

UBPSY-684.
98-001.

Cahiers Sc. Fam. et Sex., n° 16, octobre 1992, 189-192



LA SEXUALITÉ DES HOMMES : ASPECTS CLINIQUES¹

Christian MORMONT

**“Vingt ans après l'émergence du néo-féminisme,
qu'en est-il de la problématique sexuelle
de l'homme et de la femme ?”**

Cette question incite, d'une part, à comparer l'état présent de la chose sexuelle à ce qu'il était antérieurement, d'autre part à envisager l'incidence du néo-féminisme sur ce plan. Double entreprise rendue difficile, voire impossible par l'hétérogénéité des données, des méthodes et des angles d'approches.

Toutefois, un rapide survol historique peut rendre perceptible une évolution considérable des formulations et définitions des problèmes sexuels masculins. Laissant de côté les perversions et l'homosexualité — les liens de cette dernière avec le mouvement féministe mériteraient pourtant d'être explorés — qui ne constituent qu'une faible part des demandes d'aide, on constate que les troubles de l'érection et de l'éjaculation demeurent les sujets les plus fréquents de plainte. Initialement confondus sous le terme d'impuissance, ils ne sont différenciés qu'assez tardivement et certains de leurs aspects ont été différemment accentués au cours de ce siècle.

Pour des raisons de facilité on y distingue quatre périodes :

1. l'époque de Freud : le “*modèle*” du trouble sexuel est l'impuissance sélective et le client est un homme qui se plaint avec angoisse de ne pouvoir entretenir des relations sexuelles avec la femme aimée, alors même qu'il le peut avec des femmes dévalorisées;

¹Rédigé à partir d'une communication faite au 2^{ème} Congrès de la S.S.U.B.

2. avant la révolution sexuelle (1970) : l'impuissance demeure sélective mais l'homme qui ne peut pas avoir de relation avec sa partenaire met cette incapacité sur le compte de l'accoutumance et pense qu'il suffirait de rencontrer une partenaire excitante pour retrouver son érection;
3. après la révolution sexuelle : l'homme s'angoisse face aux demandes réelles ou imaginaires de la femme libérée et, sans cesse mis à l'épreuve, devient impuissant. Le caractère sélectif ou non du trouble est secondaire;
4. actuellement, la plupart des hommes consultants se plaignent d'une impuissance non sélective (qu'ils aient ou non vérifié cette non sélectivité).

Rien ne permet d'affirmer que ces différences de formulation reflètent étroitement des changements objectifs : le discours de la plainte suit, on le sait, les modes et il serait téméraire d'authentifier une évolution de la réalité en se basant sur une évolution du discours.

La fréquence et le contenu des consultations sexologiques ne sont pas des indices plus fiables de changements réels car ils sont influencés par d'autres facteurs que par le trouble sexuel lui-même : dans le domaine de la sexualité, l'attitude de la société, les possibilités thérapeutiques, les risques (jadis de grossesse, maintenant le SIDA), les rôles, les modèles, les luttes sociales et politiques — **incluant le néo-féminisme** — exercent des effets divers qui rendent impossibles une comparaison stricte entre les consultants d'hier et ceux d'aujourd'hui.

Les informations sur lesquelles il faudrait travailler sont hétérogènes et biaisées; ainsi, la pratique sexologique, outre qu'elle est très variable selon le sexologue, la région, l'époque, l'école, donne accès à des informations provenant dans une large mesure de l'introspection de l'homme consultant, des observations de sa partenaire, éventuellement d'examens spécialisés (biologiques, physiologiques) mais rarement d'enquêtes appropriées concernant les croyances, les attitudes et leurs liens avec les conduites sexuelles.

S'il nous est donc difficile d'estimer l'origine, la nature et l'amplitude des changements éventuels survenus dans le domaine de la sexualité, nous pouvons cependant pointer quelques éléments qui ont certainement joué un rôle dans la multiplication des consultations sexologiques.

- 1° Tant sur le plan scientifique qu'artistique (cinéma) ou sur celui, plus trivial, de la publicité, on parle de sexualité et on voit du sexe.

Celui-ci pénètre, si l'on ose dire, les programmes universitaires, les films même "*enfants admis*", les conceptions de la santé et du bonheur. La période d'occultation du sexe semble, après plus d'un siècle, terminée et la feuille de vigne s'est transformée tout au plus en carré blanc. Cette mise à nu ne signifie toutefois pas une égale libération des obstacles intrapsychiques.

- 2° Parmi les informations vulgarisées, sont donnés des modèles — souvent peu corrects — auxquels les individus se comparent et s'évaluent. De là à s'estimer frustrés ou incapables de réaliser des prouesses prêtées à ces modèles, il n'y a qu'un pas que certains ne peuvent s'empêcher de franchir.
- 3° Les médias informent des possibilités parfois illusoire de traitement et poussent ainsi à la consultation.
- 4° Les sexologues devenant plus nombreux, la demande de prise en charge augmente, phénomène commercial bien connu.
- 5° Les progrès de la médecine ont permis de se faire une idée beaucoup plus juste de l'étiologie de certains troubles sexuels dont l'origine psychologique affirmée jusque-là ne reposait que sur un diagnostic par exclusion. Ainsi, la recherche d'une étiologie organique motive de nombreuses consultations soit d'hommes effectivement atteints de pathologies organiques éventuellement impliquées dans le trouble sexuel soit d'hommes en quête d'une explication "*rationnelle*" non psychologique de leur trouble (même si celui-ci est psychogénétique).
- 6° Pour clôturer la liste non exhaustive des éléments qui favorisent la consultation sexologique des hommes, il y a bien sûr l'attitude des femmes. Il faut toutefois noter que, dans le chef de ces dernières, des attitudes ouvertement compétitives, revendicatrices, agressives, castratrices, fondées sur la conscience d'une guerre des sexes, ne sont que rarement rapportées par leur(s) partenaires(s) masculin(s). Les hommes consultants incriminent, en effet, rarement le comportement de leur compagne comme agent principal du trouble sexuel. Ils font rarement état d'une demande urgente ou d'une réaction très dévalorisante de la part de la partenaire. Ils la voient souvent plutôt compréhensive, patiente, voire satisfaite de la diminution ou de la disparition des relations conjugales. Ils ne sont pas convaincus que cela irait mieux avec une autre partenaire.

Beaucoup ne le vérifient pas. Et ceux qui tentent l'expérience constatent qu'effectivement ils ne sont pas plus performants avec une autre. Lorsqu'ils rapportent des attitudes franchement agressives de la partenaire, il s'agit soit d'une interprétation déréaliste de leur part souvent fondée sur une surestimation infantile et anxieuse de leur phallus, soit d'une manifestation de la psychopathologie de la partenaire. Telles ces femmes qui refusent ordinairement les relations sexuelles mais se mettent à les revendiquer agressivement dès l'instant où elles constatent que leur mari devenu impuissant ne les sollicite plus. Il est exceptionnel que l'homme considère ces attitudes agressives comme relevant d'un changement social des rôles et statuts.

Par contre, la partenaire est souvent pour quelque chose dans la décision de consulter soit qu'elle y incite l'homme soit que l'homme se soucie de lui donner ce qu'il estime être une satisfaction légitime (une relation conjugale complète). Le stéréotype — bien connu des féministes — de l'homme hypersexué et essentiellement soucieux de son organe mâle, porteur de toutes ses fiertés et de toutes ses jouissances, ne se rencontre guère. Et s'il est des hommes que la déficience sexuelle pousse au désespoir sinon au suicide, il en est beaucoup d'autres qui la ressentent davantage comme un désagrément duquel ils peuvent s'accommoder, un signe de vieillissement, le symptôme d'une maladie cachée, parfois le soulagement d'échapper aux inconforts du désir.

En conséquence, les demandes d'aide sont assez fréquemment tempérées; la plupart des hommes ne sont pas prêts à n'importe quoi pour retrouver leur compétence sexuelle et leur acceptation d'une solution thérapeutique est conditionnée par le caractère non invasif du traitement.

Cette modération serait-elle un résultat de la redistribution des rôles et responsabilités sexuels entre les hommes et les femmes? La femme ayant gagné en autonomie ne libère-t-elle pas l'homme de son devoir (au sens moral) sexuel et ne lui accorde-t-elle pas la liberté de s'investir de façon moins phallique?

Christian MORMONT,
Dr en psychologie, Service de Psychiatrie
C.H.U. B-35
B-4000 Liège