

SEXE :

aux confins de Médecine et Société

Avant-propos

Intervenir pour les 50 ans du CEFA est un besoin de témoigner, de ponctuer son histoire, de raconter une tranche de vie. L'approche est particulière : vision de l'institution, à une époque donnée aux travers de mes différentes fonctions. 1996, l'époque n'est pas encore houleuse, Anne Quintin est directrice au CEFA. À l'horizon, fin du millénaire, un événement grave perturbe le CEFA et menace sa survie. L'ancienne mouture se meurt, j'y étais. La nouvelle version, annoncée et aboutie ultérieurement, m'est étrangère. J'évoquerais mon passage, dans cette institution, l'éclatement de sa structure, la révocation de ses membres : travailleurs/ses ou étudiant.e.s. Tout commence par mon intronisation, par Anne Quintin, au conseil d'administration du CEFA, alors que je pratique la sexologie au centre de guidance Chapelle-aux-champs de l'UCL. Brièvement administratrice, je délègue cette casquette pour gagner le rang des travailleurs/ses. Travail que j'évoquerai pour parler de l'institution et de ses œuvres. Je serai professeure chargée du séminaire intitulé « Difficultés sexuelles » : j'aborderai plus loin le contenu de cet enseignement et le situerai à la lueur des progrès récents

médico-techniques et scientifiques. En tant que permanente culturelle également, j'accueillais les orateurs, dans un cycle de conférences sur le mariage et sa séquence : y entrer – en sortir et se reconstruire. Séquence inspirée par un cursus personnel et qui donnait matière à instruire d'autres femmes des aléas du mariage. À la demande de Belgacom, le CEFA me mandata ensuite pour instruire des personnes de confiance dans la lutte contre le harcèlement sexuel et moral. Encore, les mariages blancs et ses victimes fut un sujet qui me tint à cœur auquel je participai : comment répondre à ces nouvelles détresses humaines ? Et enfin, j'ai eu à évaluer le mémoire des étudiant.e.s en fin de formation.

Séminaire de difficultés sexuelles

Approches thérapeutiques du séminaire

Revenons quelques années avant l'an 2000, où professeure à l'Institut de formation du CEFA, j'anime le séminaire des « dysfonctions sexuelles ». L'enseignement est basé sur le sexe et non l'amour. Les affections sexuelles sont décrites selon une classification médicale en symptômes : dysfonction érectile, éjaculation précoce - retardée, frigidité, vaginisme, dyspareunie, anorgasmie, anaphrodisie... ; tous troubles suscités par des lésions du soma : affection des organes et du système neuro-endocrino-cardiovasculaire ou par des troubles de la fonction, sans lésion physiologique, attribués à des causes psychiques.

La médecine décèle ces troubles en les diagnostiquant par des méthodes adaptées à l'évolution des sciences et des techniques en usage à l'époque et les traitent par des moyens intracorporels, plus ou moins invasifs : médico-chimiques ou chirurgicaux. Tous traitements qui ont été expérimentés et reproduits sur un grand nombre de patient.e.s souffrant de la même affection et jugés suffisamment efficaces pour être administrés au patient afin d'enrayer la maladie ou d'en diminuer les effets négatifs. Les médecins traitent la maladie et cherchent à faire disparaître les symptômes qui perturbent « la santé » et l'équilibre psychosomatique du patient. Les médecins spécialistes se concentrent sur une partie du corps : la sphère uro-génitale pour gynécologues et urologues, la sphère mentale pour les neuro-psychiatres... Tandis que les médecins généralistes abordent l'affection de manière holistique. Tout.e.s ces médecins savent ce qui convient aux patient.e.s et prescrivent un traitement pour faire disparaître le symptôme invalidant.

N'ayant pu diagnostiquer ou identifier un trouble sexuel en dehors de la plainte subjective, ils/elles parlent volontiers de troubles psychologiques acquis par un traumatisme individuel lors du développement psychogénétique du sujet ou d'événements contextuels propres à l'histoire individuelle ou environnementale.

Les médecins sont formé.e.s pour prendre en charge les patient.e.s souffrant de troubles somatiques et délèguent à d'autres professionnel.le.s de la relation d'aide, les malades imaginaires, les « psy » souffrant de dysfonction sexuelle. Les futur.e.s conseiller.e.s conjugaux/ales ou assistant.e.s en sexologie au CEFA, généralement non médecins, apprennent à ne pas exercer illégalement la médecine et identifient leur sphère d'action, en excluant le champ d'action médical et en touchant à des professions de la santé, paramédicales, psychologiques... Leurs techniques sont : de type extracorporel ou cutané (sexothérapie, relaxation, massage...) et de type transcorporel (thérapie verbale et non verbale ou comportementalisme).

Les thérapies verbales font référence à la psychanalyse selon les associations libres de Freud ou selon la méthode non directive de Rodgers. L'enjeu thérapeutique est de lever le symptôme. Les thérapeutes jouent un rôle de facilitateur, catalyseur de cette réaction. En effet, dans la relation thérapeutique, la parole échangée entre celui/celle qui parle et celui/celle qui l'écoute, traverse le corps et l'âme de celui/celle qui consulte. Le/la malade-client.e prend conscience de maux intérieurs qui troublaient sa conscience intérieure sans qu'il/elle ne le sache et qui le/la perturbaient, l'empêchant de bien vivre et de s'épanouir dans sa vie relationnelle et sexuelle.

Il existe une autre intervention thérapeutique qui cherche à écouter-entendre le symptôme mais non à le supprimer : la thérapie systémique de couple ou plus exactement de famille, car le couple est le plus petit groupe socio-familial. Elle oriente ma pratique clinique et me fut apprise par Siegi Hirsch, élève de Minouchin formé à l'École de Palo Alto, aux USA. Approche thérapeutique qui mit du temps à se faire connaître en Belgique.

Prodiguer cet enseignement clinique novateur, au CEFA, était important pour moi. Il s'agissait de transmettre non un savoir théorique, mais un savoir-faire : une pratique clinique. Un besoin de transmettre à d'autres ce que j'avais reçu ; une manière de partager un savoir qui dépasse la connaissance théorique mais donner à d'autres ce que j'avais reçu d'un Maître : son expérience humaine, personnelle et professionnelle.

L'INAMI rembourse la psychothérapie, aux seul.e.s prestataires psychiatres; des mutuelles et les assurances de la Communauté Européenne (CEE) étendent ce remboursement de la maladie sexuelle, à tous ses membres quel que soit le titre du/de la psychothérapeute. C'est donc arbitrairement qu'une société décrète ce qui est une maladie et ce qui mérite d'être traité et ce que la collectivité doit prendre en charge. Ainsi la dysfonction érectile traitée par le sildénafil (viagra) est une maladie remboursée chez le travailleur de la CEE et un médicament de confort non remboursé chez le Belge.

Les médecins d'hier, traitaient les « vraies » maladies: la souffrance humaine, les maladies sexuellement transmissibles, les déviations sexuelles... et n'avaient pas comme prérogatives: les dysfonctions sexuelles, les troubles du plaisir... Aujourd'hui, toutes spécialités médicales confondues s'y intéressent et traitent la maladie. Par exemple, la dysfonction érectile est traitée par: l'urologue (et les prothèses péniennes), l'endocrinologue (et le diabète), le cardiologue (le sexe: antenne de santé du cœur!), le neurologue (lésions médullaires et assistance sexuelle à un paraplégique).

Modalités d'intervention thérapeutique

Thérapie individuelle

La thérapie individuelle est indiquée quand une seule et même personne porte un symptôme, s'en plaint et demande de l'aide. C'est la situation habituelle en médecine.

Reprenons la situation évoquée antérieurement: « ne pas pouvoir faire l'amour ». Un homme peut venir, seul ou accompagné, chez le médecin et se plaindre de « pannes sexuelles ».

Et ce n'est pas parce que l'on vient en couple qu'il s'agit d'une thérapie de couple.

L'attention du/de la médecin se porte sur la maladie, celui/celle qui dit avoir des symptômes et qui s'en plaint. L'anamnèse orientera le diagnostic et l'examen du malade recherchera des signes cliniques d'une affection et se poursuivra éventuellement, par d'autres investigations: examens de laboratoire ou des techniques médicales. Une fois le diagnostic établi, un traitement sera instauré pour guérir le patient, faire disparaître les symptômes ou en atténuer les effets nocifs. Une nouvelle tendance venue des USA exige maintenant une obligation non

de soins mais de résultats thérapeutiques! La maladie et la mort seraient tenues en échec! Ainsi le relate le Dr Laurent Alexandre² dans un ouvrage récent: l'homme serait en pièces détachées, réparable indéfiniment, par des pièces de rechange issues du monde vivant ou non: génie de la biotechnique... Rien n'arrête le progrès. Fort de ce savoir, le/la patient.e même condamné.e, exige la guérison et fait son shopping thérapeutique via Internet. Certains doublons thérapeutiques font exploser le budget des soins de santé. Les ministères concernés, à force de réformes, cherchent à endiguer ce gouffre financier.

En fidélisant par exemple un.e patient.e à son médecin via la tenue de son dossier médical (DMI). À la lumière des nouveautés thérapeutiques et des connaissances actuelles, le/la médecin a le devoir de prescrire le traitement le plus adapté à l'affection, et le devoir de résultat, même si ce dernier point est décrié.

Quand j'enseignais au CEFA, par exemple, la dysfonction érectile était traitée par injection intra caverneuse ou prothèse pénienne. La non compliance³ thérapeutique sur le long court, ou le refus d'adhérer à pareil traitement anti-naturel, amenaient les médecins à orienter leurs patients impuissants vers les psy (sexologues, conseillers conjugaux...) selon une logique: « si ce n'est pas médical, c'est psy! ». En réalité, l'échec thérapeutique changeait de mains!

Fin du siècle passé, l'avènement du sildénafil (viagra) et ses succédanés modifièrent l'approche thérapeutique. Les médecins armés d'un nouveau remède, redevenaient puissants et pouvaient répondre à la demande des patients « impuissants »; les médias reléguèrent ce message par un spot publicitaire: « parlez-en à votre médecin », lui sous-entendu, saura que faire.

Enfin, c'était ignorer qu'un symptôme débusqué, non entendu dans sa signification profonde, se déplace et se manifeste ailleurs, au grand dam du/de la médecin qui ignore la collusion du couple. La performance sexuelle retrouvée par exemple, chez l'homme traité par sildénafil, dévoilera la difficulté sexuelle de la femme qui souffrira d'anaphrodisie, de phobie sexuelle, de dépression, ou d'angoisse... Le traitement de la collusion du couple peut donc être abordé en thérapie de couple.

Le/la médecin apprend ses limites. Malgré ses désirs de puissance, la réussite thérapeutique ne dépend pas seulement de ses savoirs mais de la réponse

du/de la patient.e, de sa compliance au traitement et de quelque chose qui échappe au raisonnement, à la science : part mystérieuse, inconsciente, écrite dans la genèse de l'homme, du monde ou des dieux ?

Pour ma part, je postule souvent la prise en charge simultanée d'un.e patient.e et de son système relationnel, par des thérapeutes d'obédience différente quant à leur pratique professionnelle, mais qui travaillent en interaction. Cette méthode permet de répondre le plus adéquatement à la demande de ceux/elles qui consultent. Agir simultanément par traitement médicamenteux et conjugal réduirait-il l'échec thérapeutique ?

Thérapie de couple

Reprenons la situation évoquée antérieurement: « ne pas pouvoir faire l'amour ».

Certes, l'homme peut avoir une dysfonction érectile et la femme se plaindre de l'absence de relations sexuelles. Les deux partenaires peuvent alors consulter ensemble et demander de l'aide.

La thérapie conjugale est envisagée si elle rencontre l'assentiment des protagonistes. Le modèle thérapeutique proposé par le thérapeute doit être avalisé par le système de valeurs de ceux/elles qui le consultent. Inutile de prescrire une thérapie de couple à des patient.e.s qui ne croient pas à l'interférence du psychisme, dans ses affections. La thérapie analyse d'abord la demande explicite et cherchera ensuite à découvrir celle qui est implicite et que le symptôme dévoile. L'union du couple, leur cohésion existe depuis des années, malgré leur « non relation sexuelle ». Faire préciser ce qui amène les conjoint.e.s à consulter ensemble, maintenant, alors qu'ils connaissent l'affection du mari de longue date et que cela n'a pas affecté jusqu'alors leur vie conjointe. Il est important de découvrir l'élément récent, déclencheur qui déstabilise le couple. Dans cette situation clinique, la femme explicite ses récents désirs de femme : ses besoins de jouissance ou de maternité.

La demande d'aide du couple est de sortir de la maladie de leur système socio-familial qui dysfonctionne. Chacun.e dénonce non d'être malade mais l'insatisfaction de leur rôle dans le couple. L'homme refuse le rôle de porter le symptôme : être impuissant. La femme refuse le rôle de femme frustrée.

Interrogeons le ciment du couple, leur cohésion, ce qui les lie l'un.e à l'autre consciemment et inconsciemment. Quelle est leur histoire individuelle, celle de leur famille d'origine et de leur couple ? La thérapie de couple cherchera à découvrir le mythe originel, ce qui a amené le couple à se construire. Mythe fondateur du couple qui échappe à la conscience des conjoint.e.s mais qui se dévoile par des éléments visibles : comportements, rôles, interactions des partenaires...

Le mythe est ce qui se joue dans « l'arrière-scène » de la vie quotidienne du couple et dont les conjoint.e.s, partenaires de vie, n'ont pas conscience. Les conjoint.e.s jouent « scène de la vie conjugale et mécontente sexuelle ». Ils/elles sont en représentation, au théâtre devant : la famille, la société, le/la thérapeute. Ils/elles sont acteurs/trices dans cette pièce de la vie quotidienne et jouent chacun.e un rôle explicite et implicite.

Dans le **premier acte** : l'homme joue le rôle du malade, impuissant et la femme celui de la femme sacrifiée, dévouée à l'homme, ainsi que le veut l'environnement (société machiste où la femme s'aliène à l'homme).

Dans le **second acte** : le changement est annoncé. Un événement risque de faire éclater le couple et leur équilibre relationnel. L'événement est l'arrivée d'un tiers dans la dyade couple :

- scénario un, la partenaire envisage une relation extraconjugale avec un « collègue » : elle jouerait alors le rôle de la femme amante, épanouie sexuellement.
- scénario deux, elle veut un enfant. Elle jouerait donc le rôle de la femme, mère épanouie dans la maternité.

Dans le **troisième acte** : le déroulement de la pièce est en suspens. Le couple vole en éclats ou se poursuit.

La thérapie conjugale leva le script pathogène : leur famille d'origine désapprouvait leur lien. Il et elle n'avaient pas osé entrer en conflit avec leurs proches. Il et elle avaient fonctionné inconsciemment selon le désir des parents et s'étaient comportés comme des enfants obéissants, incapables d'avoir une sexualité adulte, même si phénoménologiquement il et elle vivaient ensemble. Tous deux privilégiaient leur relation d'enfants à celle de jeunes adultes sexués. Par cette lecture, les conjoint.e.s comprennent leur histoire : il et elle l'entérinent, la récrivent ou la réfutent.

Bref, l'enjeu sera : soit de rester en couple en s'adaptant et en devenant parents-amants, ou en restant comme avant, gardant le symptôme et son inhibition, soit de faire éclater le couple.

La réponse importe peu au thérapeute conjugal. L'union n'est pas la visée thérapeutique mais bien l'harmonie des conjoints à jouer un rôle qui leur convient, dans la pièce qu'ils choisissent dans le couple ou hors du couple.

Médecine et Société

Ce propos traite de l'impact de la médecine et du rôle qu'elle joue dans le comportement sexuel des personnes au cours de ces 50 dernières années. La révolution sexuelle débute par la naissance de la pilule et se poursuit. L'éclairage se portera sur des événements signifiants, là où la médecine panse des souffrances humaines mais aussi assoit son pouvoir. Son champ d'action sort du corps douloureux, malade et s'ouvre sur le corps bienheureux, jouissant, en santé sexuelle.

Les progrès de la science et de la médecine interpellent le sujet qui consulte. Ce questionnement interpelle en retour le/la professionnel.le qui le reçoit. Professionnel.le qui se positionne sur le système social dans lequel il évolue qui est conforme ou non à ses attentes, à son système de valeurs.

Des questions morales et éthiques se posent aux médecins, certain.e.s impliqué.e.s au péril de leur statut social, professionnel et religieux pour que des femmes soient entendues et puissent avoir accès à la pilule contraceptive et par la suite, à l'avortement, lors d'une grossesse non désirée.

Toute grossesse devient ensuite, par extension, une affection, une maladie. L'acte physiologique d'hier – enfanter à domicile avec des sages-femmes – devient aujourd'hui un acte médical qui s'exécute le plus souvent à l'hôpital pour prévenir l'affection de la mère et de l'enfant.

La question morale, éthique se pose-t-elle dans notre société? Quand en 1980, un handicapé des quatre membres, demande dans un hôpital de grands brûlés, l'aide médicale pour assouvir ses besoins de paternité. La question éthique se pose au-delà de la faisabilité de l'acte. La demande est-elle recevable? Le corps médical peut-il moralement répondre à la demande? L'éthique aujourd'hui est autre. Le/la patient.e demande au corps médical

d'assurer ou réfuter sa parenté. Des méthodes de procréation médicalement assistée et d'interruption volontaire de grossesse existent. La faisabilité de la demande et le coût de l'opération sont envisagés. Le/la médecin a acquis au-delà de son art, une technique qui lui permet d'agir dans le corps.

Il/elle peut aussi à la demande modifier le sexe : changer le genre d'une personne, donner à un homme les caractères sexuels féminins et l'inverse pour une femme. Son intervention mutile un corps, un organe qui fonctionne et le rendre non fonctionnel. Une modification génitale peut s'opérer pour des raisons esthétiques, rendre attrayant un sexe vieillissant par exemple, ou pour pallier à des dysfonctionnements uro-génitaux fréquents, dans les mutilations sexuelles pratiquées par certaines communautés.

La Médecine joue un rôle catalyseur. Elle actionne une réaction chimique qui perturbe l'équilibre en place entre Nature et Culture. Ce déséquilibre est suivi d'une suite de réactions en chaînes qui toutes tentent de rétablir un nouvel équilibre. Ainsi, depuis la naissance de la pilule contraceptive et de sa vulgarisation au siècle passé, les révolutions médico-techniques se succèdent et déclenchent des mouvements sociaux en chaînes. Réactions en chaînes qui ne s'arrêteront que quand un nouvel équilibre sera obtenu. Ce ne sera possible que si tous les mouvements contestataires minoritaires sont entendus et réduits au silence, non par la force mais par des méthodes démocratiques qui les assimilent au plus grand nombre, à la majorité des citoyen.ne.s de Droit.

Le droit public est amené à légiférer dans des affaires de droit privé. Si le slogan de Mai 68 était : il est interdit d'interdire. En 2011, l'obligation est d'interdire. Pour protéger les minorités, il faut interdire : l'homophobie, la violence conjugale, le viol domestique, l'abus de personnes fragilisées (enfants, seniors, handicapé.e.s, illégaux...).

Séquence historique

Mon travail prit ses racines dans le mouvement de libération sexuelle des années 1968 et des découvertes médico-techniques qui suivirent. La fertilité pouvait être régulée. Il était possible médicalement de limiter la procréation par des méthodes de contraception et d'avortement, ou au contraire de la favoriser par les méthodes de procréation médicalement assistée. Les grands mouvements de contestations sociales pour les établir étaient finis. Ces pratiques médicales étaient autorisées et non plus réprimées. Mais les mentalités

n'avaient pas évolué aussi vite que ces possibilités médicales. La femme, libérée du rôle assigné par l'homme, pouvait décider de choisir son destin et s'affranchissait en ne devenant ni pute ni soumise. De gibier traqué par le désir de l'homme, elle devint chasseresse et débusque le mâle qui craint l'envie de la femme, son besoin de jouissance qu'elle revendique. Adieu mâle arrogance, bonjour dame appétence!

Revendiquer n'est pas obtenir. La femme souffre d'un orgasme qui lui échappe, l'homme d'une difficulté à la satisfaire. Pour palier à ces frustrations, il et elle s'en remettent corps et âme, à des sexologues, gens de profession nouvellement établis, respectables ou charlatans. Les professionnel.le.s de la santé sont formé.e.s par des instances savantes, universitaires ou communautés thérapeutiques. Formé.e.s et diplômé.e.s, les sexologues existent mais n'ont pas la reconnaissance légale de la profession.

L'homme non performant, souffrant de dysfonction érectile, d'éjaculation précoce est rejeté par la femme. Et la femme souffrant d'un cancer mammaire est rejetée par l'homme car impropre à la consommation. Il la préfère morte plutôt que vivante et amputée! Les campagnes de dépistage pour le cancer du sein, sont boudées par les femmes. Leur crainte serait-elle que leur éventuelle maladie soit fatale pour leur couple? La pléthore de colloques et de réunions scientifiques organisées par les médecins sur les traitements en couple, ne se berce-t-elle pas d'illusions, celles que le/la partenaire sain.e prendra en charge le/la partenaire malade?

La réalité sociale est-elle ignorée? La fragilité des couples qui se cassent à la moindre difficulté; l'individualisme exacerbé dans notre société qui amène les personnes à refuser les obligations inhérentes au mariage et à la cohabitation (pas de solidarité, pas de devoirs, pas de secours, pas d'entraide); l'envie juste de s'éclater, de vivre de sexe ou de passer de chouettes moments sans contrainte ni engagement.

Séquence sexuelle

Traditionnellement, la sexualité se déroulait entre deux individu.e.s adultes, de genre différent, qui s'unissaient pour la vie lors d'une cérémonie civile et religieuse. Aujourd'hui l'union se veut libre, sans contracter de mariage et sans l'assentiment de la famille. Beaucoup d'unions ont une durée limitée. Les conjoint.e.s homo ou hétérosexuel.le.s sont issus parfois de milieu socioculturel et religieux différent et

recherchent une satisfaction ensemble. Le plaisir devient une exigence sociale. L'homme doit être performant et la femme orgasmique. La relation extraconjugale est facilitée car les partenaires de vie réelle ont souvent une autre vie, avec des partenaires réel.le.s ou virtuel.le.s, comme rencontré.e.s sur des sites Internet. L'identité d'un partenaire sexuel n'est pas immuable. Il est possible médicalement de se transformer: changer de genre, d'apparence physique, se relooker... Transformation qui souvent rend perplexe l'entourage. En effet, une jeune femme en âge de procréer, ne peut accéder à la maternité et consulte. Ses antécédents familiaux révèlent que son père est devenu une transsexuelle. Situation qui l'a fortement ébranlée. Elle a mué à son tour, a acquis une voix virile, une démarche masculine. Elle est devenue autre: clone du père disparu, mère en perdition?

L'acte d'amour mute à son tour et devient relation sexuelle puis acte sexuel. Le sexe est un acte autre. Le but recherché est souvent une satisfaction pré-génitale qui n'engage pas le sujet avec un autre. La jouissance flirte de plus en plus avec la mort. Le libertinage et ses plaisirs sont supplantés par des conduites addictives, à risques, qui effrayent le sujet qui s'y adonne et qu'il ne peut réprimer. La consultation s'alimente de ces personnes qui pratiquent le sexe extrême et qui craignent d'y laisser leur peau. L'enjeu n'est pas de donner au/à la partenaire sexuel.le du plaisir mais de le démolir, de le réduire au silence (définitif?). La pénétration se fait à plusieurs, simultanément dans tout orifice. La personne est bouchée de toute part, réduite au silence, incapable de bouger, de se manifester. Faire exploser l'autre, le molester, le mutiler, l'anéantir...

Ces pratiques sexuelles sadomasochistes se vulgarisent et deviennent l'apanage du père et de la mère de famille. On est loin de la relation d'amour, du lien épanouissant des personnes qui donne du sens à la vie. Ici, l'enjeu est d'expérimenter l'indicible, reculer les frontières du vivant et du mort. Pouvoir briser l'autre, plonger dans son être, lui exploser les organes, lui donner la petite-mort, non celle qui surgit avec le plaisir, mais celle qui indélébile laisse trace: lésions d'organes génitaux accompagnées d'incontinence, d'infertilité. Combien d'hommes respectables, mariés, pères de famille, travaillant, consultant, coupables d'avoir à assouvir leur besoin compulsif de sexe, que ce soit en s'assouvissant seul ou avec d'autres. Envie incontrôlable qui les pousse à fréquenter des sites internet pornographiques, des lieux de prostitution où ils se rendent sans le vouloir au risque de compromettre leur vie réelle, affective et relationnelle.

Nombre d'hommes désabusés par leurs partenaires et leurs exigences cherchent ailleurs leur Dulcinée. Par Internet, ils rêvent et se laissent aller à des

plaisirs solitaires, et jouissent : soit avec une partenaire réduite à l'état d'objet partiel (voix, image, morceau de corps – sein, sexe...); soit avec une partenaire entière qu'ils objectivent, réduisent à être leur objet de satisfaction sexuelle dont ils achètent ou exploitent les services. Sur la toile, ils découvrent des partenaires réelles, économiquement fragilisées, jeunes, étrangères et soumises, qu'ils rencontrent et épousent. Mariées, ces femmes devenues Belges se manifestent et pour obtenir ce qu'elles désirent, exercent comme nos mères, un chantage sexuel en se refusant. L'homme qui à ce jeu, croyait prendre, se retrouve emprisonné, frustré et impuissant. Ce qui l'amène bien souvent à consulter.

Compulsions, désir de jouir et d'anéantir, nombreuses sont les consultations où le sujet souffre de conduites non régulées par le Moi. Le sujet agit ce que sa raison réprouve. Poussé à s'assouvir, il passe à l'acte, se décharge et souffre ensuite, se sentant coupable d'avoir accompli un acte que son Moi désapprouve. Ainsi, je reçois un homme qui au réveil, dessoulé, angoisse. Son corps est mutilé, ses organes sexuels boursoufflés, marqués par la nuit de débauche dont il n'a plus le souvenir. Il se rappelle juste l'envie irrépressible de plaisirs qui l'a conduit dans un lieu de prostitution où les jeux sadomasochistes sont d'usage. Il se réveille après un mauvais trip où il a flirté sans savoir avec la mort. Par chance, cette fois, il y a échappé mais angoisse à l'idée de, sans le vouloir, recommencer et perdre la vie : jouir à mort, quelle déraison ! L'homme de ce siècle prit au mirage de l'image, de la reality show, confond son essence : image ou réalité ? Une image ça ne ressent rien, ça ne vit pas. Mais une force obscure, issue de je ne sais où, le pousse à agir, à expérimenter l'indicible, à mêler douleur et plaisir extrême, à la limite de la vie, de la mort, de soi, de l'autre. Est-il sujet ou objet ?

Conduites addictives qui le poussent à toujours vouloir plus : plus d'opérations, de sexe, de drogues, de nourriture... Et plus il en demande, et plus il en manque, et plus il recommence. Cercle infernal qui le mène à mourir de vouloir l'impossible. La réalité le rattrape, il meurt de vouloir être ce qu'il ne peut être, à moins d'interpeller et de demander à temps l'aide d'un.e professionnel.le de la santé psychique, physique et relationnelle.

Discours juridique

Si le droit à la vie privée autorise ces jeux sexuels, d'autres sont prohibés par notre code juridique. La mutilation génitale, ritualisée par certaines sociétés qui en font usage, même dans notre pays, est interdite. Cet acte marque dans la chair d'un.e individu.e, son appartenance à un groupe d'individu.e.s,

bien définis qui se reconnaissent entre eux, par ce système de valeurs. Concrètement, idéologie sociale ou éloge de l'individualisme, les mutilations génitales handicapent l'individu.e, lèsent sa sphère uro-génitale, le/la rendent incontinent.e, inapte au plaisir. Dommage corporel que la médecine actuelle, chirurgicale, tente à grands frais d'endiguer. Plaisir rarement entièrement retrouvé qui amène le/la patient.e à demander de l'aide au/à la sexologue et à le/la questionner sur la jouissance.

Discours médical

Vivre sans Mourir : un malade du Sida me le rappelle. Contaminé, il y a quelques années, par son partenaire qui avait été infidèle, il était entré dans la maladie. Affection aigüe qui le condamnait, faute de traitement efficace, à mourir dans un délai court. Il s'était fait à l'idée de sa disparition prochaine. De nouveaux médicaments, tri et quadrithérapie, apparurent et changèrent le pronostic vital du Sida. Le patient devenu chronique, s'inquiéta de son devenir, de cette immortalité insolite et consulta. Son désir sexuel avait disparu avec l'annonce de l'affection. Il s'était senti mourir. Maintenant, il souffrait de devoir vivre. Que faire de cette sur-vie ? La libido éteinte signe-t-elle ce désir de finitude ? Il mit le mot fin en questionnant la vie de son couple et le partenaire qui l'avait trahi et contaminé. L'acte sexuel, par transmission du SIDA, était porteur de mort et non de vie. La thérapie médicamenteuse lui donnait une autre vie : une éternité à combler !

Vivre sans vieillir : la femme devenant maîtresse de son corps, apprit à refuser la maternité ou à y songer trop tard. Elle demande à la médecine d'effacer les rides du temps, de façonner son corps, de le rendre désirable ou apte, en tout temps, à procréer.

Jouir sans fin : les hommes touchent à la pilule miracle non seulement celle qui permet d'être performant sur ordonnance mais celle qui permet, à l'instar des femmes, de jouir à répétition, sans période de latence ! Miracle médical qui mène l'homme à ne plus croire à sa condition de mortel !

Discours social

Mourir quand même : reprenons à l'Antiquité, dans la mythologie grecque, le passage d'Orphée au Royaume des morts « là où les morts, tels des ombres errent et se déplacent, indistinctes, comme dans un épais brouillard ». Le mort erre sans but et sans corps propre. Il se fond aux corps des autres, à leur masse

et perd le sens de son accomplissement, la ligne droite qui le mène à un point précis : son but existentiel. Vision de l'Hadès qui fait écho à notre monde : effroi du vivant qui se sent mort, privé d'individualité et de but existentiel. Combien sont nombreuses les personnes à la consultation médicale, qui se plaignent de cet état de mort-vivant où les individu.e.s dépersonnalisés.e.s errent sans papiers, sans travail, sans famille, sans amour... Ils/elles se sentent mort.e.s, exclus du monde des vivant.e.s, de ceux/celles qui produisent « des enfants et des biens de consommation ».

Leur statut : assisté.e social.e. Des individu.e.s indistinct.e.s perdu.e.s dans la masse, sans toit fixe, sans projet existentiel. Situation qui contraste avec la Charte des Droits de l'Homme qui proclame que chaque humain.e a le droit de vivre dans la dignité. Pour s'accomplir, il/elle doit pouvoir porter un nom, créer sa propre famille avec la personne de son choix, avoir accès à des ressources suffisantes pour vivre et bénéficier de soins de santé. Force est de constater que notre monde fonctionne à deux vitesses, il y a ceux/celles qui bénéficient de notre système social et ceux/celles qui en sont exclus. L'étonnement d'une personne, dans un pays émergent, de me dire : « Vous avez même des médecins pour les animaux, alors que nous n'en avons même pas pour les hommes/femmes » !

Discours thérapeutique

Sortir du miroir aux alouettes : des remèdes apportés à l'Autre par la pléthore des sociétés savantes. Rencontrer des Humains et leur humanité.

Écouter celui/celle qui consulte et demande de l'aide, en refusant de :

- *Jouir à en mourir* : en se remplissant d'objets de consommations (sexe, drogue...), en agissant dangereusement (sports extrêmes...)
- Mourir de ne pas jouir : en étant pétrifié, minéralisé, incapable de sentir, de bouger, de vivre, d'aimer.

Être interpellé.e par la souffrance de l'autre :

- *En cherchant à l'alléger* : en s'informant, le/la thérapeute emmagasine des recettes, des théories qu'il/elle investit et éprouve avant de répondre à la demande d'aide de l'autre et de lui proposer un soutien dans son questionnement (l'aider à comprendre, par son histoire, le sens de son affection).
- *En répondant à l'autre* : en donnant une présence sécurisante, condition qui permet d'établir une relation entre deux êtres humains. Un dialogue s'établit

entre deux personnes : une qui s'exprime et parle, l'autre qui écoute, ponctue le discours. Toutes deux éprouvent que ce qui se joue là est important et donne du sens à leur vie.

Clôturer une thérapie :

- *Découvrir de ce qui est en soi* : difficile de capter, seul.e, ce qui préexiste en soi mais qui se révèle par l'écoute bienveillante de celui/celle qui écoute.
- *Sortir d'une relation privilégiée, éphémère* : chacun.e doit pouvoir se distancer, retrouver sa liberté, sa vie sans cette relation.

Reproduire un cycle existentiel :

- *Fusion et défusion* : lien thérapeutique, lien relationnel, lien sexuel, lien génital, lien mère-enfant ; tout se joue entre proximité et distance, liberté et autonomie, soi avec/sans l'autre.

Pour conclure...

Le CEFA a répondu, en formant des professionnel.le.s, à des demandes sociétales : mal-être des personnes dans leur vie relationnelle, affective et sexuelle. Le séminaire des difficultés sexuelles fut abordé pour corroborer cet enseignement et permettre aux étudiant.e.s, futur.e.s professionnel.le.s de la relation d'aide, d'avoir une approche théorique et pratique aussi vaste que possible afin qu'ils/elles puissent choisir la méthode qui semblait le mieux leur convenir. Les lieux où on pouvait prodiguer cet enseignement, étaient rares à l'époque. En 2011, l'enseignement de la chose sexuelle se généralise : universités, hôpitaux, etc. Le contenu de cet enseignement était axé sur l'approche thérapeutique médicale et l'approche de la thérapie familiale systémique. L'évolution du contexte social a modifié la formulation de demande de la relation d'aide et la réponse thérapeutique à apporter. Celle-ci diffère selon l'écoute du/de la professionnel.le et sa formation. Les mœurs sexuelles de ces dernières décennies ont fortement remodelé la formulation de la demande d'aide, de manière antagoniste. La plainte constante est la souffrance des personnes à se calquer sur le modèle social proposé. L'individu.e consulte quand il/elle ne peut se mouler aux exigences sociétales, destinées au plus grand nombre. Préceptes qui sont relayés par les instances du pouvoir en place : politiques, économiques, scientifiques, médicales...

La libération sexuelle, acquise par la contraception, s'est commutée en sexe réprimé par l'avènement du SIDA. La demande d'hier était de refréner la ferti-

lité et la procréation, aujourd'hui de la stimuler et d'assister la parenté. Le sexe, qui était contraignant pour la femme, est maintenant sollicité.

La sexualité qui apportait plaisir, vie, épanouissement devient source de mort, de « démolition ». La société d'hier condamnait la sexualité prégénitale et aujourd'hui, la favorise et en tire profits : vente de films érotiques, sex toys, médicaments...

Le sexe n'est-il pas là où on s'y attend le moins ?

Notes

1. Médecin – Sexologue – Psychothérapeute
2. Dr ALEXANDRE L., *La mort de la mort*, Paris, JC Lattès, avril 2011.
3. Le/la patient.e est compliant.e s'il/elle suit le traitement médical prescrit.

CEFA^{asbl}
www.asblcefa.be

Avec le soutien de la Fédération Wallonie-Bruxelles
et de la Province du Brabant wallon

