37-39

trop ambitieux de vouloir trancher ici le débat qui est celui, plus large, du constructionnisme social et du statut que cette perspective théorique accorde à la réalité, les choses peuvent être appréhendées légèrement différemment.

Sur la scène de la médicalisation, il semble que nous ayons affaire à plusieurs types de X. Envisageant avant tout la médicalisation sous l'angle du contrôle social, Peter Conrad distingue ainsi la médicalisation des comportements déviants (*deviant behaviors*) de celle des mécanismes de la vie naturelle (*natural life processes*)¹ parmi lesquels il classe l'accouchement, la mort, le vieillissement, etc. Même si, à peine la distinction faite, son auteur, qui l'utilise à des fins descriptives, s'empresse d'affirmer que « bien que les origines précises et les conséquences de chacune de ces scènes de médicalisation puisse être différentes, beaucoup des questions sont les mêmes »², celle-ci nous paraît tout à fait utile pour envisager la médicalisation. On nous accordera que des phénomènes comme l'accouchement, la mort, le vieillissement, etc. qu'ils sont des objets qui préexistaient à leur médicalisation. La situation est bien différente pour des problèmes tels que les désordres alimentaires, les addictions, etc. dont l'existence même semble le résultat de la (de leur) médicalisation. Dans le premier cas, le processus de médicalisation redéfinit, redessine les contours de la prise en charge d'objets préexistants (des « phénomènes naturels ») tandis que dans la seconde situation, le processus de médicalisation vient rassembler, réunir des comportements, des séries de comportements préexistants en une symptomatologie (ou un syndrome) qui débouche sur la création d'une nouvelle entité (psycho-)pathologique. La médicalisation consisterait alors soit dans l'appropriation médicale d'objets déjà en partie définis, dont elle redessine bien sûr les frontières, et ce serait le cas de ce que Peter Conrad appelle les « *natural life processes* », soit dans « l'invention » par la médecine de nouveaux objets, en rassemblant à l'intérieur d'une même entité nosographique, une série de faits, interprétés comme les symptômes du « trouble » nouvellement identifié.

Sur la scène de la « médicalisation de la sexualité », on peut aussi distinguer deux types d'objets. La médicalisation concerne à la fois ce que Peter Conrad aurait envisagé comme des phénomènes « naturels » tels que, d'une part, les aspects reproductifs de la sexualité, les difficultés d'érection ou les maladies vénériennes et, d'autre part, des « comportements déviants » tels l'homosexualité ou l'addiction sexuelle. Même si cette distinction atteint ses limites si l'on songe que, pour de très

¹ Conrad, 1992 : 212-213.

² Conrad, 1992 : 213.

nombreux « comportements déviants », des causes « naturelles » ont été proposées (neurologiques, génétiques, hormonales, etc.)¹, elle garde toute sa pertinence pour distinguer les objets « naturels » qui ont été pris en charge par le champ thérapeutique bien avant l'émergence de la médecine moderne, et les « comportements déviants » dont la médicalisation est un phénomène lié à l'émergence de la médecine moderne et de la psychopathologie. Si pour les premiers, le développement de la médecine moderne a débouché sur leur re-médicalisation, pour les seconds il s'agit bien d'une « première » médicalisation.

2.3.2. La médicalisation des difficultés sexuelles

La médicalisation de la sexualité se manifeste notamment dans l'élaboration, par les différentes disciplines (médicales et psychologiques) qui s'y intéressent, des différents types de troubles que l'on regroupe généralement sous la catégorie de « troubles sexuels »². Sans revenir sur notre développement préliminaire concernant la médicalisation, il faut bien considérer que bien que, pouvant s'appuyer sur des réalités (« objets ») préexistantes, les « troubles sexuels », en tant que catégories (« idées »), ont une histoire qui est un des traits de la médicalisation de la société et de la sexualité. Ces mêmes objets ont pu être appréhendés différemment dans le passé et être catégorisés d'une autre manière (par la religion, la Justice, etc.) ou les nouvelles catégorisations rassemblées sous un même ensemble des réalités placées autrefois ou ailleurs sous des étiquettes différentes. C'est donc le processus historique de classification qui nous intéresse ici, dans la mesure où il permet l'émergence de ce que Ian Hacking appelle des « genres interactifs », c'est-à-dire des catégories, des classifications qui,

« dès qu'elles sont connues par les gens et par ceux qui les entourent et dès qu'on les fait fonctionner dans des institutions, transforment les manières dont les individus font l'expérience d'eux-mêmes – et peuvent même conduire les gens à élaborer leurs sentiments et leurs comportements en partie parce qu'ils sont classifiés de telle ou telle façon »³.

¹ Sur les problèmes particuliers que posent les catégories psychopathologiques (sur lesquelles débouche la médicalisation des « comportements déviants » de Peter Conrad) voir Ian Hacking, 2001 : 152-170.

² Nous entendons par cela les troubles de la fonction sexuelle, désignés parfois par le terme de dysfonctions sexuelles et nous ne nous intéressons pas ici aux autres troubles touchant à la sexualité (trouble de l'identité sexuelle, de l'orientation sexuelle, « paraphilies »).

³ Hacking, 2001 : 146, voir aussi Foucault, 1976 ; Goffman, 1975.

Les travaux sur la catégorisation des problèmes sexuels sont extrêmement nombreux. Les différentes catégories de « perversions »¹ et en premier lieu, l'« homosexualité »², ont été étudiées par les historiens, les philosophes et les sociologues. Des travaux ont ainsi porté sur le « transsexualisme »³, l'« addiction sexuelle »⁴, sur l'« addiction à la pornographie »⁵, l'« a-sexualité »⁶, etc. mais aussi sur les difficultés de la « fonction sexuelle » : « frigidité »⁷, « éjaculation précoce »⁸, « impuissance »⁹, etc. Il n'est pas question ici de revenir sur l'histoire de toutes les catégories existantes ou ayant existé, mais nous avons choisi de revenir sur les deux troubles auxquels les personnes de notre échantillon sont le plus souvent confrontées : les problèmes d'érection chez les hommes et les pertes ou baisses de désir chez les femmes. Avant cela, il nous faut replacer l'histoire de ces problématiques à l'époque contemporaine dans l'histoire de la sexologie puisque celle-ci a joué un rôle très important dans l'émergence du cadre d'analyse des « dysfonctions ».

2.3.2.1. Physiologie de la sexualité : le modèle de Master et Johnson

La sexologie a bien sûr largement participé à l'élaboration de ces catégories. L'apport majeur vient de la sexologie expérimentale et des travaux de William Master et Virginia Johnson¹⁰. Ce sont eux en effet qui élaborent l'édifice conceptuel sur lequel va reposer la classification des dysfonctions : le cycle humain de la réponse sexuelle (*human sexual response cycle – HSRC*). Celui-ci se décompose en quatre moments (excitation, plateau, orgasme, résolution) qui sont communs aux femmes et aux hommes. Ayant affaire dans leur clinique à des couples hétérosexuels (le plus souvent mariés) rencontrant des difficultés sexuelles, ce modèle s'appuie largement sur l'idée que le rapport sexuel optimal est le coït hétérosexuel durant lequel le pénis pénètre le vagin (*penis-vaginal intercourse*). Ce qui retient leur attention c'est bien le rapprochement physique de la femelle humaine avec le mâle humain et ils se focalisent sur l'efficacité de la performance physique du coït. A cet égard, les problèmes

¹ Voir par exemple Davidson, 2005 ; Mazaleigue, 2007 & 2008, Chaperon, 2007c : 89-121 & 2008.

² Voir bien sûr Foucault, 1976. Voir aussi Crozier 2001 & 2003.

³ Billings & Urban, 1982.

⁴ Voir par ex. Levine & Troiden, 1988 ; Irvine, 1993. Sur le thème, voir le beau film de Steve McQueen, *Shame* (2011).

⁵ Voir par ex. Voros, 2009.

⁶ Voir par ex. Sastre, 2010.

⁷ Voir par ex. Chaperon, 2007a.

⁸ Voir par ex. Béjin, 2007.

⁹ Voir par ex. Giami, 2004a.

¹⁰ Morrow, 1994, 1996, 2005 & 2008 ; Marshall, 2002 : 134-136.

d'érection ne sont envisagés que du point de vue de la pénétration vaginale et non pas anale, ou buccale ; le « vaginisme » n'est envisagé que du point de vue de l'intromission du pénis et non d'un doigt ou d'une langue ; etc. Chaque dysfonction est donc construite en fonction de son degré de déviation par rapport au modèle standard. A sa création, le modèle de l'*HSRC* n'intègre pas du tout la question du désir. C'est Helen Singer Kaplan qui introduira le désir en tant que premier stade du modèle. Ce modèle va largement influencer les nomenclatures internationales.

2.3.2.2. Les classifications internationales

Les grandes classifications des maladies répertorient les problèmes sexuels¹ et ceux-ci sont classés parmi les troubles mentaux et comportementaux. Les deux classifications les plus connues sont le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* et la *Classification internationale des maladies (CIM)*. Le DSM est publié par l'*American Psychiatric Association* et fournit un langage commun et des critères pour la classification des maladies mentales. La version en cours est la quatrième, publiée en 1994 (DSM-IV). La CIM a le même objectif que le DSM mais elle est produite par l'Organisation mondiale de la santé et surtout elle ne concerne pas que le champ de la maladie mentale. Sa dixième version est utilisée depuis 1993 (CIM-10). Son chapitre V est consacré aux troubles mentaux et comportementaux.

Les problèmes sexuels sont catégorisés dans chacune des deux classifications mais de manière légèrement différentes. Dans le DSM, les problèmes sexuels apparaissent dans un seul chapitre qui leur est entièrement dédié, intitulé « *Sexual and Gender Identity Disorders* » et dans lequel sont distingués les dysfonctions sexuelles, les paraphilies et les troubles de l'identité de genre (voir Fig.1). Dans la CIM, les problèmes sexuels apparaissent, pour leur plus grande partie, dans le chapitre V consacré aux « Troubles mentaux et comportementaux » mais aussi pour certains d'entre eux dans le chapitre XIV, « Maladies de l'appareil génito-urinaire » (voir Tableau 10). Dans son chapitre V, la CIM distingue quatre catégories de problèmes sexuels : le dysfonctionnement sexuel, les troubles de l'identité sexuelle, les troubles de la préférence sexuelle, les problèmes psychologiques et comportementaux associés au développement sexuel et à son orientation. Dans les deux classifications, les troubles touchant à la « fonctionnalité » sexuelle sont clairement distingués des autres types de troubles et constituent les dysfonctions sexuelles. En leur sein, les deux classifications

¹ Voir Giami, 1999b : 182-183.

distinguent plus particulièrement quatre types de troubles : ceux touchant au désir, ceux concernant la « réponse » sexuelle, ceux concernant l'orgasme, ceux qui causent des douleurs.

22	DSM-IV-TR Classification	DSM-IV-TR Classification	23
300.7 Hypochondriasis (504) <i>Specify if: With Poor Insight</i>	Lifelong Type/Acquired Type	625.8 Other Female Sexual Dysfunction Due to . . . [Indicate the General Medical Condition] (558)	Eating Disorders (583)
300.7 Body Dysmorphic Disorder (507)	Generalized Type/Situational Type	608.89 Other Male Sexual Dysfunction Due to . . . [Indicate the General Medical Condition] (558)	
300.82 Somatoform Disorder NOS (511)	Due to Psychological Factors/Due to Combined Factors	Substance-Induced Sexual Dysfunction (refer to Substance-Related Disorders for substance-specific codes) (562)	307.1 Anorexia Nervosa (583) <i>Specify type: Restricting Type/Binge-Eating/Purging Type</i>
Factitious Disorders (513)		Specify if: With Impaired Desire/With Impaired Arousal/With Impaired Orgasm/With Sexual Pain <i>Specify if: With Onset During Intimication</i>	307.51 Bulimia Nervosa (589) <i>Specify type: Purging Type/Nonpurging Type</i>
300.xx Factitious Disorder (513)	Sexual Desire Disorders (539)	302.70 Sexual Dysfunction NOS (565)	307.50 Eating Disorder NOS (594)
.36 With Predominantly Psychological Signs and Symptoms	302.71 Hypoactive Sexual Desire Disorder (539)	PARAPHILIAS (566)	Sleep Disorders (597)
.39 With Predominantly Physical Signs and Symptoms	302.79 Sexual Aversion Disorder (541)	302.4 Exhibitionism (569)	PRIMARY SLEEP DISORDERS (598)
.39 With Combined Psychological and Physical Signs and Symptoms	Sexual Arousal Disorders (543)	302.81 Fetishism (569)	Dyssomnias (598)
300.19 Factitious Disorder NOS (517)	302.72 Female Sexual Arousal Disorder (543)	302.89 Frothurism (570)	307.42 Primary Insomnia (599)
Dissociative Disorders (519)		302.2 Pedophilia (571) <i>Specify if: Sexually Attracted to Males/Sexually Attracted to Females/Sexually Attracted to Both</i>	307.44 Primary Hypersomnia (604)
300.12 Dissociative Amnesia (520)	302.72 Male Erectile Disorder (545)	<i>Specify if: Limited to Incest</i> <i>Specify type: Exclusive Type/Nonexclusive Type</i>	347 Narcolepsy (609)
300.13 Dissociative Fugue (523)	Orgasmic Disorders (547)	302.83 Sexual Masochism (572)	780.59 Breathing-Related Sleep Disorder (615)
300.14 Dissociative Identity Disorder (526)	302.73 Female Orgasmic Disorder (547)	302.84 Sexual Sadism (573)	307.45 Circadian Rhythm Sleep Disorder (622) <i>Specify type: Delayed Sleep Phase Type/ Jet Lag Type/Shift Work Type/ Unspecified Type</i>
300.6 Depersonalization Disorder (530)	302.74 Male Orgasmic Disorder (550)	302.3 Transvestic Fetishism (574) <i>Specify if: With Gender Dysphoria</i>	307.47 Dysomnia NOS (629)
300.15 Dissociative Disorder NOS (532)	302.75 Premature Ejaculation (552)	302.82 Voyeurism (575)	Parasomnias (630)
Sexual and Gender Identity Disorders (535)		302.9 Paraphilia NOS (576)	307.47 Nightmare Disorder (631)
SEXUAL DYSFUNCTIONS (535)		GENDER IDENTITY DISORDERS (576)	307.46 Sleep Terror Disorder (634)
<i>The following specifiers apply to all primary Sexual Dysfunctions:</i>		302.xx Gender Identity Disorder (576)	307.46 Sleepwalking Disorder (639)
		.6 in Children	307.47 Parasomnia NOS (644)
		.85 in Adolescents or Adults	SLEEP DISORDERS RELATED TO ANOTHER MENTAL DISORDER (645)
		<i>Specify if: Sexually Attracted to Males/Sexually Attracted to Females/Sexually Attracted to Both/Sexually Attracted to Neither</i>	307.42 Insomnia Related to . . . [Indicate the Axis I or Axis II Disorder] (645)
		302.6 Gender Identity Disorder NOS (582)	307.44 Hypersomnia Related to . . . [Indicate the Axis I or Axis II Disorder] (645)
		302.9 Sexual Disorder NOS (582)	

Figure 1 : Classification des troubles sexuels suivant le DSM-IV-TR publié en 1994

Tableau 10 : Classification des troubles sexuels selon la CIM-10

CIM –10

Chapitre V : Troubles mentaux et du comportement (F00-F99)
F50-F59 Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques
F 52 Dysfonctionnement sexuel, non dû à un trouble ou à une maladie organique
Les dysfonctionnements sexuels regroupent les différents types de difficulté à avoir une relation sexuelle du type souhaité. La réponse sexuelle est un processus psychosomatique et, le plus souvent, des processus à la fois psychologiques et somatiques interviennent dans le déclenchement d'un trouble de la fonction sexuelle. A l'exclusion de: syndrome de Dhat (F48.8)
F52.0 Absence ou perte de désir sexuel
La perte du désir sexuel est le problème principal et n'est pas secondaire à d'autres difficultés sexuelles comme un défaut d'érection ou une dyspareunie.
Baisse du désir sexuel
Frigidité
F52.1 Aversion sexuelle et manque de plaisir sexuel
Soit la perspective d'une relation sexuelle déclenche une peur ou une anxiété telle que toute activité sexuelle est évitée (aversion sexuelle) soit les réponses sexuelles surviennent normalement et l'orgasme est ressenti mais il existe une absence de plaisir approprié (absence de plaisir sexuel).
Anhédonie (sexuelle)
F52.2 Echec de la réponse génitale
Le problème principal chez les hommes est un trouble des fonctions érectiles (difficulté à développer ou à maintenir une érection adéquate pour un rapport satisfaisant). Chez les femmes, le problème principal est une sécheresse vaginale ou un manque de lubrification.
Impuissance psychogène
Trouble de:
· érection chez l'homme
· réponse sexuelle chez la femme
A l'exclusion de: impuissance d'origine organique (N48.4)
F52.3 Dysfonctionnement orgasmique
L'orgasme ne survient pas ou est nettement retardé.
Anorgasmie psychogène

Inhibition de l'orgasme chez la femme ou chez l'homme
F52.4 Ejaculation précoce
Impossibilité de contrôler suffisamment l'éjaculation pour que les deux partenaires trouvent du plaisir dans les rapports sexuels.
F52.5 Vaginisme non organique
Spasme des muscles du plancher pelvien qui entourent le vagin, provoquant l'occlusion de l'ouverture vaginale. L'intromission est impossible ou douloureuse.
Vaginisme psychogène
A l'exclusion de: vaginisme organique (N94.2)
F52.6 Dyspareunie non organique
La dyspareunie (ou douleur durant les relations sexuelles) survient tant chez la femme que chez l'homme. Elle peut souvent être attribuée à une cause pathologique locale et doit alors être classée dans la rubrique de l'affection pathologique en cause. Cette catégorie doit être utilisée uniquement lorsqu'il n'y a pas un autre dysfonctionnement sexuel primaire (par exemple un vaginisme ou une sécheresse vaginale).
Dyspareunie psychogène
A l'exclusion de: dyspareunie organique (N94.1)
F52.7 Activité sexuelle excessive
Nymphomanie
Satyriasis
F52.8 Autres dysfonctionnements sexuels, non dus à un trouble ou à une maladie organique
F52.9 Dysfonctionnement sexuel non dû à un trouble ou à une maladie organique, sans précision
F60-F69 Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte
F64 Troubles de l'identité sexuelle
F64.0 Transsexualisme
Il s'agit d'un désir de vivre et d'être accepté en tant que personne appartenant au sexe opposé. Ce désir s'accompagne habituellement d'un sentiment de malaise ou d'inadaptation par rapport à son sexe anatomique et du souhait de subir une intervention chirurgicale ou un traitement hormonal afin de rendre son corps aussi conforme que possible au sexe désiré.
F64.1 Travestisme bivalent
Ce terme désigne le fait de porter des vêtements du sexe opposé pendant une partie de son existence, de façon à se satisfaire de l'expérience d'appartenir au sexe opposé, mais sans désir de changement de sexe plus permanent moyennant une transformation chirurgicale; le changement

de vêtements ne s'accompagne d'aucune excitation sexuelle.
Trouble de l'identité sexuelle chez l'adulte ou l'adolescent, type non transsexuel
A l'exclusion de: travestisme fétichiste (F65.1)
F64.2 Trouble de l'identité sexuelle de l'enfance
Trouble se manifestant habituellement pour la première fois dans la première enfance (et toujours bien avant la puberté), caractérisé par une souffrance intense et persistante relative au sexe assigné, accompagné d'un désir d'appartenir à l'autre sexe (ou d'une affirmation d'en faire partie). Les vêtements et les activités propres au sexe opposé et un rejet de son propre sexe sont des préoccupations persistantes. Il faut qu'il existe une perturbation profonde de l'identité sexuelle normale pour porter ce diagnostic; il ne suffit pas qu'une fille soit simplement un garçon manqué" ou qu'un garçon soit une "fille manquée". Les troubles de l'identité sexuelle chez les individus pubères ou pré-pubères ne doivent pas être classés ici, mais en F66.-.
A l'exclusion de: orientation sexuelle égodystonique (F66.1)
trouble de la maturation sexuelle (F66.0)
F64.8 Autres troubles de l'identité sexuelle
F64.9 Trouble de l'identité sexuelle, sans précision
Trouble du rôle sexuel SAI
F65 Troubles de la préférence sexuelle
Comprend: paraphilies
F65.0 Fétichisme
Utilisation d'objets inanimés comme stimulus de l'excitation et de la satisfaction sexuelle. De nombreux fétiches sont des prolongements du corps, comme des vêtements ou des chaussures. D'autres exemples courants concernent une texture particulière comme le caoutchouc, le plastique ou le cuir. Les objets fétiches varient dans leur importance d'un individu à l'autre. Dans certains cas, ils servent simplement à renforcer l'excitation sexuelle, atteinte par ailleurs dans des conditions normales (par exemple le fait d'avoir un partenaire qui porte un vêtement particulier).
F65.1 Travestisme fétichiste
Port de vêtements du sexe opposé, principalement dans le but d'obtenir une excitation sexuelle et de créer l'apparence d'une personne du sexe opposé. Le travestisme fétichiste se distingue du travestisme transsexuel par sa nette association avec une excitation sexuelle et par le besoin de se débarrasser des vêtements une fois l'orgasme atteint et l'excitation sexuelle retombée. Il peut survenir en tant que phase précoce du développement d'un transsexualisme.
Fétichisme avec travestisme

F65.2 Exhibitionnisme
Tendance récurrente ou persistante à exposer les organes génitaux à des étrangers (en général du sexe opposé) ou à des gens dans des endroits publics, sans désirer ou solliciter un contact plus étroit. Il y a habituellement, mais non constamment, excitation sexuelle au moment de l'exhibition et l'acte est, en général, suivi de masturbation.
F65.3 Voyeurisme
Tendance récurrente ou persistante à observer des personnes qui se livrent à des activités sexuelles ou intimes comme le déshabillage. Cela survient sans que la personne observée sache qu'elle l'est et conduit généralement à une excitation sexuelle et à une masturbation.
F65.4 Pédophilie
Préférence sexuelle pour les enfants, qu'il s'agisse de garçons, de filles, ou de sujets de l'un ou l'autre sexe, généralement d'âge prépubère ou au début de la puberté.
F65.5 Sadomasochisme
Préférence pour une activité sexuelle qui implique douleur, humiliation ou asservissement. Si le sujet préfère être l'objet d'une telle stimulation, on parle de masochisme; s'il préfère en être l'exécutant, il s'agit de sadisme. Souvent, un individu obtient l'excitation sexuelle par des comportements à la fois sadiques et masochistes.
Masochisme
Sadisme
F65.6 Troubles multiples de la préférence sexuelle
Parfois, une personne présente plusieurs anomalies de la préférence sexuelle sans qu'aucune d'entre elles ne soit au premier plan. L'association la plus fréquente regroupe le fétichisme, le travestisme et le sadomasochisme.
F65.8 Autres troubles de la préférence sexuelle
Diverses autres modalités de la préférence et du comportement sexuel tels que le fait de dire des obscénités au téléphone, de se frotter à autrui dans des endroits publics comblés à la recherche d'une stimulation sexuelle, l'activité sexuelle avec un animal, l'emploi de la strangulation ou de l'anoxie pour augmenter l'excitation sexuelle.
Frotteurisme
Nécrophilie
F65.9 Trouble de la préférence sexuelle, sans précision
Déviations sexuelles SAI
F66 Problèmes psychologiques et comportementaux associés au développement sexuel et à son orientation
Note : L'orientation sexuelle n'est pas, en elle-même, à considérer comme un trouble.

F66.0	Trouble de la maturation sexuelle
Le sujet est incertain quant à son identité sexuelle ou son orientation sexuelle et sa souffrance est responsable d'anxiété ou de dépression. La plupart du temps, cela survient chez des adolescents qui ne sont pas certains de leur orientation, homosexuelle, hétérosexuelle ou bisexuelle, ou chez des sujets qui, après une période d'orientation sexuelle apparemment stable (souvent dans une relation de longue durée) éprouvent un changement dans leur orientation sexuelle.	
F66.1	Orientation sexuelle égodystosique
Il n'existe pas de doute quant à l'identité ou la préférence sexuelle (hétérosexualité, homosexualité, bisexualité ou préférence pour les enfants), mais le sujet désire modifier cette identité ou cette préférence, en raison de troubles psychologiques et du comportement associés, et il peut chercher à se faire traiter pour changer.	
F66.2	Problème sexuel relationnel
L'identité ou l'orientation sexuelle (hétérosexuelle, homosexuelle ou bisexuelle) entraîne des difficultés dans l'établissement et le maintien de relations sexuelles avec un partenaire.	
F66.8	Autres troubles du développement psychosexuel
F66.9	Trouble du développement psychosexuel, sans précision

Chapitre XIV : Maladies de l'appareil génito-urinaire (N00-N99)	
N40-N51 Maladies des organes génitaux de l'homme	
N48	Autres affections de la verge
N48.4	Impuissance d'origine organique
Utiliser, au besoin, un code supplémentaire pour identifier la cause.	
A l'exclusion de : impuissance psychogène (F52.2)	
N80-N98	Affections non inflammatoires de l'appareil génital de la femme
N94	Douleurs et autres affections des organes génitaux de la femme et du cycle menstruel
N94.1	Dyspareunie
A l'exclusion de: dyspareunie psychogène (F52.6)	
N94.2	Vaginisme
A l'exclusion de : vaginisme psychogène (F52.5)	

2.2.2.3. Impuissance et dysfonction érectile

Les difficultés d'érection sont identifiées comme des problèmes potentiellement traitables et intégrées à la réflexion thérapeutique depuis très longtemps¹. De très nombreux « remèdes » ont été élaborés pour pallier les défaillances masculines². Ce problème est donc depuis longtemps dans la sphère thérapeutique. Il ne s'agit pas toutefois de faire une histoire sur la longue durée de la prise en charge de ces problèmes, mais de nous intéresser aux évolutions dans sa (re-)définition depuis le début du 19^{ième} siècle.

Au début du 19^{ième} siècle³, le terme d'« impuissance » n'est pas distingué clairement des termes « anaphrodisie », « frigidité », « stérilité » qui sont autant de « lésions de la puissance sexuelle » et qui peuvent s'appliquer aussi bien aux hommes qu'aux femmes. Il s'agit avant tout de pointer l'impossibilité ou les difficultés à procréer. Ce n'est que progressivement au cours du siècle que la frigidité va devenir un problème exclusivement féminin et l'impuissance un problème exclusivement masculin. Cette dernière sera donc avant tout envisagée comme une cause de stérilité masculine par les médecins à partir du milieu du siècle et comme une forme de « neurasthénie sexuelle » par les psychiatres à la fin du siècle⁴.

Du début du 20^{ième} siècle jusqu'aux années 1970, voire 1980, l'impuissance est avant tout appréhendée d'un point de vue psychologique, tant sur le plan des théories étiologiques que sur celui des techniques thérapeutiques⁵. Le psychanalyste Sandor Ferenczi propose ainsi d'interpréter l'impuissance comme le symptôme d'une névrose dont les causes sont à rechercher dans les traumatismes enfantins. Pour William Steckel, si les troubles émotifs sont à considérer, l'impuissance a aussi une dimension sociale qui l'ancre dans une époque donnée⁶. Dans cette optique, la cure analytique et ses variantes psychothérapeutiques sont donc les techniques privilégiées de prise en charge de l'impuissance. Dans les années 1960, les travaux de William Master et Virginia Johnson rompent avec cette conception psychodynamique. S'appuyant, comme nous

¹ Giami, 2004a : 79 ; Bonetti, 2007 : 332-333 ; Beltran, 2009 : 65-67.

² Marshall, 2002 : 146, note 1. Voir par exemple la diversité des traitements prescrits par le Dr Tissot à Elie-de-Beaumont (Teyssie, 1995). Pour une vision générale de la prise en charge des difficultés sexuelles au 18^{ième} siècle, voir Corbin, 2010 : 264-304.

³ Chaperon, 2007c : 94-97 & 2007a ; sur la période précédente voir Molinier, 1990 ; Corbin, 2010 : 238-263.

⁴ Giami, 2004a : 80.

⁵ Winton, 2000 ; Giami, 1999c : 178-180 & 2004a : 80-82 ; Bonetti, 2007 : 333

⁶ Giami, 1999b : 178 & 2004a : 80.

l'avons vu, sur l'étude de la psychophysiologie du coït hétérosexuel, ils distinguent d'une part l'impuissance primaire (absence totale d'érection) de l'impuissance secondaire (l'homme a pu avoir des relations sexuelles jusqu'au premier échec) et d'autre part l'impuissance d'origine organique de l'impuissance psychogène. Ils considèrent toutefois que la très grande majorité des cas d'impuissance ont des origines psychologiques. Pour eux c'est dans la relation conjugale que se développent les dysfonctionnements et leur approche thérapeutique cible le couple et non l'individu¹, dans une perspective comportementaliste.

L'hégémonie exercée, jusque dans les années 1970, sur la définition et le traitement de l'impuissance par les théories psychologiques, n'empêche pas que, dans la continuité des travaux qui, au moins depuis le 16^{ième} siècle (Ambroise Paré), explorent l'anatomie et le fonctionnement du pénis, la recherche de solutions mécaniques et chirurgicales se poursuive dans ce domaine. Du côté des thérapeutiques, les vacuums sont élaborés dès la fin du 19^{ième} siècle mais mettront très longtemps à se diffuser, tandis que les premières prothèses péniennes apparaissent dans les années 1930, avant que leur usage se développe, dans le cadre strict du traitement des cas d'impuissance organique les plus sévères, à partir des années 1950². Dans les années 1960, des endocrinologues explorent la piste hormonale. Ils font l'hypothèse que certains cas d'impuissance sont dus à un déficit de testostérone et proposent des traitements hormonaux. De son côté, la chirurgie vasculaire se perfectionne et, au milieu des années 1970, la revascularisation du pénis est possible³.

C'est justement du monde de la chirurgie vasculaire que surviennent les premiers changements qui vont déboucher sur une redéfinition importante de l'impuissance. En effet, un chirurgien vasculaire français découvre, en utilisant de la papavérine pour augmenter le flux sanguin dans une artère pénienne, que la molécule provoque l'érection. De cette découverte va découler un traitement : l'Injection Intra-Caverneuse (IIC). Son efficacité à traiter la quasi-totalité des cas d'impuissance va *bousculer* l'appréhension de l'impuissance. Dans un premier temps, elle va permettre de remettre en cause les étiologies psychologiques alors dominantes. Dans un second temps c'est la pertinence de la distinction entre causes organique et psychologique de l'impuissance qui sera discutée. En effet, l'idée qui émerge est que cette condition a des

¹ Giami, 1999b : 180 & 2004a : 80-82.

² Bonetti, 2007 : 334.

³ Bonetti, 2007 : 335.

répercussions psychologiques qui concourent elles-mêmes au renforcement ou au maintien du problème. Par ailleurs, dans la mesure où la molécule s'avère efficace dans la très grande majorité des cas, la recherche des causes est moins nécessaire puisque l'on arrive désormais à traiter le symptôme directement¹. Au cours de la même période, des progrès sont également faits concernant le rôle de certains agents, tel que le monoxyde d'azote, dans le mécanisme érectile².

Ces avancées scientifiques vont intéresser plus particulièrement un groupe professionnel : les urologues³. L'urologie, jusque-là largement liée à la chirurgie, est une spécialité qui tend à investir de nouveaux objets⁴ et qui cherche à conquérir de nouveaux patients, notamment aux Etats-Unis où leur nombre a considérablement crû entre les années 1970 et 1980⁵. Peu concernés, au départ, par les troubles sexuels qu'ils n'approchent que du point de vue chirurgical par la pose de prothèses péniennes, les avancées récentes vont amener les urologues à s'y intéresser dans la mesure où celles-ci se focalisent sur l'appareil génito-urinaire. En tant que spécialistes de l'organe (le pénis), ils ont toute la légitimité à s'engager dans ce champ de recherche et à s'investir dans la compréhension de son fonctionnement physiologique⁶. Cela se concrétise dès 1982 par la création de l'*International Society for Impotence Research*. A l'avant-garde de ce mouvement, on trouve un petit groupe de jeunes urologues, dit « groupe de Boston »⁷. Ce groupe va être particulièrement actif dans la recherche sur l'impuissance et travaille pour attirer les firmes sur le champ des troubles sexuels⁸. Les membres de ce groupe vont en particulier établir une nouvelle nosographie plus en adéquation avec leur champ d'expertise. En 1989, ils proposent de remplacer le terme d'« impuissance » par celui de « dysfonction érectile » qu'ils définissent désormais comme :

« L'incapacité persistante à obtenir ou à maintenir une érection d'une rigidité suffisante pour avoir un rapport sexuel. Le degré de dysfonction érectile est variable et peut se situer entre une diminution

¹ Bonetti, 2007 : 335.

² Giami, 2004a : 82.

³ Tiefer, 1994 : 366-367 ; Giami, 1999c : 180-181 & 2004a : 83-85 ; Bonetti, 2007 : 340-343.

⁴ Tiefer, 1994 : 366 ; Giami, 2004a : 83 ; Bonetti, 2007 : 340

⁵ Tiefer, 1994a : 366.

⁶ Bonetti, 2007 : 340

⁷ Giami, 2004a : 82

⁸ La thèse d'Emmanuelle Bonetti est que, contrairement à ce qui est souvent affirmé, les firmes pharmaceutiques ne sont pas, dans un premier temps, si à l'aise que cela avec l'idée de s'engager dans la recherche de traitements pour les troubles sexuels, pour des questions à la fois morales et économiques puisqu'à l'époque les estimations concernant le marché potentiel d'un médicament contre l'impuissance ne sont pas concluantes (Bonetti, 2007 : 338).

partielle de la rigidité pénienne ou de la capacité à maintenir une érection et le manque complet d'érection. »¹

Cette définition sera adoptée lors d'une conférence de consensus sur l'impuissance organisée par le *National Institute of Health* en 1992², à ceci près que le qualificatif « persistante » sera supprimé de la définition, renforçant encore plus le caractère progressif des difficultés érectiles. La voie est ouverte pour une réévaluation de la prévalence de l'impuissance. Une étude épidémiologique du « groupe de Boston », basée sur des questionnaires auto-administrés et intégrant une échelle de gravité, établit que près de 52% des hommes sont concernés par des dysfonctions érectiles. Pour arriver à ce chiffre, les auteurs additionnent les impuissances mesurées comme minimales, modérées et complètes. Ce nombre potentiel de patients/consommateurs va relancer l'intérêt des firmes pharmaceutiques. C'est dans ce cadre, en collaboration avec le « groupe de Boston », que l'entreprise Pfizer développera le Viagra®.

La redéfinition de l'impuissance sous les traits de la dysfonction érectile marque le recul des positions psychologiques, tant sur le plan de la réflexion étiologique que sur celui des thérapeutiques. L'existence de médicaments participe au renforcement chez les hommes des représentations déjà largement répandues faisant de ces difficultés des problèmes « mécaniques » ou de nature organique³. L'élargissement du diagnostic à différents degrés d'impuissance ainsi que les discours médicaux et les politiques marketing des firmes pharmaceutiques sont autant d'éléments qui concourent à une modification des attentes normatives en matière de capacité sexuelle⁴ dans un contexte de médicalisation du corps masculin vieillissant qui valorise une vieillesse active et positive⁵. Ainsi, par exemple, la progressive dégradation de la qualité de l'érection au cours de la vie qui était auparavant perçue comme naturelle peut désormais être prise en

¹ Krane R., Goldstein I., Saenz de Tejada I., Impotence, *The New England Journal of Medicine*, 321, pp.1648-1659, cité par Giami, 2004a : 83. On notera que, bien qu'ils proposent de ne plus utiliser le terme d'impuissance, ils titrent quand même leur article « Impotence ».

² Tiefer, 1994 : 366 ; Giami, 1999c : 181 ; Marshall, 2002 : 136.

³ Giami, 2004a : 83 ; Bonetti, 2007. Peut-on affirmer pour autant, comme le fait Alain Giami, que « l'évolution majeure réside ainsi dans l'établissement d'une étiologie organique, fondements des traitements pharmacologiques : les molécules agissent sur le corps. » (Giami, 2004a : 84). Il nous semble que ce point mérite discussion. En effet, traiter de manière pharmacologique un symptôme, n'implique pas obligatoirement que le problème relève directement du corps : effet placebo, troubles psychosomatiques, etc. sont autant d'exemples du lien qui existe entre « le corps » et « l'esprit ». Par exemple, il n'y a, selon nous, aucune contradiction entre le fait de traiter une crise d'anxiété avec un anxiolytique et celui de considérer que celle-ci est provoquée par une raison psychologique.

⁴ Marshall, 2002 : 138.

⁵ Marshall & Katz, 2002 ; Marshall, 2006 ; Katz, 2000 ; Katz & Marshall, 2003.

charge et, en un sens, ces difficultés sont moins perçues comme des « maladies » que comme des obstacles dans l'accès au bien-être¹.

2.2.2.4. Frigidité et désir sexuel hypoactif

Au début du 19^{ième} siècle, les termes « frigidité » et « anaphrodisie » désignent tout aussi bien des troubles qui touchent à l'orgasme ou à des problèmes physiques que ceux de l'appétit vénérien². Le « moteur » de l'activité sexuelle est théorisé comme une force qui pousserait à avoir des rapports sexuels, c'est la « vita sexualis » du 18^{ième} siècle, l'« instinct sexuel » au 19^{ième} siècle, la « libido » freudienne du début du 20^{ième} siècle. Mais pendant longtemps, ce qui préoccupe, ce sont essentiellement les excès de la passion féminine, plutôt que ses manques ou son absence³.

La spécification du désir sexuel en tant qu'entité propre distincte de l'excitation sexuelle est finalement très récente et est consécutive de la modélisation du « cycle de la réponse sexuelle » par William Master et Virginia Johnson⁴. Les catégories de « désir sexuel inhibé » et de « désir sexuel hypoactif » émergent à la fin des années 1970, alors que les cliniciens constatent une recrudescence des consultations pour des problèmes de libido, problèmes qui entrent difficilement dans les catégories de William Master et Virginia Johnson. Ce sont deux sexologues, Helen Singer Kaplan et Harold Lief, qui vont (indépendamment l'un de l'autre) publier, en 1977, les premiers articles scientifiques sur le sujet⁵. Helen Singer Kaplan élabore un modèle dans lequel elle distingue désir et excitation, en faisant du désir une entité indépendante de l'excitation et de l'activité sexuelle en tant que telle. Elle élargit donc le cycle de la réponse sexuelle dont le désir devient le premier stade et, à un modèle en quatre stades, substitue un modèle en cinq stades : désir / excitation / plateau / orgasme / résolution. Dès 1980, le DSM introduit les « troubles du désir » dans sa classification, et en 1987, l'appellation de « désir sexuel hypoactif » est préférée à celle de « désir sexuel inhibé » (appellation jugée trop « teintée » de psychanalyse). Bien que les hommes et les femmes puissent être atteints de ce trouble, les cliniciens et les épidémiologistes rapportent qu'il est plus fréquent chez les femmes et, dans les représentations, les troubles du désir sont

¹ Lexchin, 2006 : 431.

² Chaperon, 2007c : 96.

³ Foucault, 1976 ; Groneman, 1994.

⁴ Pour cette sous-partie, on s'appuie sur Irvine, 1993 ; Marshall, 2002 : 135 ; Hirt, 2005 et 2009 : 13-17 ; Jutel, 2010 ; Sastre, 2010 :83-86.

⁵ Kaplan H. S., 1977, Hypoactive sexual desire, *Journal of Sex & Marital Therapy*, vol.3, n°1, pp.3-9 ; Lief H., 1977, Inhibited Sexual Desire, *Medical Aspects of Human Sexuality*, n°7, pp.94-95.

largement associés à la sexualité féminine¹. Cette nouvelle conceptualisation renforce le caractère « pathologique » ou « anormal » de l'absence ou de la faible fréquence des rapports sexuels.

La redéfinition des troubles sexuels féminins se poursuit sous l'impulsion de l'industrie pharmaceutique qui, après avoir participé de la redéfinition de l'impuissance, s'attaque désormais au marché de la sexualité féminine. L'émergence d'une nouvelle catégorie, la *Female Sexual Dysfunction*, fait débat depuis près de dix ans aux Etats-Unis. La catégorie n'a pourtant pas encore émergé clairement en France où le débat est resté, pour l'heure, confidentiel².

¹ Irvine, 1993 : 205 et 221 ; Giami, 2007b ; Jutel, 2010.

² Fishman, 2004 ; Fishman & Mamo, 2002 ; Tiefer, 2006

Deuxième partie

Les itinéraires thérapeutiques

Le recours à la sexologie s'inscrit dans un itinéraire thérapeutique. Actant que ce recours est structuré par le contexte socio-historique, nous changeons d'échelle et notre intérêt porte sur les situations dans lesquelles il intervient. Le recours sera moins pensé en termes de causalité, qu'en termes de modalité. Il s'agit de comprendre comment les personnes construisent leur trouble et comment elles s'engagent dans une démarche thérapeutique qui va les mener chez le sexologue.

L'itinéraire thérapeutique débute par un autodiagnostic. Cette première étape est très importante puisqu'aucun trouble n'existe en soi et que, par ailleurs, la manière dont il va être interprété va peser sur la suite de l'itinéraire thérapeutique (chapitre 3).

Une fois le trouble identifié, les personnes ou les couples concernés, vont chercher à le résoudre sans forcément recourir immédiatement à un thérapeute professionnel. Les échecs ou succès des remèdes utilisés ou des solutions mises en œuvre vont faire évoluer le diagnostic et la définition du trouble et la consultation chez la sexologie pourra intervenir suivant des modalités variées (chapitre 4).

Chapitre 3

L'identification du trouble sexuel

Les personnes enquêtées sont toutes allées voir un sexologue. Comprendre ce recours implique de comprendre la façon dont il intervient dans l'itinéraire thérapeutique, à quelle occasion et dans quelle situation. Tout itinéraire thérapeutique suppose au préalable pour les individus et les couples l'existence d'un ou de plusieurs problème(s) qui doivent être reconnus et identifiés comme tels avant de faire l'objet d'une démarche thérapeutique. Pour être le support d'une action thérapeutique, il faut par ailleurs que le problème soit posé comme relevant de ce champ et que sa résolution nécessite une telle approche. Avant de s'intéresser aux parcours thérapeutiques proprement dit, il est donc nécessaire d'analyser les modalités de l'identification d'un état ou d'une situation comme « pathologique » ou tout le moins comme « problématique ». Or comme l'anthropologie médicale l'a montré, l'identification des problèmes ou des maladies est souvent le fait des individus eux-mêmes qui déploient à cette occasion leur capacité d'attention à soi¹. Ceci est d'autant plus vrai dans les situations qui nous occupent ici puisque les problèmes en question sont invisibles dans la sphère sociale (en dehors du couple, nous y reviendrons) et ne peuvent pas faire l'objet, dans un premier temps, d'une reconnaissance extérieure directe. Ce sont donc les individus et/ou les couples qui cernent les différents « éléments » qui vont entrer dans la composition du ou des problème(s). En ce sens les individus ou les couples que nous avons rencontrés font un premier *travail diagnostique*, et c'est bien l'identification de ce ou ces problème(s) qui va les conduire à s'adresser ou à être adressées à un sexologue. S'attacher à la description et à l'analyse de cette étape est essentiel dans la mesure où la manière dont les individus et les couples vont identifier le problème et lui donner une explication va peser sur l'itinéraire et les recours thérapeutiques².

¹ Sur le développement, dans l'Antiquité, de l'attention au corps, voir Foucault, 1984b.

² Ce que l'anthropologie sociale a depuis longtemps établi (Meyer, 2000 : 437 ; Fainzang, 2011 : 39). Toutefois, même si les recours thérapeutiques sont souvent en lien avec la manière dont les individus identifient et interprètent leur problème, il peut y avoir des incohérences et certaines stratégies peuvent apparaître, aux yeux de l'observateur, comme paradoxales. Sur ce point voir Fainzang, 1997 & 2001.

Nous le savons, les modalités d'identification d'un « problème » sont à replacer dans le contexte social et culturel¹ et sont également fonction, au sein d'une même société, de la position sociale occupée par l'individu². Dans le cas de notre enquête, savoirs médico-psycho-sociaux concernant la sexualité et les troubles sexuels ainsi que normes sexuelles et conjugales interviennent dans la sensibilisation des individus aux signes, évènements ou situations susceptibles de faire l'objet d'une interprétation en termes d'anormalité ou de pathologie. Mais notre propos n'est pas tant de voir comment ces normes s'appliquent à/se réalisent dans un individu déterminé dans une situation déterminée, même si, bien que les personnes interrogées ne fassent pas toujours référence explicitement à ses normes et ses savoirs, il est clair que ces éléments pèsent. Autant que la pertinence et la perception des différents signes entrant dans la composition du problème sont liés aux schèmes socioculturels, il s'agit ici, en s'intéressant à cette « micro-politique du trouble »³, de plutôt focaliser l'attention sur les modalités et sur les variations singulières de l'identification des « troubles sexuels » en situation, telle qu'elle est décrite dans chaque récit. En effet, comme le souligne Sylvie Fainzang :

« Yet if the meaning of the symptom is socially acquired and culturally built, the construction of a symptom is not the result of a collective process alone. An individual construction is superimposed on it. Therefore, even if it is fueled by the various influences exerted on the subject and by his/her personal experience, thus making it the result of a social process, this construction varies according to individuals and their specific histories. »⁴

Pour ce qui concerne notre enquête, cela implique également de préciser, toujours avec Sylvie Fainzang, qu'au delà des mécanismes macrosociologiques, l'identification du problème peut varier d'une personne à l'autre, quand bien même elles s'appuient sur le(s) même(s) élément(s) « objectif(s) », mais aussi qu'un même individu peut interpréter différemment le(s) même(s) élément(s) « objectif(s) » suivant le moment et/ou le contexte dans lequel il intervient.

Les itinéraires thérapeutiques commencent donc par un autodiagnostic⁵. C'est un travail d'interprétation qui va prendre en compte un certain nombre de « signes

¹ Kleinmann, 1980 ; Hay, 2008 ; Fainzang, 2011.

² Boltanski, 1971.

³ Pour reprendre l'expression des sociologues Robert Emerson et Sheldon Messinger (Emerson & Messinger, 1977).

⁴ Fainzang, 2011 : 40.

⁵ Nous avons préféré ce terme (*self-diagnosis* en anglais) à celui de diagnostic profane (*lay diagnosis*) qui semble faire, selon nous, de la différence entre ce diagnostic et celui qui est effectué par le professionnel

corporels », de « sensations » ou d'indices comportementaux ou relationnels¹ dont la combinaison fait sens et permet de les unifier, d'en faire une entité, de les faire « tenir ensemble » dans une catégorie de « problème ». A partir de situations somatiques, psychologiques, conjugales, relationnelles, etc. singulières, les personnes vont qualifier un problème devant faire l'objet d'un traitement thérapeutique. Le problème nécessite pour exister en tant que tel que différents signes soient organisés en problème, soient pensés en tant que problème par les personnes ou les couples. Il s'agit bien d'un travail d'objectivation, au sens littéral du terme : créer un objet. Plutôt que de parler de l'apparition, de la perception ou de l'identification du problème, il semblerait qu'il faille parler de sa construction. En fait, le processus diagnostique est, comme le rappelle Sylvie Fainzang, tout à la fois construction et identification, dans la mesure où à partir du moment où le processus aboutit à l'appréhension d'un problème, celui-ci existe bel et bien pour les personnes qui pensent en être atteintes ou y être confrontées et qui s'engagent dans un processus thérapeutique. Cela lui donne une existence sociale². Ainsi,

« anthropologically speaking, it involves acknowledging that the symptom has a real existence (...) The process of construction-identification must be considered as a whole since it implies for the subject, the symptom exists in itself, at a given moment of his/her existence, and that this is what induces the act of choosing to medicalized the sign perceived.³ »

Il ne s'agit pas pour nous de prendre position à propos de la réalité sexologique, médicale ou psychologique des problèmes que les personnes interrogées ont rencontrés, ni d'adopter une posture critique et de questionner la vérité des différentes hypothèses étiologiques qui sont formulées pour les expliquer. Il ne s'agit pas pour autant d'adopter le point de vue médical ou clinique et d'utiliser les classifications savantes ; celles-ci

une différence de nature, alors qu'il nous semble plutôt que les deux processus impliquent les mêmes opérations, même si dans le cas du diagnostic professionnel, ces opérations sont systématisées, technicisées et objectivées. Du moins est-ce le cas pour ce qui est du diagnostic « clinique », qui est largement celui utilisé par les sexologues et qui va par ailleurs s'appuyer largement sur l'anamnèse. Peut-être que ces remarques s'avèrent moins pertinentes, et qu'il y a effectivement une différence de nature entre les deux formes de diagnostic, lorsque le diagnostic professionnel s'appuie sur des examens effectués au moyen de techniques invasives et d'un matériel auquel le non-professionnel n'a pas accès (examen de sang, imagerie médicale, etc.), sur ce point voir Prior, Evans & Prout, 2011 : 924. Sur le diagnostic médical voir Foucault, 1963 : 187-206 ; Dodier, 1993 : 83-90.

¹ A propos de son enquête sur l'automédication, Sylvie Fainzang utilise l'expression « *bodily signs* » (Fainzang, 2011), Cameron Hay utilise le mot « *sensations* » (Hay, 2008). Nous ajoutons une autre expression en parlant d'« indices comportementaux ou relationnels », expression qui semble plus adéquate pour décrire une partie des cas que nous avons étudiés.

² Fainzang, 2011 : 41.

³ Fainzang, 2011 : 41.

sont celles des sexologues, elles sont leur point de vue sur le trouble. C'est ce qui explique que nous utilisions préférentiellement le terme de « problème » plutôt que celui de « trouble sexuel » ou la terminologie proposée par les classifications internationales que nous avons présentée précédemment. En effet, choisir cette nosologie, utiliser ses catégories, promouvoir cette terminologie, nous aurait aliéné à la pensée et aux pratiques que l'on se proposait justement d'analyser¹. Ainsi, nous avons considéré que si les individus ou les couples allaient consulter c'est qu'ils avaient un problème à régler et qu'à ce moment là celui-ci avait une réalité. Cela n'empêche en rien que certaines personnes rencontrées soient allées consulter pensant avoir un « trouble sexuel » et que le sexologue ait pensé quant à lui qu'elles n'en présentaient pas et qu'elles consultaient « pour rien ». Mais avant de passer par le tamis de la consultation et de l'interprétation diagnostique du praticien, les problèmes sont d'abord soumis à l'identification et l'élaboration des patients eux-mêmes. En ce sens, il se peut bien que nous ayons eu affaire à des cas de perte de désir, d'anéjaculation, d'anorgasmie, de dysfonctions érectiles, d'impuissance, de frigidité, etc. mais ce n'est qu'après le diagnostic du sexologue que ces problèmes identifiés entrent (ou n'entrent pas) dans des catégories nosographiques savantes pour devenir des « troubles sexuels », tels qu'ils sont répertoriés dans les différentes classifications.

Le diagnostic fait par les patients est un processus ouvert et leur interprétation est toujours provisoire. Le premier diagnostic (ici au sens de résultat) est donc susceptible d'être modifié tout au long du parcours thérapeutique². Toutefois, l'engagement dans l'itinéraire thérapeutique nécessite une *stabilisation* minimale du diagnostic (au moins sur le caractère problématique de la situation).

La difficulté pour opérer ce retour sur le *travail diagnostique* qui a précédé l'engagement dans une démarche thérapeutique c'est que les personnes et les couples que nous avons interrogés n'ont pas conscience d'avoir élaboré quoi que ce soit. Il est impossible pour nos interlocuteurs de rendre compte explicitement d'un processus

¹ Voir sur ce point les propos de Michel Foucault dans la première préface à *Folie et Dérailson. Histoire de la folie à l'âge classique* : « Il fallait donc un langage assez neutre (assez libre de terminologie scientifique, et d'options sociales et morales) pour qu'il puisse approcher au plus près de ces mots primitivement enchevêtrés, et pour que cette distance s'abolisse par laquelle l'homme moderne s'assure contre la folie (...) » (Foucault, 2001e : 194).

² L'expérimentation de solutions ou la prise de remèdes servant de « test » pour le diagnostic qui a été posé. Il y a donc un effet de boucle, le diagnostic restant toujours ouvert (Emerson & Messinger, 1977 : 122). Nous reviendrons sur ce point, notamment en nous intéressant à la confrontation entre l'autodiagnostic et le diagnostic professionnel, et à l'évolution du diagnostic pendant l'itinéraire thérapeutique.

cognitif et d'une procédure mentale (l'interprétation diagnostique) qui se sont déroulés de manière plus ou moins non-consciente. Nous n'observons pas directement les processus que nous nous proposons d'étudier : nous arrivons « après la bataille ». Nous n'avons pas de données étiques¹ pour rendre de compte de ce phénomène et, en la matière, les méthodes ethnographiques seraient de toute façon inopérantes pour savoir ce qui se passe « dans la tête » des individus. Nous disposons des entretiens. L'entretien est la seule manière d'appréhender les situations dans lesquelles les personnes ont identifié le problème qui les conduit chez le sexologue.

Alors bien sûr, les entretiens sont des mises en récit rétrospectives des processus de recours. L'entretien est en effet toujours une reconstruction et celle-ci vise à mettre en cohérence les expériences passées avec la situation présente². Chaque « autopathographie », si l'on nous permet ce néologisme, permet de cerner les réseaux de significations et de pratiques dans lesquels les difficultés prennent *sens* pour chacune des personnes concernées et où le recours trouve son *efficacité*, sa justesse :

« Le récit est une forme par laquelle l'expérience est représentée et transmise, par laquelle les événements sont donnés comme ayant un ordre cohérent et significatif, par laquelle l'action et les faits sont décrits parallèlement au vécu qui leur est associé et à ce qui leur donne un sens pour les personnes impliquées. »³

Par ailleurs, comme on le sait, les discours des patients se transforment et sont modelés au contact de l'institution médicale⁴. Dans le cadre de notre enquête toutefois, les personnes rencontrées sont pour la majeure partie d'entre elles au début de leur parcours thérapeutique et sont interrogées assez peu de temps après les premières consultations. Amenées à expliquer leur recours à la sexologie, les personnes interrogées doivent rendre compte de leurs actions, et dans les entretiens, elles

« donnent des raisons à leur actes, elles imputent des motifs aux autres acteurs, elles peuplent les circonstances d'objets, elles assignent une origine aux actions. »⁵

En tenant compte des éléments, des « objets », des situations, des conventions, des normes, etc. auxquels nos interlocuteurs font référence, chacun de ces récits nous

¹ Au sens d'observations ou de recensions ne mettant pas en jeu le langage, et donc le point de vue, de l'observateur, sur la distinction entre données émiques et données étiques, voir Olivier de Sardan, 1995 : 88.

² Sur ce point, voir, dans le cadre des consultations avec le médecin du travail, Dodier, 1993 : 157.

³ Goods, 1998 : 289-290.

⁴ Sur le modelage des discours, voir, dans le cas des anorexiques, Darmon, 2003 : 54-58 ; de patients de la psychiatrie, Ogien, 1989 : 121-123 ; de personnes en situation de handicap psychique, Grard, 2008 ; des transsexuels, voir Castel, 2003 et Michels, 2008.

⁵ Dodier, 1990 : 117

permet de saisir le *monde* dans lequel chacun des problèmes est survenu. Il ne s'agit donc pas de reconstruire à partir des entretiens une réalité ou des situations objectives, mais de considérer que chaque récit nous renseigne sur la *réalité mobilisée* dans l'élaboration du diagnostic et dans la perception d'une situation comme problématique.

Comment les enquêtés rendent-ils compte des conditions d'apparition du problème ? Dans quelles circonstances est apparu le problème ? Quelles interrogations suscite-t-il ? Quelles hypothèses sont formulées pour l'expliquer ?

L'identification-construction du problème s'appuie sur différents types de signes ou d'éléments de différentes natures. Il est ainsi apparu qu'il nous fallait présenter séparément les situations dans lesquelles les personnes enquêtées disent avoir été alertées de l'existence d'un problème par la manifestation de signes corporels et celles dans lesquelles le diagnostic s'est appuyé sur des éléments d'une autre nature, comportementale ou relationnelle.

3.1. Du signe corporel au « trouble sexuel »

Chez une partie de nos interlocuteurs, c'est l'apparition de difficultés ou de problèmes « physiques » (perçus et présentés comme tels) lors de rapports sexuels qui pose problème et qui les conduit, dans des délais plus ou moins longs selon les situations, à consulter. Ces problèmes ou ces difficultés touchent soit au ressenti corporel, qui pêche par manque (absence de sensations), ou par excès (douleurs) soit au fonctionnement physiologique qui n'est pas celui attendu (absence d'érection). Ces interlocuteurs vont tous décrire les dérèglements de leur corps et les situations dans lesquelles ceux-ci se sont manifestés (ou se manifestent). Ce sont ces dérèglements qui vont être présentés comme le problème qui a entravé (ou entrave) l'exercice de leur sexualité et les a amenés à entamer une démarche thérapeutique.

Parmi les vingt-deux situations étudiées en détail, huit d'entre elles sont des situations dans lesquelles nos interlocuteurs présentent les difficultés comme des problèmes corporels. Bien que ce constat justifie qu'on les regroupe, les situations décrites par nos interlocuteurs sont très diverses. Si l'expérience corporelle de difficultés intervient dans tous ces cas, les signes corporels sur lesquels s'appuie le diagnostic interviennent sur des durées et à des fréquences différentes.

3.1.1. Difficultés masculines

3.1.1.1. De la « panne » au trouble sexuel

Prisonnier de nos propres représentations, largement empreintes des discours psycho-médicaux, sur ce que pouvait (ou devait) être un « trouble sexuel », nous avons été, dans un premier temps, très surpris et très embarrassé par certains de nos interlocuteurs qui avaient eu recours à un sexologue mais dont la situation ne nous paraissait pas, « objectivement », très « grave », et dont l'exercice de la sexualité n'avait pas été durablement touché. Nous avons tendance à penser que ces cas étaient de « mauvais cas », *a priori* marginaux¹. Ce n'est qu'après un effort pour renverser la perspective et les prendre réellement au sérieux que nous avons pu nous déprendre de notre première approche. De fait, il n'y a en effet pas de seuil « objectif » de fréquence, de nombre ou de « gravité » des signes corporels à partir duquel l'autodiagnostic s'enclenche. Le processus d'identification-construction s'engage dès que le signe corporel se manifeste *pertinemment* pour l'individu. Une fois le problème identifié, rien n'interdit de s'engager très rapidement dans une démarche thérapeutique.

L'exploration du cas de Jean-Claude (8) permettra de développer et d'approfondir ce propos liminaire. A 45 ans, il est le gérant d'un commerce franchisé de centre-ville. Lorsque je lui demande, en tout début d'entretien, ce qui l'a conduit à consulter, il me répond :

« Pour employer des termes crus, j'ai eu l'impression de bander mou, donc ça m'a fait flipper, ça m'a fait un peu peur. »

Avant d'ajouter un petit peu plus loin :

« Ça ne m'aurait jamais fait ça avant... mais à l'âge que j'ai ... enfin pour la première fois de ma vie cela m'a fait une impression d'une perte de puissance au niveau sexe. »

Le signe corporel tel qu'il le perçoit provoque chez lui une inquiétude, qui est renforcée par le fait que c'est la première fois qu'il rencontre une telle difficulté. La *nouveauté* du signe corporel est éprouvée dans le corps et constitue à ce titre une expérience inédite qui vient interférer avec l'idée que se fait Jean-Claude du bon fonctionnement de son corps. Comme il n'en a jamais fait l'expérience auparavant, il

¹ Sur le terrain des « troubles » touchant de près ou de loin au domaine de la « santé mentale », il est parfois difficile de ne pas être enclin à adopter, dans les entretiens, une posture que l'on pourrait qualifier de « clinique » dans le sens où l'on est toujours tenté d'évaluer la « gravité » des problèmes, de *détecter* les choses que les personnes se cacheraient à elle-même, de *mettre en doute* les propos de l'interlocuteur, bref, de *dresser en profane un tableau clinique*.

donne tout de suite de l'importance à ce qui lui arrive. Mais au-delà de la nouveauté du signe corporel qui en elle-même contient ce que l'on pourrait appeler une « force d'interpellation » suffisante pour faire que celui-ci ne passe pas inaperçu, Jean-Claude lui donne tout de suite une signification en faisant le lien entre ce signe corporel et d'autres problèmes survenus antérieurement :

« C'est vrai aussi que j'avais eu des soucis physiques, puisque plusieurs années auparavant, j'avais fait du cal... »

[Qu'est-ce que c'est ?]

« A l'intérieur de la verge, il y a quelque chose qui est plus dur, bon c'est du cal et vous risquez après d'avoir la verge tordue, il y a toute une maladie à ce niveau là... en fin de compte j'ai eu de la vitamine E par le Dr B. et c'est parti et je n'ai jamais eu cette maladie¹ (...) donc ça, ça m'avait fait flipper et puis en fin de compte cela s'était résolu. Donc premier incident et deuxième incident, justement avec cette très belle femme avec qui je suis resté pratiquement un an et là, j'ai carrément la verge qui a pété... [*en fait, il s'agissait d'une rupture de frein*] (...) voilà donc suite à ça, si tu veux, moi quand j'ai eu l'impression d'avoir une déficience je me suis d'abord dit ça vient de ça, c'est-à-dire c'est physique (...) »

L'inscription du signe corporel dans son histoire du corps permet non seulement de comprendre la pertinence d'un signe corporel et l'extrême sensibilité de Jean-Claude vis-à-vis de celui-ci mais également, par son inscription dans une chaîne de causalité, de l'expliquer. Ainsi, l'inscription du signe corporel dans une histoire du corps marche à la fois comme principe productif (c'est ce qui permet de faire du signe corporel le symptôme potentiel d'un problème) et comme principe explicatif (c'est ce qui permet d'expliquer le problème une fois qu'il est isolé). Par ailleurs, avec l'inscription du signe corporel dans l'histoire du corps, le diagnostic trouve une *stabilité* qui va permettre l'engagement dans une démarche thérapeutique, alors même que le signe corporel ne se manifesterait plus.

Dans le cas de Jean-Claude, le signe corporel qui déclenche, par sa seule apparition, un questionnement et une inquiétude, est identifié-construit comme un problème par son inscription dans une histoire médicale des atteintes à son sexe. Cela permet en même temps de donner une réponse au questionnement étiologique. Le problème est donc, en première analyse, mis en relation avec son histoire médicale singulière, et c'est bien dans ce cadre particulier que Jean-Claude rend compte de sa sensibilité face à cet événement corporel et justifie son inquiétude vis-à-vis de ce qui est

¹ Il s'agit de la maladie de La Peyronie qui est une sclérose des corps caverneux, responsable d'une déviation de la verge en érection. Elle doit son nom au chirurgien François de La Peyronie, 1678 – 1747 (Source : Wikipédia).

arrivé. Le problème est envisagé comme une *séquelle* possible d'atteintes antérieures ayant concerné son organe sexuel, et peut être aussi comme un *signe avant-coureur* de problèmes plus importants. Ainsi, bien que le problème disparaisse rapidement, il prend quand même la peine de consulter un spécialiste à plus de 80 kilomètres de son lieu de résidence.

De la même manière que Jean-Claude, Louis (13) a été consulté récemment. À 55 ans, il est chef d'équipe dans une grande entreprise du secteur de l'énergie et est à quelques mois de sa retraite. Il explique en début d'entretien les raisons de cette consultation:

« (...) quand on remonte un petit peu j'ai eu le décès de ma grand-mère, quand j'étais à Paris (...) et à la suite de ce décès, j'ai eu un choc ou j'en sais rien et j'ai eu un problème au niveau du sexe... j'ai eu un gros problème, tout d'un coup, comme ça... c'est arrivé... première fois, donc gros problème... bon je me suis dit peut-être que ça va passer et j'étais allé voir un médecin spécialiste à Paris [*il précisera ensuite que ce médecin était sexologue*]... et effectivement en discutant avec lui, c'est passé et puis c'est redevenu normal... en arrivant à Toulouse, quatre ans après, pfff pareil ... tout d'un coup... donc je suis allé la voir... »

Louis a déjà fait l'expérience du signe corporel à partir duquel le problème ayant conduit à la seconde consultation a été identifié-construit. Ainsi, si Louis est particulièrement sensible à cette « panne », ce n'est pas sa nouveauté qui donne au signe corporel cette importance mais bien sa répétition. Il insiste d'ailleurs sur ce point :

« (...) je me suis dit une fois d'accord, mais deux fois, ce n'est pas possible, ça peut arriver une troisième fois donc il vaut mieux que j'aille voir tout de suite... »

Le signe corporel est, comme dans le cas de Jean-Claude, inscrit dans une histoire médicale. Mais ici, cette histoire est déjà *sexologique*, puisqu'il lui était déjà arrivé la même chose quatre ans plus tôt et qu'il avait consulté pour cela. Le problème est ici envisagé comme une *aggravation* possible de celui survenu quatre ans plus tôt. A la différence toutefois du cas de Jean-Claude, l'inscription dans cette histoire ne donne ici pas de réponses aux questions étiologiques et à l'inverse de Jean-Claude, Louis va consulter, sans avoir d'hypothèses étiologiques précises :

« (...) je ne m'expliquais pas un petit peu pourquoi... est-ce que c'est dû à la fatigue ? Au stress ? J'en sais rien, pourtant je ne suis pas stressé... et je ne me l'expliquais pas... peut-être aussi à cause de l'âge aussi... je ne sais pas... »

Comme dans le cas de Jean-Claude, l'autodiagnostic de cette deuxième « panne » se fait dans le cadre de son histoire médicale singulière qui est mobilisée pour inscrire le signe corporel dans une série d'événements : passés, puisque ce qui arrive est mis en relation avec ce qui est survenu quatre ans auparavant, mais aussi futurs, puisque ce qui arrive est mis en relation avec la possibilité que le même problème se manifeste une troisième fois (« ça peut arriver une troisième fois »). Il établit un lien entre ce qui a eu lieu, ce qui a lieu et ce qui pourrait avoir lieu. Il élabore un scénario avec une issue : cela pourrait arriver une troisième fois. Si le signe corporel est cette fois-ci mis en relation avec le passé, comment avait été interprété celui survenu quatre ans auparavant et qui, bien que cela soit la première fois qu'il se manifestait, avait également conduit à l'identification-construction d'un problème et à l'engagement dans une démarche thérapeutique ?

Dans l'extrait d'entretien cité précédemment, Louis décrivait le contexte biographique et émotionnel dans lequel cette toute première « panne » (le décès de sa grand-mère) était survenue et cela lui permettait de produire une explication au problème (la panne comme une conséquence d'un « choc » psychologique). Interrogé sur sa rapidité à consulter après cette première « panne », le compte-rendu qu'il nous livre à ce moment là de l'entretien de son diagnostic passé est différent :

[Pourquoi vous ne vous étiez pas laissé du temps pour voir ?]
« Je ne sais pas pourquoi mais... c'était la première fois que ça m'arrivait et puis peut-être à force aussi d'entendre dire qu'il y avait aujourd'hui un traitement... (...) mais donc je suis allé le voir tout de suite au lieu d'attendre... je me disais peut-être qu'il y a un mal qu'on peut guérir tout de suite au lieu d'attendre... et puis pour être tranquille... »

Louis explique en premier lieu que, lors de cette première « panne », la nouveauté du signe corporel est une des raisons de sa pertinence mais il fait aussi référence, en mentionnant l'existence d'un traitement, à un discours d'origine médicale qui expliquerait sa sensibilité à l'événement corporel. Dans le cas de Louis, ces informations médicales qui laissent penser que si un traitement existe c'est bien qu'il y a une maladie à traiter lui fournissent un cadre d'interprétation pour le signe corporel qui se manifeste. La difficulté érectile est identifiée-construite comme un problème devant faire l'objet d'une consultation et ce qui arrive – i.e. l'impossibilité *temporaire* d'arriver à une érection - est le signe de l'existence potentielle d'un problème plus *durable*. Bien qu'il ne donne que peu de détail, on comprend que ces informations médicales, dont la source n'est pas précise mais qui sont diffuses (« à force d'entendre

dire »), fournissent un *scénario médical* et une issue potentielle et permettent de désenclaver le signe corporel isolé en en faisant la première manifestation d'une série¹. C'est d'ailleurs ce qui explique, selon Louis, la rapidité avec laquelle, à l'époque, il prend rendez-vous pour consulter :

« (...) j'étais pris d'une panique telle que dès que ça m'est arrivé, j'ai téléphoné, j'ai pris un rendez-vous et j'y suis parti le samedi quoi... c'était en semaine, le rendez-vous était le samedi après-midi et puis je n'étais pas loin, il était à la Défense, j'habitais à la Défense... donc je suis allé le voir tout de suite dans la semaine, dans les jours qui suivent... »

L'identification-construction de la seconde « panne » en tant que problème peut dès lors être comprise comme une intégration du signe corporel dans le scénario médical envisagé quatre ans auparavant.

Revenons à présent sur ce que nous dit Louis de sa première panne et sur la contradiction qu'il semble y avoir entre les deux explications qu'il nous livre successivement. Il nous semble que cela témoigne de ce que l'identification-construction du problème n'est pas un processus monolithique et unilatéral, mais qu'au contraire, au moment où l'événement surgit sous la forme d'un signe corporel nouveau et inconnu, plusieurs hypothèses concurrentes peuvent être émises. Le recours thérapeutique est de ce point de vue une ressource possible pour écarter une hypothèse au profit d'une autre. C'est d'ailleurs en expliquant pourquoi il avait été consulter un « médecin spécialiste » que Louis expose les questions qu'il se posait sur une possible cause médicale et organique à sa « panne » (« je me disais que peut-être qu'il y a un mal qu'on peut guérir »). Dans une situation où hypothèses psychologique et organique sont en concurrence, écarter les possibles causes organiques semble être la première démarche à laquelle pense Louis. Le recours biomédical apparaît comme plus facile à mettre en œuvre. Cette première consultation qui entraînera un certain nombre d'exams biomédicaux et la prise d'un traitement hormonal va compter au moment du second autodiagnostic, lors de la seconde panne. Influencé par la façon dont la première panne a été appréhendée par le médecin-sexologue qu'il avait été consulté quatre ans auparavant, et notamment par le fait que cette consultation avait bien débouché sur une prise en charge, et donc sur une reconnaissance du problème qu'il mettait en avant,

¹ Evidemment la communication médicale, notamment celle mis en place par l'industrie pharmaceutique tend, participe de la « sensibilisation » des patients au rapprochement entre un certain nombre de signes corporels ou comportementaux et des symptômes, voir Ebeling, 2011 et, plus précisément sur la communication des laboratoires produisant le Cialis® et le Levitra®, voir Wienke, 2006.

Louis a tout lieu de penser que la seconde panne mérite attention. Par ailleurs, son expérience médicale tend à faire que l'hypothèse étiologique évoquée pour cette seconde panne soit plutôt de type organiciste.

Les situations de Jean-Claude et Louis montrent bien qu'un signe corporel isolé ou étant survenu à plusieurs années d'intervalle peut tout à fait se révéler pertinent et être identifié-construit comme un problème et faire l'objet d'une démarche thérapeutique alors même que il n'a pas eu *a priori* de conséquence durable sur l'exercice de la sexualité. Dans ces deux situations, lorsque le signe corporel apparaît pour la première fois, il surprend et il inquiète ; mais, pour autant, le signe corporel seul ne suffit pas à faire problème, il n'est pertinent et ne gagne en « consistance » que parce qu'il est mis en relation avec d'autres faits qui se sont produits ou parce qu'il est relié à une « théorie » médicale.

Le problème n'est pas interprété comme un accident et l'identification-construction du problème ne circonscrit pas celui-ci au moment précis où le signe corporel s'est manifesté. Les limites du problème ainsi définies débordent celles de l'événement corporel. En même temps, Jean-Claude et Louis ont tous les deux insisté sur le fait qu'une fois la « panne » survenue, leur situation du point de vue de l'érection était redevenue normale. Dans cette perspective, la démarche de consultation n'a pas pour objectif de résoudre le problème d'érection, puisque celui-ci s'est en quelque sorte réglé de lui-même. En revanche, comme en témoigne les cas de Louis et Jean-Claude, la « panne » a produit une inquiétude concernant la possible existence d'un problème plus large et de ce point de vue, la démarche thérapeutique revêt un caractère *préventif*. Mais nous y reviendrons.

3.1.1.2. « Basculement » dans le trouble sexuel

A bien des égards, les cas de Jean-Claude et de Louis, dans lesquels l'identification-construction d'un problème intervient dès la première apparition du signe corporel, sont des exceptions par rapport aux autres situations que nous avons rencontrées. Ainsi, alors que Louis et Jean-Claude avaient insisté sur le moment précis où la « panne » était survenue, nos autres interlocuteurs ne s'attardent pas sur la première apparition du signe corporel et de fait, dans ces situations, le problème est identifié-construit beaucoup plus progressivement au fur et à mesure que se répètent ou persistent les difficultés d'érection.

C'est par exemple, le cas de Paul (4), 56 ans, ancien ouvrier. Les premières difficultés d'érection surviennent après un accident de travail au cours duquel il s'intoxique avec du chlore, suivi d'un infarctus un mois après. Ces problèmes de santé vont le conduire à être déclaré invalide et à devoir cesser toute activité professionnelle. Alors qu'il est encore en convalescence, il rencontre pour la première fois des difficultés d'érection :

« Disons que j'ai commencé à avoir des pannes, disons une fois sur deux et puis les pannes se sont renouvelées jusqu'au jour où, plouf, c'était terminé. »

[Et qu'est-ce que vous vous êtes dit les premières fois ?]

« Bon ben les premières fois, je me suis dit, c'est la maladie, c'est parce que tu dois être fatigué, ça reviendra et puis après, je me suis dit que, comme moi quand j'étais malade jamais je ne me faisais soigné, je me suis dit ça doit venir de ça. »

Les difficultés d'érection ne prennent pas un caractère problématique tout de suite. Elles sont interprétées au regard de l'histoire médicale récente comme un effet possible de la fatigue et liées au contexte de convalescence. Mais, alors qu'au début les difficultés d'érection apparaissent de manière erratique, leur progressive systématisme, leur persistance, fait évoluer l'hypothèse étiologique. Dans un second temps, les signes corporels sont détachés du contexte pathologique immédiat pour être interprétés comme une conséquence possible des rapports qu'entretient Paul avec la médecine et au manque de recours aux soins dont il aurait fait preuve durant sa vie. Bien que l'hypothèse étiologique qu'il énonce à ce moment là soit assez vague, elle suffit pour inscrire ce qui arrive dans une histoire du corps et du soin.

C'est également dans un contexte de convalescence que Lucien (15), 59 ans, électromécanicien, rencontre ses premières difficultés. Il identifie-construit d'ailleurs tout de suite les difficultés d'érection qui apparaissent après son opération de la prostate comme la conséquence directe de l'intervention chirurgicale qu'il a subie. Même s'il n'en a jamais fait l'expérience précédemment, les signes corporels qui se manifestent ne le surprennent pas. Ils étaient « attendus » puisque l'urologue qui l'a opéré l'avait averti que ses signes pourraient apparaître après l'intervention chirurgicale. Leur inscription dans la séquence chirurgicale donne également leur étiologie. Contrairement au cas de Paul, ils sont « encadrés » par un discours médical et leur manifestation n'est donc pas une surprise. Dans un premier temps donc, même si Lucien envisage bien ces difficultés comme « anormales » par rapport à un fonctionnement « normal », elles ne constituent pas un problème spécifique :

[A quel moment vous allez voir le Dr B. ?]

« Trois ou quatre mois après l'opération. »

[Jusque là vous pensiez que ça allait revenir ?]

« Oui... et puis il y avait encore la souffrance de l'opération. Et en plus vous avez le sexe qui est tout petit, maintenant il est revenu à sa taille normale (...) Disons que là, les premiers mois, c'était médical. »

Progressivement toutefois, la persistance des difficultés érectiles suscite l'interrogation de Lucien. Celle-ci s'appuie particulièrement sur les propos tenus par le médecin avant l'intervention. Lucien insiste ainsi sur la différence entre ce que lui avait dit le chirurgien et ce qui lui arrive :

« Il m'avait dit que moi, étant donné qu'il ne touchait pas aux nerfs érecteurs en fait, il n'y avait aucun problème et que ça reviendrait normal... il me disait de trois à six mois. »

L'interrogation de Lucien se nourrit par ailleurs des témoignages de certaines de ses connaissances¹ qui viennent en appui du scénario médical d'avant opération :

« (...) j'ai des copains, des connaissances qui ont fait la même opération que moi et certains disent qu'au bout de trois mois, ça revenait presque normal et d'autres qui ont subi la même opération, mais plus importante et pour qui aussi c'est revenu. »

La persistance des difficultés, au-delà du délai qui avait été donné par le médecin, délai que Lucien avait confirmé par d'autres témoignages, transforme son expérience des difficultés. Celles-ci ne sont plus une conséquence normale de l'opération. En comparant sa situation à d'autres, émerge progressivement l'idée qu'elles sont au contraire le signe d'un « problème potentiel ». Pour mettre à l'épreuve ses capacités érectiles, il essaie d'ailleurs de stimuler son excitation en regardant des films pornographiques, mais l'expérience n'est pas concluante et le conforte dans ses convictions. Ainsi, même si elle lie toujours les difficultés à l'intervention chirurgicale, l'interrogation de Lucien conduit à une modification de l'hypothèse étiologique puisqu'il s'agit ici de pointer l'anormalité d'un processus de rétablissement. Pour expliquer le fait que celui-ci ne semble pas se dérouler comme prévu, Lucien est d'ailleurs tenté de mettre en cause le chirurgien lui-même.

Dans les situations de Paul et de Lucien, les premières difficultés d'érection ne sont pas immédiatement perçues comme un problème. Les premières « pannes » sont inscrites dans une séquence débutée avec la maladie et l'intervention médicale. La

¹ Le service d'urologie dans lequel il est pris en charge a pour habitude de mettre en contact les candidats à l'opération de la prostate avec des hommes qui ont déjà du effectuer cette opération. Par ailleurs, Lucien aura l'occasion d'en parler également à une connaissance professionnelle qui avait également été opérée (*cf. infra*).

persistance des problèmes au-delà d'un délai raisonnable laisse penser à une dégradation anormale des capacités sexuelles. L'interprétation des difficultés change et, alors qu'elles sont perçues comme normales dans un premier temps, elles apparaissent comme anormales dans un deuxième temps, devenant par là-même un problème autonome auquel l'on cherche une explication (la négligence sanitaire chez Paul, une possible complication postopératoire ou une erreur du chirurgien pour Louis). Pour Paul et Lucien, l'apparition des problèmes sexuels marquent un changement dans leur condition et la démarche s'inscrit ici dans une perspective *curative*.

3.1.1.3. La prise en considération progressive des difficultés d'érection

José (20), 55 ans, ancien cadre au chômage depuis 15 ans, identifie-construit lui aussi progressivement le « problème » qui l'a amené à consulter le sexologue par lequel nous entrons en contact avec lui. Il commence son récit en évoquant sa séparation d'avec sa femme, qui a été suivie d'une dépression :

« Disons qu'à 55 ans... depuis l'âge de... à 50 ans... j'avais des relations... bon je suis divorcé depuis... depuis les années 1995, donc après j'ai fait une dépression, trois ans... (...) après cette dépression, j'ai remonté la pente disons... (...) j'ai commencé à ressortir un peu, j'ai retrouvé des amis pour faire de la balade, un peu de sport, des choses comme ça et là j'ai recommencé à faire des rencontres. Et ça se passait pas trop mal jusqu'à l'âge de cinquante ans et puis c'est vrai qu'à l'âge de cinquante ans, j'ai rencontré plusieurs partenaires féminines qui euh... une ça se passait assez bien... et une autre... j'avais des rapports le soir... mais le matin euh... je n'y arrivais pas... bon on faisait autre chose... mais pas de pénétration... donc je me suis dit ben tiens c'est surprenant un petit peu que j'ai pas... bon... c'était pas dramatique mais j'ai laissé un peu faire... et puis j'ai arrêté cette relation... »

[et donc là vous commencez à vous interroger... ?]

« alors... à ce moment là... je m'intéresse beaucoup à l'informatique et à Internet... alors je lis aussi beaucoup de revues, vous voyez *Santé magazine*, *Top santé*... et petit à petit j'ai découvert qu'il y avait des tas d'articles sur l'andropause... et donc ils disaient : voilà à partir d'un certain moment euh... alors après il y a eu les études sur la DHEA... tout ce qui est médiatisé... les gens vieillissent... s'ils vieillissent ils perdent ceci... c'est parce qu'ils manquent d'hormones... alors tout ça... (...) petit à petit je me suis dit... ben tiens c'est sûr que je vais arriver... euh... bon des fois j'ai quelques problèmes... (...) Donc j'ai vu les problèmes qui peuvent se produire à ce moment-là, c'est une baisse hormonale, la testostérone euh... et la DHEA, etc., tout est lié... »

Alors qu'il fait explicitement référence à sa dépression, celle-ci sert de repère temporel et biographique. Il ne tisse pas de liens de causalité entre cet épisode et les

difficultés qu'il rencontre au moment où nous le rencontrons. En fait, il a déjà eu des difficultés d'érection juste après sa dépression, qu'il lie avec la prise des antidépresseurs. Il distingue d'ailleurs clairement ce premier épisode de difficultés et celles qu'il connaît depuis :

« La première fois que cela m'était arrivé, c'était la dépression, donc ça fait un moment. Bon, là c'est un accident de la vie à la limite, ce qui peut arriver à tout le monde. Mais là, dernièrement... là c'est plus l'âge qui passe. »

Lors de ce second épisode de difficultés, c'est au fil de ses lectures de magazines de vulgarisation médicale et de sa navigation sur Internet que José identifie-construit le « problème ». Alors que, dans un premier temps, les difficultés sont, d'une certaine manière minimisées (« j'ai laissé un peu faire »), dans un second temps, les signes corporels entrent progressivement en résonance avec les théories médicales concernant le vieillissement masculin. Les difficultés ne sont ainsi pas mises en relation avec des affections ou des maladies précises mais avec le processus biologique de vieillissement de son corps. L'appropriation d'un certain nombre d'informations scientifiques accroît sa sensibilité aux signes donnés par son corps, jusqu'à ce que ceux-ci soient constitués en problème. A la différence des cas présentés jusqu'ici, José n'identifie pas « un » problème, mais « des petits problèmes », et son diagnostic est un diagnostic « faible » qu'il présente sous une forme interrogative. Il ne présente pas ses difficultés d'érection, qui interviennent de manière erratique, qui sont récurrentes mais pas persistantes, comme un problème *important* mais comme un signe de vieillissement. Sa démarche procède, comme les autres démarches qu'il effectue, d'une démarche exploratoire.

3.1.1.4. Des difficultés d'érection qui « ne comptent pas » à celles qui « comptent »

La situation de Gérard (21), 42 ans, chauffeur routier, est différente. Alors qu'il est marié depuis vingt ans, Gérard et une amie proche du couple tombent amoureux. Il s'engage dans cette relation extraconjugale compliquée. Cela l'amène à divorcer d'avec sa femme tandis que la « femme qu'il aime » (c'est ainsi qu'il la nomme), elle, ne quitte pas son mari. Ils n'arrivent à se voir que très rarement dans l'intimité. Lors de ces rencontres, il doit faire face à des difficultés d'érection :

[Avec votre amante, vous n'arriviez pas à avoir des relations sexuelles satisfaisantes ?]

« Non, il y avait un blocage, j'avais le désir, j'avais vraiment envie mais en bas ça ne se traduisait par rien du tout, c'était vraiment rien, certaines fois avec le temps si, mais en général rien. »

Et de poursuivre :

« C'est vrai que les conditions... tout était réuni pour que cela ne marche pas non plus. En plus de ne pas être clair dans ma tête, au niveau des conditions de temps, toujours regarder la montre ou vérifier que quelqu'un n'arrive pas... enfin des situations où rien n'est fait pour que cela se passe bien... donc tout cela s'est ajouté, j'ai gambégé, et je suis tombé dans la phase où avant même de commencer c'est un échec. »

A l'inverse de ce que nous disent les autres hommes dont nous avons présenté la situation, lui dit avoir déjà fait l'expérience de difficultés d'érection :

« Ça m'était déjà arrivé quelques fois mais je mettais ça sur le compte de la fatigue ou du boulot pénible, des trucs comme ça... c'était des pannes comme, je pense, tout le monde, des pannes occasionnelles. Mais pas comme ça non, en arriver là où j'en suis arrivé non, c'est la première fois. »

Avant cette rencontre, les « pannes » sont perçues comme faisant partie de la vie sexuelle normale et sont banalisées, d'autant plus que, d'après Gérard, elles sont le lot commun. Chacune reçoit son explication étiologique en fonction de la situation : fatigue, stress professionnel, etc. Mais ces difficultés ne constituaient pas un problème à part entière.

Il en a déjà fait l'expérience mais, cette fois-ci, l'interprétation des difficultés d'érection change. Ainsi, l'explication qu'il propose met en avant à la fois l'effet des circonstances dans lesquelles ont lieu les rapports sexuels mais surtout les effets psychologiques que ces échecs produisent et la spirale dans laquelle ils le projettent. L'expérience qu'il fait de ces difficultés d'érection est bien différente de celle qu'il avait faite auparavant. La répétition des « pannes » est d'autant plus problématique que l'enjeu des rapports sexuels a changé pour Gérard :

« (...) quand j'étais avec la femme que j'aime, le peu de fois où on a eu des rapports, je m'en voulais de ne pas pouvoir être à la hauteur, même si elle me disait que je lui donnais du plaisir, moi j'étais frustré. »

Dans le cas de Gérard, ce n'est pas la nouveauté des difficultés d'érection, ni même leur répétition qui font qu'elles sont problématiques mais leur mise en relation avec une situation affective particulière. En effet si cette fois-ci le signe corporel est vu comme un problème c'est parce qu'il se produit à un moment où la situation affective et amoureuse de Gérard est très troublée. Il s'ajoute en quelque sorte à tous les autres événements qui ont eu lieu depuis un petit moment et qui l'ont déjà fragilisé. L'importance donnée aux événements corporels est donc liée à cette situation affective.

Gérard fait d'ailleurs explicitement le lien entre les deux. Le questionnement étiologique n'établit pas de liens entre les « pannes » qui ont jalonné sa vie sexuelle maritale et les difficultés sexuelles qu'il rencontre lorsqu'il s'engage dans cette relation extraconjugale. Le problème identifié-construit est bien un problème nouveau, qui n'a rien à voir avec les difficultés rencontrées antérieurement, même s'il se manifeste corporellement de la même manière. Gérard explique son problème par un mécanisme psychologique, qui se nourrit du contexte émotionnel dans lequel il est :

« Je suis conscient que c'est dans la tête. Je vais la [*la sexologue*] voir pour essayer de me débloquer, de m'enlever cette barrière... »

La démarche de Gérard vise avant tout à une *réassurance*.

Nous avons présenté jusque là des cas masculins et, sans surprise, les difficultés d'érection compte parmi les signes corporels les plus fréquemment évoqués comme point de départ du processus d'autodiagnostic. Toutefois, comme le montrent les diverses situations présentées ici, ces difficultés érectiles sont « traitées » de manière différente. Il n'y a pas de seuil de fréquence ou de gravité à partir duquel elles sont identifiées-construites en problème. Si certains hommes réagissent dès la première « panne », pour d'autres le problème n'est constitué que lorsque les difficultés d'érection se systématisent ou se généralisent.

3.1.2. Difficultés féminines

Mais les hommes ne sont pas les seuls à identifier-construire des problèmes sexuels à partir de signes corporels. Certaines femmes peuvent également être dans cette situation. Ainsi Caroline (1) qui a 28 ans et qui est cadre commercial. Deux ans avant notre rencontre, elle a entamé des démarches thérapeutiques parce qu'elle ne ressentait rien pendant les rapports sexuels avec son compagnon de l'époque :

« (...) j'y suis allée parce que j'étais avec quelqu'un depuis... presque deux ans... un an et demi et puis euh... je croyais que j'étais frigide, c'était physique, je ressentais rien, rien pendant aucun rapport sexuel »

Au début, elle analyse l'absence de plaisir en terme de ressenti corporel. Les soucis apparaissent peu de temps après leur installation ensemble et c'est la première fois que cela lui arrive. L'apparition du signe corporel marque le commencement des difficultés et sa persistance dans la durée pose problème. Elle commence petit à petit à se poser des questions et elle se demande si ces difficultés ne sont pas liées à une fausse couche qu'elle a faite quelques mois après leur rencontre. C'est ce qui l'a conduit en premier recours à consulter chez sa gynécologue. Comme dans le cas de certains

hommes exposés ci-dessus, pour Caroline, le problème est identifié-construit à partir des absences de plaisir qui, jusque là jamais expérimentées, se systématisent et par son inscription dans une histoire médicale (la fausse couche).

Pour Abigail (12) qui a 30 ans et est assistante d'éducation, l'identification-construction du trouble est quasi-immédiate :

« A un moment ben j'ai eu des douleurs, je ne sais pas trop à quoi c'était lié... il y avait plusieurs facteurs, il y a eu un avortement, il y a eu une année où j'étais en colocation... ça c'est peut-être pas très bien passé, j'étais très stressée donc j'ai eu des problèmes au ventre et ça c'est peut-être communiqué les douleurs... je ne sais pas (...) »

L'expérience répétée de la douleur permet d'identifier tout de suite un « problème ». Mais si ces douleurs interviennent pendant les rapports sexuels avec son conjoint, elles interviennent aussi quand Abigail se masturbe :

« Quand j'ai vu que moi-même, je n'y arrivais plus, alors je me suis vraiment inquiétée, parce que moi-même je ne me donnais plus aucun plaisir. C'est ce que je lui ai dit rapidement à la sexologue que moi-même, je n'y arrivais plus et que pour moi ça voulait dire que c'était grave. »

Le problème identifié se « solidifie » à l'épreuve des explorations individuelles d'Abigail, qui y voit un signe de sa gravité. Du point de vue de la construction de l'étiologie, les signes corporels (les douleurs) sont, là encore, mis en relation avec l'histoire du corps. Pour expliquer ces douleurs, Abigail hésite entre une étiologie d'ordre physique, en les associant à un avortement survenu quelques temps plus tôt, et une explication plus psychosomatique, en liant les douleurs qu'elle ressent à un surcroît de « stress » provoqué par une année de vie en colocation.

Rien ne distingue du point de vue de l'identification-construction du trouble les situations de Caroline et d'Abigail de celles des hommes présentées précédemment. La perception des défaillances du corps, engendre une réflexion sur leurs causes possibles, et, ici, dans les deux cas elles sont inscrites dans une histoire médicale et corporelle.

3.1.3. Du corps, des symptômes et de leur dimension sociale

Le processus d'identification-construction d'un problème que nous venons de décrire n'est pas spécifique à la question des troubles sexuels. Du point de vue des mécanismes cognitifs mis en œuvre, ces situations ne diffèrent effectivement en rien d'autres situations courantes dans lesquelles, à partir de signes corporels, les individus vont se questionner, élaborer une étiologie ou émettre des hypothèses, identifier une

maladie ou un trouble particulier. Dans cette perspective, nous aurions pu seulement présenter nos interlocuteurs (-trices) en accolant à leur prénom, entre parenthèses ou entre virgules, le nom du trouble pour lesquels ils/elles avaient consulté. Mais, au-delà de l'intérêt qu'il y a, comme nous l'avons déjà dit, à s'intéresser à la manière dont sont interprétés et identifiés les problèmes pour mieux comprendre les recours thérapeutiques et les logiques qui les guident, il nous semble que s'arrêter sur ce moment initial permet d'enrichir notre compréhension de l'expérience des troubles sexuels.

Tout d'abord, les études sociologiques et anthropologiques, notamment lorsqu'elles s'appuient sur des terrains biomédicaux, entérinent souvent les diagnostics médicaux et ne se penchent pas souvent sur ce qui s'est passé avant la rencontre avec les thérapeutes professionnels¹. Or, on le constate dans les situations que nous avons présentées, il peut y avoir d'importantes variations dans la manière dont un signe corporel « objectivement » identique est traité. De ce point de vue, et si l'on s'intéresse à l'expérience vécue par les individus, la comparaison qui précède entre les différents cas masculins est très parlante alors même que le destin des problèmes identifiés sera d'être regroupés dans une même catégorie de trouble sexuel, celle de dysfonction érectile.

Un autre point pour lequel il est, selon nous, pertinent de s'intéresser à l'identification du trouble c'est qu'il a permis de rappeler, même si nous ne travaillions que sur un nombre limité de situation, que les femmes aussi peuvent identifier-construire des problèmes sexuels à partir de signes corporels et que par ailleurs, comme les hommes, elles peuvent également émettre des hypothèses étiologiques organicistes concernant leur problème. Cette possibilité est en effet trop souvent oubliée dans le cas des troubles sexuels. A l'inverse on note que, parmi les hommes, le fait que l'on identifie son trouble à partir d'un signe corporel n'implique pas que l'on attribue à ce trouble une origine organique, comme le montre le cas de Gérard (21).

¹ Fainzang, 2011 : 40 ; Hay, 2008 : 199. Il est très fréquent ainsi que le recrutement des informateurs se fasse sur la base d'un diagnostic. On interroge à partir de là des personnes qui ont été diagnostiquées par les professionnels comme étant atteintes ou touchées par telle ou telle maladie. Ainsi, Laura Beltran qui a mené sa thèse sur les hommes atteints de dysfonction érectile, a recruté sa population au sein d'un service hospitalier, voir Beltran, 2009.

3.1.3.1. Des signes corporels peu communs mais identifiés : la socialisation des symptômes

Ce qui distingue les signes corporels évoqués ici de ceux que l'on pourrait trouver dans d'autres situations, tels un mal de tête ou de gorge, une toux ou une douleur abdominale, c'est qu'ils ne sont pas communs¹. Or, l'interprétation des sensations, des manifestations physiques et des signes corporels les plus courants est l'objet, en particulier dans l'enfance à l'intérieur de la sphère familiale, d'un apprentissage qui, au travers de discours explicites ou de transmissions plus diffuses, permet d'en évaluer la gravité, le sens ou la pertinence. C'est cet apprentissage qui permet d'opérer un choix entre les différents signes corporels et accorder attention à ceux qui devront faire l'objet d'une action thérapeutique, puisqu'en effet, toutes les sensations corporelles ne sont pas « bonnes à médicaliser » ou plutôt à « pathologiser »². La connaissance de ces signes s'approfondit par ailleurs à chaque nouvelle manifestation. Les sensations ou signes corporels les plus communs sont donc l'objet d'une socialisation précoce intrafamiliale à laquelle s'ajoute une socialisation médicale progressive. Apprentissages familiaux et contacts avec la médecine forment ainsi nos schèmes de perception de toute une série de signes corporels communs et chacun de nous développe ainsi des compétences interprétatives³.

Les compétences de décodage, pour reprendre une terminologie goffmanienne, sont donc acquises lors de cet apprentissage. Elles sont tout aussi importantes que le symptôme lui-même. Ainsi, comme le précise Erving Goffman, en parlant plus généralement des stigmates :

« Il est généralement nécessaire de préciser le pouvoir de décodage du public avant de parler du degré de visibilité [*du stigmaté*]. »⁴

La visibilité du signe corporel n'est donc pas seulement liée à ses caractéristiques propres, mais aussi à sa « visibilité sociale » pour reprendre

¹ A l'exception de la douleur, sensation dont on peut faire l'expérience fréquemment.

² Sur cette idée voir Hay, 2008 : 200.

³ C'est bien parce que ces compétences sont acquises que la « sensibilité » à tel ou tel signe corporel n'est pas la même selon les cultures. La perception est une compétence qui est forgée dans chaque culture, comme l'a montré Edward T. Hall. Selon lui, les « individus appartenant à des cultures différentes non seulement parlent des langues différentes mais, ce qui est sans doute plus important, *habitent des mondes sensoriels différents*. La sélection des données sensorielles consistant à admettre certains éléments tout en en éliminant d'autres, l'expérience sera perçue de façon très différente selon la différence de structure du crible perceptif d'une culture à l'autre (...) L'expérience ne peut donc être considérée comme un point de référence stable puisqu'elle s'insère dans un cadre déjà façonné par l'homme. » (Hall, 1971 : 15, souligné par l'auteur). A ces différences culturelles s'ajoutent, à l'intérieur d'une même société, des différences liées à l'appartenance sociale (Boltanski, 1971).

⁴ Goffman, 1975 : 67.

l'expression d'Anselm Strauss¹. Il faut ajouter enfin que le corps n'est pas un objet extérieur dont les manifestations et les sensations n'auraient plus qu'à être déchiffrées de la même manière qu'un lecteur lit un texte imprimé sur une page de livre. La connaissance des signes corporels et les compétences interprétatives façonnent l'expérience même de ces sensations². Cet effet de « bioboucle » fait que l'expérience réitérée d'un même signe corporel n'est jamais, à proprement parler, la même³.

Dans les situations qui nous intéressent ici, les signes corporels évoqués (douleurs vaginales, absence de sensation, difficultés d'érection) ne sont pas des signes corporels communs. Ainsi, dans la plupart des cas, nos interlocuteurs nous disent qu'ils n'avaient jamais rencontré ces manifestations corporelles auparavant. Ils n'en ont donc jamais fait l'expérience. Par ailleurs, ces signes corporels n'ont pas fait l'objet d'une socialisation du même type que les signes corporels communs évoqués précédemment. Tout signe corporel, même le plus commun, provoque sur le moment un trouble, une interrogation. Toutefois si ce signe est de ceux dont on a fait l'expérience très souvent et pour lesquels on a bénéficié d'un apprentissage, l'on peut très vite le classer comme normal ou comme pathologique, juger de sa gravité, décider ou non d'engager une action thérapeutique. Dans le cas contraire, la rupture d'intelligibilité créée par le signe corporel est beaucoup plus forte. Lorsqu'il survient, il est tout à fait nouveau et les personnes n'ont, vis-à-vis de ce signe corporel, aucun repère en termes d'expérience, et elles ne peuvent pas s'appuyer sur celle-ci pour juger de sa gravité, pour décider de son caractère normal ou pathologique. Cela peut expliquer la « panique » par laquelle certains de nos interlocuteurs disent avoir été saisis. Même si l'on n'est pas pris de panique, ce moment (ou cette période, si l'on considère que, selon les cas, ces processus s'étale dans le temps) va se caractériser par une activité *spéculative* importante qui conduit à imaginer divers *scenarii*.

Bien entendu, le fait que ces signes corporels n'aient pas fait l'objet d'une expérience récurrente depuis l'enfance, qu'ils n'aient donc pas pu être « apprivoisés » et incorporés, ne signifie pas pour autant que les personnes concernées ignorent leur existence et la possibilité qu'ils surviennent. Comme on l'a dit, cette connaissance n'est vraisemblablement pas transmise directement au sein de la famille (même si cette

¹ Strauss, 1967, cité par Muriel Darmon (Darmon, 2003 : 98).

² Hay, 2008 : 202.

³ Il s'agit bien d'une modification de l'expérience corporelle qui s'opère sous l'effet de l'accumulation de l'expérience, de l'acquisition de connaissances, de techniques corporelles et de compétences interprétatives. Rappelons-nous l'étude d'Howard Becker sur l'apprentissage des effets de la consommation de cannabis (Becker, 1985 : 70-75).

hypothèse devrait être vérifiée). Celle-ci est acquise en d'autres moments et par d'autres moyens (marketing pharmaceutique, éducation sexuelle, campagne de prévention, presse magazine, etc.) Ce qui est sûr c'est que, avant même d'en faire l'expérience eux-mêmes, les individus ont une idée plus ou moins précise des signes corporels identifiés à des symptômes de trouble sexuel. Par ailleurs, ils ont une idée précise de ce que doit être le fonctionnement physiologique sexuel normal, qui, lui, a fait l'objet d'un apprentissage ou d'une éducation, à la fois familiale, scolaire, etc. Cette connaissance du fonctionnement normal est, si l'on peut dire, à la fois théorique et pratique. Théorique parce que les femmes et les hommes ont appris un certain nombre de choses sur le fonctionnement physiologique de leur corps, mais aussi pratique, parce que, jusqu'à ce que les difficultés apparaissent, hommes et femmes disent avoir fait l'expérience de ce fonctionnement sexuel normal. Chacun d'eux a éprouvé l'exercice de la sexualité dans son corps et peut juger du décalage par rapport aux expériences antérieures.

Les signes corporels ici évoqués, qui vont être lus comme des symptômes de troubles sexuels, bien que n'appartenant pas à la catégorie de ceux, très courants et communs, que l'on « apprivoise » dès le plus jeune âge, notamment dans la sphère familiale, ne sont donc pas non plus de ceux à propos desquels il n'y a pas ou peu de discours sociaux et de représentations. Ils peuvent donc être attachés directement à une pathologie bien précise. Il en est ainsi de Caroline (1), qui n'ayant plus de sensations physiques, se demande directement si elle n'est pas « frigide » ou de Joseph (14), dont nous n'avons pas présenté le cas, mais qui au moment où il rencontre ses premières difficultés d'érection dit croire à son « impuissance » : « je me suis cru impuissant », déclare-t-il ainsi. Ces deux exemples montrent que les personnes ont en tête un « tableau de correspondance », certes sommaire, dans lequel tel signe corporel est le symptôme de tel trouble sexuel précis¹. Ici l'absence de sensation est reliée à la frigidité, tandis que l'absence d'érection est reliée à l'impuissance.

Le destin des signes corporels peut par ailleurs varier et s'ils peuvent être lus comme des symptômes lors de leur première apparition et motiver une démarche thérapeutique immédiate (comme par exemple dans les cas de Jean-Claude (8) et de Louis (13)), le cas de Gérard (21) montre *a contrario* que l'expérience réitérée au cours

¹ Ce « tableau », s'il n'est pas sans rapport avec les taxinomies savantes, n'est bien sûr pas aussi détaillé et précis. Ce que l'on remarque avec nos deux exemples, c'est que les catégories employées par nos interlocuteurs (frigidité et impuissance) sont des catégories « dépassées » du point de vue savant et scientifique.

de la vie d'un même signe corporel, peut conduire à ce que celui-ci ne soit plus lu comme un symptôme mais comme une manifestation normale.

3.1.3.2. Confirmation sociale du signe corporel

Comme le rappellent les travaux anthropologiques sur l'autodiagnostic¹, l'identification-construction des signes corporels en problèmes fait très souvent, avant la consultation auprès d'un thérapeute professionnel, l'objet d'une validation sociale par les proches, qui vont confirmer ou infirmer l'hypothèse qui leur est soumise par la personne touchée. Cette légitimation sociale est importante pour la « transformation » du signe corporel en symptôme potentiel². Elle permet une objectivation de l'expérience subjective, étape décisive dans la reconnaissance par autrui de sa maladie puisqu'en un sens on est jamais malade « tout seul », mais seulement si on est reconnu comme tel par les autres membres de sa société.

Considérant cette question à propos des différents cas que nous avons explorés, il faut d'abord rappeler, même si cela relève de la tautologie, que les signes corporels sur lesquels s'appuie ici l'identification-construction du problème sont tous apparus lors de rapports sexuels, en présence du partenaire sexuel, qui est le plus souvent le conjoint. Pourtant, les récits sont relativement muets sur le rôle de ce dernier au moment du diagnostic. Même si nos interlocuteurs(-trices) donnent des éléments relatifs au contexte relationnel dans lequel les difficultés sont survenues, leurs discours sont centrés sur l'expérience du signe corporel, qui y est présenté comme le symptôme évident du trouble sexuel. Il semble toutefois que, dans la plupart des cas, la nature des difficultés (comme les douleurs pour Abigail – 12) ou la répétition et/ou la permanence des signes corporels soient autant d'éléments qui permettent à ce que la potentielle existence d'un problème, qui est l'hypothèse portée par celui ou celle qui est touché(e), soit confirmée par le conjoint.

Dans deux situations, en revanche, l'interprétation du signe corporel comme un symptôme de trouble sexuel n'est pas totalement validée. Il s'agit des situations de Jean-Claude (8) et de Louis (13), les deux hommes dont le recours à la sexologie nous avait nous-mêmes laissé perplexe (*cf. supra*).

Le récit que Jean-Claude (8) avait produit au début de l'entretien en réponse à nos questions sur les circonstances et les causes de son recours était centré sur les

¹ Hay, 2008 ; Fainzang, 2011.

² Hay, 2008 : 222.

événements ayant affecté son corps et sur son expérience de la « panne » (*cf. supra*) même s'il avait quand même donné des éléments sur son histoire conjugale. A ce stade, en tout cas, il n'avait pas dit spontanément ce que sa compagne avait pensé de la situation. Interrogé sur ce point, on apprend alors que celle-ci ne considère pas que le signe corporel mérite plus d'attention que cela et qu'il n'y a pas lieu de faire une démarche particulière. Qu'en est-il exactement ? En fait, Louis et sa compagne viennent de se remettre ensemble, après que lui ait décidé de se séparer un an auparavant pour vivre une autre histoire, avec une autre femme. Cette relation terminée, ils se remettent en couple, et la « panne » survient peu de temps après qu'ils se soient retrouvés. C'est ce contexte relationnel et affectif que la compagne de Jean-Claude va rappeler pour expliquer la « panne » de son partenaire. Elle propose donc une autre interprétation étiologique (de nature psychologique) sur la foi de laquelle elle va *normaliser* l'incident. Déniant accorder une certaine importance au signe corporel, elle en limite la portée en le circonscrivant au contexte récent marqué par les hésitations affectives et sexuelles de Jean-Claude. En creux, sa proposition étiologique suggère une autre théorie du mécanisme de l'érection dans lequel celle-ci est perméable à l'environnement émotionnel.

Louis (13) ne dit pas quelle avait été la réaction de sa femme lors de la première « panne » qu'il avait rencontrée mais nous savons toutefois que celle-ci avait été au courant de la consultation qui avait suivi. Concernant la deuxième « panne », qui survient quatre ans plus tard, Louis nous dit juste que sa femme n'a pas particulièrement réagi. Ainsi, dans un sens, pour elle, le signe corporel n'est pas spécialement pertinent car s'il avait revêtu une quelconque gravité, elle l'aurait signifié. Ils n'ont, en fait, jamais reparlé de ce qui s'était passé. En effet, ce qui intéresse, c'est que Louis ne dit pas à sa femme qu'il va consulter pour cette dernière « panne ». Ainsi, tout se passe comme si, en gardant secrète sa démarche thérapeutique, il anticipait la réaction de sa femme qui aurait certainement nié le caractère symptomatique du signe corporel et aurait peut-être considéré comme inutile la consultation. Bien qu'il justifie ce silence en mettant en avant ce qu'il nomme une « pudeur masculine » et que cet argument soit également important, il nous semble que le secret qui entoure son recours est aussi le signe que lui-même n'est pas totalement convaincu du fait que cette « panne » mérite d'être transformée en symptôme et par la même en trouble sexuel.

La réaction de la compagne de Jean-Claude (8), le silence de Louis (13) et notre propre réaction vis-à-vis des deux situations sont autant d'indices qui montrent

l'existence d'un seuil « social » de gravité en deçà duquel la légitimation sociale de l'identification-construction d'un signe corporel (en l'occurrence une difficulté d'érection) en symptôme est difficile. Dans les deux situations, cela a pour conséquence que les recours sont, en quelque sorte, socialement frappés d'illégitimité voire d'irrationalité. C'est peut-être ce qui explique justement que, dans leurs récits, l'identification-construction du problème apparaît comme le résultat de la mise en relation de la « panne » avec d'autres événements médicaux et qu'une sorte de « raisonnement médical » soit mis en avant, comme pour rationaliser (et donc justifier) ce qui, sous d'autres abords, peut apparaître comme un jugement inadéquat.

3.2. L'identification du trouble sans signe corporel

Pour une partie de nos interlocuteurs (-trices) nous avons vu que l'autodiagnostic s'appuie au départ sur des signes corporels. C'est l'apparition de ces signes qui déclenche l'inquiétude, la réflexion, la mise en problème. Les signes corporels sont si importants dans ces cas là que nos interlocuteurs établissent un rapport d'identité entre ceux-ci et le problème identifié, de telle sorte que les personnes renvoient à ces signes pour justifier la présence du trouble. Il est des situations toutefois où les personnes interrogées identifient un problème sans référence à une quelconque manifestation corporelle. C'est à ces situations que nous aimerions nous intéresser maintenant. Comment sont identifiés les problèmes quand il n'y a pas de signes corporels susceptibles de servir d'appui à leur identification ? S'il n'y a pas de signes corporels, sur quels types de signes ou sur quels éléments repose le diagnostic ? Quels types de problèmes sont identifiés dans ces situations ?

3.2.1. L'identification des défaillances du désir en situation conjugale

3.2.1.1. Audrey : un diagnostic validé et confirmé par le conjoint

Audrey (18) a 27 ans et est assistante de gestion dans l'entreprise agricole de ses parents. Alors que nous lui demandons dans quelles circonstances elle a été amenée à consulter, elle explique :

« Depuis que je suis avec Jérôme, on a des soucis... enfin les soucis viennent plutôt de moi, c'est-à-dire que je n'éprouve pas de désir. »

En ce début d'entretien, Audrey présente le diagnostic tel qu'il est établi. Si, en tout premier lieu, elle évoque des soucis avec son mari, elle se reprend très vite, pour dire que cette situation conjugale est due à son *état personnel*. Essayant d'en savoir plus sur l'élaboration de ce diagnostic, nous poursuivons la conversation :

[Il était clairement identifié au début que les problèmes venaient de vous ?]

« [ton agacé] Oui, non mais ça j'en suis consciente en plus et je ne le nie pas du tout... »

Notre question est mal comprise et alors que nous cherchons à savoir si d'autres hypothèses avaient été émises, Audrey semble penser que nous l'accusons de nier ses responsabilités dans la situation. C'est pour cela qu'elle souligne le fait qu'elle a tout à fait conscience que les problèmes viennent d'elle. Il y a un *hiatus* entre nous dans la mesure où ce qui est évident pour elle ne l'est pas pour nous. Nous essayons d'être plus explicite :

[Mais comment vous... parce que ce n'est pas une évidence...?]

« Parce qu'au bout d'un certain temps quand je lui dis "non pas ce soir" et euh... je culpabilise à mort après et je me sens mal dans ma peau donc après il y a un moment où je me suis dit bon... faut que je fasse quelque chose... »

[C'est-à-dire que quand il désire avoir des rapports c'est souvent vous qui refusez..?]

« Voilà... en gros c'est ça... »

[Et vous ne faisiez jamais la démarche d'en avoir...?]

« Très rarement mais ça m'arrivait quand même, heureusement... mais c'est vrai souvent c'était ça, c'était des "non", des "pas ce soir"... »

Pour justifier le fait qu'elle « a » un problème de désir, elle décrit une situation récurrente de sa vie conjugale au cours de laquelle elle oppose un refus aux avances sexuelles de son mari. En considérant l'acte de refus, elle insiste sur le fait que c'est bien elle le sujet de l'action, qui, en disant « non » ou « pas ce soir », empêche que les rapports sexuels aient lieu. Il est entendu entre elle et son mari, d'ailleurs, que cette attitude n'est pas normale :

[Et lui ça lui a posé problème ?]

« Non, il est vachement compréhensif et on en parlait chaque fois qu'il y avait un refus et euh... Et puis bon, il me le disait, je ne sais pas quoi faire, chaque fois tu me repousses. Et puis c'est au bout d'un moment où lui il commençait à être vraiment mal l'aise où il osait même plus me le dire, parce que je sentais qu'il en avait envie mais qu'il ne le disait même plus que je me suis dit : bon ben faut que tu bouges ma fille, parce que... »

Si son mari est compréhensif, ce n'est pas vis-à-vis de la situation, mais vis-à-vis du problème de sa femme. Ce sont donc bien les refus d'Audrey qui sont problématiques, ils sont présentés comme la manifestation évidente du problème et sont le signe des dérèglements de son désir. Une norme implicite de réciprocité et de simultanéité des désirs est partagée par les deux conjoints et la situation normale voudrait donc qu'elle ne refuse pas les avances de son mari. L'identification-construction du problème s'appuie sur les refus qu'Audrey oppose à son mari. Et la question est bien de savoir pourquoi elle n'en a pas envie quand lui en a envie. Le problème, qui se manifeste concrètement dans les refus, provoque aussi une souffrance morale, qui est également le signe de son existence :

« C'est vrai que quand ça commençait à s'espacer un peu plus [*les relations sexuelles*], ça commence à faire mal, on prend sur soi, et puis au bout d'un moment je me suis dit il y a un souci. »

Cette souffrance est réactualisée lors de chaque discussion conjugale sur le sujet et ressurgit lors de l'entretien, à l'évocation de ses difficultés :

« On ne s'est jamais pris la tête à s'engueuler comme du poisson pourri mais on en a discuté longuement, parce qu'à chaque fois que je culpabilisais, ça finissait comme ça [*en pleurant*]. »

Bien qu'Audrey rende compte des discussions conjugales auxquels les refus donnent lieu et rapporte les propos de son mari concernant la situation, en insistant sur la compréhension dont il fait preuve et sur le caractère non-conflictuel des discussions, elle minimise le rôle de ce dernier. Audrey, au contraire, insiste sur ses propres questionnements, sur sa tendance à l'introspection et sur le sentiment de culpabilité qui l'envahit lorsqu'elle songe à la situation. C'est avant tout elle qui identifie l'existence, chez elle, d'un problème. Elle semble « s'imposer » le diagnostic. Avant même qu'ils en parlent, elle s'est déjà formulée à elle-même le problème, même si celui-ci est ensuite validé par son mari.

Toute l'ambiguïté de la situation repose toutefois sur le fait que l'identification-construction du problème qui débouche sur un diagnostic en termes de « perte de désir » s'appuie sur ses refus, et sur le lien qu'elle semble donc établir entre le désir personnel et la simultanéité des désirs personnels dans un couple. Notre échange va d'ailleurs mettre en lumière la tension entre ces deux pôles. Ainsi, entérinant son diagnostic en termes de perte de désir, nous l'interrogeons sur le moment où se serait formée l'idée qu'elle serait « atteinte » d'un tel problème :

[Mais à partir de quel moment cela vous est apparu clairement...?]

« Ben je crois que c'est depuis le début... »

[Depuis le début de votre relation ?]

« Oui, je crois que depuis le début je sais qu'on n'a pas le même rythme déjà... on va le dire comme ça... c'est-à-dire que lui il éprouvait vachement plus de... d'envie... que moi déjà... je savais déjà qu'on avait pas du tout le même rythme... »

Alors que nous attendions de la question qu'elle suscite une réponse centrée sur elle, elle pointe les différences en termes d'attentes sexuelles entre elle et son mari, différences qu'elle a identifiées depuis longtemps, et l'inadéquation entre leurs niveaux de désir. Alors que nous l'interrogeons sur le moment où se serait formée l'idée qu'elle serait confrontée à un problème de désir, elle répond en donnant des éléments concernant les attributs de chacun des intervenants dans la relation.

Nous l'interrogeons ensuite sur la norme de fréquence des rapports sexuels :

[Et finalement ça pourrait être normal d'avoir un rapport sexuel tous les mois ou tous les deux mois. Qu'est-ce qui vous fait dire qu'il faudrait que cela soit plus fréquent ?]

« Les hommes sont pas fichus pareil que les femmes [*rires*]. »

[C'est ce que vous vous dites ?]

« Ouais... j'en suis sûr, ça marche plus facilement chez les hommes que chez les femmes, j'en suis persuadée, je ne sais pas, je n'ai jamais été un homme. Mais c'est vrai que si je lui tombe que ça va être qu'une fois tous les mois ou tous les deux mois, il ne va pas être très content. »

[Mais ça il vous le dit... quelle est sa réaction..?]

« Non, il ne me dit rien, il ne dirait rien, il s'y ferait mais je sais qu'au fond de lui... »

[Il aurait envie que cela soit plus fréquent...]

« oui, je le sais... »

[Mais votre désir personnel, ça serait quoi...?]

« Ben ça serait une fois par mois à peu près. J'ai plus besoin de... comme me le dit madame X. [*la sexologue*] j'ai plus besoin de relations humaines que sexuelles. »

Revenant, à l'occasion de cette question, sur la différence entre les attentes de son mari et les siennes, elle fonde en nature les attentes sexuelles de son mari en opérant une « montée en généralité ». Il ne s'agit plus en effet de parler de celles-ci comme étant celles de son mari, individu singulier, mais de celles de son mari, en tant qu'il appartient à la classe des hommes. Tant et si bien qu'il n'est pas nécessaire que celui-ci exprime sa position sur le sujet, elle « sait » qu'« au fond de lui » son désir est plus important que le sien.

Le récit d'Audrey, qui avait commencé par l'affirmation d'une absence de désir, tend en fait à fondre dans une même interrogation la question de son désir et celle de la

nécessité que celui-ci se manifeste en même temps que celui de son mari. Sur ce point, notre dernière question qui vise à interroger Audrey sur un niveau de désir personnel « théorique » s'avère *a posteriori* très peu pertinente ici puisqu'elle ne s'exprime en fait jamais sur un désir autonome vis-à-vis de sa situation conjugale. C'est d'ailleurs toute l'ambiguïté de l'échange entre nous, puisqu'il faut admettre que nous y proposons implicitement une conception « décontextualisée » du désir, alors qu'elle, au contraire, ne positionne « son » désir que par rapport à celui de son mari. Ainsi, au travers de ce que nous dit Audrey se dessine une représentation du désir dans laquelle celui-ci est tout autant une « envie » personnelle que la capacité à « répondre » au désir de l'autre de telle sorte qu'il lui est très douloureux d'envisager une disjonction entre les deux :

« (...) Quand j'en éprouve le désir et que J. n'est pas avec moi, ça me fait culpabiliser. (...) Parce que je me dis : quand tu es avec lui tu n'en as pas envie et quand tu es toute seule tu en as envie. ».

Et son interrogation porte, non pas sur son « désir » en tant que tel mais sur son « désir pour lui » (son mari, être singulier) :

« C'est vrai que parfois je me pose la question : est-ce que si j'avais été avec un autre, j'aurais eu les mêmes problèmes sexuels. »

Cette intrication de son désir dans la relation conjugale est tout à fait déterminante lorsqu'elle répond à nos interrogations sur les répercussions personnelles du problème et sur ses motivations à consulter :

[Et est-ce que finalement vous allez consulter par ce que cette baisse de désir elle est problématique pour vous ou parce qu'elle est problématique pour votre mari...?]

« Non elle est problématique pour moi, mais c'est vrai qu'en étant problématique pour moi et comme je suis de nature à me poser beaucoup de questions et que je n'aime pas rendre les gens malheureux, moi je culpabilise violemment et puis et... je n'ai pas envie qu'il soit malheureux, donc je veux que cela change. »

Bien que le problème soit constitué et qu'il est entendu qu'Audrey rencontre des problèmes de désir, elle ne propose aucune étiologie :

[Quelles explications vous donnez à cela ?]

« Je n'en sais rien, je ne sais pas du tout. »

[Vous ne vous êtes pas interrogée ?]

« Je n'ai surtout jamais trouvé de réponse, parce que l'interrogation je me la suis souvent posée mais la réponse... »

Toutefois, bien que cela n'apparaisse pas dans cet extrait, on comprend, au cours de l'entretien, qu'elle et son mari, lorsqu'ils en parlent, s'interrogent sur des causes psychologiques dont la source serait à rechercher dans l'histoire personnelle d'Audrey.

L'identification-construction du problème, à défaut d'en établir des causes, l'attache à une « nature » psychologique, ce qui oriente l'exploration étiologique. Son mari fait d'ailleurs le lien, entre les problèmes actuels et une période de la vie d'Audrey où elle a eu des déceptions affectives et amicales avec des amies, camarades de lycée. Selon elle, ces événements l'avaient conduit à faire une « dépression » mais celle-ci n'avait pas donné lieu à une prise en charge particulière.

3.2.1.2. Le diagnostic de Guillaume, le problème de Stéphanie

Nous avons interrogé ensemble Guillaume (9), 35 ans et technicien dans une petite entreprise industrielle et Stéphanie (10), 33 ans, sage-femme dans une clinique. De manière tout à fait significative, c'est lui qui, chez le sexologue, avait rempli le questionnaire pour participer à l'enquête et lui qui, dans le petit cadre intitulé « Motif de la consultation », avait écrit : « Perte de libido de l'épouse ». Cette déclaration est d'ailleurs confirmée par Stéphanie au tout début de l'entretien :

« Le problème principal vient surtout de moi, depuis à peu près deux ans il y a une baisse énorme de ma libido, ce qui fait que j'ai beaucoup moins envie de rapports sexuels avec Guillaume (...) »

Ce qui est frappant c'est que l'expression utilisée pour désigner le problème est quasi-identique à celle utilisée par son mari sur le questionnaire. L'expression du diagnostic montre qu'il y a un accord sur celui-ci mais aussi que l'identification-construction du trouble est un processus conjugal. Comment celui-ci a-t-il été formé ? Au fil de l'échange, Stéphanie et Guillaume vont préciser les évolutions qui les ont conduit à conclure que Stéphanie avait un problème de désir. Evidemment, comme nous les interrogeons ensemble, la discussion est l'occasion pour le couple de réaffirmer sa cohésion et sa bonne entente. C'est à la suite d'un détour sur la qualité de leur entente que la question de la sexualité ressurgit :

[De ce que je comprends, vous vous entendez bien.]

Elle : « Oui, voilà, à côté tout va bien, il y a juste ce point précis [*la sexualité*]... »

Lui : « C'est même pas que l'on ne s'entende pas sur ça [*la sexualité*]. Le problème c'est : manque de libido chez toi. C'est pas le problème que je veux des trucs qu'elle ne veut pas, c'est plus : on va passer quinze jours et ça ne va pas lui venir à l'idée de s'avancer vers moi de ce côté là et moi ça serait plutôt à lui demander, pas tous les jours, mais une fois par semaine (...) Après pour le reste que ce soit l'un ou l'autre qui propose quelque chose, on est à peu près tout le temps d'accord. »

La sexualité est donc le seul domaine dans lequel ils rencontrent des problèmes. Pour le reste il n'y a pas de désaccords majeurs entre eux. Ce qui est intéressant c'est que Guillaume reprend Stéphanie pour expliciter la nature des difficultés qu'il rencontre dans le domaine sexuel. Il tient à préciser qu'ils ne sont pas sexuellement en désaccord, c'est-à-dire que ce n'est pas le répertoire sexuel qui pose problème mais bien parce que Stéphanie n'a pas assez de désir. Il va d'ailleurs décrire comment, selon lui, cette baisse ou cette absence de désir se manifeste : elle ne prend plus l'initiative en matière sexuelle. C'est à lui de solliciter les rapports sexuels. Il note d'ailleurs que la sexualité est le seul « domaine » où l'initiative n'est plus également répartie (« pour le reste que ce soit l'un ou l'autre... »). Cette situation est selon lui différente de celle qu'ils ont connue auparavant, pendant l'année où ils ont vécu leur relation à distance et pendant leur première année de cohabitation :

Lui : « L'année en pointillé, c'était très bien, l'année suivante c'était normal et puis après voilà ça a baissé. »

[Qu'est-ce que vous appelé normal ?]

Lui : « Je n'étais pas plus demandeur qu'elle et on le faisait, bon, on ne peut pas donner de fréquence mais une fois par semaine, des fois deux. »

Elle : « Des fois un peu plus espacé mais bon, je n'avais pas de difficultés à aller vers lui, je n'avais pas de difficultés à accepter qu'il me caresse, qu'il m'embrasse, etc. »

Alors que l'initiative des rapports sexuels était également partagée pendant les deux premières années de leur vie conjugale, cet équilibre s'est progressivement rompu. Or pour lui, cette égalité c'est la norme. Ce qui a changé, c'est qu'elle ne le sollicite plus. Pour elle, le changement est double, puisque ce n'est pas seulement qu'elle ne va plus vers lui mais aussi qu'elle refuse ses sollicitations. On constate ici que pour lui le désir c'est un mouvement vers l'autre alors que pour elle, c'est un mouvement vers l'autre mais aussi l'acceptation des demandes de l'autre. Est-ce que ce déplacement qui nous fait passer de la question de l'initiative du rapport à celle de l'acceptation du rapport ne doit pas nous laisser penser que ce qui était perçu comme un équilibre entre des initiatives individuelles était plutôt une complémentarité entre une demande masculine et une acceptation féminine de cette demande ?

La suite de l'entretien nous permet de mieux comprendre le rôle de chaque conjoint dans l'établissement du diagnostic :

[Dans ces conditions, à quel moment, vous avez formulé cela comme un problème, comme une difficulté? [à lui :] c'est plutôt vous?]

Lui & Elle : « non les deux... »

Lui : « Quand je lui posais la question, sans lui faire de reproche, tu me disais que c'était le mauvais point du couple. Elle le prenait comme un problème, pas comme : ce n'est pas grave on le laisse de côté parce que tout le reste marche. »

[à elle : Donc vous, vous aviez à la fois pas tellement envie mais vous y pensiez quand même ?]

Elle : « Oui, mais comment faire pour ne pas y penser quand on passe une année quasiment l'un à côté de l'autre et qu'on doit avoir quatre ou cinq rapports dans l'année et pas par mois... comment ne pas se dire qu'il y a un problème entre nous, qu'il y a quelque chose qui ne va pas, surtout si on se représente les deux années précédentes, où ça allait très bien et où il n'y avait aucun souci de ce côté là... »

Même si Stéphanie dit avoir bien eu conscience que quelque chose allait mal, le rôle de Guillaume est central puisque c'est lui qui questionne sa femme sur la situation et qui met en mot le problème. C'est d'ailleurs lui qui est à l'initiative pour faire évoluer la situation :

[Et vous comment vous avez vécu la situation ? qu'est-ce que vous vous êtes dit ?]

« Je me suis dit au début que ça reviendrait parce qu'il y a des moments où on a plus ou moins envie et puis au bout d'un moment qu'il fallait avancer, faire quelque chose, changer quelque chose... donc c'est pour ça... toutes les demandes viennent de moi : la liste, les livres... et après qu'est-ce que je me suis dit ? Que ça ne marchait pas qu'il fallait trouver quelque chose... je lui ai posé la question qu'est-ce que je ne faisais pas bien ? Qu'est-ce qu'elle attendait ? Mais je n'avais pas tout le temps la réponse... »

Moteur du questionnement conjugal sur la baisse de fréquence de leurs rapports sexuels, Guillaume la questionne aussi sur son propre comportement. Mais en agissant ainsi, il ne fait que renforcer l'idée que le problème vient d'elle, puisqu'elle est incapable de lui reprocher quelque chose sur ce point. C'est sur cette base, on l'a vu, qu'ils vont consulter.

3.2.1.3. Conflit et imposition du diagnostic: Christine

Dans la situation d'Audrey (18) et dans celle de Stéphanie (10) et Guillaume (9), le diagnostic est à la fois le résultat d'une réflexion personnelle de la personne touchée et de celle du conjoint. Il est des situations toutefois où le diagnostic du problème sexuel semble réellement imposé par le conjoint. C'est le cas dans la situation de Christine (7), une informaticienne de 37 ans :

« En fait c'est depuis la naissance de mon deuxième enfant, ça allait très mal entre nous et euh... moi je ne m'en étais pas rendu compte euh... pourquoi ça allait pas... enfin je m'étais rendu compte que ça allait mal mais euh... j'en avais pas compris la source en fait et pis... »

jusqu'au jour où mon mari en fait m'a dit que euh... c'est vrai qu'on avait... enfin nos rapports sexuels s'étaient très très étalés quoi enfin... ils étaient presque inexistantes et euh... jusqu'au jour où il a tiré la sonnette d'alarme et euh... il m'a demandé d'aller consulter, que ça pouvait pas ... que ça pouvait pas continuer... lui... enfin lui, il dit que si ça n'allait pas dans notre couple ça venait de là quoi, que tout venait de là en fait, et puis il a tiré une première sonnette d'alarme en décembre et au début bon euh... je ne l'ai pas pris vraiment... enfin je l'ai pas pris vraiment au sérieux, ça c'est arrangé entre nous, donc je pensais que cela suffisait tout ça et puis en fait de nouveau il a Enfin il a retiré une sonnette d'alarme en disant que ça n'allait pas tout ça et là j'en ai pris conscience et à ce moment là j'ai pris rendez-vous (...)

Alors que le couple traverse une période difficile, qui est marquée par un très fort degré de conflictualité, Christine perçoit que quelque chose ne va pas, mais pour elle, les difficultés sont des difficultés conjugales et relationnelles. Pour son mari, il y a bien, en effet, un conflit conjugal, mais, selon lui, celui-ci trouve racine dans des difficultés sexuelles, et plus exactement chez Christine, qui a selon lui des problèmes de désir :

« Je ne pensais pas que cela venait de là [*de la sexualité*] quoi, moi je pensais que ça c'était la conséquence de notre vie de tous les jours enfin et lui m'a certifié que cela venait de là et je m'en rappelle en décembre, il m'avait même dit que si là ça s'arrangeait, après dans la vie de tous les jours ça s'arrangerait aussi. »

On le constate, la définition de la situation est totalement différente entre les deux conjoints. Si Christine se focalise sur la dimension conjugale, son mari lui se focalise sur la dimension sexuelle. Alors que pour l'une les difficultés sexuelles sont la conséquence des difficultés conjugales, pour l'autre c'est l'inverse. Christine va finir par accepter le diagnostic qui est (im)posé par son mari et ce qui est intéressant c'est qu'elle note sur le questionnaire de recrutement qu'elle consulte pour une « Perte de désir sexuel après une maternité ».

Sur quels éléments s'appuie son mari pour faire ce diagnostic ? C'est moins, comme dans la situation d'Audrey, les refus de sa femme face à ses sollicitations que le mari de Christine pointe, que l'absence de demande explicite de sa part :

« En fait lui il me reproche de toujours avoir été passive... enfin d'attendre que euh... enfin ce qui est vrai aussi, j'attendais toujours qu'il vienne, moi je n'allais jamais vers lui. »

Ces reproches surprennent Christine, puisque selon elle, l'initiative sexuelle est toujours venue de lui et que jusque là, le couple semblait trouver un équilibre dans ce mode de fonctionnement:

« Il me reproche d'être toujours trop passive et que c'était toujours lui qui venait quoi... pourtant quand lui venait ça se passait bien et moi ça m'a toujours convenu,... et lui non visiblement. »

C'est bien une lassitude vis-à-vis de ce mode de fonctionnement que le mari de Christine met en avant :

« (...) il en avait marre, il dit qu'il en a marre que c'est toujours lui qui vient vers moi, voilà, parce qu'il m'a reproché de pas avoir de désir sexuel pour lui... parce que lui il pense que du moment que je ne vais pas vers lui c'est que j'ai jamais envie de faire l'amour, c'est que je n'ai pas de désir sexuel pour lui. »

[Ce que vous n'analysiez pas du tout comme ça ?]

« Non en fait pas du tout, alors peut-être qu'après j'ai réalisé que c'était vrai, que je n'avais pas de désir sexuel et que c'est à cause de ça que j'ai pris rendez-vous en espérant avoir plus de désir (...) »

« Alertée » par les reproches de son mari, Christine réexamine la situation et finit par admettre que cette absence de demande de sa part correspond bien à une absence de désir. A la différence des situations d'Audrey et de Stéphanie, dans lesquelles le diagnostic est une co-construction conjugale, pour Christine, l'annonce du diagnostic par son mari est une « découverte », et, compte tenu du climat conflictuel qui règne dans son couple et qui constitue sa préoccupation principale, elle ne l'avait pas du tout anticipé :

« Déjà, j'ai eu du mal à le réaliser, à réaliser que c'était possible que ça venait de là, tout ça, peut-être même que je l'ai réalisé trop tard (...) »

Elle accepte finalement le diagnostic imposé par son mari. A ce stade toutefois, elle ne formule pas d'hypothèse étiologique.

3.2.1.4. Un couple d'hommes : Mickaël et Stéphane

Il nous est apparu que traiter de manière autonome la situation de Mickaël (24), 31 ans, et de Stéphane (25), 39 ans, parce qu'ils formaient un couple homosexuel, ne se justifiait pas dans la mesure où l'identification-construction du « problème » qui les amène à consulter procédait de manière similaire. Cadres commerciaux tous les deux, ils ont choisi de faire l'entretien séparément.

Interrogés à quelques jours d'intervalles, ils s'accordent tous les deux pour dater de manière très précise le début des difficultés sexuelles de leur couple. En fait, selon eux, ces difficultés ont commencé un an avant notre rencontre, après qu'ils aient appris la séropositivité de Stéphane. Leurs deux récits sont construits à partir de cet événement et c'est à l'aune de la nouvelle condition de Stéphane qu'ils lisent les difficultés qui

surviennent. Ainsi Stéphane note-t-il, sur notre questionnaire de recrutement, qu'il consulte pour des « difficultés suite à une séropositivité ». Mickaël déclare quant à lui :

« Suite à ça [*la découverte de la séropositivité*] et à tout ce que cela a impliqué, bon c'est vrai que nos relations intimes ont été pas mal altérées, en fait il y a eu vraiment une baisse de sa libido [*celle de Stéphane*]. »

Bien que ces premiers éléments laissent apparaître un accord entre leurs deux discours, l'analyse plus détaillée des deux entretiens permet de noter les différences dans la manière dont chacun des deux conjoints analyse la situation.

Stéphane fait l'expérience de changements dans son appréhension de la sexualité et identifie-construit ce qui arrive comme un problème touchant son désir. Dans l'entretien, il oppose d'ailleurs sa vie sexuelle antérieure avec sa condition actuelle :

« C'est vrai que je suis passé, pas d'une sexualité débridée, mais pas loin, à rien. »

Toutefois, il ne semble pas que cette évolution soit entièrement envisagée sous un angle problématique et, de fait, selon le point de vue qu'il adopte, il tend soit à simplement noter les évolutions, soit au contraire à en faire un problème. Il peut ainsi déclarer :

« Le pire c'est que ce rien ne me pose aucun problème. »
[C'est-à-dire qu'en fait ça ne vous pose pas de problème de ne pas avoir de sexualité.]
« Non aucun... Enfin si, parce que cela en pose à mon couple donc cela m'en pose. »

D'un certain point de vue donc et à la différence d'Audrey (18) par exemple dont le discours hésitait à toujours distinguer clairement si le problème concernait un désir personnel, un désir pour son conjoint ou l'adéquation des désirs de chacun à l'intérieur du couple, Stéphane isole clairement un problème qui porte sur un désir personnel (conçu comme une « envie » indépendante de tout contexte spécifique). Il dit d'ailleurs à Mickaël :

« Je lui ai dit que ce n'était pas pour lui en particulier que je n'éprouvais plus rien, mais que c'est pour tout le monde, je peux croiser le plus beau mec dans la rue ça ne me fait rien, ça ne me fait absolument pas frémir. »

De ce point de vue donc, il rend compte des changements qui ont eu lieu. Mais, comme le montre l'extrait d'entretien que nous avons cité avant celui-ci, la problématisation porte moins sur le niveau de ce désir personnel que sur les conséquences conjugales de cette baisse de désir. En effet, le discours de Stéphane est

ambigu et s'il semble bien considérer à certains moments que l'évolution de son « niveau » de désir est « anormale », à d'autres moments il laisse entendre parfois que c'est simplement la place qu'il accorde à la sexualité qui a changé, ce changement de perspective sur le sexe ne lui posant pas de problème :

« Mon état d'esprit a changé, et aujourd'hui, je n'ai pas besoin d'une sexualité aussi régulière. »

On comprend d'ailleurs que c'est dans l'interaction qu'est en partie identifié-construit le caractère problématique de cette baisse de désir et, dans l'entretien, il va surtout insister sur les réactions de Mickaël face à la situation :

« Il se trouve que Mickaël est quelqu'un d'extrêmement demandeur, (...) il l'a super mal vécu parce qu'il pensait que je ne le désirais plus, ce qui n'était absolument pas le cas. »

Stéphane refusant souvent les avances de Mickaël, le couple entre dans une séquence de forte tension et les disputes se multiplient :

« Ça a posé de gros problèmes entre nous, ça aurait pu aller jusqu'à la rupture. »

Le discours de Mickaël est très instructif sur le rôle qu'il a joué dans la problématisation de la situation. Pour lui, l'annonce de la séropositivité de Stéphane a eu des effets évidents sur leur sexualité :

« Il y a vraiment quelque chose qui s'est cassé à ce niveau là. Il met de côté toute notre vie sexuelle. »

C'est lui d'ailleurs qui « tient la comptabilité » de leurs rapports sexuels, et qui alerte Stéphane sur la baisse de fréquence de leur rapport sexuel :

« (...) je me suis rendu compte que lui ne se rendait pas compte que nos rapports sexuels étaient aussi espacés. Et moi c'est sûr que c'est quelque chose qui me touche, donc plusieurs fois, je me suis surpris à lui demander : est-ce que tu sais à quand remonte notre dernier rapport sexuel ? »

Il insiste d'ailleurs pour que le couple aille consulter :

« C'est moi qui l'ai poussé un petit peu, parce que je ne voulais pas que cela traîne trop, et ça avait déjà traîné parce qu'il n'était pas prêt à y aller. »

On comprend ainsi que si Stéphane constate bien que son désir a baissé, le fait que cette baisse soit identifiée à un problème est en partie le fait de Mickaël.

Tous les deux se retrouvent sur l'explication du problème identifié. Tous les deux émettent l'hypothèse que cette baisse de désir est lié, d'une part, au effets secondaires des médicaments antirétroviraux et, d'autre part, au processus psychologique qui fait suite à l'annonce de la séropositivité de Stéphane.

3.2.2. Inadéquation conjugale

Dans les quatre situations présentées jusqu'ici, le processus diagnostique qui se déroule à l'intérieur du couple débouche sur l'identification d'un problème chez l'un des deux membres du couple. Dans d'autres situations, les choses se passent un peu différemment et le diagnostic débouche sur l'identification d'un problème « du couple ». C'est ainsi le cas de Valérie (2), qui a 22 ans et est étudiante quand elle consulte un sexologue avec son compagnon. Dans l'entretien qu'elle fait avec nous, cinq ans plus tard, elle raconte d'abord comment la baisse de la fréquence des rapports sexuels avec son petit ami de l'époque leur a progressivement posé problème :

« (...) On s'est mis à faire l'amour plus qu'une fois par semaine et puis tous les quinze jours et puis une fois par mois et il y a eu un moment de désert et... ça nous faisait de la peine, parce que je me souviens que des fois on en avait parlé et on en pleurait tu vois, quand même. Donc on en discutait et ça nous faisait de la peine. »

Même si son petit ami s'inquiète de la situation quand elle est abordée, selon Valérie, c'est elle qui va, à partir de là, formuler le problème, verbaliser les difficultés, et qui proposera ensuite de consulter un sexologue. Elle précise en effet que son ami de l'époque a beaucoup de mal à parler de ces difficultés et juge, *a posteriori*, qu'il n'était pas très mature. Immaturité qu'elle met en lien avec le fait qu'elle était non seulement sa première compagne, mais aussi sa première partenaire sexuelle. C'est donc essentiellement elle qui est le moteur de l'identification-construction du problème qui va les amener à consulter. À ce moment là, le problème est envisagé comme un problème partagé par les deux membres du couple, et il n'est pas « attribué » à l'un ou l'autre.

3.2.3. Du *self-labeling* et du rôle d'« entrepreneur de morale »

Dans les situations où le problème s'était manifesté par un signe corporel, nous avons vu que c'est l'évidence de ce signe qui était mise en avant pour expliquer la présence du problème. L'identification-construction du problème suivait un modèle assez simple que l'on peut résumer dans la proposition suivante : un individu ressent ou perçoit un signe qu'il interprète comme le symptôme d'un problème dont il serait affecté. Dans le cas où cet individu vit en couple, le conjoint n'intervient que dans un second temps pour valider ou infirmer le diagnostic qui a été énoncé par la personne touchée. Ainsi l'énonciateur du trouble est la personne touchée. C'est « sur » cet

individu (son corps, son psychisme, son histoire) que se focalise la réflexion étiologique.

Dans les situations que nous venons de présenter et où il n'y a pas de signe corporel, l'identification-construction du problème ne suit pas le même modèle. Dans ces situations, l'identification-construction ne peut s'appuyer sur l'« évidence » d'un signe corporel mais sur des comportements, des attitudes et des interactions. D'une certaine manière, dans le premier modèle, c'était le corps qui, par la manifestation du signe corporel, se trouvait par là même objectivé comme le lieu de l'observation. Ici, c'est la relation qui est « observée » parce qu'elle est la matrice dans laquelle les signes évocateurs de l'existence d'un problème vont se manifester. Refus, absence d'avances sexuelles, baisse de fréquence ou irrégularité des rapports sexuels sont autant d'éléments que les personnes interrogées mentionnent lorsqu'elles décrivent les changements qui ont conduit à l'identification d'un problème. Le diagnostic s'appuie sur la relation en tant qu'elle est l'espace d'interaction entre les deux conjoints dans lequel s'actualisent un certain nombre d'attitudes ou de comportements jugés comme inadéquats et constitués comme autant d'écarts à la norme. L'« observation » ne porte donc plus sur le corps mais sur la relation et on peut reprendre, pour décrire les conditions de l'identification-construction du problème, l'idée de Robert Emerson et Sheldon Messinger, selon laquelle la sensation que quelque chose ne va pas,

« may derive *internally* from the person affected, or *externally*, from the remark of an observant acquaintance »¹.

En effet, dans ces situations, les deux membres du couple sont susceptibles de porter attention aux éléments que nous venons d'évoquer, et chacun d'eux peut être l'énonciateur du diagnostic. Mais, à l'inverse des situations précédentes, celui à qui est attribué le trouble n'est pas forcément celui qui l'énonce. Par ailleurs, le « sujet » affecté par le problème peut même être la relation en elle-même. En somme, trois situations possibles apparaissent : 1) l'énonciateur s'attribue le problème à lui-même ; 2) il l'attribue à son conjoint ; 3) il fait de la relation le « support » du problème.

Les théories de l'étiquetage forgées par la sociologie interactionniste américaine sont particulièrement pertinentes pour, d'une part, décrire la manière dont une personne est désignée comme malade ou déviante à partir d'un certain nombre d'éléments relevant de son attitude ou de son comportement et pour, d'autre part, préciser les rôles des différents acteurs dans cette désignation. Ici, nous avons affaire à deux processus

¹ Emerson & Messinger, 1977 : 122, c'est nous qui soulignons.

d'identification-construction et, pour reprendre une terminologie issue de ces théories, dans certains cas le diagnostic est le résultat d'un auto-étiquetage (*self-labeling*)¹, dans d'autres le diagnostic est le résultat d'une labellisation externe faite par l'un des deux conjoints que nous pouvons désigner alors comme un « entrepreneur de morale »². Evidemment aucun de ces deux processus ne se manifeste de façon totalement « pure »³. Il n'en reste pas moins que distinguer les deux permet de mieux saisir la « micro-politique du trouble »³ et les enjeux qui s'actualisent au moment du diagnostic⁴.

3.2.3.1. Du *self-labeling*

Comme le rappelle Peggy Thoits qui s'est intéressée aux modalités de l'auto-étiquetage dans le cas de la maladie mentale, la possibilité pour les personnes affectées d'identifier-construire elle-même un problème implique en particulier : 1) que la personne qui s'attribue le problème est bien socialisée de telle sorte qu'elle partage le point de vue socialement majoritaire et qu'elle est ainsi capable de reconnaître les violations des attentes normatives ; 2) que cette personne est motivée pour se conformer aux attentes sociales notamment parce que se conformer à ces normes lui permet d'accéder à des gratifications sociales⁵. Parmi les situations présentées, celle d'Audrey (18) est particulièrement proche de cette modélisation. Elle anticipe largement les réactions potentielles de son mari. L'intériorisation d'un certain nombre de règles de comportements se manifeste dans l'entretien où elle explique la souffrance qu'occasionnent ses refus et pendant lequel la douleur morale est si forte que l'évocation même de sa situation la fait tomber en larmes. Le sentiment de culpabilité qui la submerge, auquel elle fait plusieurs fois référence dans l'entretien, est nourri par son adhésion à une certaine idée de la relation conjugale dans laquelle l'échange sexuel est une exigence. Elle n'a pas présenté cette exigence comme une contrainte ou un devoir, mais comme un don fait à l'autre (« je n'aime pas rendre les gens

¹ Thoits, 1985 & Lorber, 1967.

² Becker, 1985.

³ Emerson & Messinger, 1977.

⁴ Il nous faut préciser que l'utilisation des théories interactionnistes de l'étiquetage ne nous fait rompre en rien avec notre postulat de départ qui est de ne pas nous prononcer sur les différentes étiologies possibles qui circulent à propos des troubles sexuels. Il nous semble en effet que certains textes se revendiquant de l'interactionnisme, tendent à laisser penser que les troubles ou les problèmes sont le résultat de l'étiquetage lui-même, et semble supposer, pour le dire vite, que le contrôle social qui s'exerce dans telle ou telle situation crée des troubles qui n'existent pas par ailleurs. Comme le rappelle Howard Becker : « (...) quelle que soit l'importance de l'opération d'étiquetage accomplie par les entrepreneurs de morale, on ne peut absolument pas considérer celui-ci comme l'unique explication de ce que font véritablement les déviants présumés. » (Becker, 1985 : 203).

⁵ Thoits, 1985 : 222.

malheureux »). Le travail d'auto-étiquetage est facilité par ses propres dispositions personnelles à l'introspection et à l'auto-analyse, sur lesquelles, comme cela a déjà été mentionné, elle insiste plusieurs fois en entretien.

Dans les autres situations, le poids de l'auto-étiquetage dans l'identification-construction est difficile à déterminer et par ailleurs, il n'est pas possible au regard de nos données de savoir lequel de l'auto-étiquetage ou de l'étiquetage par autrui précède l'autre. On comprend tout de même que Stéphanie (10) et Stéphane (25) identifient le problème de leur côté, plus ou moins indépendamment de l'alerte donnée par leurs conjoints respectifs. Il semble d'ailleurs bien que cette participation au travail diagnostique facilite leur acceptation du diagnostic posé par leur conjoint.

Christine (16) en revanche, n'identifie pas de problème avant que son mari n'énonce son diagnostic. Ou plutôt, pour être tout à fait exact, elle n'identifie pas de problème sexuel, elle identifie un problème relationnel et conjugal mais qu'elle ne s'attribue pas en propre. Dans un premier temps, elle résiste à l'imposition du diagnostic par son mari, elle l'ignore et ne l'accepte que dans un second temps.

3.2.3.2. Le conjoint comme « entrepreneur de morale »

Les cinq cas qui précèdent mettent tous en lumière le rôle important que joue le conjoint de la personne touchée dans l'identification-construction du problème (ou l'un des deux conjoints dans les cas où c'est la relation qui est le « sujet » concerné par le diagnostic). Nous proposons de nommer « entrepreneur de morale » le membre du couple qui joue ce rôle, en reprenant l'expression forgée par Howard Becker pour désigner à la fois ceux qui sont chargés de définir les normes et ceux qui sont chargés de les appliquer¹. Dans le contexte qui nous occupe, nos entrepreneurs de morale sont du deuxième type. Au sein de la microsociété conjugale, ils sont ceux qui, en énonçant le problème, dénoncent les écarts à la norme et par la même défendent le maintien de celle-ci.

Distinguons, parmi les cinq cas présentés, ceux dans lesquels le processus diagnostique débouche sur l'identification d'un problème attribué à une seule personne, de ceux où le problème est considéré comme un problème inhérent à la relation, et intéressons nous dans un premier temps au premier type de situation. Bien que, dans

¹ Becker, 1985 : 171-188. Comme le rappelle Muriel Darmon (Darmon, 2003 : 120), Elliot Freidson avait proposé dans *La profession médicale* de désigner par cette même expression les médecins eux-mêmes de par leur rôle dans la désignation de la maladie (Freidson, 1984).

toutes ces situations, le conjoint fasse effectivement un travail d'étiquetage, on peut noter des variations entre les situations.

Tout d'abord, ce travail peut-être plus ou moins important. Dans le cas d'Audrey (18) par exemple, son mari joue plus un rôle dans la confirmation du diagnostic ; dans celui de Christine (16) en revanche, son mari est à l'origine du diagnostic et l'impose. Ensuite, le sens que l'étiquetage prend par rapport à la relation est différent. Deux régimes d'étiquetage peuvent ainsi être mis en évidence. Dans la situation de Stéphanie (10), l'étiquetage de Guillaume (9) pourrait être qualifié d'« étiquetage de soutien » dans la mesure où il s'agit pour lui de défendre un idéal conjugal qui est partagé par les deux époux. Dans la situation de Christine, l'étiquetage intervient dans un tout autre contexte relationnel, les rapports entre les deux conjoints ayant pris un tour agonistique. Dans ce climat très tendu, le diagnostic du mari de Christine sonne comme une véritable mise en accusation et on pourrait dire de cet étiquetage qu'il est un « étiquetage coercitif ». L'annonce d'un diagnostic est ainsi toujours un moment de *cristallisation* d'un rapport de pouvoir, quelles que soient par ailleurs la « vraie » nature du trouble et la théorie étiologique sur lequel il repose.

De ce point de vue, et bien que nos données ne nous permettent pas d'approfondir ce point, il est intéressant de noter que, parmi les situations présentées, si l'on écarte celle de Mickaël (24) et Stéphane (25), nous avons affaire à trois situations conjugales hétérosexuelles dans lesquelles l'homme participe à des degrés divers à l'identification-construction d'un problème, formulé comme une baisse ou une absence de désir, qui est attribué à la femme. Qu'est-ce à dire sinon que, dans la relation hétérosexuelle, l'homme est le pivot de la médicalisation (au sens de pathologisation) du désir féminin et qu'en ce sens, en s'appuyant sur les ressources des savoirs biomédicaux et psychologiques, il contrôle celui-ci ?¹

Il pourra être objecté que les choses ne semblent pas se passer différemment entre Mickaël et Stéphane, qui forment pourtant un couple homosexuel. Peut-être la critique s'effacera-t-elle si l'on invite à envisager cette question non plus du point de vue des identités mais du rapport qui tend à les produire et à substituer aux catégories « homme » et « femme », celle de « masculin » et « féminin ». Ce déplacement opéré, il faut noter, comme Jérôme Courduriès l'a montré dans une récente recherche, que la

¹ Concernant l'exercice de la sexualité, nous aurions affaire ici à une inversion des tâches entre hommes et femmes, puisqu'il est d'habitude entendu que c'est plus généralement la femme qui se fait l'agent de la médicalisation au sein de la famille par rapport aux maux de son mari et de ses enfants.

conjugalité homosexuelle n'est pas moins aux prises avec les enjeux de genre que la conjugalité hétérosexuelle¹. Pour sûr donc, le fait que Mickaël participe activement à l'identification-construction, en termes de trouble du désir, du problème de Stéphane n'est pas étranger aux enjeux de pouvoir à l'intérieur de leur couple, et donc aux rapports de genre. Une remarque d'un des sexologues rencontrés pendant l'enquête est à ce titre tout à fait intéressante. Ainsi, expliquant le développement des consultations avec des couples homosexuels, il déclare avec humour et en usant de la caricature :

« Je vois maintenant des couples homo où le plus masculin m'amène le plus efféminé en me disant qu'il n'a plus de désir. »

L'annonce et, parfois, l'imposition du diagnostic seraient donc à la fois l'expression des rapports de genre qui opèrent dans le couple, mais aussi et en même temps les opérateurs de leur propre production et reproduction, le « féminin » étant toujours associé au pôle dominé de la relation. Ainsi, à l'occasion de ce qui est interprété comme des défaillances du désir, le conjoint qui les pointent subordonne ce désir au sien, de telle sorte que celui ou celle dont le désir est étiqueté comme défaillant s'en retrouve par là-même féminisé. Juger de la qualité du désir de l'autre serait à l'inverse une manière d'affirmer sa masculinité.

A vrai dire, les situations hétérosexuelles présentées peuvent paraître paradoxales. Ainsi, dans chacune d'elles, il y est bien question de la problématique de la disponibilité sexuelle et de l'acceptation des demandes de l'autre, notamment dans celle d'Audrey (18). Mais dans les situations de Christine (7) et de Stéphanie (10), dans lesquelles, par ailleurs, le rôle du partenaire dans le diagnostic est important, c'est aussi l'incapacité de la compagne à prendre l'initiative du rapport sexuel qui est pointé comme l'un des signes du problème de désir. En première lecture donc, ces demandes masculines adressées aux femmes peuvent être lues comme une invitation à plus d'égalité dans la planification des rapports sexuels, à une plus grande « démocratie » conjugale en matière sexuelle. Il nous semble au contraire que cette injonction à l'initiative sexuelle est une manière de valoriser une définition (vision) du désir dans laquelle celui-ci est nécessairement l'extériorisation d'une envie décontextualisée et autonome. Or cette définition est traditionnellement associée à une vision masculine de la sexualité où il s'agit avant tout de posséder. Imposer sa définition du désir, c'est donc rappeler sa différence, et par là même rappeler à l'autre qu'il n'est pas ce que l'on est, c'est rappeler que l'on est un homme et que l'autre est une femme. A un niveau plus

¹ Courduriès, 2011.

général qui dépasse celui des situations étudiées ici, il nous semble que la valorisation de l'initiative sexuelle comme forme d'autonomie et d'émancipation, place les femmes dans une zone de fortes tensions contradictoires. D'une part, la norme d'initiative en matière sexuelle se retourne contre celles qui ne s'y conforment pas et à qui justement l'on enjoint de s'y conformer (comme c'était le cas dans deux des situations étudiées). D'autre part, celles des femmes qui adoptent une manière trop « masculine » d'entreprendre les hommes courent le risque d'être déconsidérées par ceux là-même qui les ont invitées à avoir plus d'initiatives¹.

Dans la dernière situation présentée, c'est une femme, Valérie (2), qui se fait « entrepreneuse de morale » et problématise la situation. Mais, à la différence des situations abordées précédemment, le processus d'identification-construction ne débouche pas sur l'attribution d'un trouble à son conjoint mais sur la désignation d'un trouble de la relation et sur le constat de son dysfonctionnement. Faut-il voir dans cette différence un pur hasard de notre recrutement ou faut-il considérer que c'est la manifestation d'une différence entre homme et femme du point de vue de ce genre de situation ? Face à une même situation objective, les hommes auraient-ils plus tendance à la voir comme la conséquence d'un trouble individuel et les femmes plutôt tendance à la voir comme un problème relationnel ?

3.3. Le trouble sexuel comme trouble originel

Pour certains de nos interlocuteurs, les difficultés se sont manifestées dès les premières expériences sexuelles et marquent toute leur carrière sexuelle. Ainsi, à la différence des informateurs précédents, il leur est difficile de dire à quel moment et dans quelles conditions le problème est apparu puisqu'il semble toujours avoir existé.

C'est par exemple le cas de Patrick (6), 39 ans, enseignant dans le secondaire. Sur le questionnaire rempli chez le sexologue, il avait écrit qu'il consultait pour « soigner une impuissance sexuelle persistante » et, au tout début de notre entretien, il explique qu'il a une « longue histoire par rapport à [son] problème sexologique ». Amené à préciser ce qu'il en est exactement de sa situation il développe timidement :

¹ Sur les enjeux de la reconfiguration des normes en matière sexuelle et sur leurs répercussions du point de vue des identités sexuées, voir le travail de Marie-Laure Déroff, en particulier le chapitre III (Déroff, 2007 : 149-182).

« C'est depuis toujours, depuis toujours, c'est bien simple, je n'ai jamais eu de relations sexuelles normales quoi... ».

Il précise qu'il a des érections normales quand il est seul, mais que ses difficultés réapparaissent dès qu'il essaie d'avoir des relations sexuelles avec une femme. A partir de ces premières informations, Patrick va, tout au long de l'entretien, insister sur le caractère permanent de ses difficultés ou plutôt de « son trouble », puisque c'est de cette manière que très souvent lors de notre entretien il en parlera : en usant du pronom possessif et du singulier.

Ses difficultés d'érection, Patrick en fait l'expérience très tôt. Elles se manifestaient déjà, lorsque, plus jeune, il se masturbait, sans être en érection. Elles se sont manifestées dès sa première rencontre sexuelle, qui arrive, selon lui, tardivement – à 23 ans – et pour laquelle il n'arrive pas à obtenir une érection. Elles se manifesteront à nouveau lors des très rares rencontres sexuelles qu'il a ensuite. Elles perdurent lorsqu'il s'engage dans sa première relation amoureuse à 25 ans avec une femme qui a bien « voulu accepter [ses] problèmes ». Cette première relation durera sept ans et demi. Il arrivera, au début de leur relation, à avoir des rapports sexuels avec sa compagne, mais rarement, « quand il en a envie ». Après quelques années de vie commune, elle s'installe à Paris pour des raisons professionnelles et ils doivent vivre leur relation à distance. Leurs rapports sexuels sont alors encore moins fréquents. Bien que la qualité de leur sexualité ne soit pas la seule raison de leur séparation, elle joue un rôle important. Selon lui, s'il a rompu, c'est quand même, entre autre chose, pour qu'elle n'ait plus à subir ses problèmes à lui :

« Quand je l'ai connue elle était débordante de sexualité, après il n'y avait plus rien du tout. Alors j'ai dit "stop", déjà que ça flottait dans notre couple (...). Et je sais que maintenant c'est fini, que c'est bon pour elle, je sais qu'elle a très rapidement rencontré quelqu'un d'autre et puis une autre personne encore. Donc je crois que, pour elle, c'est rentré dans l'ordre. Je ne voulais pas lui gâcher la vie davantage. »

Après la rupture, et environ deux ans de célibat, Patrick vit une histoire de quelques mois avec une femme qui est, selon sa propre expression, « sexuellement d'expérience » et qui accepte beaucoup plus difficilement ses problèmes. Malgré ceux-ci, mais grâce à l'aide de médicaments facilitateurs d'érection, il a des rapports sexuels avec elle. Il arrive « à lui donner du plaisir » et considère qu'il était sur « la bonne voie », mais l'histoire tourne court au bout de trois mois.

Au moment où nous le rencontrons, Patrick vient de débiter une relation avec une de ses collègues de travail, après presque quatre années de célibat et sans avoir eu

de rapports sexuels. Ils se voient depuis plusieurs semaines mais ils n'ont pas eu de rapport sexuel. Il a essayé de retarder, le plus longtemps possible, les occasions qui pourraient les réunir pour la nuit. Le jeune couple n'a dormi que trois fois ensemble. Les premières fois, pour ne pas avoir à s'engager dans un rapport sexuel, il trouve des excuses prétextant de l'heure tardive ou de son emploi du temps chargé du lendemain. La confiance s'installe avec sa toute nouvelle compagne et après un premier échec, il lui fait part de « son » problème.

Depuis qu'il a commencé sa sexualité, Patrick rencontre des difficultés d'érection. Son expérience est structurée par la continuité de « son » problème, quelles que soient les réussites ponctuelles qu'il obtient par ailleurs. Cela se manifeste dans ses paroles dans lesquelles il mobilise plutôt le singulier que le pluriel, et plutôt l'adjectif possessif que l'article défini, pour parler de ses difficultés. Ce qui importe ce ne sont pas l'émergence des difficultés dans chaque situation, mais bien la présence d'un problème latent qui, en un sens, n'a pas besoin de se manifester effectivement pour exister. Il distingue d'ailleurs lui-même son cas de celui d'autres hommes qui peuvent rencontrer des difficultés d'érection. Parlant des conseils que l'on peut trouver dans la presse et, expliquant pourquoi, au fond, il ne se sent pas concerné, il détaille sa situation :

« (...) cela s'adresse à celui qui a eu une activité sexuelle normale et qui a une panne. Donc on va parler de Viagra®, de la psychologie, de la décontraction. Mais ce n'est pas moi, ils ne parlent pas du mec qui a des problèmes rémanents, permanents. »

Ce n'est pas le niveau de gravité du trouble ou des difficultés qui distingue la situation de Patrick de celle d'autres hommes, c'est bien une différence dans les expériences et d'un certain point de vue, l'ontologie des troubles est distincte, quand bien même ils se manifestent de la même manière. En fait, le problème n'a pas, pour ainsi dire, « commencé » et, comme il nous le dit au début de l'entretien, il a toujours existé. Il est apparu en même temps que Patrick commençait sa sexualité. L'utilisation qu'il fait des termes renvoyant à une durée, à une longue durée, renvoie les difficultés à un « toujours-là ». Il n'a jamais fait l'expérience d'une « sexualité normale ».

Du point de vue de la réflexion étiologique, compte tenu de la durée depuis laquelle Patrick connaît des difficultés d'érection et des nombreuses démarches thérapeutiques qu'il a déjà effectuées, il est vraisemblable, même s'il ne les détaille pas, qu'il a envisagé une multitude d'hypothèses, tant organicistes que psychologiques, pour expliquer ses difficultés. Au moment de notre entretien toutefois, il considère que ses

problèmes sont d'ordre psychologique, qu'il exprime en expliquant son état au moment d'entreprendre un rapport sexuel :

« C'est une anxiété, peut-être un manque de désir, plus une anxiété. C'est un blocage quoi. Il faudrait que j'arrive à ce relâchement, ce relâchement psychique. J'ai la boule au ventre à chaque fois (...) »

Anxiété qu'il n'a toujours pas réussi à dépasser.

Pour Fanny (17) aussi, les difficultés sexuelles ont toujours existé. Elle a 26 ans et travaille en intérim. Sur le questionnaire rempli chez le sexologue, elle a inscrit qu'elle consultait pour « anorgasmie ». Lorsque nous lui demandons quand est-ce que ses difficultés sont apparues, elle explique qu'elle n'a « jamais eu d'orgasme », et même si elle a pu ressentir du plaisir, « ça n'a jamais été flagrant » dit-elle. Et ce, que cela soit durant un rapport sexuel ou en ayant recours à la masturbation. Fanny a son premier rapport sexuel à 16 ans avec un petit ami avec qui elle ne restera que quelques semaines. En classe de terminale, à 17 ans, elle entame une relation qui durera huit ans. C'est avec ce compagnon, sa première « grande » histoire, qu'elle prend conscience de ses difficultés, même si au début ils mettent celles-ci sur le compte de leur jeunesse et de leur manque d'expérience :

« Nous on se disait bon, ça va prendre le temps, on était bien tous les deux, ça nous posait pas plus de problème que ça. Donc on pensait que c'était entre nous, qu'on ne savait pas vraiment s'y prendre, ... donc lui il faisait des progrès et moi pas et là on a commencé à se poser des questions. »

Ce qui était acceptable pour elle au début de sa vie sexuelle ne l'est plus. Elle pensait acquérir une expérience permettant de progresser en matière sexuelle. Après avoir rompu avec son compagnon, elle a de nouvelles expériences sexuelles et les difficultés sont toujours là. Elle a l'impression qu'elle « n'avance pas » et qu'elle « revient à zéro en permanence ». Quand elle croit avancer, c'est pour revenir au point de départ dans la sexualité qu'ont été ses premières expériences. Ses difficultés la renvoient constamment à un état antérieur, qu'elle croit pourtant avoir objectivement dépassé puisqu'elle n'a justement plus 17 ans. Envisageant la sexualité comme une progression, elle constate au contraire une stagnation en ce domaine.

Malgré l'ancienneté de ses difficultés, elle n'a pourtant pas consulté pendant qu'elle était avec son compagnon. Ce n'est qu'après près de trois ans après sa rupture,

une fois célibataire, qu'elle se décide à consulter¹. Mais, au moment où elle consulte, les hypothèses qu'elle formule à propos de son trouble ont évolué :

« J'espérais que ça soit assez simple à régler. Je me suis dit : si ça se trouve ça fait des années que je galère et c'est juste un problème d'hormones qui sont... Parce qu'en parallèle, si vous voulez, au niveau de la pilule, il faut toujours que je fasse super attention à mes pilules et j'en change régulièrement parce que j'ai un ovaire kystique. »

[Ça veut dire quoi ?]

« En fait suivant le taux d'une hormone ou d'une autre, soit il va rester en sommeil, c'est-à-dire qu'il va me laisser tranquille, il bouge pas, il ne dit rien, soit il va se réveiller et il grossit, il devient très gros et il fait des kystes. Donc ça devient très douloureux et il faut toujours que j'adapte ma pilule en fonction de ça. Donc je me suis dit : je bataille avec les pilules d'un côté, c'est peut-être ça qui fait que... Sachant qu'il y a des pilules qui ont tendance à sécher, des trucs comme ça ou à faire baisser le désir, je me suis dit que c'était peut-être lié à ma pilule à la base. Je me suis dit : si ça se trouve, il va juste falloir passer sept huit mois à faire des dosages à droite à gauche. »

A ce moment, elle met en œuvre le même type de réflexion que nos autres interlocuteurs (-trices) qui inscrivaient leurs difficultés dans une histoire médicale de leur corps.

Dorothée (19) est étudiante, elle a 24 ans. Elle consulte pour des « douleurs pendant l'acte » qui entraîne des « pertes de désir ». Comme Patrick et Fanny, elle déclare en tout début d'entretien qu'elle n'a jamais eu de relations sexuelles « convenables », et s'exclame, avec beaucoup d'autodérision, « vive la simulation ! ».

Dorothée a son premier rapport sexuel à 18 ans. Elle reste imprécise sur les relations qui précèdent sa relation actuelle mais explique que dès sa première histoire, la plus longue qu'elle ait connue jusqu'à présent (trois ans de 19 à 22 ans), ses difficultés se sont manifestées au bout de quelques mois. Après avoir rompu avec ce compagnon, elle a une relation d'environ six mois et, là aussi, après une période pendant laquelle les rapports se déroulent sans trop de difficultés (sans douleur mais sans plaisir toutefois), elle doit de nouveau faire face à des difficultés. Après une nouvelle séparation, elle est depuis un an en couple mais les difficultés sont là depuis presque six mois, « c'est l'engrenage douleur, crainte du rapport, perte de désir » nous dit-elle. Les difficultés se répètent de manière automatique, à chaque relation, suivant un *timing* quasi similaire.

L'interprétation qu'elle fait de ses difficultés va bien sûr, comme dans les cas de Patrick et Fanny, évoluer au fil du temps. Dans la mesure où ses relations antérieures

¹ Nous revenons sur les raisons de cette décision dans la sous-partie « 5.1.2.1. Consultation et construction du couple ».

n'ont pas duré très longtemps et que surtout, elle se pose très vite des questions sur la nature de ses sentiments, elle pense que ses douleurs et le manque de désir sont liés au fait qu'elle n'aime pas réellement les garçons avec qui elle est. Mais au moment où elle décide de consulter¹, elle aussi, comme Fanny veut d'abord adhérer à une étiologie organique :

« Je me disais que c'était peut-être des infections urinaires ou vaginales. »

Dans ces trois cas, le « trouble sexuel » (qui est de nature très différente dans nos trois situations) ne vient pas rompre un état antérieur, il est, selon les dires de nos informateurs, quelque chose qui a toujours existé, qui malgré les changements dans les vies conjugales est toujours présent, se manifeste toujours, régulièrement. Le problème semble ne pas être sensible aux changements dans le temps, à l'évolution des relations affectives et sentimentales et aux différents partenaires. Les diverses configurations conjugales sont d'ailleurs secondaires dans le récit qui est centré sur les difficultés. Dans les récits de Patrick et de Dorothée, il y a une contradiction entre ce qu'ils disent au début de l'entretien et ce qu'ils diront ensuite. En effet, dans les deux cas, ils disent qu'ils ont accédé à un moment donné à des relations sexuelles normales. Patrick dira qu'il a pu avoir des relations sexuelles avec sa première compagne dans certaines conditions de relaxation. Quant à Dorothée, elle dira que ses douleurs ne réapparaissent qu'au bout d'un certain temps mais qu'au début de chacune de ses relations, elle est arrivée à avoir une sexualité normale. Comment expliquer cette contradiction ? Il nous semble que c'est parce que le problème ne se réduit pas aux périodes pendant lesquelles il se manifeste et s'actualise mais qu'il a, en quelque sorte, « colonisé » toute la biographie sexuelle de telle sorte qu'il est devenu impossible pour Patrick et Dorothée de retenir les périodes où ils ont pu accéder à une sexualité « normale ». L'expérience des difficultés sexuelles devient une *ligne biographique*² majeure à laquelle nos interlocuteurs rattachent une grande part des événements personnels et conjugaux. Ainsi, c'est, comme on l'a vu, notamment par ses difficultés que Patrick explique sa séparation d'avec sa seconde compagne et c'est pour se rapprocher des médecins et des sexologues que, suite à cette rupture, il déménage de sa ville moyenne à Toulouse. Fanny, quant à elle, s'interroge pendant l'entretien et se demande fortement si son compagnon, avec qui elle est resté huit ans et qui l'a trompée à la fin de leur relation, ne

¹ Nous revenons sur les raisons de cette décision dans les sous-parties « 5.1.1.2. Risque d'infidélité et besoin sexuel masculin » et « 5.1.2.1. Consultation et construction du couple ».

² Ogien, 1989 : 75-84.

l'a pas quittée à cause précisément de ses difficultés sexuelles. Dorothée, avec qui nous avons l'occasion de faire un second entretien, nous apprend alors que son compagnon l'a quittée et, même s'il ne lui en a rien dit, elle nous dit être intimement persuadée que c'est à cause de ses difficultés.

3.4. Types d'interprétation, désaccords, genre

3.4.1. Des interprétations et du cadre d'interprétation

Comme le montrent les différents cas que nous venons d'exposer, le processus d'identification-construction des « troubles » se fait dans des configurations singulières qui s'appuie sur des situations biographiques, relationnelles, événementielles différentes et l'approche par cas montre que ce processus suit des modalités variées. Toutefois, si chaque situation détient sa part de singularité, ce processus d'identification-construction est pris dans – et formé par – le contexte socioculturel dans lequel il opère, plus spécifiquement dans et par l'espace que dessine le champ thérapeutique qui n'est pas seulement un espace social professionnel mais aussi un espace de représentations et de pratiques.

Les diverses possibilités d'interprétations des problèmes sont structurées par le champ thérapeutique et un simple écart dans le temps et/ou dans l'espace suffit à en mesurer les effets. Pour ce faire nous voudrions brièvement évoquer une situation exposée par Jeanne Favret-Saada dans le récit qu'elle fait de son enquête sur la sorcellerie dans le Bocage de l'Ouest¹. L'un de ses informateurs, Jean Babin, est impuissant. Son problème sexuel fait l'objet d'interprétations concurrentes. Ainsi, pour Jean et sa femme, cette situation est le résultat d'un sort qui les touche depuis le début de leur mariage. Ils inscrivent l'impuissance du mari dans une série de malheurs biologiques² qui les touchent et le problème sexuel a partie liée, par exemple, avec les avortements accidentels des vaches de l'exploitation, etc. Pour Louis Babin, le frère de Jean, l'impuissance est d'origine physiologique, il se pourrait bien que son frère ait « un nerf de coincé » suite à un accident. Il fait d'ailleurs pression sur le médecin pour que Jean subisse une intervention chirurgicale en ce sens. Même si Jean rencontre des médecins et des psychologues, en dernier recours, c'est aux désenvoûteurs qu'il s'adresse avec sa femme pour régler non seulement son problème sexuel, mais sa

¹ Favret-Saada, 1985.

² Favret-Saada, 1971.

« prise » dans la sorcellerie. Dans ce contexte, l'identification-construction des difficultés d'érection de Jean suivait deux voies : celle de la médicalisation et celle de l'ensorcellement. Il s'agit de deux processus de connaissance, qui permettent de construire la réalité du problème en le mettant en correspondance avec des événements et des éléments tout à fait différents : une série de malheurs d'une part, un accident de l'autre. Enfin, aux deux voies d'identification-construction correspondaient différentes manières d'y remédier.

Dans le cas qui nous intéresse, le champ thérapeutique s'organise, comme nous l'avons vu, autour de trois pôles. Deux pôles importants, l'un médical et l'autre psychologique et un pôle relationnel-conjugal moins bien défini et aux contours plus flous. Les savoirs et les connaissances produites se diffusent et circulent dans la société de telle sorte que, de ces trois pôles dérivent trois voies possibles d'identification-construction des problèmes sexuels par les individus : médicalisation, psychologisation et conjugalisation. On a vu, dans les différentes situations présentées ci-dessus, que ces trois voies étaient celles qu'avaient suivi nos interlocuteurs (-trices) lorsqu'il s'était agi d'identifier-construire le problème pour lequel ils/elles avaient consulté. Nous proposons d'appeler les modes de connaissances que sont ces trois processus d'identification-construction, des *modes d'intégration thérapeutique*. Chacun d'eux permet en effet d'isoler une réalité particulière, le problème sexuel, et en même temps de l'attacher à un espace d'intervention thérapeutique spécifique. Les trois processus conduisent ainsi à *pathologiser* le problème qui est identifié, mais aussi à le *qualifier*, c'est-à-dire à lui attribuer une « nature », ou, si l'on préfère, une « ontologie », ici organique, psychologique ou relationnelle. Précisons donc tout de suite que si, par facilité, on a souvent tendance à distinguer les différentes interprétations qui sont données à un *même* problème, il nous semble plus juste de dire que si l'interprétation d'un problème change, celui-ci change aussi, et qu'en fait aucun problème n'existe « en dehors » du mode d'intégration thérapeutique qui a permis de l'identifier-construire.

Nous distinguons donc trois modes d'intégration thérapeutique : 1) la médicalisation qui est le processus d'identification-construction d'un problème de nature organique ou biologique ; 2) la psychologisation désigne au contraire l'identification-construction d'un problème de nature psychologique ; 3) la conjugalisation qui est le processus d'identification-construction d'un problème de la relation (mais qui s'appuie sur une psychologisation). Ces trois modes ne sont pas exhaustifs et, dans la mesure où il existe des offres thérapeutiques alternatives (telle

celle offerte par les « marabouts » dans les centres urbains), il doit exister d'autres modes d'intégration thérapeutique correspondants que nous n'avons pas rencontrés. Ils ne sont pas non plus totalement exclusifs et un état ou une situation peut-être successivement ou simultanément soumis à des problématisations différentes. Par ailleurs, ces trois modes d'intégration thérapeutique ne sont bien sûr pas propres aux troubles sexuels. Psychologisation et médicalisation sont à l'œuvre de la même manière lorsqu'il s'agit d'identifier des problèmes aussi divers que les troubles de l'alimentation ou ceux du sommeil, les maladies mentales, les addictions, etc. Ajoutons enfin que, même si nous partons ici de l'analyse du travail d'autodiagnostic fait par les patients, ces trois modes d'intégration thérapeutique sont aussi ceux que mettent en œuvre les professionnels.

Comme nous l'avons vu, la médicalisation est le mode d'intégration thérapeutique le plus largement suivi lorsque le diagnostic s'appuie sur des signes corporels. A une exception près, tous les hommes enquêtés qui rencontrent des difficultés d'érection les interprètent d'abord comme des problèmes organiques. De la même manière, les deux femmes de notre échantillon (Caroline – 1 et Abigail – 12) qui ont identifié des problèmes à partir de leurs manifestations physiques les ont aussi interprétés comme des problèmes d'origine organique. Sur un temps plus long, Fanny (17), touchée par un déficit de sensations, et Dorothee (19), touchée par un excès de sensations, sont aussi tentées d'interpréter, avant de consulter, leurs problèmes en termes organiques. Le cas de Gérard (21) montre toutefois que des signes corporels, en l'occurrence des difficultés d'érection, peuvent donner lieu à une psychologisation du problème. La médicalisation du problème est en outre possible lorsqu'il n'y a pas de signes corporels. Ainsi, Mickaël (24) et Stéphane (25), qui opèrent une double identification-construction du problème de Stéphane en termes psychologiques et physiques, et font l'hypothèse que le désir de ce dernier est aussi probablement perturbé par les effets secondaires des traitements antirétroviraux. Géraldine (22), 33 ans, dont nous n'avons pas présenté le cas, qui consulte entre autre pour une baisse de désir, fait un lien explicite entre celle-ci et son activité hormonale.

L'interprétation, en termes physiques ou organiques, est souvent la première explication à laquelle on pense lorsque l'on rencontre des problèmes de santé qui se manifestent corporellement. Au-delà du fait que ce type d'explication est largement favorisé par le poids grandissant du « biologique » dans de nombreuses sphères de la vie courante, si ces interprétations sont si facilement mobilisées par les individus c'est aussi

du fait du rapport qu'elles entretiennent avec la question de la responsabilité. En effet, le corps est essentiellement envisagé, dans nos sociétés, comme un objet « extérieur » à soi qui aurait son fonctionnement propre. Cette mise à distance du corps fait que nous ne nous sentons pas responsable quand celui-ci dysfonctionne. Comme le dit Muriel Darmon à propos de l'interprétation de l'une de ces informatrices anorexiques qui interprète ses problèmes en termes biologiques, c'est

« (...) une interprétation à la fois moins stigmatisante pour elle et qui lui permet d'évacuer la question de sa propre responsabilité (...) »¹

Face à une éventuelle mise en lumière de ses propres défaillances, ancrer ses problèmes dans le corps permet de « sauver la face »².

Les interprétations psychologiques des problèmes n'entretiennent pas, à ce titre, un rapport de symétrie avec les explications biologiques. L'esprit n'a pas, en effet, ce statut d'extériorité qu'a le corps. Les interprétations psychologiques ne sont donc pas une simple alternative aux interprétations biologiques. Interpréter un problème en termes psychologiques, implique *que l'on est impliqué*, si l'on nous permet ce jeu de mots, puisque c'est dans l'esprit que l'on situe le « soi ». Mettant en regard les deux interprétations après que son hypothèse organique ait été plus ou moins invalidée par son amie puis par la sexologue, Jean-Claude (8), déclare ainsi à propos de son problème :

« Moi je l'ai subi et on me dit que je l'ai créé. »

Sa réflexion montre très bien comment ce changement d'interprétation le fait passer, par rapport au trouble, de la position de sujet (dans le sens où il y est assujéti) à celle d'agent du trouble. C'est pour ces raisons, nous semble-t-il, et chacun en a fait l'expérience, que lorsqu'un problème survient les explications psychologiques interviennent le plus souvent dans un second temps, après que les hypothèses biologiques aient été écartées, souvent après un premier contact avec le système médical (mais nous reviendrons plus tard sur le sort fait au diagnostic du patient lors de ses contacts avec les thérapeutes professionnels).

Dans notre enquête, les interprétations psychologiques sont, dans un certain nombre de cas, formulées directement. C'est ainsi souvent le cas lorsque l'identification-construction du trouble ne s'appuie pas sur des signes corporels, comme dans les situations que nous avons analysées d'Audrey (18), de Stéphanie (10), de

¹ Darmon, 2003 : 184.

² Tiefer, 1994a : 370.

Christine (7) et de Stéphane (25). Mais c'est aussi le cas de Natacha (23), 33 ans, qui inscrit les problèmes de désir et de plaisir qu'elle rencontre dans son histoire personnelle et familiale. L'interprétation des problèmes sexuels, en termes de problème de couple, est une variante des interprétations psychologiques et nous ne l'avons rencontrée que dans un seul cas, celui de Valérie (2). Bien que William Master et Virginia Johnson avaient fait du couple le « sujet à traiter » dans la thérapie¹, il semble, sur la foi de ce que nous ont dit certains sexologues, que ce type d'interprétation est peu mobilisé et que dans la plupart des cas, les problèmes sont attribués à l'un des membres du couple. Tout se passe comme s'il était difficile de penser les problèmes comme le résultat d'une interaction et non pas, ou pas seulement, comme celui des problèmes de l'un des deux membres du couple.

3.4.1.1. Interprétation et genre I

Même si le nombre de situations étudiées est limité, il faut enfin noter qu'un lien existe entre les interprétations données au problème et le sexe de la personne touchée. Il semble en effet que les problèmes masculins sont préférentiellement interprétés par les individus comme des problèmes physiques, tandis que les problèmes féminins sont préférentiellement interprétés comme des problèmes d'ordre psychologique. Alors bien sûr, il ne s'agit que d'une tendance, et, comme on l'a vu parmi les diverses situations présentées, des problèmes masculins peuvent tout à fait donner lieu à des interprétations psychologiques et des problèmes féminins donner lieu à des interprétations biologiques. Ces exceptions semblent toutefois être de celles qui, comme le dit l'adage, « confirment la règle ». Il y a donc bien, suivant que le problème est un problème masculin ou féminin, des interprétations plus immédiatement « évidentes » et donc plus « légitimes ». Les diverses interprétations possibles d'un problème étant liées, comme nous l'avons rappelé, à la structure du champ thérapeutique, c'est à la lumière de celui-ci qu'il faut comprendre cette sexuation des interprétations légitimes. De ce point de vue, ce que nous voyons à l'œuvre ici, lorsque nous nous intéressons au diagnostic, est le pendant, à l'échelle des individus, de ce qu'Alain Giami a décrit à un niveau plus macrosocial et structurel. Dans un article de *Communications*², il a ainsi montré

¹ Rappelons ce qu'ils écrivent à ce sujet : « Le principe thérapeutique fondamental (...) est donc de considérer la relation conjugale comme le sujet à traiter, par l'intermédiaire de ses deux composantes que sont l'homme et la femme. En d'autres termes, disons que 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 de l'autre époux. » (Master & Johnson, 1971 : 15).

² Giami, 2007b.

comment les recherches thérapeutiques et scientifiques actuelles sur la sexualité et ses troubles participent elles-mêmes de la reproduction des stéréotypes de genre et les alimentent. Ces recherches sont orientées par les représentations de la sexualité et de la différence entre les sexes¹, qui sont elles-mêmes travaillées par plus de deux siècles de travail scientifique et médical et qui ancrent la sexualité masculine dans l'action et le corps et la sexualité féminine dans l'affect, la réflexion et l'esprit. Leurs résultats contribuent à renforcer l'idée que les troubles de la « fonction sexuelle » masculine sont des « troubles organiques » et que les troubles de la « fonction sexuelle » féminine sont des troubles « psychologiques ». Pris dans ce champ de représentations et de savoirs, les individus sont conduits à « choisir » un type d'interprétation plutôt que l'autre suivant que la personne atteinte est un homme ou une femme. Evidemment, ce « choix » profane a de fortes chances d'être renforcé lors du contact avec les professionnels qui sont eux-mêmes pris dans ces logiques. Il est ainsi très intéressant de noter que les sexologues attribuent plus facilement une origine organique aux troubles masculins et une origine psychologique aux troubles féminins. Comme le notent Alain Giami et Patrick de Colomby :

« Les sexologues ont élaboré des théories étiologiques des troubles qui affectent leur clientèle avec une différence en ce qui concerne les troubles sexuels des hommes et des femmes. 46 % des répondants considèrent que les troubles sexuels des hommes ont une origine « totalement ou plutôt psychologique » et 63 % d'entre eux partagent cette conception lorsqu'il s'agit des troubles sexuels féminins. Près de 40 % des répondants attribuent une étiologie multifactorielle (psychologique et organique) aux troubles sexuels masculins et seulement 22 % d'entre eux aux troubles sexuels féminins. On retrouve là le reflet d'une conception de sens commun selon laquelle la sexualité féminine serait de nature plus « psychologique » que la sexualité masculine. »²

3.4.2. Débats conjugaux et conflit de définition

Le travail diagnostique qui est fait par les individus et par les couples aboutit à l'identification d'un problème d'une nature particulière et pour lequel des hypothèses étiologiques sont proposées. Comme nous l'avons vu l'élaboration du diagnostic n'est pas seulement le fait de la personne touchée, mais fait aussi intervenir le conjoint quand il y en a un. Ce dernier peut même être à l'origine de l'identification du problème. Cette

¹ La problématisation de la sexualité étant largement liée à l'émergence du « modèle à deux sexes » dont Thomas Laqueur a retracé la généalogie (Laqueur, 1992).

² Giami & de Colomby, 2001 : 56.

pluralité de points de vue peut entraîner des désaccords dans l'appréhension du problème. Ces conflits de définition s'appuient généralement sur une différence d'interprétation quant à la « nature » du problème (biologique ou psychologique), mais peuvent aussi être dus à une différence concernant l'explication étiologique dans ses enchaînements causaux, même s'il y a accord sur la nature du problème considéré.

La compagne de Jean-Claude (8) interprète ainsi le problème en termes psychologiques (*cf. supra*). Elle met notamment en avant les événements récents dans la vie affective et relationnelle de celui-ci : sa séparation d'avec elle, sa relation avec une autre femme, puis sa remise en couple avec elle. Alors que Jean-Claude intègre sa « panne » dans une série d'événements ayant touché son corps, ou plus exactement son sexe, elle (dé)place ce qui est survenu dans un autre cadre dont le corps est désormais absent mais où la « panne » est inscrite dans l'histoire relationnelle récente. Le signe corporel est interprété comme le résultat d'un processus de somatisation. Ce faisant, elle procède à une identification-construction d'un problème de faible intensité, qui ne mérite pas selon elle de recourir à l'aide d'un professionnel, présupposant vraisemblablement que le problème, trouvant sa source dans les circonstances particulières de la période, a vocation à disparaître au fur et à mesure de leur « éloignement ». Même si la compagne de Jean-Claude psychologise le problème, elle « théorise » sur les effets de contexte et non pas sur ceux d'une histoire personnelle profonde (du type de celle que l'on sollicite pour faire du passé du sujet l'explication de son présent). Dans la situation présente, la différence d'interprétation-construction porte bien sur la nature psychologique ou organique du problème. En revanche, ils s'accordent sur le fait que le problème est celui de Jean-Claude et les deux interprétations produites le sont de son point de vue et sont ramenés à l'échelle individuelle. En effet, même sa compagne, en proposant son interprétation, se met en quelque sorte à la place de Jean-Claude et réfléchit sur les effets possibles de la situation sur lui. A aucun moment la relation conjugale n'est vraiment mobilisée en tant que telle et la compagne de Jean-Claude n'est pas impliquée dans l'explication.

Sans remettre en cause la nature organique des problèmes de Paul (4), Janine (5), sa femme, pense toutefois qu'aux causes physiques s'ajoutent avec le temps des causes psychologiques. Ainsi, selon elle,

« il doit se bloquer, parce qu'il sait très bien que même qu'il y mette de la bonne volonté, il se dit que c'est cuit d'avance, alors il y a un blocage, ça c'est clair. »

Paul, lui, n'est pas du tout d'accord avec cette interprétation et ils s'opposent sur la « force » des mécanismes psychiques sur le corps :

[Vous, vous ne pensez pas que c'est un blocage ?]

Lui : « Non, non, non, pour moi ce n'est pas un blocage. J'ai un problème et puis c'est tout... pour moi c'est plus grave qu'un blocage, parce qu'un blocage bon... »

Elle : « Eh... un blocage c'est pas évident, si tu as dans ta tête que bon... tu peux avoir Miss Monde devant toi que pfutt... ça ira pas d'avantage. »

Lui [*en s'énervant*] : « Si t'as envie de baiser, t'as envie de baiser, alors ne me raconte pas de conneries, qu'est-ce que tu me fais chier là ! »

Du point de vue de l'interprétation, Janine lie les difficultés d'érection de Paul à une autre dimension que celle du corps, les deux dimensions interagissant l'une avec l'autre. Sans nier l'interprétation de Paul, elle la complète et la complexifie, en faisant un lien entre le corps et l'esprit. Lien que lui refuse d'envisager de cette manière.

Dans d'autres situations, le conflit de définition ne porte pas sur la nature du problème mais sur l'enchaînement ou sur les mécanismes précis qui l'ont engendré. C'est ainsi le cas dans la situation de Stéphanie (10) et Guillaume (9). Tous les deux s'accordent sur le fait que Stéphanie souffre d'un problème de désir. En revanche, ils ne s'accordent pas sur les causes de ce problème psychologique. Pour Guillaume, les causes de cette baisse de désir sont à chercher dans l'histoire personnelle de Stéphanie et notamment dans l'éducation et le discours sur la sexualité qu'elle a reçus de sa mère. Stéphanie, elle, va développer une autre « théorie » psychologique :

« Sur une année pourquoi ça c'est dégradé et pourquoi on en est venu là ? Le respect de Guillaume d'une part, parce que quand je n'avais pas envie il ne me forçait jamais à aucun moment et me laissait de mon côté en se disant : bon elle n'a pas envie ce soir ça sera une prochaine fois. Puis moi je suis rentrée dans ce système de je dis non donc on fait rien et puis après on vit plus ou moins avec, je lui dis non, il n'insiste pas, donc on continue comme, ça, on ne sera pas fatigués, on va dormir tous les soirs tranquillement. »

Elle semble dire que si son désir s'est amenuisé, c'est parce que son mari n'a pas été assez insistant lorsqu'elle opposait des refus à ses avances. Il aurait, malgré lui, participé à faire que l'intérêt de Stéphanie pour la sexualité conjugale disparaisse. Et d'insister :

« (...) Je pense que la vraie raison c'est que je me suis laissée entraîner par Guillaume dans cette non-envie. J'en vois pas d'autre. »

L'explication par Stéphanie du mécanisme qui aurait engendré le problème est centrée sur l'analyse des effets de la relation sur son désir. La responsabilité de Guillaume est donc engagée, même si le problème reste interprété comme un problème individuel.

La situation de Christine (7) est encore différente puisqu'elle et son mari ne s'accordent ni sur le périmètre du problème, ni sur sa nature, ni sur le fait de savoir s'il s'agit d'un problème individuel ou de couple. Son mari identifie un problème de désir sexuel chez Christine tandis qu'elle identifie un problème conjugal, qui par définition les implique tous les deux.

3.4.2.1 Interprétation et genre II

Présentation faite de ces quatre conflits d'interprétation ou de définition du problème, nous aimerions suggérer une piste d'analyse qui, faute de données plus nombreuses et plus détaillées ne pourra pas être explorée plus en profondeur ici.

Nous avons vu précédemment que le « choix » d'un type d'interprétation du problème était très fortement marqué par le sexe de la personne atteinte. Dans ce cadre, quel que soit le sexe de la personne qui propose l'interprétation, les problèmes masculins sont préférentiellement interprétés comme des problèmes physiques et les problèmes féminins sont préférentiellement interprétés comme des problèmes psychologiques. Et nous avons vu que ces interprétations légitimes des troubles sexuels étaient structurées par le champ des représentations et des savoirs qui sont produits autour de la sexualité. Les situations évoquées ci-dessus nous amène toutefois à considérer maintenant l'influence du sexe de celui qui *énonce* le diagnostic sur le type d'interprétation proposée.

Dans les deux premières situations, l'interprétation féminine des problèmes masculins tendait soit à nier la nature physique du problème (interprétation de la compagne de Jean-Claude) soit à ouvrir l'interprétation à une dimension psychologique (hypothèse proposée par Janine). Dans les deux autres situations, l'interprétation par les femmes des problèmes qu'elles rencontraient tendait à insister sur le contexte ou les aspects relationnels plus que sur les aspects individuels du problème. Il nous semble que ces quatre situations sont tout à fait illustratives du fait que le « regard » des hommes et des femmes sur les problèmes, s'il s'inscrit et est travaillé par les mêmes schèmes socioculturels, n'est pas exactement le même et que, face à une situation problématique, hommes et femmes ne relèvent pas systématiquement les mêmes éléments pertinents.

Dans ces situations, les femmes sont ainsi plus sensibles aux dimensions psychologiques du problème ou, pour les deux cas où l'interrogation ne porte pas sur la possible dimension physique du problème, elles sont plus sensibles à sa dimension relationnelle. Evidemment, ces différences dans l'appréhension du problème ne sont pas le résultat d'une différence de nature entre hommes et femmes. Le type d'interprétation proposé par ces femmes est en fait une illustration du fait que l'appropriation des savoirs et des discours n'est pas uniforme et l'on sait, en l'occurrence, que, pour quantité de raisons, les femmes sont en général largement ouvertes et montrent un intérêt marqué pour tout ce qui touche aux théories « psy ». Comme le note Gérard Mauger :

« De même qu'on peut supposer que l'opposition à la fois quantitative et qualitative entre pratiques de lecture féminines et masculines (...) ou que l'opposition entre filières scolaires féminines (littéraires) et filières masculines (scientifiques), trouvent leur principe dans la division sexuelle du travail entre « monde des choses humaines » (féminin) et « monde des choses matérielles » (masculin), on peut étendre la validité de cette hypothèse à un intérêt sexuellement différencié pour « la culture psy » (i. e. le « monde des choses humaines ») »¹

D'un point de vue socio-historique cela s'est manifesté par le fait que dans la diffusion depuis trente ans de la « culture psychologique de masse »² elles ont été à la fois les destinataires privilégiées des discours psychologiques (songeons par exemple au contenu de la presse féminine) et se sont en même temps faites les promoteurs de ces mêmes discours au sein de la société, de la famille et du couple.

¹ Mauger, 2011.

² Castel & Le Cerf, 1980a, 1980b et 1980c.

Chapitre 4

De la recherche de solutions à la consultation

L'identification-construction du problème marque le début de l'itinéraire thérapeutique. A partir de ce moment-là, les personnes vont s'engager dans un parcours qui trouvera son issue dans la résolution du problème. Ce parcours n'est ni toujours linéaire et ni toujours cohérent. Par ailleurs, la définition du problème et l'efficacité des recours sont régulièrement réinterrogées. Il ne s'agit donc pas pour nous de décrire de manière exhaustive tous les parcours thérapeutiques mais plutôt de rendre compte de leur dynamique en dégagant les différentes étapes de ces parcours, les différents recours envisagés, les bifurcations, les désaccords entre partie prenantes, etc. Donner à voir la dynamique et la circularité des parcours se heurte toutefois aux contraintes imposées par l'écriture qui oblige à présenter successivement et à distinguer des étapes et des articulations dans un certain ordre, et donc à fixer ce qui, dans la réalité, est beaucoup plus mouvant et beaucoup plus intriqué. Malgré cela on peut considérer que, même si les parcours peuvent être sans cesse recommencés, ils s'organisent suivant une certaine chronologie.

Dans cette perspective on envisagera d'abord ce qui a été fait avant de recourir à un thérapeute professionnel. Nous nous intéresserons en premier lieu au recours à une aide profane. Cette aide est conditionnée par la possibilité de parler de ses difficultés, ce qui n'est pas une démarche aisée. Nous verrons donc comment et à qui certaines personnes rencontrées ont pu se confier, et le rôle joué par les destinataires de ces paroles dans l'itinéraire thérapeutique. Dans un second temps, c'est la recherche d'informations sur les causes et les solutions aux problèmes rencontrés qui retiendra notre attention. Malgré la disponibilité et la multiplicité des sources et des supports, ces ressources ne sont finalement que peu utilisées par les personnes enquêtées. Enfin, nous décrirons les solutions que certains mettent en œuvre par eux-mêmes pour tenter de remédier à leur trouble.

Qu'ils aient ou non sollicité l'aide d'un profane, qu'ils aient ou non recherché des informations et expérimenté des solutions, l'impossibilité de remédier à leurs problèmes conduit les personnes enquêtées à consulter un thérapeute professionnel, et

notamment un sexologue. Face aux incertitudes causées par le problème qu'elles rencontrent, ce recours est parfois motivé par la recherche d'un discours d'autorité. Le recours au sexologue n'est pas toujours le premier recours et nous verrons qu'il est tout aussi courant, parmi les cas étudiés, d'être adressé chez le sexologue par un médecin généraliste ou un autre spécialiste ou encore de consulter un sexologue, par soi-même, après avoir déjà vu d'autres thérapeutes.

4.1. Avant d'aller consulter

4.1.1. Recours à une aide profane

4.1.1.1. En parler ?

Avant de contacter un thérapeute professionnel ou en marge du recours à celui-ci, les individus et les couples qui rencontrent des difficultés parlent parfois de celles-ci à leurs amis ou à d'autres personnes. Mais parler de ses difficultés n'est pas chose facile. En effet, les troubles sexuels constituent incontestablement un stigmat¹. Les représentations courantes des troubles sexuels ne sont d'ailleurs pas neutres mais jouent sur deux registres différents et complémentaires : l'humour et l'accusation. Pour illustrer le premier registre, il n'est qu'à se remémorer le rôle de l'actrice Miou Miou dans le film *Les valseuses*² pour comprendre que l'image véhiculée autour des troubles sexuels ne peut que venir renforcer la gêne à en parler : personne ne souhaite que l'on se moque de lui ou d'elle. Il n'existe d'ailleurs que peu de récits fictionnels qui mettent en scène un personnage atteint de troubles sexuels qui ne tirent pas vers le ridicule. Le second registre se concrétise dans l'utilisation des catégories de troubles sexuels comme insulte : à un comportement féminin peu chaleureux est associée une vraisemblable frigidité, la faiblesse morale d'un homme fait supposer son impuissance, etc. Ces insultes associent de fait les troubles sexuels à un contenu moral. C'est le principe même de fonctionnement du stigmat qui fait que tout défaut supposé entraîne la suggestion d'une série d'autres défauts associés.

L'individu atteint d'un trouble sexuel, est, comme le dit Erving Goffman, *discréditable* puisque que son stigmat n'est pas directement perceptible. Or,

« lorsque la différence n'est ni immédiatement apparente, ni déjà connue (...), lorsque, en deux mots, l'individu n'est pas discrédité,

¹ Goffman, 1975.

² De Bertrand Blier, sorti en 1974.

mais bien discréditable, c'est alors qu'apparaît une seconde éventualité. Le problème n'est plus tant de savoir manier la tension qu'engendrent les rapports sociaux que de savoir manipuler l'information concernant une déficience : l'exposer ou ne pas l'exposer ; la dire ou ne pas la dire ; feindre ou ne pas feindre ; mentir ou ne pas mentir ; et dans chaque cas, à qui, comment, où et quand »¹

L'enjeu pour les personnes qui sont confrontés à des troubles sexuels est donc de contrôler l'information et les conditions de sa diffusion.

4.1.1.2. Faire comme si

En public, il n'est pas difficile de cacher ses difficultés puisqu'elles ne se manifestent que dans la sphère intime. Toutefois, dans certaines situations, comme lorsqu'on se retrouve dans des discussions collectives où l'on parle de sexualité, il est quand même parfois nécessaire de « faire comme si ». L'un des hommes enquêtés, Patrick (6), qui a des problèmes d'érection anciens et importants, décrit très bien son attitude dans ce genre de situation. Il raconte ainsi comment il n'a aucune difficulté à passer pour quelqu'un de tout à fait normal lorsqu'il sort avec un groupe d'amis constitué d'autres hommes célibataires, qui se dénomment entre eux « les Mousquetaires » :

« Vous mettez trois mecs, n'importe qui, n'importe quel niveau intellectuel, ça parle cul, et là c'est pareil et donc apparemment je dois avoir euh... la façade d'un mec normal qui parle cul quand il est avec des filles... euh avec les mecs, qui regarde les filles, etc., etc. En façade, je suis tout à fait normal quoi et on déconne bien là-dessus... »

Dissimuler son trouble n'est pas difficile donc, tant dans ce type de situation les codes sont connus de tous. Patrick précise d'ailleurs qu'il est

« actif dans les conversations là-dessus... dans le plus bête qui peut être possible entre mecs quoi.... »

Toutefois, si être hâbleur sur le sujet lui permet de ne pas « perdre la face », la normification² est un processus coûteux émotionnellement et cela n'est pas sans répercussions sur son vécu :

« On en arrive à se dire : mon pauvre t'as la grande gueule, tu fais la grande gueule mais bon... »

¹ Goffman, 1975 : 57.

² Cela désigne, pour Erving Goffman, « l'effort qu'accomplit le stigmatisé pour se présenter comme quelqu'un d'ordinaire » (Goffman, 1975 : 44).

A trop en faire, le décalage entre son discours et la réalité de sa condition sexuelle devient plus saillant. Cela entretient son malaise et le fait douter de sa légitimité à tenir ce type de propos¹.

4.1.1.3. Comment et à qui ?

Parler de ses difficultés et divulguer quelque chose qui ne se voit pas de l'extérieur, c'est prendre le risque de faire changer le regard que l'on porte sur vous.

En fait, la parole sur les difficultés sexuelles et le recours à la consultation, relève de cette catégorie d'échange de paroles que sont les confidences, qui impliquent le dévoilement de ce qui devait normalement rester caché². Les enquêtes quantitatives et qualitatives nous permettent de donner quelques caractéristiques de ces échanges. Les personnes choisies pour recevoir les confidences sont très souvent les amis³ et le confident est le plus souvent une confidente⁴. Si les thèmes privilégiés des confidences sont les relations affectives et conjugales⁵, et en particulier les difficultés et les crises sentimentales, les paroles sur la sexualité conjugale sont le plus souvent exclues de ces échanges. Lorsque l'on aborde la sexualité avec ses confidents, le ton des discussions est plutôt, à l'inverse de ce qui se passe sur les thématiques précédentes, celui de l'humour et de la distance et les propos concernent préférentiellement la sexualité liée à une relation émergente ou extraconjugale⁶. Dans ce cadre, on comprend que l'échange autour des difficultés sexuelles est difficile.

Tous nos informateurs n'en ont d'ailleurs pas parlé. Dans plus de la moitié des situations, les personnes enquêtées ont gardé leurs difficultés pour elles ou l'intérieur de leur couple⁷. De multiples raisons peuvent expliquer ce silence. Si la peur d'une stigmatisation est vraisemblablement l'une de ces raisons, elle n'est pas la seule et des éléments propres à chaque situation ont pu entrer en jeu. Ainsi, parler des difficultés n'a vraisemblablement que peu d'intérêt quand celles-ci n'ont pas duré longtemps, comme

¹ On ne peut s'empêcher de penser ici à l'expression populaire « c'est ceux qui en parlent le plus qui en font le moins » qui sonne comme une mise en garde et qui semble signifier qu'il faut justement se méfier de ceux qui en disent trop sur le sujet et que cette exagération, cette emphase, cache peut être une vie sexuelle médiocre.

² Bidart, 1997 : 21.

³ Ferrand & Mounier, 1993 : 1459 ; Spira, Bajos & groupe ACSF, 1993 : 175. Ce qui paraît logique si l'on songe, en renversant la perspective, que le partage des confidences est l'un des éléments les plus fréquents qui entre dans l'émergence des relations d'amitiés.

⁴ Ferrand & Mounier, 1993 : 1467 ; Spira, Bajos & groupe ACSF, 1993 : 175.

⁵ Bidart, 1997 : 23.

⁶ Bidart, 1997 : 45.

⁷ En dehors des professionnels de santé rencontrés nous étions donc la première et la seule personne qui était au courant de leur situation.

c'est par exemple le cas pour Jean-Claude (8) qui n'a rencontré qu'une « panne » isolée. Par ailleurs, même si l'on a un ou une confidente, les difficultés sexuelles peuvent être considérées comme un sujet tout à fait à part. Dorothée (19), qui rencontre des difficultés sexuelles récurrentes et qui nous dit avoir une amie « avec qui elle parle de tout », déclare ainsi, après que nous lui ayons demandé si elle avait parlé de ses problèmes à son amie :

« Non, pas ça. C'est la seule chose qu'elle ne sache pas de moi. »

D'une manière générale, la règle est, pour les personnes en couple, qu'on ne parle pas de la sexualité du couple à l'extérieur¹.

Malgré les raisons qui plaident en faveur d'un certain mutisme en la matière, à un moment donné, certaines personnes atteintes d'un trouble sexuel en parlent et sont amenées à faire publicité de leur état auprès d'un tiers. Les raisons pour lesquelles les personnes ressentent le besoin d'en parler ne sont pas toujours explicites dans les entretiens. Deux raisons non exhaustives et non exclusives peuvent toutefois être envisagées. La première raison, un peu triviale, est que parler fait du bien et soulage. Si les personnes en parlent, c'est, semble-t-il, parce qu'elles souffrent de leur situation et qu'en parler permet de suspendre la souffrance, ne serait-ce que parce que cela rend possible l'extériorisation de quelque chose que l'on a gardé pour soi ou à l'intérieur de son couple et qui devient insupportable, trop pesant. La verbalisation permet la « mise à distance » de ce qui fait souffrir. La seconde raison d'en parler à quelqu'un d'autre est de le faire en ayant pour objectif (avoué ou implicite) de solliciter une aide ou un conseil. Avec qui et dans quelle occasion nos interlocuteurs en parlent-ils ?

Pour quelques unes des jeunes femmes que nous avons interrogées, en parler n'a pas posé de difficulté particulière. Ainsi Natacha (23) et Audrey (18) me disent en avoir parlé à leur meilleure amie sans exprimer de craintes ou de réticences particulières. Il en est de même pour Caroline (1) qui, elle, en parle non seulement à sa meilleure amie, mais aussi à sa petite sœur, avec qui elle est très proche. Les paroles sur leurs difficultés sexuelles suivent dans ces cas le même circuit que les confidences sur les autres sujets. Les difficultés sexuelles ne constituent pas un sujet spécifique pour elles, à l'inverse de Dorothée qui s'empêchait d'en parler à sa meilleure amie (*cf. supra*).

Si on fait le choix d'en parler, le choix du moment et des confidentes est toutefois important. Ainsi, Fanny (17) fait-elle l'amère expérience d'en avoir parlé à des amies

¹ Bidart, 1997 : 43. Cette règle semble être l'une des raisons qui a fait que certaines des personnes enquêtées nous ont dit participer à l'enquête « en cachette », sans l'avoir dit à leur partenaire.

avec qui elle s'est ensuite fâchée. Lors d'une soirée avec deux amies, la conversation porte, pour reprendre ses propres termes, sur des « trucs de filles ». Cet échange est l'occasion pour Fanny et une amie d'aborder leurs difficultés sexuelles pour la première fois. Fanny confie donc à ce moment là qu'elle n'a jamais réussi à atteindre l'orgasme. Les confidences faites lors de cette soirée donneront lieu à d'autres discussions sur le sujet au cours desquelles Fanny reçoit des conseils de la part des deux amies. Cependant, après quelques temps, leur relation se dégrade et Fanny regrette désormais qu'elles soient au courant de sa condition. Son inquiétude ne porte pas sur le fait qu'elles divulguent l'information à d'autres mais sur le fait qu'elle pense être maintenant l'objet de moqueries de la part de ses anciennes amies :

« Ce qui m'embête c'est que ... comment dire ? Tant que l'on s'entend bien, elles compatissent, mais à partir du moment où elles ont décidé que l'on ne s'entendait plus, ça les fait rigoler et ... moi je ne trouve pas ça rigolo. »

Les jeunes femmes interrogées qui parlent de leurs difficultés ont donc sollicité assez naturellement leurs meilleures amies.

Pour les trois hommes enquêtés qui nous disent en avoir parlé à quelqu'un, les conditions dans lesquelles ils en parlent sont assez différentes.

C'est dans le cadre de sa prise en charge par un service d'urologie pour une opération de la prostate que Lucien (15) avait été vivement encouragé à entrer en contact avec d'anciens patients. Sans connaître les arguments de l'équipe soignante, on peut penser que cette mise en réseau des hommes est une solution qui a été imaginée pour gérer leur angoisse face à ce type d'opération. Cette angoisse ne devait en effet pas manquer de surgir sous la forme de nombreuses questions dans les différentes rencontres entre patients et membres de l'équipe. Tout en reconnaissant l'importance et la nécessité de la parole, le dispositif permet en quelque sorte de repousser en partie celle-ci hors de l'espace de la pratique thérapeutique. Il y a fort à parier que cette solution était aussi le moyen de soustraire des échanges avec l'équipe les questions relatives à la sexualité en les « sous-traitant » aux anciens patients¹. C'est en tout cas grâce à ce dispositif que Lucien parle de cette question avec quelques anciens patients et c'est sur la base de ces échanges qu'il évalue la normalité de sa situation postopératoire

¹ Sur cette question des conditions de la parole sur la sexualité dans les institutions, les auteurs de l'enquête ACSF de 1992 notaient d'ailleurs que « lorsque des professionnels de l'action sanitaire et sociale sont amenés à parler de la sexualité des personnes qu'ils prennent en charge dans des institutions, des résistances importantes à aborder ces problèmes apparaissent. Les éducateurs ont le sentiment de « dévoiler » à leurs collègues une partie d'eux-mêmes (...) en parlant de la sexualité d'autres personnes. » (Spira, Bajos & groupe ACSF, 1993 : 181).

vis-à-vis de son érection (*cf. supra*). Avant même de faire l'expérience des difficultés, il avait donc pu en parler. Cet échange de parole institué par le protocole de prise en charge permettait un échange entre hommes ne se connaissant pas mais partageant un même problème. Après son opération et alors que les difficultés surviennent, Lucien n'est d'ailleurs pas à l'aise pour en parler à ses amis les plus proches. Et plutôt que de leur en parler à eux, il en parle, parce que l'occasion se présente, à deux autres hommes qui ont subi la même opération et qu'il rencontre dans le cadre professionnel. Electromécanicien pour une société d'ascenseur, il suit l'entretien des installations dans diverses structures ou institutions. C'est dans ce cadre qu'il trouve une écoute attentive auprès d'un proviseur de lycée dans lequel il intervient régulièrement. Les deux hommes n'abordent pourtant pas de but en blanc les difficultés sexuelles :

« Au début on n'était pas tout à fait concret. Disons que l'on s'est dit comme ça, qu'on avait subi ces interventions, mais on n'était pas allé au-delà, pas jusqu'à dire ce que cela faisait... enfin pas dans les détails... et puis on s'est ouvert et on se l'est dit. »

C'est au départ l'intervention chirurgicale qui sert de point d'entrée dans la discussion. C'est d'ailleurs en annonçant la survenue prochaine de son opération pour justifier ses absences à venir que Lucien trouve un autre confident d'occasion en la personne d'un religieux dans l'institution duquel il entretient les ascenseurs. Celui-ci a également été opéré de la prostate et viendra même rendre visite à Lucien à la clinique. Mais son interlocuteur n'étant que peu intéressé au maintien de ses capacités érectiles et ayant décidé de « tout se faire enlever » au moment de l'opération, ils ne parleront pas vraiment des répercussions sexuelles de l'intervention. Avec le proviseur en revanche, les enjeux sont partagés et les deux hommes discuteront ensemble des difficultés à utiliser les injections intra-caverneuses. Si Lucien a trouvé dans ces rencontres opportunes l'occasion de se confier sur sa condition, il n'en est pas de même avec ses deux amis les plus proches avec qui il lui est impossible de discuter de ses difficultés sexuelles. Pour Lucien, s'il est difficile d'en parler, c'est justement parce que ces deux frères, dont il est l'ami depuis l'enfance, sont les personnes avec qui il a partagé ses premières expériences sexuelles :

« Ce qu'il y a c'est qu'à la base on a passé notre jeunesse ensemble, on a fait les coups ensemble... la sexualité tout ça. Et ils savaient très bien que moi comme eux... que j'aimais bien cela... et je pense que de ce côté-là, ça gêne un petit peu... comme là-dessus quand j'étais jeune, il ne fallait pas me le dire deux fois (...) Disons que j'avais une certaine réputation en fait. »

Bien sûr ses amis n'ignorent pas qu'il a été opéré, mais Lucien escamote la discussion lorsque celle-ci aborde la sexualité :

« Il y en a un [*l'un des deux frères*] qui a des problèmes de cœur et qui me dit, je ne bande plus. Moi je lui réponds, ne te fais pas de bile, t'es pas le seul, mais ça s'arrête là, je ne lui dis pas que moi aussi, je suis dans ce cas là. »

Malgré le fait que son interlocuteur lui confie ses propres difficultés, il est impossible pour Lucien de rompre avec l'histoire écrite depuis l'enfance et qui lui a donné un statut précis dans l'agencement des relations amicales. Du point de vue de Lucien, la confiance aurait un coût relationnel trop élevé. Cet enjeu n'existe pas avec les hommes à qui il en parle et auxquels il n'est lié que de manière circonstancielle dans le cadre de son activité professionnelle.

C'est également parmi ses relations professionnelles que Paul (4) trouve quelqu'un à qui se confier. En effet, alors qu'il n'en parle pas aux amis qu'il côtoie régulièrement, il se confie à un ancien collègue et ami qu'il ne voit que très rarement à l'occasion des réunions d'anciens de son entreprise. C'est là aussi parce que son interlocuteur avait également eu des ennuis de santé que la discussion s'ouvre sur les difficultés sexuelles. Mais ce sera la seule fois où Paul abordera le sujet avec lui et il ne lui en reparlera pas quelques temps après quand il le rencontre à nouveau.

Lucien et Paul ont pu aborder leurs difficultés mais ils n'ont pas cherché à se confier auprès de proches. Si une parole circule sur ce sujet, c'est avant tout parce que l'occasion s'est présentée avec une personne n'appartenant pas au groupe des proches. Dans ces deux cas, l'échange se fonde d'abord sur un partage d'expérience autour des problèmes de santé, et c'est donc l'expérience partagée de la maladie qui facilite la parole sur ses conséquences sexuelles. On remarque d'ailleurs que c'est sur ce principe que repose le dispositif mis en place dans le service d'urologie où consulte Lucien. On peut d'ailleurs émettre l'hypothèse que c'est par ce que le trouble est interprété-construit comme une conséquence de la maladie que la parole est possible. Cette médicalisation du problème écartant la question de la responsabilité individuelle (*cf. supra*)¹.

C'est dans des circonstances tout à fait différentes que Patrick (6), qui souffre de problèmes d'érection anciens et chroniques, a été amené à en parler. Resté plus ou

¹ Un des interlocuteurs de Laura Beltran, qui a fait sa thèse sur des hommes rencontrant des problèmes d'érection recrutés dans un service d'urologie, déclare, à propos de la facilité à en parler que : « vu que c'est dû à une opération, c'est... je pense que c'est plus facile d'en parler que si c'était dû à rien, quoi. » (Beltran, 2009 : 228).

moins longuement célibataire depuis la fin de sa première relation de sept ans, Patrick n'a pas eu beaucoup l'occasion de parler de son problème sauf avec les quelques femmes qu'il a rencontrées mais avec qui il n'est pas resté. La problématique de la parole est d'ailleurs très présente dans tout l'entretien et il explique même que l'une des raisons qui l'ont poussé à l'accepter est que cela lui ouvrait un espace de parole supplémentaire. L'impossibilité d'extérioriser et de verbaliser sa souffrance morale lui pèse et c'est dans un moment où il ne va pas bien qu'il se confie à son père :

« J'en parle de temps en temps avec mon père, parce qu'une fois, j'étais tellement déprimé que mon père s'est aperçu que quelque chose n'allait pas (...) Du coup on en a parlé, mais pas trop, ce n'est pas une personne qui... c'est une personne sur qui on peut compter matériellement. Par exemple, le lendemain du jour où on en a parlé, il m'amenait une tablette de Viagra®, ça c'est mon père... mais finalement je lui ai dit : t'as rien compris toi. Alors là on s'est engueulé et je lui ai dit : écoute, moi je veux bien qu'on en parle, j'ai besoin d'avoir quelqu'un à qui en parler mais c'est moi qui décide quand on en parle. Depuis ça s'est bien passé, depuis il respecte ça mais il me sert plus en tant que personne à qui je peux faire confiance et à qui je peux en parler pour lever la soupape. »

Même s'il s'était confié à son père, Patrick n'attendait pas de lui qu'il s'immisce dans la gestion de son trouble et le geste maladroit de son père nécessite un ajustement des conditions de l'échange. Il ne s'agit pas en effet de lui demander de l'aider mais d'être disponible pour l'écouter. Patrick adopte d'ailleurs une posture utilitariste vis-à-vis des échanges sur ce sujet avec son père. Il ne souhaite pouvoir aborder ses problèmes avec lui que lorsqu'il a besoin d'extérioriser les émotions et la tension provoquée par sa condition.

La parole sur les difficultés sexuelles et le recours à la consultation est prise dans l'économie générale des confidences. Compte tenu de la diversité des cas et de leur petit nombre, il est impossible de conclure que la parole sur les difficultés sexuelles répond à des règles précises. En revanche, il apparaît clairement que la proximité affective et relationnelle est le point autour duquel s'articule le choix des personnes à qui l'on en parle ou pas. Si un certain nombre des personnes enquêtées se tournent « naturellement » vers les confident(e)s, pour d'autres, au contraire, cette trop grande proximité joue le rôle de repoussoir. Les jeunes femmes enquêtées qui en parlent considèrent ainsi sans trop de difficultés le fait d'en parler à leur confidente. Les deux hommes mûrs qui en parlent profitent quant à eux d'une occasion qui se présente avec un interlocuteur qui est dans la même situation.

4.1.1.4. Conseils profanes et itinéraires thérapeutiques

Echanger sur ses difficultés est l'occasion de recueillir l'avis et les conseils de son interlocuteur. Ces échanges peuvent intervenir sur plusieurs plans dans les itinéraires thérapeutiques.

Tout d'abord, ils sont un moment supplémentaire où le problème va être interprété ou réinterprété. Comme nous l'avons dit, l'identification-construction du problème est un processus dynamique, qui n'est jamais clos et à chaque fois que le problème est exposé, le diagnostic est toujours mis à l'épreuve. Ainsi, même si nous manquons d'éléments sur le contenu des discussions avec les personnes que nos informateurs mettent dans la confiance, celles-ci jouent un rôle dans l'élaboration du diagnostic au même titre que les discussions intraconjugales. Rien n'oblige d'ailleurs à ce que ces conversations succèdent aux échanges conjugaux. Les deux peuvent tout à fait se dérouler parallèlement. Ajoutons que le réseau de confiance en tant que tel est un des lieux de formation et de transmission des normes en matière sexuelle¹. En amont de l'identification-construction du problème, le réseau de confiance est donc un des lieux d'élaboration et de transmission des critères pertinents de détermination des différents troubles sexuels.

Nous avons vu comment Lucien (15), par exemple, s'appuie notamment sur les conversations qu'il a eu avec d'autres hommes ayant subi la même opération que lui pour considérer ses problèmes d'érection comme spécifiques et identifier-construire un problème autonome.

Sur un plan légèrement différent, les échanges sur les difficultés sexuelles sont l'occasion de recevoir des conseils ou d'être orienté vers un professionnel. Ainsi, dans ces situations, les personnes à qui l'on en parle peuvent être considérées comme un recours de première ligne. S'il s'agit d'un premier recours, il faut envisager que des sorties d'itinéraires thérapeutiques sont possibles dès ce stade, suivant la pertinence des conseils et l'efficacité des solutions proposées par ces profanes. Mais, dans les cas des personnes enquêtées, ce recours, quand il a eu lieu, n'a pas apporté de solutions suffisamment efficace ou pertinentes puisqu'elles ont toutes prolongé leur parcours et eu recours à un professionnel. C'est d'ailleurs la limite de ces conseils ou de ces solutions que certaines interlocutrices mettent en avant. Natacha (23) regrette ainsi que sa meilleure amie n'ait pas pu l'aider :

¹ Ferrand & Mounier, 1993.

« Alors que d'habitude, elle m'apporte beaucoup, sur ce plan là, pas du tout. »

Fanny (17), pointe plutôt, quant à elle, l'« incompétence » de ses amies :

« (...) J'en parlais avec mes amies et en général c'est vrai que de leur propre expérience les réflexes qu'elles peuvent avoir, c'est... la plupart du temps c'est des questions : mais pourquoi ça, mais ça je ne comprends pas, etc. Bon elles, elles ne comprennent pas, elles me proposent toujours d'aller voir plus des mecs plus âgés, de taper dans la soixantaine, ou d'essayer les filles, ou des trucs... ce qu'elles ont à leur portée quoi... »

Les amies de Fanny n'ont pas de grille de lecture spécifique pour comprendre ses problèmes. Les solutions proposées, qui reposent sur une interprétation des difficultés comme résultat d'erreurs dans le choix du type de partenaire, sont insatisfaisantes pour Fanny. La limite de cette expertise profane est qu'elle repose essentiellement sur l'expérience personnelle. Fanny juge ainsi assez sévèrement l'une de ses amies (avec qui, rappelons-le, elle est désormais brouillée) :

« Elle réfléchit à son échelle à elle... moi j'ai fait ça, ça marche, moi j'ai fait ça, ça n'a pas marché... moi quand j'ai galéré sur tel truc on a fait comme ça avec mon copain euh... mais une fois qu'on a épuisé toutes les possibilités bon... elle ne sait plus quoi me dire... »

Le recours à l'écoute, au conseil ou à l'aide d'un profane s'il permet de verbaliser sa souffrance ou ses inquiétudes en dehors de la sphère conjugale ou intime, permet vraisemblablement de soulager, au moins pendant l'échange, cette souffrance. Il s'avère en revanche peu efficace du point de vue de la résolution du problème. Toutes les personnes sollicitées ne proposent d'ailleurs pas des solutions.

En fait, ce recours à une aide profane est plus souvent l'occasion d'une orientation vers les recours professionnels. Ainsi, plusieurs des jeunes femmes enquêtées sont orientées par leur(s) amie(s) vers leur gynécologue. C'est ainsi le cas d'Audrey (18) à qui sa meilleure amie dit que son gynécologue est la personne « la mieux placée » pour répondre à ses questions. Dans d'autres situations, ce sont les amies qui conseillent directement d'aller voir un sexologue, notamment parce qu'elles y ont-elles-mêmes eu recours. Caroline (1), qui a d'abord été voir son gynécologue de son propre chef pour explorer de possibles causes organiques à ses difficultés, est orientée, quelques temps plus tard, vers un sexologue par sa meilleure amie qui avait été en voir un plusieurs fois. C'est également parce qu'elle a été en voir un avec son mari que l'amie à qui se confie Stéphanie (10) et Guillaume (9) leur conseille de faire cette démarche. Parfois, l'amie que l'on a sollicitée se fait l'intermédiaire entre la personne

atteinte et le professionnel. Fanny (17), par exemple, qui n'a « plus de gynécologue » suite à un déménagement, est orientée vers un sexologue par l'une de ses amies qui a interrogé son propre gynécologue sur la situation de son amie. Fanny est donc adressée à un sexologue par un professionnel, mais de manière indirecte.

4.1.2. Utiliser les ressources d'information disponibles ?

A côté de l'aide sollicitée auprès d'autres personnes, il nous apparaissait intéressant de savoir si les personnes enquêtées avaient recherché des informations et des solutions par elles-mêmes, en utilisant l'importante offre éditoriale disponible non seulement dans les magazines, les revues et les livres mais aussi sur Internet, où de nombreux sites proposent une information médicale et psychologique. A notre surprise, presque aucune des personnes rencontrées n'a effectué des recherches concernant les causes et les théories médicales ou psychologiques concernant ses difficultés. Les raisons de cette situation sont vraisemblablement très diverses. Pour ce qui concerne Internet, la plus évidente est que le taux d'équipement n'était pas si important en 2004/2005 au moment de notre enquête¹. Pour certains des hommes rencontrés issus de milieux ouvriers, cet état de fait s'inscrit sûrement plus généralement dans leur rapport au savoir et à la culture écrite. Dans les autres cas, il est difficile de dire pourquoi les personnes enquêtées n'ont pas fait cette démarche, mais notre étonnement signale sans aucun doute que nous avons cédé là à une forme d'illusion scolastique et que ce qui nous apparaissait comme une démarche assez évidente est en fait lié à notre propre position sociale et à nos propres pratiques vis-à-vis des problèmes médicaux.

Le seul à multiplier les recherches est José (20) dont on a présenté le cas dans le chapitre précédent. Son cas est, à ce titre, exemplaire, puisque c'est la lecture de magazines et les recherches régulières sur des sites Internet consacrés à la santé et aux recherches médicales qui l'aident à forger progressivement son opinion sur ses difficultés. La recherche d'information (de la même manière que le fait d'en parler avec quelqu'un pour solliciter son soutien et ses conseils) n'intervient en effet pas toujours après que le diagnostic ait été établi. Les informations recueillies participent elles-mêmes à la formation de ce diagnostic.

Si les personnes sont peu nombreuses à effectuer de telles recherches, quelques unes d'entre elles, en revanche, ont acheté ou consulté des livres de vulgarisation sur la

¹ Ainsi, seuls 34% des ménages avaient accès à Internet en 2004 contre 63% en 2009 (Deroin, 2010 : 3). Sur l'usage des TIC dans le domaine de la santé voir Akrich & Méadel, 2004.

sexualité conjugale. Concernant les articles de la presse magazine qui sont consultés à l'occasion, c'est surtout leur légèreté, leur trop grande généralité et leur manque de pertinence par rapport aux situations rencontrées qui sont soulignés.

4.1.3. Des solutions « maison » ?

Est-ce que les personnes interrogées agissent concrètement avant de consulter pour tenter de régler le problème elles-mêmes ? C'est à cette question que nous aimerions ici brièvement répondre. En fait, très peu de personnes déclarent avoir eu de telles initiatives. Patrick (6) est ainsi le seul, parmi les hommes qui rencontrent des problèmes d'érection, à essayer de lui-même un « médicament » vendu sur Internet. Dans les multiples tentatives pour faire face à ses difficultés, il achète une fois de la yohimbine¹. Mais cet essai d'automédication n'est pas concluant et il ne réitère pas sa commande. Les femmes qui rencontrent des problèmes de désir ne sont pas plus nombreuses à avoir essayé de faire quelque chose de concret avant de recourir à un professionnel.

Dans deux situations toutefois, les personnes concernées ont tenté de régler leurs difficultés sexuelles en imaginant et en testant par elles-mêmes des solutions.

4.1.3.1. Essais de ré-érotisation

C'est ainsi le cas de Valérie (2). C'est principalement elle, rappelons-le, qui est le moteur de l'identification-construction du problème, de sa verbalisation. Avant d'aller consulter avec son ami, elle prend un certain nombre d'initiatives pour essayer de faire changer la situation entre eux. C'est dans ce cadre qu'elle va acheter un livre sur la sexualité. Elle se rend à la librairie toute seule car son ami n'a pas voulu venir, ce qui constitue déjà un semi-échec pour elle car elle aurait aimé qu'ils soient ensemble :

« On aurait pu se marrer, l'assumer, ça nous aurait fait partager ce truc. »

Ce qui est intéressant, c'est que pour Valérie, ce qui compte, c'est tout autant la démarche que ce que le livre acheté pourrait apporter. Elle aurait souhaité qu'ils fassent quelque chose ensemble autour de la sexualité. Son choix se porte finalement sur un livre de techniques tantriques parce qu'il contient beaucoup d'exercices pratiques, d'exercices de respiration, des petites techniques pour faire durer le plaisir, retarder

¹ Un alcaloïde issu de l'écorce d'une essence africaine d'arbre (source : Wikipédia).

l'éjaculation, etc. et aussi plus prosaïquement parce que la couverture est discrète. Ce qui lui plaît, c'est que

« ce n'était pas de la théorie, du blabla, il y avait quand même beaucoup de petits exercices pratiques. »

Son idée c'est de mettre en pratique ces exercices avec son ami. Mais elle comprend vite les limites de la démarche :

« Le problème c'est qu'en fait, je pense que c'est un bouquin qui marche quand tu as déjà une vie sexuelle qui fonctionne bien et que t'as envie d'un peu de folie ou de trucs marrants, mais quand tu n'as plus de sexualité, si tu veux, ce n'est pas suffisant en fait. »

L'efficacité du livre repose ainsi autant sur son contenu que sur le contexte dans lequel on l'utilise et, en l'occurrence, l'expérience tourne vite court.

C'est également dans l'idée de « relancer » leur sexualité que Valérie et son ami vont utiliser des films érotiques qu'ils enregistrent à la télévision. Au-delà du fait que Valérie trouve ces films particulièrement pauvres du point de vue du scénario et de l'esthétique, elle n'est, là non plus, pas convaincue par leur tentative :

« On enregistrait, alors on avait plein de cassettes de films pseudo-érotiques mais euh... ça a pas suffi non plus. Ça c'est pareil, ça va pour remettre un coup de pouce dans un couple qui est à un moment un peu euh... pourquoi pas...mais je crois que quand tu es arrivé dans une situation vraiment difficile euh... Ou alors si, des fois ça marchait de manière ponctuelle, tu regardes un film, je ne sais pas pourquoi ça marche : bon, tu sais, je ne sais pas, le bruit, la sueur sur le corps...bon, je ne sais pas, ça te donne envie, tu t'y mets mais tu le fais une fois et après c'est fini, pour trois mois. »

Reprenant d'abord, à propos de l'utilisation des films, les mêmes arguments que pour l'utilisation des livres, elle nuance ensuite son jugement sur cette méthode en expliquant que si la méthode fonctionne, son efficacité est temporaire. A partir de son analyse, on comprend bien que regarder des films érotiques constituait une démarche à visée « thérapeutique ». En effet, il ne s'agissait pas en faisant cela d'élargir le spectre des scénarios sexuels mais de rétablir les scénarios antérieurs. Regarder des films n'est pas envisagé comme une évolution ou une variation possible de la sexualité conjugale mais comme une potentielle solution. Pour Valérie, si la méthode n'a qu'une efficacité relative, c'est parce qu'elle ne permet pas de réactiver la sexualité en dehors de l'utilisation des films, et elle n'envisage pas du tout que l'utilisation de films puisse faire partie intégrante des rapports sexuels du couple. L'utilisation des films a donc une visée pratique et l'attente de Valérie dépasse le résultat immédiat et concerne leurs effets escomptés sur la vie sexuelle « en général ». En filigrane de ses propos, se dégage

l'idée selon laquelle la sexualité *authentique* ou *véritable* est celle qui se manifeste sans que l'on use d'un dispositif, perçu comme artificiel, et sans que l'on ait à la « programmer »¹.

4.1.3.2. Essais de rationalisation

Stéphanie (10) et Guillaume (9) tentent aussi de trouver des solutions par eux-mêmes pour retrouver une vie sexuelle, altérée, selon eux, par la baisse du désir de Stéphanie. Mais avant d'en arriver à ce diagnostic, nous avons vu que Guillaume, qui est celui qui mène le questionnement conjugal sur cette situation, se demandait s'il faisait des choses qui ne plaisaient pas à sa compagne. Animé par une « volonté de comprendre », il propose dans un premier temps à sa femme, avec qui les discussions sur les difficultés sexuelles se multiplient sans déboucher sur des changements concrets et perceptibles, de faire une liste sur laquelle chacun consigne ce qu'il aime et ce qu'il n'aime pas chez l'autre, ce qu'il souhaiterait que l'autre fasse ou qu'il ne fasse pas, etc. :

« Avant d'y aller [*chez le sexologue*] on en a parlé, on n'a pas beaucoup avancé mais on en a beaucoup parlé... et au bout d'un moment, voyant qu'on n'avancait pas, j'ai dit on essaie de faire une liste de ce qui va, de ce qui ne va pas, de ce que tu voudrais et que tu n'as pas, de ce que je fais qui ne va pas... parce que pour moi, avant d'aller voir X, si elle n'avait pas envie, c'était aussi que ce que je faisais ne lui plaisait pas... et qu'en plus elle ne me parlait pas trop, donc j'avais du mal à savoir ce qui lui plaisait donc on a fait une liste premier truc, et puis après on a acheté les bouquins pour essayer de voir d'autres trucs que ceux que nous on avait vus. »

Pour Guillaume, la liste est un moyen d'objectivation et de rationalisation des envies et des souhaits de chacun. La mise en place de la liste oblige par ailleurs sa femme à s'exprimer sans passer par l'oral, et en somme, comme elle a des difficultés à dire les choses, le dispositif lui permet de les écrire sans avoir à les dire. Le petit dispositif cognitif de la liste² permet, en les fixant par écrit, la mise à distance des problématiques de chacun. Cela contribue à les faire apparaître puisque la mise en liste permet de comparer, de noter les correspondances mais aussi de relever les divergences. La liste révèle et dévoile donc un certain nombre de choses et à ce titre, il est tout à fait intéressant de noter, dans l'extrait ci-dessus, l'utilisation par Guillaume du verbe « voir » pour parler des « trucs » que cette liste leur a permis de mettre à jour.

¹ Le tiraillement de Valérie est exemplaire de ce que les normes contemporaines en matière de sexualité sont contradictoires. Ici programmation et spontanéité s'affrontent. Voir sur ce point les analyses d'André Béjin (Béjin, 1990).

² Sur les liens entre liste et connaissance, voir Goody, 1979.

L'achat des livres participe de la même démarche. Il s'agit de prolonger l'exploration des incompréhensions mutuelles et des différences de point de vue entre eux. Si la liste se focalisait sur les différences entre Stéphanie et Guillaume, le choix des livres va élargir le spectre de l'exploration aux différences entre hommes et femmes. Ils choisissent ainsi d'acheter deux livres différents, mais qui appartiennent au même projet éditorial : *Sexe et sentiments. Version homme* et *Sexe et sentiments. Version femme*¹.

Ces deux ouvrages permettent de nourrir la réflexion et si la liste permettait de mettre à plat ses propres idées, la lecture amène d'autres questionnements, comme nous le dit Guillaume :

« Cela aide à poser des questions sur certains trucs... moi je lui pose beaucoup de questions déjà et les bouquins, ça permet de poser des questions... il y a des trucs qui sont écrits dans les bouquins qui ne sont pas forcément adaptés à... qui ne sont pas forcément ce que l'un ou l'autre pense donc euh... il y a des trucs que je ne savais, pas, que je trouvais bizarres, donc je lui ai posé la question, est-ce que c'était ce que elle, elle pensait ou ressentait... »

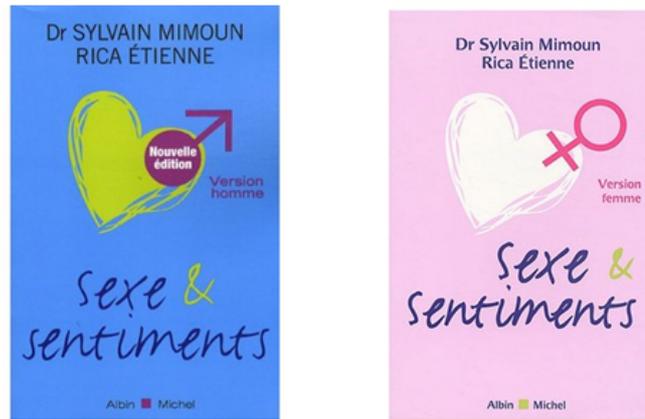
Les livres servent à la formulation des idées. C'est ce que souligne, de son côté, Stéphanie :

« ça m'a plus apporté... comme j'ai des difficultés pour m'exprimer, il y avait des jolies phrases toutes faites... donc après on se mettait des Post-it® et il me lisait les passages qui correspondait plus à moi... des fois j'ai du mal à mettre les mots les uns derrière les autres, du coup les bouquins m'ont aidée à m'exprimer un peu mieux... mais après on a pas trouvé LA solution... non... »

On le voit, les livres ne sont pas seulement lus, ils sont manipulés, marqués avec des Post-it®, lus à haute voix, etc. De ce point de vue-là, ils constituent le support technique des échanges conjugaux sur les difficultés sexuelles et servent de médiation entre les deux conjoints.

Si la liste et les livres permettent de mettre au clair un certain nombre de choses, la situation ne change pas radicalement et Stéphanie et Guillaume découvrent les limites de ces initiatives.

¹ Sylvain Mimoun, Rica Etienne, 2004, *Sexe et sentiments. Version homme*, Paris, Albin Michel ; Sylvain Mimoun, Rica Etienne, 2004, *Sexe et sentiments. Version femme*, Paris, Albin Michel.



Ces deux expériences montrent la motivation conjugale à trouver des solutions et la volonté de faire les choses à deux. Dans les deux situations, c'est d'ailleurs tout naturellement à deux qu'ils consultent. Bien que cela ne soit pas le cas ni de Valérie, ni de Stéphanie et Guillaume, il faut envisager que certaines personnes qui mettraient en œuvre les mêmes solutions et que celles-ci s'avèreraient efficaces pourraient sortir, à ce stade, définitivement ou temporairement, de l'itinéraire thérapeutique.

4.2. Parcours type vers la sexologie

Les individus ou les couples ont identifié-construit un problème sexuel, ils ont pu essayer d'en parler à certaines personnes, solliciter auprès d'elles de l'aide et des conseils, tenter de le régler par eux-mêmes en essayant de trouver des remèdes ou en mettant en place des solutions « maison ». Si ces diverses démarches ont pu les aider, atténuer leur inquiétude ou leur souffrance morale, rien n'y a fait et le problème persiste. Recourir à un thérapeute professionnel devient une évidence. Si tous nos interlocuteurs sont allés consulter un sexologue, puisque c'est à cette occasion que nous avons pu entrer en contact avec eux, il existe une grande diversité dans les parcours qui les ont conduits vers ce professionnel. Malgré la diversité des parcours, on peut assez logiquement distinguer les personnes qui sont adressées ou orientées chez un sexologue par un autre praticien de celles qui font elles-mêmes la démarche d'aller directement chez le sexologue. Dans la première situation, l'identification de l'offre sexologique est opérée par un professionnel, tandis que dans le second cas, elle est opérée par le patient.

4.2.1. Être « adressé » chez un sexologue

Si on peut recourir directement à un sexologue, dans les situations que nous avons rencontrées, ce recours s'inscrit aussi fréquemment dans un parcours de soin qui a débuté avec un autre professionnel. La sexologie constitue, dans ces situations, un recours de deuxième ligne qui s'appuie sur une première évaluation savante de la situation. Il faut toutefois distinguer deux formes de parcours selon que les orientations vers le sexologue sont dispensées dans l'espace de la pratique de la médecine de ville ou se font dans le cadre d'une prise en charge hospitalière.

Dans le premier type de parcours, les femmes concernées consultent d'abord leur gynécologue ou leur médecin généraliste et c'est ce professionnel qui les oriente vers un sexologue. Cette première consultation peut être justifiée par le fait que l'on pense que ces difficultés sont d'origine organique. Dorothée (19) consulte ainsi son médecin généraliste parce qu'elle a dans l'idée que ces douleurs vaginales trouvent leur origine dans les nombreuses infections urinaires dont elle a été atteinte. Dans d'autres cas, ce médecin est avant tout consulté en tant que « personne ressource ». C'est ainsi que Natacha (23) et Audrey (18), ne sachant pas trop vers qui se tourner, consultent leur gynécologue afin d'obtenir des conseils, même si l'une comme l'autre sont plutôt enclines à considérer que leur problème est d'ordre psychologique. Le gynécologue apparaissant, à ce moment-là, comme étant le mieux placé pour recevoir la parole sur la sexualité (vraisemblablement parce qu'il s'occupe déjà de ses aspects physiologiques, biologiques et reproductifs).

Dans le second type de parcours, qui ne concerne que des hommes parmi les situations étudiées, l'orientation vers le sexologue se fait à l'intérieur de l'espace hospitalier¹ dans lequel ce dernier tient une consultation. Ainsi Jean-Claude (8), va, après sa « panne », consulter l'urologue qui l'avait pris en charge pour son début de maladie de La Peyronie et qu'il avait également été voir après la rupture de son frein. L'urologue estime, à l'occasion de cette consultation, que Jean-Claude n'a pas à s'inquiéter de cette « panne » sur le plan organique et génital. Il lui propose toutefois de prendre rendez-vous avec la sexologue dont la consultation est accueillie dans le service. C'est dans le même service d'urologie que Lucien (15) a été pris en charge pour être opéré de la prostate. A la suite de cette intervention, il consulte plusieurs fois l'urologue dans le cadre du suivi postopératoire. A l'occasion de l'une de ces

¹ Par « espace hospitalier » nous désignons à la fois l'hôpital public et les cliniques privées et en l'occurrence, le service d'urologie dont on parle juste en suivant est celui d'une clinique privée.

consultations, et alors que Lucien rend compte au praticien de ses inquiétudes vis-à-vis de son érection, l'urologue lui conseille de consulter chez la sexologue, celle-ci l'invitant par ailleurs à se faire accompagner de sa partenaire. C'est également un urologue qui enverra Joseph (14) consulter un sexologue pour essayer de l'aider dans ses difficultés d'érection, mais il lui conseillera un sexologue en ville, hors du cadre hospitalier.

D'autres services que ceux d'urologie peuvent travailler en étroite collaboration avec un sexologue. C'est ainsi dans le cadre du SMIT¹ de l'hôpital où Stéphane (25) est pris en charge après la découverte de sa séropositivité qu'avec Mickaël (24) ils sont orientés vers la sexologue. Suite à l'annonce de la séropositivité de Stéphane, chacun d'eux se voit proposer la possibilité de bénéficier du suivi psychologique mis en place par le service. Ils iront donc tous les deux consulter la psychologue de l'hôpital pour des consultations individuelles. C'est en fait Mickaël qui s'investit le plus dans ce travail et c'est à lui que la psychologue conseille d'aller, avec Stéphane, voir la sexologue associée au SMIT.

Ces différentes situations appellent une première remarque. Que cela se fasse dans l'espace de la médecine libérale ou dans le cadre d'une consultation ayant lieu à l'hôpital, il nous semble que les personnes sont avant tout *orientées* vers la sexologie, plutôt que strictement *adressées* à un sexologue. Pour les médecins sollicités en premier recours, il ne s'agit pas en effet, comme c'est le cas par exemple quand un médecin généraliste adresse son patient à un médecin spécialiste (lettre au confrère à l'appui), d'envoyer un patient chez un autre médecin avec en tête une idée assez précise du programme qui attend celui-là mais plutôt de conseiller une ouverture possible. A ce moment-là, le médecin n'attend pas de retour particulier.

Du point de vue du diagnostic, l'orientation vers le sexologue correspond à trois types de situations : soit le diagnostic savant est en adéquation avec l'idée que se faisait le patient de son problème, soit le diagnostic vient contredire l'autodiagnostic, soit enfin le diagnostic fait par le médecin ne contredit pas les hypothèses profanes mais opère un déplacement et/ou un élargissement des interrogations. Dans les cas de Natacha (23) et Audrey (18), leurs gynécologues respectifs, qu'elles ont consultés « faute de mieux », viennent conforter leur interprétation du problème. A la psychologisation profane, succède la psychologisation savante. Nul besoin pour le gynécologue de formuler un

¹ Service des Maladies Infectieuses et Tropicales.

diagnostic précis puisque celui-ci sera précisé avec le sexologue, il entérine juste la « nature » psychologique des problèmes sur la foi de l'entretien et sans recourir à des examens biologiques. Dans d'autres situations, le diagnostic du médecin va s'opposer aux hypothèses étiologiques du patient et à la médicalisation du problème. Ainsi, le médecin généraliste de Dorothée (19) réfute le lien entre les infections urinaires et les douleurs qu'elle ressent. Et de la même manière, l'urologue consulté par Jean-Claude (8) après sa « panne » ne croit pas à une origine organique. Les problèmes sont renvoyés à la sphère psychologique. Dans d'autres situations encore, l'orientation vers la sexologie ne remet pas en cause radicalement les hypothèses du patient, mais vise à élargir l'horizon de sa réflexion. En conseillant par exemple à Lucien (15) de rencontrer la sexologue qui consulte dans le service, l'urologue n'invalide pas l'idée que les difficultés d'érections sont au départ liées à l'opération chirurgicale dont il assure le suivi. Il oriente vers la sexologue pour la prise en charge de leurs répercussions sur le psychisme et sur le couple de Lucien¹. Le cas de Joseph (14) est moins bien renseigné mais c'est bien parce que l'urologue échoue à trouver une solution, que les problèmes ne sont pas d'origine organique, ou que du moins, ils sont plus complexes, qu'il l'envoie chez un sexologue.

Le cas de Mickaël (24) et Stéphane (25) est le seul dans lequel l'orientation vers la sexologue est le fait d'une psychologue. Ici, l'orientation vers la sexologue semble être essentiellement guidée par l'opportunité de consulter avec les deux membres du couple et de traiter plus spécifiquement de la sexualité conjugale et des questions spécifiques à l'infection par le VIH.

Au final, l'orientation vers la sexologie est la conséquence de l'évaluation et du diagnostic que le professionnel sollicité en premier recours va établir. Dans la plupart des situations rencontrées ici, cette orientation vers la sexologie est en fait le résultat d'une psychologisation totale ou partielle par un médecin des problèmes exposés par les patients lors de la consultation. Cette psychologisation vient le plus souvent à l'encontre de la médicalisation du problème qui avait été le processus d'interprétation initial suivi par les patients et l'orientation vers le sexologue marque une évolution dans la définition et le type d'identification-construction du problème. A l'issue de l'évaluation, si le professionnel consulté oriente son patient, c'est donc qu'il estime ne

¹ Laura Beltran a observé une situation presque similaire dans un service d'urologie dans lequel les hommes qui sont reçus pour des problèmes d'érections peuvent bénéficier d'une consultation avec un psychiatre-psychanalyste (Beltran & Giami, 2009).

pas être compétent pour traiter le trouble, ou du moins pour en traiter tous les aspects. Ainsi, même quand le professionnel consulté continue la prise en charge sur son domaine de compétence (l'urologue de Lucien – 15, la psychologue de Mickaël – 24 et Stéphane – 25), le sexologue est sollicité pour traiter de la dimension psychologique, relationnelle, conjugale des difficultés et, dans certains cas, pour former à l'utilisation de technologies spécifiques, comme dans le cas de Lucien qui est formé aux injections intracaverneuses par la sexologue¹. Suivre cette orientation signifie, pour le patient, qu'il accepte la nouvelle définition de la situation proposée par le professionnel.

Précisons que ce type de parcours est de plus en plus fréquent selon l'un des sexologues que nous avons interrogé. Selon lui, sous l'effet de l'institutionnalisation de la sexologie, du poids des médecins sexologues et de leur progressive reconnaissance, de l'ouverture de consultations de sexologie dans des services hospitaliers spécialisés (oncologie, urologie, SMIT), la part des patients adressés au sexologue tend à augmenter au dépend des recours directs.

4.2.2. Recourir directement à un sexologue

Le recours direct au sexologue devrait être, en quelque sorte, le parcours le plus simple : ayant identifié un problème qui touche à la sexualité, les personnes s'adressent à un professionnel qu'elles identifient comme spécialiste des problèmes de sexualité. A l'inverse de la situation précédente, c'est le patient qui identifie l'offre sexologique dont il a eu connaissance par ses ami(e)s, la presse ou par un autre canal. L'offre sexologique étant très diversifiée, il n'est pas étonnant que ces recours directs à la sexologie puissent s'appuyer sur des modes différents d'identification-construction des problèmes. On peut tout aussi bien consulter directement chez un sexologue en psychologisant (ou en conjugalisant) son trouble qu'en le médicalisant, suivant que le sexologue est plutôt perçu comme appartenant au champ « psy » ou au contraire au champ « médical ». De ce point de vue, au moment même où le patient se mettra en quête d'un professionnel, il s'appuiera sur les divers éléments de présentation personnelle que celui-ci aurait fait figurer sur sa plaque, dans les Pages Jaunes, etc. Dans les Pages Jaunes, qui sont fréquemment citées par les patients comme le moyen utilisé pour choisir le thérapeute, les sexologues sont répertoriés dans deux rubriques distinctes : « médecins-sexologues » et « sexologues (pratique hors d'un cadre réglementé) ». Chaque praticien est ensuite

¹ La sexologue se faisant là une véritable « ergothérapeute » sexuelle.

libre d'abonder sa présentation en ajoutant le détail des techniques qu'il utilise (hypnose, thérapie de couple, sexothérapie, sexo-analyse, thérapie comportementale, etc.) ou en spécifiant les troubles qu'il soigne. Notre enquête nous a surtout donné l'impression que l'offre proposée par la sexologie n'était pas forcément bien connue ou qu'elle faisait l'objet d'une pluralité d'identifications.

Le recours au sexologue par les patients eux-mêmes peut intervenir de deux manières différentes dans le parcours thérapeutique. Soit le sexologue est le premier recours des patients, soit il est sollicité après d'autres professionnels.

4.2.2.1. Le sexologue comme premier recours

Compte tenu de la diversité des situations possibles, il est difficile de rendre compte simplement du recours à la sexologie en premier recours. A l'examen de ce que disent les patients de ce recours direct, deux axes d'argumentation se dégagent, même s'ils n'épuisent pas toutes les situations possibles. Le recours profane à un sexologue semble lié, d'une part, à l'opportunité que représente cette offre à un moment donné pour *parler* de ses problèmes et, d'autre part, à l'identification du fait que la sexologie peut recevoir des couples.

Une première série d'arguments exprimés pour expliquer ce recours rejoignent ainsi ceux qui avaient été formulés autour du problème de la parole et de la manière dont la question de la proximité avec l'interlocuteur pesait sur la possibilité de parler. Ainsi, pour quelques personnes le choix de la sexologie en première intention semble répondre à la nécessité de trouver une personne à qui en parler qui se situe à la « bonne distance ». C'est ce qui justifie, selon quelques-uns de nos interlocuteurs, que le recours au médecin généraliste, qui constitue le recours de première ligne habituel, ait été écarté.

Valérie (2) déclare ainsi :

« Je ne savais pas à qui demander en fait, je n'ai pas osé en parler aux amis autour de nous, j'ai un médecin généraliste avec qui je m'entends très bien et en général j'aurais eu tendance à lui demander de me conseiller quelqu'un mais là ça me gênait de le faire, je me voyais mal lui dire : j'ai des problèmes sexuels, vous pouvez me conseiller quelqu'un ? »

Sur un autre sujet que la sexualité, Valérie aurait sollicité son médecin généraliste au titre de personne ressource pour avoir des conseils et être orientée correctement. Ici, il lui est impossible d'en parler à son médecin de la même manière qu'il lui est impossible d'en parler à des amis. Le thérapeute est trop proche et cette

proximité est particulièrement favorable au développement de la honte, sentiment qui ne prospère jamais autant qu'au sein du réseau d'interconnaissance¹.

La « bonne distance » impose que l'on recourt à un thérapeute qui n'appartient pas au cercle des relations « domestiques » et cela même quand on côtoie dans son entourage une personne qui a toutes les qualités requises pour vous aider. C'est ainsi le cas de Louis (13), dont le voisin, qui est un ami et également son médecin traitant, est, par ailleurs, sexologue :

« Ici, j'ai un ami qui est sexologue, mais je n'ai pas voulu le consulter (...) je ne voulais pas lui en parler du fait qu'on se voit souvent, pourtant c'est mon médecin traitant, mais ça me gênait. »

Cette trop grande proximité avec le médecin généraliste est également relevée par Abigail (12) :

« J'aime bien mon médecin de famille, enfin de famille, de notre couple ... je l'aime bien mais je ne me vois pas lui parler de ça. Je me disais qu'une sexologue... d'aller chez le sexologue, on a l'impression d'y aller exprès pour cela et que donc la personne est habituée à parler de ça... c'est plus rassurant (...) et puis la sexologue c'est une étrangère, alors que le médecin il m'a connue avant, et j'avais pas envie qu'il m'en parle tout le temps, parce que je continuerai à le voir après aussi, voilà ... donc j'avais pas du tout envie d'en parler à mon médecin. »

Comme Valérie (2), Abigail souligne, dans un registre affectif, les bonnes relations qu'elle a avec son médecin généraliste. Le médecin généraliste occupe ainsi une place tout à fait spécifique qui lui confère un statut proche de celui des parents et/ou des amis, et le sexologue, que l'on contacte seulement pour un problème précis, répond mieux aux enjeux de discrétion qui pèsent sur les difficultés sexuelles. C'est cette « bonne distance » qui permet à la parole de se libérer. Si l'on suit ces arguments, le choix de la sexologie semblerait donc moins reposer sur la plus-value de compétences du sexologue par rapport au médecin que sur son plus grand éloignement par rapport au cercle relationnel. Dans ces situations, le sexologue semble être choisi par défaut, et on

¹ Erving Goffman notait déjà que « les intimes sont souvent ceux-là mêmes en face de qui il importe le plus de dissimuler les réalités honteuses » (Goffman, 1975 : 70) Et de citer, en appui à son propos, un texte de Gordon Westwood dans lequel celui-ci remarquait à propos des homosexuels dans les années 60 : « Bien que les homosexuels aient coutume de se défendre en affirmant que leur déviance n'est pas une maladie, il est remarquable que, lorsqu'ils en viennent à consulter quelqu'un, c'est presque toujours un médecin. *Et ce n'est presque jamais le médecin de famille.* Même ceux qui se comportent assez ouvertement en public prennent parfois un soin extrême à ne pas éveiller les soupçons *au sein de leur famille* » (Westwood, 1960 : 40, souligné par nous et cité par Goffman, 1975 : 70-71). Le médecin généraliste, « de famille », n'est d'ailleurs lui-même pas forcément à l'aise pour aborder la question de la sexualité avec ses patients. Dans une étude sur la question de la sexualité en médecine générale, Alain Giami a ainsi montré qu'un certain nombre de médecins revendiquaient le fait d'éviter d'aborder ces sujets (Giami, 2010).

ne dispose pas d'éléments de compréhension quant au choix de la sexologie et du sexologue en particulier (pourquoi ne pas choisir un psychiatre, un psychanalyste ou autre qui, comme le sexologue, ne se situent pas moins à la « bonne distance » ?).

Pour certaines situations, le recours direct semble répondre à la dimension conjugale de la démarche de consultation et par le fait que la sexologie offre la possibilité de consulter en couple. De ce point de vue, la manière dont le professionnel lui-même se présente sur les différents supports servant à sa communication joue un rôle important. Comme Valérie (2) nous le dit :

« J'ai pris l'annuaire à sexologie et j'ai regardé par rapport à l'annonce, et elle, il y avait marqué : thérapie de couple. »

Même si c'est plutôt elle qui prend les choses en main dans toutes les démarches, le problème identifié-construit est un problème conjugal et elle n'envisage pas de faire des démarches toute seule. Elle est donc sensible à l'ouverture conjugale affichée par la sexologue. De la même manière, Stéphanie (10) et Guillaume (9), qui, rappelons-le, font reposer leurs difficultés sexuelles sur la baisse de désir de Stéphanie, n'envisagent pourtant pas de démarche individuelle et, comme pour les solutions qu'ils ont tentées avant de consulter, le recours au sexologue est une démarche du couple. Ils ne se tournent donc pas vers les thérapeutes (du champ somatique ou psychologique) identifiés comme ayant une approche individuelle des problèmes. Il s'agit bien pour eux d'explorer les difficultés à partir de la relation conjugale, quand bien même elles trouvent leur origine chez Stéphanie. Mais ils souhaitent consulter un sexologue et non pas un autre professionnel, tel un conseiller conjugal ou un thérapeute de couple. Comme le disent Stéphanie et Guillaume en réponse à une de nos questions sur le conseil conjugal et la thérapie de couple :

Lui : « C'est simple, le seul point qui ne va pas, enfin qui ne va pas très bien et qui pourrait avancer, c'est la sexualité... »

Elle : « Pour moi la conseillère conjugale ou la thérapie de couple, je les vois plus quand il y a un problème dans le couple, une mauvaise entente, pas un problème forcément basé que sur le sexe, alors que la sexologie c'est basé pour nous autour du sexe et d'essayer d'évoluer de ce côté-là. »

Si on choisit le sexologue c'est parce que les difficultés que l'on rencontre sont circonscrites à la sexualité (qui est conçu comme un domaine ayant son autonomie) et qu'il n'y a pas, par ailleurs, de conflit relationnel à l'intérieur du couple. C'est d'ailleurs parce que, selon elle, le caractère conflictuel des relations avec son mari est premier par rapport aux difficultés sexuelles que Christine (7) explique, quant à elle, que, si elle

n'avait pas accepté la définition de la situation par son mari, elle serait allée voir un conseiller conjugal :

« Moi j'aurais eu plus tendance à aller voir un conseiller conjugal parce que pour moi le problème euh... enfin j'avais pas conscience que le problème venait du plan sexuel, je pensais que le problème venait de nos relations tout simplement et lui il est persuadé que nos problèmes viennent de nos relations sexuelles. »

La perception de la répartition des tâches entre sexologie et conseil conjugal est très claire, à la première ce qui relève du sexuel à l'autre le relationnel. Ayant circonscrit les difficultés au strict champ sexuel, ils écartent le conseil conjugal ou la thérapie de couple qui sont identifiés comme des disciplines traitant des conflits interpersonnels. C'est bien parce que les difficultés que rencontrent les couples relèvent de la mésentente sexuelle et non pas de la mésentente « tout court » qu'ils sollicitent le sexologue. Le sexologue est choisi aux dépens du conseiller conjugal ou du thérapeute de couple parce qu'on lui reconnaît une compétence spécifique à traiter de la sexualité.

4.2.2.2. Le sexologue comme nouveau recours

Le dernier type de parcours qui conduit chez le sexologue est celui dans lequel la personne concernée a déjà consulté un ou plusieurs professionnels mais décide ensuite d'elle-même de consulter chez un sexologue sans y avoir été orientée. Le recours au sexologue vient le plus souvent à la suite d'un ou de plusieurs autres recours qui n'ont pas apporté les solutions aux problèmes identifiés. De ce fait, il concerne plus particulièrement des personnes dont l'itinéraire thérapeutique se prolonge dans le temps.

Quête et errance thérapeutique

Le cas de José (20) est tout à fait exemplaire de ce type de parcours. José a 55 ans, c'est un ancien cadre de la grande distribution qui est au chômage depuis quinze ans, divorcé depuis treize ans. Il a rencontré pour la première fois des difficultés d'érection une dizaine d'année plus tôt, à la suite d'une dépression. Depuis les difficultés sont réapparues régulièrement lors de plusieurs relations de durées variables qu'il a entretenues avec différentes femmes. Pour régler son problème, il a multiplié les recours et les recherches personnelles depuis dix ans. Son problème et les premiers recours étant anciens, l'entretien ne permet pas de retracer en détails tout son parcours thérapeutique. On comprend toutefois que ses difficultés l'on conduit à consulter différents professionnels. Comme nous l'avons dit dans le chapitre précédent, il distingue clairement les difficultés survenues juste après sa dépression de celles qu'il

connaît trois ou quatre ans plus tard qu'il lie clairement à l'âge. A l'occasion du premier épisode de difficulté, au sortir de sa dépression pour laquelle il avait pris des antidépresseurs, il avait consulté un urologue qui lui avait dit de ne pas s'inquiéter et que tout reviendrait dans l'ordre avec le temps. L'urologue lui prescrit alors de l'arginine¹. A partir de cinquante ans, il est à nouveau soucieux des difficultés qui se manifestent irrégulièrement. Il consulte un généraliste pour lui demander une prescription de Cialis®². Il multiplie les recherches sur Internet, lit attentivement les magazines spécialisés de santé. Alors qu'il liait ses premières difficultés à sa dépression, à ce moment là, elles sont pour lui en lien avec le vieillissement. Très intéressé par les traitements antivieillessement, il achète sur Internet de la DHEA et un gel à base de testostérone. Pas totalement rassuré et convaincu, il décide de consulter un endocrinologue chez qui il arrive avec une série d'articles et d'études sur le vieillissement, l'andropause, les hormones de croissance, la DHEA, imprimés à partir de sites Internet. L'endocrinologue lui fait passer une série d'examens et constate effectivement un déficit hormonal. Il lui prescrit un traitement visant à augmenter son taux de testostérone. Toutes ses tentatives et ses démarches courent sur cinq ans sans qu'il soit satisfait des résultats et, à cinquante-cinq ans, alors qu'il a fait une rencontre avec une femme pendant l'été, il se décide à consulter de nouveau, chez un sexologue cette fois-ci, sexologue dont il a repéré le nom au cours de ses recherches et dont il trouve les coordonnées dans l'annuaire. On le constate, le recours au sexologue intervient dans un itinéraire long et complexe dans lequel les différents recours ne sont pas articulés entre eux. Le sexologue est sollicité au même titre que le médecin généraliste, l'endocrinologue ou l'urologue.

Cette forme de parcours peut aussi intégrer des recours à plusieurs sexologues. C'est ainsi le cas du parcours de Patrick (6) qui souffre de troubles anciens de l'érection (*cf. supra*) et qui a déjà consulté au moins six sexologues différents. Evidemment, dans les deux cas, chaque nouveau recours est justifié par le fait que les problèmes subsistent et que les solutions mises en œuvre n'ont pas fonctionné.

¹ L'arginine est un acide aminé à partir duquel le corps fabrique de l'oxyde nitrique qui favorise la dilatation des vaisseaux sanguins et donc l'afflux sanguin d'où son utilisation dans le traitement des problèmes d'érection (source : Wikipédia).

² Un médicament facilitateur de l'érection, proche du Viagra®.

Evolution de l'autodiagnostic

Caroline (1), elle aussi, recourt à la sexologie par elle-même, sans qu'elle soit orientée vers lui par sa gynécologue qu'elle était allée consulter. Ce recours apparaît comme le résultat d'une évolution de la définition qu'elle fait de la situation. Nous avons vu au chapitre précédent que, dans un premier temps, Caroline pensait que son problème avait des origines physiques. Elle évoque le sujet avec sa gynécologue :

« J'en avais parlé à la gynéco deux ou trois fois mais assez vaguement et vite fait (...) en fait j'avais fait une fausse couche et je m'étais dit que ça venait de là (...) et, effectivement, elle, elle appuyait, elle me disait : ne vous inquiétez pas, tout va se remettre dans l'ordre. »

L'autodiagnostic de Caroline est validé lors des échanges avec sa gynécologue à qui elle a parlé succinctement de ses problèmes. Malgré les propos rassurants du médecin, les difficultés persistent. Avec le temps, Caroline revoit ses hypothèses concernant ses difficultés. Elle ne souscrit plus à sa première interprétation pourtant confirmée par la gynécologue. Elle ne cerne pas bien ce qui se passe mais, au fond d'elle, commence à penser que ses difficultés sont liées à l'attitude de son compagnon. En fait, elle subit la violence sexuelle sournoise de celui-ci, qu'elle met du temps à se formuler parce qu'elle est, selon elle, pendant longtemps, très amoureuse. Elle explique son comportement :

« Il demandait toujours des choses, aller plus loin, aller plus loin, aller plus loin et puis... moi, en fait, je prenais aucun plaisir parce que je sentais que c'était... C'était pas un jeu donnant-donnant, c'était moi je prends et toi tu subis et euh... je ne sais pas comment t'expliquer... »

Dès qu'elle essaie de discuter de tout cela avec lui, il refuse de se remettre en cause, de telle sorte que tout échange sur le sujet devient vite impossible :

« On en a parlé mais lui c'était un sujet qui le mettait tout le temps en colère. Dès qu'on abordait le sujet, il se mettait en colère... en disant que c'était moi qui n'étais pas assez ouverte, que j'étais... Que je faisais un blocage, que je n'étais pas normale. »

Elle lui propose d'aller ensemble voir un sexologue, ce qu'il refuse catégoriquement, et finalement, elle décide de consulter toute seule, avant tout pour avoir l'avis d'un professionnel sur sa situation, en n'ayant plus d'hypothèse précise sur son problème. Elle choisit d'ailleurs spécifiquement un sexologue homme, car elle dit avoir besoin de l'avis d'un homme¹.

¹ On pourrait rapprocher cela de ce que disait Claire Bidart à propos des confidences : « les avis du sexe opposé sont très recherchés, notamment lorsqu'on a justement des problèmes avec celui-ci » (Bidart, 1997 : 47).

Ce court chapitre nous a permis de détailler les différents types d'itinéraires qui conduisent chez le sexologue. Il faut bien constater que ces itinéraires sont très divers et que leur analyse ne permet pas de dégager un modèle unique de recours, ni de comprendre précisément comment s'opère le choix de la sexologie. Lorsque les patient-e-s sont orienté-e-s vers la sexologie c'est au professionnel sollicité en première intention que revient le « choix » de la sexologie. Pour les patient-e-s, le fait que les problèmes touchent à la sexualité n'a pas changé leur manière de procéder. En première intention, ils/elles ont consulté leur thérapeute habituel (généraliste, gynécologue, urologue). Dans les situations de recours direct au sexologue, c'est bien les patient-e-s qui font le « choix » de la sexologie et, en première approche, on peut penser que s'il y a choix, celui-ci repose nécessairement sur l'identification par ces patient-e-s d'une « promesse » thérapeutique particulière à la sexologie. En fait, la sexologie apparaît comme une « opportunité » et plutôt que de penser que les patient-e-s ont opéré un choix entre les diverses solutions (que nous identifions comme théoriquement possibles), il apparaît plus vraisemblable de penser qu'ils/elles sont allé-e-s vers la sexologie parce que c'était pour eux/elles la seule solution possible (c'est-à-dire qui se propose à eux à un moment donné). L'erreur serait effectivement de penser que les choix thérapeutiques ne reposent que sur le patient lui-même qui aurait à tout instant une connaissance exhaustive de l'offre thérapeutique susceptible de lui apporter une aide potentielle. Ce serait oublier, d'une part, l'influence de son « milieu » et de la « culture thérapeutique » qui y circule, élément incontestable de prescription des choix légitimes, et, d'autre part, oublier que tout itinéraire est aussi tributaire de toute une série d'événements fortuits. C'est d'ailleurs l'avertissement de Didier Fassin :

« (...) Le cheminement du malade à la recherche d'un diagnostic et d'un traitement apparaît donc comme la résultante de logiques multiples, de causes structurelles (système de représentation de la maladie, place du sujet dans la société) et de causes conjoncturelles (modification de la situation financière, conseil d'un voisin) qui rend vaine toute tentative de formalisation stricte. »¹

Les itinéraires thérapeutiques dépendent d'un nombre trop grand de paramètres pour pouvoir espérer en saisir toute la subtilité. Mais la démarche thérapeutique ne se résume pas à l'itinéraire thérapeutique des patients, elle a un sens pour ceux qui s'engagent et c'est cet aspect que explorons dans notre troisième partie.

¹ Fassin, 1992 : 118.

Troisième partie

Troubles sexuels et genre

Les femmes et les hommes qui rencontrent des difficultés sexuelles se trouvent projetés dans une relation « directe » avec leur sexualité qui est, à cette occasion, *mise à l'épreuve*. Dès lors, ils affrontent une situation critique dans laquelle sont révélées des dimensions et des implications de la sexualité qui étaient jusqu'alors plus ou moins cachées. Il n'y a plus d'évidence et les certitudes vacillent. Quel est le sens donné à la démarche de consultation par les individus et les couples interrogés ? Quelles sont, pour le formuler autrement, les logiques qui amènent à consulter ? Dans quel but et avec quels objectifs les personnes et les couples consultent-ils ? En quoi cela nous renseigne-t-il sur les différentes significations sociales contemporaines de la sexualité ?

L'objet de cette partie est d'explorer successivement les discours des femmes (chapitre 5) et des hommes (chapitre 6) afin, d'une part, de comprendre la signification du recours thérapeutique et, d'autre part, de voir comment sont pensées les articulations entre sexualité et/ou genre et/ou conjugalité. Précisons qu'il ne s'agit pas ici, même s'il nous arrivera de les mettre en regard, de comparer le discours des unes avec celui des autres puisque notre corpus d'entretiens ne s'y prête pas.

Chapitre 5

Troubles sexuels, conjugalité et identité féminine

Les femmes interrogées¹ constituent un groupe relativement homogène, du point de vue de l'âge, de la situation conjugale et des difficultés rencontrées. Il y a malgré tout des différences entre les situations, notamment du point de vue de la parentalité, puisque seules certaines d'entre elles sont mères, et de celui de la longévité de la relation conjugale qui peut varier de un an à quinze ans. Par ailleurs, la manière dont les problèmes ont été identifiés-construits varie d'une situation à l'autre. Enfin, selon les cas, ces femmes peuvent être à l'origine de la démarche de consultation ou au contraire avoir été amenée ou envoyée en consultation à l'invitation ou sous la pression de leur conjoint. L'objet de ce chapitre est d'explorer les différentes situations de recours féminins et d'analyser les régularités et les variations entre chaque cas.

La présentation suivra deux axes. Nous nous intéresserons tout d'abord à la manière dont le recours à la sexologie est justifié par les femmes interrogées et le sens que celui-ci prend par rapport à leur situation biographique et conjugale. Dans ce premier moment, la sexualité (ses interprétations, ses significations) est plutôt envisagée en tant qu'elle est un effet du genre, dans la mesure où l'attitude des femmes vis-à-vis des troubles et de leur traitement est ici très fortement marquée par les déterminismes liés à leur appartenance de sexe. Nous verrons ensuite que les difficultés sexuelles et leur prise en charge amènent les femmes à s'interroger sur leur identité sexuée et sur ses liens avec la sexualité. La sexualité est alors plutôt appréhendée en tant qu'elle participe de la production de l'identité (notamment de genre), puisque l'interrogation sur la sexualité et la prise en charge de cette même sexualité conduit à une reconfiguration de l'identité sexuée.

¹ Dans cette partie nous nous appuyerons sur l'analyse des situations de recours n°1, 2, 6, 8, 10, 14, 15, 16, 19 et 20 (cf. supra tableau 7).

5.1. Une logique conjugale de consultation

La très grande majorité des femmes que je vois ont besoin d'un alibi pour consulter : leur couple.

Un sexologue interrogé pendant l'enquête

Cette phrase, extraite d'un échange que nous avons eu avec un sexologue pendant notre enquête, résume parfaitement le contenu des discours des femmes dont nous avons exploré le recours à la sexologie. Dans l'échange qu'elles ont avec nous, ces femmes envisagent la sexualité moins comme une fin en soi que comme un moyen au service de la « cause » conjugale. En effet, leur angoisse s'appuie sur la menace que les difficultés sexuelles font peser sur la relation. Que les troubles identifiés soient individuels (perte de désir, douleurs à la pénétration ou absence de plaisir) ou attachés au couple, ils se manifestent par une absence ou, plus fréquemment, par une baisse de fréquence des rapports sexuels entre conjoints. Quel que soit le trouble donc, c'est la sexualité conjugale et sa gestion qui se retrouvent au cœur du questionnement de nos interlocutrices et c'est au nom du couple qu'elles déclarent consulter. De ce point de vue, les femmes rencontrées sont en accord avec une majorité de leurs contemporaines qui, comme l'ont montré les enquêtes quantitatives, partagent une « interprétation conjugale » de la sexualité¹. Les consultations féminines s'inscrivent ainsi dans une logique conjugale. Elles s'appuient bien sûr sur l'idée qu'il ne peut y avoir de sexualité sans sentiment mais surtout sur l'idée qu'il ne peut y avoir de relation conjugale sans sexualité. Les discours recueillis viennent ainsi confirmer que la sexualité tient désormais un rôle central dans la constitution du couple² et dans son entretien. Comme le notent Marie-Ange Schiltz et Maryse Jaspard, le couple contemporain doit désormais

« pérenniser, envers ou contre l'autre, l'amour physique qui a présidé à sa formation. »³

Au-delà de ce constat général, l'objet de cette partie est de voir comment la logique conjugale qui guide les consultations féminines prend forme dans la variété des discours individuels et des situations conjugales et biographiques. En fait, du point de vue de son rapport avec les interprétations de la sexualité et de la conjugalité, le recours thérapeutique peut être envisagé suivant deux perspectives différentes (mais non-exclusives). Le recours répond ainsi souvent à la nécessité de prévenir, éviter ou gérer

¹ Bozon, 1998a : 30.

² Bozon, 1991.

³ Schiltz & Jaspard, 2003 : 97.

les conflits ou les difficultés conjugales engendrés ou susceptibles d’être engendrés par les problèmes sexuels. Il apparaît dès lors comme un recours « défensif ». Le discours de nos interlocutrices insiste alors sur le caractère contraignant de la situation qui est elle-même présentée comme subie. Mais le recours peut être aussi « offensif », au sens où la prise en charge des difficultés sexuelles est l’occasion de promouvoir la qualité de la sexualité conjugale et l’harmonie sexuelle entre les conjoints, de renforcer la dyade conjugale dans un projet maîtrisé de construction du couple.

Pour le dire autrement, les comptes-rendus de recours oscillent, pour reprendre une distinction faite par Luc Boltanski¹ à propos des discours tenus par des femmes ayant avorté, entre deux registres : le *registre de la nécessité* et le *registre de la volonté*.

Dans le registre de la nécessité,

« le raisonnement suivi consiste (...) à montrer que l’IVG a été *choisie*, mais parce qu’il n’y avait *pas d’autres choix* (...) »².

Dans le registre de la volonté, l’avortement semble

« s’inscrire dans un plan d’action rationnel, défini par rapport à une conception linéaire du temps »³.

Dans notre enquête, l’inscription du recours thérapeutique dans ces deux registres se comprend du point de vue de l’articulation entre sexualité et conjugalité. Dans le registre de la nécessité, la sexualité apparaît comme une contrainte inhérente au couple lui-même. Si l’on ne veut pas que le couple soit menacé, on ne peut faire autrement que de s’occuper de ses difficultés sexuelles. Dans le registre de la volonté, l’enjeu de la démarche thérapeutique est l’accès à une sexualité conjugale épanouie qui est présentée comme essentielle au projet conjugal et familial dont on maîtrise (ou dont on essaie de maîtriser) les différentes étapes. Dans les entretiens, nos interlocutrices peuvent passer d’un registre à l’autre.

5.1.1. Consulter pour prévenir et/ou gérer les difficultés conjugales

Comme nous l’avons déjà dit, la préoccupation des femmes avec qui nous nous sommes entretenus, c’est leur couple et l’horizon de pertinence du trouble, c’est la relation conjugale. Amenées à justifier leur démarche thérapeutique, elles la présentent comme inéluctable du point de vue de l’histoire conjugale. Cela est particulièrement

¹ Boltanski, 2004 : 301-304.

² Boltanski : 2004 : 302, souligné par l’auteur.

³ Boltanski : 2004 : 302.

frappant dans les récits de nos interlocutrices qui ont été à l'origine de la consultation¹. Leurs récits sont structurés autour d'une même intrigue de départ : les difficultés sexuelles vont conduire à la fin du couple. C'est pour déjouer cette issue fatale qu'il y a urgence à consulter.

5.1.1.1. Demandes masculines et déséquilibres des échanges sexuels

Les propos que tient, en début d'entretien, Natacha (23), 33 ans, juriste dans une mutuelle, sont explicites sur ce point :

« Ce qui a fait que je consulte ? L'envie que ça change. Je pense que j'avais peur qu'un jour où l'autre notre couple batte de l'aile à cause de ça... mais sans qu'il y ait de reproches ou de choses qui posent difficulté au moment où j'ai pris rendez-vous.

[C'était plus la question du couple ?]

« Oui... moi *a priori* cela ne me manquait pas c'était plus la peur qu'à terme ça génère des difficultés dans notre couple. »

C'est moins l'absence de sexualité qui est directement problématique que ses conséquences sur la relation conjugale. Toutefois, elle ne dit pas directement quel type de difficultés pourrait survenir. Interrogée sur ce point, on comprend que c'est l'existence même du couple qui serait, selon elle, menacée :

« Je me suis dit : je vais perdre Christian [*son compagnon*] si ça ne s'arrange pas. »

Le risque c'est que son compagnon parte. Régler ses difficultés apparaît dès lors comme une nécessité. Mais celle-ci n'a pas été formulée d'un seul coup, elle s'est progressivement imposée à elle au fur et à mesure des conversations conjugales :

« C'est un truc [*la sexualité*] qui ne me manquait pas... donc c'est plus en me mettant à la place de Christian... c'est vrai qu'on n'a pas ... on n'a pas de tabou au niveau de la communication, on parle de tout assez librement, enfin même totalement librement, donc forcément j'arrivais à me mettre à sa place à lui quoi... mais il ne m'a pas poussée à le faire [*à consulter*], il m'a approuvée une fois que je lui ai suggéré l'idée mais entre le moment où j'ai suggéré l'idée et le moment où je l'ai fait il y a eu un certain laps de temps et il ne m'a pas poussée. »

A l'occasion de leurs conversations, son compagnon exprime en effet son manque vis-à-vis de la sexualité (elle précisera : « il me dit que ça lui manque ») et c'est en adoptant une attitude compréhensive (« c'est plus en me mettant à sa place ») qu'elle appréhende pleinement le caractère problématique de la situation engendrée par ses

¹ Valérie (2), Abigail (12), Audrey (18), Dorothée (19) et Natacha (23).

difficultés. Le problème principal, c'est l'insatisfaction de son compagnon concernant leur sexualité et la démarche thérapeutique vise à pouvoir y répondre.

Même si elle tend, dans les extraits cités ci-dessus, à insister sur la qualité de la communication conjugale et sur le fait que la démarche thérapeutique intervient dans un contexte non-conflictuel (« sans qu'il y ait de reproches ou de choses qui posent difficulté au moment où j'ai pris rendez-vous », « mais il ne m'a pas poussé à le faire »), la suite de l'entretien laisse apparaître que les difficultés sexuelles sont et ont été à l'origine de tensions entre les deux conjoints. Ainsi, malgré le fait que, d'après elle, la décision de consulter a été prise dans une période où les tensions étaient de faible intensité, il n'en reste pas moins que son compagnon a quand même parfois du mal à accepter la situation et elle revient plusieurs fois sur ce point dans l'entretien :

« (...) il m'expliquait que c'était devenu invivable pour lui, donc on était dans une période de tensions (...) »

« (...) il me dit qu'il ne peut plus vivre comme ça, qu'il a l'impression que rien ne s'arrange (...) »

Au moment de l'entretien, elle a donc déjà directement éprouvé les effets des difficultés sexuelles sur la relation conjugale. La situation pèse donc et ses craintes sont fondées empiriquement et non simplement théoriquement. Dans ce contexte on peut se demander si le fait de ne pas insister sur ce point en début d'entretien n'est pas une façon de mettre à distance les contraintes « objectives » qui pèsent sur elle et sur la décision de consulter, pour préserver, dans sa présentation, le caractère volontaire et libre de sa démarche. Dans la mesure où elle se sent entièrement responsable de la situation, c'est aussi un moyen pour elle, nous semble-t-il, d'une part d'éviter que son compagnon puisse être rendu responsable de quelque ce soit et d'autre part de montrer qu'en entamant une démarche thérapeutique elle assume ses responsabilités. Il nous semble que la mise en avant de ce volontarisme est largement liée aux questions qu'elle se pose à propos de ses problèmes sexuels. Ainsi, après lui avoir demandé quel type d'aide elle recherchait en allant chez un sexologue, elle nous répond :

« (...) j'avais besoin qu'on m'explique ce qui m'arrivait parce que moi j'étais complètement paumée et alors soit je m'imaginai que je n'étais pas normale, soit c'était un symptôme disant que je n'étais pas amoureuse de Christian et j'étais vraiment très angoissée à cause de ça. »

Notons d'abord que, dans ce passage, elle met en avant les deux sentiments que provoque chez elle le trouble : anormalité et culpabilité. Il n'y a pas de contradiction à les ressentir successivement. En effet, cela correspond à deux points de vue différents

sur le trouble. L'anormalité correspond plutôt à un regard porté sur son état intérieur et personnel (du type : « mon psychisme ne fonctionne pas normalement »). La culpabilité relève plus d'un regard porté sur la relation. La culpabilité est un rapport de soi avec les autres. Il y a derrière l'idée que, du fait de son état, elle ne remplit pas les termes du contrat conjugal. Les difficultés sexuelles seraient ainsi le signe d'un possible désinvestissement amoureux. L'absence de plaisir et la baisse du désir trahiraient une chose que l'on ne s'est pas formulée consciemment. Le trouble serait un signe donné par le corps et l'esprit à *son insu*¹. C'est justement pour aller contre cette idée qui lui est insupportable qu'elle consulte et veut essayer de régler les problèmes. Contre les *signes* qui lui sont donnés, elle veut donner un autre *signal* à son compagnon. Il faut opposer à la situation une démarche volontaire et faire don de quelque chose. Elle refuse la mise en cause de l'amour qu'elle porte à son compagnon et, en quelque sorte, elle consulte par amour. Il est d'autant plus important de consulter qu'elle a par ailleurs cessé d'accepter des rapports sexuels dont elle n'avait pas envie :

« J'ai arrêté ça, parce que c'était encore... je me demande si une partie des difficultés ne sont pas venues de ça aussi, vouloir lui faire plaisir à tout prix alors que moi je n'en avais pas du tout envie... j'ai trouvé ça assez dévalorisant finalement. Et c'est un truc que j'ai arrêté depuis un petit moment. Si on le fait c'est qu'on en a envie tous les deux mais ce n'est pas pour lui faire plaisir. »

Si l'arrêt des rapports non désirés est une décision réfléchie, elle n'en ressent pas moins de la culpabilité. En effet, si l'on suit l'idée que le couple est un espace d'échange basé sur une économie du don², elle soustrait, par cette décision, un bien aux échanges conjugaux qui s'en trouvent, par là même, déséquilibrés. Dans le cas de Natacha par ailleurs, le déséquilibre semble gagner d'autres sphères de la vie conjugale, notamment parce qu'elle souffre d'épisodes chroniques de dépression. Dans ces moments là, elle n'est, selon elle, plus capable de rien, si ce n'est de remplir ses obligations vis-à-vis de son emploi. En conséquence c'est lui qui s'occupe du quotidien :

« (...) c'est vrai qu'en plus quand je suis dans une période où je vais pas bien, à la maison il assume beaucoup plus de choses que moi... donc il se sent un peu utilisé aussi. »

¹ La sexologue Marie-Hélène Colson, rapportant le cas d'une de ses patientes venue la consulter pour des douleurs à la pénétration, raconte comment celle-ci lui a décrit son ressenti de la situation : « Quant à Sabine, elle dira combien elle aime Laurent, combien elle se sent coupable de ses refus, mais que cela lui est impossible, que *c'est comme si son corps ne répondait plus à sa tête ni à son cœur*. » (Colson, 2001 : 39, souligné par nous).

² Bozon, 2005.

Le déséquilibre dans la répartition des tâches domestiques se surajoute au déséquilibre des échanges sexuels.

La démarche thérapeutique s'inscrit donc dans le cadre de la gestion des échanges conjugaux et plus particulièrement des demandes de son compagnon en matière sexuelle. Demandes qui sont légitimes dans la mesure où, pour Natacha, la sexualité est pensée comme une expression des sentiments. Dans la mesure où elle n'est pas elle-même en demande vis-à-vis de la sexualité, elle nourrit un fort sentiment de culpabilité et met en avant le déséquilibre que cela engendre. Si, à l'échelle de la relation, c'est l'impossibilité de répondre aux demandes de son compagnon qui génère un danger, à l'échelle individuelle c'est la disjonction entre sentiment et sexualité, provoquée par les difficultés sexuelles, qui constitue pour elle la menace sur le couple. Comme nous l'avons vu, au-delà de la question de ses troubles sexuels, la consultation vise à répondre à cette interrogation. C'est d'ailleurs pour cela qu'elle préfère consulter seule :

« (...) j'avais besoin d'exprimer les craintes que j'avais vis-à-vis de lui, même si lui, je lui en avais parlé aussi... mais euh... j'avais la crainte qu'on me dise ben oui, c'est ça et je n'avais pas envie qu'il soit là... si ça avait été cela la réponse, je n'avais pas envie qu'il soit là pour l'entendre.... la crainte c'était vraiment que cela soit révélateur du fait que je n'aimais pas Christian, ou pas vraiment. »

Ce qui est intéressant, c'est que son compagnon a une autre vision des liens entre amour et sexualité :

« Lui m'a dit que les deux n'avaient rien à voir et qu'il ne fallait pas que je m'inquiète... il a essayé de me rassurer quoi et de m'expliquer que les deux n'allaient pas de pair, que ce n'était pas aussi simpliste que ça. »

La proposition de son compagnon, qui distingue très clairement sexualité conjugalité (conception plus couramment partagée par les hommes¹), ne suffit pourtant pas à convaincre ni à rassurer Natacha. Régler ses difficultés devient donc urgent et elle entreprend une démarche qu'elle n'avait jamais faite auparavant. En effet, Natacha a identifié ses difficultés bien avant d'être avec ce compagnon mais c'est quand elle est avec lui qu'elle décide de consulter. Il faut dire qu'avant d'être avec lui, les difficultés sont pour elle directement liées à la qualité et la nature de ces relations. C'est ce que l'on comprend lorsque nous l'interrogeons pour savoir si ne pas consulter plus tôt était

¹ Selon l'enquête CSF 2006, si 48,9 % des hommes de 18 à 69 sont « tout à fait » ou « plutôt » d'accord avec l'affirmation selon laquelle on peut avoir des rapports sexuels avec quelqu'un sans l'aimer, les femmes ne sont que 26 % (Bajos, Ferrand & Andro, 2008 : 554).

lié au fait qu'elle ne faisait pas le lien entre sexualité et conjugalité dans ces précédentes relations :

[Ce lien que vous faites entre sentiment et sexualité, vous ne l'aviez pas fait pour les autres relations ?]

« Si, si, et vu que les autres relations étaient nulles, ça allait dans le bon sens. Vu qu'elles n'étaient pas aussitôt commencées que déjà finies, et que je voyais que ça n'allait pas... Donc oui, je faisais le même parallèle et ça confortait ma théorie. »

On le comprend, Natacha consulte pour faire face à ce qu'elle identifie comme une menace sur son couple. Cette construction du risque articule les demandes de son compagnon qui sont légitimées et sa propre conception de la sexualité comme expression des sentiments. Malgré les tensions qui peuvent apparaître entre eux, son compagnon ne semble pas partager, du moins ouvertement, les conclusions de Natacha sur les effets des troubles sexuels sur leur relation :

[Vous vous dites que c'est une menace pour votre couple.]

« Oui, ça clairement oui, enfin moi je le vois comme une menace. »

[Et lui il en parle de cette menace ?]

« Non. Jamais. »

Pour lui, à ce moment-là de leur histoire, les difficultés et les conflits ne préfigurent pas directement la fin de la relation. Dans un premier temps d'ailleurs, il estime qu'ils vont pouvoir trouver des solutions sans recourir à une aide extérieure et c'est Natacha qui envisage de consulter.

Pour Abigail (12), 30 ans, assistante d'éducation, qui souffre de douleurs à la pénétration ayant engendré ensuite une baisse de désir, les difficultés sexuelles ont également été une source d'inquiétude quant à l'avenir de son couple :

« Au début je lui demandais tout le temps si ça allait... Après, maintenant j'ai pris mon habitude mais au début j'avais tout le temps peur que... de le sentir s'en aller... d'ailleurs il ne me le faisait pas sentir mais j'avais toujours peur qu'il ne tienne pas en fait (...) Au début je lui posais toujours des questions et il me disait qu'il m'aimait, qu'il me laissait prendre mon temps... mais moi, je me disais que l'amour peut tout mais pour moi cela ne peut pas durer une vie quand c'est pas équilibré sexuellement... donc je culpabilisais beaucoup là-dessus. »

Les refus et les angoisses qui s'en suivent sont d'ailleurs l'objet de longues discussions avec son compagnon :

« A l'époque (...) il y avait beaucoup de discussions sur l'oreiller, que cela me faisait peur, que j'avais peur que ça le fasse partir tôt ou tard... beaucoup d'angoisses qui remontaient avant de dormir. »

Au moment où les difficultés s'installent, Abigail a les mêmes inquiétudes et les explique en développant peu ou prou les mêmes arguments que Natacha en notant le déséquilibre engendré par les difficultés. Toutefois, même si ces questions se posent dans un premier temps, à la différence de Natacha, Abigail n'entame pas de démarche à ce moment-là et il faudra encore un peu de temps avant qu'elle entreprenne de consulter. Il faut dire que dans son cas, son compagnon va adopter une attitude attentiste face au trouble, en ne sollicitant plus son amie et, comme nous le verrons, c'est ce qui la décidera à consulter. Mais, même si elle ne consulte pas au cours de cette première « séquence », il n'en reste pas moins que, quand elle rend compte de son état d'esprit de l'époque, elle évoque comment elle se souciait de l'insatisfaction de son compagnon sur le plan sexuel (« je lui demandais tout le temps si ça allait ») et du déséquilibre sexuel que ses refus engendraient et comment la situation était anxiogène. Le temps aura toutefois raison de ses préoccupations initiales et nous verrons qu'elle justifiera un peu différemment sa démarche.

5.1.1.2. Risque d'infidélité et besoin sexuel masculin

Dans le discours de Natacha et Abigail, c'est le déséquilibre créé par l'absence ou la baisse des rapports sexuels qui sont engendrés par les difficultés sexuelles qui est posé comme la source possible des problèmes conjugaux et de la fin de la relation. Pour d'autres jeunes femmes, l'argumentation est sensiblement différente et si les difficultés sexuelles font bien peser une menace sur l'existence du couple, c'est parce qu'elles font augmenter les risques d'infidélité.

Audrey (18), 27 ans, assistante de gestion dans l'entreprise de matériel agricole de ses parents, explique ainsi comment elle s'est décidée à consulter pour ses problèmes de désir :

« (...) je me suis dit un jour : ça ne peut plus aller parce que mon couple va commencer à battre de l'aile et puis je me suis donnée un grand coup de pied aux fesses (...) »

En ce début d'entretien, l'argument d'Audrey pour justifier sa démarche est, au mot près (« mon couple va battre de l'aile »), le même que celui de Natacha (23). Continuant à développer les raisons qui l'ont poussée à consulter, elle rapporte comment elle vivait de plus en plus difficilement l'espacement des rapports sexuels et la souffrance morale que cela provoquait :

« Quand ça commençait à s'espacer de plus en plus [*les rapports sexuels*]... ça commençait à faire mal... et puis on prend sur soi, on

supporte et puis au bout d'un moment je me dis : là il y a un souci. (...)
Il y a des fois d'ailleurs où je l'ai eu fait à contre cœur en fait...
pratiquement... je me suis dit : bon ma fille, il faut le faire parce que
sinon il va se poser des questions, il va vouloir aller voir ailleurs. »

Pour Audrey, la démarche de consultation, comme l'acceptation de relations sexuelles « pour faire plaisir à l'autre », entre bien dans la gestion des rapports sexuels du couple et des demandes de son compagnon. Ces différentes tentatives visent à réduire le risque d'infidélité masculine que l'absence de sexualité ferait augmenter. En effet, comme nous l'avons vu précédemment (*cf. supra* 3.2.1.1.), Audrey fonde en « nature » les demandes de son mari (« les hommes sont pas fichus pareil que les femmes »). Si les demandes masculines sont l'expression d'un besoin naturel, l'infidélité apparaît dès lors comme inévitable. La source du danger est détectée. S'il y a un risque pour que la relation prenne fin, celui-ci ira se nicher dans le désir du conjoint masculin. Entre le couple qui bat de l'aile et un mari volage, voilà le lien. Le couple disparaît avec l'envol du conjoint. Le danger ce n'est pas l'homme en lui-même, c'est son *besoin naturel*. Le risque d'infidélité est articulé à l'idée que le désir masculin est un besoin irrépressible ancré dans la nature.

On retrouve un raisonnement assez similaire dans ce que nous dit Dorothée (19), 24 ans, étudiante, pour expliquer ce qui l'a décidé à consulter :

« Alors, petit à petit ça régresse [*la qualité et la fréquence des rapports sexuels*] et ça va pas et je culpabilise en plus là-dessus, je me dis que je suis une mauvaise amante, que je ne suis pas une bonne amie et qu'il faudra qu'il aille voir ailleurs, que ce n'est pas la peine qu'il reste avec moi et là je me suis dit : non, mince, on est bien tous les deux et il n'y a pas de raison que... et puis voilà. »

Notons d'abord que la phrase débute par l'utilisation du présent et se termine par celle du passé. Le segment au présent fonctionne comme un *flashback* par lequel elle rend compte de ses réflexions et de son état d'esprit au moment de consulter mais correspond aussi à ce qu'elle continue de penser lors de l'entretien, dans la mesure où les difficultés ne sont pas résolues à ce moment là. Elle culpabilise à l'idée de ne pas satisfaire son copain. Or, si elle ne le satisfait pas, il sera conduit à être infidèle – par nécessité (« il faudra »), la relation avec Dorothée devenant par là même sans intérêt. Pour pallier les potentiels problèmes, elle accepte d'ailleurs, comme Audrey, des rapports sexuels sans en avoir envie :

« (...) s'il insiste, je me force et voilà... c'est pas génial mais bon je culpabilise et j'ai toujours cette hantise de me dire je vais le perdre... parce que je ne le satisfais pas. »

Interrogée sur la possibilité d'avoir, dans ce contexte, des rapports sexuels sans pénétration, elle explique que si elle peut envisager cela pour elle-même, elle considère qu'elle ne peut l'envisager pour son copain parce que ce serait, selon ses propres mots, le « frustrer » parce qu'« un homme ne peut avoir de plaisir que par la pénétration ». Présenter le risque d'infidélité comme le résultat d'une nécessité était déjà un signe de son adhésion à l'idée d'un *besoin sexuel masculin naturel*. Elle abonde ici dans ce sens en arguant que ce besoin ne peut être totalement assouvi que par la pénétration vaginale et donc selon une modalité de rapport qui est généralement considérée comme étant elle-même la plus *naturelle*.

C'est également en articulant risque d'infidélité et besoin sexuel masculin que Valérie (2), qui avait 23 ans et était étudiante quand ils ont consulté un sexologue avec son petit copain d'alors, nous rappelle ses motivations de l'époque :

« Ça m'a posé problème, je me suis dit : voilà, on est en couple, quand on vit ensemble, si on couche plus ensemble, il y a un moment où cela ne va pas fonctionner, soit il va aller voir ailleurs, soit... »

De manière tout à fait significative, elle ne termine pas sa phrase, comme s'il n'y avait qu'un terme à l'alternative qu'elle a commencé à poser. L'infidélité apparaît, là encore, comme la seule issue possible. Avant qu'elle prenne l'initiative de la consultation, les deux conjoints se sont progressivement désengagés de la sexualité conjugale :

« Comme c'était un mec, lui était plus en demande et moi, je ne voulais pas en fait, donc ça me faisait vachement culpabiliser évidemment. Lui était plus en demande, moi pas du tout, et puis il y a eu un moment où il a lâché l'affaire aussi et il n'a plus été en demande non plus (...) Et progressivement ça c'est perdu, et puis moi je faisais l'effort de le faire, je ne prenais même pas de plaisir, je faisais l'effort parce que je l'aimais et j'avais envie de... c'était hyper douloureux. »
[Mais ce n'était pas pour toi ?]

« Non, en fait c'était pour notre couple, pour sauver notre couple parce que t'as l'angoisse de te dire, il va désirer quelqu'un d'autre et ça c'est affreux, tu vois, parce que quand tu es amoureux, tu es possessif et ça m'insupportait de me dire qu'il pouvait désirer quelqu'un d'autre. »

Travaillée par la peur de l'infidélité, elle accepte des rapports sexuels sans en avoir envie. Sur la question de l'infidélité, elle amène d'ailleurs un élément supplémentaire :

« Lui, il était plus frustré sur un plan euh... biologique... sexuel que moi. Donc après, il s'est fait une raison progressivement et d'ailleurs, il y avait un truc qui était tabou chez nous deux, c'était tout ce qui était de l'ordre de la masturbation. Jamais je n'aurais osé lui parler de ça ou

lui demander, si le fait qu'on ne faisait pas l'amour, il la pratiquait ou pas. Je me souviens que ça, ça m'avait posé souci et ça me faisait vachement de mal de me dire que moi je n'étais plus capable de lui apporter quelque chose. »

La masturbation, pratiquée en dehors d'un rapport sexuel conjugal, est perçue comme une infidélité, provoquée par la frustration biologique et la nécessité d'y répondre. Elle engendre elle aussi culpabilité et souffrance.

Comme on le voit, les récits de ces trois femmes se construisent autour des mêmes arguments. En dehors de toute référence à une situation biographique singulière la démonstration est la même d'un entretien à l'autre. Le lecteur comprend ainsi pourquoi nous avons fait le choix de les présenter successivement sans beaucoup plus de commentaires : il nous fallait illustrer, par cet agencement des données, le caractère extrêmement stéréotypé de ces récits.

5.1.1.3. Normes, représentations et conduites personnelles

Touchées par les difficultés sexuelles, les jeunes femmes élaborent des scénarios « déterministes » et inscrivent leur recours dans le registre de la nécessité. Nécessité conjugale puisque si elles choisissent de consulter (après avoir parfois accepté des rapports sexuels sans en avoir envie), c'est qu'elles n'avaient pas, selon elles, d'autres choix pour sauver la relation. L'idéal conjugal dans lequel elles se projettent implique que la sexualité ne fasse pas défaut. Cet impératif est si puissant (ou, si l'on préfère, à ce point intériorisé) que, dans les récits, les marges de manœuvre individuelles sont réduites à leur minimum.

Les scénarios qu'elles mettent en avant s'appuient sur leurs représentations de la sexualité, de la conjugalité et des relations entre l'une et l'autre. Du point de vue de nos interlocutrices, ces représentations disent ce qui doit être et sont la référence par rapport à laquelle elles vont évaluer leur situation. Sur ce point, il faut noter la fréquence, dans les extraits cités, de l'utilisation de la construction pronominal du verbe « dire » (« je me suis dit... ») qui vient témoigner de ce moment de confrontation entre l'idée qu'elles se faisaient de ce qui aurait du être et la réalité de leur situation, de ce moment où on mesure soi-même l'écart entre l'idéal auquel on aspire et la réalité.

La mise en intrigue des difficultés sexuelles dans des scénarios qui permettent et justifient la démarche thérapeutique s'appuie sur des représentations de la sexualité et de la conjugalité qui sont des représentations partagées, c'est-à-dire sociales, que les divers travaux sur la sexualité ont déjà mises au jour : idéal de réciprocité, caractère

« obligatoire » de la sexualité conjugale, norme de fidélité, naturalité des besoins sexuels masculins¹. Ces représentations dessinent une partie du contexte normatif dans lequel s'exerce la sexualité contemporaine. Notre enquête n'apporte donc pas de nouvel élément sur ce point. Ce qui est intéressant, c'est de voir comment ces représentations sont à l'œuvre au niveau individuel, comment elles structurent l'expérience subjective. Dans le langage des sociologues John Gagnon et William Simon, il s'agit de voir comment les *scénarios culturels* sont incorporés dans des *scripts intrapsychiques*².

Les deux sociologues états-uniens proposent effectivement d'analyser la sexualité à partir de ce qu'ils ont appelé la théorie des scripts sexuels. Cette théorie est une tentative pour expliquer sociologiquement la sexualité (ses origines et son fonctionnement) sans référence à la nature et à l'idée de pulsion sexuelle. Ainsi, la sexualité n'est pas le principe originel qui explique les autres conduites mais est une conduite qui a sa source et qui peut-être expliquée à partir d'autres aspects de la vie sociale. En d'autres termes, la société est conçue, dans cette perspective, moins « comme principe de coercition que comme l'indispensable principe de production des conduites sexuelles »³. La sexualité est considérée comme un *scripted behavior*. Nos expériences sexuelles sont donc des scripts qui découlent à la fois d'apprentissages sociaux, d'acquisition d'un savoir-faire « technique », d'acquisition d'une capacité à percevoir et à reconnaître des états particuliers du corps et des situations comme sexuelles. Les scripts sont aussi source de production des situations sexuelles, dans toutes leurs dimensions (intrigue, cadre, acteurs, éléments de scripts). Ainsi, les scripts énoncent moins des interdits qu'ils n'écrivent le scénario possible de notre sexualité dans un contexte donné. Les scripts agissent à trois niveaux : celui de la vie mentale de l'individu (les scripts intrapsychiques), celui de l'organisation des interactions (les scripts interpersonnels), celui des prescriptions sociales (les scénarios culturels). Les scripts intrapsychiques se forment à partir des éléments culturels, de l'expérience personnelle, etc. Ils organisent tous ces éléments divers en « des schèmes cognitifs structurés qui prennent la forme de séquences narratives, de projets, de fantasmes sexuels »⁴. Les scripts interpersonnels, actualisés au moment des interactions sociales, règlent la rencontre, la séduction, l'excitation, et l'acte sexuel. Les scénarios culturels sont des prescriptions collectives qui disent le possible et l'impossible. Ils font l'objet

¹ Voir Bozon, 1998a et 2004 ; Marquet 2004 et 2010 ; Bajos, Ferrand & Andro, 2008 et 2010.

² Voir Gagnon & Simon, 1973 ; Gagnon, 1990 ; Bozon & Giami, 1999.

³ Bozon & Giami, 1999 : 69.

⁴ Bozon & Giami, 1999 : 70.

d'une interprétation de la part des acteurs sociaux, à la fois au niveau intrapsychique et interpersonnel. L'écart des comportements réels avec les scénarios culturels est variable selon les groupes et les individus.

A l'examen des quelques récits présentés, ce qui frappe et que nous avons déjà mentionné, c'est que nos interlocutrices ne remettent que peu en cause ces représentations de la sexualité et de la conjugalité. Si l'entretien, qui place les femmes dans une situation de justification vis-à-vis de la légitimité de leurs aspirations sexuelles, peut ici jouer le rôle de miroir grossissant, cette faible distance critique nous semble plutôt être l'illustration de ce que le domaine sexuel, peut être plus que tout autre, est très fortement soumis aux normes sociales¹, ce qui laisse peu de place au jeu des agents. Dès lors, il n'est pas étonnant que normes et représentations transparaissent si manifestement sous le récit de l'expérience subjective.

Réciprocité, idéal égalitaire et sexualité « obligatoire »

Revenons brièvement sur les discours de Natacha (23) et Abigail (12). Comme on l'a vu, c'est avant tout en termes de déséquilibre des échanges que sont appréhendés les conséquences de leurs troubles sexuels. C'est à partir de cette lecture que le scénario d'une fin possible du couple est élaboré et qu'un sens est donné au recours thérapeutique. Ce scénario de recours s'inscrit parfaitement dans le nouveau contexte normatif. En effet, à la suite des travaux d'André Béjin sur la « démocratie sexuelle »², les recherches sur la sexualité ont montré la montée en puissance de l'idéal égalitaire³ et de l'importance portée à la réciprocité⁴ dans le domaine sexuel. Parallèlement, sur le plan conjugal, la sexualité, qui joue un rôle fondateur dans la constitution du couple⁵, est considérée comme essentielle à son maintien⁶ et le sentiment amoureux implique de partager une sexualité, qui, dès lors, n'apparaît plus seulement comme « souhaitable » mais comme « obligatoire »⁷. Dans ce cadre, la culpabilité ressentie par nos deux interlocutrices n'est pas du tout liée au fait qu'elles ne répondraient pas à ce que l'on

¹ Bozon, 1998b : 195-196. Les normes de genre étant évidemment celles qui pèsent le plus fortement et de ce point de vue, nous partageons, non pas le ton polémique, qui n'amène rien, mais le fond de la remarque de Danilo Martucelli, rendant compte d'une enquête auprès d'hommes et de femmes : « (...) contre les développements et le brio intellectuel du mouvement *queer*, il faut souligner la force et la récurrence des dimensions génériques habituelles, et même fort traditionnelles, entre les hommes et les femmes. » (Martucelli, 2010 : 58).

² Béjin, 1990.

³ Bajos, Ferrand & Andro, 2008 : 563.

⁴ Bozon, 1998a : 25.

⁵ Bozon, 1991.

⁶ Bozon, 1998b.

⁷ Marquet, 2010 : 101.

appellerait le « devoir conjugal ». L'obligation à la sexualité n'est pas ici une obligation posée par une contrainte extérieure d'ordre juridique ou légale, relative au statut des personnes (époux/épouse), comme cela pouvait être le cas avec la sexualité statutaire, c'est une obligation intériorisée qui prend la forme d'un autocontrôle. Rien d'étonnant dès lors que la situation soit avant tout appréhendée par ses effets psychologiques et que la culpabilité se manifeste sous la forme de l'angoisse. Les demandes masculines sont perçues comme des demandes légitimes puisque sexualité et sentiments doivent aller de pair et que l'on vise à atteindre l'équilibre sexuel.

Fidélité et besoin sexuel masculin

Dans le deuxième scénario, Audrey (18), Dorothée (19) et Valérie (2) font du risque d'infidélité la menace principale. Elles sont persuadées que, faute de pouvoir répondre aux demandes sexuelles de leur compagnon, celui-ci sera inévitablement contraint « d'aller voir ailleurs », dans la mesure où ses demandes sont la manifestation d'un besoin naturel qui devra nécessairement être assouvi à un moment donné. Là encore, on voit comment les normes et les représentations structurent l'expérience individuelle : l'articulation de l'exigence de fidélité et de la naturalisation des désirs masculins fonde l'expérience individuelle des difficultés, l'appréhension de leur conséquence possible sur la relation conjugale et la souffrance que cette anticipation provoque. L'attachement de nos interlocutrices à la fidélité n'est pas affirmé sur le mode de l'attachement à un principe mais constitue une véritable souffrance morale. Dans le cas d'Audrey et de Dorothée, la simple évocation lors de l'entretien d'une possible infidélité de leur conjoint produit d'ailleurs chez elles des effets physiques (tremblements dans la voix, fièvre, pleurs) qui témoignent de ce que l'infidélité (ou sa potentialité) est vécue comme une violence.

Cette incorporation de la norme de fidélité est finalement assez récente et est typique de la transformation du type et de la forme de contrôle qui pèse sur la sexualité à l'époque contemporaine. En effet, comme le note Jacques Marquet, le passage du dispositif d'alliance au dispositif de sexualité que décrivait Michel Foucault et auquel correspond une transition d'une sexualité statutaire à une sexualité consentie, s'accompagne d'un nouveau régime normatif où les transgressions ne sont plus appréhendées en termes de morale ou d'atteintes à l'ordre public mais essentiellement

comme des violences, des atteintes faites à l'intégrité individuelle¹. Le point de vue qui prime est, dans ce nouveau contexte, le point de vue de la victime. L'infidélité n'a pas échappé à ces évolutions. Le contenu de la notion d'infidélité a lui-même changé, ce qu'atteste le changement de terminologie puisque l'on est passé de l'« adultère » à l'« infidélité »². Alors que l'adultère était appréhendé sous l'angle du droit et qu'il était encadré par des textes de lois, il visait surtout le contrôle de la sexualité féminine et, dans les milieux bourgeois du 19^{ème} siècle, l'entretien d'une maîtresse par les hommes était une pratique qui faisait l'objet d'une relative tolérance sociale. La légitimité sociale de l'adultère n'était donc pas la même pour les hommes et pour les femmes. Désormais, le couple fidélité/infidélité est traité au niveau de la relation, de sa qualité et de son authenticité. La fidélité fait partie du contrat conjugal implicite, dans un contexte où l'existence du couple n'est pas liée à sa reconnaissance officielle. Dès lors, la perception sociale de l'infidélité a également changé :

« Dans l'ancien ordre moral, la sexualité, en mettant à mal les conventions sociales et les obligations morales dues à l'autre, signait, derrière le triomphe de l'amour, l'affirmation de l'individu contre l'ordre social. L'adultère était ainsi presque toujours regardé du côté de l'amant transgresseur et des conventions sociales momentanément déstabilisées, et finalement réaffirmées. Dans le nouveau code éthique, l'infidélité est plutôt évoquée à partir de la souffrance de celui dont la confiance a été trahie et du désordre relationnel introduit. »³

Pour celle qui en est ou se croit susceptible d'en être victime, l'infidélité sexuelle est donc désormais essentiellement vécue, dans un contexte général de psychologisation des rapports conjugaux⁴, sous l'angle des ses effets psychologiques, comme un traumatisme⁵.

Il se trouve par ailleurs que, parallèlement à cette évolution, la fidélité a gardé une place centrale dans le système normatif qui encadre l'exercice de la sexualité contemporaine, et ce à contre courant du mouvement d'individualisation qui enjoint chacun à être autonome et dans lequel la sexualité est avant tout appréhendée en terme d'expérience personnelle. En effet, comme l'ont noté plusieurs auteurs⁶, la sexualité reste un « territoire conjugal »⁷. Ni les utopies communautaires se revendiquant de la

¹ Marquet, 2004 : 38-39.

² Vatin, 2002 ; Bozon, 2004 : 21.

³ Martucelli, 2010 : 61.

⁴ Bozon, 2001c : 239.

⁵ Marquet, 2004 : 43.

⁶ De Singly, 1993 : 97-98 & 2007 : 108-112 ; Bozon, 2004 : 21-22 ; Marquet, 2010 : 94 ; Martucelli, 2010 : 65-66

⁷ L'expression est de François de Singly (1993 : 97).

libération sexuelle ni les théorisations sociologiques sur l'évolution du couple vers une autonomie sexuelle plus grande de chacun de ses membres¹ ne se traduisent massivement dans la réalité et la mise en pratique de ces modèles reste marginal. Comme le montrent les enquêtes en population générale sur la sexualité, l'adhésion à la norme de fidélité est massive². Et contrairement à ce que l'on aurait pu penser, la tolérance des femmes vis-à-vis de l'infidélité a diminué depuis les années 1970³ et on assiste même à une extension des contours de l'infidélité à la masturbation, la consommation de pornographie, etc.⁴ Dans la pratique, les situations et la qualité des relations peuvent modifier l'appréhension de la fidélité mais elle demeure un idéal, qui est partagé même par ceux qui l'enfreignent.

Dans le discours de nos trois interlocutrices, la crainte de voir leur conjoint être infidèle est associée à ce que Nathalie Bajos, Michèle Ferrand et Armelle Andro appellent une conception « différentialiste » de la sexualité. Cette conception tend à inscrire dans la nature les différences entre hommes et femmes en matière de sexualité. Elle consiste en particulier à considérer que « par nature les hommes ont plus de besoins sexuels que les femmes », proposition qui est très majoritairement partagée par les femmes qui sont 73% à y adhérer. Pour ces auteures, cette conception différentialiste fait par ailleurs système avec d'autres représentations normatives qui prescrivent l'hétérosexualité, la monogamie et la pénétration vaginale. Ce système tend au final à valoriser, surtout pour les femmes, l'inscription de la sexualité dans la conjugalité⁵. La perspective différentialiste est donc l'un des fondements du regard que les femmes portent sur les attentes masculines. Ainsi,

« la naturalisation des besoins sexuels masculins établit leur caractère irréprouvable et justifie, pour les femmes, au-delà de l'injonction sociale de les satisfaire, l'enjeu d'y répondre pour conforter la relation. »⁶

L'enjeu de la relation conjugale est ainsi de contenir cette force irréprouvable.

Comme le note Michel Bozon :

« Alors que les hommes tendent à être pensés comme des sujets désirants indépendants, les femmes continuent à être vues comme des objets à posséder (...) L'attitude la plus fréquente des femmes reste

¹ On pense à la « relation pure » d'Anthony Giddens (2004), à « l'amour fissionnel » de Serge Chaumier (2004).

² Bozon, 1998a ; Marquet, 2004 et 2010 ; Bajos, Ferrand & Andro, 2008.

³ Bozon, 1998a : 29

⁴ Marquet, 2004 : 43-44. Voir les propos de Valérie (2) cités plus haut.

⁵ Bajos, Ferrand & Andro, 2008 : 547-556 ; Ferrand, Bajos & Andro, 2008.

⁶ Bajos, Ferrand & Andro, 2008 : 549.

ainsi d'essayer de stabiliser et de réguler le désir des hommes, en le contenant dans une relation amoureuse ou dans un couple. »¹

Etre une femme semble donc nécessiter d'être en mesure de *tenir* son mari et donc de développer des compétences sexuelles. Ce sont ces compétences qui sont d'ailleurs rappelées dans certaines situations, non sans ambiguïté. Ainsi, c'est ce que souligne une série d'expressions assez vulgaires, utilisées pour faire part de son désarroi face à un ami, un copain ou une connaissance dont le couple ne paraît pas très harmonieux mais qui s'inscrit, contre toute attente, dans la durée :

« Mais ce n'est pas possible, elle le tient par la bite ! »,

« Eh bien celle-là, elle doit être bonne au pieu »

L'idée contenue dans ces différentes expressions vient non seulement souligner le caractère pulsionnel, instinctif de la sexualité masculine et l'« animalité » de l'homme qui, « tenu » par la sexualité, en perdrait tout esprit critique mais relève, de manière peu élégante, les habiletés érotiques de la femme en question. Ces différentes expressions mêlent insidieusement l'idée qu'en dehors de toutes raisons objectives, le couple tient par les qualités d'amante de la femme.

On comprend dès lors l'enjeu de la consultation pour Audrey, Valérie et Dorothée. Etre une femme nécessite d'être une bonne « amante », ce qu'elles ne sont pas, puisqu'elles échouent à satisfaire les désirs de leur conjoint. Mais on voit tout de suite le type de problème que peut poser le fait de chercher à être une bonne « amante » et, en même temps, à être une bonne « épouse », quand l'on s'inscrit dans un modèle « traditionnel ». Mais nous reviendrons ultérieurement sur ce point qui touche à l'identité féminine.

Comme nous l'avons vu, l'adhésion des nos jeunes interlocutrices aux prescriptions de ce système normatif les place dans une situation d'insécurité affective. Et c'est sur cette insécurité que se fonde le recours. Ce qui est intéressant de noter c'est que circule aussi l'idée que cette insécurité participe du fonctionnement du désir féminin lui-même. C'est en tout cas ce que laisse penser deux situations rencontrées. Ainsi, nous avons vu que Stéphanie (10) proposait d'expliquer son trouble du désir par le manque d'insistance de son mari (*cf. supra* 3.4.2.). Après avoir dit que c'était Guillaume (9) qui l'avait entraînée vers ce manque d'intérêt pour la sexualité, elle ajoute :

¹ Bozon, 2001b : 184. Pour sa part, Pierre Bourdieu notait qu'en Kabylie les femmes mettent en œuvre une magie privée « faite pour l'essentiel de rites visant à domestiquer « l'âme » et le corps des partenaires masculins » (Bourdieu, 2000 : 294).

« Je sais très bien que Guillaume est quelqu'un de fidèle et qu'il faut le pousser très loin pour faire exploser les choses. »

Elle semble donc dire que c'est parce qu'elle ne perçoit aucun signe d'un risque d'infidélité de la part de son mari que son désir s'est amenuisé. Un certain degré d'insécurité serait donc nécessaire au désir féminin. C'est d'ailleurs ce que la sexologue qu'Abigail (12) va rencontrer lui suggère :

« Je me souviens d'un truc qu'elle nous avait dit qui ne m'avait pas fait plaisir. Elle nous avait dit qu'on était trop câlins tous les deux et que c'était ça qu'on recherchait parce que l'on avait pas autre chose, mais en même temps c'est ça qui nous empêchait d'avoir autre chose (...) Parce qu'elle me disait que si je me sens rassurée, je ne vais pas trop chercher la sexualité, parce qu'elle dit que, bon au niveau de l'homme ce n'est pas tout à fait pareil, mais au niveau de la femme elle dit que si elle a à peu près tout ce qu'elle désire, ça sera un plus agréable mais ce ne sera pas obligatoire la sexualité et donc que si je ne m'arrache pas un peu à tous ces câlins, je ne vais pas rechercher la sexualité. »

On voit comment la sexologue construit elle-même un discours « différentialiste » dans lequel l'insécurité féminine est constitutive des scénarios sexuels entre homme et femme.

La référence aux modèles proposés par leurs parents

L'incorporation des normes et des représentations qui structurent l'expérience des jeunes femmes rencontrées est bien sûr le résultat de leur socialisation, de l'éducation, de multiples apprentissages explicites et implicites, de l'influence des représentations culturelles et artistiques, etc. Parmi tous ces processus, la socialisation intrafamiliale et le « modèle de couple » proposé par les parents jouent évidemment un rôle. Plusieurs de nos interlocutrices nous ont ainsi expliqué comment les relations entre leur père et leur mère, les attitudes de l'un envers l'autre, l'image de la virilité proposée par leur père, pesaient sur leur manière d'appréhender la situation dans laquelle elles se trouvaient. Notons que, dans les trois cas concernés, la relation parentale s'est terminée par un divorce ou une séparation, et qu'à un moment où elles rencontrent elles-mêmes des difficultés, il leur est difficile de ne pas questionner l'histoire de leurs parents qu'elles interprètent comme un échec.

Natacha (23) raconte ainsi comment les relations délétères entre son père et sa mère ont marqué sa vision de la sexualité et des rapports entre hommes et femmes :

« Je me souviens de ma mère m'expliquant que ce n'était pas génial, que c'était sale... je traîne aussi tout ça... et mon père se plaignait de

faire chambre part. Et tout ça directement auprès de moi... de ne pas pouvoir coucher avec sa femme. »

Et de poursuivre :

« La seule image que j'ai eue c'est une image négative, dévalorisante pour la femme. »

La mère de Natacha a mis à distance la sexualité en refusant de faire chambre commune et en l'inscrivant symboliquement dans la sphère du « sale ». Pour le père, la sexualité est réduite à n'être plus qu'un objet de discours et ses plaintes sont en partie adressées à sa fille qui est prise pour témoin des refus maternels. Les comportements et les propos du père dessinent une image de la femme dans laquelle celle-ci se doit d'être disponible pour son mari. L'attitude de la mère laisse à penser, quant à elle, que la seule forme de résistance possible face au père passe par un renoncement à la sexualité. On comprend dès lors l'effort que doit fournir Natacha pour se déprendre de l'identification aux modèles parentaux d'identités de genre et aux types de relations parentales (« je me traîne aussi tout ça »), alors qu'elle est dans une situation où elle refuse les rapports sexuels.

De son côté, c'est en expliquant pourquoi elle accepte d'avoir des rapports sexuels avec son ami sans en avoir envie que Dorothée (19) fait référence aux relations qu'entretenaient sa mère et son père :

« J'accepte parce que ce qui est lié à ma vie, à celle de mes parents, c'est aussi que si la femme ne se donne pas, elle perd l'homme, la femme est vouée à être trompée, donc je voulais éviter que ça se fasse trop rapidement, parce que c'est quelque chose que je ne supporterais pas comme beaucoup de gens je pense... En fait mon père a toujours eu des rapports extra-conjugaux dans tous les coins, ce n'était pas un modèle de fidélité, ma mère par contre non, elle est toujours restée fidèle à mon père, elle a toujours fait son maximum, même si c'était voué à l'échec et que c'était un homme qui de toute façon l'aurait trompé, non pas parce qu'elle n'était pas bien, mais parce que de toute façon on la trompe, c'est comme ça... elle faisait son maximum pour lui plaire, pour être bien, pour être belle, assumer tous les rôles de mère, d'épouse, de maîtresse, de tout ce que l'on veut et cela ne changeait rien... donc je pense qu'un peu par filiation c'est entré dans mon esprit. »

L'enseignement que tire Dorothée de l'histoire de ses parents c'est que la disponibilité sexuelle est la condition essentielle au maintien de la relation. Mais si cette condition est essentielle, elle n'en est pas moins toujours insuffisante, et Dorothée de nous décrire les efforts tout à fait vains de sa mère pour éviter que son père ne soit infidèle. Si l'analyse de la situation qu'a connue sa mère est marquée par une grande

lucidité, elle n'en reste pas moins désespérée. En effet, l'analyse ne dégage aucune autre perspective et il semble que la seule issue qui se dessine à ce moment-là pour Dorothée soit de céder à ce destin féminin (le terme « vouée » exprime bien cette fatalité).

Valérie (2), qui a peur, comme d'autres, que son compagnon ne l'a trompe, explique comment le comportement de son père a influencé sa manière d'envisager la sexualité masculine :

« (...) mon père c'est un mec qui se tape plein de gonzesses, donc ça c'est pareil, ça a pas rajouté, sur l'image des hommes pour moi, si tu veux, je me suis dis : bon d'accord les mecs... Même mon père ! Lui, on peut dire que quelque part, il étalait un peu sa sexualité, ce qui n'est pas forcément sain mais par contre il n'en parlait jamais avec nous. C'est-à-dire qu'on savait parce qu'y avait des gonzesses ou parce que comme ça il parlait un peu de cul, mais si tu veux, y'avait pas moyen que par exemple moi je lui dise... Alors, il avait un discours très con, tu sais du genre : de toute façon tu ne coucheras pas avant dix-huit ans, t'as pas intérêt à faire ci, à faire ça. Comme je ne vivais pas avec lui, si tu veux, je disais : oui, oui, papa. Mais je n'en pensais pas moins. Même après j'étais provocatrice, je lui disais : tu sais j'ai déjà couché avec des mecs, je m'en fous. Alors il était horrifié, il me filait une claque et ça en restait là. »

Le père n'hésite pas à gifler sa fille quand elle aborde avec lui sa sexualité, qui est à son sens illégitime, alors que lui-même ne cache pas à ses enfants ses nombreuses conquêtes féminines. Son comportement marque, si besoin en exerçant une violence réelle, les frontières qui séparent la sexualité masculine, légitime, et la sexualité féminine, illégitime. Celle-ci ne peut pas être le symétrique de celle des hommes.

On le constate, les discours de nos trois interlocutrices, qui décrivent des scènes relatives à leur passé intrafamilial, rendent compte du fait qu'elles ont conscience de l'influence qu'a exercé ce milieu sur leur propre manière de faire et de vivre la sexualité et les rapports entre hommes et femmes. Mais, elles témoignent aussi de ce qu'identifier ces influences et ces modèles ne suffit pas à s'en libérer (« je traîne aussi tout ça » ; « je pense qu'un peu par filiation c'est entré dans mon esprit » ; « ça c'est pareil, ça a pas rajouté, sur l'image des hommes pour moi »). Elles adhèrent de manière implicite à une théorie déterministe selon laquelle le passé pèse sur le présent. Même si ce travail réflexif peut se faire seul, il nous paraît tout à fait significatif que nos trois interlocutrices ont toutes les trois mené, à un moment donné, un travail psychothérapeutique. On note par ailleurs que les trois récits sont surtout centrés sur les attitudes et les comportements des pères qui sont dénoncés comme ayant joué un rôle particulièrement néfaste dans l'apprentissage des rôles sexuels.

5.1.2. Démarche de consultation et projet conjugal

Si la démarche thérapeutique est inscrite dans le registre de la nécessité, elle peut être inscrite dans le registre de la volonté et prendre sens par rapport à un « projet conjugal ». Dans cette perspective, le recours entretient un rapport à la temporalité différent que dans le registre de la nécessité. Dans ce registre, la démarche thérapeutique, même si elle était liée à l'idée d'assurer l'avenir de la relation, était avant tout présentée comme une réaction par rapport à la situation passée et présente dont on déduisait de possibles conséquences négatives dans le futur. Ici, la démarche prend son sens par rapport à un modèle de couple, déjà préformé, et qui constitue, dans le futur, le point d'appui par rapport auquel on estime sa situation présente. Si, dans le registre de la nécessité, c'est la situation qui implique le recours, dans le registre de la volonté, c'est le projet qui guide la démarche thérapeutique.

La mobilisation du « projet conjugal » dans les entretiens se fait toutefois différemment selon l'ancienneté du couple. Analysant le cycle de la sexualité conjugale, Michel Bozon, notait que la sexualité n'avait pas la même fonction suivant que le couple était un couple « naissant » ou « stabilisé ». Au début de la vie conjugale, la sexualité sert à construire le lien entre les partenaires, tandis que lorsque le couple est stabilisé, elle a plutôt pour fonction d'entretenir la relation¹. Assez logiquement donc, dans nos entretiens, l'inscription dans le registre de la volonté de la démarche de consultation par nos interlocutrices se fait suivant deux logiques : une logique de construction pour celles qui sont dans une relation naissante ou en voie de stabilisation (depuis moins de cinq ans) et une logique de gestion pour celles qui sont en couple stabilisé.

5.1.2.1. Consultation et construction du couple

C'est ainsi du point de vue de la construction du couple et de son inscription dans la durée que certaines femmes justifient leur consultation.

C'est le bon !

C'est le cas de Natacha (23). Comme on l'a vu, exprimé dans le registre de la nécessité, il ne s'agit pas pour elle de consulter pour « sa » sexualité, mais bien parce que les difficultés mettent en danger son couple. En même temps, elle va aussi

¹ Bozon, 1998b.

s'exprimer dans le registre de la volonté et inscrire sa démarche dans un projet conjugal pour lequel elle considère que la sexualité tient une place importante :

« Même si ce [*la sexualité*] n'est pas tout au sein d'un couple, si je ne pense pas qu'on puisse baser une histoire durable s'il n'y a que ça, je pense que c'est quand même important au sein d'un couple. »

Comme l'illustre cet extrait, il s'agit bien d'inscrire le couple dans la durée et c'est au regard de son histoire conjugale qu'elle donne un sens à sa démarche. En effet, si les enjeux sont importants pour elle, c'est que la relation qui la lie à son compagnon a un statut tout à fait particulier dans sa biographie sexuelle et affective. Comme elle le dit elle même :

« Disons que si je réfléchis, la seule vraie histoire que j'ai eue, c'est celle que j'ai en ce moment »

Tout au long de notre entretien, elle va justement insister sur la spécificité de cette histoire et sur les différences entre son compagnon et ses précédentes rencontres, sur le changement que cette relation a provoqué dans sa vie. Natacha estime qu'elle n'a jamais vécu d'histoires satisfaisantes et que, jusque là, elle avait pour habitude de sortir avec des garçons « un peu paumés », pour lesquels elle se prenait de « pitié ». De manière significative, elle ne souhaite d'ailleurs pas s'étendre sur ces relations pendant l'entretien. Quand nous nous entretenons avec elle, cela fait quatre ans et demi que Natacha vit avec Christian. Cet homme, de dix ans son aîné, est divorcé et a trois enfants issus de sa première union. Leur rencontre s'est faite sur leur lieu de travail. Elle vient d'arriver dans la ville où elle a accepté de déménager pour accéder à son premier CDI. A cette époque, lui est informaticien dans la même entreprise et il est en cours de divorce. Au début, ils sont « amis » me dit-elle. Ce n'est que quelques mois plus tard que la relation amicale se transforme en relation amoureuse. Cette rencontre ne correspond pas à son idéal conjugal et amoureux :

« Me mettre avec quelqu'un qui a dix ans de plus que moi et trois enfants, ça ne faisait pas partie de mes plans. »

Préciser cela est pour elle un moyen de noter le caractère tout à fait inattendu, unique et quelque part inexplicable de leur rencontre, puisqu'il s'agit de dire que l'impossible s'est produit. Evidemment, cela est typique des récits amoureux, notamment des récits de « coup de foudre », qui font de la rencontre amoureuse quelque chose de tout à fait incompréhensible et irrationnelle¹. Même s'ils sont ensemble depuis un petit moment, les deux membres du couple n'envisagent pas, à ce moment là,

¹ Schurmans & Dominicé, 1997, référence citée par Jérôme Courduriès (Courduriès, 2011).

d'institutionnaliser leur union par un PACS ou un mariage. Elle justifie d'ailleurs ce choix en mettant en avant la force du lien qui existe entre eux et son « évidence » :

« Notre histoire va tellement de soi qu'on n'a pas besoin de ça »

Mais si elle insiste sur la qualité de la relation, de ces débuts jusqu'au moment de l'entretien, elle va aussi prendre le temps de décrire la construction « matérielle » et domestique de leur couple, comme pour mieux souligner le chemin parcouru. Ainsi, ils louent ensemble une maison pour laquelle chacun d'eux est signataire du bail, ils achètent en commun les divers équipements domestiques (appareils électroménagers, meubles, voiture), disposent d'un compte joint pour faire face aux dépenses quotidiennes et payer les factures. Enfin, après une période un peu délicate, les relations avec la mère des enfants sont pacifiées. Les parents ayant choisi la garde alternée, le couple accueille les trois enfants une semaine sur deux et partent en vacances avec eux. Ils ont par ailleurs des projets communs, notamment celui d'acheter une maison. Ils ont aussi des projets parentaux même si sur ce point, l'enjeu n'est pas le même pour lui qui est déjà père que pour elle, qui n'a jamais été mère et qui regrette, d'ailleurs, le fait qu'ils ne découvriront pas la parentalité ensemble. Pour ce projet toutefois, elle ne conçoit de toute façon pas que les choses ne se fassent avant que les problèmes sexuels ne soient réglés. Il ne manque en effet qu'une chose à ce tableau, c'est la sexualité, où plutôt une vie sexuelle de qualité qui apporte satisfaction à chacun. C'est ainsi à la lumière de ce contexte de construction conjugale qu'il faut comprendre son volontarisme.

Valérie (2), même si elle n'est plus avec le garçon avec lequel elle avait consulté au moment de faire l'entretien, se rappelle très bien comment, pour elle aussi, son recours prenait sens par rapport au projet de construction conjugale qu'elle partageait avec son copain :

« J'aimais beaucoup cette personne, c'était quand même ma première grande histoire d'amour, on était très complice, très soudé et tout, parce que forcément quand ça va mal de ce côté là [*dans le domaine sexuel*], tu te dis, peut-être le mieux c'est qu'on arrête, on s'aime plus mais là ce n'était pas le cas si tu veux. On vivait ensemble depuis longtemps [*trois ans*], ça se passait bien. Nous, on avait une relation stable qui était censée durer, c'est-à-dire qu'on se projetait quand même pas mal dans l'avenir et tout. Tu sais très bien que si au bout de trois ans on couche pas ensemble, on va pas coucher ensemble quand ça fait dix ans qu'on est ensemble et j'avais pas forcément envie de me dire que dès le début ça n'allait pas, je savais que ça allait poser des problèmes. »

Comme Natacha, Valérie considère la relation dans laquelle elle était engagée comme sa première relation *sérieuse*. D'ailleurs, malgré la jeunesse de ses membres (guère plus que la vingtaine) et même si à l'époque ils sont encore tous les deux étudiants, le couple est déjà engagé matériellement puisqu'ils se sont installés ensemble dans un même appartement. Leur couple est aussi reconnu comme tel dans leurs familles respectives. Valérie n'avait connu, jusqu'à cette rencontre, que des relations de quelques mois seulement et des histoires sans lendemain. Au fur et à mesure que le couple dure et que le *monde* qu'il constitue se stabilise¹, c'est l'entité « couple » elle-même qui (sup)porte le projet de sa propre continuation. L'utilisation du « on » et du « nous » dans l'extrait marque d'ailleurs très bien comment, au moment où elle décide de consulter, son « point de vue se confond (...) avec celui de son couple »². Mais si elle est la porte-parole des projets conjugaux (« on se projetait »), c'est elle qui réussit à objectiver la situation vis-à-vis de la sexualité (« je savais que ça allait poser des problèmes. ») et qui initie la recherche de solutions. Elle tente de maîtriser la situation au profit du projet conjugal.

Même si Dorothée (19) n'est en couple que depuis moins d'un an, régler ses difficultés sexuelles est aussi lié à une logique de construction conjugale. Elle explique ainsi le sens de sa démarche :

« J'ai acquis un peu de maturité et j'avais l'envie de fonder quelque chose. Lui aussi voyait plus loin que ça, et comme moi aussi, je me suis dit : si on veut vraiment que ça aille plus loin, il faut faire quelque chose. Parce que je pense que, quand même, la sexualité c'est quelque chose qui cimente le couple, on ne peut pas concevoir un avenir pour le couple si sexuellement ça ne va pas. »

Du point de vue de son propre cycle de vie, elle souligne comment en s'engageant dans cette relation, elle franchissait une nouvelle étape. Ce changement d'état d'esprit, qu'elle analyse rétrospectivement, est bien sûr à mettre au crédit de la rencontre elle-même et, pendant l'entretien, elle insiste d'ailleurs sur la qualité de la communication qui s'instaure dès les débuts de la relation. L'entente entre les deux jeunes conjoints débouche très vite sur l'évocation de projets communs. L'attitude du compagnon de Dorothée vis-à-vis de la démarche de consultation est, de ce point de vue, tout à fait significative :

¹ Berger & Kellner, 1988.

² De Singly, 1988 : 3.

« Il m'a dit : je veux participer, je veux qu'on se sorte de là ensemble. D'emblée il m'a dit : je viens avec toi, on règle cela tous les deux puisque c'est pour construire ensemble. »

Un accord conjugal se dégage. Le volontarisme et l'enthousiasme de son copain ne la laissent pas indifférente et la rassurent quant à la nature de la relation qui se met en place. Dans un tel contexte, régler les difficultés sexuelles devient vraiment important. Dorothee est d'autant plus volontaire qu'elle mesure l'impact que ces difficultés vont faire peser sur la vie conjugale.

Les difficultés ont d'ailleurs déjà placé Dorothee dans une situation inconfortable. Ainsi la construction « matérielle » du couple n'a pas été sans lui poser problème. Alors que son copain insiste pour qu'ils s'installent ensemble dans le même appartement, elle n'est guère enthousiaste. Si elle finit par accepter qu'il vienne s'installer chez elle, de manière inconsciente, elle « résiste » et fait une série d'« actes manqués » :

« J'ai eu du mal, je me le disais, il faudra que je lui fasse une place dans l'armoire mais je ne le faisais pas, je me débrouillais toujours pour qu'il ait son sac et qu'il soit obligé de ne pas ranger ses affaires... parce que je ne voulais pas passer ce cap, parce qu'une vie de couple installé, c'est obligatoirement une sexualité à laquelle je ne peux pas accéder. »

On le comprend, pour Dorothee, le matériel et le sexuel sont intimement liés. Elle ne saurait donc se projeter dans un domaine, sans pouvoir se projeter dans l'autre. La cohabitation implique une certaine forme d'organisation de la sexualité, qui implique notamment, selon elle, une plus grande disponibilité sexuelle. L'accès à une sexualité satisfaisante devait donc se faire, selon elle, avant l'installation du couple.

Si la qualité de la sexualité est un préalable c'est que, sans cela, c'est tout le cycle conjugal qui s'en trouve perturbé. Interrogée sur son souhait d'avoir des enfants dans le futur, Dorothee revient ainsi sur cette idée :

« Je ne peux pas envisager d'être mère avant d'avoir réussi à être amante, je ne veux pas passer cette étape, parce que j'ai aussi peur de mes représentations de la mère. Parce que ma mère... parce que aussi, avec ma mère la question c'est : est-ce qu'une mère ça reste une femme ? Déjà c'est un problème des fois pour les hommes mais alors pour moi encore plus. Je fais des efforts énormes pour accéder au désir, au plaisir et à la sexualité dans le bon sens du terme, alors je ne veux pas entrer dans la vie de couple-routine pour me dire je ne fais plus d'efforts et dans la vie de couple où je suis aussi une mère et là euh... je veux d'abord vraiment régler ce problème... »

Croisant l'analyse des conséquences des difficultés sexuelles sur le cycle de vie personnel et sur le cycle de vie conjugal, Dorothée sait que si elle ne prend pas en charge ses problèmes tout de suite, il sera beaucoup plus difficile de s'en préoccuper une fois que le couple aura un enfant. En effet, s'appuyant sur l'exemple de sa mère, elle n'ignore rien des effets de la parentalité sur l'identité féminine et sur le fonctionnement du couple.

Dans ces situations, le volontarisme de nos interlocutrices à vouloir régler leur difficulté s'inscrit dans une logique de construction du couple. Elles font de la sexualité un préalable nécessaire à la réussite du couple, c'est-à-dire à son inscription dans la durée. De manière significative, elles soulignent toutes le caractère singulier de la relation qu'elles sont en train de vivre par rapport à leurs relations antérieures. Même si elles ne sont pas toutes au même niveau d'engagement dans leur relation, les efforts consentis le sont avec la conviction que, cette fois-ci, « c'est le bon ».

Mettre toutes les chances de son côté : Fanny

Fanny (17) est la seule de nos interlocutrices qui consulte alors qu'elle n'est pas en couple. *A priori* donc, les enjeux conjugaux ne devraient pas se poser pour elle. C'est bien sûr le cas puisqu'elle n'a pas à gérer directement les répercussions de ces difficultés dans une relation concrète et réelle. Malgré cela, c'est pourtant bien en inscrivant sa démarche thérapeutique dans une logique conjugale qu'elle donne sens à sa démarche :

« J'en suis arrivée là parce que j'ai passé huit ans avec un mec et ça n'avait jamais avancé plus que ça en ce qui me concerne et je n'avais jamais fait le pas et c'est vrai que le fait que je me sois fait larguer ... c'est vrai que je me suis dit : il va peut-être falloir que j'y aille.»

Même si elle consulte alors qu'elle n'est plus en couple, c'est la séparation qui sert de déclencheur au processus de réflexion qui va l'amener à consulter. L'impossibilité d'avoir une sexualité satisfaisante, pour elle et pour le compagnon potentiel, rend compliqué tout projet conjugal, ce dont elle fait l'expérience au fil des diverses rencontres qu'elle fait :

« Si je sors avec quelqu'un, fatalement le problème se repose très vite et donc ça commence à m'agacer de me faire larguer grosso modo pour les mêmes raisons à chaque fois... j'en ai un peu marre. »

C'est en faisant un lien entre les différentes ruptures qu'elle a connues et son problème d'anorgasmie qu'elle intègre sa prise en charge dans une logique de

construction conjugale. Cela lui paraît d'autant plus nécessaire que ses tentatives de dissimulation ne lui paraissent pas crédibles :

« Je ne peux faire semblant que jusqu'à un certain point... puisque je ne peux pas imiter un truc que je ne connais pas... je ne peux pas me baser sur les films porno les trucs comme ça, ce n'est pas moi... à un moment donné même le plus crétin, même s'il ne comprend pas, le garçon il se dit il y a un truc bizarre, il se dit il y a un truc qui cloche, il le sent, il ne sort pas complètement satisfait... à la limite c'est pour ça que je me dis que ça serait bien que je fasse des progrès toute seule pour que les bases de négociation entre guillemets, ça ne soit plus les mêmes justement... pour moi le seul moyen d'avancer c'est peut-être que je me sente plus sûre de moi sur certaines choses, sur ce que j'ai à offrir, donc pour le moment j'ai pas mieux à offrir que pour le précédent donc ça va finir pareil. »

Forte de ses expériences passées, l'insatisfaction masculine est au cœur de sa réflexion et est complètement mêlée à l'idée conjugale. Utilisant la métaphore du marché, elle considère que les habiletés sexuelles sont des compétences que l'on peut ou non valoriser¹. Le couple est donc avant tout interprété comme un espace de négociations où l'on échange des prestations. Consulter est donc pour elle un moyen de « mettre toutes ses chances de son côté » dans sa quête amoureuse et affective.

5.1.2.2. Consultation et gestion de l'« espace » conjugal

Pour d'autres jeunes femmes, le recours s'inscrit dans une logique de gestion de la sexualité conjugale et plus largement de la conjugalité. La problématique n'est plus ici celle de la construction du couple, il s'agit de ménager un « espace » strictement conjugal au sein de l'unité familiale. Une seule de nos interlocutrices est réellement dans cette situation, Géraldine (22), 33 ans, animatrice socio-culturelle.

Géraldine est une jeune femme que nous avons recrutée auprès d'une sexologue qui n'est pas médecin, mais qui exerce en tant que psychothérapeute. Outre les suivis en sexologie, elle mène également des thérapies de couples. Même si elle a renseigné notre questionnaire de recrutement, c'est d'abord auprès de la thérapeute conjugale que Géraldine et son mari sont venus consulter. Toutefois, même si les difficultés sexuelles ne sont pas le seul mobile de consultation (Géraldine met en avant un problème plus général de communication entre elle et son mari), elles ne constituent pas moins l'un des sujets importants autour duquel va se construire la prise en charge. En couple depuis

¹ Cela rejoint l'idée que nous avons abordée précédemment et qui fait de la sexualité un domaine de compétences nécessaire pour les femmes si elles veulent pouvoir contenir le désir des hommes dans la relation (cf. *supra* la sous-partie « Fidélité et besoin sexuel masculin »).

neuf ans, c'est après la naissance du premier enfant que les problèmes relationnels et sexuels du couple se cristallisent :

« Après la naissance de notre premier enfant moi j'étais vraiment focalisée sur mon bébé et j'étais la maman et plus la femme, la maîtresse, etc. Donc j'oubliais ce rôle là et ça n'allait pas parce que Gilles [*son compagnon*] était un peu mis sur le côté quoi, parce qu'il y avait la fusion avec mon bébé et puis voilà, plus rien n'existait à côté, donc il en a souffert et moi aussi forcément parce que je ne me rendais pas compte de cela et voilà. En fait, moi je n'avais plus de désir. Plus de désir parce que j'avais oublié mon rôle de femme. »

Il n'est guère étonnant que Géraldine et son mari se dirigent vers une thérapeute qui soit à la fois sexologue et thérapeute de couple. En effet, avec la naissance du premier enfant c'est toute l'organisation conjugale préexistante qui est perturbée. Dans le domaine domestique comme dans l'exercice de sexualité, elle accélère la rigidification des rôles de chacun¹. Notre interlocutrice exprime ici très bien comment son attention s'est avant tout portée vers son enfant et souligne la difficulté à être une mère et en même temps une femme, c'est-à-dire un partenaire sexuel pour son mari. Les changements engendrés par la naissance provoquent, comme le note Michel Bozon, la mise en concurrence du rôle conjugal et du rôle parental². Le mari de Géraldine pointe d'ailleurs cette tension :

« Il m'a reproché de ne pas m'investir dans notre vie de couple. »

Dans ce contexte, la démarche thérapeutique vise, en réglant les difficultés sexuelles, à redonner une place au couple pour éviter sa « dissolution » au sein de la famille. Géraldine consulte après la naissance de son enfant parce que ses difficultés sexuelles n'apparaissent qu'après cet événement.

La réflexion sur les problèmes causés par la naissance d'un enfant sur la vie du couple peut toutefois être anticipée, notamment lorsque les difficultés sexuelles préexistent à l'arrivée du premier enfant. C'est ainsi qu'Abigail (12) fait clairement le lien entre sa démarche de consultation et son projet parental :

« En fait on s'était dit qu'il fallait que ce soit avant les enfants, parce qu'on veut retrouver ça avant que ça soit pire. Parce que quand on aura un enfant, on aura encore moins de temps pour nous donc on veut que ce soit avant (...) On voulait en avoir un cette année, mais j'ai appris que j'avais un problème à la thyroïde, et qu'il fallait un traitement d'un an et qu'il valait mieux ne pas avoir de grossesse maintenant. (...) De toute façon, on était pas tout à fait prêt parce que moi je veux que ce soit vraiment mieux entre nous avant qu'on ait un enfant parce qu'en

¹ Kaufmann, 1993 : 86 ; Bozon, 1998b : 222 et 226.

² Bozon, 1998b : 222.

général un enfant ça rajoute plus de problèmes au niveau sexuel. Pour les couples qui fonctionnent normalement c'est déjà une perte de repère, il faut déjà qu'ils se réadaptent avec l'enfant donc il faut qu'on retrouve ça avant. »

En couple depuis dix ans, mariée depuis un an, elle rencontre des difficultés sexuelles avec son mari depuis plusieurs années. Même si la prise en charge de ses douleurs à la pénétration et de la perte de désir qui a suivi a déjà été envisagée auparavant, elle ne s'est jamais concrétisée. C'est au moment où le couple envisage sérieusement de s'engager dans un projet parental, projet finalement retardé par un problème de santé, qu'Abigail prend l'initiative de prendre rendez-vous pour consulter avec son mari. Dans son esprit, les difficultés ne pourront être que plus difficilement affrontées une fois que chacun devra assumer sa fonction parentale. Abigail aspire depuis longtemps à retrouver un espace de fusion et d'échange conjugal et elle souhaite en anticiper l'aggravation. Comme elle le dit elle-même :

« Je me dis que si on construit bien notre couple, on arrivera à le maintenir même quand il y aura des enfants. »

Il s'agit bien de mettre en œuvre à l'avance une logique gestionnaire qui tend à préserver l'intimité du couple face aux changements programmés.

5.2. Rapport à la sexualité et construction identitaire

(...) ce n'est pas dans son état « normal », non problématique, que peut s'appréhender l'identité (...), mais dans son état critique, dans les cas de trouble identitaire, de « crise d'identité » (...)

Nathalie Heinich¹

A la suite de ces premiers développements, il est tout à fait clair que pour nos différentes interlocutrices la démarche thérapeutique répond à des impératifs conjugaux. Dans cette optique, il faut souligner qu'au cours des entretiens, la sexualité n'est principalement évoquée qu'au prisme de la conjugalité et des attentes et désirs des hommes. Elle n'est que très rarement abordée « pour elle-même » et on n'en apprend peu sur le rapport « individuel » de nos interlocutrices à la sexualité. Quand elles en parlent, les jeunes femmes rencontrées parlent peu de leurs plaisirs, de leurs envies. Un certain nombre d'entre elles affirment par ailleurs que l'absence ou la rareté des rapports sexuels n'était pas « en soi » ce qui leur posait problème. Ce faisant, elles manifestent une certaine indifférence vis-à-vis de la sexualité ou du moins pour l'acte

¹ Heinich, 1996 : 332.

sexuel en lui-même. On serait donc face à une sorte de paradoxe puisque tout en ne semblant accorder que peu de place à la sexualité pour leur épanouissement personnel, elles sont extrêmement attachées au maintien d'une sexualité conjugale, comme condition du maintien du couple et que c'est à ce titre qu'elles consultent.

En fait, faire de la sexualité un domaine nécessairement perçu de manière individuel et autonome, c'est céder à une forme d'ethnocentrisme. En effet, comme le rappelle Michel Bozon, le domaine de pratiques et de représentations que l'on nomme la sexualité n'a pas de contenu fixe. En fait, la sexualité est

« un nom donné à des constructions sociales, désignant des constellations très diverses de pratiques, d'interactions, d'émotions et de représentations, qui délimitent des territoires de relations d'ampleur plus ou moins grande et donnent lieu à des processus de construction de soi variés (...) La sexualité est appréhendée par les sujets comme une composante intrinsèque de leur personnalité, ou bien comme attribut ou une propriété des relations qu'ils nouent. »¹

Par ailleurs, réfléchissant à la manière de mener des enquêtes sur la sexualité, il notait déjà que si l'obtention d'une description des pratiques physiques concrètes relatives aux rapports sexuels lors d'entretiens était laborieuse, c'était que cela impliquait pour les personnes interrogées de séparer les pratiques de leurs significations et que cela leur était insupportable².

Dans cette perspective, on comprend mieux pourquoi il n'y a en fait pas de contradiction à accorder une importance à la sexualité tout en n'ayant aucun intérêt pour la sexualité « en soi ». L'absence de discours « égocentré » est en fait le révélateur de la manière dont la sexualité intervient dans la construction identitaire des jeunes femmes interrogées. Pour définir ce lien entre sexualité et construction de soi, Michel Bozon propose de réfléchir en termes de ce qu'il appelle des « orientations intimes »³, qui sont

« des cadres mentaux, qui délimitent l'exercice de la sexualité, définissent le sens qui lui est donné et indiquent le rôle que la sexualité joue dans la construction de soi. »⁴

Ces cadres n'existent qu'en nombre limité. Il dégage trois modèles principaux : celui du *désir individuel*, celui du *réseau sexuel* et celui de la *sexualité conjugale*. Dans ce dernier modèle :

« l'échange sexuel est au service d'une construction conjugale ou sentimentale qui l'englobe et la contient (dans tous les sens du terme).

¹ Bozon, 2001d : 15.

² Bozon, 1995 : 42.

³ Bozon, 2001d.

⁴ Bozon, 2001d : 13.

L'idée d'une activité sexuelle extraite de son enveloppe relationnelle ou matrimoniale est considérée dans cette optique comme immorale ou risquée. »¹

La plupart de nos informatrices s'inscrivent dans ce dernier modèle, ce qu'illustre le fait que leur démarche thérapeutique suive une logique conjugale dans laquelle l'interprétation de la sexualité est, si l'on peut dire, « fonctionnaliste » dans la mesure où elle est mise au service d'une fin identifiée, le couple. Le couple constitue la matrice tout autant que l'horizon de leur construction identitaire. Construction identitaire et vie conjugale sont imbriquées et sont indissociables l'une de l'autre.

5.2.1. Sexualité, statut de conjoint

Être en couple confère un statut spécifique qui est celui de conjoint. A une époque où le mariage et/ou le PACS ne sont pas à l'origine de la relation mais viennent plutôt confirmer dans un second temps son existence, le statut de conjoint est beaucoup plus fragile. Cette incertitude menace la construction identitaire qu'il soutient. Dans cette nouvelle organisation de l'alliance, la sexualité joue un rôle primordial. Le récit que Valérie (2) nous a fait de sa situation est à ce titre exemplaire.

Valérie, rappelons-le, est en couple depuis trois ans au moment où elle consulte. L'activité sexuelle du couple a baissé de fréquence pour ne presque plus exister du tout. Elle revient, pendant l'entretien, sur ses interrogations de l'époque. Prenons le temps de la citer longuement. Au tout début d'entretien, elle décrit l'évolution de la relation entre elle et son petit ami de l'époque :

« Il y a moment où j'avais plus l'impression que c'était mon meilleur ami que mon amant. »

Elle revient, dans la suite de l'entretien, sur la nature des rapports qu'ils entretiennent :

« On avait une relation tellement complice et ça on ne l'a jamais perdu même après quand on ne faisait plus l'amour, on était hyper complice, c'est-à-dire qu'on parlait énormément, on se bidonnait. Vraiment au quotidien je trouvais que c'était génial, on s'entendait super bien et d'ailleurs, pour te dire, quelque chose qui est marrant dont je me souviens maintenant, on était très complice, on était un peu le modèle des gens à l'extérieur, tout le monde disait : Romain et Valérie, c'est un super couple, il s'entendent trop bien et tout. Et, chose très bizarre, quand on allait dans des soirées les gens nous prenaient pour des frères et sœurs, pour te dire comment ça se ressentait à l'extérieur qu'on faisait plus l'amour. »

Avant de renchérir sur cette idée :

¹ Bozon, 2001d : 22.

« Quand j'allais dans les soirées on me disait : ton frère. Ça m'énervait grave. Alors, en plus, les gens disaient qu'on se ressemblait, c'est bizarre, il devait y avoir un mimétisme. Et de plus en plus, on a commencé à nous dire ça, partout on pensait qu'on était frère et sœur et que j'étais la grande sœur pour compléter le tableau alors qu'il était plus âgé que moi. Donc si tu veux, je ne le prenais pas super bien. Alors, il y avait un côté sympa c'était la complicité et le côté pas sympa c'est que quelque part tout le monde se rendait compte qu'on couchait pas ensemble quoi. Même des amis ils me disaient : vous êtes proches comme des frères et sœurs, on dirait que vous êtes frère et sœur. Et vraiment c'était systématique, partout où on allait, donc pour te dire à quel point on avait un rapport qui n'avait plus de sensualité pour que les gens ils... quand tu vois un garçon et une fille qui sont ensemble, *a priori* tu vas pas forcément penser qu'ils sont frère et sœur, tu penses que c'est un couple. Donc finalement nous on ressemblait plus à un couple de frère et sœur incestueux plus qu'à un couple. Le regard des autres à ce niveau là m'a fait prendre conscience de l'ampleur du problème et c'était douloureux, parce que je me disais : putain mais merde c'est pas mon frère. Mais bon je le savais, je me souviens que quand on en a parlé je lui ai dit que je le trouvais super et tout mais que c'était plus mon meilleur ami que mon mec. »

Les difficultés sexuelles viennent *troubler* la nature du lien qui unit les deux conjoints. En l'absence de sexualité, la relation de couple tend à devenir équivalente à celle que peuvent entretenir deux amis ou un frère et une sœur. Liens d'alliance, d'amitié et de germanité tendent à se confondre et à se trouver en situation d'homologie. Homologie qui est facile à faire dans un contexte où l'électivité, l'égalité, la complicité, la communication sont extrêmement valorisées dans le modèle conjugal. Ce sont en effet ces mêmes valeurs qui sont attendues en amitié et qui sont valorisées au sein des fratries. Les notions de confiance, de confiance et de proximité interindividuelle (complicité, mêmes goûts et affinités) sont typiques des qualités que l'on rapporte à l'amitié¹. Par ailleurs, le lien entre frères et sœurs est, parmi les différents liens de parenté, celui qui apparaît le plus solidaire, égalitariste, et qui est le moins normé, en termes d'obligations, laissant une large place à l'électivité². Toutefois ces deux modèles sont en même temps des contre-modèles absolus puisque la sexualité y est en principe non seulement absente, mais même interdite ou proscrite.

Valérie note elle-même la transformation qui s'opère dans la relation dont la qualité n'a pas été affectée par la quasi-disparition des rapports sexuels et elle se réfère elle-même au modèle de l'amitié pour qualifier les changements qui se sont produits. Dans la sphère sociale, c'est justement la qualité de la relation, la complicité et l'entente

¹ Bidart, 1991.

² Crenner, Dechaux & Herpin, 2000.

affichée par les conjoints qui est relevée. C'est sur ces caractéristiques que Valérie et son ami sont promus au rang de « couple modèle » par une partie de leur entourage. Mais l'image que renvoie le couple n'est pas sans comporter quelque danger. Si leurs amis *comparent* le couple à une fratrie, les personnes qui ne les connaissent pas les *prennent* pour un frère et une sœur, relevant un type de performance (attitude, manière de se parler, etc.) qu'ils associent à cette catégorie. Association qui précède vraisemblablement la perception de la ressemblance physique que les inconnus croient déceler entre les deux conjoints¹. Enfin, l'identification par les tiers d'un lien de germanité (en réalité fictif) entre les deux conjoints se couple avec une appréhension inversée (par rapport à la réalité) de leur âge. Cette inversion est d'ailleurs insupportable pour Valérie et, même si elle n'en a pas forcément conscience, cela est sans doute lié à la préférence des femmes pour des hommes légèrement plus âgés qu'elles sur le marché matrimonial². Même si, contrairement à ce qu'elle semble penser en opérant ce rapprochement, il est peu probable que les personnes que le couple rencontre souhaitent se prononcer sur l'activité sexuelle du couple, pour elle leur confusion est tout à fait significative. Bien qu'elle-même compare leur relation à une relation d'amitié, elle se révolte (« putain, mais merde (...) ») contre l'assignation catégorielle proposée par les tiers qui tend à ne pas lui accorder la place de partenaire sexuelle légitime.

Il nous semble que si tout cela lui est insupportable c'est que l'évolution de la situation tend à dissoudre le statut de conjoint que lui confère la relation conjugale. En effet, la relation conjugale permet une reconnaissance et donne un statut unique dans le champ des relations possibles. Elle est par ailleurs censée être exclusive (cette exclusivité s'illustrant dans l'exclusivité sexuelle), alors que l'on peut être l'amie de plusieurs personnes, la sœur de plusieurs personnes. Ne plus être reconnue comme la « conjointe de... » est difficile à accepter pour Valérie pour qui le statut de « femme (de) » est une composante perçue comme partie prenante de son identité. Dans les situations qu'elle décrit, elle n'est pas reconnue à sa *juste* place et c'est ce qui provoque chez elle ce sentiment d'être flouée d'une part d'elle-même.

¹ On sait que l'affirmation de ressemblances familiales répond à un certain nombre de règles sociales. Voir sur ce point, même s'il traite des ressemblances entre parents et enfants, les travaux de Bernard Vernier (Vernier, 1994).

² Bozon, 1990a et 1990b.

5.2.2. Initiative en matière sexuelle et identité féminine

Si les difficultés sexuelles affectent le statut de conjoint, elles peuvent aussi affecter l'appréhension que l'on a du rôle que l'on doit tenir dans les interactions sexuelles et de son lien avec l'identité. Ainsi, la question de l'initiative sexuelle est au cœur de la réflexion de certaines enquêtées.

Bien que, comme le note Jean-Louis Flandrin¹, depuis le 12^{ième} siècle, et spécialement à partir du 16^{ième} siècle, théologiens et médecins se sont acharnés à réaffirmer (en reprenant Saint-Paul) l'égalité des époux devant la « dette conjugale », l'asservissement sexuel qui, en théorie, était un asservissement croisé (de la femme sur l'homme et de l'homme sur la femme), n'a toujours eu de réalité que dans l'asservissement sexuel de la femme. Se fondant sur une idée de la nature féminine comme prude, froide et honteuse concernant les questions sexuelles, ces nouveaux théoriciens indiquent en effet que si la femme ne doit prendre en compte que les demandes explicites de l'homme, l'homme, quant à lui, doit être plus attentif et déceler les demandes implicites de la femme qui, du fait de cette nature, ne sait pas les exposer clairement. D'où le paradoxe relevé par Jean-Louis Flandrin : alors que l'objectif est de promouvoir l'égalité, ces prescriptions théologiques ont participé à la reproduction et à la perpétuation de l'inégalité en matière d'initiative sexuelle. Il en résulte que ce modèle a survécu jusqu'à nous de telle sorte que :

« non seulement l'homme continue à attendre de la femme une pudeur plus grande que la sienne (...) mais la femme, quant à elle, continue souvent à attendre que l'homme devine ses désirs (...) »²

Même si des changements apparaissent et que, par exemple, la presse féminine, comme le note Marie-Laure Déroff, tend à valoriser l'initiative féminine en matière sexuelle, celle-ci ne doit pas pour autant être trop franche, ni directe³. En fait, attendre que l'homme vienne vers vous semble un trait important de l'identité féminine. Dans son enquête par entretien sur la sexualité en France, Janine Mossuz-Lavau, recueille ainsi plusieurs témoignages de jeunes femmes qui sont attachées à l'idée que l'initiative sexuelle est une prérogative masculine⁴. Une de ses informatrices déclare ainsi :

« On a une dignité, une pudeur, donc, de ce côté, je pense un peu comme les anciens, c'est plus la fille qui doit attendre puis les garçons doivent devancer, faire le premier pas, moi j'ai ce principe. »

¹ Flandrin, 1986 : 127-129 et 1982 : 123-124.

² Flandrin, 1986 : 129.

³ Déroff, 2007 : 102-103.

⁴ Mossuz-Lavau, 2005 : 175-176.

Pour Michel Bozon, la réticence des femmes à prendre l'initiative sexuelle pourrait être interprétée comme une adaptation à la domination masculine, dans la mesure où être celle qui se laisse désirer permettrait d'avoir une influence sur celui qui souhaite le rapport¹.

La question de l'initiative sexuelle est donc sous-tendue par des enjeux identitaires. Lorsque les difficultés sexuelles viennent bouleverser l'organisation de la sexualité conjugale, la tension entre initiative sexuelle et identité devient encore plus visible. Elle est ainsi au cœur de la réflexion de certaines enquêtées.

C'est ainsi le cas d'Abigail (12), qui souffre de douleurs à la pénétration qui ont engendré une perte de désir. Ces difficultés vont bien sûr largement perturber les échanges sexuels avec son mari. Au fil du temps et au fur et à mesure que les douleurs s'estompent, Abigail et son conjoint réussissent tant bien que mal à avoir des rapports sexuels. Toutefois, par rapport aux débuts de la relation le script des interactions a changé et c'est ce qui pose désormais problème à la jeune femme :

« La demande vient plutôt de moi, c'est ce qui ne me plaît pas trop en fait. Parce qu'à la base ça venait d'un problème engendré par moi et finalement il s'est installé dans quelque chose de... Il attend toujours que moi je sois prête et moi j'aimerais qu'il prenne un peu plus d'initiatives. Mais comme il est habitué à faire doucement pour moi, alors du coup j'ai l'impression qu'il n'y a que moi qui a envie. En fait il me dit qu'il a toujours envie mais comme il s'est mis dans l'habitude que ça risquait d'être non ou que cela n'aille pas que finalement, il faut que ça soit moi qui lui dise : je veux, je suis prête. Et moi je trouve que ce n'est pas magique si c'est toujours la même personne qui le dit. »

Pour Abigail, les changements induits par ses difficultés sur le déroulement des séquences sexuelles ne sont pas anodins, puisqu'ils ont pour conséquence de faire porter sur elle seule la responsabilité de la sexualité conjugale. Comme elle nous le dira d'ailleurs, elle tient une « comptabilité » des rapports sexuels du couple et si elle voit que le dernier rapport est trop ancien, elle s'en inquiète. Cette gestion consciencieuse du rythme de la sexualité conjugale participe à l'effacement de ce qu'Abigail qualifie de « magique » dans cet extrait. Même si elle semble prôner ici une répartition égalitaire, la « magie » n'opère réellement que lorsque c'est son mari qui prend l'initiative :

« Je n'aime pas trop demander parce que ce qui ne me plaît pas c'est que je ne suis pas dans un état de surprise, je ne suis pas dans un état d'esprit où je me laisse surprendre. J'ai l'impression de maîtriser comment ça se passe dès le départ et j'aurais aimé être un peu surprise

¹ Bozon, 1998b : 222.

en fait. J'ai l'impression que ça gâche la magie en fait (...) Je trouve que ça enlève la magie du sexuel. »

Comme on le voit, la façon dont elle appréhende la question de l'initiative sexuelle est structurée par une série d'oppositions : demander / être surpris ; maîtrise / « magie ». Les prérogatives qu'elle est contrainte d'assurer ne lui conviennent pas. Même si l'objectif est bien d'avoir des rapports sexuels, elle ne peut pas dans ces conditions les investir subjectivement comme elle le voudrait de telle sorte qu'elle ne retire pas toute la satisfaction escomptée du retour de la sexualité dans la vie du couple. La tension entre le rôle occupé et le rôle souhaité dans les interactions sexuelles, ou, pour reprendre une distinction faite par Marie-Laure Déroff, entre sexualité vécue et sexualité conçue¹, provoque l'insatisfaction. Mais tout cela n'est pas simplement affaire de goût personnel :

« Pour moi c'est comme s'il n'avait plus envie puisque c'est moi qui dit, qui le séduit mais ça me gêne de toujours avoir à le faire. J'ai l'impression d'être l'homme après.

[Ah bon ? pourquoi ?]

« Je ne sais pas, c'est peut-être un cliché. On voit souvent dans les films que c'est l'homme qui est entreprenant et que c'est la fille qui dit non ou pas. J'ai l'impression que c'est moi qui dit quand on mange, que c'est moi qui dit quand on fait ceci ou cela. Je n'ai pas envie de tenir ce rôle là moi. J'ai pas envie de prendre une trop grosse place, j'ai envie d'être à son rythme en fait. »

Si la « gêne » occasionnée est ressentie d'une telle façon, c'est qu'elle associe le rôle qu'elle est contrainte de jouer au genre opposé au sien de telle sorte qu'en le tenant elle se masculinise et s'éloigne du modèle culturel de féminité auquel elle s'identifie. La référence aux scènes « romantiques » de film est à ce titre tout à fait intéressante. Elles proposent un répertoire d'action, constituent une trame ou un programme pour l'expérience personnelle ; répertoire, trame et programme qu'Abigail s'approprie². Ces disjonctions entre le rôle souhaité et le rôle occupé, entre le genre associé au rôle qu'elle tient et le genre auquel elle s'identifie, seraient peut-être gérables si ne s'ajoutait pas à cette situation la maîtrise des activités du couple dans d'autres domaines. C'est l'idée qu'elle semble introduire à la fin de l'extrait. On ne saisit toutefois pas très bien si elle souhaite que son mari reprenne la maîtrise de toutes les activités du couple ou seulement des activités sexuelles. Ce qui est sûr en tout cas, c'est que dans ce dernier domaine, l'initiative doit lui revenir.

¹ Déroff, 2007 : 165.

² Pour une vue d'ensemble des questions liant représentations culturelles et sexualité, voir Bozon, 2002 : 92-102.

C'est également la question de l'initiative qui est au cœur de la problématique de Christine (7). On se souvient que c'est justement sur son manque d'initiative en matière sexuelle que son mari fondait le diagnostic de perte de désir qu'elle finira par accepter¹. Mais si elle se résout, dans un contexte de fortes tensions relationnelles, à consulter pour cette perte de désir identifiée par son mari, elle n'en relève pas moins le hiatus entre la situation passée et les exigences nouvelles de son mari :

« Moi, ça me convenait qu'il vienne. Enfin là je reconnais comme ça va très, très mal entre nous, je reconnais que ça me manque, qu'il ne vienne pas mais lui il ne veut plus venir, il veut que cela soit moi qui y aille, donc euh... Maintenant il est tellement froid que j'ai du mal à y aller. Je veux dire finalement il m'a mis au pied du mur et du jour au lendemain là il m'a dit stop, j'arrête tout il faut que ça soit toi qui ait du désir sexuel qui vienne vers moi mais bon ça ne peut pas marcher comme ça en fait. »

Les demandes « soudaines » de son mari la rendent amère et cela d'autant plus que, comme nous l'avions déjà dit, la situation telle qu'elle était jusque-là lui apportait entière satisfaction. Les injonctions de son mari la placent dans une situation très inconfortable dans la mesure où, avec beaucoup de lucidité, elle sait très bien que l'on ne peut pas changer un mode de fonctionnement conjugal comme cela, simplement en le décrétant. Le changement n'est effectivement pas une question de choix personnel. Pour elle, la manière dont elle appréhende la sexualité est liée à son identité et à la manière dont elle la conçoit :

« Moi ça ne me manquait pas, mais c'est peut-être malheureux mais c'est comme ça, je veux dire je peux rester longtemps sans avoir de rapports sexuels, ça ne me manque pas, par contre ce qui me manque, c'est le côté affectueux. Pour moi en fait il y avait les femmes si vous voulez qui étaient très... chaudes, mais je dis pas ça avec préjugé... au contraire... il y avait les femmes qui sont chaudes et puis qui aiment avoir des rapports sexuels, qui prennent les devants et tout ça, qui prennent beaucoup de plaisir et après les autres et moi je pensais que je faisais partie de celles-là, c'est-à-dire que je n'étais pas une femme très très chaude. »

Si elle ne prend pas l'initiative c'est qu'elle n'est pas comme ça. Bien sûr une femme peut prendre l'initiative, mais pas elle, parce qu'elle n'appartient pas à la même catégorie. L'attitude et le rapport à la sexualité sont déterminés à l'avance selon que l'on appartient à l'une ou à l'autre des catégories de femmes. Alors que pour Abigail, la question de l'initiative sexuelle était structurée par le genre, ici l'initiative sexuelle est un des éléments qui permettent de distinguer, au sein même de l'ensemble des femmes,

¹ Voir 3.1.2.3.

deux groupes distincts. Une série d'oppositions dessinent les caractéristiques de chacun des groupes : femmes chaudes / femmes froides ; qui aiment avoir des rapports / à qui les rapports ne manquent pas ; qui prennent les devants / qui attendent ; etc. Changer de comportement demande donc plus que simplement changer une manière de faire, cela implique de modifier sa manière de *se penser* et de se situer identitairement. On comprend dès lors le trouble que provoquent pour Christine les demandes de son mari.

Il nous faut ajouter, même si Christine ne fait pas elle-même le lien dans l'entretien, que d'après les informations qu'elle nous a données, son mari a un comportement contradictoire qui ne fait qu'accentuer, d'après nous, les difficultés pour Christine à trouver une issue à ses problèmes qui soit *cohérente* du point de vue identitaire. Nous avons vu que, dans le domaine sexuel, il demande à sa femme de prendre l'initiative, de faire valoir, en somme, son *autonomie*. Il se trouve par ailleurs que l'un des sujets de dispute récurrent au sein du couple est celui des heures supplémentaires que Christine doit exceptionnellement effectuer dans son emploi pour faire face aux aléas du système informatique. Or il se trouve que le mari de Christine est tout à fait opposé à l'idée que celle-ci passe du temps à son travail en dehors de ses horaires contractuelles. Face à ces réactions, Christine nous raconte qu'elle a du plusieurs fois réaffirmer qu'elle ne remettrait pas son emploi en cause. Dans le domaine professionnel, il revendique donc une forme de contrôle sur l'emploi de sa femme, en considérant qu'il a son mot à dire sur la question, en refusant qu'elle en « gère » seule les impératifs et les difficultés, bref en s'opposant à l'idée de la laisser entièrement autonome. D'un point de vue structurel, les exigences du mari de Christine ont tout d'une injonction paradoxale, dans la mesure où les différentes sphères de la vie domestique interagissent et que l'égalitarisme sexuel va de pair avec une plus grande autonomie des femmes sur le plan professionnel et domestique¹.

5.2.3. Sexualité, identité(s)

5.2.3.1. Tensions identitaires et « états de femme »

Comme nous venons de le voir, Christine (7), pour décrire sa situation et son rapport à la sexualité, définit deux catégories de femmes distinguées selon un critère principal qui est celui de leur « distance » (si l'on peut dire) avec la sexualité. Aux

¹ Bozon, 1998b : 223-225 ; Bajos, Ferrand & Andro, 2008 : 556-560.

femmes « chaudes » qui entretiennent un rapport de « proximité » (pour continuer de filer la métaphore spatiale) s'opposent les femmes « froides » qui n'ont qu'un intérêt « lointain » pour la chair et ses plaisirs. L'appartenance à l'une ou à l'autre des catégories est déterminée « à l'avance ». La nature de cette détermination n'était pas précisée par Christine et on ne sait si elle pensait à un déterminisme biologique ou plutôt de type psychosociologique. Peu importe au final, l'idée principale est que cette appartenance se conjugue sur le mode du destin. Accepter sa condition, c'est donc accepter les choses telles qu'elles sont et cela n'implique pas qu'on vive cela de manière négative. Une autre des enquêtées, Valérie (2) explique ainsi :

« En fait, moi, je vivais sans sexe sans problème, c'est-à-dire j'avais pas de manque à ce niveau-là, lui je ne sais pas, mais moi j'en avais pas et je m'accommodais très bien de ça finalement, je me disais : bon, dans le fond, t'es peut-être pas une gonzesse qu'est très attirée par ce genre de chose, ça va très bien comme ça. »

Même si Valérie ne reprend pas explicitement les deux catégories de Christine, c'est bien par rapport à l'axe du rapport à la sexualité qu'elle se situe du point de vue de l'identité personnelle. Le constat de Valérie entérine une situation qui n'a, *a priori*, pas lieu d'être remise en cause. L'idée que sa propre situation n'est pas susceptible d'évoluer se retrouve aussi dans le discours de Natacha (23), qui explique comment elle appréhendait le fait de ne pas avoir de plaisir avec son compagnon :

« C'était une espèce de fatalité à laquelle je m'étais habituée. »

Dans ces discours, le rapport que chacun entretient avec la sexualité est envisagé sous l'angle du destin ou de la fatalité. Deux groupes de femmes sont distingués selon leur rapport à la sexualité.

Comme nous l'avons vu, dans d'autres discours, comme celui de Géraldine (22) ou, d'une certaine manière, celui de Dorothée (19) cités précédemment, l'interrogation sur sa sexualité ne portait pas sur l'appartenance à une catégorie particulière de femmes mais sur la possibilité de concilier deux manières d'être une femme : être mère ou épouse et être amante. A la différence des discours précédents, il ne s'agit pas de considérer que l'on est définitivement l'une ou l'autre, mais plutôt que si les manières d'être peuvent se succéder dans le temps et suivant la situation, il est très difficile d'être à la fois l'une et l'autre. On se souvient de ce que disait Géraldine à propos des changements consécutifs à la naissance de son enfant : « j'étais la maman et plus la femme, la maîtresse ». Dans le cas de Dorothée, c'est un peu différent, puisque c'est essentiellement *pour le futur* qu'elle s'interroge sur la conciliation de ces différentes

manières d'être en s'appuyant sur l'expérience de sa mère. Toutefois, c'est aussi, parmi d'autres raisons, pour se donner toutes les chances de pouvoir concilier les deux plus tard qu'elle considère comme nécessaire de consulter pour régler ses difficultés.

Ces questionnements identitaires qui débouchent soit sur l'identification de deux types de femmes distincts, soit sur le constat qu'il existe deux manières inconciliables d'être une femme peuvent être rapprochés des tensions structurelles entre les différents « états de femme » qui travaillent l'imaginaire féminin selon le modèle proposé par Nathalie Heinich¹. En effet, comme le rappelle l'auteure,

« L'identité féminine (...), comme toute identité dominée, ne s'affirme pas tant par la démarcation externe à l'égard du dominant que par démarcation interne à l'égard d'autres états de la catégorie d'appartenance (...) Ainsi, l'identité féminine, résultant d'une construction endogène – par rapport aux autres femmes – beaucoup plus qu'exogène – par rapport à qui n'est pas femme –, se définit moins en fonction de l'opposition des sexes que de l'opposition des différentes façons d'être une femme, des différents états de femme. »²

Résumons brièvement ce que nous avons retenu de son modèle. S'appuyant sur la production romanesque du 19^{ième} siècle et du début du 20^{ième} siècle, elle dégage quatre figures identitaires différentes (ce qu'elle appelle les « états ») qui sont autant de possibilités stratégiques avec lesquelles les femmes doivent négocier. Dans l'ordre traditionnel (c'est-à-dire avant l'entre-deux guerre), trois manières d'être femme était possible. L'état traditionnel de femme est, d'abord et le plus fréquemment, l'état de la « première », qui est celui de la fille qui devient femme, accédant à ce statut par le mariage, puis mère, en donnant naissance aux enfants légitimes. Disponible sexuellement pour son mari, elle en est dépendante matériellement. Le second état est celui de « seconde » et désigne l'état des femmes (prostituées, rivales, maîtresses, etc.) qui sont liées aux hommes matériellement, sont également disponibles sexuellement mais de manière illégitime. Enfin, le troisième état, celui de « tierce », correspond aux femmes qui sont indépendantes matériellement par rapport aux hommes mais pour qui cette indépendance se gagne au prix d'un renoncement à la sexualité (institutrice, gouvernante, etc.). Avec la modernité et le processus d'émancipation féminine, apparaît le dernier des états de femme, celui de femme non-liée, qui caractérise une femme indépendante et autonome matériellement et financièrement mais qui n'a pas renoncé à sa vie sexuelle et amoureuse dont elle reste maître. Ce dernier état ne se substitue pas

¹ Heinich, 1996 & 2003.

² Heinich, 1996 : 336.

pour autant aux trois autres, mais s'y superpose de telle sorte que les femmes sont tiraillées entre les différentes figures ; figures auxquelles elles aspirent (première, quarte) ou qu'elles redoutent (seconde, tierce). D'où les ambivalences et les crises auxquelles sont sujettes les femmes. La tension que de nombreuses femmes éprouvent entre souhait de réussir leur vie privée et souhait de réussir leur vie professionnelle est de ce point de vue exemplaire. Il nous faut ajouter qu'il nous semble possible de rapprocher le rapport à la sexualité que définit chaque état de femme de la théorie des orientations intimes de Michel Bozon¹. Ainsi, à la première correspondrait le modèle de la sexualité conjugale, à la seconde le modèle du réseau sexuel et à la quarte le modèle du désir individuel. A la tierce qui a renoncé à la sexualité correspondrait une orientation intime que Michel Bozon n'a pas proposée mais que l'on pourrait qualifier de *hors-sexuel*, puisque la sexualité interpersonnelle n'entre pas dans la construction de la subjectivité.

Au-delà des quelques extraits d'entretiens évoqués ci-dessus, nos matériaux ne nous permettent pas de voir précisément comment ses tensions s'articulent dans chaque situation, notamment parce que nous ne disposons pas de données précises sur les aspects matériels et économiques, qui constituent un critère important dans le modèle de Nathalie Heinich. Quitte à trahir ici l'esprit systématique de la théorie des états de femme, nous nous concentrons sur la dimension proprement sexuelle de la question. De ce point de vue, parmi les éléments recueillis, ce qui nous semble le plus intéressant c'est de voir comment la prise en charge sexologique peut être le révélateur des tensions identitaires et l'opérateur des changements d'état.

5.2.3.2. L'interaction sexologique, révélateur et opérateur de changement des états de femme ?

Ouverture des possibilités, autonomie et désencastrement de la sexualité

Compte tenu de la diversité des approches en sexologie et du fait que nos interlocutrices sont pour la plupart interrogées en tout début de prise en charge, rappelons que nous ne rentrerons pas dans les détails de la prise en charge sur laquelle nous n'avons souvent que peu de données précises. Ce qui nous intéresse ici est de voir comment, du point de vue de notre questionnement sur les tensions identitaires et à partir des quelques indices dont nous disposons, la rencontre avec le sexologue peut jouer un rôle.

¹ Bozon, 2001d.

La consultation peut tout d'abord être le lieu où sont révélées les possibilités de changements. C'est ainsi lors de sa première consultation avec la sexologue que Christine (7), qui distingue les femmes « chaudes » des femmes « froides », comprend que son rapport à la sexualité et son rôle dans l'interaction sexuelle ne sont pas immuables :

« On a un peu parlé de mes besoins à moi. Elle m'a dit d'essayer effectivement de rester moins passive, d'essayer d'aller vers lui, de faire des choses, d'essayer de trouver des choses et c'est vrai que je n'étais pas comme ça avant, ça ne me manquait pas, je ne sais pas pourquoi. Et en fait elle m'a fait comprendre qu'en fait il n'y avait pas de raisons quoi, qu'il suffisait d'essayer de faire les choses. »

Pour Christine, c'est une découverte que de savoir qu'il n'y a pas de *fatalité à être* comme elle *est*, mais qu'une évolution est possible. C'est aussi une sorte de révélation dont nous fait part Natacha (23) à propos de l'effet que les rencontres avec sa sexologue ont eu sur sa manière d'envisager son rapport à la sexualité et au plaisir :

« Les paroles de la sexologue ont eu un côté rassurant, c'est-à-dire je me sens moins anormale et je me suis rendu compte avec elle que c'est que je suis encore dans le domaine de l'apprentissage. »

Elle qui considérait comme une fatalité son absence de plaisir, apprend, comme Christine, que sa condition n'est pas définitive mais qu'elle a encore des apprentissages à faire pour faire évoluer sa situation.

Dans ces deux courts comptes-rendus d'interaction, on voit comment la sexologue ouvre des possibilités, non seulement du point de vue du rapport concret à la sexualité, mais plus fondamentalement du point de vue de l'identité féminine qui en dépend. Nos interlocutrices découvrent un horizon nouveau. Dans le cas de Christine, la sexologue recentre la problématique sur la sexualité de Christine elle-même. Elle évoque ses envies à *elle*, et non pas relativement à la relation conjugale. On peut ainsi dire que la sexologue vise à une autonomisation plus grande de la sexualité par rapport au conjugal. Mais même si cette orientation correspond au souhait de son mari (*cf. supra*), il ne s'agit pas de se situer par rapport à cette demande masculine mais d'acquérir cette autonomie pour soi-même.

Citons, sur cette question de l'autonomie, une autre de nos informatrices, Audrey (18) qui nous rapporte comment elle a échoué à accomplir un « exercice » que lui avait donné sa sexologue :

« C'est vrai que quand elle m'a dit de m'exercer sur moi-même [*se masturber*], la première séance où je suis retournée la voir, je lui ai dit

je n'ai pas pu. Je lui dis que je ne pouvais pas le faire toute seule. Elle me dit : il vous faut réessayer. »

Nous ne reviendrons pas ici sur l'exercice prescrit, la masturbation individuelle, qui est très fréquemment proposée aux femmes dans les prises en charge sexologique et qui reposent sur un programme d'inspiration cognitivo-comportementale dont l'objet est de réinvestir son corps et d'en (ré)apprendre le fonctionnement, d'en connaître l'anatomie, etc.¹ Ce qui nous intéresse dans cette petite scène, c'est l'échange dont il rend compte entre Audrey et sa sexologue. Alors qu'Audrey lui explique qu'elle ne peut pas se masturber « toute seule », la sexologue réitère son injonction. Si cette dernière insiste, c'est bien sûr parce que cet exercice et la capacité à pouvoir accomplir cet acte entre dans la stratégie thérapeutique qu'elle a entreprise de mettre en œuvre. Il nous semble de notre côté qu'au-delà du programme dans lequel elle s'inscrit, l'injonction de la sexologue rejoint l'esprit de l'intervention de sa consœur avec Christine.

Avant d'avancer dans notre réflexion, examinons une dernière interaction entre une sexologue et sa patiente. Alors qu'elle nous explique comment la consultation s'est passée, Abigail (12) nous fait part d'un conseil de sa sexologue :

« Ce qu'elle m'avait dit et que je retiens encore, c'est qu'elle m'avait dit d'aborder cela [*la sexualité*] comme si c'était un jeu. »

Ici, il ne s'agit pas d'ouvrir des possibilités nouvelles ni d'inviter Abigail à réfléchir sur ses envies *personnelles*, abstraction faite de tout contexte relationnel. C'est le type d'investissement dans les relations sexuelles qui est interrogé. En proposant de les envisager comme un jeu, la sexologue invite Abigail à suspendre, au moins fictivement, les enjeux de la sexualité conjugale. C'est-à-dire à pratiquer celle-ci pour elle-même, à l'envisager comme une fin et non comme un moyen.

A partir des courtes interactions qui nous sont rapportées par Christine, Audrey et Abigail, nous aimerions avancer l'idée que le sens des divers conseils et injonctions des sexologues est le même. Avec ces jeunes femmes qui partagent une orientation conjugale de la sexualité et qui se rapprochent de l'état de « première », les interventions sexologiques visent à promouvoir un « désencastrement » de la sexualité par rapport au conjugal. Dans cette optique, la prise en charge sexologique apparaît comme une opportunité de dénouer la tension identitaire à laquelle sont confrontées ces femmes. En effet si le modèle de la première correspond à leurs aspirations conjugales et familiales, il reposait sur une configuration dans lequel le couple était

¹ Sur l'utilisation « thérapeutique » de la masturbation, voir Le Bodic, 2009.

institutionnellement soutenu par l'union légale et officielle entre les conjoints et où la sexualité féminine était avant tout envisagée sous l'angle de la reproduction. L'identité féminine s'articulait moins à la sexualité qu'aux statuts d'épouse et de mère. La sexualisation et l'érotisation progressive des relations conjugales¹ et le fait que la sexualité précède désormais l'alliance rendent caduque l'exercice d'une sexualité subjectivement vécue comme seulement conjugale. L'existence même du couple tenant au renouvellement permanent du désir, l'aspiration à être la première doit se conjuguer avec le rapport à la sexualité de la femme non-liée, ce qui implique une séparation de la sexualité de son ancrage conjugal, non pas en allant « voir ailleurs » mais en envisageant la sexualité conjugale comme une sexualité extra-conjugale². Le danger c'est qu'une autre tension se substitue à la première puisque que si l'autonomie sexuelle est une caractéristique de la quarte, elle est aussi caractéristique de la seconde et le risque c'est que l'autonomisation sexuelle soit subjectivement vécue comme illégitime.

Indépendance vs sexualité

Comme nous l'avons vu, Guillaume (9) et Stéphanie (10) consultent chez un sexologue après que la fréquence de leurs relations sexuelles a baissé. La baisse du désir de Stéphanie est identifiée comme la cause du problème. Recevant les deux époux ensemble, la sexologue explore pendant les premières séances le fonctionnement du couple. Abordant les difficultés de Stéphanie, elle ne se concentre pas seulement sur ce qui touche à son comportement sexuel mais va s'intéresser plus globalement à son attitude générale. Ce qui retient notre intérêt est le compte rendu à deux voix que les époux font de leurs échanges avec la sexologue :

Elle : « Elle avait expliqué que ce n'était pas se crisper, des trucs comme ça. Je suis quand même quelqu'un d'assez énergique, qui est assez dépensière [*physiquement parlant, du point de vue de l'activité*], qui est toujours en mouvement, (...) il faut que je bouge, (...) il faut tout le temps que je sois en mouvement, il faut tout le temps que je fasse quelque chose, (...) donc elle a tout de suite cerné que j'étais un peu trop active (...) »

Lui : « C'était sur ça mais surtout sur le fait qu'elle avait la volonté de montrer qu'elle n'a pas besoin d'un homme, qu'une femme peut se suffire à elle même. Elle était trop masculine, dans le sens... il faut faire de la moto, faire de la muscu... »

¹ Pour un compte rendu historique de cette évolution, voir Chaland, 1996.

² C'est ce que Nathalie Heinich propose d'appeler le « paradoxe de la liberté contraignante ». Dans le domaine sexuel, cela a pour conséquence que « ce qui fut longtemps le privilège et/ou la compétence professionnelles des « secondes » (les partenaires sexuelles illégitimes) devient un privilège des « premières » (les épouses légitimes), mais aussi une obligation (...) » (Heinich, 2003 :16).

Elle : « Scier le bois. »

Lui : « Bricoler. »

Elle : « M'occuper de ma voiture. »

La sexologue ne se contente pas de relever le fait que Stéphanie a toujours besoin de s'occuper et qu'elle accepte difficilement de ne rien faire, elle caractérise cette attitude comme problématique et l'activité est interprétée comme une *suractivité* qui se révèle nuisible au relâchement nécessaire à l'investissement sexuel. En filigrane, on est tenté de penser qu'à ce surcroît d'activité doit se substituer une passivité plus féminine. Guillaume, lui opère un léger glissement dans son compte rendu qui va d'ailleurs nous amener sur le terrain du genre. En effet, selon lui, plus que sur la suractivité de Stéphanie, la sexologue a pointé sa volonté d'affirmer son indépendance vis-à-vis des hommes, qui se concrétise par l'accomplissement d'un certain nombre de tâches domestiques (au sens où elles participent de l'économie générale du foyer : scier du bois, bricoler) et d'activités (faire de la musculation) traditionnellement assurées et effectuées par les hommes. Dans ce qui touche à « l'action », Stéphanie s'avère non seulement trop *active*, mais également trop *masculine*. En toute cohérence, cette manière d'être se traduit dans le monde des sentiments et des affects par une très grande *indépendance* :

Elle : « Elle nous a expliqué aussi à la deuxième séance, puisque le problème de Guillaume, c'était que je ne passe pas assez souvent aux actes, (...) donc là elle nous a un peu défini dans nos manières d'être. Bon moi je suis quelqu'un qui n'a pas forcément besoin de quelqu'un d'autre pour faire certaines choses. Pareil, dans les sentiments, je n'ai pas besoin d'avoir quelqu'un d'autre pour pouvoir vivre et lui à l'inverse c'est quelqu'un qui est très demandeur, qui est très fusionnel, qui est toujours... on fait du sport ensemble... on fait toujours tout à deux (...) Donc hier c'était plutôt la définition de nos caractères à l'un et à l'autre et qu'on apprenne à respecter... pour moi mon indépendance, et lui son besoin d'être toujours en fusion... »

Si Stéphanie n'a pas besoin de la relation conjugale, ni de personne « pour vivre », c'est-à-dire pour être elle-même et trouver une « stabilité » identitaire, cela ne se fait pas sans une discordance de genre dans la représentation qu'elle donne d'elle-même (en exerçant des activités masculines) et dans l'image qui lui est renvoyée par autrui (son mari n'hésitant pas à dire qu'elle est trop masculine). Son indépendance est contradictoire avec son souhait de retrouver une sexualité. Celle-ci passe en effet par un nécessaire compromis et par ce que l'on pourrait appeler une « abandon de souveraineté individuelle », qui passe, si l'on en croit les appels de la sexologue à retrouver une certaine passivité, par un travail identitaire de féminisation. On voit bien comment

l'intervention sexologique vient mettre en tension l'identité de Stéphanie et que le traitement exige pour elle d'admettre une nouvelle donne identitaire.

Chapitre 6

Troubles sexuels et (in)certitudes masculines

Disons-le d'entrée de jeu, ce chapitre consacré aux enjeux masculins du recours à la sexologie nous a posé plus de difficultés que le chapitre précédent consacré aux femmes. Les entretiens recueillis auprès des hommes étaient très différents qualitativement de ceux que nous avons faits avec les jeunes femmes. Effectivement, « parler de soi » n'est pas une compétence également répartie socialement¹. Outre les effets de l'origine sociale², le genre est une dimension très importante puisque si la socialisation conduit les femmes à développer leurs compétences dans ce domaine, c'est plutôt l'inverse pour les hommes qui apprennent à contrôler et à censurer leurs émotions et leur verbalisation³. Les hommes s'avèrent ainsi souvent incapables d'extérioriser une intériorité⁴. La difficulté d'enquêter auprès des hommes sur les thèmes touchant à l'intimité, à l'affectivité, et plus généralement sur les « espaces » où les émotions de ce type sont censées se manifester plus particulièrement tels que la famille et le couple, a déjà été maintes fois soulignée⁵. Toutefois, comme le remarque très justement Marie-Laure Déroff⁶, l'incompétence supposée des hommes en la matière est aussi due au fait que les sciences sociales tendent à retenir une définition féminine de ce que devrait être l'intimité et l'intériorité et qu'il faudrait envisager le fait que d'autres manières de vivre et dire cette expérience sont possibles. De ce point de vue, la méthode de l'entretien en tant que telle est vraisemblablement plus en adéquation avec l'*ethos* féminin que masculin, dans la mesure où celles-ci sont habituées à gérer des relations duales tandis

¹ Poliak, 2002.

² Pour Claude Poliak (Poliak, 2002), la compétence à se raconter est « la plus vive dans les régions intermédiaires de l'espace social, là où la psychologie/psychanalyse a le plus d'impact » (p.7) et « si paradoxal que le constat puisse paraître, il semble qu'il y ait, dans certaines formes d'expression de soi ou de refus d'expression de soi, plus de proximité, entre aristocratie et classes populaires, qu'entre aristocratie et classes moyennes (...) » (pp.8-9).

³ Guionnet & Neveu, 2009 : 261-262.

⁴ Dulac, 2003 : 10.

⁵ Véronique Moulinié, par exemple, qui enquêtait en milieu rural et ouvrier sur la « goutte » et les opérations de la prostate, raconte comment il lui a été quasiment impossible de faire des entretiens formels avec les hommes qu'elle rencontrait (Moulinié, 1998 : 189).

⁶ Déroff, 2007 : 50 ; Dulac, 2003 : 15.

que ceux-ci sont plutôt habitués à la socialisation de groupe. Dans notre travail, les enquêtés étaient ainsi plus manifestement mal à l'aise que les enquêtées.

Par ailleurs, alors que des lignes de forces et des axes d'analyse sont très vite apparues lorsqu'il a fallu analyser les situations féminines, l'auteur de ces lignes est longtemps resté perplexe devant les différentes situations masculines de recours qu'il avait recueillies. Les cas féminins étaient assez homogènes, à la fois du point de vue du profil sociodémographique, des problématiques rencontrées et de la teneur des discours. En première approche, les cas masculins apparaissaient beaucoup plus hétéroclites. Le profil des enquêtés variait énormément notamment du point de vue de l'âge, l'écart entre le plus jeune et le plus âgé étant de près de 30 ans. Plusieurs cas semblaient « exceptionnels », soit que la situation décrite était particulièrement singulière tant dans l'enchaînement des péripéties biographiques que du point de vue de la complexité objective des problèmes rencontrés, soit, au contraire, que les difficultés sexuelles et le recours à la sexologie n'étaient (en apparence tout au moins) que des épisodes ayant une portée limitée, qui n'avaient pas duré longtemps et n'avaient déjà plus de conséquences sur la vie de nos interlocuteurs. Même si nous nous appuyons sur un nombre limité de cas¹, cette plus grande diversité des situations masculines est vraisemblablement liée au profil de la clientèle de la sexologie, que l'on a essayé de décrire à grands traits précédemment. On y constatait que les hommes pouvaient consulter à des âges beaucoup plus divers que les femmes.

Malgré ce propos liminaire, on peut regrouper les différents cas masculins en deux groupes que nous analyserons séparément et qui se distinguent par l'âge, les problématiques rencontrées et la manière dont le recours s'inscrit dans leur parcours biographique. Dans le premier groupe se retrouvent des hommes tous âgés de plus de 55 ans qui rencontrent des problèmes d'érection qu'ils interprètent prioritairement comme d'origine organique. Jusqu'à la survenue des problèmes, ils n'avaient pas connu de difficultés particulières à exercer et à investir leur sexualité et ils ne se posent pas de question vis-à-vis de leur identité masculine². Le deuxième groupe est constitué d'hommes plus jeunes, entre 32 et 45 ans, ayant souvent un capital scolaire plus important que les hommes du premier groupe aux problématiques plus hétéroclites et qui, pour un certain nombre d'entre eux, entretiennent un rapport plus compliqué à la

¹ Dans cette partie nous nous appuyons sur l'analyse des situations de recours n°3, 4, 5, 7, 9, 11, 12, 13, 17, 18 et 22 (cf. *supra* tableau 7).

² Paul (4), Louis (13), Lucien (15), Joseph (14) et José (20).

sexualité et à leur masculinité¹. Au travers de l'analyse de la manière dont ces hommes sont interrogés par leurs difficultés sexuelles, c'est ainsi autour du rapport à la masculinité et à son « cahier des charges »² que sont problématisées les deux parties de ce chapitre. Pour le dire simplement, pour les hommes du premier groupe c'est par la figure de la *perte* que nous pourrions décrire l'irruption des difficultés sexuelles qui entrent en résonance avec une trajectoire « descendante » s'inscrivant souvent dans un processus de vieillissement et/ou de déclassement social. Pour les hommes du second groupe les difficultés s'intègrent dans un parcours biographique déjà marqué par des incertitudes et des fragilités identitaires.

6.1. Troubles sexuels, rupture biographique et vieillissement

6.1.1. Une simple logique sanitaire ?

6.1.1.1. La mise en avant du trouble

Il nous faut revenir, une fois encore, à la situation d'entretien. Que nous ayons affaire à une femme ou à un homme, notre consigne de départ était peu ou prou la même :

« Pouvez-vous me dire dans quelles circonstances et pourquoi³ vous avez été consulter un sexologue ? »

Comme nous l'avons vu dans notre précédent chapitre, les jeunes femmes que nous avons interrogées répondent à cette question en arguant assez spontanément des conséquences que les difficultés sexuelles posaient sur leur relation conjugale. C'est ainsi qu'à partir de leurs discours nous déduisons que leur recours s'inscrivait dans une logique conjugale et cela indépendamment de la manière dont les problèmes avaient été interprétés au moment de l'autodiagnostic. Ces jeunes femmes précisaient bien sûr la nature des problèmes rencontrés mais, pour nos enquêtées, les enjeux de la prise en charge des difficultés sexuelles dépassaient explicitement le simple traitement du

¹ Patrick (6), Julien (3), Jean-Claude (8) et Gérard (21).

² Selon l'expression de Christine Guionnet et d'Erik Neveu, qui en s'appuyant sur les travaux de la sociologue australienne Raewyn Connell et sur son concept de « masculinité hégémonique » dégagent un « noyau dur » de la masculinité dans les sociétés occidentales : « (...) être viril c'est se distancier de tout ce qui évoque socialement le féminin (...) Un homme fait front, reste calme et ferme devant les crises émotionnelles, les conflits. Il répond aux outrages et aux mises en cause. Il est protecteur et sécurisant (...) La masculinité s'exprime dans la production d'une aura de force, d'audace et d'agressivité. Elle est capable à s'inscrire dans des rapports compétitifs (...) La masculinité s'exprime aussi dans une *libido dominandi*, la recherche de formes diverses de consécration (...) » (Guionnet & Neveu, 2009 : 339-340).

³ Nous utilisons aussi l'expression « pour quelles raisons ».

trouble sexuel. Telle qu'elle est entendue par les femmes, la consigne de départ induisait ainsi une réponse à deux niveaux : l'exposé des causes précises de la consultation (le problème à traiter) et celui de ses raisons (pourquoi consulter pour régler ce problème).

De manière tout à fait significative, les hommes, eux, ne comprennent pas la question de la même manière et elle ne nécessite qu'un seul niveau de réponse. Ainsi ils ne répondent à cette question que par l'exposé des causes de la consultation, c'est-à-dire le plus souvent par la description de leurs problèmes d'érection et du contexte dans lequel ils sont apparus.

L'échange à trois que nous avons en tout début d'entretien avec Lucien (15) et Christiane (16) est, de ce point de vue, très parlant :

[Dans quelles circonstances et pour quelles raisons avez-vous consulté chez madame X [*la médecin sexologue*] ?]

Lui : « D'abord c'est B. [*nom de son urologue*] qui m'a opéré... bon d'abord j'ai mon docteur... disons traitant... c'est lui qui m'a disons... pris le PSA, tous les PSA qui étaient élevés... euh il m'a dit d'aller consulter le Dr B. pour... »

Elle [*lui coupant la parole et s'adressant à lui*] : « Excuse-moi, je pense que monsieur veut savoir comment tu en es arrivé à voir madame X... la sexologue. [*S'adressant à moi*] C'est ce qui vous intéresse n'est-ce pas ? »

Alors que Lucien commence son récit par la découverte de ses problèmes de prostate qui nécessiteront une opération, il est interrompu par sa compagne, Christiane, qui considère qu'il répond « à côté ». Pour lui, l'histoire de ses difficultés sexuelles est confondue avec l'histoire de ses problèmes prostatiques, puisque c'est à partir de cela que tout a commencé. Expliquer les raisons de son recours sexologique implique donc de commencer par revenir sur les problèmes de prostate. En l'invitant à en venir tout de suite au fait, c'est-à-dire à la rencontre avec la sexologue, Christiane, de son côté, semble directement envisager que ce qui nous intéresse n'est pas directement le parcours médical qui a conduit aux difficultés sexuelles mais les difficultés elles-mêmes et leurs répercussions *personnelles* voire *conjugales*.

La façon dont Lucien entreprend de répondre à notre consigne initiale est en fait tout à fait caractéristique des récits que nous avons recueillis auprès de ce premier groupe d'hommes. Pris au pied de la lettre, leurs récits de recours ne particularisent pas la démarche de prise en charge des difficultés sexuelles comme une démarche spécifique. Le modèle de présentation du recours pourrait s'appliquer à un autre type de difficultés, troubles ou affections (une grippe qui aurait conduit chez le généraliste ou un malaise qui aurait conduit à consulter un cardiologue). Dans la logique conjugale

dans laquelle s'inscrivaient les récits de recours féminins, le traitement du trouble (même quand celui-ci se manifestait physiquement comme dans le cas d'Abigail – 12) ne constituait pas une raison suffisante. Si régler le trouble était bien sûr l'objectif de la consultation, le récit du recours était l'occasion de formuler les enjeux identitaires et conjugaux liés à l'exercice de la sexualité. C'est bien évidemment en toute bonne foi que les hommes répondent à nos questions en se concentrant sur leur trouble sexuel, sans évoquer d'autres raisons que celle, implicite, qui est de le régler. Même si le processus d'identification-construction des difficultés peut varier d'une situation à l'autre¹, une fois construit en problème, ne pas avoir d'érection est un problème « évident » de telle sorte que son simple exposé constitue une explication du recours suffisante en soi. *A posteriori* d'ailleurs, à relire les entretiens, force est de constater qu'à ce moment là nous partagions nous-même cette évidence et que nous n'avons que rarement posé des questions complémentaires une fois que le trouble avait été exposé. En même temps, interroger cette évidence aurait certainement laissé nos interlocuteurs sans voix. D'après ce qui nous est explicitement dit par les hommes, la démarche thérapeutique s'inscrirait donc dans une logique strictement sanitaire qui se fonde sur une médicalisation des difficultés.

6.1.1.2. Existence et masculinité

Sans surprise donc, contrairement aux jeunes femmes interrogées, aucun de nos interlocuteurs ne fait spontanément mention du contexte conjugal dans lequel les difficultés surviennent. L'horizon de pertinence des troubles de l'érection que rencontrent Paul (4), Louis (13), Lucien (15), Joseph (14) qui sont tous mariés depuis plusieurs années n'est pas le couple. La relation conjugale n'est que l'espace dans lequel se manifestent les difficultés. Pourtant, excepté Louis qui a rencontré des « pannes » très épisodiquement, pour Paul, Lucien et Joseph les problèmes sont beaucoup plus permanents et la sexualité conjugale en est largement affectée. Mais ce n'est pas de la « sexualité conjugale » que ces hommes nous parlent quand ils abordent leurs difficultés et ce n'est pas pour la « sexualité conjugale » qu'ils consultent². Si nous utilisons les guillemets c'est d'ailleurs que l'intégration de la sexualité dans la conjugalité, dans le sens où l'une serait au service de l'autre, n'a pas de sens pour les

¹ Voir notre troisième chapitre.

² Il est d'ailleurs tout à fait intéressant de noter que, dans les entretiens de Lucien et Paul que nous avons faits en présence de leurs conjointes, c'est elles qui abordent la question des relations conjugales, de telle sorte que, de leur point de vue à elles, la consultation s'inscrit effectivement dans une logique conjugale.

hommes que nous avons rencontrés. Ils n'interprètent pas les choses de la sorte. Comme une majorité de leurs congénères masculins, ces hommes partagent une « interprétation *individualiste* de la sexualité », pour reprendre l'expression de Michel Bozon¹. Les obstacles à la sexualité sont donc vécus sur un mode narcissique.

De manière plus surprenante en revanche, aucun d'eux ne formule non plus d'interrogations explicites sur sa virilité ou sa masculinité. Cette absence de référence à l'identité sexuée est étonnante si l'on considère les représentations attachées à l'impuissance et aux difficultés sexuelles masculines en général. Comment interpréter le silence de nos interlocuteurs sur ce point ? Est-il délibéré ou résulte-t-il du fait que ces enjeux « identitaires » leur restent opaques ? Il paraît peu probable qu'ayant accepté le principe de l'entretien nos interlocuteurs contrôlent à ce stade le caractère stigmatisant des difficultés érectiles et négligent consciemment une partie de leurs interrogations. Et si tel était le cas, il serait particulièrement surprenant que cela se produise de manière si systématique. Il nous semble que si ces enjeux ne sont pas évoqués explicitement au cours des entretiens, c'est plutôt du fait que nos interlocuteurs ne se les formulent pas à eux-mêmes, du moins de cette manière.

Alors bien sûr, dans le cas de Louis (13) par exemple, qui ne connaît que deux « pannes » à quatre ans d'intervalle, le caractère temporaire des difficultés peut expliquer que leurs implications du point de vue identitaire n'ont pas le temps de donner lieu à une réflexion, celle-ci ayant d'autant plus de chance de s'élaborer lorsque les problèmes s'installent dans le temps. Il n'en reste pas moins que même si la mise en cause de son identité masculine lui reste opaque et qu'il n'en dit rien, Louis témoigne de l'angoisse que les « pannes » ont provoquée, de la panique qu'il a ressentie et de l'urgence qu'il y avait pour lui à consulter. Les difficultés provoquent donc bien quelque chose qui dépasse le strict cadre sanitaire dans lequel le discours semble vouloir les contenir. Quand les difficultés sont plus importantes et plus chroniques, l'angoisse peut ainsi s'ancrer plus durablement et muer en une forme de désespoir ou de dépression qui est décrite comme telle dans les entretiens. Ainsi, Paul (4), 56 ans, ancien ouvrier en retraite anticipée suite à un accident de travail, qui rencontre des difficultés depuis quatre ans, exprime son désarroi face à sa situation :

« (...) maintenant je sens que je ne suis plus rien. Je me demande même des fois pourquoi je suis là, c'est tout. »
[Ça va aussi loin que ça?]

¹ Bozon, 1998a : 30, souligné par l'auteur.

« Ouais, des fois j'y pense. [*il se met à pleurer*] Mais là ce qui me retient c'est les petits-enfants, sinon il y aurait un moment que... »

Joseph (14), 58 ans, ancien ouvrier à la retraite, qui a des difficultés d'érection depuis plusieurs années également, tient des propos assez similaires. Ainsi, après avoir expliqué les raisons de sa consultation chez le sexologue, il conclut :

« Je sais pas si c'est exactement ce que vous vouliez mais pour moi j'arrive à un moment que je suis perdu, je suis perdu, je ne me retrouve plus, je ne sais plus qui je suis quoi... Je ne sais même plus si j'ai un nom, pour moi dans ma tête, je ne suis plus rien... parce que je ne suis pas un homme normal. »

Dans le langage des analystes, les atteintes à la potentialité sexuelle menace l'identité masculine et la virilité. Ainsi Michel Bozon rappelle que

« dans les représentations communes, l'*identité masculine* est potentiellement menacée en cas d'absence de désir. »¹

De son côté, John Oliffe, qui a travaillé sur les réorganisations de la masculinité qui font suite aux opérations de la prostate, réaffirme, dans l'introduction d'un de ses articles, le rôle de la sexualité (comme potentialité) dans la construction de la masculinité et déclare que :

« Penis-centered sexuality can create confusion between personhood or identity and one's sexual organ, and when the penis does not operate according to dominant ideals, men equate this with loss of *manhood*. »²

Dans le langage de Paul et de Joseph, l'installation dans la durée des difficultés ne remet pas en cause leur *identité masculine* ou leur *virilité* mais bien leur existence même, dans sa totalité. Les difficultés sexuelles amenaient les jeunes femmes enquêtées à interroger leur *identité féminine*, et à en exprimer la pluralité des incarnations possibles³. La pluralité des « états de femmes » nécessitaient de la part de celles-ci une remise en cause permanente qui obligeait une mise à distance réflexive des différentes options identitaires. C'est la tension entre ces options qui provoquait le questionnement féminin. Ici, dans les propos de Paul et Joseph, il n'y a pas de distanciation avec une identité sexuée qui serait conçue comme un « rôle » que l'on pourrait incarner de telle ou telle manière. Ils s'éprouvent subjectivement *totale*ment comme des hommes, et il n'y a pas de distance entre eux et le « rôle » qu'il s'agit de tenir (être un homme). Leurs préoccupations sont existentielles avant d'être identitaires (dans le sens où elles

¹ Bozon, 1998b : 222, c'est nous qui soulignons.

² Oliffe, 2005 : 2250, c'est nous qui soulignons.

³ Voir notre cinquième chapitre.

relèveraient de l'identité sexuelle). Ils ne font, en quelque sorte, aucune disjonction entre « être » et « être un homme ». C'est ce qu'illustre très bien l'expression « je ne suis plus rien » utilisée par nos deux interlocuteurs. Si, face à son désarroi existentiel, Paul se raccroche à son statut grand-parental, les propos de Joseph sont plus désespérés et il décrit très bien la perte de soi que constituent les difficultés d'érection. Il n'est d'ailleurs pas anodin qu'il associe cette perte de soi (« je suis perdu ») à l'incertitude sur son nom (« je ne sais même plus si j'ai un nom »), tant on sait que le nom est l'un des éléments les plus importants de l'identité sociale. Il est l'un des opérateurs à la fois de la confirmation de l'appartenance à la communauté humaine et de la singularisation des êtres qui arrivent au monde. L'attribution du nom constitue en effet, pour celui qui le reçoit, l'une des modalités de sa reconnaissance en tant que membre de la société et en même temps en tant que membre unique de la classe à laquelle son nom l'assigne¹.

Les difficultés d'érection ne suscitent donc pas, chez ces hommes, des interrogations sur « leur » masculinité ou sur « leur » sexualité. Comme le note très justement Laura Beltran à propos de sa propre enquête :

« Le pénis est le lieu d'identification par excellence de l'homme *tout entier*, l'identification sexe / être est l'un des éléments essentiels de la virilité masculine. »²

Il y a donc une relation synecdochique entre l'homme (le tout) et son sexe (la partie)³. Un des sexologues que nous avons rencontrés va dans le même sens et résume, avec humour, la manière de penser des hommes qu'il rencontre. Pour eux, selon lui, leur devise est, paraphrasant René Descartes :

« Je bande donc je suis. »

Si les difficultés sexuelles ont indéniablement des répercussions sur l'identité sexuée des personnes, il semble que les femmes que nous avons rencontrées soient plus habituées à considérer celle-ci comme une construction et que, de fait, leur vie est scandée par différentes étapes identitaires, que leur identité peut se formuler au pluriel, en différents états. Ici, contrairement à ce qui se passe pour les jeunes femmes rencontrées, il nous semble que l'attitude de ces hommes enquêtés témoigne de ce qu'il n'y a pour eux qu'un seul standard d'identification masculine et que s'éloigner de ce standard, c'est nécessairement s'éloigner de la masculinité. Si l'on suit le concept de « masculinité hégémonique », développé par les recherches anglo-saxonnes, c'est

¹ Voir Boltanski, 2004 : 56-57 et 61-63 ; Levi-Strauss, 1962.

² Beltran, 2009 : 144, c'est nous qui soulignons.

³ Voir sur ce point, Potts, 2001 : 146 et Potts, 2000 : 85.

d'ailleurs ce principe qui est au cœur de la construction de la masculinité. Le concept tente en effet de

« surmonter la tension entre unité et pluralités des masculinités, en soulignant, par-delà la diversité des incarnations de la masculinité, l'importance d'une norme qui, alors même qu'elle peut n'être assumée subjectivement que par un nombre restreint d'hommes, n'en constitue pas moins un objectif de référence. L'adjectif hégémonique souligne ce rôle de matrice idéologique (...) »¹

L'impossible mise à distance discursive des questions relatives à leur identité sexuée s'inscrit tout à fait dans cette perspective, et dans le discours de ces hommes, la pluralité d'être un homme qui existe de fait est effacée, notamment par la naturalisation de l'identité sexuée, processus qui a aussi pour conséquence de gommer et d'opacifier les épreuves et apprentissages qui ont participé de sa construction. Il se trouve en effet que les hommes dont nous parlons ici n'ont pas, jusqu'à la survenue des difficultés sexuelles, rencontré de difficultés avec leur sexualité ou avec leur masculinité. Aucun d'eux ne relève, avant les troubles sexuels, d'épisodes ou de moments où ils se sont interrogés sur leur pratique ou leur manière d'être du point de vue du genre ou de la sexualité. Ils n'ont donc pas eu à faire le travail réflexif (et donc de verbalisation) que doivent faire d'autres hommes qui eux, sont, de par leurs parcours, nécessairement plus enclins à se questionner car ils ne correspondent pas au standard dominant. Il en est ainsi des homosexuels, qui du fait de leur orientation et de leurs pratiques sexuelles sont invités à se positionner vis-à-vis de la masculinité² ou des hommes *trans* qui, éduqués comme des filles et n'ayant pas de pénis biologique, doivent inventer de nouveaux rapports au genre et à la sexualité³. Or mettre à distance discursivement la masculinité ou la virilité, c'est nécessairement lui attacher un caractère arbitraire et du coup relatif, ce qui est impossible ici. « Un homme c'est un homme » pourrions-nous dire pour résumer la pensée des hommes enquêtés. La question de la « construction » de la masculinité ne se pose donc pas explicitement pour ces hommes quand les difficultés d'érection surviennent. Ainsi, si le recours est présenté comme répondant à une logique sanitaire, il n'en reste pas moins qu'il répond aussi à des enjeux plus profonds. Comme le note Yves Citton,

¹ Guionnet & Neveu, 2009 : 339.

² Courduriès, 2011 ; Le Talec, 2008.

³ Beaubatie, 2011. Les « innovations transsexuelles » en matière sexuelle sont d'ailleurs problématiques pour les théories issues de la clinique du transsexualisme qui restent largement hétérocentrées, voir sur ce point le travail de Laurence Hérault (Hérault, 2010).

« si le fiasco exerce un tel traumatisme sur la subjectivité masculine, c'est qu'il condense des désirs et des peurs qui informent tout un être-au-monde. »¹

Il nous semble en effet que les difficultés sexuelles et, plus précisément pour les hommes qui nous concernent ici, les difficultés d'érection, « résonnent » d'autant plus que ces hommes les rencontrent à des moments biographiques particuliers où s'imbriquent les problématiques de l'âge et de la vieillesse, les problèmes de santé, les ruptures biographiques et les arrêts de l'activité professionnelle plus ou moins contraints.

6.1.2. Âge, vieillissement, évolution du statut professionnel et social

Tous les hommes n'ont pas la chance de pouvoir faire des conférences où ils sont applaudis par quatre cents personnes
Un sexologue interrogé pendant l'enquête

Même si, dans leur récit, les hommes de ce premier groupe tendent à cantonner les difficultés d'érection à la sphère médicale et ne font pas de liens directs avec le contexte d'apparition du trouble, considérant les situations que nous avons étudiées, il apparaît difficile de ne pas mettre en regard les difficultés sexuelles avec ce contexte dans la mesure où les significations de la sexualité dépassent le cadre strict de son simple exercice. Or force est de constater, pour certains hommes que nous avons rencontrés, la concomitance, à des degrés divers, de l'« impuissance sexuelle » et de ce que nous pourrions appeler une certaine « impuissance sociale » ou, de manière moins forte, pour certains autres, la simultanéité des difficultés sexuelles avec des changements biographiques importants. D'autres que nous ont déjà suivi la piste des interférences entre difficultés sexuelles et les autres dimensions de l'existence masculine, notamment avec la sphère du travail ou du politique. C'est ainsi que Luc Boltanski relit le *Journal* d'Henri-Frédéric Amiel avec pour objectif de « rendre compte des obstacles (...) qui s'opposent à l'accomplissement du projet intellectuel et à l'assouvissement du désir sexuel » en portant au jour

« les schèmes qui organisent, sur le mode de la cohérence pratique (...) les opinions d'Amiel et ses conduites, dans les principaux domaines d'objectivité (activité intellectuelle, politique, sexualité, etc.) où elles s'actualisent. »²

¹ Citton, 1994 : 10.

² Boltanski, 1975 : 81.

De son côté, Yves Citton, explore plusieurs corpus littéraires (Montaigne, Crébillon fils et Stendhal) pour voir comment l'impuissance y est déclinée sur

« trois pans (l'acte sexuel, l'acte de parole et l'action politique) qui se renvoient leurs éclairages pour définir avec une remarquable pénétration une certaine crise dans l'idéologie nobiliaire de leur époque. »¹

Même si, dans la mesure où elles s'intéressent pour la première au travail intellectuel et pour la seconde au statut de la noblesse, l'objet de ces deux études dépasse très largement notre propos, leurs programmes s'appuient sur l'idée qu'un branchement s'opère entre l'expérience de la sexualité, et singulièrement des difficultés d'érection, avec les dimensions socio-politiques de l'existence masculine. La force de ce lien tient largement à l'idéologie qui structure les rapports sociaux de sexe et qui réserve aux hommes un pouvoir dans ces sphères du social. Malgré les changements récents qui ont fait évoluer les rapports entre les sexes, l'identité masculine et son standard n'en restent pas moins marqués par cette idéologie multiséculaire de telle sorte que la sexualité masculine est un domaine perméable aux rôles socio-économiques traditionnellement associés à la virilité. C'est que, en effet, comme le dit Maurice Godelier,

« la sexualité (...) se trouve subordonnée aux conditions de reproduction de rapports sociaux, qui ne relèvent pas d'elle (...) La subordination dont nous parlons ici n'est pas seulement celle d'un sexe à l'autre ; c'est la subordination d'un domaine de la vie sociale aux conditions de fonctionnement d'autres rapports sociaux (...) »²

La perméabilité de la sexualité aux autres rapports sociaux, ou sa subordination pour reprendre le terme de Maurice Godelier, transparait d'ailleurs clairement dans les enquêtes sur la sexualité en population générale. Ainsi, Nathalie Beltzer, Nathalie Bajos et Anne Laporte, analysant les résultats de l'enquête CSF 2006 concernant les liens entre les conditions de vie et la sexualité, notent que si c'est essentiellement l'inégale répartition des tâches domestiques qui pèse sur la sexualité féminine³, pour les hommes ce sont les conditions professionnelles et financières qui influencent le plus leur sexualité. Et les auteures de conclure que

« Les difficultés que rencontrent les hommes dans le domaine professionnel ou financier semblent générer des tensions entre la représentation qu'ils ont de leur place au sein de la famille ("chef de

¹ Citton, 1994 :

² Godelier, 1996a : 354.

³ Beltzer, Bajos & Laporte, 2008 : 425.

famille actif") et leur situation professionnelle effective, tensions qui ne seraient pas sans effet sur leur sexualité. »¹

Les enquêtés sont donc dans des situations où les différentes dimensions de leur vie sociale se télescopent. Pour tous, les difficultés d'érection apparaissent ainsi dans la même période que la cessation de l'activité professionnelle. Sortie du monde du travail qui, comme on va le voir, n'est pas toujours préparée en amont, de telle sorte qu'elle apparaît souvent comme subie, notamment dans les parcours où elle est consécutive à la maladie. L'inquiétude concernant les difficultés sexuelles se nourrit des autres problématiques propres à chaque situation mais se traduit, dans les entretiens et compte tenu de l'âge de ce groupe d'hommes (ils ont tous plus de 55 ans), par la récurrence des thèmes de l'âge et du vieillissement, abordés à la fois sous leurs aspects biologiques et sociaux.

6.1.2.1. Peur(s) de vieillir

Cette thématique est bien sûr centrale dans le récit de José (20), dont on a déjà évoqué la situation au cours de notre développement. À 55 ans, il rencontre depuis quelques temps, après en avoir déjà fait l'expérience suite à un épisode de dépression, des difficultés d'érection qu'il identifie cette fois-ci, en s'appuyant largement sur la littérature scientifique et la vulgarisation accessible notamment sur Internet, comme la conséquence du processus biologique du vieillissement. Son itinéraire thérapeutique est d'ailleurs assez complexe, et s'il cherche des solutions pour ses difficultés d'érection, il recherche aussi plus généralement des solutions pour ralentir son vieillissement physique. Il nous confie d'ailleurs à la fin de l'entretien qu'il a pris rendez-vous à Paris pour le mois suivant notre rencontre avec un spécialiste de la médecine anti-âge². Ainsi, les problèmes d'érection et la réflexion qu'ils occasionnent apparaissent entièrement enchâssés (à la façon d'une poupée russe) dans la problématique qui est la sienne de gestion et de médicalisation de son vieillissement biologique. Cela s'illustre ainsi parfaitement lorsqu'il raconte comment, lors d'une consultation avec un endocrinologue³, il aborde le sujet du vieillissement et les moyens d'y remédier :

« Dans mes relations avec l'endocrino, je lui ai parlé de l'hormone de croissance, parce que dans mes recherches Internet, je suis allé sur des

¹ Beltzer, Bajos & Laporte, 2008 : 426.

² L'*anti-ageing medicine* se développe actuellement en France, après avoir connu un développement très important aux Etats-Unis. Elle associe l'approche hormonale, la chirurgie esthétique, la cosmétique, la supplémentation alimentaire, etc.

³ Cf. *supra* « 4.2.2.2. Le sexologue comme nouveau recours »

sites antiviellissement et partout on dit que le seul truc qui marche pour l'antiviellissement, pour garder la pêche, pour tout un tas de choses, c'est l'hormone de croissance. Ça m'a intéressé, parce que je me suis dit, à la limite, je préfère vivre moins longtemps mais mieux. Il y avait un problème sexuel mais j'étais aussi fatigué, je manquais d'énergie, je manquais de tonus. Par exemple, je faisais de la randonnée en montagne, je voyais des nanas qui ont deux ou trois ans de plus que moi qui n'avaient pas de problème, alors que moi, je me traînais. Alors voilà, je me suis dit peut-être que je vieillissais plus. On n'est jamais égaux devant le truc, au niveau de la biologie. Il n'y a qu'à voir, vous regardez Jean-Michel Jarre, il a 60 ans et vous me regardez à moi, lui on lui donne 45 ans, moi on m'en donne 60. En plus j'ai des cheveux blancs. Enfin là ils sont teints en châtain mais si j'avais des cheveux blancs, vous-même, vous me donneriez peut-être 60 ans. »

Concernant les hormones de croissance, l'endocrinologue refuse de lui en prescrire parce qu'elles sont, selon José, interdites. Au-delà de cette question factuelle, ce qui est intéressant, c'est que les difficultés sexuelles ne sont qu'un des signes de son vieillissement parmi une constellation d'autres éléments qu'il relève en se comparant aux autres. Il mesure ainsi sa vigueur physique à l'aune de celles de femmes légèrement plus âgées que lui et juge son apparence physique en la comparant à celle d'une vedette masculine. Le caractère sexué de ses comparaisons ne doit pas nous laisser indifférent. Le constat de sa moindre « énergie » est d'autant plus difficile à accepter qu'il n'arrive pas à faire ce qu'une femme, qui plus est plus âgée que lui, arrive à accomplir. En revanche, pour parler de l'âge perçu, il met en regard sa situation avec celle d'un homme. Au-delà du fait qu'il paraît logique, puisqu'il s'agit d'apparence, de « comparer ce qui est comparable » comme dit l'adage, se comparer à un homme n'est pas anodin car, compte tenu de sa situation affective et sexuelle, c'est bien à des hommes qu'il doit se confronter sur le marché des échanges sentimentaux et sexuels avec les femmes. Or, bien que l'artiste auquel il se compare ne soit pas un concurrent direct, il constate que son capital corporel est plus important que le sien et, par là-même, laisse entendre que d'autres hommes ont également des physiques moins marqués par l'âge. Le fait qu'il se teigne les cheveux illustre d'ailleurs parfaitement le souci qu'il a de préserver son propre capital.

Mais on ne saurait comprendre l'investissement de son corps par José sans le mettre en parallèle avec sa mise à l'écart du monde du travail. Directeur d'un magasin appartenant à une grande enseigne, il est licencié à 40 ans. Il tente de retrouver un travail similaire mais n'y arrive pas. Après deux ans de chômage, sa femme le quitte

parce que, selon lui, elle ne supporte plus sa situation professionnelle. Il fait alors une dépression dont il met trois ans à se remettre. Naviguant entre stage de reconversion et petits boulots ponctuels, il ne retrouvera jamais un travail du même type. À 55 ans, il vit des minima sociaux. S'il a d'abord subi la situation, après quinze ans de chômage, il assume totalement son statut et ne cherche plus à retrouver un travail. Comme il le dit :

« Bon avant, je culpabilisais, je voulais encore me sentir utile. Désormais je me dis que la société s'est passée de moi et que maintenant je me passe d'elle. »

Même s'il assume, il reviendra quand même plusieurs fois en entretien sur ce sentiment d'inutilité sociale et sur l'amertume de voir que ses efforts, notamment ceux effectués pour tenter de se reconvertir dans le contrôle de gestion, ne lui ont pas permis de sécuriser sa situation. Trop âgé pour les postes dans la grande distribution, c'est paradoxalement son manque d'expérience qui lui est renvoyé sur les fonctions de gestion. Tout se passe comme si l'accélération de son vieillissement social (sa mise à l'écart précoce du marché du travail) provoquait une accélération du vieillissement biologique. Ainsi, ce désinvestissement forcé du monde du travail, n'est pas sans lien avec le (sur)investissement dans la gestion de son corps et de son vieillissement. C'est qu'en effet son statut professionnel avait une vraie influence sur son estime de soi et permettait de contre balancer la perception de son propre physique :

« Je ne me suis jamais trouvé très beau, je ne me plais pas physiquement. Et je me trouve moins séduisant en vieillissant. Avec l'âge vous avez des rides, des trucs, des machins. Donc je n'ai jamais eu une estime de moi très importante, sauf au niveau professionnel. Le professionnel, ça vous maintient. J'étais directeur de magasin et alors que je m'en foutais, en fait ça compte pour les autres. J'avais des copains qui me présentaient aux autres en disant "M. le directeur". Donc j'avais une estime de moi mais par rapport à la fonction, ce n'était pas de l'orgueil mais de la fierté par rapport à tout cela. Mes parents étaient ouvriers et moi j'avais réussi, donc j'étais surtout content d'avoir réussi. »

Son statut professionnel compensait le fait qu'il ne s'apprécie pas trop physiquement. On comprend mieux pourquoi, après le déclassement professionnel qu'il a eu à subir, il est si sensible aux effets du vieillissement sur son corps et sur ses capacités, dans la mesure où c'est le dernier domaine dans lequel il peut encore agir malgré le processus naturel à l'œuvre. Du point de vue affectif et sexuel, il ne souhaite d'ailleurs pas « refaire sa vie » dans le sens où on l'entend généralement. S'il n'est pas contre rencontrer une femme, il n'est pas prêt à renoncer à son indépendance et

n'envisage pas du tout de cohabiter à nouveau avec une femme. Comme il le dit lui-même :

« Moi ce qui m'intéresse maintenant, c'est la relation intime, la sexualité. »

En un sens il renonce à la conjugalité, non pas parce qu'il refuserait une relation suivie avec une femme mais parce que son intérêt se porte sur la construction d'un type de relation dans laquelle les autres dimensions traditionnellement associées à la vie conjugale, notamment ses aspects matériels et familiaux, sont gommées au profit de la seule sensualité. Mais satisfaire ses envies et ses souhaits en matière affective et sexuelle n'est pas chose facile et il revient longuement, pendant l'entretien, sur les difficultés pour un homme de son âge et dans sa situation, à rencontrer des femmes (notamment plus jeunes puisqu'il précise que son goût se porte plutôt sur celles-ci). Il nous semble ainsi que ses démarches anti-vieillesse et la prise en charge de ses difficultés d'érection sont destinées à maximiser ses chances sur le marché sexuel.

Si la situation de Louis (13) est, sous bien des aspects, très différente de celle de José, il n'en reste pas moins qu'il a lui aussi des préoccupations autour de son vieillissement. Comme nous l'avons vu¹, c'est parce qu'il avait eu une « panne » que ce chef d'équipe dans une grande industrie de l'énergie consulte. S'interrogeant sur l'origine de cet accident, il se questionnait sur le possible effet de l'âge sur celui-ci (« peut-être aussi à cause de l'âge ? »). C'est d'ailleurs lui-même qui, au cours de l'entretien, revient sur la problématique du vieillissement à l'occasion d'une question sur l'impact de cette « panne » sur son moral :

[Ça vous travaille quand même beaucoup, j'ai l'impression ?]

« Ah oui, oui, beaucoup, beaucoup. »

[Pourtant ce n'est pas arrivé très fréquemment pour le moment ?]

« Ben justement. Si ça m'était arrivé fréquemment peut-être que ça ne m'aurait pas... je me serais peut-être dit : c'est comme ça, c'est comme ça. Mais du fait que ça m'est arrivé deux fois en quatre ans d'écart c'est ça qui m'a angoissé... Et vieillir ça me fait peur aussi... Je me souviens que déjà quand j'ai passé la trentaine, à l'époque, je me voyais vieux, je me suis dit : je suis vieux, je suis fini. »

En première approche, on ne comprend pas tout de suite pourquoi, après avoir parlé des raisons de son angoisse, il en arrive à parler de la question du vieillissement. Il semble un peu passer du « coq à l'âne ». Reprenons ses propos. La réponse qu'il apporte à notre question est *a priori* contre-intuitive. Ainsi, alors que nous suggérons

¹ Cf. *supra* « 3.1.1.1. De la "panne" au trouble sexuel »

l'idée qu'il y a une disproportion entre le niveau de son angoisse et la fréquence des accidents qu'il a rencontrés, il se justifie et affirme qu'au contraire, s'il avait été atteint de problèmes d'érection chroniques, son angoisse aurait vraisemblablement été moins grande. Pour lui c'est bien le caractère accidentel, exceptionnel, de ces deux « pannes » qui est anxiogène. Comme nous l'avons vu les deux « pannes » sont inscrites dans une série et il envisage qu'un tel événement pourra se reproduire s'il ne fait rien. Il suppose que ces « pannes » sont le signe potentiel d'un problème plus grave. S'il est décidé à agir vite, c'est donc avant tout pour éviter que le problème ne s'aggrave. Pourquoi fait-il donc le lien, à ce moment précis, avec sa peur du vieillissement ? En fait, angoisse pour angoisse, celle concernant le vieillissement précède et englobe l'angoisse provoquée par les difficultés d'érection puisqu'il affirme que quand il a atteint 30 ans, il avait déjà été préoccupé par la question de l'âge. Ses « pannes » et particulièrement la dernière pourraient être un signe d'entrée dans une nouvelle phase de son vieillissement biologique. En effet, la « panne », même modeste est, par ses caractéristiques, un concentré de ce qu'il craint le plus dans le vieillissement. Il explique ainsi :

« Ce qui me fait peur dans le vieillissement c'est de ne plus être apte physiquement, c'est surtout ça... c'est de ne plus pouvoir faire de choses physiquement. »

Ce qui caractérise pour lui le vieillissement, c'est moins l'avancée objective en âge que la perte de ses potentialités physiques, de sa capacité d'agir. On comprend mieux, après ce rapprochement entre vieillesse et l'impuissance physique, comment s'opère le lien avec l'impuissance sexuelle. Être actif et le rester est donc à la fois l'objectif qu'il se fixe et le moyen d'y parvenir. Il s'agit de repousser la vieillesse invalidante à un âge plus avancé. L'attention qu'il porte à ses « pannes » s'inscrit donc dans une surveillance et une gestion de son corps beaucoup plus larges qui visent à limiter les effets du vieillissement physique. Arrivés dans le sud-ouest de la France il y a une dizaine d'année, il raconte par exemple comment lui et sa femme surveillent désormais assez scrupuleusement leur alimentation après s'être laissé aller à goûter et consommer les spécialités locales, ce qui lui avait valu de prendre dix kilos :

« J'ai mes plats de régime... moi et mon épouse on fait très attention à notre alimentation, on ne mange pas beaucoup de gras. »

Par ailleurs, c'est en arguant de la prévalence du risque de diabète dans sa famille qu'il explique son investissement dans le sport. Ancien footballeur amateur et désormais entraîneur d'une équipe locale, il déclare ainsi jouer au tennis trois fois par semaine et pratiquer tous les matins la course à pied. Cette discipline personnelle et les

efforts qu'elle nécessite sont récompensés et c'est avec fierté qu'il nous parle de son âge perçu :

« Quand les gens aujourd'hui me voient ils me disent que j'ai 45 ans alors que j'en ai 55 et quand je dis que je pars en retraite, ils me disent : ce n'est pas possible ! »

Ne pas faire son âge est un motif de satisfaction pour Louis et il décrit une scène d'interaction « typique », condensée de situations réelles. Mais le plus intéressant c'est qu'à cette occasion, il fait le lien entre ce qui relève du vieillissement biologique (l'âge et l'apparence physique) et ce qui relève du vieillissement social (la retraite). Ainsi, ce sur quoi il insiste, c'est sur l'étonnement de ses interlocuteurs lorsqu'il leur annonce qu'il va prendre sa retraite. Tout se passe comme si, à leurs yeux, sa condition physique entraine en contradiction avec sa situation sociale. En rapportant cet étonnement, Louis souligne ainsi comment, en quelque sorte, il réussit à échapper en partie au processus du vieillissement biologique. Il ne nourrit pas d'autres souhaits dans le domaine social et s'il va profiter de son âge « officiel » pour bénéficier du régime de retraite avantageux encore en vigueur dans son entreprise et liquider celle-ci dans les mois qui suivent notre entretien, il ne compte pas se retirer des nombreuses activités sociales dans lesquelles il est déjà engagé en parallèle à son emploi. Secrétaire de l'office municipal des sports, impliqué, en plus de son rôle d'entraîneur, dans la gestion du club de football local, il est aussi investi dans les œuvres sociales de son entreprise. Ainsi, à la gestion de ses capacités physiques, s'ajoute celle de ses activités sociales. Gestion qui répond à un souci de repousser la vieillesse à plus tard. Comme il le dit lui-même lorsque nous lui demandons, s'il ne s'inquiète pas de se trouver un peu dépourvu en arrêtant de travailler :

« Pas du tout. Là si vous voulez, je suis là parce que nous avons rendez-vous, sinon je ne suis que rarement à la maison, je suis toujours dehors. J'étais et je suis toujours dynamique et je me vois mal ne pas être dans l'action. »

De manière tout à fait significative, alors que notre question concerne l'arrêt de son activité professionnelle, sa réponse porte sur sa présence dans l'espace domestique pendant la journée. Être actif c'est donc avant tout « être dehors », non pas seulement à l'extérieur de la maison pour pratiquer le jardinage (qui est une de ses multiples activités) mais en dehors du foyer, en « société ». De son point de vue, il est hors de question que sa retraite corresponde à un retrait de la sphère publique.

Qu'il parle de sa condition physique ou de son activité sociale, le récit de Louis met en avant la maîtrise dont il fait preuve dans ces domaines. De ce point de vue, il y a une grande cohérence entre ce qu'il nous dit de la gestion de son corps et de celle de son activité sociale. Dans les deux domaines, il montre ainsi sa faculté d'aménager ou de réaménager son mode de vie en fonction des changements qui surviennent : suivre un régime pour limiter la prise de poids, anticiper la fin de son activité professionnelle en investissant plus encore ses activités parallèles, etc. Dans cette perspective, on comprend mieux pourquoi la « panne » sexuelle est à ce point anxiogène, puisqu'elle est typiquement une manifestation imprévisible qui ne se contrôle pas. De plus son récit laisse apparaître qu'il a eu très tôt le souci de se positionner comme le maître d'œuvre de la sexualité conjugale. C'est ainsi qu'il nous raconte comment, dès le début de sa relation, il a pris en charge l'éducation sexuelle de sa femme. Au moment de leur mariage, il a acheté une série de livres sur la sexualité dans l'objectif de déniaiser sa femme issue d'une famille catholique et, selon lui, complètement ignorante sur le sujet :

« Je voulais lui faire découvrir certaines choses qu'elle ne connaissait pas, c'était surtout ça. Parce que quand on se marie, quand on vit pour la première fois avec une femme, ce n'est pas facile pour un garçon, parce qu'on ne connaît pas la réaction déjà, et puis certaines choses, il y a certaines filles qui n'acceptent pas. Donc ce que je voulais à l'époque, c'était tout doucement lui faire découvrir tout ce qui se fait dans la sexualité : les positions, les façons de faire, tout un tas de trucs quoi... Pour ne pas rester dans le classique quoi. »

Au début de sa relation conjugale, il endosse le rôle de pédagogue dans la sexualité. Cela n'a sans doute pas été sans laisser de trace sur les scripts sexuels du couple et il garde vraisemblablement l'ascendant dans ce domaine. La « panne » fragilise donc cette position. La « pudeur masculine » qu'il évoque pour expliquer le fait qu'il n'ait pas parlé de la consultation chez le sexologue à sa femme n'est peut-être pas sans lien avec la vulnérabilité que révèle la « panne ». Il nous dit d'ailleurs qu'il considère que c'est à lui seul de trouver la solution pour ce qu'il envisage comme un « problème personnel ».

6.1.2.2. Maladie et rupture biographique

Les problématiques soulevées par Paul (4), 56 ans, lors de notre entretien sont très différentes de celles de Louis, même si celles-ci s'articulent aux mêmes thèmes de la sexualité, de l'âge et de la situation professionnelle. Bien que n'ayant qu'un an de plus que Louis, il nous faut partager, avant toute chose, notre propre perception et dire

que, malgré cette faible différence d'âge, Paul est beaucoup plus marqué physiquement que Louis. Le corps de Paul est un corps abîmé. Maigre, teint gris, allure fatiguée, etc., sont autant de signes qui témoignent des parcours professionnel et sanitaire de Paul. Son corps est celui d'une vie passée à l'usine (ouvrier spécialisé chez un fabricant d'électronique) puis sur les chantiers extérieurs (ouvrier sur des infrastructures de télécommunication à l'étranger). C'est aussi un corps affaibli par les divers problèmes de santé qui l'ont touché au tournant de la cinquantaine et par les longues années de tabagisme (il fume depuis qu'il a quinze ans).

On peut dire que pour Paul, tout bascule à 52 ans, quand une intoxication au chlore, suivie d'un infarctus, le contraint à un long congé maladie qui débouche sur une déclaration d'invalidité. Comme nous l'avons dit par ailleurs, c'est dans ce contexte qu'apparaissent les difficultés d'érection. Lui qui, comme il ne manque pas de le rappeler, ne s'était arrêté qu'un mois depuis le début de sa carrière professionnelle commencée à l'âge de 15 ans (« c'est sûr que ce n'est pas moi qui a fait couler la sécu ! »), se retrouve sur le carreau du jour au lendemain sans être jamais retourné dans son entreprise. La coupure est brutale et la rapidité avec laquelle les choses se sont enchaînées n'ont pas rendu la situation facile à admettre. Comme il le dit lui-même :

« Parce qu'une maladie, si ça pouvait se préparer comme une retraite ça serait bien. A la limite même quand tu sais que tu es malade, que t'as un cancer, t'es prêt à crever, bon ben... tu te prépares un peu. Pour moi, c'est d'un seul coup. J'ai toujours travaillé et puis d'un seul coup on te dit que tu ne vaux plus rien. »

Sa résistance face à ce qui s'impose à lui s'illustre également au moment d'obtenir le statut d'invalidité. Se refusant à effectuer la moindre démarche, c'est sa femme qui s'occupe de toute la procédure. Cela en dit long sur son refus de se reconnaître dans ce statut qui fait vraisemblablement écho trop fortement à sa situation et à ce qu'elle dit de sa *valeur* sur le marché professionnel (« on te dit que tu ne vaux plus rien »).

C'est dans ce contexte que les difficultés sexuelles apparaissent. De manière tout à fait significative, lorsqu'il nous fait part de leur retentissement subjectif, il utilise le même champ lexical que celui mobilisé pour aborder son incapacité professionnelle. Ainsi, alors que nous lui demandons si, compte tenu de ses difficultés, il ne ressent pas un « manque » par rapport à la sexualité, il répond :

« C'est clair que ça me manque. Je me dis que je suis un vieux croûton, que je ne vaux plus rien. »

C'est là-aussi, la notion de valeur qui est sollicitée pour rendre compte de la façon dont les problèmes d'érection entament son estime personnelle. Dans les deux cas, la réflexion s'appuie implicitement sur une conception de la valeur comme *valeur d'usage* diraient les économistes. Dans cette perspective, c'est l'utilité du produit ou du bien qui en détermine sa valeur¹. C'est bien de sa propre valeur d'usage (celle de sa force de travail et de sa puissance sexuelle) dont il est question ici et c'est bien son inutilité dans les mondes professionnel et sexuel qu'il met en avant. Répondant à une question sur le ressenti de sa femme, il revient d'ailleurs clairement sur cette question d'utilité :

« Ça la fait chier... et ça m'embête par rapport à elle. Je me dis que bon, je suis un homme... qu'elle a un homme et qu'elle ne peut pas s'en servir. »

Situation professionnelle et situation sexuelle se rejoignent en ce qu'elles sont toutes les deux à l'origine de ce sentiment de ne « servir à rien ». On remarque par ailleurs, dans l'antépénultième extrait, qu'il associe cette idée d'inutilité à l'idée d'âge en associant la baisse de ses capacités à celle d'un « vieux croûton » c'est-à-dire à celle d'un vieillard. Interrogé sur l'influence de l'âge sur les difficultés érectiles, il répond :

« Peut-être que l'âge ça joue mais là pour moi c'est trop jeune. Je me dis à 65 ans, si on ne peut plus on ne peut plus, mais là, à 56 ans merde... Parce que... des fois je regarde des émissions de télévision et la dernière fois j'avais vu des couples, anglais, français, portugais, il y avait de tout... et il y avait un couple anglais et ils avaient à peu près, je crois, 80 ans et ils y allaient une fois par semaine. Et moi, j'étais dans mon fauteuil et je *roumais*... Je me disais qu'à 56 ans, putain, on est capable de travailler et on n'est plus capable de *tchincer*, alors putain, c'est pas normal. »

Cet extrait est tout à fait intéressant. S'il admet que l'âge joue un rôle dans le fonctionnement de l'érection, c'est pour ensuite affirmer que les effets de celui-ci ne devraient pas se faire sentir à son âge à lui mais plus tardivement (« 65 ans »). Ce faisant, il souligne l'incohérence et l'injustice de sa propre situation. Sentiment d'injustice qui se nourrit de la comparaison de sa situation avec celles d'autres personnes plus âgées. Jusque là, orienté en cela par notre question de départ, il semble faire référence à l'âge en tant que catégorie biologique. Sa dernière remarque est plus ambiguë. Il semble qu'il opère un déplacement et qu'il ne se place plus seulement du point de vue de l'âge biologique auquel est associé un certain nombre de capacités

¹ Définition dite *subjective* de la valeur issue de la tradition néoclassique (valeur-utilité) à laquelle s'oppose celle des courants classiques et marxistes qui défendent une définition dite *objective* de la valeur pour laquelle la valeur d'un produit dépend du travail qu'il a demandé (valeur-travail).

physiques mais aussi de celui de l'âge légal, auquel correspond un certain nombre de droits. En effet, en affirmant qu'à « 56 ans, on est capable de travailler », on ne sait s'il considère l'âge biologique ou l'âge légal dans la mesure où faire référence au premier serait contradictoire avec sa situation réelle puisqu'il n'est justement plus capable de travailler. Il ne semble donc pas faire référence à sa propre situation et à l'âge biologique mais plutôt à l'âge légal et à la législation qui fixe le départ à la retraite à 60 ans. La réflexion de Paul s'avère ainsi marquée implicitement par la notion juridique de *capacité*, c'est-à-dire « l'aptitude à avoir des droits et des obligations à les exercer soi-même »¹. Dans cette perspective, ce ne sont plus simplement les capacités physiques nécessaires à l'exercice d'un travail et de la sexualité qui sont mises en parallèle, mais bien le « droit » à travailler et le « droit » à la sexualité qui sont rapprochés. En effet, même s'il fait ici mention d'une situation qui n'est pas la sienne (« à 56 ans, on est capable de travailler »), inconsciemment il fait bien un lien non seulement entre espace professionnel et monde sexuel, mais surtout entre statut (au sens de situation légale) professionnel et « statut » sexuel. Or, sur le plan professionnel, Paul bénéficie justement d'une mesure réglementaire, *via* la reconnaissance de son invalidité, qui le dispense de chercher un travail. La conséquence directe de cette reconnaissance est la perte de sa place de pourvoyeur principal de ressources au sein du couple. À partir de ce moment là sa femme est en effet la seule à rapporter de l'argent par son travail. Le principe qu'il édicte n'est-il pas, dès lors, une manière d'admettre, sans se l'avouer à lui-même, la cohérence entre sa situation professionnelle et sa situation sexuelle ?

Sur le plan sexuel, d'après ses propos et ceux de Janine (5), sa femme, on peut dire que ses défaillances conduisent à une remise en cause de son « statut sexuel » au sein du couple. Les difficultés bouleversent en effet l'organisation conjugale de la sexualité de telle sorte que les deux conjoints perdent leurs repères. Il en est ainsi par exemple de l'initiative des rapports sexuels. Jusque là, la répartition des tâches au sein du couple faisait de celle-ci une prérogative de Paul. Toutefois, même si le couple a toujours des rapports, ceux-ci sont moins fréquents et, compte tenu du fait que Paul n'arrive pas à maintenir son érection et que, par ailleurs, il jouit très vite, ces rapports n'apportent pas la satisfaction attendue. Dans ces circonstances Paul a, de son aveu même, plus de difficultés pour honorer ses obligations (définies comme telles par les scénarios sexuels du couple) :

¹ C'est ainsi par exemple que les mineurs ou les personnes sous protection légale (curatelle et tutelle) sont *juridiquement* incapables (source : jurispectia.org).

« Normalement c'est moi qui demande mais euh... je suis déçu après... comme je me dis, je croyais bien faire et puis en fait non... En fait j'ai envie et j'y pense mais de plus en plus, je n'ose pas lui demander d'y aller parce qu'après je sais que je suis déçu et elle aussi. »

Le point de vue de Janine va nous aider à pointer l'incertitude pesant sur le « statut sexuel » de Paul et sur ses conséquences. Concernant la question de l'initiative, la situation n'est pas sans lui poser de problème et elle a une idée bien précise du rôle que devrait tenir son mari :

« Moi, je ne demande rien, j'attends. C'est à lui de demander, c'est pas à moi de demander. Ce n'est pas dans mon tempérament. Moi, j'attends que lui il se décide. »

Janine se déclare ainsi très attachée au fonctionnement qui a toujours été celui du couple jusque là. Position qu'elle justifie dans cet extrait par son tempérament, mais qu'elle justifie ailleurs dans l'entretien par l'histoire du couple et par le fait que cela a toujours été ainsi. Sans revenir sur ce que nous avons dit, dans notre chapitre précédent, de l'attachement de certaines femmes à l'initiative masculine en matière sexuelle¹, il est clair que si tenir bon sur ce point est important c'est que, pour Janine, l'investissement sexuel de son mari est une forme de reconnaissance et un juste retour des choses par rapport à son rôle dans l'économie générale du foyer. C'est pourquoi elle déplore la baisse de fréquence de leurs rapports sexuels :

« C'est vrai que c'est frustrant... moi je l'ai ressenti comme ça, je me suis sentie mise de côté, je me suis dit : attends, tu sers à quoi ? à faire la boniche, la popote et c'est tout... à ramener quatre ronds et puis voilà, à côté il n'y a plus rien. »

En fait, pendant l'entretien, alors que Paul se focalise surtout sur la dimension personnelle et médicale de ses difficultés, Janine manifeste une plus grande sensibilité pour les répercussions relationnelles des difficultés sexuelles. Faisant cela, elle inscrit bien sûr la sexualité dans une interprétation conjugale et cela n'est guère surprenant. Au-delà de la reconnaissance qu'elle attend de la sexualité, elle ne néglige ainsi pas, par exemple, l'importance de celle-ci dans la gestion des conflits conjugaux :

« Avant, une engueulade, ça se réglait sur l'oreiller, mais maintenant quand on est dans une situation comme ça, elle se répare où l'engueulade ? Et bien, elle y reste, parce qu'il n'y a même pas la consolation du polochon. »²

¹ cf. *supra* « 5.2.2. Initiative en matière sexuelle et identité féminine »

² Michel Bozon a déjà souligné que, pour certaines personnes, « l'échange sexuel peut être explicitement mis en œuvre pour résoudre des problèmes conjugaux non sexuels » (Bozon, 2001d : 23).

Les difficultés sexuelles de Paul déséquilibrent la relation conjugale qui, par ailleurs, a déjà été affectée par sa mise à la retraite forcée. Le point de vue de Janine, au-delà de l'intérêt qu'il comporte en soi, est intéressant pour notre propos parce qu'elle l'exprime en présence de Paul, au cours de l'entretien. Alors, bien sûr, comme elle nous le rappelle elle-même, elle a déjà fait part de tout cela à son mari. Il nous semble toutefois que le dire devant nous et nous prendre à témoin revêt une signification particulière. Sortis du cadre privé des disputes et discussions conjugales, exposés dans le cadre d'un entretien formel avec un inconnu, ses griefs acquièrent, d'une certaine manière, un caractère « officiel ». En agissant de la sorte, elle rend en effet public le fait qu'elle ne reconnaisse plus de « statut sexuel » à son mari. De ce point de vue, un épisode qui n'était qu'une parenthèse dans notre conversation prend un relief tout à fait inattendu. Janine a le prénom de son mari tatoué sur son bras. Alors que nous lui faisons remarquer, elle nous explique que ce tatouage a été fait l'année de leur mariage et que Paul, lui, porte son prénom à elle. Mais elle explique ensuite qu'elle a pour projet de masquer ce tatouage en le recouvrant par un autre, représentant un papillon, comme s'il s'agissait de faire disparaître le symbole de quelque chose qui n'existe déjà plus.

On imagine mieux comment l'attitude de sa femme retentit subjectivement pour Paul et ce qu'elle dit de la perte de sa position au sein de son couple. Paul n'est pourtant pas très prolixe quand il s'agit d'aborder tout cela non seulement en entretien, mais aussi avec sa femme. Il concède d'ailleurs qu'il lui est difficile de discuter sereinement avec elle de la situation. Mais son mutisme ne signifie pas qu'il est indifférent à la situation. Au contraire, selon sa femme, les effets se font sentir au niveau émotionnel et dans les faits, cela se traduit par des excès de mauvaise humeur et d'agressivité verbale. C'est d'ailleurs à la suite d'un tel épisode qu'elle décide de prendre rendez-vous chez un sexologue :

« Il était en colère, il n'arrêtait pas de *rouméguer*¹, ça faisait trois jours que c'était le cinéma. Je me suis dit que ça commençait à le piquer. Alors j'ai dit : ça recommence, il va falloir trouver une solution. J'ai cherché dans l'annuaire et puis j'ai appelé. »

A l'écart du marché du travail, empêché au niveau sexuel, il est par ailleurs dans l'incapacité de retrouver une place par le biais de la parole puisque cet espace est justement celui de sa femme. Et de fait, à l'image de l'entretien au cours duquel c'est surtout Janine qui parle, on suppose qu'en d'autres occasions comme, par exemple, lors

¹ De l'occitan *romegar* signifiant « râler », « ronchonner ».

de la rencontre avec le sexologue, les choses se déroulent de la même manière. C'est Janine qui est le porte-parole de son mari. Comme on le remarque d'ailleurs dans l'extrait cité, cela ne se fait pas sans une forme d'infantilisation. Tel qu'elle présente la situation, on a en effet le sentiment que la décision est prise de façon unilatérale, sans qu'elle sollicite l'avis de son mari. Ainsi l'incapacité de Paul à verbaliser ses émotions apparaît étroitement liée à sa propre incapacité à agir de manière autonome face à ses difficultés.

Lucien (15) a 59 ans, il est à un an de sa retraite. C'est à la suite d'une opération de la prostate qu'il rencontre des difficultés d'érection. Mais ses difficultés apparaissent aussi dans un contexte biographique particulier. En effet, un an et demi avant notre entretien et peu de temps après avoir appris, suite à un contrôle de routine suivi d'examens plus approfondis, qu'il est atteint d'un cancer de la prostate, sa vie conjugale et sentimentale subit des changements profonds. Ainsi, après plus de trente ans de mariage, il décide de quitter sa femme pour vivre avec sa compagne actuelle, rencontrée quelques mois plus tôt à l'occasion d'une intervention professionnelle. Venu réparer un ascenseur dans un établissement de recherche médicale, il se lie avec la secrétaire de l'un des services, Christiane (16). Pendant quelques mois, ils se fréquentent en cachette. Selon Lucien, à l'exception d'une infidélité « de jeunesse » intervenue au tout début de la relation avec sa femme, cette aventure est tout à fait nouvelle. Toujours de son point de vue, la relation avec sa femme s'était dégradée depuis un petit moment déjà. Même s'il concède que les raisons de cette dégradation étaient multiples, lors de l'entretien, il insiste sur le fait que l'un des points importants d'achoppement était la sexualité conjugale, ou plus exactement le désintérêt de sa femme pour celle-ci. Il résume ainsi le cycle sexuel du couple :

« Elle s'en foutait éperdument. Enfin. Disons qu'au début, avant d'avoir des enfants, ça allait très bien. Une fois qu'on a eu les enfants, elle m'a délaissé un petit peu. Bon, je me disais qu'avec les enfants et tout ce que ça impliquait, c'était tout à fait normal. Et une fois que les enfants ont été majeurs et avaient une situation, je me suis dit que ça allait aller mieux. Mais en fait ça n'a pas changé, bien au contraire. »

Dans ce contexte, sa rencontre avec Christiane apparaît tout de suite comme une « bouffée d'oxygène ». C'est l'occasion pour eux d'un nouvel épanouissement des sens. D'ailleurs, pour Christiane, qui est divorcée depuis quelques années au moment où ils se rencontrent, ces quelques mois d'amours clandestines sont une véritable renaissance sexuelle :

« On retrouvait un certain bonheur qu'on n'avait pas connu sur ce plan là. »

On remarque que la phrase de Christiane, qui recèle une contradiction, souligne à la fois que la sexualité de ce couple naissant est un retour à ce qu'il avait connu au début de leurs premières unions respectives (« on retrouvait ») et en même temps quelque chose de nouveau (« qu'on n'avait pas connu »). Ainsi, même si elle ne nie pas l'histoire passée de chacun, elle n'en relève pas moins le fait que la nouvelle relation n'est pas exactement un *recommencement* mais bien un *nouveau commencement*.

Conforté par sa nouvelle rencontre, Lucien prend les devants et menace sa femme de la quitter si elle ne change pas. Selon lui, sa femme ne le croit pas et leur relation ne s'améliore pas. Il mettra alors sa menace à exécution et quittera sa femme. Entretemps le diagnostic tombe et c'est sa femme qui l'accompagne lors des premiers rendez-vous médicaux et qui est là au moment de l'opération. La rupture intervient donc après l'opération et c'est ensuite Christiane qui l'accompagne pour les rendez-vous. Christiane considère d'ailleurs que, face aux solutions thérapeutiques qui avaient été proposées à l'époque par le médecin, elle aurait été plus soucieuse que la femme de Lucien de bien peser le pour et le contre avant d'encourager celui-ci à se faire opérer :

« Moi, il me semble, mais je le dis sous réserve, que l'opération était un peu précipitée. Si j'avais été avec mon ami comme nous sommes à l'heure actuelle, compte-tenu de l'opération et à cet endroit là, je crois que l'on aurait consulté quelqu'un d'autre avant, pour avoir un autre avis, enfin je pense. »

Il est vrai qu'après l'opération la sexualité du couple naissant est stoppée net. On comprend dès lors la lecture *a posteriori* de Christiane qui met implicitement en doute la lucidité de la femme de Lucien qui n'était, semble-t-il, que très peu intéressée par la sexualité du couple à ce moment là. Au contraire de Christiane qui utilise d'ailleurs le pronom « on » (« on aurait consulté ») comme pour mieux signifier que la sexualité est un bien commun au couple et que les menaces qui pèsent sur elle doivent être l'objet d'une évaluation conjugale. Bien qu'étant déjà en affaire avec Lucien avant l'opération, elle n'a pas pu, du fait de l'illégitimité de leur relation, être partie prenante du processus décisionnel qui a conduit à l'opération mais doit aujourd'hui en supporter les conséquences.

Le contexte dans lequel Lucien fait l'expérience des difficultés est un véritable imbroglio où se mêlent une série d'enjeux qui touchent à toutes les dimensions de son existence. Aux enjeux médicaux, conjugaux et sexuels que nous avons déjà évoqués

s'ajoutent en effet des enjeux juridiques, économiques, professionnels et familiaux. En instance de divorce, il s'attelle à en limiter l'impact financier et à gérer au mieux la vente de son ancienne maison. En même temps, il doit préparer son départ prochain à la retraite. Pour anticiper la perte d'une partie de son capital, il a commencé à travailler « au noir » le week-end sur des chantiers d'électricité. Enfin, il est confronté à une situation délicate avec ses fils. Si l'aîné accepte tant bien que mal la séparation de ses parents, le plus jeune des deux (25 ans) en veut énormément à son père. Bien qu'il refasse sa vie, Lucien ne peut donc pas rompre totalement avec le passé.

L'impact des difficultés sexuelles est d'ailleurs marqué par cette tension entre ce qui a déjà été accompli et ce qui s'ouvre désormais à lui. Ainsi, interrogé sur la manière dont il vit ses difficultés, il déclare :

« Bon, moi je pense que ça aurait été plus embêtant pour un jeune de 30 ans par exemple. Si j'avais eu 30 ans, ça m'aurait plus gêné, je pense que je l'aurais mal vécu à ce moment là. Je ne veux pas dire que je le vis bien, mais si à trente ans on m'avait dit : vous ne pouvez plus, je ne sais pas ce que j'aurais fait. Je ne sais pas parce que personnellement j'ai toujours été comme ça, ça fait partie de ma vie et si on m'enlève ça, c'est comme celui à qui on enlève les yeux, après il n'y voit plus. Même si j'ai 60 ans, je pense que je ne suis pas encore fini. Bon après c'est sûr que quand je vais avoir 70 ans, quand on arrive à des âges assez poussés, je pense que ce n'est pas tout à fait pareil, il faut quand même être sérieux... mais j'espérais... j'espère qu'au moins jusqu'à 70 ans je puisse encore un peu profiter de la vie et ... étant donné que je suis à la retraite ... et que en plus là avec Christiane c'est une autre vie qu'on se forme... je serais gêné quand même. »

Pour juger de l'impact de ses difficultés, Lucien adopte une double perspective. D'un point de vue général, il considère d'abord que les problèmes sont plus acceptables à son âge que s'il avait été plus jeune. Il accepte donc implicitement que le désir sexuel et la vigueur diminuent avec l'âge et qu'en conséquence les effets des difficultés sont d'autant moins graves que l'on avance en âge. Mais c'est aussi parce que la sexualité ne joue pas le même rôle selon les âges. Cela est notamment lié, comme il le précise dans la suite de l'entretien, au fait de pouvoir avoir des enfants. On voit d'ailleurs ici comment le lien ancien entre stérilité et impuissance travaille les représentations sociales. Pour Lucien, l'accès à la paternité apparaît ainsi comme une étape essentielle dans le parcours d'un homme, tout autant que la possibilité d'assouvir ses envies. De ce point de vue, le parcours de Lucien est derrière lui et il pourrait relativiser l'impact de ses difficultés. En fait, une fois qu'il a dit cela, il revient sur sa propre situation. Sans

que ces propos n'entrent totalement en contradiction avec ce qu'il a affirmé précédemment, il estime toutefois qu'à soixante ans il n'a pas encore atteint l'âge auquel il n'est plus « sérieux » de penser pouvoir avoir et souhaiter une sexualité. Son propos s'appuie donc d'abord sur une conception générale des attentes sexuelles légitimes selon l'âge. Dans un second temps en revanche, il s'appuie sur sa situation particulière et justifie, dès lors, ses attentes sexuelles non plus relativement à son âge mais à son nouveau projet de vie (« étant donné que je suis à la retraite... et que en plus là avec Christiane c'est une autre vie qu'on se forme »). En fait, la rupture le place dans une situation structurellement plus proche de celle d'un jeune homme qui commence sa vie conjugale que de celle d'un homme toujours installé dans une première union. La volonté dont il fait preuve pour accélérer la reprise de son activité sexuelle est liée à cette situation et s'inscrit dans un contexte où il formule par ailleurs un certain nombre de projets personnels et conjugaux à accomplir, tels que l'achat d'un mobile-home pour les vacances ou la reprise du cyclisme.

6.1.2.3. Âge, vieillissement, sexualité, et travail identitaire

Comme on le voit dans les quatre situations présentées, la prise en charge s'inscrit dans des configurations biographiques, certes diverses, mais où tous nos interlocuteurs connaissent, sur des périodes plus ou moins longues, d'autres changements importants dans leur vie, choisis (prise de la retraite, demande de divorce) ou subis (licenciement, maladie, séparation) et qui sont autant d'événements dont la survenue est corrélée avec l'avancée en âge. On ne peut donc comprendre le recours à la sexologie (et plus généralement l'importance pour ces hommes à renouer avec leur sexualité) sans le mettre en regard avec le travail de réorganisation identitaire et relationnel que ces événements provoquent et rendent nécessaire. Arrêt de l'activité professionnelle, divorce ou séparation, expérience de la maladie sont en effet autant de circonstances qui modifient l'image que les autres renvoient et le regard que l'on porte sur soi. Travail, famille et corps sont autant de « sphères » qui sont investies et qui comptent parmi les supports de l'identification personnelle. L'identité y trouve la continuité et la stabilité nécessaires à la vie personnelle et sociale notamment par les divers statuts sociaux que l'on acquiert dans ces différents domaines. Evidemment, l'identité de genre (la masculinité) trouve dans ces sphères matière à son expression et à sa reproduction (rôle de pourvoyeur de ressource, force physique, contrôle des émotions, etc.) et tout changement la fragilise donc de manière plus ou moins forte.

Quand donc, en plus de tous ces changements, l'exercice de la sexualité, qui entretient un rôle encore plus étroit avec l'identité de genre, est empêché, on comprend que la situation est d'autant plus difficile à supporter. Et à l'inverse les difficultés sexuelles sont d'autant plus problématiques qu'elles surviennent dans un contexte par ailleurs déjà largement perturbé ou modifié par des ruptures ou des évolutions touchant le travail, le couple ou la santé. C'est en ce sens, pour ce qui concerne l'activité professionnelle, que nous devons comprendre, nous semble-t-il, la phrase d'un sexologue citée en exergue de cette sous-partie. En rappelant que « tous les hommes n'ont pas la chance de pouvoir faire des conférences où ils sont applaudis par quatre cents personnes », le sexologue interrogé souligne en effet comment l'expérience professionnelle et la reconnaissance qu'elle permet peuvent atténuer l'impact des difficultés sexuelles. Le mouvement de « déprise sexuelle »¹ est d'autant plus difficile à accepter qu'il est concomitant d'autres difficultés.

Suivant l'agencement biographique des divers événements, la prise en charge des difficultés sexuelles répond à des enjeux quelque peu différents et dessine les contours de *postures* différentes vis-à-vis des réorganisations identitaires. On a ainsi vu que pour José (20) la recherche de solutions pour combattre les effets du vieillissement physique et maintenir une qualité d'érection devait être mise en parallèle avec l'abandon de toute ambition professionnelle et avec sa nouvelle manière de concevoir la conjugalité. Le processus de désengagement du monde du travail avait été provoqué près de dix ans plus tôt par un licenciement. Ce licenciement avait eu pour conséquence de provoquer la rupture conjugale. Cette double rupture biographique s'avère très coûteuse émotionnellement puisque José connaît une dépression. Dans un premier temps, il tente de résister au désengagement professionnel mais ses tentatives sont un échec. Sa *reconstruction* passe par un changement d'intérêts et d'aspirations. Plutôt que de subir le chômage, il refuse désormais le travail et les bénéfices en termes d'estime de soi que celui-ci lui apportait. L'attention à son corps, reléguée au second plan, est désormais centrale et, de la même manière, c'est moins la relation interindividuelle que l'accès à une « sensualité » qui est l'objet de ses recherches sexualo-affectives. La sexualité est désormais le support unique de son identité masculine.

Le recours de Louis (13) à la sexologie et la forte attention qu'il porte à des difficultés, somme toute mineures, ne s'inscrivent pas à la suite d'un événement

¹ Bessin & Blidon, 2011.

biographique particulier. En fait la démarche de Louis précède ses événements. Elle précède le départ à la retraite, elle précède les problèmes physiques qui pourraient survenir. Nous l'avons dit, Louis est avant tout, sur le plan sanitaire, dans une posture préventive. Et de la même manière qu'il anticipe son retrait de la vie professionnelle en réorganisant ses activités sociales autour de ses actions dans le champ socio-éducatif et sportif, il prend les devants sur un possible déclin de ses capacités sexuelles en agissant très tôt et en reportant ainsi le désengagement progressif de la sexualité à un âge plus avancé. Derrière ces mesures d'*adaptation* par anticipation aux effets du vieillissement, Louis semble vouloir préserver la continuité de son identité personnelle au-delà du passage du temps.

La situation de Paul (4) est en quelque sorte l'exacte opposée de celle de Louis. L'intoxication au chlore et l'infarctus dont il a été victime le contraignent au retrait de la vie professionnelle, le diminuent physiquement, l'obligent à accepter un suivi médical régulier et impactent ses capacités sexuelles. La rupture biographique est à la fois brutale et totale (dans le sens où elle touche toutes les dimensions de l'existence). Face à ce changement, Paul est dans la *résignation*. Il reste, au moment où nous l'interrogeons et malgré les trois années déjà écoulées depuis son accident de travail, largement « choqué » par ce qui lui arrive. Dépourvu des ressources nécessaires à l'appréhension de ses difficultés et notamment de celles permettant une verbalisation, il s'avère incapable d'engager les actions et le travail identitaire nécessaires au dépassement de sa situation. Cela ne signifie pas pour autant qu'il accepte la situation mais le refus est essentiellement un refus intérieur, qu'il ressasse et qui trouve à s'extérioriser dans la mauvaise humeur, la violence verbale, la colère. C'est dans ces conditions que la démarche thérapeutique est initiée par sa femme et non par lui.

Si c'est suite à un début de cancer de la prostate que Lucien (15) rencontre des difficultés d'érection, la maladie et ses conséquences sexuelles interviennent dans un contexte conjugal marqué par une séparation et une remise en couple. A moins d'un an de sa retraite, Lucien refait effectivement sa vie. Le risque de cancer écarté et la procédure de divorce entamée, c'est donc avec la même *détermination* qu'il s'engage dans la prise en charge de ses difficultés sexuelles.

6.2. Troubles sexuels et fragilité(s) masculine(s)

Dans les situations précédentes, la survenue des difficultés d'érection était largement présentée par nos interlocuteurs comme une rupture. Rupture accentuée par d'autres événements concomitants, notamment sur le plan professionnel. Dans les récits cela se traduisait le plus souvent par le fait que les hommes interrogés distinguaient entre un « avant » et un « après ». Selon eux, jusqu'à ce qu'ils rencontrent leurs premières difficultés, la sexualité n'avait jamais été un problème. Interrogés par exemple sur leur entrée dans la sexualité, ils n'avaient pas d'événements ou d'épisodes particuliers à raconter et n'étaient pas spécialement prolixes. L'attitude la plus fréquente était de souligner la banalité et la conformité de leurs parcours. Ils sont ainsi plusieurs à se comparer sur ce point à ce qu'ils pensent être la norme, en utilisant des expressions du type « comme tout le monde », ou en mêlant leur expérience personnelle à celle d'un collectif, en utilisant à ce moment là un sujet collectif comme « on », « dans mon groupe d'amis », etc. S'ils ne trouvent rien à dire de spécifique concernant leur entrée dans la sexualité, ils sont en revanche plusieurs à affirmer que leur intérêt pour la sexualité et leurs besoins en la matière étaient importants, voire « plus importants » ou « au-dessus de la moyenne », pour reprendre des termes récurrents. Enfin, en revenant sur la période qui précède les difficultés, aucun d'eux n'évoque de questionnement concernant son rapport au monde masculin et à la masculinité.

Les hommes¹ dont nous allons présenter maintenant les situations se distinguent de leurs aînés. En effet, leur recours à la sexologie s'inscrit dans des parcours qui sont généralement beaucoup plus accidentés, notamment du point de vue de leur expérience de la sexualité et de leur rapport à la masculinité et à son modèle hégémonique. Les difficultés sexuelles qu'ils rencontrent ne marquent pas de rupture mais s'ajoutent à des difficultés psychologiques et relationnelles pour lesquelles, le plus souvent, nos interlocuteurs sont ou ont été engagés dans une prise en charge psychothérapeutique. Mais ces caractéristiques communes ne doivent pas cacher l'extrême hétérogénéité des situations rencontrées par ces hommes. Voyons donc comment, dans chaque situation, la prise en charge des difficultés sexuelles fait sens par rapport à une certaine fragilité dans l'exercice de la sexualité et dans l'investissement de l'identité masculine.

¹ Patrick (6), Julien (3), Jean-Claude (8) et Gérard (21).

6.2.1. Une vie passée à « s'endurcir »

Le récit de Jean-Claude (8), 45 ans, est à ce titre tout à fait intéressant et cela même si, comme nous l'avons vu, il n'a rencontré qu'une seule « panne » et que sa situation vis-à-vis des difficultés d'érection est très vite rentrée dans l'ordre. Interrogé sur son recours, son discours se rapproche d'abord beaucoup de celui des hommes plus vieux dont nous avons étudié la situation précédemment. Il se demande ainsi si cette « panne » n'est pas un signe de son avancée en âge et affirme par ailleurs, comme avait pu le faire Louis (13), qu'il a peur de vieillir. Il reste également persuadé, malgré les démentis de la sexologue, que ses récents déboires sont d'origine organique. Amené à revenir sur son parcours affectif, sexuel et professionnel, ces propos laissent apparaître toutefois que l'attention portée à cette panne et la démarche thérapeutique qu'il effectue s'inscrivent dans une trajectoire biographique bien différente du point de vue du rapport à la masculinité que celle des hommes plus âgés de notre échantillon. En effet, contrairement à eux, Jean-Claude s'interroge depuis longtemps sur sa manière d'être un homme. Il nous dit ainsi à l'occasion d'une question sur l'éducation reçue de ses parents :

« Mon père c'est un homme quoi, et il aurait voulu que son fils soit un homme aussi, mais moi je n'étais pas... j'ai toujours fait un peu efféminé alors que je ne suis jamais devenu homosexuel. Et étant plus jeune cela se voyait encore plus quoi. Il aurait aimé avoir un vrai homme, un cogneur. Je le comprends aussi un peu par rapport à cela, si j'avais un garçon je voudrais aussi qu'il en soit un vraiment. Il ne m'a pas du tout rejeté par rapport à cela... mais moi étant sensible, s'il avait été plus ouvert, ça aurait été mieux pour moi, pour parler... donc c'est vrai que mon enfance n'a pas été évidente par rapport à ça, même si j'étais quand même entouré d'amour et gâté pourri. »

Depuis tout jeune donc Jean-Claude sait qu'il ne répond pas aux critères de masculinité de son père et se perçoit lui-même comme moins masculin que lui. Son efféminement, qu'il rapproche de l'homosexualité (même si c'est pour mieux l'écarter)¹, n'est pas seulement une attitude physique mais est aussi associé à un trait de caractère, la sensibilité. Cette qualité qui est préférentiellement attribuée aux femmes est, du point de vue des hommes, très souvent interprétée comme de la faiblesse ou de la mollesse. Ce thème est particulièrement présent dans le discours de Jean-Claude quand il rend compte de son histoire.

¹ Sur les liens entre efféminement et homosexualité, voir l'ouvrage de Jean-Yves Le Talec (Le Talec, 2008), et les remarques de Jacques Marquet (Marquet, 2004 : 49).

Résumons d'abord ce que nous savons de sa biographie. Jean-Claude a eu une vie peu conventionnelle. Enfant unique, il est élevé par ses deux parents, même s'il doit faire avec la maladie de sa mère qui est schizophrène. De son propre aveu, cette maladie a toujours empêché une vraie proximité entre lui et sa mère. Il ne rencontre pas de problème particulier dans son apprentissage de la sexualité et a ses premiers rapports sexuels à 17 ans. Jusqu'à 20 ans, comme de nombreux garçons de son âge, son intérêt est surtout focalisé vers la multiplication des expériences sexuelles. Comme il nous le dit, pendant cette période, il est « du style à compter les rapports et les relations ». À partir de 20 ans, sans nous dire ce qui en avait été l'événement déclencheur, il entre dans une période difficile (« J'avais des problèmes personnels et psychologiques importants. Bref, je n'allais pas très bien dans ma tête. »). Cause ou conséquence de cet état, il consomme alors beaucoup de produits stupéfiants, mélange alcool et médicaments. Malgré sa fragilité psychologique, il ne sollicite aucune aide thérapeutique. Sa sexualité n'est pas affectée pour autant. Étudiant à l'école des Beaux-Arts d'une ville moyenne, il a une relation avec une jeune femme, polytoxicomane elle aussi. Il devient le père d'un premier enfant, une fille, qu'il ne reconnaîtra jamais et dont la mère, une fois séparée, ne souhaitera jamais qu'il le voit. Sorti d'affaire en ce qui concerne ses problèmes d'addiction, il rencontre une autre femme qu'il épouse et qui sera la mère de sa seconde fille, légalement son seul et unique enfant avec qui il garde contact. A 37 ans, il se sépare de sa femme. Ce divorce le fait extrêmement souffrir et il met beaucoup de temps à se remettre de cette rupture. Ce n'est que plusieurs années après son divorce qu'il décide de faire un travail sur lui en allant voir un psychiatre, prise en charge thérapeutique qui dure près de deux ans. Son histoire sentimentale se poursuit et il s'engage dans une relation non-cohabitante avec une femme séparée, mère d'un enfant. Mais cette relation a subi des soubresauts. Ainsi, comme nous l'avons déjà dit¹, au moment où nous nous entretenons avec lui, il vient de se remettre en couple avec sa compagne, après l'avoir quittée pendant un an pour vivre avec une autre femme. D'un point de vue professionnel, après avoir exercé une multitude de petits boulots, il avait trouvé un travail dans une Fnac®, poste qu'il a quitté trois ans avant notre rencontre pour devenir gérant d'une boutique de téléphonie.

S'il nous fallait rappeler cette histoire, c'est que Jean-Claude en fait une interprétation tout à fait intéressante. Ainsi, alors que nous prolongeons notre échange et

¹ Voir « 3.1.3.2. Confirmation sociale du trouble sexuel »

que nous lui demandons si, bien qu'il ne soit pas devenu homosexuel, il n'avait jamais eu de rapports homosexuels, il nous répond :

« A vrai dire, je préfère vivre des expériences sexuelles avec des femmes, plutôt que de me brancher homo, parce que homo niveau sexe c'est dur. En fin de compte il y a beaucoup de mecs qui... moi je trouve que les mecs homo ils pensent beaucoup au cul... c'est le cul, le cul, le cul... donc je préfère la compagnie féminine... Dans le sexe, je crois que je suis malheureusement très sentimental... mais j'essaie de m'endurcir un peu. »

[Qu'est-ce que vous voulez dire ?]

« Ben tout simplement avec tout ce qu'il m'arrive depuis tout jeune... je me dis que c'est nécessaire et, par exemple, avec ma dernière aventure, j'étais malheureux et je me disais que je m'en sortirais jamais et puis en fin de compte, bien-sûr, au bout de deux mois ça y est j'en suis sorti ou du moins j'ai un peu la tête hors de l'eau et en fin de compte ça m'a donné une expérience supplémentaire... encore une autre. Quand j'ai divorcé, c'était abominable parce que là j'ai vraiment eu une ex-femme, une vraie garce et j'ai vraiment souffert vis-à-vis de ma fille et tout ça... Voilà et donc ça, ça me fait une expérience de plus quoi... c'est la vie. Mais ça me chier d'être obligé de s'endurcir. Mais d'un autre côté je ne le vis pas trop mal parce que ça me permet d'avoir des responsabilités euh... j'ai des vendeuses, des vendeurs, enfin tu vois j'ai des trucs... maintenant... je suis beaucoup plus affirmatif, je sais beaucoup plus ce que je veux, alors qu'avant j'étais un peu manipulé par mes sentiments ou par ce que je subissais... voilà quoi... et là encore avec cette étape, depuis trois ans, je suis devenu petit chef d'entreprise c'est sympa... Bon je suis stressé mais stressé du bon côté, parce que j'ai des responsabilités, des trucs comme ça, mais je me sens beaucoup mieux dans ma peau. Aujourd'hui j'en arrive à me dire qu'il ne faut pas me faire chier. Je sais ce que je veux et je m'aperçois que les relations humaines, c'est très compliqué, c'est pour ça qu'aujourd'hui je suis beaucoup plus déterminé. »

Plutôt que d'écarter simplement la question des rapports homosexuels, il explique le fait qu'il ne s'y engage pas par l'absence de sentiments qui caractérise selon lui les rapports entre hommes avant de regretter (« malheureusement ») d'être lui-même « sentimental » dans ce qui touche aux échanges sexuels. A l'aune de ses différentes expériences passées, il juge toutefois que ce sentimentalisme est une faiblesse qu'il essaie de corriger. Mais la nécessité de « s'endurcir », puisque c'est le verbe qu'il emploie, dépasse le champ sentimental et c'est toute sa vie qui est susceptible de bénéficier de ce processus. Les domaines affectifs, professionnels, émotionnels sont touchés par ces évolutions. Ses propos dessinent les contours d'une *hexis* comportementale, fortement marquée par les critères socialement attendus de la masculinité. Alors qu'il dévalorise son inclinaison à être « très sentimental » ou

« manipulé par ses sentiments », subissant ses émotions, il valorise ses récentes « responsabilités », sa détermination et sa capacité nouvelle à s'affirmer. Comment dès lors ne pas mettre en regard la réactivité dont il fait preuve vis-à-vis de sa récente « panne » dans le domaine sexuel avec ce processus général « d'endurcissement » ? En effet, s'il est sévère avec la faiblesse dont il aurait fait preuve tout au long de sa vie (psychologiquement et sentimentalement), il est en revanche particulièrement hâbleur quand il s'agit d'évoquer ses capacités sexuelles qui ne lui auraient jamais fait défaut jusqu'à cette « panne ». On voit comment la sexualité entre en résonance avec le genre. Ainsi, alors qu'il a tout fait pour mettre à distance ce qui, dans son caractère, pouvait apparaître comme un trait féminin (sa sensibilité, son sentimentalisme), il est d'autant plus difficile pour lui d'admettre des défaillances sur le plan sexuel. Cette nouvelle force de caractère s'actualise essentiellement dans le cadre professionnel. On retrouve ici l'illustration des fortes interactions qui existent, pour les hommes, entre la sphère socio-économique, la sexualité et l'identité sexuée. Mais ici, à l'inverse de ce qui se passait pour nos précédents informateurs, Jean-Claude n'est pas dans une situation de désengagement ou d'exclusion vis-à-vis du travail mais dans une phase d'ascension.

6.2.2. Recours masculin et orientation conjugale de la sexualité

Gérard (21), 42 ans, consulte un sexologue après avoir rencontré des difficultés d'érection dans le cadre d'une relation qui est d'abord extraconjugale et qui se poursuit après que lui ait divorcé. Comme nous l'avons vu¹, Gérard n'émet pas, à l'inverse de beaucoup d'autres hommes, d'étiologie organiciste pour expliquer ses difficultés. Pour lui, il est évident qu'elles sont de nature psychologique. Il explique ainsi que le contexte dans lequel il rencontrait son amante n'était pas favorable et que les premiers échecs ont entraîné les suivants (« j'ai gambergé et je suis tombé dans une phase où avant même de commencer, je me disais que ça serait un échec »). Lorsqu'il se décide à consulter c'est parce qu'il se sentait coupable de ne pas « être à la hauteur » lors des rares rencontres qu'il a eues avec sa nouvelle partenaire. Mais à peine a-t-il commencé à aller aux premières séances avec la sexologue que la situation évolue. Ils cessent de se voir avec son amante parce que le mari de celle-ci a appris ce qu'il se passait et que les rencontres sont devenues impossibles. Paradoxe de la situation, Gérard continue à consulter pour

¹ Voir « 3.1.1.4. Des difficultés d'érection qui "ne comptent pas" à celles qui "comptent" »

ses difficultés d'érection alors même qu'il n'a plus d'occasion d'avoir de rapport sexuel. De fait, ses motivations ont évolué depuis sa première consultation et sont désormais plus larges :

« Je me suis dit que si elle ne partait pas [*de chez elle*] et que je devais connaître quelqu'un d'autre... sachant que je pars battu d'avance, je me disais tu n'arriveras jamais à connaître quelqu'un d'autre. »

Au moment où nous nous rencontrons et après presque deux ans passés à attendre que son amante, qu'il n'a pas vue depuis plusieurs mois, quitte son mari, Gérard est las de cet amour impossible. Ayant définitivement réglé son divorce et surmonté la dépression qui avait suivi, il voudrait faire évoluer les choses. A partir de ce moment là et même s'il affirme toujours aimer son amante, le sens de la démarche change quelque peu. Il ne s'agit plus de répondre aux enjeux de la sexualité avec son amante mais à son inquiétude concernant sa capacité, dans ce contexte, à pouvoir « refaire sa vie ». Ainsi, même s'il n'est pas formellement en couple, la démarche thérapeutique de Gérard s'inscrit dans une logique conjugale, dans le sens où s'il se soucie de sa sexualité, c'est moins pour elle-même que par ce que cela implique au niveau relationnel. Comme il nous le dit d'ailleurs, ne pas avoir de rapports sexuels¹ depuis plusieurs mois ne constitue pas un problème pour lui :

« C'est pas un truc qui me manque, pour moi ce n'est pas la priorité. »

Et, de toute façon, il déclare être incapable d'avoir un rapport en dehors d'une relation sentimentale :

« Je ne fais pas l'amour purement sexuellement, j'ai besoin qu'il y ait quelque chose qui se passe au niveau des sentiments. »

Ce désintérêt pour la sexualité en tant que telle, typique de son orientation intime², est ancien et date de son entrée dans la sexualité :

« J'ai connu ça [*la sexualité*] avec ma femme. Elle, comme moi, on a découvert ça ensemble. En fait, c'est vrai que je n'étais pas très curieux autour de cela avant de rencontrer ma femme. J'étais très timide, très réservé. Je n'ai d'ailleurs jamais eu beaucoup d'amis non plus. La sexualité ce n'était pas du tout quelque chose que je recherchais activement. »

A la différence de nombreux hommes, Gérard n'a pas, dans sa jeunesse, fait de la sexualité un domaine d'expérimentation spécifique et n'a pas multiplié les partenaires. Il a son premier rapport sexuel à 20 ans, avec la femme qui deviendra son épouse un an plus tard. Jusqu'à sa séparation donc, sa femme avait été sa seule

¹ Et de ne pas non plus se masturber, comme il nous le précisera.

² Bozon, 2001d.

partenaire sexuelle. La manière dont Gérard a investi sa sexualité n'est pas celle de la *majorité* de ses contemporains masculins qui s'inscrivent plus fréquemment dans une relation à la sexualité plus individualiste et narcissique ou qui envisagent la sexualité sur le modèle du réseau sexuel¹. Pour autant, Gérard ne laisse pas entendre que cette manière de vivre sa sexualité ait été un jour un problème pour lui, ni qu'il se soit senti moins « masculin ». Jusqu'à ce que sa vie soit bouleversée par ce « coup de foudre » qui va faire voler en éclats ses vingt ans de vie commune, il vit sereinement sa vie d'homme et sa vie familiale (« J'étais bien dans mes baskets, j'étais amoureux de ma femme, on avait une maison, des enfants, la santé. »). En revanche, après deux ans à attendre en vain en souffrant que la situation avec son amante se débloque, il porte un regard plus critique et distancié sur sa manière d'envisager la sexualité. C'est ainsi qu'interrogé sur la façon dont il juge sa situation, il concède avec humour :

« C'est sûr que vu les conséquences, il aurait mieux valu... enfin ça aurait été moins dur à la limite si j'étais allé un soir, comme on le dit vulgairement, tirer un coup et puis on n'en parle plus... mais pour moi ce n'est pas possible. »

Dans sa situation, le fait de mêler sexualité et conjugalité a donc été plus coûteux que le fait de distinguer les deux. De la même façon, son orientation intime constitue désormais un handicap dans le règlement de ses difficultés. Son rapport à la sexualité le fragilise et Gérard ne peut s'appuyer sur sa sexualité pour regagner l'estime de soi nécessaire pour sortir de l'impasse. Ayant quitté sa femme parce qu'il était tombé amoureux d'une autre, il se retrouve dans une situation délicate. En effet, même si une issue favorable dans sa « relation » avec son amante s'avère de plus en plus incertaine, il n'arrive pourtant pas à tirer un trait sur ses sentiments. Il est en quelque sorte pris dans un cercle vicieux. D'une part la fidélité à ses sentiments pèse sur les possibilités de se projeter dans une autre relation et sur sa confiance en ses capacités sexuelles et d'autre part, la perte de confiance dans ses capacités sexuelles l'empêche de se lancer dans une autre histoire et, en conséquence, retarde le nécessaire détachement sentimental avec son amante :

« Je retarde, ... enfin je n'arrive pas à faire abstraction de ça. C'est ça le plus fort, je ne pensais pas que l'on puisse aimer à ce point, à se sacrifier. »

¹ Bozon, 1998a et 2001d.

6.2.3. Les ratés de l'apprentissage

On se souvient que Patrick (6), 39 ans, a toujours connu, depuis qu'il a commencé sa vie sexuelle, des difficultés d'érection¹. Pour expliquer ces difficultés, il propose, au moment de l'entretien, une étiologie psychologique et décrit l'anxiété qui le submerge à chaque fois qu'il se retrouve en situation d'avoir un rapport sexuel. Pour tenter de résoudre ses problèmes, il a multiplié les recours auprès de nombreux sexologues. Selon lui, sa condition est liée aux circonstances dans lesquelles il a fait, pendant l'enfance et l'adolescence, son apprentissage de la sexualité. C'est cet apprentissage difficile qui expliquerait le rapport compliqué qu'il entretient encore avec la sexualité.

Ce dont il rend compte en premier lieu c'est de l'attitude de ses parents et plus globalement de sa famille vis-à-vis de la sexualité. Attitude qui a largement participé à le tenir dans l'ignorance des choses du sexe. A le croire, l'ambiance familiale était en effet loin d'être décontractée sur ces sujets :

« Je suis d'une famille puritaine, très puritaine. Avec le recul, en y réfléchissant, j'ai des tas d'exemples incroyables où mes parents nous cachaient, à ma sœur et moi, tout ce qui était sexe... D'ailleurs ma sœur, elle a connu son premier homme très tard, presque à trente ans. Et mon cousin, c'est pareil, il est toujours seul... et dans ma famille, il y a très peu de bébés, je ne sais pas... c'est une espèce de famille en perdition. Ils ne se reproduisent plus. Dans ma famille proche, il n'y a pas eu un seul bébé. Ce n'est que parmi les cousins des cousins qu'il commence à y en avoir, mais très peu. C'est pour ça que je pense qu'à l'origine, il y a un aspect social, une espèce de puritanisme catholique qui empêche... »

Patrick grandit donc dans une famille où la parole sur le « sexe » est inexistante. Ce silence ne se réduit pas à sa famille restreinte mais concerne sa famille élargie. L'importance du célibat et la très faible fécondité dans sa famille seraient deux illustrations de ce tabou sexuel. Toute la famille élargie partagerait ainsi un inconscient familial mortifère, la conduisant à disparaître à petit feu. Pour Patrick, cette attitude familiale vis-à-vis de la sexualité s'est concrétisée pendant son enfance et son adolescence par une série d'actes d'évitement et d'interdiction de la part de ses parents :

« Pour parler du puritanisme, j'ai plein d'exemples. Une fois j'ai demandé à ma mère ce que c'était une génisse (c'est-à-dire une vache qui n'a pas eu de veau) et bien elle ne m'a pas répondu. Quand j'étais petit, dès qu'il y avait une pub pour soutien-gorge, mon père me

¹ Voir « 3.3. Le trouble sexuel comme trouble originel ».

mettait la main sur le visage. Donc on a eu une éducation sexuelle très tardive. Je me souviens aussi, je devais avoir 7 ou 8 ans et avec ma sœur on voulait avoir un petit frère... et notre mère nous a dit, très bien, on va aller à l'hôpital vous chercher un petit frère ! Et puis j'ai aussi un souvenir terrible où, vers 14 ans, ma mère m'a vu embrasser une fille et elle m'a dit de rentrer immédiatement... Donc au moment où tout se passe, où les copains à 13, 14 ans commencent à fréquenter les filles et que moi, même si je suis hyper timide, je fais comme eux, j'imites... et bien là, ça s'est mal passé, j'avais plus le droit de sortir le soir du moment qu'on m'avait vu embrasser une fille. »

Mais, le contexte familial et l'éducation sexuelle reçue de ses parents ne sont pas les seuls éléments en cause dans son difficile apprentissage de la sexualité et il estime que sa personnalité est aussi en jeu :

« Il y a aussi la sensibilité, la timidité. J'ai toujours aimé les filles. Tout petit garçon, je tombais amoureux mais jamais je me serais approché de la petite fille pour lui dire que j'étais amoureux ou pour lui prendre la main. »

La dernière chose enfin qui a eu des répercussions sur son apprentissage sexuel est un événement dramatique :

« Et puis après bon, nous avons passé un moment difficile avec ma sœur, on a perdu notre mère à 17 ans, ma sœur en avait 19. Et du coup de 17 à 23 ans, il y a quelque chose qui manque, il y a un blanc total. Avec ma sœur, on était sur une autre planète, ce n'était pas notre problème d'avoir des contacts amoureux. C'est sûr, il y a eu un raté à cette époque là quoi, l'adolescence elle n'a pas existé pour moi. »

Réfléchissant à sa relation à la sexualité, Patrick distingue trois causes différentes à ses difficultés dans ce domaine : l'éducation, la personnalité, le traumatisme. Ces trois éléments trouvent leur origine ou se sont produits dans l'enfance et dans l'adolescence mais s'il les considère comme pertinents c'est que chacun d'eux produit encore ses effets au moment où nous le rencontrons. Ils sont fondateurs d'un rapport au monde dont la temporalité dépasse largement le moment ou la période de leur actualisation. Ces trois éléments ont en commun d'avoir pour effet d'*empêcher* la sexualité. Cet empêchement opère au niveau des capacités cognitives (effet de l'éducation) et relationnelles (conséquence de la personnalité) et au niveau de l'envie d'en faire l'expérience (effet du traumatisme). C'est ainsi en termes de *retard* et de *ratés* dans l'apprentissage et l'expérience de la sexualité que Patrick interprète les conséquences de cette histoire personnelle :

« Pour moi c'est évident que si on arrive à 14/15 ans et qu'on a jamais trop réfléchi à ces choses là, et en plus avec une très grande timidité vis-à-vis des filles, et bien je pense que le départ est raté quoi. »

« De fait, jusqu'à 23 ans, je n'ai pas connu de premières relations sexuelles avec des filles, ça a été le cas plus tard mais je n'ai pas connu cela quand j'étais jeune. »

Pour Patrick, toute son histoire sexuelle est liée à ce qui s'est passé quand il était plus jeune. Pour lui, la solution passe par la levée des « barrières » et des « blocages » (pour reprendre ses propres mots) qui entravent sa sexualité. Mais son histoire n'a pas seulement marqué sa seule sexualité, elle conditionne également son rapport aux femmes. Comme il le dit lui-même :

« Je ne sais pas parler aux filles. Entrer en contact avec une fille, c'est comme si je parlais à un étranger. Plus jeune, dès que j'essayais de contacter une fille, ça se passait mal. »

Cette difficulté à entrer en relation avec des femmes est une partie intégrante du problème de Patrick. S'il se décide à consulter pour la première fois alors qu'il est en couple, à partir du moment où sa première et seule « grande » histoire est terminée, le problème de Patrick est effectivement bien de réussir à rencontrer une nouvelle compagne. Depuis sa première histoire en effet, à l'exception des quelques mois pendant lesquels il a une brève relation, il a toujours été célibataire. Et, de fait, il confirme lui-même que sa préoccupation principale est plus conjugale que sexuelle :

« Quand je suis au plus mal... euh... finalement, il y a l'aspect sexuel qui me tracasse, mais ce qui me fait le plus mal, c'est l'aspect social, c'est d'être toujours seul, c'est plus ça qui me gêne que le fait de ne pas avoir de relations sexuelles. »

Comme pour Gérard, la distinction entre sexualité et conjugalité n'a que peu de sens pour lui. L'exercice de sa sexualité est soumis à l'existence de sentiments. Il explique d'ailleurs que le fonctionnement même de son érection ne peut pas être séparé du contexte affectif :

« D'après ce que j'ai lu sur la sexualité des filles et des garçons, je serais plus, à mon avis, du côté des filles... En fait, de ce point de vue là, je suis plus une fille qu'un garçon, c'est-à-dire que j'ai besoin de beaucoup d'affection, de sentiments, de tendresse... d'amour quoi, pour déclencher quelque chose. Ce n'est pas : je vois une fille, je bande. »

Vie affective et vie sexuelle participent donc d'une même problématique. Mais Patrick n'est pas naïf concernant l'importance de la sexualité dans la vie conjugale et alors qu'il s'engage dans une toute nouvelle relation au moment de l'entretien, il compte sur la patience de sa nouvelle amie pour dépasser ses difficultés sexuelles :

« Si avec cette nouvelle amie ça peut durer assez longtemps, si elle a la patience, je pense que je vais réussir à dépasser cette barrière psychologique, j'espère que ça marchera. »

Patrick est donc tout à fait lucide sur le lien qu'il fait entre sexualité et conjugalité (ou sentiments). Ce qui est intéressant toutefois, c'est que, faisant référence aux discours qui circulent à ce sujet dans la société (« d'après ce que j'ai lu »), il considère cette attitude comme caractéristique de la sexualité féminine. Ainsi, en se classant dans la catégorie opposée à celle correspondant à son genre pour ce qui est de la sexualité, il fait du même coup de la séparation entre sexualité et conjugalité un des éléments du cahier des charges de la masculinité et reconnaît par là même qu'il ne remplit pas tous les critères du modèle de référence. Alors, bien sûr, pour un homme, accepter et assumer, comme le fait Patrick, une part de féminité comporte toujours un danger. Dans son cas, il nous semble qu'au moment où il nous parle et à l'aune de son histoire personnelle, cela s'avère être la position la moins coûteuse du point de vue de la masculinité. En effet, compte tenu des difficultés d'érection importantes qu'il rencontre lorsqu'il est avec une femme, il lui est plus aisé d'adhérer à l'idée que la manifestation de son désir sexuel est très fortement lié à la sécurité du contexte affectif, même au prix d'une féminisation, plutôt que d'accepter que ce soit son désir sexuel pour les femmes qui soit mis en cause, comme cela lui est arrivé avec sa seconde compagne¹. Face à l'accumulation des défaillances et des échecs, celle-ci avait en effet émis des doutes sur son hétérosexualité. Patrick avait été extrêmement blessé et choqué par ce qu'il considérait comme une accusation grave. Coïncidence ou pas, une fois séparé, il abandonne toute recherche amoureuse, toute consultation chez le sexologue, toute tentative pour régler ses troubles et se consacre, pendant deux ans, à la préparation de l'agrégation. Processus de sublimation, dirait la psychanalyse, qui lui permet de se reconstruire après ce second échec. Il dit d'ailleurs lui-même qu'il n'a jamais été aussi fier de lui qu'après avoir réussi ce concours. L'ampleur de ses difficultés ayant rendu possible l'émergence d'un doute sur son orientation sexuelle, on comprend ainsi mieux qu'il assume désormais facilement une interprétation conjugale de la sexualité qu'il qualifie pourtant lui-même de féminine plutôt que d'adhérer à l'hypothèse de sa possible homosexualité, ce qui l'éloignerait encore un peu plus du modèle hégémonique. En effet, même s'il hiérarchise, du point de vue de la masculinité,

¹ Avec qui il n'est resté que quelques mois, voir « 3.3. Le trouble sexuel comme trouble originel ».

interprétations individualiste et conjugale de la sexualité¹, cette hiérarchisation ne prévaut pas sur celle entre hétérosexualité et homosexualité. Mieux vaut, en somme, être un homme qui adhère à une interprétation conjugale de la sexualité plutôt qu'être homosexuel. Avec le cas de Patrick, on voit très bien le jeu d'interactions entre genre, interprétation de la sexualité et orientation sexuelle. De ce point de vue, pour Patrick, le célibat, passé un certain âge, est une situation qui jette le trouble sur la virilité tout autant que sur l'orientation sexuelle, faisant de la résolution des problèmes sexuels et conjugaux une nécessité du point de vue de son identité masculine :

« Vous voyez, ça fait quatre ans que je suis au lycée et ils ne m'ont jamais vu avec quelqu'un. Du coup, ils ne m'en parlent pas, ils ne me posent jamais de question sur ma vie privée. Je me dis qu'il y a de la suspicion, qu'ils se demandent si je ne suis pas homo ou qu'ils se disent : ce type est nul, il est impuissant ou quoi ? »

6.2.4. Dépression, anxiété, phobie

La situation de Julien (3), un bibliothécaire de 35 ans, est particulièrement complexe mais nous allons voir que, de la même manière que dans les situations présentées ci-dessus, ses difficultés sexuelles et ses différents recours sexologiques interviennent dans un contexte biographique marqué par des interrogations récurrentes sur la sexualité et la masculinité, auxquelles s'ajoutent des difficultés d'ordre psychologique.

Julien est originaire de Marseille où il a passé son adolescence et sa vie étudiante. Après être sorti « avec deux ou trois filles comme ça », il a son premier « flirt » à quinze ans, sans pour autant avoir de rapports sexuels. Il ne vit d'ailleurs pas très bien cette première expérience :

« Ça s'est mal passé avec elle et du coup, après, je me suis toujours senti incapable de pouvoir aller vers les femmes et incapable de pouvoir plaire. »

A 17 ans, ses parents se séparent. Suite à un concours d'événements touchant à la vie affective de ses parents (chacun d'eux ayant retrouvé un conjoint) et compte tenu de l'âge déjà assez avancé de Julien et de sa sœur, il est décidé que les deux enfants continueront à vivre tous seuls dans l'appartement familial dont le loyer sera payé à parts égales par chacun des parents. De 17 à 21 ans, Julien, encore marqué par sa

¹ Du point de vue de la féminité, il nous semble que la hiérarchisation est inversée et que l'interprétation conjugale de la sexualité est plus valorisée que l'interprétation individualiste.

première expérience, délaisse complètement le terrain sexuel et affectif. Libéré de tout contrôle parental, il voit beaucoup ses amis, avec qui il sort très fréquemment. De son point de vue, il fait, à ce moment là, une consommation excessive d'alcool et de cannabis. A 21 ans, il tente de draguer une femme de son entourage. Malheureusement, c'est un nouvel échec :

« Ça n'a pas marché et là je suis tombé dans une sorte de dépression silencieuse, je continuais mes études mais je vivais reclus, avec des phobies sociales, en ayant peur de sortir dans la rue, peur de tout le monde et en particulier des femmes. »

A 23 ans, il décide de se « reprendre en main » et va voir un psychiatre qui l'oriente vers une thérapie de groupe d'orientation cognitivo-comportementale pour « soigner sa timidité ». Au-delà du règlement de ses difficultés psychologiques, ses motivations sont clairement liées à ses échecs affectifs et sexuels :

« Je me disais que j'allais rater ma vie, que j'allais devenir un vieux garçon. »

Selon lui, les démarches thérapeutiques qu'il effectue sont bénéfiques et la situation a « complètement décollé ». Il termine ses études d'histoire, passe et réussit le concours de bibliothécaire. En parallèle à ses démarches, il prend par ailleurs la décision, dans des circonstances qu'il ne détaille pas, d'aller voir une prostituée : il a 23 ans, c'est son premier rapport sexuel¹. C'est après cette expérience qu'il rencontre sa première compagne, avec qui il vivra pendant deux ans et demi.

Il rencontre alors très vite des difficultés. Le premier problème qui apparaît fait suite à sa rencontre avec la prostituée. Ce premier rapport a déclenché chez lui une profonde anxiété, liée à la peur d'être contaminé par le VIH. Après cette expérience, il fait un test de dépistage qui s'avère négatif. Mais ce test ne suffira pas à le rassurer et il ne peut rien faire contre les angoisses qui resurgissent régulièrement et qui finissent par se cristalliser en un trouble obsessionnel compulsif dont il souffre encore au moment où nous l'interrogeons. Le second problème survient après s'être mis en couple avec sa première compagne. En effet, lors de leurs rapports sexuels il n'arrive pas à éjaculer ou seulement difficilement. Selon lui cette impossibilité d'atteindre l'orgasme est liée aux antidépresseurs qu'il prend toujours suite à sa dépression. C'est pour ce dernier trouble

1 Comme le note Michel Bozon dans l'analyse de l'enquête ACSF de 1992 : « (...) dans les jeunes générations, où la prostitution en début de vie sexuelle est tombée à un niveau très bas (2,5%), elle ne subsiste comme moyen d'initiation notable que pour ceux qui entrent tardivement dans la vie sexuelle (5%). Le recours aux prostituées, qui permettait autrefois à certains jeunes gens d'entamer plus tôt leur vie sexuelle dans un contexte où les partenaires du même âge étaient peu accessibles, semble être devenu une solution de rechange pour ceux qui ont du mal à trouver une première partenaire. » (Bozon, 1993 : 1326-1327).

qu'il va pour la première fois consulter un sexologue. Il suit plusieurs séances. Le trouble s'estompe à l'arrêt des antidépresseurs.

Les relations avec sa compagne sont toutefois difficiles. Pour lui, *a posteriori*, cette femme était « quelqu'un de très manipulateur, de pervers ». Il explique ainsi qu'il n'a pas pu faire face :

« Je n'étais pas armé à armes égales avec une personne comme ça, j'étais très novice. »

Il a du mal à expliquer la nature exacte du conflit qui les oppose, mais il se souvient notamment que, face à ses problèmes d'anorgasmie, sa compagne s'interroge sur son orientation sexuelle et ne manque pas de lui faire part de son questionnement :

« À la longue, il y a eu l'angoisse chez ma partenaire que je puisse ne pas être hétérosexuel... Elle me l'a dit très souvent. Enfin, de toute façon, c'est quelqu'un qui m'a énormément déstructuré. »

Même si c'est finalement lui qui prendra la décision de mettre un terme à cette relation, la rupture est très douloureuse et il connaît de nouveau un épisode dépressif. Conséquences ou non des « soupçons » de son ancienne compagne, il vit alors une période trouble où il fréquente les lieux de dragues et les bars homosexuels. Il sort beaucoup, se saoule fréquemment. A cette période, il fréquente « trois ou quatre hommes », même si, précise-t-il, il n'a « jamais eu de rapports complets » avec eux. Il a aussi, pendant la même période, des relations très brèves avec deux ou trois autres femmes. Ses angoisses par rapport au VIH, qui avaient baissé d'intensité, resurgissent et il multiplie les tests de dépistage. Il met plus d'un an à se sortir de ce nouvel épisode dépressif.

C'est à ce moment là que, pour « repartir de zéro », il décide de candidater au mouvement interne et de déménager. Un an après son arrivée dans sa nouvelle ville, il rencontre sa compagne actuelle. Deux mois après seulement, elle est enceinte. Ils s'interrogent pour savoir s'ils souhaitent ou non que la grossesse aille à son terme et choisissent de garder l'enfant. Les difficultés psychologiques de Julien ne sont pas pour autant réglées, bien au contraire.

Suite à son déménagement, se sachant encore fragile, il avait pris soin de trouver un nouveau psychiatre avec qui suivre l'évolution de sa situation. Celle-ci est relativement stable pendant un peu plus d'un an mais plusieurs événements vont participer à la résurgence des difficultés. Sa mise en couple et ses premières relations sexuelles avec sa compagne sont ainsi particulièrement anxiogènes pour Julien et ses inquiétudes par rapport au VIH reviennent sur le devant de la scène. Selon lui, son amie,

qui est encore avec quelqu'un d'autre au moment où ils se rencontrent, est en effet réticente à l'idée de faire le test mais n'en souhaite pas moins abandonner le préservatif. C'est à cette occasion qu'il consulte un sexologue pour lui demander conseil. Le deuxième élément perturbateur est la naissance de leur enfant. Elle modifie la manière dont il appréhende le corps de sa compagne et dont il envisage les rapports sexuels avec elle :

«Moi j'avais en tête un schéma selon lequel la femme qui vient d'enfanter fusionne avec son enfant et donc que le père se retrouve écarté et ne doit pas avoir de demande sexuelle. En fait, c'est tout le contraire qui s'est passé et d'ailleurs ma compagne avait beaucoup de mal à comprendre parce que elle, au bout de deux semaines, elle avait envie qu'on fasse l'amour et moi je ne comprenais pas. Ça a fait comme une espèce de mur entre elle et moi. Ça vient aussi beaucoup de ma psychologie, c'est-à-dire qu'en accédant au statut de mère il y a une peur incestueuse qui se développe chez le père : c'est-à-dire l'enfant vient de passer et moi il faudrait que je pénètre cet endroit où mon enfant est passé. C'est difficile et c'est vrai que depuis la naissance du petit, je n'ai pas pratiqué le cunnilingus avec elle par exemple. »

L'arrivée de son enfant le perturbe donc beaucoup sur le plan sexuel. Largement influencé par une vulgate psycho-psychanalytique dont il fait sa propre synthèse, il échafaude des théories qui ont pour conséquence de fixer et figer le problème. C'est l'occasion pour lui de consulter à nouveau son sexologue pour comprendre ce qui se passe. Au-delà de ses questionnements sexuels, l'élargissement de la famille le fragilise psychologiquement et il commence à entrer de nouveau en dépression. « Ce qui a tout fait péter », pour reprendre son expression, est le décès de sa grand-mère qui intervient moins d'un an après la naissance de son fils. Il faut dire qu'entre celle-ci et le décès de son aïeule, Julien se met dans des situations inconfortables.

Tout d'abord, lui et sa compagne retournent voir le sexologue pour avoir des conseils en matière de contraception. En effet, elle ne souhaite plus prendre la pilule qu'elle associe à ses problèmes de poids. Le sexologue conseille la pause d'un stérilet mais c'est une solution qui ne lui convient pas non plus. Il adresse en parallèle le couple à un spécialiste pour étudier les solutions qui existe en termes de contraception masculine. Le médecin propose alors à Julien de porter un « slip chauffant »¹. Pour Julien, l'expérience est quelque peu traumatisante :

« Ça m'a posé des problèmes de regards sur mon corps, c'est-à-dire qu'on voit dès qu'on se met en sous-vêtement qu'on porte deux slips

¹ Le slip « chauffant » est en fait un slip qui comprime les testicules, fait augmenter leur température et est ainsi censé stopper la production de spermatozoïdes.

quoi et moi ça me faisait un drôle d'effet, en fait c'est très contraignant. En plus symboliquement on est obligé d'acheter des sous-vêtements féminins pour qu'ils soient plus serrés¹. »

L'expérience tourne donc vite court.

Julien n'en ajoute pas moins un autre épisode à ses aventures. Pendant la même période en effet, il décide de se rendre dans un sex-shop disposant de cabines de visionnage de films pornographiques. Il se masturbe et, sans que l'on sache vraiment comment, il s'écorche une main à l'intérieur. Cela nourrit évidemment sa peur d'être contaminé par le VIH. Il ment à sa compagne en lui expliquant s'être écorché dans des toilettes publiques et avoir touché du papier hygiénique souillé par du sperme.

Le nouvel épisode d'angoisse et de dépression qui s'ouvre avec le décès de sa grand-mère, qui en est l'élément déclencheur, se nourrit bien sûr des différents événements et expériences présentés ci-dessus. Il retourne voir le sexologue pour ses angoisses mais aussi parce que la prise d'antidépresseurs a fait réapparaître ses difficultés d'éjaculation. Plusieurs mois après, au moment où nous le rencontrons, Julien commence tout juste à « sortir la tête de l'eau ». Il va toujours voir son psychiatre avec qui il fait un travail de type psycho-dynamique et envisage de consulter en parallèle un spécialiste des thérapies comportementales et cognitives pour traiter son TOC.

Sa dernière visite chez le sexologue, à l'occasion de laquelle il s'est porté volontaire pour notre enquête, avait un objectif encore différent par rapport aux précédentes :

« En ce moment, il y a une baisse de désir qui est due à l'accession au statut de parent. »

Nous avons déjà vu que juste après la naissance de son fils Julien s'interrogeait sur l'opportunité des rapports sexuels et avait été surpris de ce que le désir de sa compagne se manifeste très vite après l'accouchement. Un an et demi après, la problématique qui l'occupe s'est déplacée et, selon lui, son désir est aujourd'hui inhibé par le nouveau rôle de père qu'il doit assumer. De son point de vue, les changements ont été très rapides :

« Je suis passé d'un statut de célibataire sans enfant à une vie conjugale avec enfant très rapidement. Ça a fait beaucoup de bouleversements. Je suis devenu père et j'ai perdu ma place d'amant. »

¹ Il semble peu probable que la méthode impose le port de sous-vêtements féminins mais ce qui est intéressant c'est justement qu'il trouve une raison technique à la nécessité d'en porter.

Il raconte de plus comment il a beaucoup de mal à gérer les multiples tâches rendues nécessaires par l'arrivée de l'enfant et décrit la sensation qu'il a de ne pas être à la hauteur de ses nouvelles responsabilités. Ce ressenti subjectif est d'ailleurs, selon lui, renforcé par l'attitude de sa compagne, qu'il trouve « exigeante » et qui, lassée de sa fragilité et de ses multiples problèmes psychologiques, lui fait « beaucoup de reproches » par rapport à ses difficultés, manquements ou oublis. Il ne manque pas de souligner, la différence qu'il existe entre elle et lui du point de vue de l'incarnation des statuts parentaux :

« Avec la naissance, elle a acquis le statut de mère et moi j'ai régressé. Elle a coutume de dire en plaisantant qu'elle a deux enfants à la maison. »

Ce saut générationnel, s'il illustre sans nul doute la parentalisation de la relation conjugale, marque aussi la difficulté de Julien à accéder à un statut d'homme adulte. Loin de faire face, il est complètement dépassé par les événements.

A l'image de Patrick, Julien recourt à la sexologie depuis le début de sa vie sexuelle. S'ils sont toujours justifiés par un problème ponctuel touchant soit directement à la fonction sexuelle (anorgasmie, baisse de désir) soit à d'autres aspects de sa vie sexuelle (peur du VIH, contraception), ses multiples recours sont parfaitement concomitants avec les différents recours à la psychiatrie (dans ses orientations psychodynamiques et cognitivo-comportementales). Difficile donc de séparer les deux démarches et de ne pas se dire qu'elles ne participent pas de la même quête thérapeutique. Et ce d'autant plus que la dépression et le trouble obsessionnel compulsif qui poussent Julien à retourner régulièrement vers la psychiatrie trouvent très directement leurs origines dans ses difficultés affectives et sexuelles. On peut proposer une double interprétation de la « boulimie » médicale de Julien et considérer, d'une part, que, bien renseigné sur les différentes approches psychothérapeutiques et médicales, il « bricole » sa prise en charge au gré de ses attentes du moment et, d'autre part, que son comportement médical est en fait symptomatique de son angoisse autour des questions sexuelles et affectives. Ses démarches thérapeutiques semblent en effet devoir se prolonger aussi longtemps que Julien n'aura pas trouvé les moyens d'entretenir un rapport serein à sa sexualité et à sa masculinité. Son récit, assez rocambolesque à bien des égards, illustre parfaitement comment son vécu de la sexualité (ses débuts avortés, le recours à une prostituée, son incapacité à aller vers les femmes, la peur du VIH) a produit ses effets sur son rapport à la masculinité (la

contraception vécue comme un efféminement, la difficulté à assumer sa paternité) et comment en retour ce rapport compliqué à la masculinité ont marqué sa sexualité (la recherche d'expériences homosexuelles, la perte du désir sexuel consécutive à l'accession au statut de père).

6.2.5. Entrée tardive dans la sexualité, homosexualité et fragilités masculines

A partir des situations étudiées, on relève (sans prétendre à la nouveauté ni à l'exhaustivité) deux éléments autour desquels se *crystallisent* les fragilités masculines.

La première chose qui revient dans trois de ces situations, c'est le *caractère tardif de l'entrée dans la sexualité*. En effet, excepté Jean-Claude (8), nos trois autres interlocuteurs expliquent que leur premier rapport sexuel est intervenu tardivement et, si l'on se réfère aux enquêtes en population générale, cette appréciation subjective correspond bien à leur situation objective¹. Comme l'a montré Michel Bozon en s'intéressant au premier rapport sexuel et à ses suites, le calendrier d'entrée dans la sexualité est structurellement déterminant pour la suite du parcours sexuel². Toutefois ce qui nous intéresse ici c'est ce que nos interlocuteurs disent de ce calendrier. En effet, si Gérard (21) ne fait que mentionner ce caractère tardif, Patrick (6) et Julien (3), eux, n'en font pas simplement état mais l'interprètent comme un élément problématique ayant pesé sur leur sexualité. Ainsi, nous avons déjà vu que la notion de retard marquait le récit de Patrick (6)³. Pour lui, le fait de ne pas avoir eu d'expériences sexuelles à l'adolescence est une lacune irrémédiable dans son apprentissage de la sexualité. De la même manière, pour Julien (3), les conditions de son entrée dans la sexualité sont fondatrices de son parcours ultérieur :

« J'ai eu une sexualité très très tardive et je pense qu'après elle a été conditionnée par le caractère tardif. »

Réfléchissant à leurs difficultés et revenant *a posteriori* sur leur parcours, ils reviennent donc tous les deux sur leur entrée tardive dans la sexualité et la présente comme un des éléments ayant joué un rôle dans leurs difficultés. Pourquoi cette entrée

¹ Si Gérard (21) entre à 20 ans dans la sexualité, Julien (3) et Patrick (6) y entrent à 23 ans. Dans leur génération (celle qui avait un vingtain d'années entre 1985 et le début des années 1990), l'âge moyen d'entrée dans la sexualité se situe entre 17 et 18 ans (Bozon, 2008).

² Les personnes les plus précoces sexuellement vivent ainsi plus souvent une période pré-conjugale plus longue, ont un plus grand nombre de partenaires au cours de leur vie, sont plus souvent satisfaits de leur vie sexuelle, ont un répertoire sexuel plus varié et ont des rapports plus fréquents (Bozon, 1993).

³ Voir « 6.2.3. Les ratés de l'apprentissage »

tardive est-elle présentée comme problématique alors que, du strict point de vue de l'exercice de la sexualité, l'un comme l'autre ont eu par la suite des rapports sexuels qu'ils qualifient eux-mêmes de satisfaisants ? En premier lieu, ce qu'ils nous disent implicitement, c'est qu'aucun des rapports sexuels intervenus ensuite n'a pu combler la lacune biographique. Ce n'est donc pas l'apprentissage « technique » de la sexualité qui est en cause. Qu'est-ce à dire sinon qu'en revenant sur cette caractéristique de leur parcours sexuel, ils défendent l'idée que l'apprentissage de la sexualité ne relève pas seulement des actes que l'on accomplit mais aussi du moment biographique où on les accomplit. Or le moment biographique socialement défini comme étant celui où l'on doit avoir ses premières expériences sexuelles n'est pas défini par une institution « extérieure » au groupe de pairs mais est défini par la pratique même du groupe de pairs¹ et, en l'occurrence, comme aime à le rappeler Michel Bozon, « la norme c'est ce que font les autres ». Ainsi, ce sur quoi nos interlocuteurs ne pourront jamais revenir c'est de ne pas avoir fait leurs premières expériences *en même temps* que les autres. Si, en réfléchissant à leurs parcours, ils se focalisent sur leur entrée tardive dans la sexualité c'est parce qu'alors même que leurs difficultés les amènent à s'interroger sur leur sexualité et leur masculinité, ce moment leur apparaît comme fondateur d'une différence initiale d'avec les autres hommes (hétérosexuels)². Estimer que son propre parcours est problématique, c'est reconnaître que le parcours des autres hommes est la référence du point de vue de la construction des identités sexuées et sexuelles. En creux cela signifie qu'ils ne se considèrent pas comme étant *complètement* des hommes. De ce point de vue, on constate la permanence d'un modèle traditionnel de construction de la masculinité qui accorde une place centrale à la sexualité. Comme le note Michel Bozon :

« L'entrée des hommes dans la sexualité est (...) un des moments difficiles de la construction de la masculinité, qui en compte beaucoup. Dans la majorité des cultures, la masculinité est en effet régulièrement soumise au défi des pairs et doit sans arrêt être manifestée, par le rejet des comportements féminins ou efféminés, par des performances

¹ Michel Bozon rappelle notamment, en s'appuyant sur l'enquête de Hugues Lagrange et Brigitte Lhomond sur l'entrée des jeunes dans la sexualité que « le passage à l'acte chez les garçons et les filles est très lié au fait que les membres du groupe de pairs l'aient effectué » (Bozon, 2004 : 17, note 6). Voir également Bozon & Le Van, 2008.

² La construction du masculin étant intrinsèquement liée à l'hétérosexualité. L'homme véritable est nécessairement hétérosexuel. Sur ce lien entre construction du masculin et hétérosexualité, voir la thèse de Mélanie Gourarier sur les pratiques et les discours en cours dans la Communauté de la séduction en France (Gourarier, 2012). Ajoutons, sur ce sujet qu'il est tout à fait significatif que, d'après les enquêtes quantitatives, les jeunes garçons homosexuels entrent plus tard dans la sexualité que leurs camarades hétérosexuels (Lagrange & Lhomond, 1997 : 191).

sexuelles sans faiblesse, par une initiation sexuelle précoce qui ne laisse aucune place au soupçon d'homosexualité, par une capacité prouvée à procréer, par une surveillance jalouse du comportement des femmes de sa famille, par des relations avec d'autres partenaires. »¹

Dans cette perspective, cette relecture du passé qui institue un modèle masculin d'apprentissage de référence, éclaire le sens de la démarche thérapeutique et c'est bien pour tenter d'être enfin complètement des hommes qu'ils consultent.

Le deuxième élément qui revient est *l'homosexualité*. Jean-Claude, Patrick et Julien y font spontanément référence dans leur récit. Alors, bien sûr, l'homosexualité apparaît de manière spécifique dans chaque récit et les situations concrètes qui nécessitent d'en faire mention sont différentes les unes des autres. Jean-Claude évoque le sujet en expliquant comment son efféminement a été problématique dans sa jeunesse. Patrick et Julien décrivent tous les deux des situations dans lesquelles ils ont été soupçonnés d'être eux-mêmes homosexuels. Julien raconte par ailleurs qu'il a cherché à rencontrer des hommes. Mais il ne s'agit pas de revenir ici à l'examen des situations. Ce qui nous intéresse c'est la pertinence qu'il y a à évoquer cette question. Nos interlocuteurs auraient tout aussi bien pu en effet ne pas parler de l'homosexualité. Tant d'autres détails, événements ou pensées personnelles ont été vraisemblablement oblitérés (volontairement ou non). En première approche, il est même assez logique d'imaginer que, dans une situation sociale telle que celle de l'entretien et compte tenu du thème de la rencontre, il y avait de très nombreuses raisons de *ne pas parler* spontanément de l'homosexualité. Si ce thème est évoqué ce n'est donc pas seulement par un simple souci de fidélité à la vérité des situations mais parce que son évocation « sert la cause » de nos interlocuteurs. S'ils en parlent c'est pour affirmer en même temps qu'ils ne sont pas homosexuels et c'est en fait ce dernier point qui est le plus important. Alors bien sûr les situations et les discours ne sont pas homogènes. Si Patrick et Jean-Claude affirment clairement ne pas être homosexuels, la situation de Julien est plus compliquée. Il a effectivement rencontré des hommes. Toutefois il souligne que ces rencontres ont eu lieu dans des circonstances biographiques particulières et, surtout, même s'il concède que, lors de ces rencontres, il a effectivement fait des fellations, c'est pour mieux affirmer ensuite qu'il n'a jamais eu de « rapports sexuels complets » avec ces hommes. En fait, ce qui est en jeu ici ce n'est pas le degré de proximité réel avec

¹ Bozon, 2002 : 17.

l'homosexualité¹, c'est sa mise à distance discursive. Parler de l'homosexualité pour mieux l'écarter, relève de l'acte performatif². Il se trouve que nos interlocuteurs, en difficulté sur le front de la sexualité et de la masculinité, sont structurellement dans une position qui les oblige à se justifier vis-à-vis de l'homosexualité (notamment parce que leurs difficultés sexuelles avec les femmes les en rapprochent symboliquement). En effet, comme l'a montré Georges Mosse en réfléchissant à la genèse de la virilité moderne à la fin du 18^{ième} siècle, le stéréotype de la masculinité ne s'élabore pas seulement en comparaison de la féminité mais aussi dans la confrontation à certain nombre de ce qu'il appelle des « contretypes » dont l'homosexualité³. Prendre ses distances avec cet anti-modèle est donc une nécessité. L'acte d'affirmer que l'on n'est pas homosexuel produit de l'hétérosexualité et de la masculinité.

¹ On a vu ce qu'il en était pour Julien. Pour Jean-Claude, il est tout à fait possible que sa connaissance des relations sexuelles entre hommes cache un niveau d'expérimentation de l'homosexualité plus élevé que celui qu'il nous déclare.

² Austin, 2002.

³ Mosse, 1997. Le « juif » étant un autre contretypé.

Conclusion

Après avoir commencé à explorer plusieurs dimensions de l'exercice et de la pratique de la sexologie – en rencontrant des thérapeutes, en assistant à des colloques professionnels, en interrogeant des patients –, nous avons décidé de nous focaliser dans cette thèse sur un phénomène beaucoup plus circonscrit, que nous avons désigné comme le « recours à la sexologie » et de l'explorer intensivement en adoptant le point de vue des patients eux-mêmes. *A priori*, ce choix pouvait apparaître comme risqué et cela pour au moins deux raisons.

La première raison tient au fait que, si nous disposions d'un certain nombre de cas à étudier, ils étaient très divers et le danger était d'être, en quelque sorte, aveuglé par la singularité de chaque situation. Contrairement à celui de beaucoup de travaux sur la maladie qui s'intéressent à une pathologie précise, notre corpus d'entretiens, s'il réunit bien des individus ayant tous consultés un sexologue, concerne en effet des hommes et des femmes, d'âges divers, dans des situations conjugales variées et touché-e-s par des troubles différents. Cette hétérogénéité peut ainsi apparaître comme un point faible dans la mesure où elle implique, pour chaque situation similaire, de travailler sur un effectif très faible. Il nous semble toutefois que, dans la perspective qui a été la nôtre, cette diversité s'est révélée être une force dans la mesure où elle a permis d'explorer un large spectre de situations de recours.

La deuxième raison est le caractère très court de la séquence biographique sur laquelle nous nous proposons de faire porter l'analyse. Dans la plupart des cas en effet, il ne se passe qu'un temps relativement limité entre l'identification du trouble et la consultation chez le sexologue. N'était-ce pas un épiphénomène dans l'histoire sexuelle et affective des personnes rencontrées ? L'épisode nécessitait-il d'y consacrer toute la thèse ? Y aurait-il tant à dire sur lui ? Au terme de ce travail, il apparaît que ce « moment » a été un point d'entrée tout à fait pertinent pour aborder la sexualité dans la mesure où, à partir de lui, on a pu revenir sur un certain nombre des interrogations portées par les études en sciences sociales sur la sexualité, le genre et la conjugalité. Nous espérons dès lors que notre étude participe positivement de la connaissance commune sur ces questions.

Si notre objectif était de saisir le point de vue des patients sur le recours à la sexologie, il nous fallait d'abord réinscrire ce processus dans son cadre socio-historique pour délimiter le contour de ses conditions de possibilités. Ce point était l'objet de notre première partie. Le recours à la sexologie ne peut se comprendre sans revenir sur l'histoire de la sexualité en Occident. Reprenant la démonstration de Michel Foucault, nous rappelons en effet qu'il y a près de deux siècles, sous l'impulsion des disciplines médicales, est défini ce domaine particulier de l'existence que nous comprenons aujourd'hui comme la sexualité. Cette « invention » donne forme à une expérience nouvelle et à l'émergence d'une subjectivité sexuelle où la sexualité est le fondement de la vérité du sujet. Pris dans ce régime de vérité, l'individu moderne est ainsi enjoint à se dire soi-même par le sexe. Le développement et la multiplication des discours rationnels sur la sexualité marquent ainsi le passage du « dispositif d'alliance » qui régit celle-ci par les règles et par les lois au « dispositif de sexualité » qui traite des anomalies et des écarts à la norme. Pour les individus, la question n'est donc plus tant de savoir si ce qu'ils font est légal que de savoir si c'est normal. Si, dans un premier temps, il s'agissait de saisir la sexualité dans sa négativité, elle est progressivement perçue comme une des sphères privilégiées de l'épanouissement personnel. C'est dans cette perspective qu'il faut comprendre l'émergence de la notion de « santé sexuelle » qui promeut la sexualité au rang de droit humain fondamental. Or, à partir du moment où la sexualité est constituée comme un droit, elle se mue de plus en plus en devoir. Dès lors, avoir une sexualité fréquente, épanouie et variée devient une obligation sociale. C'est d'ailleurs désormais à chacun de « prendre en charge » sa sexualité et d'exercer son autonomie dans ce domaine, les normes et interdictions édictées par un certain nombre d'institutions (notamment religieuses) ayant perdu leur caractère absolu. Sur le plan des relations conjugales, la mise en place du « dispositif de sexualité » va également participer de l'émergence du « couple », en tant qu'entité distincte au sein de la grande famille relationnelle traditionnelle. Le sens que prend la conjugalité est profondément modifié, et, si la sexualité était jusque là la conséquence de l'alliance, elle en est désormais l'une des conditions.

Cette configuration socio-historique particulière est le cadre dans lequel se développe l'offre sexologique. Prenant ses racines à la fois dans la tradition de l'hygiène conjugale et dans la psychopathologie sexuelle du 19^{ième} siècle, et dans le mouvement pour la planification des naissances du début du 20^{ième} siècle, la discipline ne commence à s'organiser et s'institutionnaliser réellement en France qu'à partir des

années 1970. Très largement pratiquée par des médecins – ce qui est une spécificité française –, sa pratique est très variée et dépend en grande partie des compétences et formations complémentaires du praticien. Toutefois, malgré le développement des médicaments (en particulier ceux visant à traiter les troubles de l'érection) et l'existence déjà ancienne de techniques chirurgicales, les prises en charge sexologiques puisent avant tout dans l'éventail des techniques psychothérapeutiques. Si nombre de ces techniques sont issues des théories cognitivo-comportementales, l'influence des théories psychanalytiques n'est pas négligeable et plusieurs courants de la sexologie continuent de s'en revendiquer. Quelles que soient les divergences de méthodes entre les praticiens, tous s'accordent toutefois pour faire du traitement rapide du symptôme sexuel l'objectif de leur prise en charge.

Le recours à la sexologie est enfin tributaire de la manière dont sont définis les troubles sexuels, puisque ce sont ces définitions qui, en se diffusant, vont façonner la perception des troubles eux-mêmes. La définition des troubles sexuels évolue régulièrement. Pour ce qui concerne les troubles de l'érection par exemple, on est passé d'une description de l'impuissance comme un trouble d'origine psychologique à celle de la dysfonction érectile qui trouverait son origine dans la physiologie masculine. Les troubles du désir (qui sont plus volontairement associés à la sexualité féminine) n'ont été définis que tardivement lorsque l'on a isolé le désir (qui était confondu jusque là avec l'excitation). Dès lors les théories médico-psychologiques de la sexualité ont problématisé ses défaillances en terme d'absence ou de baisse.

Après avoir inscrit le recours à la sexologie dans son cadre macro-social à partir des travaux existants, nous changeons complètement d'échelle dans la seconde partie pour nous placer au niveau des situations et des interactions microsociales et analyser les itinéraires thérapeutiques des patients à partir des témoignages que nous avons recueillis. Nous nous intéressons particulièrement à l'entrée dans l'itinéraire thérapeutique qui débute lorsque les individus identifient un problème à traiter. L'analyse de cet autodiagnostic, qui, à notre connaissance, n'avait jamais été proposée dans le cas des troubles sexuels, permet de saisir ce qu'est un trouble sexuel pour les personnes qui en font l'expérience en ne nous appuyant pas sur sa définition savante. Les situations étudiées se répartissent en deux groupes, selon que l'identification s'appuie sur des signes corporels ou sur des indices relationnels.

Dans le premier type de situations, c'est d'abord l'individu lui-même qui identifie le problème à partir d'une manifestation corporelle singulière. Si cette manifestation retient son attention c'est soit parce qu'elle est mise en relation avec d'autres événements corporels antérieurs soit, au contraire, parce qu'elle est tout à fait nouvelle. L'existence du problème est dès lors justifiée par, et confondue avec, cette manifestation corporelle. L'avenir de ce diagnostic dépendra de ce qu'il sera ou non confirmé socialement, plus particulièrement par le conjoint. Dans cette configuration, le diagnostic procède de l'observation du corps et l'énonciateur du trouble est la personne touchée.

Dans le second type de situation, l'identification des troubles ne s'appuie pas sur des signes corporels mais sur des éléments comportementaux et relationnels, tels que la baisse de fréquence des rapports sexuels ou l'absence d'avances sexuelles. Dès lors, l'énonciateur du trouble peut être la personne touchée elle-même ou son conjoint qui joue alors le rôle d'entrepreneur de morale. Dans les situations étudiées, le rôle de l'entrepreneur de morale dans la désignation du trouble révèle les rapports de pouvoir et de genre à l'intérieur du couple. En effet, dans ces situations où le diagnostic débouche sur l'identification d'un problème lié au désir, la médicalisation (opéré *via* l'annonce du diagnostic) du désir de l'autre manifeste le contrôle que l'on exerce sur celui-ci. En subordonnant le désir de l'un à celui de l'autre, l'exercice de ce contrôle apparaît comme une manière de (re)produire les rapports de genre puisqu'il permet à l'énonciateur d'affirmer sa masculinité tout en féminisant celle (ou celui) dont il juge le désir défaillant.

Que le diagnostic porte sur soi-même ou sur l'autre, qu'il s'appuie sur des signes corporels ou des indices comportementaux, l'identification suit un processus que nous avons appelé « mode d'intégration thérapeutique ». Ces processus permettent non seulement d'identifier comme problématique une situation corporelle ou relationnelle mais aussi d'attribuer une *nature* au problème identifié. Le nombre de modes susceptibles d'être mobilisés est limité. On a ainsi distingué trois modes d'intégration thérapeutique : la médicalisation, la psychologisation et la conjugalisation. Ces trois modes sont, bien sûr, en relation avec l'état du champ thérapeutique, entendu comme espace de représentations et de pratiques, et s'inscrivent dans sa géographie où les pôles médical et psychologique s'opposent. Au niveau des acteurs, le choix d'un mode d'intégration plutôt que d'un autre pour interpréter le trouble ne répond pas à des règles absolues. Toutefois, des tendances se dessinent. Ainsi, la présence de signes corporels

invite plutôt à inscrire le trouble dans l'histoire de son corps et donc à suivre la voie de la médicalisation. A l'inverse, en l'absence de signes corporels, c'est plutôt la voie de la psychologisation (ou de la conjugalisation) qui sera suivie. Le sexe de la personne atteinte est également un facteur qui peut avoir de l'influence : les problèmes qui touchent les hommes sont plus facilement interprétés en termes organiques, tandis que les troubles qui touchent les femmes sont plus facilement interprétés comme des troubles psychologiques. Le sexe de l'individu qui identifie un trouble chez lui ou chez son conjoint entre également en compte lorsqu'il s'agit d'interpréter le trouble. Si les hommes comme les femmes sont enclins à explorer la piste organique pour expliquer les troubles, notamment quand l'identification du problème s'appuie sur des signes corporels, les femmes sont plus couramment sensibles aux dimensions psychologiques ou relationnelles des troubles.

L'identification du trouble marque le début de l'itinéraire thérapeutique qui désigne la quête de solutions profanes et professionnelles dans laquelle s'engagent les personnes atteintes. Du fait que les troubles sexuels constituent des stigmates, se poser la question des conditions de possibilité de la parole est essentiel à la compréhension des itinéraires thérapeutiques des patients de la sexologie. L'économie de cette parole sur les troubles sexuels apparaît en effet comme l'un des éléments structurant les itinéraires thérapeutiques. Pour la plupart des hommes et des femmes interrogés, il est impossible de parler de leurs difficultés dans l'espace profane et, par conséquent, de bénéficier de l'éventuel soutien, des conseils ou des solutions que celui-ci pourrait apporter. Si quelques-unes des jeunes femmes enquêtées en parlent à leurs meilleures amies, ce n'est le cas d'aucun des hommes. Ceux qui en parlent le font par opportunisme, le plus souvent lorsqu'ils rencontrent un homme qui a les mêmes problèmes qu'eux. Aucun d'eux n'en parle à une personne proche affectivement. Cette notion de « distance affective » est un élément important qui pèse également, pour quelques uns des patients rencontrés, au moment de s'adresser à un professionnel. Pour certains, il est difficile d'en parler à leur médecin généraliste ou à leur gynécologue, qui sont trop proches. Il est préférable de choisir un thérapeute que l'on ira voir uniquement dans le cadre du traitement de son trouble sexuel. Le sexologue apparaît dans ce cas comme à la « bonne distance ». Toutefois, les situations sont diverses et un certain nombre des patients rencontrés n'ont pas eu de difficulté à s'adresser, en première intention, à un de leurs médecins habituels (à leur généraliste ou à un spécialiste). C'est alors ce médecin qui les oriente vers la sexologie. Dans ce cas, l'orientation vers la

sexologie est largement liée au premier diagnostic médical qui écarte les causes organiques au profit de causes psychologiques ou relationnelles. Le recours à la sexologie apparaît alors comme le résultat d'une psychologisation du trouble.

Après avoir vu dans la seconde partie comment se construisent et s'organisent les itinéraires thérapeutiques, notre troisième partie revient sur le sens que les femmes et les hommes donnent à leur démarche thérapeutique. C'est l'occasion, en traitant les discours des femmes et des hommes séparément, de revenir sur la manière dont elles/ils articulent la sexualité et/ou le genre et/ou la conjugalité.

Les jeunes femmes interrogées inscrivent leur recours à la sexologie dans une logique conjugale. Pour le dire simplement, si elles consultent c'est pour leur couple. Au-delà de ce constat général, qui en soulignant la tendance des femmes à souscrire à une interprétation conjugale de la sexualité va dans le sens des autres études existantes sur le sujet, on a distingué deux registres dans les discours visant à justifier les recours : un registre de la nécessité et un registre de la volonté. Dans le registre de la nécessité, la démarche thérapeutique a pour objectif d'écarter la menace que, selon elles, l'absence (absolue ou relative) de rapports sexuels fait peser sur le couple. Deux scénarios distincts sont distingués. L'un se structure à partir de la norme d'égalité, l'autre à partir de la norme de fidélité. Dans le premier scénario, l'absence de rapports sexuels ou leur baisse de fréquence sont susceptibles, selon les femmes interrogées, de créer un déséquilibre de l'échange conjugal. Dans la mesure où elles ne répondent pas aux demandes de leur mari, ces femmes ont l'impression de déroger à la norme implicite de réciprocité qui régit ces échanges. Dans le second scénario, c'est la fidélité du conjoint qui risque d'être mise à mal par les difficultés sexuelles. En effet, selon les femmes qui partagent ce point de vue, le besoin sexuel masculin est un besoin irréprensible qui devra nécessairement s'exprimer en dehors du couple si elles n'arrivent pas à répondre aux attentes de leur conjoint. Les discours qui s'inscrivent dans le registre de la volonté, quant à eux, sont tournés vers le projet conjugal. Selon que le couple est naissant ou stabilisé, la prise en charge de la sexualité vise à en assurer la construction ou la gestion. Les jeunes femmes qui sont en couple depuis peu de temps ont en effet une conscience aigüe de l'importance de la sexualité dans cette séquence et justifient donc leur démarche par le fait qu'elles souhaitent voir se pérenniser la relation dans laquelle elles sont engagées. Cette volonté s'appuie en particulier sur l'idée que le partenaire avec lequel elles sont est le « bon ». Les récits gestionnaires, quant à eux, sont tenus par des

femmes en couple depuis plus longtemps, qui ont un enfant et pour qui le recours à la sexologie a pour objectif de ménager un espace strictement conjugal au sein de la famille. Au-delà des justifications produites pour expliquer leur démarche, l'examen des discours de ces jeunes femmes laissent apparaître que les difficultés sexuelles révèlent un certain nombre des tensions internes à la féminité. Que les femmes interrogées aient une interprétation conjugale de la sexualité n'implique pas que celle-ci n'entre pas en jeu dans la construction identitaire, au contraire. Au cœur du couple, la sexualité est ainsi essentielle à la spécification du statut de conjoint. Sur un autre plan, il apparaît que la question de l'initiative sexuelle est très importante pour certaines femmes qui restent attachées à l'idée qu'elle est une prérogative masculine et font état du trouble identitaire provoqué par les changements que les troubles sexuels ont induit en la matière. Les difficultés sexuelles et leurs conséquences sur le couple obligent enfin les femmes à s'interroger sur les différentes options identitaires contradictoires qui se proposent à elles et qu'elles sont socialement enjointes à toutes « habiter » en même temps.

Les hommes interrogés ne constituent pas un groupe aussi homogène que les jeunes femmes enquêtées. Ils sont dans des situations plus variées et tiennent des discours très divers. Par ailleurs, à l'inverse des femmes, leurs récits n'empruntent que très peu au registre de la justification. Pour un premier groupe d'hommes, âgés de plus de 55 ans et qui n'ont pas rencontré de difficultés particulières concernant leur sexualité ou leur identification sexuée jusqu'à la survenue des difficultés, le recours répond, de prime abord, à une simple logique sanitaire. Ils n'évoquent ni de potentielles répercussions conjugales ni des questionnements identitaires. Si l'absence de référence au couple est un indice du fait qu'ils partagent une interprétation individualiste de la sexualité, le silence sur l'impact identitaire des difficultés témoigne de ce que, pour eux, l'identité masculine est indissociablement liée à l'existence tout court et c'est sur ce plan que les doutes s'expriment. L'angoisse est d'ailleurs d'autant plus forte que, dans la plupart des situations étudiées, les difficultés sexuelles sont concomitantes avec d'autres événements biographiques et notamment avec l'arrêt de l'activité professionnelle. De ce point de vue, il faut réinscrire le recours à la sexologie dans un moment plus global de réorganisation identitaire que nécessitent l'avancée en âge, la maladie, le départ à la retraite, etc. Le second groupe est constitué d'hommes ayant tous moins de 45 ans et qui, depuis leur adolescence, ont déjà eu à se questionner sur leur sexualité et leur masculinité. Même si chacune des biographies a sa dynamique propre, ces questionnements ont souvent émergé à la suite des premières difficultés dans

l'apprentissage de la sexualité et après des échecs relationnels avec les femmes. Ainsi, pour ces hommes, les troubles sexuels ne constituent pas une rupture mais s'inscrivent plutôt dans une continuité biographique. Prompts à relativiser la performance sexuelle « pure », leur volonté de régler leurs troubles est portée par des enjeux conjugaux et relationnels plutôt que sexuels. De par leurs parcours, ces hommes font preuve d'une plus grande réflexivité que leurs aînés par rapport à leur identité masculine, jamais totalement assurée, et qui nécessite de leur part un travail permanent de mise en cohérence identitaire.

L'exploration du recours à la sexologie a permis de nourrir la réflexion sur l'exercice de la sexualité dans nos sociétés contemporaines. Si cette thèse vient confirmer les grandes tendances et articulations déjà mises en lumière par les recherches antérieures, son apport principal réside dans l'exploration intensive des cas qui permet de rendre compte de la variété des situations personnelles. Si une partie de nos interrogations de départ ont trouvé ici des réponses, notre travail ne manque pas de faire émerger de nouvelles pistes de recherche et c'est sur la présentation de deux d'entre elles que nous proposons de clore ce travail.

Si, dans la continuité de la tradition interactionniste, de nombreux travaux ont été menés sur l'étiquetage, il nous semble que l'analyse des processus d'identification des troubles sexuels à l'intérieur des couples a permis de lier cette question de l'étiquetage avec la problématique des rapports sociaux de sexe et de pouvoir. Dans cette perspective, il pourrait être intéressant d'explorer, en dépassant le cas des troubles sexuels, les processus d'étiquetages croisés entre les deux membres du couple et de voir comment ils s'articulent aux rapports de pouvoir et aux tensions conjugales. Dans les situations explorées, on était plutôt face à des étiquetages masculins de troubles féminins. Mais nos lectures nous amènent à penser que le cas des troubles sexuels constitue plutôt une exception et que, sur de nombreux autres problèmes ou maladies, ce sont les femmes qui sont les agents de la médicalisation et qui, par là même, exercent un pouvoir sur le corps de leur mari¹. Ces points mériteraient d'être éclaircis.

¹ Voir sur ce point ce que dit Véronique Moulinié de la prise en charge par les femmes de la maladie de leur mari. Prise en charge qui passe par la gestion des papiers médicaux et administratifs (radios, ordonnances) aussi bien que du discours sur la maladie. Elle écrit ainsi que « les hommes ne sont donc pas producteurs d'un savoir sur leur propre corps. Et même si cela ne se fait pas sans heurt, c'est à leur épouse qu'ils laissent, en dernier lieu, le soin de lire les symptômes qui les affligent, de comprendre le fonctionnement de leur physiologie » (Moulinié, 1998 : 191).

L'absence de femmes de plus de cinquante ans parmi nos enquêtées ainsi que les très intéressants cas masculins d'articulation entre fin de la vie professionnelle et fin potentielle de la sexualité que nous avons analysés dans ce travail, nous invitent à penser, même si le thème est en train d'émerger¹, qu'il reste beaucoup à comprendre sur les conditions des déprises sexuelles féminines et masculines. Sont-elles « choisies » ou « subies » ? Quelles sont les formes de résistances qui apparaissent ? Que font les hommes et les femmes des avancées médicales qui permettent de minorer les effets du vieillissement sur la physiologie de la sexualité ? Si l'entrée dans la sexualité et son apprentissage participent de la construction des identités sexuées, est-il possible d'imaginer que la sortie de la sexualité défait le genre ? Comment se réorganisent la féminité et la masculinité après l'abandon de la sexualité ? Y'a-t-il une spécificité des vieillissements homosexuels ?

¹ Voir sur ce point Bessin & Blidon, 2011.

Bibliographie

- AÏACH Pierre, 1996, L'émergence du « psy » dans le champ social, *Santé Mentale*, n°10, pp. 10-12.
- AÏACH Pierre & DELANOË Daniel (dir.), 1998, *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, Paris, Anthropos/Economica.
- AUGE Marc & HERZLICH Claudine, 1984, Introduction in Augé M. & Herzlich C. (dir.), *Le sens du mal*, Paris, Editions des archives contemporaines, pp. 9-31.
- AUSTIN John L., 2002 (1970), *Quand dire, c'est faire*, Paris, Éditions du Seuil.
- AKRICH Madeleine & MEADEL Cécile, 2004, Problématiser la question des usages, *Sciences Sociales et Santé*, vol.22, n°1, pp. 5-20.
- BAJOS Nathalie & BOZON Michel, 2008, Sexualité, genre et santé : les apports de l'enquête « Contexte de la sexualité en France » in Bajos N., Bozon M. (dir.) & Beltzer N. (coord.), *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre, santé*, Paris, La Découverte, pp. 579-601.
- BAJOS Nathalie & BOZON Michel, 2011, Les transformations de la vie sexuelle après cinquante ans : un vieillissement genré, *Genre, sexualité & société*, n°6, en ligne : <http://gss.revues.org/index2165.html>, consulté le 27 décembre 2012.
- BAJOS Nathalie, BOZON Michel (dir.) & BELTZER Nathalie (coord.), 2008, *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre, santé*, Paris, La Découverte.
- BAJOS Nathalie, BOZON Michel, GIAMI Alain, DORE Véronique & SOUTEYRAND Yves (dir.), 1995, *Sexualité et sida. Recherches en sciences sociales*, Paris, Anrs.
- BAJOS Nathalie, FERRAND Michèle & ANDRO Armelle, 2008, La sexualité à l'épreuve de l'égalité in Bajos N., Bozon M. (dir.) & Beltzer N. (coord.), *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre, santé*, Paris, La Découverte, pp. 545-576.
- BAJOS Nathalie, FERRAND Michèle & ANDRO Armelle, 2010, Des inégalités de sexe aux représentations différentialistes de la sexualité : la bio-psychologisation

- au service de « l'ordre moral » in Heenen-Wolff S. & Vandendorpe F. (dir.), *Différence des sexes et vies sexuelles aujourd'hui*, Louvain-la-Neuve, Academia-Bruylant, pp. 77-87.
- BEAUBATIE Emmanuelle, 2011, *Trajectoires d'hommes trans' : de l'innovation dans le genre masculin à l'innovation dans la sexualité masculine*, communication orale dans l'atelier du RTF 28 du 4^{ème} congrès de l'AFS de Grenoble, 5-8 juillet.
- BEAUD Stéphane & WEBER Florence, 2003, *Guide de l'enquête de terrain*, Paris, La Découverte, nouvelle édition remaniée.
- BECKER Howard S., 1985 (1963), *Outsiders. Etudes de sociologie de la déviance*, Paris, A.-M. Métailié.
- BEJIN André, 1976, Crises des valeurs, crises des mesures, *Communications*, n°25, pp. 39-72.
- BEJIN André, 1977, Les thérapies de l'identité, de la sexualité, de la communication et de la conscience corporelle, *Cahiers Internationaux de Sociologie*, vol.63, pp. 363-370.
- BEJIN André, 1982a, Crépuscule des psychanalystes, matin des sexologues, *Communications*, n°35, pp. 198-224.
- BEJIN André, 1982b, Le pouvoir des sexologues et la démocratie sexuelle, *Communications*, n°35, pp. 225-245.
- BEJIN André, 1990, *Le nouveau tempérament sexuel. Essai sur la rationalisation et la démocratisation de la sexualité*, Paris, Editions Kimé.
- BEJIN André, 2007, L'éjaculation prématurée selon les médecins et sexologues français de 1830 à 1960, *Sexologies*, vol.16, n°3, pp. 195-202.
- BEJIN André, 2011, Sur le caractère fondateur de l'article de Binet (1887) « Le fétichisme dans l'amour », *Recherches & Educations*, n°5, pp. 227-235.
- BEJIN André & GIAMI Alain, 2007, Editorial : Histoire de la sexologie française, *Sexologies*, vol.16, n°3, p. 169.
- BEJIN André & POLLAK Michaël, 1977, La rationalisation de la sexualité, *Cahiers internationaux de sociologie*, vol.62, pp. 105-125.

- BELTRAN Laura, 2009, *L'expérience de la sexualité masculine à l'époque de la médicalisation de la sexualité. L'impuissance et le rapport paradoxal au corps : objet extérieur et enjeu identitaire*, thèse de psychologie, Université Paris VIII.
- BELTRAN Laura & GIAMI Alain, 2009, Processus d'interaction dans la consultation médicale : différents abords de l'impuissance masculine, *Sexologies*, vol.18, n°4, pp. 284-290.
- BELTZER Nathalie, BAJOS Nathalie & LAPORTE Anne, 2008, Sexualité, genre et conditions de vies in Bajos N., Bozon M. (dir.) & Beltzer N. (coord.), *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre, santé*, Paris, La Découverte, pp. 411-436.
- BERGER Peter L. & KELLNER Hansfried, 1988 (1960), Le mariage et la construction de la réalité, *Dialogue*, n°102, pp. 6-23.
- BESSIN Marc & BLIDON Marianne, 2011, Déprises sexuelles : penser le vieillissement et la sexualité, *Genre, sexualité et société*, n°6, en ligne : <http://gss.revues.org/index2241.html>, consulté le 30 mars 2012.
- BIDART Claire, 1991, L'amitié, les amis, leur histoire. Représentations et récits, *Sociétés contemporaines*, n°5, pp. 21-42.
- BIDART Claire, 1997, Parler de l'intime : Les relations de confidences, *Mana*, n°3, pp. 19-55.
- BILLINGS Dwight. B. & URBAN Thomas, 1982, The Socio-Medical Construction of Transsexualism: An Interpretation and Critique, *Social Problems*, vol.29, n°3, pp. 266-282
- BLANCHET Alain & GOTMAN Anne, 1992, *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, Paris, Nathan.
- BLAND Lucy & DOAN Laura (dir.), 1998a, *Sexology Uncensored: The Documents of Sexual Science*, Chicago, University of Chicago Press.
- BLAND Lucy & DOAN Laura (dir.), 1998b, *Sexology in Culture: Labelling Bodies and Desires*, Chicago, University of Chicago Press.

- BONETTI Emmanuelle, 2007, L'impuissance et son traitement. Comment le médicament modifie la définition de la maladie, *Annales. Histoire, Sciences sociales*, vol.62, n°2, pp. 327-351.
- BOLTANSKI Luc, 1971, Les usages sociaux du corps, *Annales. ESC*, vol.26, n°1, pp. 205-233.
- BOLTANSKI Luc, 1975, Pouvoir et impuissance. Projet intellectuel et sexualité dans le *Journal d'Amiel, Actes de la recherche en sciences sociales*, n°5-6, pp. 80-108.
- BOLTANSKI Luc, 2004, *La condition fœtale. Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*, Paris, Gallimard.
- BOLTANSKI Luc, 2009, *De la critique*, Paris, Gallimard.
- BOLTANSKI Luc, 2012, *Enigmes et complots. Une enquête à propos d'enquêtes*, Paris, Gallimard.
- BONIERBALE Mireille, RIZZO Arlette & TREMBLAY Réjean, n. d., Evaluation de l'efficacité des sexologues, <http://www.aihus.fr>, consulté le 19 juin 2005.
- BONIERBALE Mireille & WAYNBERG Jacques, 2007, 70 ans de sexologie française, *Sexologies*, vol.16, n°3, pp. 238-258.
- BOURDIEU Pierre, 2000 (1972), *Esquisse d'une théorie de la pratique*, Paris, Editions du Seuil.
- BOZON Michel, 1990a, Les femmes et l'écart d'âge entre conjoints. Une domination consentie. I. Types d'union et attentes en matière d'écart d'âge, *Population*, vol.45, n°2, pp. 327-360.
- BOZON Michel, 1990b, Les femmes et l'écart d'âge entre conjoints. Une domination consentie. II. Modes d'entrée dans la vie adulte et représentations du conjoint, *Population*, vol.45, n°3, pp. 565-602.
- BOZON Michel, 1991, La nouvelle place de la sexualité dans la constitution du couple, *Sciences Sociales et Santé*, vol.9, n°4, pp. 69-88.
- BOZON Michel, 1993, L'entrée dans la sexualité adulte : le premier rapport et ses suites. Du calendrier aux attitudes, *Population*, vol.48, n°5, pp. 1317-1352.

- BOZON Michel, 1995, Observer l'inobservable : la description et l'analyse de l'activité sexuelle in Bajos N., Bozon M., Giami A., Doré V. & Souteyrand Y. (dir.), *Sexualité et sida. Recherches en sciences sociales*, Paris, ANRS, pp. 39-56.
- BOZON Michel, 1998a, La sexualité a-t-elle changé ? Regards sur l'activité sexuelle et sur ses significations à l'ère du sida, in Bajos N., Bozon M., Ferrand A., Giami A., Spira A. & Groupe ACSF, *La sexualité au temps du sida*, Paris, PUF, pp. 11-34.
- BOZON Michel, 1998b, Amour, désir et durée. Cycle de la sexualité conjugale et rapports entre hommes et femmes, in Bajos N., Bozon M., Ferrand A., Giami A., Spira A. & Groupe ACSF, *La sexualité au temps du sida*, Paris, PUF, pp.175-234.
- BOZON Michel, 2001b, Sexualité et genre in Laufer J., Marry C. & Maruani M. (dir.), *Masculin-Féminin : questions pour les sciences de l'homme*, Paris, PUF, pp. 169-186.
- BOZON Michel, 2001c, Sexualité et conjugalité in Blöss T. (dir.), *La dialectique des rapports hommes-femmes*, Paris, PUF, 2001, pp. 239-259.
- BOZON Michel, 2001d, Orientations intimes et constructions de soi. Pluralité et divergences dans les expressions de la sexualité, *Sociétés contemporaines*, n°41-42, pp. 11-40.
- BOZON Michel, 2002, *Sociologie de la sexualité*, Paris, Nathan.
- BOZON Michel, 2004, La nouvelle normativité des conduites sexuelles ou la difficulté de mettre en cohérence les expériences intimes in Marquet J. (dir.), *Normes et conduites sexuelles. Approches sociologiques et ouvertures pluridisciplinaires*, Louvain-la-Neuve, Académia-Bruylant, pp. 15-33.
- BOZON Michel, 2005, Supplément à un post-scriptum de Pierre Bourdieu sur l'amour, ou peut-on faire une théorie de l'amour comme pratique? in Mauger G. (dir.), *Rencontres avec Pierre Bourdieu*, Bellecombe-en-Bauges, Éditions du Croquant, pp. 591-601.
- BOZON, 2008, Premier rapport sexuel, première relation : des passages attendus in Bajos N., Bozon M. (dir.) & Beltzer N. (coord.), *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre, santé*, Paris, La Découverte, pp. 117-147.

- BOZON Michel & BAJOS Nathalie, 1999, La sexualité à l'épreuve de la médicalisation : le Viagra, *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°128, pp. 33-37.
- BOZON Michel & GIAMI Alain, 1999, Les scripts sexuels ou la mise en forme du désir. Présentation de l'article de John Gagnon, *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°128, pp. 68-72.
- BOZON Michel & LERIDON Henri, 1993, Les constructions sociales de la sexualité, *Population*, vol.48, n°5, pp. 1173-1196.
- BOZON Michel & LE VAN Charlotte, 2008, Orientations en matière de sexualité et cours de la vie. Diversification et recomposition in Bajos N., Bozon M. (dir.) & Beltzer N. (coord.), *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre, santé*, Paris, La Découverte, pp. 529-543.
- BRECHER Edward M., 1971, *Les sexologues: Havelock Ellis, Krafft-Ebing, Freud, Kinsey, Masters et Johnson*, Paris, Edition Robert Laffont.
- BRENOT Philippe, 1994, *La sexologie*, Paris, PUF.
- BRISSETT Dennis & LEWIS Lionel S., 1970, Guidelines for marital sex: An analysis of fifteen popular marriage manuals, *The Family Coordinator*, n°19, pp. 41-48.
- BROME Vincent, 1979, *Havelock Ellis: Philosopher of Sex*, Boston, Routledge and Kagan Paul.
- BROWN Phil, 1995, Naming and Framing: The Social Construction of Diagnosis and Illness, *Journal of Health and Social Behavior*, vol.35, Extra-Issue: "Forty Years of Medical Sociology", pp. 34-52.
- BRUCKNER Pascal & FINKELKRAUT Alain, 1977, *Le nouveau désordre amoureux*, Paris, Editions du Seuil.
- BULLOUGH Vern L., 1973, An early American sex manual or Aristotle, who?, *Early American Literature*, n°7, pp. 236-246.
- BULLOUGH Vern L., 1994, *Science in the Bedroom: A History of Sex Research*, New York, BasicBooks.
- CALDER-MARSHALL Arthur, 1959, *Havelock Ellis: a Biography*, London, R. Hart-Davis.

- CARDON Dominique, 1995, « Chère Ménie... » Emotions et engagements de l'auditeur de Ménie Grégoire, *Réseaux*, vol.13, n°70, pp. 41-78.
- CARDON Dominique, 2003, Droit au plaisir et devoir d'orgasme dans l'émission de Ménie Grégoire, *Le temps des médias*, n°1, pp. 77-94.
- CARPIANO Richard M., 2001, Passive Medicalization: The Case of Viagra and Erectile Dysfunction, *Sociological Spectrum*, n°21, pp. 441-450.
- CARSTEN Janet, 2006, L'anthropologie de la parenté : au-delà de l'ethnographie ?, *ethnographiques.org*, n°11, <http://www.ethnographiques.org/2006/Carsten.html>, consulté le 31.10.2006.
- CASTEL Pierre-Henri, 2003, *La métamorphose impensable. Essai sur le transsexualisme et l'identité personnelle*, Paris, Gallimard.
- CASTEL Robert, 1981 (1973), *Le psychanalysme. L'ordre psychanalytique et le pouvoir*, Paris, Flammarion.
- CASTEL Robert & LE CERF Jean-François, 1980a, Le phénomène « psy » et la société française I : Vers une nouvelle culture psychologique, *Le Débat*, n°1, pp. 32-45
- CASTEL Robert & LE CERF Jean-François, 1980b, Le phénomène « psy » et la société française II : La société de relation, *Le Débat*, n°2, pp. 39-47
- CASTEL Robert & LE CERF Jean-François, 1980c, Le phénomène « psy » et la société française III : L'après-psychanalyse, *Le Débat*, n°3, pp. 22-30.
- CHALAND Karine, 1996, Transformation du lien conjugal. Regard sur le couple contemporain, *Revue des Sciences Sociales de la France de l'Est*, n°23, pp. 127-132.
- CHAMBOREDON Hélène, PAVIS Fabienne, SURDEZ Muriel & WILLEMEZ Laurent, 1994, S'imposer aux imposants. A propos de quelques obstacles rencontrés par des sociologues débutants dans la pratique et l'usage de l'entretien, *Genèses*, n°16, pp. 115-130.
- CHAPERON Sylvie, 2002a, L'histoire contemporaine des sexualités en France, *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, vol.3, n°75, pp. 47-59.
- CHAPERON Sylvie, 2002b, Kinsey en France : les sexualités féminine et masculine en débat, *Le mouvement social*, n°198, pp. 91-110.

- CHAPERON Sylvie, 2007a, De l'anaphrodisie à la frigidity : jalons pour une histoire, *Sexologies*, vol.16, n°3, pp. 189-194.
- CHAPERON Sylvie, 2007b, La sexologie française contemporaine : un premier bilan historiographique, *Revue d'Histoire des Sciences Humaines*, vol. 17, n°2, pp. 7-22.
- CHAPERON Sylvie, 2007c, *Les origines de la sexologie. 1850-1900*, Paris, Editions Louis Audibert.
- CHAPERON Sylvie, 2008, *La médecine du sexe et les femmes. Anthologie des perversions féminines au XIXe siècle*, Paris, La Musardine.
- CHAPERON Sylvie, 2010, Sexologie et féminisme au début du 20^{ième} siècle, *Champ Psy*, n°58, pp. 67-81.
- CHAUMIER Serge, 2004, *L'amour fissionnel*, Paris, Fayard.
- CHAVERNAC Laurent, 1950, *L'harmonie sexuelle*, Toulon, Editions Gallia.
- CHRISTENSON Cornelia V., 1971, *Kinsey. A Biography*, Bloomington, Indiana University Press.
- CITTON Yves, 1994, *Impuissances : défaillances masculines et pouvoir politique de Montaigne à Stendhal*, Paris, Aubier.
- CLAIR Isabelle, 2008, *Les jeunes et l'amour dans les cités*, Paris, Armand Colin.
- COLLIS John S., 1959, *An Artist of Life : a Study of the Life and Work of Havelock Ellis*, London, Cassell.
- COLSON Marie-Hélène, 2001, *Il n'est jamais trop tard pour réaliser sa sexualité*, Paris, Éditions de La Martinière.
- COLSON Marie-Hélène, 1998, Approche cognitivo-comportementale de la sexualité, *Pratiques Psychologiques*, n°4, pp. 15-23.
- CONRAD Peter, 1992, Medicalization and Social Control, *Annual Review of Sociology*, vol.18, pp.209-232.
- CORBIN Alain, 1978, *Les filles de noce. Misère sexuelle et prostitution au 19^{ième} siècle*, Paris, Aubier.

- CORBIN Alain, 1991, La petite Bible des jeunes époux *in Amour et sexualité en Occident*, Paris, Editions du Seuil, pp. 235-247.
- CORBIN Alain, 2010 (2008), *L'harmonie des plaisirs. Les manières de jouir du siècle des Lumières à l'avènement de la sexologie*, Paris, Flammarion.
- COURDURIES Jérôme, 2008, « Re-naître » à l'autre sexe. Le changement de prénom des transsexuels à l'état civil *in* Fine A. (dir.), *Etats civils en questions. Papiers, identités, sentiment de soi*, Paris, Editions du CTHS, pp. 225-242.
- COURDURIES Jérôme, 2011, *Etre en couple (gay). Conjugalité et homosexualité masculine en France*, Lyon, PUL.
- CRENNER Emmanuelle, DECHAUX Jean-Hugues & HERPIN Nicolas, 2000, Le lien de germanité à l'âge adulte. Une approche par l'étude des fréquentations, *Revue française de sociologie*, vol.41, n°2, pp. 211-239.
- CROZIER Ivan, 2001, The Medical Construction of Homosexuality and its Relation to the Law in Nineteenth-Century England, *Medical History*, n°45, pp. 61-82.
- CROZIER Ivan, 2003, La sexologie et la définition du « normal » entre 1860 et 1900, *Cahiers du genre*, 34, pp. 17-37.
- DARMON Muriel, 2003, *Devenir anorexique. Une approche sociologique*, Paris, La Découverte.
- DARMON Muriel, 2005, Le psychiatre, la sociologue et la boulangère. Analyse d'un refus de terrain, *Genèses*, n°58, pp. 98-112.
- DARMON Pierre, 1979, *Le tribunal de l'impuissance. Virilité et défaillances conjugales dans l'ancienne France*, Paris, Editions du Seuil.
- DAVIDSON Arnold, 2005, *L'émergence de la sexualité : épistémologie historique et formation des concepts*, Paris, Albin Michel.
- DELAPORTE Yves, 1986, L'objet et la méthode. Quelques réflexions autour d'une enquête d'ethnologie urbaine, *L'Homme*, vol. 26, n°97-98, pp. 155-169.
- DE SINGLY François, 1988, Un drôle de je : le moi conjugal, *Dialogue*, n°102, pp. 3-5.
- DE SINGLY François, 1993, *Sociologie de la famille contemporaine*, Paris, Nathan.
- DE SINGLY François, 2007, *Sociologie de la famille contemporaine*, Paris, Armand Colin, 3^{ième} édition refondue.

- DEROFF Marie-Laure, 2007, *Homme / Femme : la part de la sexualité. Une sociologie du genre et de l'hétérosexualité*, Rennes, PUR.
- DEROIN Valérie, 2010, Diffusion et utilisation des TIC en France et en Europe en 2009, *Culture chiffres*, n°2.
- DESCHAMPS Catherine, 2002, *Le Miroir bisexuel*, Paris, Balland.
- DESCHAMPS Catherine, GAISSAD Laurent & TARAUD Christelle, 2009, Pour une généalogie d'un objet sexuel non-identifié in Deschamps C., Gaissad L. & Tarraud C., *Hétéros. Discours, lieux, pratiques*, Paris, Epel, pp. 9-10.
- DESJEUX Cyril, 2010, *Pratiques, représentations et attentes contraceptives des hommes. Une sociologie de l'hétérosexualité*, Sarrebruck, Editions Universitaires Européenne.
- DEVEREUX Georges, 1955, *A Study of Abortion in Primitive Societies*, New York, International Universities Press.
- DEVEREUX Georges, 1980, *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Paris, Flammarion.
- DODIER Nicolas, 1990, Représenter ses actions. Le cas des inspecteurs et des médecins du travail in Pharo P. & Quéré L. (dir.), *Les formes de l'action*, Paris, Editions de l'EHESS, coll. Raisons Pratiques, n°1, pp. 115-148.
- DODIER Nicolas, 1993, *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris, A.-M. Métailié.
- DODIER Nicolas & BASZANGER Isabelle, 1997, Totalisation et altérité dans l'enquête ethnographique, *Revue française de sociologie*, vol. 38, pp. 37-66.
- DROUARD Alain, 2007, Biocratie, eugénisme et sexologie dans l'œuvre d'Edouard Toulouse, *Sexologies*, vol. 16, n°3, pp. 203-211.
- DULAC Germain, 2003, Masculinité et intimité, *Sociologie et sociétés*, vol.35, n°2, pp. 9-34.
- DUPRAS André (dir.), 1989, *La sexologie au Québec*, Longueuil (Québec), Iris.
- DUPRAS André, 1993, La contribution du Dr Krafft Ebing à l'émergence de la sexologie moderne, *Cahiers de sexologie clinique*, vol.19, n°114, pp. 44-49.

- DUPRAS André, 2007, L'apport du Docteur Nicolas Venette à l'éducation à la sexualité au 17^{ième} siècle, *Sexologies*, vol.16, n°3, pp. 171-179.
- DUPRAS André & VALLES Gérard, 1993, La mission eugénique de la sexologie durant les années trente en France, *Revue sexologique*, vol. 1, n°1, pp. 157-170.
- DUPRAS André & VALLES Gérard, 1991, Edouard Toulouse et l'émergence de la sexologie française, *Histoire des sciences médicales*, vol.25, n°2, pp. 91-95.
- EBELING Mary, 2011, « Get with the Program ! » : Pharmaceutical marketing, symptom checklists and self-diagnosis, *Social Science and Medicine*, vol.73, n°73, pp. 825-832.
- EHRENBERG Alain, 1996 (1991), *Le Culte de la performance*, Paris, Hachette-Pluriel.
- EISENSTEIN Elisabeth, 1991 (1979), *La révolution de l'imprimé dans l'Europe des premiers temps modernes*, Paris, La Découverte.
- ELIAS Norbert, 1973 (1969 et 1939), *La civilisation des mœurs*, Paris, Pocket.
- EMERSON Robert M. & MESSINGER Sheldon L., 1977, The Micro-Politics of Trouble, *Social Problems*, vol.25, n°2, pp. 121-134.
- FAINZANG Sylvie, 2011, From self-diagnosis to self-medication : constructing and indentifying symptoms in Fainzang S. & Haxaire C. (eds), *Of Bodies and Symptoms. Anthropological perspectives on their social and medical treatment*, Taragona, URV Publicaciones, pp. 39-49.
- FAINZANG Sylvie, 2001, Cohérence, raison et paradoxe. L'anthropologie de la maladie aux prises avec la question de la rationalité, *Ethnologies comparées*, n°3, <http://alor.univ-montp3.fr/cerce/idxs.htm>.
- FAINZANG Sylvie, 1997, Les stratégies paradoxales. Réflexions sur la question de l'incohérence de la conduite des malades, *Sciences sociales et santé*, vol.15, n°3, pp. 5-22.
- FASSIN Didier, 1992, *Pouvoir et maladie en Afrique*, Paris, PUF.
- FAVRET-SAADA Jeanne, 1985 (1977), *Les mots, la mort, les sorts*, Paris, Folio Gallimard.
- FAVRET-SAADA Jeanne, 1971, Le malheur biologique et sa répétition, *Annales. ESC*, vol.26, n°3/4, pp. 873-888.

- FERRAND Michèle, BAJOS Nathalie & ANDRO Armelle, 2008, Accords et désaccords : variations sur le désir *in* Bajos N., Bozon M. (dir.) & Beltzer N. (coord.), *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre, santé*, Paris, La Découverte, pp. 359-380.
- FERRAND Alexis & MOUNIER Lise, 1993, L'échange de paroles sur la sexualité : Une analyse des relations de confidences, *Population*, vol.48, n°5, pp. 1451-1475.
- FINE Agnès, MOULINIE Véronique & SANGOÏ Jean-Claude, 2009, De mère en fille. La transmission de la fécondité, *L'Homme*, vol.3, n°191, pp. 37-76.
- FIRDION Jean-Marie & RAPHAEL Laurent, 1998, Effets du sexe de l'enquêteur. Une enquête sur la sexualité et le sida *in* Bajos N., Bozon M., Ferrand A., Giami A., Spira A. & Groupe ACSF, *La sexualité au temps du sida*, Paris, PUF, pp. 117-149.
- FISHMAN Jennifer R., 2004, Manufacturing Desire : The Commodification of Female Sexual Dysfunction, *Social Studies of Science*, vol.34, n°2, pp. 187-218.
- FISHMAN Jennifer R. & MAMO Laura, 2002, What's in a Disorder? Describing the Medical and Pharmaceutical Constructions of Male and Female Sexual Dysfunction, *Women and Therapy*, vol.24, n°2, pp. 179-193.
- FLANDRIN Jean-Louis, 1982, La vie sexuelle des gens mariés dans l'ancienne société : de la doctrine de l'Église à la réalité des comportements, *Communications*, n°35, pp. 120-137.
- FLANDRIN Jean-Louis, 1986 (1981), *Le sexe et l'Occident. Évolution des attitudes et des comportements*, Paris, Éditions du seuil, coll. Points.
- FOLSHEID Dominique, 2002, *Le sexe mécanique*, Paris, La Table Ronde.
- FOUCAULT Michel, 1963, *Naissance de la clinique*, Paris, PUF, coll. Quadrige.
- FOUCAULT Michel, 1975, *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard.
- FOUCAULT Michel, 1976, *Histoire de la sexualité I : La volonté de savoir*, Paris, Gallimard.
- FOUCAULT Michel, 1984a, *Histoire de la sexualité II : L'usage de plaisir*, Paris, Gallimard.

- FOUCAULT Michel, 1984b, *Histoire de la sexualité III : Le souci de soi*, Paris, Gallimard.
- FOUCAULT Michel, 1999, *Les Anormaux. Cours au Collège de France. 1974-1975*, Paris, Gallimard / Seuil.
- FOUCAULT Michel, 2001a (1979), La politique de la santé au XVIIIe siècle, in Foucault M., *Dits et écrits II*, 1976-1988, Paris, Gallimard, coll. Quarto, pp. 725-742.
- FOUCAULT Michel, 2001b (1977), La naissance de la médecine sociale in Foucault M., *Dits et écrits II*, 1976-1988, Paris, Gallimard, coll. Quarto, pp. 207-228.
- FOUCAULT Michel, 2001c (1969), Médecins, juges et sorciers au XVIIe siècle in Foucault M., *Dits et écrits I*, 1954-1975, Paris, Gallimard, coll. Quarto, pp. 781-794.
- FOUCAULT Michel, 2001d (1977), Les rapports de pouvoir passent à l'intérieur des corps in Foucault M., *Dits et écrits II*, 1976-1988, Paris, Gallimard, coll. Quarto, pp. 228-236.
- FOUCAULT Michel, 2001e (1961), Préface in Foucault M., *Dits et écrits I*, 1954-1975, Paris, Gallimard, coll. Quarto, pp. 187-195.
- FOURNIER Pierre, 2006, Le sexe et l'âge de l'ethnologue : éclairants pour l'enquête, contraignants pour l'enquêteur, *ethnographiques.org*, numéro 11 (en ligne), consulté le 6.12.2006.
- FREIDSON Eliot, 1984 (1970), *La profession médicale*, Paris, Payot.
- FREUD Sigmund, 1995, La morale sexuelle « civilisée » et la maladie nerveuse des temps modernes in Freud S., *La vie sexuelle*, Paris, PUF, pp. 28-46.
- FRÜHSTÜCK Sabine, 1997, *Die Politik der Sexualwissenschaft. Zur Produktion und Popularisierung sexologischen Wissens in Japan 1908-1941*, Vienna, Institute for Japanese Studies.
- FRÜHSTÜCK Sabine, 2003, *Colonizing Sex: Sexology and Social Control in Modern Japan*, Berkeley, University of California Press.
- GAGNON John, 1990, The implicit and explicit use of the scripting perspective in sex research, *The Annual Review of Sex Research*, vol.1, pp. 1-44.

- GAGNON John & SIMON William, 1973, *Sexual Conduct. The Social Sources of Human Sexuality*, Chicago, Aldine.
- GAUTHIER Xavière, 1976, *Dire nos sexualités : contre la sexologie*, Paris, Galilée.
- GELLMAN-BARROUX Claire & GELLMAN Robert, 1998, Les thérapies sexuelles, *Pratiques Psychologiques*, n°4, pp. 45-49.
- GIAMI Alain, 1998, Médicalisation de la sexualité. Aspects sociologiques et historiques, *Andrologie*, vol.8, n°4, pp. 383-390.
- GIAMI Alain, 1999a, Cent ans d'hétérosexualité, *Actes de la recherche en sciences sociales*, 128, pp. 38-45.
- GIAMI Alain, 1999b, Socio-épidémiologie de l'impuissance masculine, *Andrologie*, vol.9, n°2, pp. 177-190.
- GIAMI Alain, 2000a, Médicalisation de la sexualité et médicalisation de la société in Jardin A., Queneau P. & Giuliano F. (dir.), *Progrès thérapeutiques : la médicalisation de la sexualité en question*, Paris, John Libbey Eurotext, pp. 121-130.
- GIAMI Alain, 2000b, Les récits sexuels. Matériaux pour une anthropologie de la sexualité, *Journal des anthropologues*, n°82-83, pp. 113-127.
- GIAMI Alain, 2003, Sexual Health : The Emergence, Development, and Diversity of a Concept, *Annual Review of Sex Research*, vol.13, pp. 1-33.
- GIAMI Alain, 2004a, De l'impuissance à la dysfonction érectile. Destins de la médicalisation de la sexualité in Fassin D. & Memmi D. (dir), *Le gouvernement des corps*, Paris, Editions de l'EHESS, pp. 77-108.
- GIAMI Alain, 2004b, Expériences de la sexualité in Giami A. & Schiltz M.-A. (dir.), *L'expérience de la sexualité chez de jeunes adultes. Entre errance et conjugalité*, Paris, Inserm, pp. 1-21.
- GIAMI Alain, 2004c, Sexualité et santé publique : le concept de santé sexuelle, *Sexologies*, vol.13, n°47, pp. 6-12.
- GIAMI Alain, 2005a, Santé sexuelle : la médicalisation de la sexualité et du bien-être, *Comprendre*, pp. 97-115.

- GIAMI Alain, 2005b, La médicalisation de la sexualité. Foucault et Lanteri Lastra, un débat qui n'a pas eu lieu, *L'Evolution psychiatrique*, n°70, pp. 283-300.
- GIAMI Alain, 2007a, Une histoire de l'éducation sexuelle en France : une médicalisation progressive de la sexualité (1945–1980), *Sexologies*, vol. 16, n°3, pp. 219-229.
- GIAMI Alain, 2007b, Fonction sexuelle masculine et sexualité féminine. Permanence des représentations du genre en sexologie, *Communications*, n°81, pp. 135-151.
- GIAMI Alain, 2008, Two facets of the medicalization of sexuality in the late 20th century : AIDS and Viagra, *Tidsskrift for Norsk Psykhologforening*, vol.45, n°6, pp. 671-673.
- GIAMI Alain, 2009a, Les formes contemporaines de la médicalisation de la sexualité, in Yaya S. (dir.), *Pouvoir médical et santé totalitaire : conséquences socio-anthropologiques et éthiques* Montréal, Presses de l'Université Laval, pp. 225-249.
- GIAMI Alain, 2009b, Ethnographie d'une conférence médico-scientifique : l'influence de l'industrie pharmaceutique dans le champ de la sexologie, *Revue Sociologie Santé*, n°30, pp. 187-210.
- GIAMI Alain, 2009c, La médicalisation de la sexualité : fausses questions et vrais enjeux, *Sexologies*, vol.18, n°2, pp. 262-264.
- GIAMI Alain, 2010, La spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la sexualité in Bloy G. & Schweyer F.-X. (dir.), *Singuliers généralistes. Sociologie des médecins généralistes*, Rennes, Presses de l'EHESP, pp. 147-167.
- GIAMI Alain, CHEVRET-MEASSON Marie & BONIERBALE Mireille, 2009, Les professionnels de la sexologie en France : quelques évolutions. Premiers résultats de l'enquête nationale (2009), *Sexologies*, vol.18, n°4, pp. 265-269.
- GIAMI Alain & de COLOMBY Patrick, 2001, Profession sexologue ?, *Sociétés Contemporaines*, n°41-42, pp. 41-63.
- GIAMI Alain & de COLOMBY Patrick, 2002, La médicalisation de la sexologie en France, *L'Evolution Psychiatrique*, vol.67, n°3, pp. 558-570.

- GIAMI Alain & de COLOMBY Patrick, 2003, Sexology as a profession in France, *Archives of Sexual Behavior*, vol.32, n°4, pp. 371-379.
- GIAMI Alain & de COLOMBY Patrick, 2006, La profession de sexologue en Europe : diversité et perspectives communes, *Sexologies*, vol.15, n°1, pp. 7-13.
- GIAMI Alain & SHILTZ Marie-Ange, 1996, Representations of sexuality and relations between partners : Sex Research in France in the era of AIDS, *Annual Review of Sex Research*, vol.7, pp. 125-157.
- GIAMI Alain & SHILTZ Marie-Ange (dir.), 2004, *L'expérience de la sexualité chez de jeunes adultes. Entre errance et conjugalité*, Paris, Inserm.
- GIDDENS Anthony, 2004 (1992), *La transformation de l'intimité*, Paris, Hachette Pluriel.
- GIRARD Gabriel, 2012, *Risque du sida et structuration des sociabilités homosexuelles. Analyse sociologique des normes de prévention en France, 1989-2009*, thèse de sociologie, École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- GODELIER Maurice, 1993, L'Occident, miroir brisé. Une évaluation partielle de l'anthropologie sociale assortie de quelques perspectives, *Annales ESC*, n°5, pp. 1183-1207.
- GODELIER Maurice, 1996a (1982), *La production des Grands Hommes*, Paris, Fayard.
- GODELIER Maurice, 1996b, Meurtre du père ou sacrifice de la sexualité ? in Godelier M. & Hassoun J. (dir.), *Meurtre du père, sacrifice de la sexualité. Approches anthropologiques et psychanalytiques*, Strasbourg, Arcanes.
- GODELIER Maurice, 2010 (2004), *Métamorphoses de la parenté*, Paris, Flammarion.
- GOFFMAN Erving, 1975 (1963), *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Les Editions de Minuit.
- GOODS Byron, 1998 (1994), *Comment faire de l'anthropologie médicale ? Médecine, rationalité et vécu*, Paris, Institut Synthélabo, coll. Les empêcheurs de penser en rond.
- GOODY Jack, 1979 (1977), *La raison graphique. La domestication de la pensée sauvage*, Paris, Editions de Minuit.

- GORDON Michael, 1978, From an unfortunate necessity to a cult of mutual orgasm: Sex in American domestic education literature, 1830-1940 in Henslin J.M. & Sagarin E. (eds.), *Studies in the Sociology of Sex: An Introductory Reader*, New York, Schocken, pp. 53-77.
- GORDON Michael & SHANKWEILER Penelope J., 1971, Different equals less: Female sexuality in recent marriage manuals, *Journal of Marriage and the Family*, n°33, pp. 459-466.
- GOURARIER Mélanie, 2012, *Séduire les femmes pour mieux s'apprécier entre hommes. Une ethnographie des sociabilités masculines hétérosexuelles au sein de la Communauté de la séduction en France*, thèse d'anthropologie sociale, École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- GRARD Julien, 2008, Devoir se raconter. La mise en récit de soi, toujours recommencée in Fassin D. & Bensa A., *Les politiques de l'enquêtes. Epreuves ethnographiques*, Paris, La Découverte, pp. 143-163.
- GRONEMAN Carol, 1994, Nymphomania: The Historical Construction of Female Sexuality, *Signs*, vol.19, n°2, pp. 337-367.
- GROSSKURTH Phyllis, 1980, *Havelock Ellis: A Biography*, New York, Alfred A. Knopf.
- GUILLEBAUD Jean-Claude, 1998, *La tyrannie du plaisir*, Paris, Editions du Seuil.
- GUIONNET Christine & NEVEU Erik, 2009, *Féminins / Masculins. Sociologie du genre*, Paris, Armand Colin, 2^e édition refondue.
- HACKING Ian, 2001 (1999), *Entre science et réalité. La construction sociale de quoi?*, Paris, Editions La Découverte.
- HALL Edward T., 1971 (1966), *La dimension cachée*, Paris, Editions du Seuil.
- HALPERIN David, 2010 (2007), *Que veulent les gays ? Essai sur le sexe, le risque et la subjectivité*, Paris, Editions Amsterdam.
- HAMEL Christelle, 2003, *L'intrication des rapports sociaux de sexe, de "race", d'âge et de classe : ses effets sur la gestion des risques d'infection par le VIH chez les Français descendant de migrants du Maghreb*, thèse de sociologie, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.

- HAY M. Cameron, 2008, Reading sensations: understanding the process of distinguishing 'fine' from 'sick', *Transcultural Psychiatry*, vol.45, n°2, pp. 198-229.
- HÉRAULT Laurence, 2010, Usages de la sexualité dans la clinique du transsexualisme, *L'Autre. Cliniques, Cultures, Sociétés*, vol.11, n°3, pp. 278-291.
- HEINICH Nathalie, 1996, *États de femme. L'identité féminine dans la fiction occidentale*, Paris, Gallimard.
- HEINICH Nathalie, 2003, *Les ambivalences de l'émancipation féminine*, Paris, Albin Michel.
- HIRT Caroline, 2005, *La baisse ou absence de désir sexuel après l'accouchement : analyse de la construction d'un problème social*, mémoire de licence d'ethnologie, Université de Neuchâtel.
- HIRT Caroline, 2009, La sexualité post-natale : un objet négligé par les sciences humaines et sociales in Deschamps C., Gaissad L. & Taraud C., *Hétéros. Discours, lieux, pratiques*, Paris, Epel, pp. 145-153.
- HOHMANN Joachim S., 1987, *Geschichte der Sexualwissenschaft in Deutschland 1886 – 1933. Eine Übersicht*, Berlin, Foerster.
- HURLEY Michael, 2011, VIH, santé sexuelle et cultures gaies contemporaines in Jablonski O., Le Talec J.-Y. & Sidéris G. (dir.), *Santé gaie*, Paris, Editions Pepper – L'Harmattan, pp. 117-142.
- HUTEAU Michel, 2002, *Psychologie, psychiatrie et société sous la Troisième République : la biocratie d'Edouard Toulouse (1865-1947)*, Paris, L'Harmattan.
- IRVINE Janice M., 1990, *Disorders of Desires: Sex and Gender in American Sexology*, Philadelphia, Temple University Press.
- IRVINE Janice M., 1993, Regulated Passions: The Invention of Inhibited Sexual Desire and Sex Addiction, *Social Text*, n°37, pp. 203-226.
- JACKSON Margaret, 1987, "Facts of Life", or the Erotization of Women Oppression? Sexology and the Social Construction of Heterosexuality in Caplan P. (ed.) *The Cultural Construction of Sexuality*, London, Routledge.

- JUTEL Annemarie, 2010, Framing disease : The example of female hypoactive sexual desire disorder, *Social Science & Medicine*, vol.70, n°7, pp. 1084-1090.
- KAPLAN Helen S., 1979 (1974), *La nouvelle thérapie sexuelle*, Paris, Buchet/Chastel.
- KATZ Jonathan N., 2001 (1996), *L'invention de l'hétérosexualité*, Paris, EPEL.
- KATZ Stephen, 2000, Busy Bodies : Activity, Aging, and the Management of Everyday Life, *Journal of Aging Studies*, vol.14, n°2, pp. 135-152.
- KATZ Stephen & MARSHALL Barbara L., 2003, New Sex for Old : Lifestyle, Consumerism, and the Ethics of Aging Well, *Journal of Aging Studies*, vol.17, n°1, pp. 3-16.
- KAUFMANN Jean-Claude, 1993, *Sociologie du couple*, Paris, PUF.
- KEPES Suzanne, 2003 (2001), *Le corps libéré. Psychosomatique de la sexualité*, Paris, La Découverte.
- KILANI Mondher, 1992, *Introduction à l'anthropologie*, Lausanne, Editions Payot Lausanne.
- KLEINMAN Arthur, 1980, *Patients and Healers in the Context of Culture*, Berkeley, University of California Press.
- KNIEBIEHLER Yvonne, 1980, Les médecins et l'amour conjugal au 19^{ième} siècle in *Aimer en France 1760-1860*, Clermont-Ferrand, Presses Universitaires de Clermont-Ferrand, pp. 357-360.
- KNIEBIEHLER Yvonne, 1996, L'éducation sexuelle des filles au 20^{ième} siècle, *Clio*, n°4, pp. 139-160.
- KOEPEL Béatrice, 1982, *De la pénitence à la sexologie : essai sur le discours tenu aux jeunes filles*, Paris, Le Sycomore.
- LAGRANGE Hugues & LHOMOND Brigitte (dir.), 1997, *L'entrée dans la sexualité. Le comportement des jeunes dans le contexte du sida*, Paris, La Découverte.
- LAIPSON Peter, 1996, "Kiss Without Shame, For She Desires It" : Sexual Foreplay in American Marital Advice Literature 1900-1920, *Journal of Social History*, vol.29, n°3, pp. 507-525.

- LANCELEVEE Camille, 2011, Une sexualité à l'étroit. Les unités de visite familiale et la réorganisation carcérale de l'intime, *Sociétés contemporaines*, n° 83, pp. 107-130.
- LANTERI-LAURA Georges, 1979, *Lecture des perversions : histoire de leur appropriation médicale*, Paris, Masson.
- LAQUEUR Thomas, 1992 (1990), *La fabrique du sexe. Essai sur le corps et le genre en Occident*, Paris, Gallimard.
- LE BODIC Cédric, 2009, Masturbation et thérapeutique : l'exemple du traitement des auteurs d'agressions à caractère sexuel, *Sexologies*, vol.18, n°2, pp. 291-296.
- LE GALL Didier & LE VAN Charlotte, 2007, *La première fois. Le passage à la sexualité adulte*, Paris, Payot.
- LEMAIRE Jean-Georges, 1971, *Les thérapies du couple*, Payot, Paris.
- LENCLUD Gérard, 1992, Le grand partage ou la tentation ethnologique in Althabe G., Fabre D. & Lenclud G. (dir.), *Vers une ethnologie du présent*, Paris, Editions de la Maison des sciences de l'homme, pp. 9-37.
- LENOIR Rémi, 2006, Famille et sexualité chez Michel Foucault, *Sociétés et Représentations*, vol.2, n°22, pp.189-214.
- LE TALEC Jean-Yves, 2008, *Folles de France. Repenser l'homosexualité masculine*, Paris, La Découverte.
- LEVINE Martin P. & TROIDEN Richard R., 1988, The Myth of Sexual Compulsivity, *The Journal of Sex Research*, vol.25, n°3, pp. 347-363
- LEVINSON Sharman, 2008, Les « difficultés » de la fonction sexuelle : contextes, déterminants et significations in Bajos N., Bozon M. (dir.) & Beltzer N. (coord.), *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre, santé*, Paris, La Découverte, pp. 485-508.
- LEVI-STRAUSS Claude, 1962, *La pensée sauvage*, Paris, Plon.
- LEXCHIN Joel, 2006, Bigger and Better : How Pfizer Redefined Erectile Dysfunction, *Plos Medicine*, vol.3, n°4, pp. 429-432.
- LEZE Samuel, 2004, Le travail des psychanalystes, *Face à face. Regards sur la santé* (en ligne), n°4, <http://faceaface.revues.org/338>, consulté le 3.01.2011.

- LEZE Samuel, 2008, Résister à l'enquête ? Le chercheur face à l'autorité des psychanalystes in Fassin D. & Bensa A., *Les politiques de l'enquête. Epreuves ethnographiques*, Paris, La Découverte, pp. 261-276.
- LEZE Samuel, 2010, *L'autorité des psychanalystes*, Paris, PUF.
- LHOMOND Brigitte, 1982, Sexologie : plaisir balisé, extases conformes, *Autrement*, n°43, pp. 220-228.
- LORBER Judith, 1967, Deviance as Performance : The Case of Illness, *Social Problems*, vol.14, n°3, pp. 302-310.
- LOTRINGER Sylvère, 2006 (1988), À satiété, Paris, Désordres / Laurence Viallet – Editions du Rocher.
- MALINOWSKI Bronislaw, 2000 (1929), *La vie sexuelle des sauvages du nord-ouest de la Mélanésie*, Paris, Payot.
- MARQUET Jacques, 2004, Sexualité consentie, fidélité et performance in Marquet J. (dir.), *Normes et conduites sexuelles. Approches sociologiques et ouvertures pluridisciplinaires*, Louvain-la-Neuve, Académia-Bruylant, pp. 35-60.
- MARQUET Jacques, 2010, De la libération sexuelle et de l'égalité des sexes in Heenen-Wolff S. & Vandendorpe F. (dir.), *Différence des sexes et vies sexuelles aujourd'hui*, Louvain-la-Neuve, Academia-Bruylant, pp. 91-119.
- MARSHALL Barbara L., 2002, "Hard Science" : Gendered Constructions of Sexual Dysfunction in the "Viagra Age", *Sexualities*, vol.5, n°2, pp. 131-158.
- MARSHALL Barbara L., 2006, The New Virility : Viagra, Male Aging and Sexual Function, *Sexualities*, vol.9, n°3, pp. 345-362.
- MARSHALL Barbara L. & KATZ Stephen, 2002, Forever Fonctionnal : Sexual Fitness and the Aging Male Body, *Body and Society*, vol.8, n°4, pp. 43-70.
- MASTER William H. & JOHNSON Virginia E., 1971 (1970), *Les mésententes sexuelles et leur traitement*, Paris, Robert Laffont.
- MARTUCELLI Danilo, 2010, La différence des sexes à l'épreuve de la sexualité conjugale in Heenen-Wolff S. & Vandendorpe F. (dir.), *Différence des sexes et vies sexuelles aujourd'hui*, Louvain-la-Neuve, Academia-Bruylant, pp.57-75.

- MAUGER Gérard, 1991, Enquêter en milieu populaire, *Genèses*, vol. 6, n°6, pp. 125-143.
- MAUGER Gérard, 2011, Annexe électronique : « Sociogenèse, appropriation et incidences de la “culture psychologique de masse” », *Sociologie* [En ligne], n°4, vol.2 <http://sociologie.revues.org.gate3.inist.fr/1124>
- MAZALEIGUE Julie, 2007, Sexualité et perversion : une analyse critique de l'œuvre d'Arnold Davidson, *Revue d'Histoire des Sciences Humaines*, n°17, pp. 61-90.
- MAZALEIGUE Julie, 2008, Pour une histoire du concept de perversion au 19^{ième} siècle : problèmes, pistes, perspectives, en ligne, <http://pierrehenri.castel.free.fr>, consulté le 25 mars 2011.
- MEHL Dominique, 2003, *La bonne parole. Quand les psys plaident dans les médias*, Paris, Editions de la Martinière.
- MELODY M. E. & PETERSON Linda M., 1999, *Teaching America about Sex: Marriage Guides and Sex Manuals from the Late Victorians to Dr. Ruth*, New York, New York University Press.
- MENDES-LEITE Rommel, PROTH Bruno, 2002, Pratiques discrètes entre hommes, *Ethnologie Française*, vol. 32, n°2, pp. 31-40.
- MEYER Fernand, 2000 (1991), *Maladie in Bonte P. & Izard M. (dir.), Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*, Paris, PUF, coll. « Quadrige », pp. 436-438.
- MICHELS David, 2000, Act Up-Paris et la lutte contre le sida (juin 1989 – septembre 1999), *Cahier d'histoire immédiate*, n°17, pp. 39-58.
- MICHELS David, 2001, Act Up anarchiste? in Bellefon R. (de), Michels D., Pucciarelli M. (dir.), *L'anarchisme a-t-il un avenir? Histoire de femmes, d'hommes et de leurs imaginaires*, Lyon, Atelier de Création Libertaire, pp. 383-394.
- MICHELS David, 2003a, Anarchisme in Eribon D. (dir.), *Dictionnaire des cultures gays et lesbiennes*, Paris, Larousse, pp. 30-31.
- MICHELS David, 2003b, Fascisme in Eribon D. (dir.), *Dictionnaire des cultures gays et lesbiennes*, Larousse, pp. 187-188.

- MICHELS David, 2005, La Croisière. Une expérience de gays libertaires. Notes de terrain, *Clio* « Utopies sexuelles » (numéro coordonné par Sylvie Chaperon et Agnès Fine), n°22, pp. 157-166.
- MICHELS David, 2008, Les procédures de changements de la mention de sexe à l'état civil in Fine A., *Etats civils en questions. Papiers, identités, sentiment de soi*, Paris, Editions du CTHS, pp. 93-109.
- MOLINIER Alain, 1990, Pérenniser et concevoir in Delumeau J. & Roche D. (dir.), *Histoire des pères et de la paternité*, Paris, Larousse, pp. 71-94.
- MORROW Ross, 1994, The Sexological Construction of Sexual Dysfunction, *The Australian and New Zealand Journal of Sociology*, vol. 30, n°1, pp. 20-35.
- MORROW Ross, 1996, A Critique of Master's and Johnson's Concept and Classification of Sexual Dysfunction, *Revue sexologique*, vol. 4, n°2, pp. 159-180.
- MORROW Ross, 2005, Sexual dysfunction and sex therapy in G. Hawkes & J. Scott (Eds.), *Perspectives in Human Sexuality*, Melbourne, Australia, Oxford University Press, pp. 187-202
- MORROW Ross, 2008, *Sex Research and Sex Therapy: A Sociological Analysis of Masters and Johnson*, New York, Routledge.
- MOSSUZ-LAVAU Janine, 2005 (2002), *La vie sexuelle en France*, Paris, Editions du Seuil, coll. Points.
- MOSSE Georges L., 1997 (1996), *L'image de l'homme. L'invention de la virilité moderne*, Paris, Éditions Abbeville, 1997
- MOULINIÉ Véronique, à paraître, Andropause et ménopause : la sexualité sur ordonnance, *Clio*, n°36.
- MOULINIÉ Véronique, 1998, *La chirurgie des âges. Corps, sexualité et représentations du sang*, Paris, MSH.
- NEUHAUS Jenny, 2000, The Importance of Being Orgasmic: Sexuality, Gender, and Marital Sex Manuals in the United States, 1920-1963, *Journal of the History of Sexuality*, vol.9, n°4, pp. 447-473.
- NOTTINGHAM Chris, 1999, *The Pursuit of Serenity: Havelock Ellis and the New Politics*, Amsterdam, Amsterdam University Press.

- NYE Robert, 2003, The evolution of the concept of medicalization in the late twentieth century, *Journal of History of Behavioral Sciences*, vol.39, n°2, pp. 115–129.
- OGIEN Albert, 1989, *Le raisonnement psychiatrique*, Paris, Méridiens Klincksieck.
- OHAYON Annick, 2003, L'émergence d'un mouvement sexologique français (1929-1939), entre hygiénisme, eugénisme et psychanalyse, *PSN*, vol.1, n°4, pp. 50-61.
- OLIFFE John, 2005, Constructions of masculinity following prostatectomy-induced impotence, *Social Science & Medicine*, vol.60, n°10, pp. 2249–2259
- OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 1995, La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie, *Enquête*, n°1, pp. 71-109.
- OOSTERHUIS Harry, 2000, *Stepchildren of nature. Krafft-Ebing, Psychiatry and the Making of Sexual Identity*, Chicago, University of Chicago Press.
- PASINI Willy & CREPAULT Claude, 1987, *L'imaginaire en sexologie clinique*, Paris, PUF.
- PASSERON Jean-Claude & REVEL Jacques (dir.), 2005, *Penser par cas*, Paris, Editions de l'EHESS.
- PAICHELER Geneviève & LOYOLA Maria Andréa, 2003, Introduction in Paicheler G. & Loyola M. A. (dir.), *Sexualité, normes et contrôle social*, Paris, L'Harmattan, pp. 7-17.
- PETONNET Colette, 1982, L'observation flottante. L'exemple d'un cimetière parisien, *L'Homme*, vol. 24, n°4, pp. 37-47.
- PHILIPPE Claudine, 2007, Le conseil conjugal et familial. Une profession à la recherche de reconnaissance et d'unité, *Recherches et Prévisions*, n°89, pp. 64-71.
- POLIAK Claude, 2002, Manières profanes de « parler de soi », *Genèses*, n°47, pp. 4-20.
- PORTER Roy, 1994, The Literature of Sexual Advice before 1800, in Porter R. & Teich M. (eds), *Sexual Knowledge, Sexual Science*, Cambridge, Cambridge University Press, pp. 134-157.
- PORTER Roy & HALL Lesley, 1995, *The Facts of life: the Creation of Sexual Knowledge in Britain. 1650-1950*, London, Yale University Press.
- PORTER Roy & TEICH Mikulas (eds), 1994, *Sexual Knowledge, Sexual Science*, Cambridge, Cambridge University Press.

- POTTS Annie, 1998, The Science/Fiction of Sex : John Gray's *Mars and Venus in the Bedroom*, *Sexualities*, vol.1, n°2, pp. 153-173.
- POTTS Annie, 2000, "The Essence of the Hard On" : Hegemonic Masculinity and the Cultural Construction of "Erectile Dysfunction", *Men and Masculinities*, vol.3, n°1, pp. 85-103.
- POTTS Annie, 2001, The Man with Two Brains : Hegemonic Masculine Subjectivity and the Discursive Construction of the Unreasonable Penis-Self, *Journal of Gender Studies*, vol.10, n°2, pp. 145-156.
- PREARO Massimo, 2009, L'émergence de l'hétérosexualité à l'âge de l'autonomie in Deschamps C., Gaissad L. & Tarraud C., *Hétéros. Discours, lieux, pratiques*, Paris, Epel, pp. 45-55.
- PRIOR Lindsay, MEIRION R. Evans & PROUT Halley, 2011, Talking about colds and flu : The lay diagnosis of two common illnesses among older British people, *Social Science and Medicine*, vol.73, pp. 922-928.
- REBREYEND Anne-Claire, 2005, Comment écrire l'histoire des sexualités au 20^{ième} siècle ?, *Clio*, n°22, pp. 185-209.
- REBREYEND Anne-Claire, 2006, *Pour une histoire de l'intime. Sexualités et sentiments amoureux en France de 1920 à 1975*, thèse d'histoire, Université Paris VII.
- RENAHY Nicolas, 2005, *Les Gars du coin. Enquête sur une jeunesse rurale*, Paris, La Découverte.
- REVENIN Régis, 2007, Les études et recherches lesbiennes et gays en France (1970-2006), *Genre & Histoire*, en ligne: <http://genrehistoire.revues.org/219>, consulté le 31 décembre 2012.
- ROSENBERG Charles E., 2002, The Tyranny of Diagnosis: Specific Entities and Individual Experience, *The Milbank Quarterly*, vol.80, n°2, pp. 237-260.
- ROWBOTHAM Sheila & WEEKS Jeffrey, 1977, *Socialism and the New Life: the Personal and Sexual Politics of Edward Carpenter and Havelock Ellis*, London, Pluto Press.

- ROBINSON Paul A., 1976, *The Modernization of Sex: Havelock Ellis, Alfred Kinsey, William Masters and Virginia Johnson*, London, Harper and Row.
- ROFES Eric, 2011, Gay Bodies, Gay Selves. Comprendre le mouvement de santé gaie américain in Jablonski O., Le Talec J.-Y. & Sidéris G. (dir.), *Santé gaie*, Paris, Editions Pepper – L'Harmattan, pp.45-65.
- SASTRE Peggy, 2010, *No Sex. Avoir envie de ne pas faire l'amour*, Paris, La Musardine.
- SCHWARTZ Olivier, 1993, L'empirisme irréductible, postface à Anderson N., *Le Hobo. Sociologie du sans-abri*, Paris, Nathan, pp. 265-308.
- SCHILTZ Marie-Ange & JASPARD Maryse, 2003, Amour et sexualité : évolution des interrogations des années cinquante à nos jours in Paicheler G. & Loyola M. A. (dir.), *Sexualité, normes et contrôle social*, Paris, L'Harmattan, pp. 69-97.
- SCHURMANS Marie-Noëlle & DOMINICÉ Loraine, 1997, *Le coup de foudre amoureux. Essai de sociologie compréhensive*, Paris, PUF.
- SIGUSCH Volkmar, 2008, *Geschichte der Sexualwissenschaft*, Frankfurt am Main, Campus Verlag.
- SIMON Pierre, GONDONNEAU Jean, MIRONER Lucien & DOURLLEN-ROLLIER Anne-Marie, 1972, *Rapport sur le comportement sexuel des Français*, Paris, Julliard/Charron.
- SPIRA Alfred, BAJOS Nathalie & le GROUPE ACSF, 1993, *Les comportements sexuels en France*, Paris, La Documentation française.
- STRAUSS Anselm, 1967, A sociological view of normality, *Archives of General Psychiatry*, vol.17, n°3, pp. 265-268.
- SZASZ Thomas, 1981, *Sexe sur ordonnance, l'étonnante vérité sur les thérapies sexuelles*, Paris, Hachette.
- TAMAGNE Florence, 2005, La ligue mondiale pour la réforme sexuelle : La science au service de l'émancipation sexuelle ?, *Clio*, n°22, pp. 101-121.
- TAMAGNE Florence, 2006, Histoire des homosexualités en Europe : un état des lieux, *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, vol.4, n°53/54, pp. 7-31.

- TEYSSEIRE Daniel, 1995, *Obèse et impuissant : le dossier médical d'Elie de Beaumont. 1765-1776*, Grenoble, J. Million.
- THOITS Peggy, 1985, Self-labeling Processes in Mental Illness : The Role of Emotional Deviance, *American Journal of Sociology*, vol.91, n°2, pp. 221-249.
- TIEFER Leonore, 1994a, The Medicalization of Impotence : Normalizing Phallocentrism, *Gender and Society*, vol.8, n°3, pp. 363-377.
- TIEFER Leonore, 1996, The Medicalization of Sexuality : Conceptual, Normative and Professional Issues, *Annual Review of Sex Research*, n°7, pp. 252-282.
- TIEFER Leonore, 2000, Sexology and the Pharmaceutical Industry: The Threat of Co-optation, *Journal of Sex Research*, vol.37, n°3, pp. 273-283.
- TIEFER Leonore, 2006, Female Sexual Dysfunction: A Case Study of Disease Mongering and Activist Resistance, *Plos Medicine*, vol.3, n°4, en ligne: www.plosmedicine.org.
- TIN Louis-Georges, 2003, L'invention de la culture hétérosexuelle, *Les Temps modernes*, n°624, pp. 119-136.
- TIN Louis-Georges, 2009, Comment peut-on être hétérosexuel ? in Deschamps C., Gaissad L. & Tarraud C., *Hétéros. Discours, lieux, pratiques*, Paris, Epel, pp. 17-27.
- TISSOT Samuel-Auguste, 1991 (1760), *L'onanisme*, Paris, Editions de la différence.
- TRACHMAN Mathieu, 2013, *Le travail pornographique. Enquête sur la production de fantasmes*, Paris, La Découverte.
- VALA-CHEVALLEY Geneviève, 2009, *Le conseil conjugal et familial. Repères historiques, institutionnels et cliniques*, Toulouse, Editions Erès.
- VAN GULIK Robert, 1971 (1961), *La vie sexuelle dans la Chine ancienne*, Paris, Gallimard.
- VATIN Florence, 2002, Évolution historique d'une pratique : le passage de l'adultère à l'infidélité, *Sociétés*, vol.1, n°75, pp. 91-98.
- VERNIER Bernard, 1994, Ressemblances familiales et systèmes de parenté : Des villageois grecs aux étudiants lyonnais, *Ethnologie française*, vol.24, n°1, pp. 36-44.

- VOROS Florian, 2009, L'invention de l'addiction à la pornographie, *Sexologies*, vol.18, n°2, pp. 270-276.
- VRANCKEN Didier & MACQUET Claude, 2006, *Le travail sur Soi. Vers une psychologisation de la société ?*, Paris, Belin.
- WALCH Agnès, 2002, *La spiritualité conjugale dans le catholicisme français. 16^{ième} – 20^{ième} siècles*, Paris, Editions du Cerf.
- WEBER Max, 1971 (1921), *Économie et société, Tome I*, Paris, Plon.
- WEEKS Jeffrey, 2000 (1985), L'empreinte culturelle, *Journal des anthropologues*, n°82-83, pp. 25-37.
- WEIGLE David C., 1995, Psychology and Homosexuality: the British Sexological Society, *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, vol.31, n°2, pp. 137-148.
- WEINBERG Martin S., SWENSSON Rochelle G. & HAMMERSMITH Sue K., 1983, Sexual Autonomy and the Status of Women: Models of Female Sexuality in U. S. Sex Manuals from 1950 to 1980, *Social Problems*, vol.30, n°3, pp. 312-324
- WESTWOOD Gordon, 1960, *A Minority. A Report on the Life of the Male Homosexual in Great Britain*, Londres, Longmans.
- WIENKE Chris, 2006, Sex the Natural Way : The Marketing of Cialis and Levitra in Rosenfeld D. & Faircloth C. A. (eds.), *Medicalized Masculinities*, Philadelphie, Temple University Press, pp. 45-64.
- WINTON Mark Allan, 2000, The Medicalization of Male Sexual Dysfunctions : An Analysis of Sex Therapy Journals, *Journal of Sex Education and Therapy*, vol.25, n°4, pp. 231-239.
- WOJCIECHOWSKI Jean-Bernard, 1997, L'association d'étude sexologique (1931-1939) et l'action d'Edouard Toulouse (1865-1947), *L'information Psychiatrique*, vol. 73, n°2, pp. 129-140.
- WOLFF Charlotte, 1986, *Magnus Hirschfeld : a Portrait of a Pioneer in Sexology*, Londres, Quartet Books.

Résumé

En s'appuyant sur une enquête auprès de patients de sexologues, cette thèse traite d'abord de problématiques familières à l'anthropologie de la maladie : les critères de détermination de la maladie, l'interprétation des troubles sexuels, les itinéraires thérapeutiques et les logiques sociales qui les guident, le sens que les personnes interrogées donnent à leur démarche thérapeutique. S'intéresser aux troubles sexuels et à ce que font les hommes et les femmes pour les régler, permet aussi d'interroger les significations et les représentations de la sexualité dans notre société. Pour expliquer et rendre compte de leur recours, les hommes et les femmes ne manquent pas en effet de produire des discours qui nous renseignent sur le rôle qu'ils ou elles attribuent à la sexualité. Cela permet de cerner les rapports entre sexualité et conjugalité ainsi que les liens que la sexualité entretient avec les identités féminines et masculines.

Mots-clés

France – sexualité – troubles sexuels – genre – sexologie – itinéraires thérapeutiques – hétérosexualité – conjugalité – féminité – masculinité

Abstract

Based on an investigation with sexology patients, this dissertation deals in a first place with common issues within medical anthropology: the criteria by which an illness is determined, the interpretation of sexual disorders, the logics behind therapeutic itineraries, the meaning given by patients to their therapeutic process. Approaching sexual disorders and what men and women do to resolve them is also a path toward the analysis of significations and representations of sexuality in our society. In order to explain and account for their resort to sexology, men and women articulate in discourse the role they ascribe to sexuality. From this discourse, it is possible to understand the relations between sexuality and conjugality on the one hand, and between sexuality and masculine and feminine identities on the other hand.

Keywords

France – sexuality – sexual disorders – gender – sexology – therapeutic itineraries – heterosexuality – conjugality – femininity – masculinity