

Hommage à Mireille Bonierbale

Entretien avec le Dr Mireille Bonierbale (1945-2025) recueilli par Alain Giami à Marseille le 27 mai 1997

Interview with Dr. Mireille Bonierbale (1945-2025) conducted by Alain Giami in Marseille on May 27, 1997

Alain Giami

Directeur de recherche émérite à l'Inserm
Ancien vice-président de la World Association for Sexual health (WAS)

Mots-clés

sexologie médicale,
histoire de la sexologie,
approches cognitives
et comportementales

RÉSUMÉ – Dans cet entretien, recueilli à Marseille, en mai 1997, Mireille Bonierbale développe les questions suivantes : la sexologie médicale et ses dimensions, en particulier la place des psycho-sexothérapies et la place centrale qui doit y être occupée par les médecins. Les relations entre la psychanalyse et les approches « cognitivo comportementales », et notamment l'intérêt de celles-ci pour le traitement des troubles sexuels, sont explorées, sans toutefois rejeter les apports de la psychanalyse, notamment en ce qui concerne la formation des cliniciens. On assiste à un tour d'horizon sur les questions psychiatriques et sexologiques – et en particulier la question des troubles de l'identité de genre et du « transsexualisme ».

Keywords

medical sexology, history
of sexology, cognitive
and behavioral approaches

Abstract – *In this interview conducted in Marseille in May 1997, Mireille Bonierbale discusses the following issues: medical sexology and its various dimensions, in particular the role of psychosexual therapy; the central role that should be played by doctors. The relationship between psychoanalysis and “cognitive-behavioral” approaches, and in particular their usefulness in the treatment of sexual disorders, are explored, without however rejecting the contributions of psychoanalysis, particularly with regard to the training of clinicians. An overview of psychiatric and sexological issues is provided, with a particular focus on gender identity disorders and “transsexualism”.*

Pour citer cet article. Giami A. Entretien avec le Dr Mireille Bonierbale (1945-2025) recueilli par Alain Giami à Marseille le 27 mai 1997. *Sexologies* 2025 ; 34(4) : 187-206. doi : 10.1684/sexol.2025.80

Présentation et contexte

Cet entretien avec Mireille Bonierbale a été recueilli à Marseille, le 27 mai 1997, dans le cabinet qu'elle occupait avec d'autres collègues sexologues-médecins du groupe marseillais (Marie-Hélène Colson et Mireille Dubois-Chevalier, Joel de Martino [psychosociologue] et Martine Potentier [kinésithérapeute]) au centre médical Durandal.

Je venais de commencer mon enquête sur la profession de sexologue en France et j'en étais à une phase préliminaire de recueil d'entretiens semi-directifs auprès des informateurs les mieux placés pour mieux comprendre les réalités vécues, les questions, les théories et les pratiques des sexologues travaillant en France. À ce moment-là, je n'avais des sexologues qu'une connaissance livresque, résultant de ma thèse de doctorat sur l'éducation sexuelle (psychologie sociale) soutenue en 1978 (20 ans auparavant) et quelques contacts avec Gilbert Tordjman, alors président de la Société française de sexologie clinique, et Jacques Waynberg (Institut de sexologie). J'avais par ailleurs commencé à travailler sur la question de l'éthique en sexologie dans le cadre d'un appel à projets du ministère de la Santé. J'étais, à l'époque, un *outsider*, ce qui a certainement facilité mon immersion dans l'univers des sexologues grâce à ma casquette de chercheur à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, garante du sérieux de mon entreprise.

Le cabinet dans lequel je suis reçu est très accueillant, chaleureux, avec un côté rétro, sombre, les sols recouverts de tapis. Un éclairage indirect apporte un peu de lumière sur un bureau-secrétaire en bois verni de type acajou. Des fauteuils confortables ainsi qu'un divan s'offrent au visiteur.

Le contact s'établit très facilement et on se tutoie d'emblée. J'étais très impressionné de rencontrer celle qui jouait déjà un rôle central et moteur dans la « sexologie médicale » française. Après une brève conversation au cours de laquelle je me présente et présente le projet de ma recherche, on commence l'entretien qui se déroulera de façon assez fluide. J'avais eu l'occasion de rencontrer – de loin – Mireille lors d'un congrès européen de sexologie qui s'était tenu l'année précédente à Marseille sans avoir pu avoir de conversation approfondie avec elle. J'avais

lu quelques-uns de ses articles, et notamment son travail sur la sexualité des psychotiques.

Mireille Bonierbale a semblé très intéressée par la tenue de cet entretien, qui lui donne l'occasion de mettre en forme ses idées face à quelqu'un qui semble s'y intéresser. Mireille développe notamment les questions suivantes : la sexologie médicale et ses dimensions, en particulier la place des psycho-sexothérapies ; la place centrale que doivent y occuper les médecins, à un moment où le Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) s'apprête à reconnaître l'exercice de la sexologie pour les médecins. Elle développe en détail les relations entre la psychanalyse et les approches « cognitivocomportementales », et notamment l'intérêt de celles-ci pour le traitement des troubles sexuels, sans toutefois rejeter les apports de la psychanalyse, notamment en ce qui concerne la formation des cliniciens. Elle a ainsi l'opportunité de faire un tour d'horizon sur les questions psychiatriques et sexologiques – et en particulier la question des troubles de l'identité de genre et du « transsexualisme », sur lequel j'ignorais complètement la forte implication clinique de Mireille Bonierbale. Elle défend fermement le modèle de la « sexologie médicale » (titre du premier congrès mondial qui s'était tenu à Paris en 1974) et affirme que « *tous ceux qui ne sont pas médecins ne pourront pas s'appeler sexologues* ».

Dans une perspective différente, l'entretien avec Mireille met bien en lumière le travail du clinicien. Elle passe sans arrêt de notations et d'observations cliniques à des développements théoriques où la clinique vient enrichir la théorie, et inversement. Cette attitude rappelle un propos tenu par Roger Perron, qui fut successivement psychologue expérimental et psychanalyste, selon lequel toute théorie doit servir à quelque chose. On voit bien comment les notations théoriques viennent ici éclairer les observations cliniques. Le point d'orgue de l'entretien se situe au moment où Mireille présente et développe en grands détails un cas clinique qui lui permet d'exprimer ses questions et ses doutes, ainsi que les orientations qu'elle a su donner à son travail et à celui de ses confrères intervenant sur le même cas. On assiste à tout un parcours thérapeutique entre une demande sexologique présentée a priori comme simple, le recours à des médecins somaticiens et à la psychiatrie

qui fonctionne comme le chef d'orchestre de cette symphonie quelque peu dissonante.

La relecture de cet entretien réalisé en 1997, quelque mois avant la mise sur le marché du sildénafil (Viagra®) (15 octobre 1998), permet de mieux comprendre les conceptions théoriques et cliniques qui prédominaient dans la communauté des sexologues en France, très influencés par les travaux de Masters et Johnson et d'Helen Kaplan. Mireille Bonierbale a ainsi représenté une époque marquée par l'intérêt des psychiatres pour la pratique sexologique. Son refus, a priori, des médicaments sexoactifs – il s'agissait à l'époque des injections intracaverneuses développées par des urologues tels que Ronald Virag – au profit de l'exploration clinique, au sens noble du terme, témoigne de la singularité et de la richesse de la perspective psychiatrique en sexologie. Quelques mois plus tard, l'arrivée du sildénafil viendra rebattre les cartes de ces équilibres subtils où la médicalisation des troubles et des difficultés sexuelles ne s'inscrivait pas d'emblée dans des prescriptions médicamenteuses quasiment automatiques, permettant de faire l'économie de la parole et de traiter rapidement un motif de consultation. L'histoire nous a ensuite montré comment, loin de fermer le développement de la sexologie clinique, l'arrivée des médicaments sexoactifs, visant à traiter les troubles érectiles des hommes a, au contraire, permis à de nombreuses personnes d'engager un parcours sexologique. Lors d'un entretien réalisé à la même époque avec Charles Gelman, l'un des fondateurs de la Société française de sexologie clinique, celui-ci m'avait déclaré : « *Nous étions des médecins qui ne voulions pas être des médecins* ». Mireille Bonierbale affirmait sans ambages son identité de médecin et revendiquait une pratique médicale centrée sur la personne (et sur le couple) dans toute sa complexité. Écoutons maintenant Mireille Bonierbale...

Sortir de la psychanalyse

Alain Giami : Qu'est-ce qui t'a amenée à faire de la sexologie ?

Mireille Bonierbale : Il y a deux attitudes. Moi, j'ai commencé à faire des études de psychiatrie et à être confrontée en psychothérapie à des personnes qui avaient des difficultés sexuelles et qui venaient

consulter plus particulièrement un psychiatre parce qu'ils sentaient que ces difficultés sexuelles pouvaient être en rapport avec des données d'ordre psychologique. J'avais le sentiment d'une formation incomplète, car les données psychanalytiques nous obligeaient à toujours nous mettre dans une attitude consistant à inscrire nécessairement la personne qui venait se plaindre dans un système de lecture qui la renvoyait nécessairement à son enfance et à analyser son passé, sans apporter la réponse immédiate dont ils avaient parfois besoin. Je sentais qu'il y avait cette difficulté qui était là, avec, parfois, un sentiment de malaise face à cela. C'est à ce moment-là que j'ai connu les séminaires de perfectionnement en sexologie qui étaient organisés par Georges Abraham et Willy Pasini, à Genève, dans la période 1974.

AG : 1974 ?

MB : Oui. Je suis allée les écouter, et ça apportait vraiment des attitudes qui étaient nouvelles, des choses qui, à la limite, étaient simples, mais qu'on n'apprenait pas dans les formations psychanalytiques, où on avait cette espèce d'attitude où il fallait qu'on se mette un petit peu en retrait, neutre, laisser l'autre trouver, sans langage, essayer de comprendre, et où on ne l'entourait pas, et où justement on pouvait dire aussi que trop l'entourer c'était peut-être faire des confusions, mêler ses propres attitudes, etc., et on était toujours en méfiance par rapport à soi et à l'autre et finalement de ne pas apporter l'aide qui aurait pu être apportée à certains types de personnalités, qui n'étaient pas centrées sur leur passé mais centrées sur le « maintenant », et qui avaient besoin de quelque chose pour pouvoir passer un cap.

AG : Les questions de la sexualité apparaissaient-elles dans la demande initiale, ou au cours du traitement ?

MB : Les deux pouvaient se présenter. Si tu veux, je ne me souviens plus, parce que c'est maintenant trop ancien au niveau de ma démarche, mais je sais que j'avais été confrontée à cette chose-là et que les deux pouvaient se présenter. Moi j'ai fait ma psychanalyse comme n'importe quel psychiatre à l'époque – c'était l'époque soixante-huitarde où il était de bon ton d'être en analyse parce que, à la limite, si on n'était pas en analyse, on n'en parlait pas, donc... (rires). Après, ça te renvoie... ça te renvoie, toutes les cinq minutes, si bien qu'on ne faisait que se regarder

le nombril au lieu d'écouter les patients. J'ai vraiment eu le sentiment de trouver des attitudes dédramatisantes, explicatives, pour comprendre *comment* les choses se passent, plutôt que *pourquoi* elles se passent – enfin toutes ces choses-là, qui sont à un autre niveau sémantique, qui m'ont été apportées par la sexologie, avec des explications. C'est vrai que ces trucs-là, qui peuvent apparaître un petit peu simples, la correction des conceptualisations erronées, quand on les vit, ça apporte vraiment un changement de la perception, des scénarios, des comportements et des projections dans le futur, que n'apportent pas toujours d'autres compréhensions liées nécessairement à son passé, parce qu'on n'a pas toujours les moyens d'aller fouiller dans des images et des scénarios si éloignés. Je saurais peut-être mal l'expliquer, mais enfin j'ai été frappée par ce que pouvaient apporter les approches comportementalistes, telles que les proposaient à l'époque Abraham et Pasini, qui conservaient dans ces approches comportementalistes, bien sûr, des lectures psychodynamiques – ce qui n'a rien à voir avec le courant behavioriste pur et dur, qui ne garde pas de lecture psychodynamique, et de m'apercevoir que même la formation était thérapeutique. C'est-à-dire qu'elle obligeait à se remettre en question, à comprendre des choses de soi, et à pouvoir ensuite manier avec les patients un langage direct de dédramatisation, d'information, de mise à l'aise, d'empathie, d'accompagnement, de réactualisation d'un comportement. On arrivait à pouvoir effectivement se mettre dans le comportement et se projeter au fur et à mesure dans un accompagnement vers le futur au lieu de rester figé. À un certain moment, j'avais cette impression d'être restée figée dans des thérapies interminables dans lesquelles tout le monde se réfugiait dans le temps qu'il fallait pour les résoudre, et même parfois on est là, quand on fait une thérapie analytique, à faire le minimum de bruit, à juste renforcer ou signaler un point important. Mais c'est très reposant une thérapie. Vraiment, pour avoir vécu les deux, je peux dire que la différence qu'il y a entre une thérapie de sexologie et une thérapie de lecture psychanalytique des difficultés de l'être par rapport à sa sexualité, c'est qu'il y a une position de thérapeute qui est hyper confortable dans le premier temps, et une position du thérapeute qui nécessite qu'il fasse en permanence un travail de chaînage pratiquement

informatique, de trouver le mot, de ne pas donner le mauvais mot, de ne pas se projeter, de comprendre le langage de l'autre, de lui permettre de voir quelle est la signification qui manque, pour lui permettre de passer un cap, ou la représentation. Il y a un travail vraiment dynamique de la part du thérapeute, qui est beaucoup plus important, en fait, que bien des thérapies, parce que là aussi on peut faire n'importe quoi en pensant qu'on fait une thérapie parce qu'on applique des schémas comportementaux et des scénarios préétablis sans comprendre ce qu'on fait, qui est beaucoup plus... enfin, qui est vraiment, énergétiquement... je veux dire que c'est du travail que je n'ai pas l'impression de faire quand je fais une thérapie analytique.

Développer l'approche comportementale dans le présent

AG : C'est beaucoup plus de dévoiler quelque chose du présent, de l'action, du rapport à l'action par rapport au passé ou... ? Quelle est la différence que tu ferais entre la psychanalyse et l'approche plus comportementale ?

MB : La différence que je ferais c'est... – moi, je prends toujours comme comparaison des images de type informatique – c'est comme si on se mettait vraiment à l'écoute du programme pour garder les configurations analogiques et sémantiques, voir comment elles ont été mises en place, voir ce qui empêche le patient de faire des liens, lui donner juste le mot qui correspond à son langage, qui lui permet de faire alliance ou de faire un chaînon manquant, et en même temps de lui proposer un comportement qui soit en accord avec ses difficultés, son langage et ses configurations et qui lui permettent, par le test de ces comportements, de pouvoir effectivement se réactualiser et avancer au fur et à mesure. Ce qui est un travail extrêmement complexe.

L'approche comportementale : Masters et Johnson

AG : Et c'est quoi « proposer un comportement » à quelqu'un, concrètement ?

MB : Effectivement, c'est... Je vais prendre un exemple classique, dans les thérapies de comportement que proposent Masters et Johnson, avec le

sensate focus, qui sont des exercices de caresse, plus ou moins complexes selon le stade de la prescription à l'intérieur du couple. Là, on peut faire une prescription comportementale, on va dire « bête », en disant « voilà, il faut que vous vous caressiez, que vous fassiez ça, etc., et puis vous me direz où sont vos zones érogènes, les zones de monsieur, les zones de madame, là où ça se correspond, où ça ne se correspond pas, et ça vous apprendra ce qu'il faut faire à l'un et à l'autre ». On se met ainsi dans une attitude un peu *bêtassou* d'apprentissage de ce que l'autre n'aurait pas compris et qui lui permettrait, en mieux se comprenant, d'avancer. Pourquoi pas ? Ça peut marcher pour certains couples.

AG : C'est un peu comme une prescription ? C'est-à-dire qu'on leur dit de faire ceci ou cela et puis vous en parlez ?

MB : C'est une prescription de comportement. Mais ça peut marcher pour certains couples quand la prescription est simple comme ça, parce que tu as des couples qui ont eu des petites inhibitions, qui n'ont pas vraiment de difficultés sexuelles enracinées d'une manière considérable dans des processus de complexification de la personnalité, pour lesquels effectivement il faut qu'on les accompagne au fur et à mesure qu'ils se découvrent, qu'ils puissent en parler et avoir – ce qui est fondamental dans n'importe quelle attitude de couple – un thérapeute qui est un traducteur simultané autorisant ; ça leur permet d'avancer de manière considérable.

AG : Ça suppose qu'il y a un désir de la part des deux partenaires ?

MB : Ça suppose... si tu veux, j'ai pris cet exemple-là, oui. Mais ça suppose que l'on ait bien fait ce qui est fondamental dans toute indication de thérapie en sexologie classique, qui est non seulement d'avoir évalué la demande, la plainte, et qu'on ait bien centré sur le comportement énoncé comme « problème », et qu'on se soit bien mis d'accord avec le patient que ce problème ne cache rien d'autre et que c'est bien ça qu'on veut essayer de résoudre et que ce n'est pas une peur d'abandon, une manipulation... Enfin, de bien évaluer la demande et qu'on a en face de soi – donc là je me suis mis dans ce cas de configuration – le couple qui veut fonctionner et qui a une difficulté à fonctionner sur le plan de la rencontre du corps. Pas plus.

AG : D'accord, oui, ça, c'est une indication.

MB : Oui, et dans ce cas-là – qui est une indication simple – deux jeunes par exemple, qui n'ont pas trop parlé de sexualité dans leur famille, qui sont encore un peu inhibés, qui n'ont pas osé parler de sexualité avec leurs copains, qui ont un peu peur de se toucher, qui sont un peu gênés et qui sont un peu bloqués dans leur comportement et chez qui ça a duré un certain temps et qui vont se raconter une histoire d'éjaculation précoce ou de frigidité ou de n'importe quoi, en tout cas de dysharmonie sexuelle, et qui, à un certain moment, viennent consulter en disant « *ça ne va pas sur le plan sexuel, mais on s'aime* ». Alors là, c'est vrai que même une thérapie comportementale pas trop pensée peut les aider à passer un cap, à débloquer. Mais il y a des cas beaucoup plus compliqués. C'est pour cela que, si les thérapies *mastersiennes* sont des outils remarquables, ce qui est très difficile, c'est la formation qui est en arrière-plan. C'est-à-dire que, si on a une formation – j'ai pris l'exemple de ce couple – qui est d'avoir compris qu'il y a des comportements que l'on peut accompagner, qu'on va essayer de jouer comme traducteur simultané, qu'on va jouer sur la dédramatisation, la correction des concepts et des actions erronées et l'information, et là on essaye d'être neutre, de ne pas se projeter, de ne pas leur donner de modèle, de trouver, et ça marche. Ça, c'est le premier temps, et c'est, je pense, la formation de sexologue classique, qui n'a pas nécessairement une formation très poussée sur le plan de la psychopathologie, de la pathologie de couple complexe, et qui peut aider beaucoup de personnes, chez lesquelles ce serait une aberration de vouloir les entraîner dans quelque chose qui les renverrait à une névrose, à un passé hypothétique. Ça ne leur apporterait rien. Par contre, là, ce sont des réponses qu'il faut pouvoir donner et qui sont très utiles.

Les approches systémiques

Il y a aussi d'autres couples – et d'autres personnes, parce que ce ne sont pas nécessairement des couples –, qui peuvent avoir des difficultés un petit peu plus sophistiquées, qui ne veulent pas, qui ne cherchent pas, qui n'ont pas les moyens, de se repositionner par rapport au passé. C'est très schématique ce que je vais te dire. Hier, je suis allée écouter Paul

Watzlawick¹ qui était à Marseille. J'étais frappée de voir que lui-même, en tant que thérapeute, qui se dit avoir été, à l'origine, psychanalyste jungien, est incapable d'entendre quelque chose qui est de l'ordre du passé dans ce qu'il pourrait y avoir d'important dans ce qui fait qu'il y a quelque chose qui se passe maintenant. Non seulement incapable, mais ça ne fonctionne pas, c'est irreprésentable pour lui. Il y a énormément de patients qui arrivent avec des difficultés sexuelles et qui sont dans ce *trip*. C'est-à-dire qu'ils ont cette difficulté, qui est là, ici et maintenant, et la preuve que ça ne marche pas, c'est bien que ça ne marche pas. Hein, ça... (rires).

AG : Oui, oui.

MB : Et ça ne va pas plus loin que ça. Et tout autre discours qui pourrait les renvoyer à « oui, mais on pourrait essayer de comprendre pourquoi ça ne marche pas », qui serait lié à la structuration de leur histoire n'est pas recevable parce que ce qu'ils veulent c'est « marcher ». Ceux-là sont des personnes qui ne viennent consulter qu'avec du présent, c'est-à-dire qu'ils fonctionnent dans le présent et avec une anxiété par rapport à un avenir très proche. L'avenir lointain ne les intéresse pas, il n'y a pas de futur dans leur demande. Par contre, quand on fait de la psychothérapie tout-venant – et c'est là aussi qu'il faut savoir qu'on a des gens qui viennent consulter selon l'étiquette qu'on se donne –, quand on se positionne en tant que psychothérapeute, on a des gens qui viennent consulter en n'ayant que le passé à la bouche.

AG : C'est ça.

MB : C'est-à-dire qu'ils ne fonctionnent que dans le passé et ce qui s'est passé, pourquoi ça s'est passé, comment ça s'est passé, et on n'en sort pas de toute façon, c'est bouclé sur le passé, et le « maintenant » on n'en parle jamais. Si on pose une question sur le « ici et maintenant », c'est parce qu'hier..., parce qu'avant-hier..., parce que sa maman..., son papa..., et en avant, et puis ça peut durer des années comme ça – avec une certaine complaisance d'ailleurs, parfois. Donc il y a très peu de personnes qui arrivent en étant sur le futur, mais c'est vrai qu'il y a ces catégories de gens qui vivent leur perception et leur scénario de vie de cette manière-là,

et il y a ceux qui arrivent avec ce fonctionnement sur le présent, les thérapies cognitives ou comportementales – parce que comportementales strictes, maintenant...

AG : Oui, c'était la question que je voulais poser quand tu utilisais les termes « cognitives ou comportementales ».

MB : On faisait du comportementalisme au début, en 1974, et puis on s'est retrouvé petit à petit, justement, je pense, parce que c'était Abraham et Pasini qui en avaient été les porte-parole, et qu'ils avaient injecté du psychodynamisme en permanence, donc on se retrouvait à faire du cognitivisme sans le savoir, et à l'heure actuelle, comme ça n'est quand même pas bien structuré dans les enseignements, dans le sens où chacun a apporté ce qu'il avait de son expérience et de son savoir, on a essayé de mettre des étiquettes. Mais je pense qu'à l'heure actuelle on parle de cognitivocomportementalisme parce qu'on fait des prescriptions de comportement, parce qu'on essaye de réfléchir sur les scénarios et des choses de cet ordre-là, mais qu'en réalité on est beaucoup plus dans ce mouvement qui est dit « intégrationniste ». Dans cette approche, on a en arrière-plan la donnée qu'il y a effectivement quelque chose qui est lié à l'histoire et que lorsque le patient prend le chemin de pouvoir y aller, de savoir y aller aussi – mais il ne sait pas toujours y aller –, en même temps qu'on sait jouer sur la donnée interactionnelle, par exemple, l'approche systémique qui est de pouvoir reconnaître les règles du jeu et les formes d'interaction et de pouvoir s'en servir également à l'intérieur du couple...

Jean-Yves Desjardins sera présent, vendredi et samedi, à Nîmes avec nos étudiants de sexe. À l'heure actuelle, on est plutôt, et de plus en plus, dans la formation, de ceux qui font de la sexologie réelle. Et on va se mettre d'accord là-dessus.

La sexologie réelle

AG : Qu'est-ce que c'est, justement la « sexologie réelle » ?

MB : Attends, attends, je vais finir ce que je disais... Je pense qu'à l'heure actuelle, ceux qui ont suivi

¹ Paul Watzlawick (1921-2007) est un psychologue états-unien – né en Autriche – qui a développé les approches systémiques en psychothérapie. Il a été l'un des fondateurs de l'École de Paolo Alto, centrée sur les thérapies familiales et la communication. Watzlawick avait initialement été formé à la psychanalyse jungienne. Son ouvrage, *Logique de la communication*, publié en français en 1972 aux éditions du Seuil (avec Janet Helmick-Beavin et Don D. Jackson) avait rencontré un franc succès, dans une époque encore dominée par la pensée psychanalytique.

depuis longtemps et qui font depuis longtemps de la sexologie, on va dire les anciens, c'est ce qu'ils font, c'est-à-dire de la sexologie plutôt intégrationniste, avec les théories intégrationnistes, les approches systémiques, psychodynamiques, comportementalistes et également cognitivistes, en pouvant avoir les divers systèmes de lecture et surtout en étant capable de partir de la forme de fonctionnement mental du couple ou de l'individu. Il faut pouvoir s'approcher, voir là où il peut fonctionner et savoir y aller, pour pouvoir après, l'aider dans son système de fonctionnement à voir quelles sont les difficultés qui ont mis en place sa problématique sexuelle et de voir comment on peut l'aider à trouver des stratégies qui lui permettent de se réadapter. Quelque part, on va penser qu'il y a à un certain moment une adaptation à l'autre, ou à un moment de sa vie qui n'est plus possible et qui entraîne l'apparition de ce symptôme émergent qui est la difficulté sexuelle.

Le diplôme interuniversitaire de sexologie médicale : enjeu professionnel et théorique

Ce que je dirais être les « sexologues réels », et ça, je n'y vois pas de... En France, il y a plusieurs courants d'approche de la sexologie. Il y a le courant parisien, qui se dit sexologue, mais qui, à mon avis, et ça, c'est une des... le mot « dissension » est trop fort, une des différences disons un peu appuyées avec l'école dite « de Bobigny », c'est de penser que... ils se disent à la fois sexologues avec une ambiguïté considérable, qui est de se dire sexologue en refusant le terme de sexologie, en ne faisant pas de la sexologie, en faisant de la psychanalyse déguisée et en disant que c'est de la sexologie, et c'est une ambiguïté formidable et c'est un système, à mon avis, de récupération d'un tas de choses que je ne veux pas savoir.

AG : D'ailleurs ils ont retiré le terme de sexologie de l'intitulé de leur diplôme.

MB : Ils y ont été obligés, tout simplement, depuis cette année, puisqu'on a mis en place un diplôme interuniversitaire (DIU) de sexologie. S'ils veulent faire partie du DIU, ils ne peuvent plus faire autrement que de l'appeler « diplôme interuniversitaire de sexologie médicale ». Le diplôme de sexualité *patin couffin machin chouette*, il est destiné maintenant à

ceux qui ne sont pas médecins. Et les médecins qui veulent faire de la sexologie, ils sont dans le DIU de sexologie, et Bobigny, s'ils veulent faire partie du DIU de sexologie, c'est de sexologie, point.

AG : Et l'intitulé c'est l'intitulé officiel du DIU c'est « sexologie médicale » ?

MB : Je vais le chercher. Parce que, si tu veux, il est... (*Elle cherche dans ses dossiers. Interruption de l'enregistrement.*)

Le diplôme interuniversitaire de sexologie qui est dans la collaboration avec les facultés de Bordeaux, de Lyon, de Marseille, de Nantes et de Paris XIII – chacune a imprimé la même affiche, mais en mettant sa ville en premier et la collaboration avec les autres. Mais c'est l'appellation « diplôme interuniversitaire de sexologie » qui est réservée, depuis cette année, pour les médecins. Pour les non-médecins, chacun a mis un petit peu ce qu'il veut, étude biologique, psychologique ou sociale de la sexualité humaine. Avec le même programme, d'ailleurs. Mais à ce moment-là, avec une année de moins et un examen qui n'est pas national...

AG : Tu peux me laisser une de ces affiches ?

MB : Oui bien sûr...

AG : C'est ça, qui est l'examen de l'université ?

MB : Et qui normalement donne un diplôme universitaire, en faisant bien la part des choses. Ce qu'on s'est attaché à dire et que peu de monde entend, parce que chacun n'entend que ce qu'il veut entendre, c'est que ce n'est pas un diplôme de cet ordre-là qui donne un titre de sexologue, c'est un diplôme qui donne une formation complémentaire à la sexologie sur une formation préexistante. Et c'est la formation préexistante qui seule est valable du point de vue de la qualification.

AG : C'est ça, oui.

MB : Ou tu es médecin, ou tu es sage-femme, et ce n'est pas parce que tu es sage-femme et que tu as fait une attestation ou un diplôme, – parce que d'autres l'ont gardé dans les facultés –. Nous, on a voulu mettre « attestation », mais par exemple à Bobigny ils ont voulu mettre « diplôme » alors les gens se sentent nantis d'un diplôme et pensent qu'ils peuvent être, à ce moment-là, plus opérationnels, et il y a une espèce de malhonnêteté des formateurs de ne pas leur dire clairement qu'un diplôme universitaire n'est qualifiant en rien, c'est une qualification complémentaire qui

permet à quelqu'un qui a déjà une possibilité thérapeutique de pouvoir se perfectionner, d'avoir une attitude plus éclairée ou de conseil ou d'information, mais pas plus.

Sexologues médecins versus « non-médecins » : une question de reconnaissance professionnelle

AG : Mais ça joue de quelle façon cette distinction qui est en train de s'installer entre médecins et non-médecins ?

MB : C'est quelque chose qui a été voulu par le Conseil de l'ordre². Par exemple, j'ai reçu hier cette lettre du Conseil de l'ordre, qui me semble aller tout à fait dans ce sens... (Elle lit) « *Le Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) a constaté que, depuis quelques années, des médecins ont restreint le cadre de leurs activités professionnelles à certains types de pathologies. Cette situation peut résulter d'un choix délibéré ou d'une mise à niveau des connaissances professionnelles dans le cadre de diplômes universitaires ou interuniversitaires d'une capacité* », etc. Or, le Cnom est fréquemment interrogé sur la possibilité de faire état du titre d'une orientation professionnelle particulière, sur l'opportunité de modalités différentes de remboursement d'actes techniques en fonction de la possession d'un titre universitaire reconnaissant la formation acquise. Cela va donc dans le sens des médecins dont la formation en sexologie n'avait jusqu'à présent pas de reconnaissance particulière par l'Ordre, et qui ne pouvaient pas faire état de leur formation en sexologie, ni sur leur plaque, ni dans l'annuaire, ni sur leur ordonnance, puisque ce titre n'était pas reconnu. Le Conseil de l'ordre s'est même mis à écrire, à un moment, à un certain nombre d'entre nous en disant « on ne veut plus que vous marquez ça, il faut vous rayer de l'annuaire, etc. ». Nous nous sommes donc mis, au niveau de l'association de l'Aius³, à vouloir travailler et à aller voir le Conseil de l'ordre avec, à l'origine, un diplôme qui était ouvert autant aux médecins qu'aux non-médecins. Il

s'en est ensuivi le paradoxe suivant, qui était que les non-médecins n'ayant pas d'Ordre, pouvaient faire état de leur titre de sexologue, faire de la publicité, etc., alors que normalement, n'ayant pas compris qu'un diplôme n'était pas un diplôme national de qualification professionnelle, ils n'avaient pas plus de droit ou d'éthique à le faire, ils le faisaient, et les médecins qui s'étaient formés à la sexologie et avaient, du fait de leur formation psychologique ou autre, acquis une connaissance qui leur permettait, du fait de leur qualification, d'être des personnes qui avaient droit à la thérapeutique, ne pouvaient pas en faire état. Nous sommes donc allés au Conseil de l'ordre, qui nous a dit très clairement que tant qu'il y avait cette confusion entre les médecins et les non-médecins, il ne pouvait pas reconnaître un diplôme.

AG : C'est-à-dire que le Conseil de l'ordre serait prêt à emboîter le pas à l'initiative académique, à la faculté de médecine, disons ? C'est-à-dire que si la faculté de médecine mettait en place une formation qualifiante pour les médecins en sexologie, à la limite le Conseil de l'ordre serait prêt à réviser sa position par rapport à ça ?

MB : Voilà, tout à fait. Ça a été très clair de ce côté-là. Ils nous ont dit « Commencez par faire un diplôme qui ne serait réservé qu'aux médecins, à le faire de manière interuniversitaire, c'est-à-dire que ce soit le même programme qui ait un enseignement avec des examens nationaux, et à ce moment on pourra reconsidérer le problème de la sexologie ». C'est pour cela qu'on a commencé à mettre en place ce diplôme dans toutes les facultés dès cette année, et que, effectivement, il y a une démarche du Conseil de l'ordre qui est assez confidentielle à l'heure actuelle, mais qui est en bonne voie pour reconnaître la sexologie. Il y aura sûrement des polémiques, parce qu'à ce moment-là, peut-être, je ne sais pas, les sexologues seront des médecins et les autres ne seront pas des sexologues.

AG : C'est un peu comme les psychologues. Parce que les psychologues ont acquis la protection de leur titre de psychologue, ce qui fait qu'il faut être

² En juin 1995, le Conseil national de l'Ordre des médecins a défini la sexologie comme une « *pratique psychomédicale nécessitant une approche globale de l'homme, suivie souvent d'une prise en charge pluridisciplinaire, [qui] s'inscrit dans l'évolution de nos sociétés* ». Lors de sa session d'avril 1997, le Conseil national de l'Ordre des médecins a reconnu « *en tant que titre le diplôme interuniversitaire de sexologie* ». Pour le moment, ce diplôme « *n'est ni une qualification, ni une capacité* ». Les circulaires du CNO (n° 98.009 et 98.018) autorisent les médecins titulaires d'un diplôme interuniversitaire de sexologie, à utiliser le titre de sexologue « *sur leurs ordonnances et leurs plaques* ».

³ Aius : Association interuniversitaire de sexologie.

titulaire d'un DESS⁴ et ceux qui n'ont pas ce titre ne peuvent plus s'intituler psychologue. On peut s'intituler psychothérapeute ou n'importe quoi, mais pas psychologue. Le titre est protégé⁵.

MB : Je pense que, de toute façon si c'est le cas, ce sera parfaitement juste. Parce que tous ceux qui ne sont pas médecins, n'auront pas à s'appeler sexologue. Ils peuvent faire du conseil en sexologie dans leur pratique. Ceux qui sont psychologues, ils sont psychologues et ils peuvent continuer à être psychologues. Les difficultés sexuelles, ça fait partie de la psychologie. Mais les gens sauront plus clairement que s'ils vont voir un psychologue, c'est parce que c'est quelqu'un qui aura une orientation un peu plus psychologique. Ça veut dire que même en ayant des difficultés sexuelles, ils savent qu'ils veulent faire une démarche psychologique. Et les choses seront mises à leur place. Alors que les gens qui arrivent avec une démarche très opératoire, s'ils viennent voir un médecin qui est formé à la sexologie, ce médecin est logiquement plus formé par sa pratique et son expérience de la pratique d'un entretien avec un patient et d'une attitude thérapeutique à pouvoir lui répondre, et les choses seraient claires. Et puis quand même, il y a un moment aussi où si, quelque part, on a amené un patient qui a résolu un symptôme – qui peut-être pouvait faire écran, mais pas autant qu'on veut bien le dire dans les approches psychanalytiques –, qui parfois a trouvé un système de fonctionnement qui le remet en équilibre avec son être, si à ce moment-là il s'aperçoit que derrière il y a une demande un peu plus sophistiquée, à ce moment-là il est parfaitement à l'aise pour lui dire « bon maintenant je crois qu'on s'aperçoit qu'il y a derrière peut-être des choses qu'il faudrait que vous fouilliez et à ce moment-là je vous envoie voir un psy ».

Les médicaments de l'érection : injections intracaverneuses

AG : Toi, tu es psychiatre de formation. Quand on voit la différence entre ton cabinet et le cabinet de ta collègue, juste à côté, par exemple... Tu n'as pas de table de gynécologie, tu as un divan que tu présentais tout à l'heure comme un divan analytique, quand tu

parlais de psychanalyse. Est-ce que tu pratiques aussi les injections intracaverneuses ?

MB : Non.

AG : Voilà, c'est ça. Alors est-ce que c'est lié à ta formation initiale de psychiatre, ou est-ce que c'est lié à des choix thérapeutiques différents ?

MB : C'est lié à ma formation et à mes choix thérapeutiques, qui me font penser qu'on peut parfaitement travailler en équipe. C'est ce qui est recommandé en général en sexologie, c'est-à-dire d'avoir une équipe qui ait une cohérence mentale, une cohérence de formation, pour que chacun sache la place qu'il a et ce qu'on attend de lui et ce qu'il peut faire par rapport à un patient. À ce moment-là les choses se passent bien. Il y a des psychiatres qui font des injections intracaverneuses. Si tu vas voir Courtaud, lui, il peut les faire. Moi je ne peux pas.

AG : Il a la double formation...

MB : Il a la double formation de psychiatre et de gynécologue, oui, mais si tu veux, je pense qu'il faut être quelque part en accord avec sa tête. Je pense que ça limite, après, la possibilité d'évolution psychologique, de pouvoir avoir une action directe sur le corps. Je préfère à ce moment-là parler de ce qui se passe dans les injections intracaverneuses avec les patients, et les envoyer faire des injections intracaverneuses ailleurs – en ayant expliqué ce qu'ils vont y faire, ce qu'ils vont y trouver et à quoi ça va leur servir, quel rôle ça peut avoir. À ce moment-là on voit, après, ce qu'ils en font, à quoi ça leur sert, est-ce que c'est bien leur réponse, qu'est-ce que ça permet de changer et comment on va pouvoir essayer de s'en passer maintenant qu'on est rassuré sur son fonctionnement et qu'on a compris que si l'injection pouvait débloquer un comportement, c'est que c'était le moteur qui ne fonctionnait pas et pas la voiture.

Les niveaux d'intervention psychologique en sexologie

AG : Donc tu t'en sers dans ta palette thérapeutique, mais en les adressant à quelqu'un d'autre ?

MB : Tout le problème est de savoir sur quel plan on se situe. La sexologie a plusieurs niveaux. Elle a le

⁴ DESS : diplôme d'études supérieures spécialisées.

⁵ Le titre de psychothérapeute est lui aussi protégé, depuis 2004.

Entretien

A. Giami

niveau d'accompagnement simple, avec les thérapies comportementales et d'information, etc., qui peuvent fonctionner en niveau 1. Après il y a les niveaux un peu plus complexes, sur lesquels une bonne formation psychologique est importante. Et puis il y a des niveaux très complexes, sur lesquels la formation psychologique est la condition *sine qua non* pour ne pas se laisser piéger par les manipulations, par un pervers, par un paranoïaque, etc. Ce sont des cas extrêmes et il ne faut pas croire qu'il y en ait beaucoup, mais il y en a, et c'est vrai que quand il y en a et qu'on n'a pas cette formation, on peut se planter royalement. Mais il n'y en a quand même pas beaucoup.

AG : Sur les pervers, moi j'ai l'impression, en écoutant les psychanalystes, par exemple, que celui ou celle qui est désigné comme pervers, c'est celui qu'on n'arrive pas à contrôler. C'est presque la limite de l'intervention thérapeutique. Toi le « pervers », tu le qualifierais comment ?

MB : C'est celui qui, lui, arrive à tout contrôler (rires). Oui. Oui, oui, oui (rires). C'est lui qui t'a complètement et tu ne peux plus à t'en dépêtrer, oui.

AG : Il y a beaucoup de thérapeutes qui les fuient, qui désignent ceux qu'ils veulent fuir comme la peste, on ne peut rien faire avec lui. Enfin, c'est lui qui *fait* avec nous d'une certaine façon.

La formation en sexologie

AG : Pour revenir sur des histoires de formation, le modèle québécois, qui apparaît relativement unique au monde avec une formation vraiment initiale au niveau de ce qu'ils appellent le baccalauréat, en fait le diplôme de premier cycle, c'est une formation qui n'est pas principalement médicale et des non-médecins peuvent porter le titre de sexologue. Qu'est-ce que tu en penses ?

MB : Je ne vais pas avoir de pensée très profonde là-dessus, parce que je pense que ça correspond à chaque fois à une culture. Et ça va dépendre aussi, parce que ces gens-là, les Québécois, font une diffusion énorme de leur idée de ce qu'ils peuvent faire et de comment ils peuvent le faire, ce qui fait qu'il y a déjà un formatage du public, des personnes qui ont des difficultés, qui les aide à savoir ce qu'ils veulent pouvoir formuler comme demande et à qui. À ce moment-là, l'engrenage peut parfaitement marcher.

En France, de toute façon, les psychologues n'ont pas la même position qu'au Québec. On ne peut pas faire de comparaison. Je suis incapable de faire une comparaison, parce que je suis allée un peu au Québec et j'ai discuté avec les médecins, qui effectivement étaient dans la même position que les psychologues, ici, par rapport à la médecine, c'est-à-dire qu'ils sont amputés du pouvoir de thérapie. Ce sont des mécaniciens. On va voir si la mécanique marche. Si la mécanique marche, tout le reste, ce sont les psychologues qui savent... Qui ont la main, on va dire. Qui ont la main dans le système d'organisation de la santé. Nous, ça ne se passe pas comme ça. Les psychologues sont quand même un petit peu marginaux, et les gens qui veulent y aller, c'est de leur propre chef, pour leur propre épanouissement, c'est peut-être un peu plus sain, en tout cas de ce côté-là.

AG : Et pour leur propre porte-monnaie aussi.

Le droit au bonheur ?

MB : Oui, c'est pour leur propre développement. De toute façon, il y aurait là-dessus encore beaucoup trop de choses à dire pour ne pas le dire. Je pense qu'il faudrait que les gens soient un tout petit peu plus participants à leur mal-être. Parce que c'est vrai qu'à certains moments, quand on fait un peu d'information, on voit arriver des gens en consultation, qui disent « on sait que ça c'est possible, et nous, on vient parce qu'on y a droit », ce qui est une attitude typiquement française, je crois, par rapport au droit à un fonctionnement, au droit au bonheur, au droit à l'orgasme, au droit à ne pas avoir d'éjaculation précoce, au droit à ne pas avoir d'impuissance, au droit à... Il faut déjà pouvoir rectifier cette demande-là qui est totalement... dans laquelle il ne faut pas tomber. Et par rapport à la sexologie, ce qui est en train de se passer à l'heure actuelle, c'est que nous, les sexologues sommes restés un grand moment des marginaux en médecine. Enfin les médecins qui faisaient de la sexologie... On va parler des médecins, on ne va pas parler des autres, hein.

Les médecins sexologues

MB : Les médecins qui faisaient de la sexologie étaient un petit peu marginaux par rapport à leurs

pairs. Les professeurs qui acceptaient d'être responsables d'un enseignement de sexologie, leurs collègues leur souriaient gentiment en leur disant « Ah bon tu as fait ça... ». Alors, au début, ce n'était pas grave, parce que ça pouvait apporter des bénéfices secondaires : quand on était responsable d'enseignement, on touchait le prix des inscriptions, ça permettait de faire marcher le moteur, ça permettait d'avoir une secrétaire universitaire, etc. Mais ce n'était quand même pas bien vu. Puis il y avait ceux qui avaient un peu de courage, qui disaient « Moi j'y crois, donc je le défends » ; il y en avait quelques-uns comme ça. Puis il y avait ceux, je pense, qui se mettaient un peu plus dans l'optique – parce qu'ils travaillaient dans la reproduction, en particulier – de se dire que c'était un moyen d'élargir le champ de l'activité de leur secteur. Ce qui me paraît dommageable, c'est que brutalement, justement avec une forme de paupérisation de la médecine, de recherche du patient à tous crins, avec quelque chose qui ne tourne pas rond sur le plan médical, tout d'un coup les malades – on les appelle des malades, ces gens, les médecins appellent tous ceux qui viennent consulter des malades (*rires*) – les malades avec des difficultés sexuelles sont devenus des gens intéressants, en particulier depuis qu'on a trouvé les injections intracaverneuses, parce que brutalement les urologues se sont dit « On peut agir là-dessus ». On a vu des tas de secteurs, comme ça, dans lesquels il y a eu des progrès dans les connaissances, qui sont en train d'être récupérés, des médecins s'intituler brutalement « andrologue », « andro-sexologue », etc., alors qu'ils n'ont pas le moindre pet de formation sur le plan de la sexualité, aucune connaissance de ce qu'est la sexualité humaine, de ce qu'est l'impuissance, sur la répercussion que ça peut avoir sur l'identité, sur ce que ça peut vouloir signifier. Ils sont vraiment devenus des réparateurs de l'érection, et c'est extrêmement dommageable. C'est pour ça que je pense que c'est bien qu'on commence à faire un diplôme universitaire de sexologie et que ça pourrait être bien, peut-être, que ceux qui peuvent faire de la sexologie ne soient que ceux qui aient eu une formation. Mais je me demande si ce n'est pas trop tard.

Les évolutions récentes : 1997

AG : En observant les choses un peu historiquement, on a l'impression que, il y a 20 ou 25 ans, ce sont les gynécologues – enfin, les gynécologues et les psychiatres – qui ont été les moteurs de la sexologie. Je pense à Willy Pasini, à Georges Abraham, à Gilbert Tordjman ou à des gens comme Jacqueline Kahn-Nathan, Jean Cohen ou Jean Belaisch. Tous ces gens étaient plutôt du côté « gynéco-psy », je dirais, et maintenant j'ai l'impression que c'est un peu un crépuscule des gynéco-psy et une montée des urologues dans le monde de la sexologie.

MB : Moi je crois qu'il y a deux facteurs qui sont liés à cela. En 1974, par exemple, j'avais deux femmes qui venaient consulter pour un homme, et à l'heure actuelle j'ai deux hommes pour une femme. À l'époque, c'était le moment où on parlait énormément de l'orgasme utérin, du point G – c'était un petit peu après –, de l'orgasme vaginal ou clitoridien ; la sexualité féminine se posait en termes de questionnement sur des choses obscures où on pensait apporter des pseudo-réponses avec des enquêtes qui disaient que c'était plus comme ça ou comme ça, avec l'enquête de Shere Hite, qui a fait finalement que beaucoup de femmes se reconnaissaient dans un comportement, et qui a permis d'apporter ces informations ressorties de ces enquêtes et d'avoir une certaine réponse pour les femmes. C'est vrai qu'il y avait beaucoup plus de femmes qui venaient consulter et c'était l'époque où on venait de mettre en place la contraception, les femmes commençaient à s'interroger sur la sexualité, et les maris commençaient un peu à les envoyer en consultation en leur disant « Mais écoute ça ne marche pas : va voir ». Et les femmes arrivaient en consultation de sexologie – elles arrivent toujours en consultation de sexologie – en ayant des capacités d'*insight* et un rapport à leur histoire et une aptitude à remettre leurs symptômes dans ce qui se passe dans leur couple, et elles-mêmes, beaucoup plus facilement que les hommes. Après, par contre, on a stagné là-dessus, on n'est pas allé plus loin – c'est-à-dire qu'en dehors des attitudes explicatives, des attitudes de dédramatisation, comme essayer de proposer aux femmes des apprentissages pour mieux se connaître, connaître leur corps, connaître l'orgasme clitoridien, savoir le déclencher, pouvoir le transférer dans leur

couple, pouvoir un peu mieux comprendre comment fonctionnait leur sexualité par rapport à leur histoire, je crois qu'on n'est pas allé plus loin et qu'il n'y a pas eu de connaissances scientifiques particulières qui se soient développées dans le plan de la physiologie de la sexualité féminine. Alors que pendant ce temps, on a quand même beaucoup bougé sur le plan de la sexualité masculine. Il y a eu d'abord toutes les théories vasculaires avec Ginestí, Zwang et Virag, au début, avec tous ceux qui se sont mis à dire que c'était lié à des thromboses vasculaires, en faisant des démonstrations avec les Doppler, avec les implantations... Ensuite, ça a été les théories des fuites veineuses, et les injections intracaverneuses sont apparues. On n'a pas arrêté de discourir sur la sexualité masculine en termes d'érection et non pas en termes d'histoire, en termes de fonctionnement érectile et de progrès sur le fonctionnement érectile, et donc les médecins sans formation sont rentrés là-dedans et les gens aussi. C'est-à-dire que les hommes qui vont fonctionner comme ça, vont être réparés. Moi, je te jure que quand les injections intracaverneuses sont apparues, je me suis dit « Qu'est-ce que c'est cette histoire, comment peut-on imaginer que des hommes vont se piquer pour pouvoir avoir une érection ». Et je me suis dit « Tu n'as pas de choix à faire, tu vas continuer comme tu as fait jusqu'à présent, tu vas recevoir un homme qui a une difficulté sexuelle, tu vas analyser avec lui comment il voit le problème, depuis quand, avec quoi il le lie et s'il ne le lie pas, s'il ne le lie à rien tu vas faire comme d'habitude, tu vas dire bon ben dans ce cas-là, puisqu'on ne voit rien de particulier on va essayer de comprendre s'il y a quelque chose qui est cassé, on va faire des examens, donc apparemment il n'y a rien qui est cassé, on est vachement rassuré, donc si ce n'est pas cassé, qu'est-ce que c'est qui peut nous avoir un petit peu déstabilisés, et puis de peut-être pouvoir montrer qu'il y a un moment où il y a une cassure effectivement, parce que les difficultés professionnelles, parce que les difficultés avec son épouse, parce qu'il a traversé des événements de vie qui ont touché des régions significatives, bon et alors qu'est-ce qu'on fait ? » Avant qu'est-ce qu'on faisait ? Avant on faisait... déjà on parlait un petit peu, on permettait de comprendre

et puis on disait « Dans ce cas-là, ce qui est intéressant, c'est parfois de faire des sexothérapies de couple qui vous relancent un petit peu, ce sont des thérapies », ou bien on faisait des thérapies de relaxation, ou bien une psychothérapie, ou bien, si les gens étaient vraiment très simples, des thérapies un petit peu suggestives en s'aidant de médicaments sur lesquels on disait « Il y a des médicaments pour vous aider, mais pas plus, il va falloir qu'on comprenne », on va les accompagner, jusqu'à ce que ça débloque, et puis il y a le jour où on va dire « Si vous voulez il y a aussi maintenant des médicaments qui peuvent vous redonner une érection, mais il faut se l'injecter soi-même dans la verge, et puis c'est le temps de le faire pour après reprendre confiance en vous... »

Approches du « transsexualisme »⁶

AG : Il y a donc beaucoup de gens qui en restent au symptôme, qui veulent refonctionner immédiatement, etc. Tu parlais du transsexualisme, et je t'ai vue à la télévision là-dessus, c'est une part importante de ton activité ?

MB : Si tu veux, étant donné qu'il n'y a pas beaucoup de gens qui se sont intéressés à ça, c'est devenu une part importante dans mon activité malgré moi. C'est vraiment quelque chose qui est difficile, qui est un peu angoissant, parce que, à l'heure actuelle, l'attitude qu'on essaie d'avoir, à certains moments, personne ne sait si ce qu'elle vient dire ni à quoi elle correspond, sinon qu'il y a un consensus un peu général, européen, qui a étudié les populations de transsexuels et qui voit que, dans certaines conditions, il y a une demande qui semble relativement claire, sans psychopathologie, sans autre trouble que cette demande isolée, mais qui a une bonne motivation, et que même les parents, la famille, disent « Oui, dès l'enfance ça a toujours été un garçon ou une fille, on n'a rien pu faire » et que le comportement correspond à ce qui est vécu. On s'aperçoit qu'il y a beaucoup plus de chances que cette personne soit bien dans sa peau, qu'il y ait moins de suicides et qu'il trouve des issues en se fondant dans la nature, si on lui permet de passer par une thérapie de raccordement artificiel de son corps anatomique

⁶ J'ai gardé le terme de « transsexualisme », terme utilisé autrefois dans les catégories diagnostiques avec les notions de « troubles de l'identité sexuelle ».

avec son corps psychologique, que si on ne l'aide pas. Parce qu'à ce moment-là, il y a plus de suicides, il y a plus de mal-être, il y a plus de difficultés.

AG : Ce qui m'avait frappé, à la table ronde, lors du congrès de sexologie à la Sorbonne, c'est qu'il y avait trois positions finalement très différentes : il y avait un urologue, qui disait « Vous êtes bouché, je vous débouche » (c'est le terme qu'il avait employé), et « Moi je ne fais que réaliser ce que vous me demandez... »

MB : Ça, c'est en dernière ligne.

AG : À l'opposé, il y avait le psychanalyste qui disait « Ce sont tous des pervers et ça n'est que de la psychopathologie, de toute façon », et puis il y avait toi, qui disais « Dans certains cas, c'est l'équivalent de pervers, de malades, enfin de tout ce qu'on veut, et dans d'autres cas, c'est une mise en adéquation, finalement, et ça peut résoudre quelque chose ». Ça m'avait frappé, cette diversité de positions parmi les médecins.

MB : À l'heure actuelle, j'ai une file active de 60 personnes que je suis en même temps, depuis cinq ans. Pour certains, on s'est donné deux ans, au minimum, mais il y en a d'autres que j'ai depuis cinq ans, puis on n'a toujours pas commencé, parce qu'il y a effectivement des éléments d'histoire qui nécessitent d'être approfondis. Puis on sent, au fur et à mesure qu'on les approfondit, qu'on peut temporiser. Mais il y en a d'autres – j'en ai été frappée – qui ont été vraiment transformés, transfigurés, libérés parce qu'on les a aidés, qui se sont mariés après, qui ont adopté des enfants, qui vont bien comme tout, quoi. Et sans histoire à ce moment-là. Le mot c'est « sans histoire ».

AG : C'est ça, oui. Mais justement, pour quelqu'un comme toi, quelle attitude a-t-on par rapport à ce phénomène ? Comment tu te sens, toi, par rapport à ça, par rapport à cette demande ?

MB : Ah, je suis toujours très mal à l'aise, parce qu'on a l'impression d'avoir, à certains moments, choisi une attitude et d'essayer d'y coller le mieux possible en ayant construit une attitude sur une expérience, et pas plus. Et pas sur une théorie. Ce qui fait que c'est violent de ne pas avoir un repère théorique sur lequel on peut s'appuyer. Mais je suis quand même frappée – et ça va dans l'ordre des recherches biologiques actuelles –, je suis frappée quand je vois arriver des transsexuels jeunes, entre 18 et 25 ans, en « première main », c'est-à-dire qui ne sont pas passés

par n'importe quoi – parce qu'il y a la population qui est passée, qui a acheté des hormones et n'importe quoi, et ça, c'est vraiment autre chose, ce sont des troubles de l'identité, des personnalités immatures qui se sont réfugiées là-dedans, ce ne sont pas des transsexuels – même s'ils se disent transsexuels, par contact avec les autres et parce qu'ils trouvent leur voie là, c'est une réponse pour eux. Il y en a beaucoup. Et malheureusement, eux aussi, parfois, ayant trouvé des endocrinologues complaisants, sans qu'il y ait toujours eu cette première main psychologique, et il y a même certains psychiatres qui ne savent pas faire, qui ne savent pas répondre, ce qui fait qu'ils se retrouvent avec des hormones et ils arrivent trop tard. Il y a un moment où tu ne peux plus faire de retour en arrière. Et je suis frappée – alors je vais parler de ce que j'appelle les transsexuels purs –, quand je vois arriver une fille qui se dit garçon ou un garçon qui se dit fille, de quelque chose qui est déjà inscrit dans leur corps, leur attitude comportementale, leur voix et leur gestualité, qui est en accord complet avec ce qu'ils disent. Et là je me dis, c'est comme quand je vois arriver certains homosexuels très efféminés, et qui ne se la jouent pas, qui l'ont toujours été depuis l'enfance, j'en vois que j'ai fréquentés quand on était étudiants, qui ont quelque chose d'inscrit dans leur comportement, qui est en dehors de l'écriture psychologique pure, qui est enchâssé dans... dans quelque chose que je ne saurais pas nommer puisqu'il n'y a pas suffisamment de théorie. Mais je commence à lire des théories sur la sexuation du cerveau, et quelque part je me dis « Tiens finalement, peut-être que ça va avec ça, l'orientation sexuelle ancienne dans des circuits de comportement ». Tu comprends, quand tu vois arriver des filles qui disent qu'elles sont des mecs et qui ne réfléchissent à rien, qui ont toute une gestualité, qui... enfin je ne peux pas t'expliquer, c'est incroyable, incroyable. Et puis des garçons qui se disent des filles et même la voix n'est pas une voix de... au téléphone, tu les prends pour des...

AG : Tu as parlé de l'homosexualité. J'ai l'impression que la sexologie finalement ne comprend pas grand-chose à l'homosexualité.

MB : Ce n'est pas du tout qu'elle ne comprend pas grand-chose. Elle ne se pose pas la question de l'homosexualité. Elle considère que l'homosexualité, c'est un comportement que l'homosexuel a choisi, elle ne

le remet pas en question, elle ne s'intéresse à l'homosexuel que s'il vient consulter pour des difficultés sexuelles.

AG : Mais justement, le but d'une thérapie avec un ou une homosexuel, est-ce que c'est d'en faire un homosexuel heureux ou d'en faire un hétérosexuel heureux ?

MB : C'est d'aller dans le sens de ce qui est son équilibre heureux. Si c'est un homosexuel et qu'on va le rendre plus heureux en restant homosexuel, on ne se pose pas la question de sa structure. Là, vraiment.

Sexo ou pas sexo : *that is the question*

AG : C'est ça la question : quelle est la place de la structure en sexologie ?

MB : Si le mec se dit homosexuel, on ne va pas remettre ça en question. Il est homosexuel. Il est homosexuel et éjaculateur précoce, on va s'occuper de l'éjaculation précoce de l'homosexuel. Et à ce moment-là, au lieu de le voir en thérapie avec sa nana, on va le voir en thérapie avec son mec. Pas plus que ça.

AG : Aux États-Unis, par exemple, avec le mouvement gay, les homos préfèrent aller voir des thérapeutes gays aussi, plutôt que d'aller voir des thérapeutes hétéros.

MB : Oui, parce qu'à ce moment-là, ils ne cherchent pas à se faire emmerder sur leur truc, ils sont intégrés. Mais nous, la pression qu'on a, enfin les sexologues, c'est de se mettre dans cette position-là. C'est-à-dire de ne pas remettre en question l'homosexualité. Mais si, dans six mois, un homosexuel vient me dire – parce que je suis psychiatre – « Je ne sais pas si je suis bien en étant homosexuel, je me demande... », à ce moment-là, on va réfléchir, entrer dans une thérapie qui n'est plus de la sexologie, qui est une psychothérapie de réflexion sur son identité.

AG : La part de ton activité qui est plutôt consacrée à ce genre de psychothérapie hors sexo... – enfin que tu définis comme en dehors de la sexologie et de la pratique sexologique pure –, tu l'évalues à quelle part ?

MB : C'est un peu biaisé chez moi, parce que moi, au bout d'un moment, ça me gonfle la sexologie pure (*rires*). Quand je trouve que c'est simple, qu'il faut faire une sexothérapie classique, etc., et que c'est parfaitement

à la portée, je les adresse à un confrère. Quand ce sont des gens qui sont un peu plus compliqués sur le plan psy, à ce moment-là je les garde, parce qu'on va petit à petit sortir – même si on va garder de temps en temps quelques attitudes comportementales – on va très rapidement déboucher sur une psychothérapie, ça m'intéresse beaucoup plus. Mais c'est parce que ça fait 20 et je ne sais plus combien d'années que je fais ça. Au début, je me régalais à faire des sexothérapies, parce que c'était tout nouveau, et que c'est fabuleux de voir qu'on peut très rapidement aider quelqu'un à changer un comportement, ce qu'on ne peut jamais faire avec une psychothérapie, ou pas aussi vite. Même si, après, je peux me payer le luxe de dire « On va changer le comportement », on réfléchit et on se dit que quelque chose d'autre va maintenant peut-être se mettre à la place, et on se demande ce que ça va être ? Et même, à la limite, on joue avec ça : dire au patient « Vous savez, il peut y avoir une transformation », et puis le voir arriver quelque temps après et lui dire « Eh, qu'est-ce que je vous avais dit ? ». À ce moment-là, on partait en étant beaucoup plus armé, et ça permettait de faire des choses beaucoup plus... comme on ne peut pas le faire avec une thérapie psychanalytique si on n'a pas cette formation comportementaliste.

Le cas historique

Il y a un cas que je garde en mémoire – c'est un cas historique, on n'en a qu'un comme ça dans sa vie –, qui est fabuleux. C'est un mec qui est arrivé... C'est un cas vraiment historique. Un mec qui arrive en consultation en disant « Voilà, on m'a dit que c'était vous qu'il fallait que je vienne voir. J'ai fait un priapisme, on m'a mis une prothèse pénienne et comme maintenant je ne voudrais plus avoir cette prothèse, et en plus j'ai une anéjaculation depuis qu'on me l'a mise, on m'a dit que c'était vous et je voudrais éjaculer dans trois mois maintenant, parce que ça va bien comme ça. » C'était un discours de cet ordre-là. Hou là là (*rires*). Je lui avais dit... Je ne me rappelle plus exactement... Je lui avais dit : « C'est bien, ça, mais d'abord en trois mois, je ne sais pas ce que ça veut dire, et si vous voulez qu'on essaie de comprendre un petit peu ce qui se passe, on va peut-être réfléchir un petit peu plus loin. Alors, est-ce que vous êtes prêt à faire une réflexion sur votre histoire pour qu'on comprenne ce qu'on a pu

faire, parce que là, c'est trop... L'histoire que vous me racontez là, "J'ai ma prothèse, etc.", ça n'existe pas, ça n'est pas possible. » Parce que j'avais senti qu'il y avait un truc qui était plus loin, que je ne pouvais pas faire de sexothérapie là-dessus, ça n'avait pas de sens. Et il me sort alors une histoire fabuleuse. Le mec avait fait, le 1^{er} avril de l'année d'avant, une hémiplégie gauche complète, le 1^{er} avril de l'année d'après – le 1^{er} avril chaque fois – une hémiplégie droite complète. Or, tu sais que si une hémiplégie est complète, elle est psychogène, parce que dans les vraies hémiplegies tu as un côté et l'autre, et lui, il avait tout le côté. Il était rentré à l'hôpital de la Timone, on lui avait fait des explorations neurologiques, on lui avait fait des artériographies, on lui avait des ponctions lombaires et on lui avait fait un diagnostic de – peut-être – un début de sclérose en plaques. À la suite de ces deux hémiplegies, il avait fait, quelque temps après, un priapisme, avec une phlébite du membre inférieur, et on l'avait opéré de ce priapisme, dont on n'avait pas trouvé la cause, et on lui avait mis une prothèse. Parce qu'à l'époque on pensait que, dès qu'il y avait priapisme – les idées médicales, hein –, on allait devenir impuissant. Donc, on n'avait pas réfléchi, on lui avait mis une prothèse. Alors qu'à l'heure actuelle, on s'aperçoit qu'il n'y a pas plus impuissants que ça après un priapisme.

AG : Je ne vois pas à quoi sert une prothèse pour un priapisme.

MB : Il avait un priapisme, donc le chirurgien...

AG : Ça veut dire qu'il est tout le temps en érection et que c'est douloureux ?

MB : C'est très douloureux. Donc on l'a vidé de son sang et le chirurgien a gardé la théorie de l'époque, qui était qu'après un priapisme, on est impuissant. Donc, si on est impuissant, dans le même temps on lui met une prothèse pour qu'il puisse avoir des rapports.

AG : Donc on profite de l'intervention chirurgicale pour faire deux trucs en même temps ?

MB : C'est ça. Mais à la suite de la mise de la prothèse, il a fait une transformation et il a fait une anéjaculation à la place.

AG : C'est un déplacement de symptôme ?

MB : Oui, voilà. Donc, dans l'ordre, on avait une hémiplégie d'un côté, une hémiplégie de l'autre, puis un priapisme inexpliqué et une anéjaculation. Ça faisait beaucoup de monde. Alors je lui dis « Bien,

écoutez, là, on va regarder les dates de tout ce qui s'est passé sur le plan médical et chirurgical, et vous allez me mettre tout ce qui s'est passé dans votre vie à ce moment-là, à côté ». On voit alors apparaître une histoire extraordinaire, dans laquelle ce mec, quand il était petit, était en Indochine avec sa mère et son père ; sa mère meurt, il est dans une école religieuse avec une religieuse qui s'occupe de lui. Brutalement, alors qu'il a 4 ou 5 ans, on l'habille en habit de fête et il va au mariage de son père avec la sœur qui s'est défroquée et qui a épousé son père. La sœur est devenue sa mère...

AG : La bonne sœur ?

MB : La bonne sœur, laquelle n'a jamais eu d'enfant et a eu une attitude – comme pouvait avoir n'importe quelle bonne sœur, on imagine facilement – assez sadique. Un peu sadique avec les enfants, en n'étant pas claire du tout. Si bien que – je te passe toute l'histoire qui était historique – il connaît une nana, il fait un gosse avec elle, ça ne se passait pas très bien avec « Madame sa mère » – il l'appelait « Madame sa mère » – et il passe devant la Légion étrangère, il s'engage, il ne donne plus aucun signe de vie. Sa femme accouche, sans travail. Le mari disparu, elle confie l'enfant à « Madame sa mère » pour pouvoir aller travailler, et « Madame sa mère », qui n'avait jamais eu d'enfant, ne lui rend jamais l'enfant. À ce moment-là, au bout de cinq ans, il sort de la Légion, il retourne chez lui et il retrouve sa femme, son fils chez ses parents, qui ne lui rendent plus. Commence une histoire de procès pour récupérer l'enfant. On leur rend l'enfant, qui devient à ce moment-là encoprésique, qui perd la parole, etc. On le récupère chez eux pour le rendre à sa mère, et au fur et à mesure qu'il y a les procès, c'est là qu'il fait l'hémiplégie droite, gauche, le machin, truc, tout ça, puis le priapisme. Et en même temps, une histoire fabuleuse. Alors on décide une psychothérapie dans laquelle on essaye de comprendre tout ça et comment ça s'agencait et comment c'était effectivement un côté droit, un côté gauche, un coup c'était sa femme, un coup c'était sa mère, et après, le pouvoir, le jeu de ping-pong entre sa femme et sa mère qui se disputaient l'enfant, il ne savait plus où il était. Entre-temps, il avait été soigné par des médecins qui avaient tous marché là-dedans, pas reconnu l'aspect qui était quand même rare à ce point-là. On lui avait alors fait la sclérose en plaques, il était sous anticoagulants depuis je ne sais plus

combien de temps, il était en invalidité. À un certain moment je lui dis « Maintenant on va reprendre le travail ». Oh là là ! Finalement on reprend le travail. Il reprend le travail et sa femme me téléphone, pratiquement triomphante « Madame, il a repris le travail ; aujourd'hui, il a fait une embolie pulmonaire ». Je lui dis « Donnez-moi le nom du cardiologue, ce n'est pas une embolie pulmonaire ». Je téléphone au cardiologue, je lui dis « Écoutez-moi, est-ce que vous pensez qu'il a réellement une embolie pulmonaire ? Parce que moi, je pense que ce n'est pas une embolie pulmonaire, que c'est une conversion. » Il me dit : « Bon, si vous me dites ça », tu sais d'habitude les cardiologues ils envoient chier les psychiatres, ils disent « Ma foi, finalement il n'y a pas de grands signes ». Je lui dis « Soyez gentil, je pense que si vraiment ce n'est pas net, il faut qu'il sorte » (*rires*), et je téléphone au malade et je lui dis « C'est encore une conversion » (*rires*). Et donc, on avait pu dire qu'à chaque fois, c'était une conversion. Chaque fois, il en faisait une, mais de moins en moins forte. Je me rappelle, un jour, ça arrivait à un truc qui était de cet ordre-là : sa femme me téléphonait en me disant « Madame Bonierbale, mon mari va avoir une contrariété, j'ai peur qu'il fasse une conversion, qu'est-ce qu'on fait ? ». Alors on discutait (*rires*). Et lui me disait « Là j'ai pas mal été emmerdé au travail, alors je me suis paralysé du bras gauche. Ce n'est rien j'ai travaillé avec le bras droit ». Entre-temps il a fait... Deux embolies pulmonaires (fausses, hein), un torticolis (vrai), un ulcère de l'estomac (vrai), mais petit à petit – on a mis je ne sais pas combien de temps, trois ans peut-être, quatre ans –, après, sa femme a fait une dépression, parce que c'est passé dans le couple, on a fait le deuil de l'enfant. Ça s'est bien passé, et après il venait en consultation avec la petite valise, il apportait le champagne, il buvait le champagne dans la consultation. Mais ce type a une histoire historique.

AG : Oui, oui.

MB : Pour te montrer qu'il peut arriver n'importe quoi. Mais c'est vrai que lui, est arrivé chez un sexologue avec comme demande de pouvoir éjaculer dans les trois mois, et derrière, un truc assez phénoménal.

Que peut faire la sexologie ?

AG : Là pour reprendre un peu tout ce que tu as dit – je ne connais pas très bien la pratique en sexologie,

j'ai lu des choses, mais je connais mal la pratique –, on a l'impression que... ce que je découvre, c'est que finalement on a une vision de la sexologie qui va réduire les problèmes sexuels, et apparemment, dans ce que tu dis, il y a effectivement certaines catégories de problèmes ou de patients, je ne sais pas trop, pour lesquels ce n'est qu'au premier niveau de la sexualité, et au niveau presque organique, d'autres où c'est un peu plus psychologique, mais le trouble de la sexualité apparaît lié à des choses légères...

MB : Mais c'est parfaitement accompagnable et recadrable dans une thérapie simple.

AG : ... et puis il y a d'autres types de problèmes qui renvoient à des choses plus dures et plus compliquées.

MB : Mais qui ne sont pas si fréquents qu'on peut le dire, parce que le discours analytique c'est de dire « Tout est comme ça ». C'est faux, tout n'est pas comme ça. Mais dans la formation de sexologie qu'on essaie de donner, on ne dit jamais que la difficulté sexuelle et simple et on dit qu'il faut analyser la demande, que derrière il peut y avoir des choses plus complexes. Mais on va essayer, dans un premier temps, d'avoir une attitude comportementale et on voit. Si ça marche, si ça permet de réguler, si ça permet de retrouver *na na na*, c'est bon, et si on voit qu'au bout d'un certain temps, il y a des résistances, on arrête, on dit « Attention, là ça veut dire qu'il y a quelque chose derrière ».

La psychanalyse et la psychiatrie... au bout du compte ?

AG : Tu penses que ta formation analytique est de quelque usage que ce soit, de quelque intérêt que ce soit dans ta pratique, ou pas du tout ?

MB : On ne sait plus dire au bout d'un certain temps, si c'est ta formation analytique ou si c'est ta formation, ton expérience ou ta personnalité, je ne sais pas. Je crois que la connaissance, au moins, des données analytiques et de la manière dont ça fonctionne – on va dire des attitudes psychodynamiques, pour être plus ouverte – est indispensable. Ça c'est vrai que c'est indispensable. Il faut savoir comment un symptôme sexuel peut se mettre en place avec un autre système de lecture que celui de l'apprentissage. C'est sûr.

AG : Mais sur ta capacité d'écoute, à toi-même, enfin sur le plan personnel, est-ce que tu penses que ça t'est utile d'avoir fait ça ? Sans utiliser le cadre conceptuel ou analytique de la psychanalyse, le fait d'avoir fait soi-même une analyse, est-ce que tu penses que ça peut aider... ?

MB : Je dirais que c'est vraiment l'école de psychiatrie dans laquelle j'ai appris et fait mon expérience qui a été un bon outil, plus que mon analyse personnelle. Mon analyse personnelle m'a éclairée sur moi, elle me permet de ne pas tout mélanger, et ça s'arrête là. Après, les capacités d'écoute, savoir comment fonctionne un entretien, comprendre un peu les choses, ce sont des choses que l'on apprend bien dans certaines écoles de psychiatrie universitaire, mais pas dans toutes. Je vois qu'à l'heure actuelle, dans certaines écoles de psychiatrie universitaire, on apprend la psychiatrie biologique, point. On ne te forme pas du tout à la psychothérapie. J'avais un maître qui était très ouvert et qui était très éclectique ; il y avait des formations à tout et des ateliers de psychanalyse, de systémique, de thérapie de couple, de relaxation, de thérapie comportementale. On passait par tout et...

AG : À Marseille ?

MB : C'était Sutter. On passait par tout et il laissait tous ses élèves qui travaillaient, il leur donnait une place. À l'époque, j'étais chef de clinique chez lui, et quand je lui ai dit que je voulais faire de la sexologie – ce n'était vraiment pas classique –, il m'a dit « D'abord vous êtes une femme, vous savez peut-être que ça n'est pas simple pour vous, vous êtes sûre que vous voulez faire ça ? », « Oui, oui », « Bon, eh bien écoutez, pas de problème ». C'est lui qui m'a payé les voyages à Genève pour aller voir Abraham et Pasini, les formations, les séminaires. À l'époque, il y avait une formation qui était faite par la Société française de sexologie clinique, il me l'a payée... Je prenais le train. C'était à 22 h, le lundi soir, à Necker. Je prenais le train à 14 h, l'après-midi, j'arrivais à Paris à 19 h 30, je courais après à Necker, je repartais à 22 h 30, j'avais un train à 23 h et je rentrais la nuit, tous les lundis. C'était quelqu'un d'ouvert et j'ai vraiment beaucoup appris, je pense, parce que c'était la personnalité du maître universitaire qui avait une école dans laquelle chacun pouvait faire son expérience à sa manière à lui, et en n'étant pas cloisonné dans une théorie qui aurait été *la bonne théorie*, qui permettait à chacun de faire

son chemin. C'est ça surtout qui m'a été utile. C'est ça, je pense, que je regrette de ne pas voir partout.

Les perspectives sexologiques

AG : Et en sexologie, dans quelle lignée tu te situes ?

MB : Je serais plus dans la lignée de Pasini que dans d'autres. Oui, plutôt dans la lignée de Pasini.

AG : Pasini et Abraham ? Tu les mets dans le même registre ?

MB : Je les mets un peu dans le même registre, mais je suis un peu plus avec Pasini. Abraham est très centré sur une forme d'approche, il s'intéresse à la perversion, il s'intéresse à la psychanalyse pure. Pasini s'est plus ouvert à d'autres approches – corporelles, comportementales – qu'Abraham, et moi je suis un petit peu comme ça, éclectique. Par exemple, on peut prendre quelqu'un en thérapie, une femme, et s'apercevoir qu'il y a un travail « de fermeture » par cette femme, qu'elle a une difficulté sexuelle, et il est peut-être important qu'en même temps on lui fasse une thérapie corporelle avec Martine Potentier, qu'elle trouve un petit peu à lire son corps, à pouvoir l'ouvrir, à travailler sur l'autorisation de son corps. Avec Martine, on fait de la relaxation, de la danse, de l'expression corporelle, des massages. Elle va pouvoir en même temps verbaliser avec Martine, qui a une bonne formation psychologique, les choses qu'elle sent, qu'elle peut faire, ne pas faire, et ce que ça évoque pour elle. Martine, après, me fait de temps en temps un courrier. Je suis la patiente, en même temps, en verbal. On voit si, dans un deuxième temps... Tu vois une thérapie corporelle, donc quelque chose qui est comportemental, mais qui est un peu plus sophistiqué qu'une prescription comportementale habituelle, en même temps qu'on discute un peu sur son histoire, et dans un troisième temps... Une fois qu'on aura travaillé sur son corps réel et fantasmatique et imaginaire et vécu et son histoire, dans un troisième temps, je demanderais à la voir avec son mari. On va travailler sur les interactions, comment ça se passe, quelle est la forme de collusion, qu'est-ce que c'est, ce couple, et comment s'y échange la sexualité comme langage. Et après, on a fait un tour complet de la question. Tu vois, c'est un petit peu comme ça qu'on travaille. Si tu veux, ce n'est pas la sexologie classique, au sens de première ligne de symptôme, on va prendre

l'éjaculation précoce, on va faire venir le couple et on va faire une thérapie de sexothérapie avec un *squeeze*. Ça, tu vas avoir des couples pour lesquels ça peut parfaitement fonctionner en première intention. C'est rare, parce que...

AG : Le *squeeze* c'est quoi ?

MB : Un *squeeze*, ce sont des thérapies comportementales à la Masters et Johnson, dans lesquelles, dans un premier temps, tu as les exercices de consigne de comportement, de rapprochement corporel pour mieux se connaître, voir le langage du corps, voir comment ça s'échange, permettre d'interdire le rapport sexuel pour en somme avoir les prescriptions thérapeutiques qui permettent de couper l'anxiété de performance qui fait que l'homme et la femme sont focalisés sur l'éjaculation et ne pensent plus qu'à ça et ont éliminé complètement le contexte de la communication corporelle. On les recentre là-dessus, et progressivement, comme dans toute attitude comportementale où on met des consignes de comportement progressif par rapport au comportement problème, il vient un moment où on demande à la femme de caresser, de masturber le mari, qui à ce moment-là est passif, ça n'est plus lui qui a le contrôle de l'éjaculation – lui, il a comme message de dire à la femme quand il sent monter l'éjaculation. La femme, à ce moment-là, est de malgré elle entraînée dans un comportement où elle est une aide thérapeutique, au lieu d'être – comme habituellement –, celle qui se plaint de l'éjaculation. Là, on change complètement sa place.

AG : Effectivement, ça modifie complètement les rôles féminin et masculin, et ça, ce n'est pas rien. C'est la femme qui devient l'instigatrice du processus ?

MB : Oui, mais en même temps on l'enlève de celle qui entraînait aussi l'appellation de l'autre comme malade. C'est elle qui disait « Tu es un éjaculateur précoce ». Là, on la met donc en position d'être celle qui va faire que... c'est elle qui réussit à le rendre « moins éjaculateur précoce ». Si tu veux, on a renversé la vapeur.

AG : Je dirais presque qu'implicitement, ça laisse penser que c'est la femme qui contrôle les choses.

M : Oui, mais en réalité... Si ça rate c'est parce qu'elle n'a pas bien fait. Et dans ce cadre-là, elle est contrainte d'arriver à le faire.

AG : Mais ça, est-ce que ça n'a pas des répercussions sur la dynamique du couple ?

MB : On n'en reste pas là. Ça, c'est le temps dans lequel, justement, on joue sur les interactions pour les modifier complètement, ce qui va permettre alors de plus être fixé dans son anxiété de performance. Il est passif et c'est elle qui doit repérer le signal qu'il lui donne et, à ce moment-là, de *squeezer*. Le *squeeze* est une attitude qui consiste à comprimer fortement la verge : tu appuies sur une zone réflexe et tu bloques le réflexe d'éjaculation... C'est une zone de concentration de corpuscules sensoriels, et ça a pour action de bloquer le réflexe de l'éjaculation. Donc si tu es dans une attitude de déconditionnement, tu joues sur plusieurs niveaux. Tu joues sur l'interaction, comme on l'a dit, mais ce n'est pas donné à l'avance.

AG : Ce n'est pas donné. De fait, c'est ce qui se passe. Mais est-ce que ça ne peut marcher que s'il y a déjà ce type d'interaction dans le couple, si c'est la femme qui contrôle les choses ? Parce que, par exemple, dans les couples où ça n'est pas la femme qui contrôle les choses, est-ce que ça peut marcher ? Ou est-ce que ce n'est pas un chamboulement tellement important que ça modifie complètement la structure de la relation au sein du couple ?

MB : Je crois qu'on ne s'est pas posé la question sous cette forme, parce que ça va durer le temps de la stratégie thérapeutique. Après, on va voir comment ça se remet en place dans le couple. On ne va pas laisser les choses comme ça. Ça ne va pas rester comme ça tout le temps, c'est juste pour faire le passage.

AG : Ils font ça dans le cabinet médical ou ils font ça chez eux ?

MB : Chez eux. Ce sont des prescriptions de comportement qu'ils font à la maison.

AG : Chez Masters et Johnson, il y avait des activités observables en clinique.

MB : Oui. Masters et Johnson utilisent parfois la glace sans tain pour voir comment ils font. Mais les prescriptions de comportement comme les sexothérapies classiques de Masters et Johnson, ce sont des consignes de comportement que l'on fait chez soi. C'est pour ça qu'il est nécessaire qu'il y ait un contrat thérapeutique dans lequel le couple a accepté de suivre la prescription et de pouvoir faire ce qu'on leur demande. C'est là que, si tu as une formation psychologique, tu vas pouvoir voir s'il y a des résistances, parce qu'ils n'ont pas fait, parce qu'ils n'ont pas eu le temps, parce qu'ils étaient malades, parce qu'ils

n'avaient pas envie, et à ce moment-là tu changes ta casquette et tu dis « Bon, on ne fait plus le comportementalisme puisque ce n'est pas ça que vous voulez ». On va travailler sur vos temps de rencontre et sur ce que vous voulez – c'est à la fois la formation psychologique. Les autres, ceux qui restent simplement en comportemental ils disent : « Écoutez, vous ne voulez pas le faire, nous, on arrête parce que vous n'êtes pas prêts ». Donc le fait de pouvoir bloquer le réflexe de l'éjaculation, ça permet à l'homme, d'abord, de sentir qu'il va pouvoir faire durer plus longtemps, et à ce moment-là, la femme a pour consigne d'agir, de bloquer l'éjaculation, de ne pas rester bloquée là et de remettre les préliminaires en route, de retrouver une complicité, de travailler sur la détente à deux, de pouvoir être bien. On remet donc l'idée que la sexualité n'est pas centrée là-dessus et on rebranche sur le corps ; puis on recresse, et on le fait deux ou trois fois d'affilée. Ce qui fait que quelque part, on dit à l'homme : « On vous apprend à rester un certain temps en excitation sans être allé jusqu'au bout de l'éjaculation. Et puis, à un moment, vous vous payez une gaufre : on ira jusqu'au bout. » Mais il y a eu un temps qui a été multiplié. Et on voit que si on fait ça tout le temps, au bout d'un moment, un conditionnement va s'établir. Il va falloir un temps de plus en plus long de masturbation pour que l'homme lâche le signal qui fait que la femme sait qu'elle va *squeezer*. Ça se produit quand on a bien sélectionné son couple, qu'on a bien mis en place une thérapie et qu'il n'y a pas d'autre conflit au milieu.

AG : On voit ces problèmes actuellement avec la question du préservatif : les femmes ont beaucoup de mal à manipuler le sexe de l'homme, d'y mettre la main, de regarder, etc. Il y a quand même un tabou là-dessus. Il y a beaucoup de femmes... beaucoup d'hommes qui n'osent pas toucher leur sexe et encore moins celui de l'autre. Il y a aussi beaucoup de femmes que le toucher ou même la vision du sexe de l'homme met mal à l'aise.

MB : Très paradoxalement, dans les sexothérapies, il est exceptionnel que ça pose des problèmes. C'est chez les femmes qui viennent consulter pour difficultés sexuelles qu'on trouve ces problèmes de dégoût du sperme, de dégoût du sexe de l'homme, mais les femmes d'éjaculateurs précoces ne sont pas du tout dans ce registre. Elles ont un autre profil. Elles, ce

qui les intéresse, c'est que l'homme ne soit plus un éjaculateur précoce, elles n'ont pas d'inhibition par rapport au sexe de l'homme. Une fois qu'on a réussi à faire ce passage par la masturbation, on demande à la femme de se mettre en position supérieure, de « se pénétrer », d'habituer l'homme à perdre son érection dans le vagin – mais à chaque fois on leur fait prendre l'habitude de rester, que l'excitation aille jusqu'au bout. Si l'homme sent venir l'éjaculation, il fait un signal à sa femme. Elle sort. Clac. Elle *squeeze*. On commence ensuite les mouvements. Petit à petit on voit que quelque chose joue sur les interactions du couple, sur la complicité, sur l'apprentissage du corps, sur une forme de changement de la relation érotique et sur l'apprentissage local, c'est-à-dire qu'on a rouvert la possibilité de ce qui se passe au moment de l'éjaculation... Habituellement, dans l'adaptation à l'éjaculation, c'est lorsque tu es dans une complicité avec ta partenaire que, petit à petit, tu réajustes. On les met dans cette position.

AG : Ça suppose effectivement qu'il y ait une alliance entre...

MB : Voilà. Cette forme de thérapie met en place, quand tu sais bien la manipuler, quelque chose qui, avec un couple que tu as bien sélectionné, va les aider à comprendre ce que c'est que la complicité. On les sort de l'anxiété de performance pour les mettre dans un processus de complicité, de compréhension, d'une autre forme de mise en place de la sexualité. Mais ça sous-entend qu'on a pris un couple dans lequel on a éliminé tout conflit antérieur. Moi, je prends un temps, pour les couples dans lesquels il y a un conflit, en leur disant « On ne commencera pas de thérapie sexuelle tant qu'il y a un conflit, donc on va travailler d'abord sur le conflit ».

AG : Oui, ça suppose d'abord une alliance, une complicité.

MB : Ça sous-entend surtout qu'on ait des formations – et c'est ça qu'on essaye de faire passer en sexologie – qui puissent être « multicanalaires », c'est-à-dire qu'on puisse travailler sur le conflit, qu'on puisse travailler sur le corps, qu'on puisse travailler sur des thérapies comportementales, qu'on puisse savoir aller avec le patient relier avec le passé, et qu'on n'ait pas simplement un système orthodoxe de lecture en disant « Nous, on pense que c'est que là-dedans ». Tant que le patient ne parle pas notre langage, on n'y va pas.

Entretien

A. Giami

C'est ce qui bloque beaucoup de patients, et qui est – je trouve – peut-être un peu appauvrissant.

AG : D'accord. Et l'avenir ?

MB : L'avenir ? Je ne sais pas. Honnêtement, je ne sais pas. Je pense qu'on a fait énormément de travail, qu'on a commencé à mettre en place des idées qui commencent à être acceptées un peu partout, que c'est difficile, parce qu'à l'heure actuelle on traverse une crise de société et qu'on ne sait pas ce qui va en sortir, autant sur telle ou telle attitude vis-à-vis d'un symptôme dont on se plaindrait, qui est un symptôme de plaisir, que par rapport même à la médecine

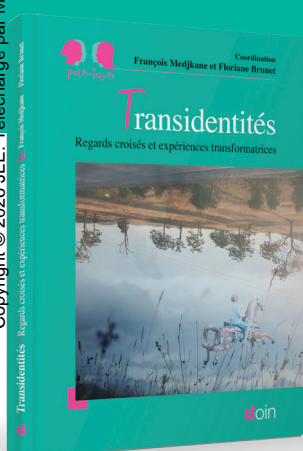
dont on ne sait pas très bien si elle va s'autoriser à faire certaines formes de thérapies qui seraient des thérapies de luxe, ou encore, à l'intérieur même de la sexologie, pour ce qui est de trouver un langage suffisamment commun qui commence à peine à se mettre en place et de pouvoir s'y tenir. Ça, il n'y a que l'avenir qui nous le dira, on ne peut pas le prévoir.

AG : D'accord. Y a-t-il quelque chose que tu n'as pas dit et que tu voulais absolument dire ?

MB : Il y en a des milliards, mais je crois qu'on ne peut pas les dire toutes.

AG : Merci.

Copyright © 2026 JLE. Téléchargé par M PIERRE HONNAY le 23/04/2026.



Collection Polémiques
978-2-7040-1734-8 • 16 x 24 cm • 272 pages
Formats disponibles
papier • ebook
À partir de 22,90 €

Transidentités

Regards croisés et expériences transformatrices

Un ouvrage polyphonique, polémique qui interroge sur la pratique soignante et la prise en soin

Le concept d'autodétermination, devenu central depuis les 10 dernières années, a pour vocation de profondément changer la **relation soignant-soigné**. Les divergences et les polémiques que suscite le parcours des personnes trans sont nombreuses. Les **modalités** et **conditions d'accès aux dispositifs de soins** et les **prises de paroles des personnels médicaux sur les personnes trans interrogent**.

Dans cet ouvrage, **professionnel·les de santé, universitaires ou militant·es trans** témoignent en proposant un parti pris différent, en renversant les interrogations habituelles et en ouvrant une autre voie d'exploration: **comment les transidentités viennent elles nous concerner, que l'on soit trans ou cis**, et comment influencent-elles la pratique et la prise en charge médicale ?

Ouvrage collectif sous la coordination de : **François Medjkane** et **Floriane Brunet**

Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 6/01/1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données personnelles vous concernant. Pour l'exercer, adressez-vous aux Éditions John Libbey Eurotext - Bât. A / 30 rue Berthollet, 94110 Arcueil, France • RCS Créteil 328 195 904 • APE : 5814Z / SIRET : 328 195 904 00045. contact@jle.com

En
savoir
+

librairie medicale.com



JLE John Libbey
Eurotext

doin

**La librairie médicale
& scientifique**
de John Libbey Eurotext



Trans2023