

MASTER DE SPÉCIALISATION EN ÉTUDES DE GENRE

Nom : Rosales Pincetti

Prénom : Valeria Andrea

Analyse critique dans une perspective de genre, des méthodes thérapeutiques en sexologie : dyspareunie et vaginisme

Je déclare qu'il s'agit d'un travail original et personnel et que toutes les sources référencées ont été indiquées dans leur totalité et ce, quelle que soit leur provenance. Je suis consciente que le fait de ne pas citer une source, de ne pas la citer clairement et complètement constitue un plagiat et que le plagiat est considéré comme une faute grave au sein de l'Université. J'ai notamment pris connaissance des risques de sanctions administratives et disciplinaires encourues en cas de plagiat comme prévues dans le *Règlement des études et des examens de l'Université catholique de Louvain* au Chapitre 4, Section 7, article 107 à 114.

Au vu de ce qui précède, je déclare sur l'honneur ne pas avoir commis de plagiat ou toute autre forme de fraude.

Nom, Prénom : Rosales Pincetti, Valeria Andrea

Date : 12/08/2020

Signature de l'étudiante :



Remerciements

Je voudrais tout d'abord remercier à Mylène Botbol-Baum, qui a accepté d'être ma promotrice et elle m'a guidé dans mon travail.

Je remercie à Laudine Lahaye, qui m'aide dans la correction du français et dans la rédaction du mémoire, pour leurs suggestions et amabilité.

Je remercie à ma mère, Joanna, et mon père, Osvaldo, qui m'ont donné leurs avis critique du mémoire et m'ont soutenu inconditionnellement.

Je remercie à mon compagnon Andrés Castillo pour leur soutien inconditionnel.

Table des matières

Introduction	5
Définitions et concepts clés	6
Partie I : État de l'art	11
Problématique	13
<i>Objectifs spécifiques de cette étude</i>	13
Approche méthodologique: féministe et qualitative	13
<i>Explication du cadre d'analyse</i>	14
<i>Éléments de réflexivité</i>	15
Partie II: Récolte de données	19
<i>I. Méthodes thérapeutiques en sexologie pour la dyspareunie et le vaginisme.</i>	19
<i>Recherches sur la dyspareunie et le vaginisme</i>	19
<i>Méthodes thérapeutiques en sexologie pour la dyspareunie et le vaginisme</i>	23
<i>II: Auto-ethnographie</i>	27
Cadre d'analyse	37
<i>Normes de genre dans la sexualité: hétéronormativité</i>	37
<i>Rôles et stéréotypes de genre dans la sexualité</i>	39
<i>Domination masculine et reconnaissance des relations de pouvoir dans la sexualité</i>	41
<i>Accès à l'information sur la sexualité</i>	42
<i>Bien-être dans la sexualité</i>	42
<i>Sensibilisation à l'égalité des sexes dans la sexualité et la vie quotidienne</i>	43
<i>Intersectionnalité</i>	43
<i>Orientation sexuelle et identité de genre</i>	45
<i>Violences: Psychologique - symbolique - physique - violence sexuelle - absence de consentement sexuel</i>	46
Conclusion	49
Bibliographie	52
ANNEXE	59

Introduction

Dans ma pratique professionnelle de la sexologie clinique au Chili, j'ai été frappée par les discours des patientes dont le contenu était empli de violence de genre. Dans la plupart des consultations au sujet des dysfonctionnements sexuels féminins (en particulier la diminution du désir, le vaginisme et la dyspareunie), j'ai observé que les patientes parlaient à plusieurs reprises des thèmes suivants : domination masculine sur le corps féminin, sujétion des femmes par les hommes ou encore priorisation du désir masculin sur celui des femmes, violence physique admise de la part des hommes mais aussi idées du devoir conjugal, relations sexuelles sur le modèle de la domination-soumission, absence de consentement dans la relation. En résumé, une sexualité hétérosexuelle emplie de violences à l'égard des femmes.

De plus, j'ai réalisé que les outils issus des modèles thérapeutiques de la sexologie traditionnelle n'étaient pas adéquats pour aborder les problèmes de violence de genre dans les consultations. J'avais déjà effectué cette même observation pendant mes études pour devenir sexologue¹. La formation de sexologie à l'UCL ne m'avait pas donné les outils pour problématiser les discours. La violence de genre était présente dans la plupart des discours de femmes dans la consultation en sexologie au Chili et aussi dans les traitements de la sexologie. Dès mes études pour devenir sexologue, j'ai commencé à remarquer que les traitements traditionnels en sexologie perpétuaient la violence de genre, à partir du moment où ils niaient ou ignoraient ces problèmes. Plus tard, dans des séminaires de sexologie sur le vaginisme, j'ai perçu que les professionnels de la sexologie voyaient la patiente comme un objet à réparer, et non comme une personne, ce qui perpétue la violence du système. La violence dans les traitements à l'égard des femmes ne semble pas poser question pour la conception et la pratique de la sexologie².

De plus, en tant que psychologue et sexologue, l'idée qu'il ne faudrait travailler que sur la question sexuelle posée par la patiente m'a toujours interpellée. C'était le discours de mes professeures et cela m'a fait réfléchir à la question suivante : en tant que

¹Master en Sciences de la Famille et Sexualité, UCL 2013-2015; Certificat en sexologie clinique appliquée, UCL, 2014-2015.

²ACTUALIZACIÓN Disfunciones Sexuales de la mujer, octobre de 2018. USACH, Chile [Traduction: Cours MIS À JOUR sur les dysfonctionnements sexuels féminins, octobre, 2018, USACH, Chili]

sexologue, dois-je me concentrer exclusivement sur la résolution du problème sexuel alors que je perçois d'autres difficultés telles que la violence de genre ? Le message des professeures était pourtant clair, il fallait se concentrer sur l'amélioration du désir, la réalisation d'une pénétration indolore (selon le cas), en ignorant les discours et les pratiques qui perpétuent la violence. Pour plusieurs raisons et situations similaires rencontrées, j'ai maintenant la conviction qu'une perspective de genre est essentielle pour la pratique de la sexologie. Pour la même raison, il est de mon intérêt de réaliser une analyse critique sur les méthodes thérapeutiques de la sexologie dans une perspective de genre, pour pouvoir montrer cette violence invisible qui y reste, sans agir sur elle.

Par contre, j'ai constaté que cette violence, que l'on peut observer lors des consultations en sexologie, est très peu perceptible pour autrui. C'est une violence invisible, dans la mesure où les patientes, pour la plupart, n'évoquent pas ces problèmes auprès d'autres personnes. Le secret professionnel renforce leur invisibilité et il est alors très difficile de montrer la violence constante qui existe dans le système socio-culturel et dans les couples. Le fardeau émotionnel est également très lourd pour les professionnels qui constatent quotidiennement cette violence structurelle à l'égard des femmes. C'est pourquoi, je voudrais montrer combien il est essentiel pour les sexologues de développer une perspective de genre afin de savoir comment agir dans la pratique et essayer de concevoir une sexologie plus humaine.

Pour y parvenir, j'aborderai la dyspareunie et le vaginisme par une revue de la littérature sur les traitements de ces dernières années. J'aimerais le faire de la manière la plus exhaustive et la plus actualisée possible et ce dans le vaste domaine de la sexologie, car l'absence d'une perspective de genre se produit dans presque toutes les thérapies sexuelles, ce qui aiderait à une vue d'ensemble. Cependant, d'un point de vue pratique, le domaine à étudier a ici été restreint, en espérant que des recherches futures continueront dans cette voie.

Définitions et concepts clés

Pour mener cette analyse critique, je vais expliquer mon utilisation des termes «genre», «femme», «violence de genre», «vaginisme» et «dyspareunie».

Genre

L'utilisation du concept de «genre» est utilisée comme «catégorie d'analyse» pour expliquer la hiérarchie dans les relations sociales de genre. De telles relations conduisent à l'oppression et à la violence, à des groupes sociaux qui sont discriminés et opprimés, tels que les femmes hétérosexuelles, lesbiennes, bisexuelles, trans, etc. (Bereni et al., 2008; Delage et al, 2019).

Catégorie « Femme »

La catégorie « Femme » est très complexe à définir (Butler, 2005). À cet égard, je ne veux pas être réductrice ni ignorer les personnes qui peuvent se sentir affectées par le problème. Je voudrais également reconnaître la diversité des personnes. Par conséquent, pour faciliter la lecture et le sujet, j'utiliserai le terme « femme » ou « femmes » pour désigner les personnes qui se sentent identifiées au sexe féminin et la classification « femme », qui peut être hétérosexuelle, lesbienne, bisexuelle, trans, etc. Plus précisément, je ferai référence aux personnes qui ont une vulve et qui pratiquent la pénétration vaginale.

Toutefois, il s'agira d'un public précis: les femmes qui dans la plupart des cas peuvent payer une consultation en sexologie et ont le temps d'aller à la consultation. C'est pourquoi je tenterai de questionner et d'observer « les effets complexes et multiples des rapports sociaux dans les interactions, que ce soit en termes de genre, de classe, trajectoires migratoires ou d'orientation sexuelle » (Delage et al., 2019, p.11), considérant de cette manière l'importance de l'intersectionnalité de Crenshaw (2005) en sexologie.

Violence de genre

Dans cette perspective, j'entends la violence de genre dans le sens «des rapports sociaux inégalitaires» (Bereni et al., 2008) ou des discriminations envers les femmes hétérosexuelles, lesbiennes, bisexuelles ou trans. Au sein de ces relations inégales, on constate qu'il existe certaines structures qui maintiennent les types de violence et de discriminations. Parmi ces multiples formes de violence figurent notamment: la violence psychologique, la violence symbolique, la violence physique, la violence conjugale, le harcèlement, le contrôle psychologique et la mise sous pression.

Dyspareunie et vaginisme

Le DSM-IV (2005) et le DSM-5 (2013) classent la dyspareunie et le vaginisme comme des troubles de la douleur sexuelle. Cependant, le DSM-IV les considère comme deux troubles distincts. Le DSM-IV définit la dyspareunie comme une douleur génitale récurrente pendant les rapports sexuels (avant, pendant ou après). C'est une douleur qui peut être superficielle ou profonde. En fonction des mouvements pendant les rapports sexuels, l'intensité de la douleur est variable (de légère à aiguë). Cette douleur peut également être causée par tout type de pénétration, que ce soit l'introduction du pénis, des doigts, des tampons ou du spéculum vaginal. Cette situation provoque des problèmes dans les relations interpersonnelles, affectant la qualité des rapports sexuels dans le couple.

Le DSM-IV mentionne la faible littérature scientifique sur ce sujet. Et il considère la dyspareunie comme une maladie rare (prévalence de 15%) qui a tendance à la chronicité.

De plus, le DSM-IV définit le vaginisme comme « une contraction involontaire, répétée et persistante des muscles périnéaux entourant les tiers externes du vagin, en cas de pénétration » (p.642). L'intensité de la contraction est variable et peut gêner ou empêcher la pénétration. La contraction peut apparaître avant la pénétration et être persistante.

De son côté, le DSM-5 classe la dyspareunie et le vaginisme en une seule catégorie et un seul diagnostic, sans faire de distinction. La classification dans le DSM-5 est celle de « Trouble lié à des douleurs génito-pelviennes ou à la pénétration ». Ce trouble est défini par des difficultés de pénétration vaginale, avec l'apparition de douleur avant, pendant ou après la pénétration vaginale. De plus, il est ajouté qu'il existe également une contraction involontaire des muscles pelviens et l'apparition de peur ou d'anxiété à propos de la douleur ou la pénétration. Parmi les symptômes, il mentionne l'interaction avec d'autres dysfonctionnements sexuels et le sentiment de la perte de féminité de la femme. De plus, il mentionne une augmentation des symptômes de la douleur dans les périodes post-partum, pré-ménopausique et post-ménopausique.

Cette définition prend en compte les facteurs relationnels et de communication du couple, les attitudes à l'égard de la sexualité, les facteurs de soi négatifs (faible estime de soi, etc.). Il mentionne également la littérature limitée sur le sujet, notant que les facteurs prédictifs, le développement ou la prévalence réelle de ce trouble ne sont pas connus avec précision. Cependant, il est mentionné que ce trouble douloureux commence à être fréquemment évoqué lors des consultations pour dysfonctionnements sexuels.

Cette nouvelle définition diffère de celle du DSM-IV en ce qu'elle ajoute des aspects liés à la culture et au genre. Ici, il est indiqué que le manque d'éducation sexuelle pourrait être un prédicteur, mais qu'il existe une controverse dans la recherche sur ce sujet. Concernant les aspects de genre, le manuel souligne seulement que ce trouble peut également apparaître chez l'homme, mais que le sujet n'a pas été suffisamment étudié.

Dans la définition du DSM-5, la «douleur» à considérer comme une dyspareunie ne doit pas être expliquée par d'autres facteurs, tels que la violence de genre (la définition ne précise pas quels éléments elle considère comme violence de genre).

Le DSM-IV et le DSM-5 indiquent que la dyspareunie et le vaginisme (ou un trouble lié à des douleurs génito-pelviennes ou à la pénétration, selon la classification) doivent être différenciés d'une condition médicale ou de son apparition en raison de la consommation de substances.

Cependant, ils affirment que le principal problème n'a pas été déterminé dans la littérature scientifique, ils ne savent pas s'il s'agit d'une affection médicale ou d'un trouble associé à des douleurs génito-pelviennes ou à la pénétration.

La classification en une seule catégorie de ces deux définitions s'explique par la difficulté de différencier la dyspareunie et le vaginisme. Les deux ont des symptômes similaires dans le corps (hypertonicité) avec présence de douleur. Cependant, certains auteurs soulignent la spécificité du vaginisme, à cause de la peur de la pénétration qui conduit à un état de phobie vis-à-vis de l'acte d'être pénétrée (Reissing et al., 2004).

Ce trouble est considéré comme un dysfonctionnement sexuel féminin en raison de sa prévalence d'environ 14 à 20% dans la population féminine (Meana, 2009; Thomtén & Linton, 2013; Weijmar et al., 2005; Baron et al., 2011). Une étude indique que ce taux de prévalence varie d'un pays à l'autre, allant de 1,2% dans certains pays à 56,1% dans d'autres (Sorensen et al., 2018). De plus, on observe que seulement 60% des femmes qui ont ces problèmes viennent consulter et 40% d'entre elles reçoivent un diagnostic formel (Thomtén & Linton, 2013; Sorensen et al., 2018).

Dans ce travail, lorsque je parlerai du trouble lié à des douleurs génito-pelvienne ou à la pénétration, je ferai référence tant à la dyspareunie qu'au vaginisme.

Sexologie traditionnelle

Dans ce travail, quand je parle de « sexologie traditionnelle », je fais référence à la sexologie qui est enseignée au niveau universitaire. La sexologie dont je vais parler est celle qui aborde les problématiques sexuelles et leur traitement. À l'exception du Canada (Montréal) qui possède une formation en sexologie dès le baccalauréat, dans le reste du monde la formation en sexologie est généralement une spécialisation ou un master, après une formation académique différente. Par exemple, en France, la formation à la sexologie est majoritairement réalisée par des médecins, ce qui a certainement une incidence sur la médicalisation accrue et/ou sur les interventions médicales dans les traitements de la sexologie (Giami & De Colomby, 2002 ; Vanbellinghen, 2014)

Il est important de savoir qu'il existe une diversité de professionnels-elles qui pratiquent la sexologie. Cela dépend généralement de la formation universitaire existant dans chaque pays. Il est donc fréquent de rencontrer différents types de traitements sexologiques face à une même problématique. Ces interventions peuvent être médicales, psychothérapeutiques, éducatives, kinésiques, etc., en fonction justement de la spécificité académique à partir de laquelle on appréhende la sexologie.

Dans ce travail, nous aborderons les différents traitements du vaginisme et de la dyspareunie d'un point de vue sexologique qui comprendra à la fois les approches médicales et non-médicales.

Partie I : État de l'art

Il existe plusieurs études qui analysent le sujet de la sexualité occidentale. Au milieu du XXe siècle, les féministes ont considéré le thème de la sexualité comme l'un des principaux concepts à remettre en question pour déconstruire la domination des hommes sur les femmes. Pour ce faire, elles ont revendiqué la réappropriation du corps, le droit au plaisir et des moyens de protection contre la violence dans le couple / dans la famille. Le féminisme dit « de la deuxième vague » a ouvert la voie de la lutte pour le droit à une vie sexuelle épanouie, en conférant une place importante au désir sexuel dans la vie des femmes (Wittig, 2006).

Toutefois, je m'intéresse ici spécifiquement à la sexologie clinique. La sexologie connaît ses débuts au XIXe siècle, à partir de la médecine légale et de la psychiatrie aux travaux initiaux sur les perversions sexuelles et les comportements sexuels "désordonnés". D'après les témoignages de patients, Freud et d'autres psychiatres ont commencé à faire des classifications liées à la sexualité, puis le travail clinique de la sexualité a muté pour s'étendre actuellement dans divers domaines, et l'un d'eux est la vie sexuelle des personnes et leurs dysfonctionnements sexuels.

La sociologie et la philosophie ont abordé le sujet de la sexologie et du genre. Sylvie Chaperon (2007a; 2007b) montre le début de l'étude de la sexologie en psychiatrie et en médecine légale. La sexologie s'est ensuite tournée vers la médecine conjugale. Ainsi, des discours ont émergés sur la sexualité normale ou anormale des couples, établissant des normes sur les pratiques sexuelles et érotiques de la relation sexuelle pour soutenir la physiologie et la reproduction (Mazaleigue, 2007).

Sylvie Chaperon (2007a; 2007b) mentionne que jusqu'au XIXe siècle, la sexologie « c'était une affaire des hommes ». Cette expression « affaire des hommes » fait référence à la construction du discours sur la sexualité d'un point de vue masculin. Ces discours indiquent les comportements et attitudes que les femmes doivent avoir à l'égard de la sexualité pour être « moralement » acceptables. C'est ainsi que les discours sur la sexualité se sont construits au XIXe siècle à partir des rôles de genre et des comportements socialement admis, où seuls les hommes ont eu leur mot à dire.

L'autrice explique également comment le discours sexologique a longtemps favorisé la dichotomie passif / actif dans les relations sexuelles entre une femme et un homme. Cette dichotomie fonde les relations de pouvoir dans le couple comme la norme d'une sexualité conjugale "normale".

Sylvie Chaperon (2007a; 2007b) mentionne également que pour toutes ces raisons, la sexologie serait en guerre avec le féminisme, car ses discours sont contraires à l'égalité des sexes. Elle montre comment diverses expressions de la littérature féministe autour de la sexualité sont apparues tout au long de l'histoire du XIXe siècle, en confrontation avec le discours de la sexologie médicale. Ces expressions remettaient en question la position des femmes dans la sexualité, les inégalités et les formes de pouvoir, le manque d'éducation sexuelle, la moralisation de la sexualité chez les femmes, le consentement sexuel, le désir et le plaisir des femmes.

Bonierbale et Waynberg (2007) dans une revue de la littérature sur la sexologie française mentionnent qu'à partir de 1956, la sexologie a commencé à s'intéresser aux femmes, à partir de la lutte pour les droits des femmes en matière de fertilité et de maternité. Ce que Sylvie Chaperon (2007b) mentionne comme seconde moitié du mouvement féministe. Ce mouvement finit par créer le concept de la planification familiale, organisé autour de l'accès aux contraceptifs et à l'avortement. À cette époque, lorsque Freud et ses théories psychanalytiques influencent les discours sur la sexualité et les pratiques en sexologie, les mouvements féministes produisent différentes critiques de ces discours psychanalytiques.

À propos du traitement de la dyspareunie et du vaginisme, ou des troubles liés à la douleur ou à la pénétration génito-pelvienne, aucun croisement avec le genre n'a été trouvé. Même si l'Histoire témoigne de différents écrits féministes prenant position contre la sexologie et la pathologisation de la sexualité.

Concernant la dyspareunie et le vaginisme, le DSM-5 mentionne la faiblesse et le manque de littérature scientifique pour mieux comprendre ce problème. Dans cette étude,

je traiterai plus spécifiquement des définitions et recherches concernant ce trouble lié à des douleurs génito-pelvienne ou à la pénétration.

Problématique

L'objectif général de ce travail est de faire une analyse critique des méthodes thérapeutiques de la dyspareunie et du vaginisme dans une perspective de genre. L'hypothèse que je suggère est que, d'une part, la sexologie dans les traitements de la dyspareunie et le vaginisme reproduit et perpétue un système de violence structurelle et hégémonique envers les femmes et que, d'autre part, la persistance de cette violence s'appuierait sur l'absence d'une perspective de genre dans les traitements thérapeutiques.

Objectifs spécifiques de cette étude

- Identifier des méthodes thérapeutiques en sexologie pour la dyspareunie et le vaginisme, et ses spécifications.
- Décrire mon expérience clinique dans la consultation en sexologie (auto-ethnographie) par rapport à la violence observée vis-à-vis des femmes qui souffrent de dyspareunie et vaginisme
- Identifier et décrire dans les discours des patientes, des croyances relatives aux rapports sexuels
- Identifier les normes de la domination masculine dans la sexualité qui affectent la sexualité féminine et que la sexologie maintient dans les discours des patientes
- Analyser dans une perspective de genre les traitements sexologiques de la dyspareunie et du vaginisme
- Analyser dans une perspective de genre les discours des patientes atteints de dyspareunie et vaginisme

Approche méthodologique: féministe et qualitative

Tout d'abord, je me suis demandée comment décrire et montrer la violence que je perçois dans les consultations de sexologie. Quelles données dois-je collecter pour réussir cette révision des méthodes thérapeutiques de sexologie dans une perspective de genre?

Collecte de données

J'ai fait deux collectes de données pour essayer de montrer la violence que j'observe dans la pratique courante de la sexologie:

Méthodes thérapeutiques sexuelles et recherche de schémas thérapeutiques

Pour discuter des méthodes thérapeutiques sexuelles, je décrirai les traitements mentionnés dans les revues récentes de la littérature sur les traitements de la dyspareunie et du vaginisme, en plus des traitements les plus connus dans la littérature scientifique (Al-Abbadey et al., 2016; Sorensen et al., 2018; Cabello, 2010; Meana, 2009; Thomtén & Linton, 2013; Weijmar et al., 2005; Baron et al., 2011).

Auto-ethnographie

Compte-tenu de la difficulté de dénombrer les situations de patientes sous le secret professionnel, j'ai choisi la méthodologie de l'auto-ethnographie (Dubé, 2016), pour décrire la violence à l'égard des femmes qui s'observe dans les discours des femmes en consultation de sexologie. Afin de problématiser de tels discours, je me concentrerai sur ceux qui ont le plus retenu mon attention, les plus répétitifs et ceux qui reflètent le plus la violence invisible dans leurs discours. Dans cette démarche, je serai attentive au respect de la confidentialité en ne mentionnant pas d'informations personnelles sur les patientes.

Explication du cadre d'analyse

Pour vérifier mes hypothèses, j'ai créé une grille d'analyse qui me permettra d'observer et de détecter les normes et croyances liées au genre qui agissent pour perpétuer la violence dans la sexualité des femmes. Cette matrice présente des variables qui ne sont pas prises en compte dans les traitements de sexologie pour la dyspareunie et le vaginisme. Mon étude cherche à démontrer l'importance de les prendre en considération dans la pratique clinique en sexologie.

Pour l'élaboration de cette grille de lecture dans une perspective de genre, des concepts-clés ont été sélectionnés :

- *Normes de genre : Hétéronormativité*
- *Rôles et stéréotypes de genre dans la sexualité*

- *Domination masculine et reconnaissance des relations de pouvoir dans la sexualité.*
- *Accès à l'information sur la sexualité.*
- *Bien-être dans la sexualité*
- *Sensibilisation à l'égalité des sexes dans la sexualité et la vie quotidienne.*
- *Intersectionnalité*
- *Orientation sexuelle et identité de genre*
- *Violence psychologique*
- *Violence symbolique*
- *Violence physique-sexuelle*
- *Consentement sexuel*

Tous ces éléments seront contextualisés et développés pour cette étude. De plus, j'ai repris les concepts de «niveaux de reconnaissance du genre» (Inostroza et al., 2003) afin d'analyser chaque concept-clé repris ci-dessus. Cela me permettra de déterminer comment ces concepts sont mobilisés ou non par les différentes approches thérapeutiques couramment utilisées pour soigner la dyspareunie et le vaginisme et si l'on peut dès lors en déduire que ces approches développent ou non une perspective de genre pour traiter les patientes.

Pour ce travail, les niveaux de reconnaissance que j'aborderai seront relatifs aux traitements du trouble lié à des douleurs génito-pelvienne. Par conséquent, le niveau positif indiquera que le traitement prend en compte les thèmes ou concepts d'une perspective de genre pour questionner et agir sur leurs enjeux. Le niveau neutre signifiera que, malgré la reconnaissance des questions de genre, le traitement maintient une posture neutre, sans agir ni réfléchir sur la question. Et enfin, la position négative montrera que le traitement ne fait pas référence à ces problèmes ou peut même nier leur existence, perpétuant la violence. Cette grille de lecture est en annexe.

Éléments de réflexivité

Premièrement, déterminer que ce travail constitue une recherche féministe me donnera l'occasion de prouver les trois principes développés par Huguette Dagenais (1987). Ceux-ci sont : reconnaître l'oppression des femmes dans la reconnaissance des

rapports de genre, pouvoir développer une « attitude critique » et pouvoir contextualiser cette recherche via l'observation que j'ai faite dans ma pratique professionnelle de la sexologie.

Pour cela, il est important de montrer ma position de chercheuse afin de contextualiser cette recherche: je suis une femme, hétérosexuelle, blanche, chilienne, féministe en construction et déconstruction constante. J'ai étudié la psychologie au Chili et la sexologie en Belgique. J'ai de l'expérience dans le travail des ONG et dans l'activisme pour les droits sexuels et reproductifs. Au Chili, je tiens une consultation privée en sexologie. Je fais également partie d'une coopérative pour questionner la diffusion de la sexologie en milieu communautaire.

Par ailleurs, il est important de mentionner que l'auto-ethnographie se réfère à des situations liées à mes consultations au Chili, ce qui implique un contexte spécifique. En effet, le Chili est un pays où la sexualité et son expression ont été longtemps réprimées par divers facteurs: dictature, église catholique, dévaluation des discours féministes, absence de mesures d'éducation sexuelle, résistance aux avancées des politiques publiques relatives aux droits sexuels et reproductifs (Morán Faúndes, 2013). Depuis quelques années cependant, c'est une culture qui a commencé à se libérer de la vision conservatrice, machiste et patriarcale qui s'était perpétuée pendant des décennies (Neale, 2007).

Par ailleurs, on observe au Chili des taux élevés de violence entre partenaires intimes et de violence à l'égard des femmes, telles que les violences sexuelles dues à la répression policière (dictature et déclenchement social en octobre 2019) et 40 à 50 féminicides par an environ, etc. En outre, au Chili, le niveau de violence au sein des couples est élevé, quel qu'en soit son mode d'expression. Bien qu'il y ait plus d'études sur les couples hétérosexuels, des études récentes ont montré que dans les couples homosexuels (gais et lesbiennes), les taux de violence psychologique sont également élevés, même si elle est plus invisible. Il n'y a toujours pas de recherche sur la violence sexuelle ou d'autres formes de violence au sein de ces couples (Ojeda et al., 2017).

En ce qui concerne les couples hétérosexuels, il est important d'ajouter que les études notent des violences sexuelles plus élevées dans un contexte de niveau d'éducation faible, de classe socio-économique inférieure, d'appartenance à un groupe ethnique, affectant les femmes ou la condition féminine. En adoptant une approche intersectionnelle, on observe alors plus de violence et discrimination dans le croisement de ces variables. Dans cette violence sexuelle plus élevée, on observe des modèles de machisme et de patriarcat exacerbés, de la domination masculine et le contrôle prépondérant des hommes sur la sexualité des femmes (Nava-Navarro et al., 2017).

Par conséquent, les discours des patientes que je présente dans cette étude reflètent une grande influence de l'Église catholique, une vision traditionnelle de la sexualité ainsi qu'ils témoignent de la violence au sein des couples et du peu de connaissance des droits sexuels et reproductifs. Ces éléments m'encouragent à promouvoir une sexologie située et féministe. De plus, j'utiliserai également les discours des femmes atteintes de dyspareunie et de vaginisme qui apparaissent dans les études de revue de la littérature sur ces traitements.

Concernant la portée militante et politique de cette recherche, je voudrais reprendre les propos d'Isabelle Clair (2016) lorsqu'elle souligne que la position féministe dans une recherche implique de "se situer socialement" et de reconnaître que cette recherche est mue par des expériences qui se revendiquent de la lutte politique. Dans mon cas, une telle position signifie l'observation et l'écoute dans la consultation clinique des violences vécues par les femmes. Cela me permet de prendre une position spécifique dans ce métier, en tant que professionnelle de la sexologie et en tant que personne qui souffre et est émue par la violence qu'elle perçoit dans la consultation de sexologie.

Cependant, admettre des biais possibles et une posture de non-neutralité, ne rend pas cette étude faible mais signifie plutôt que j'adopte la position du *Standpoint Theory* de Sandra Harding (1993) et de « l'objectivité entre parenthèses » de Humberto Maturana (1997). Autrement dit, avec ces auteurs, j'affirme que la neutralité totale n'est pas possible, car il y a toujours une construction non-neutre de la réalité. Toutes les connaissances proviennent d'un contexte et d'expériences, où un observateur, au moyen de ses propres expériences, observations et connaissances, cherche à interpréter la réalité. Et, comme

Harding (1993) l'indique, cette position dans la recherche peut être un point positif qui témoigne d'une forte objectivité par la reconnaissance des biais possibles de l'étude.

Dans ce travail, je veux montrer l'importance d'une sexologie sensible au genre afin de mieux gérer les dysfonctionnements sexuels. Dans le même temps, je cherche à démontrer qu'une sexologie féministe est possible pour apporter de meilleures réponses et réduire la violence structurelle envers les femmes.

Les mouvements féministes depuis la deuxième vague ont fortement remis en question la sexologie, exigeant la réappropriation des corps, l'autonomisation des femmes et l'autogestion du plaisir. Dans ce travail, je veux démontrer que si la sexologie adopte une perspective de genre dans le traitement des dysfonctionnements sexuels, alors il est possible d'atteindre un équilibre et une coexistence entre féminisme et sexologie. En même temps, cela pourrait démontrer qu'une sexologie féministe est possible.

Avec cette recherche, je me permets de défendre l'importance d'une perspective de genre dans la pratique de la sexologie, ainsi que l'importance de débattre et de questionner les modèles sexologiques qui ne prennent pas en compte les femmes et la violence structurelle et hégémonique du système à leur égard.

En ce qui me concerne, adopter une vision de genre en sexologie permettra de visualiser la violence quotidienne à l'égard des femmes dans ces relations de pouvoir, appelant à une réponse de la sexologie à cette violence. Il est nécessaire de passer d'une sexologie qui se contente d'écouter la plainte unique et confidentielle des patientes à une autre sexologie, plus équipée d'outils efficaces pour faire face à la violence qui s'exprime lors de la consultation.

Partie II: Récolte de données

I. Méthodes thérapeutiques en sexologie pour la dyspareunie et le vaginisme.

Les définitions de la dyspareunie et du vaginisme ont été abordées précédemment. À présent, je vais explorer la recherche existante et la différence entre les approches thérapeutiques pour traiter ces troubles liés à des douleurs génito-pelvienne ou à la pénétration.

Recherches sur la dyspareunie et le vaginisme

Parmi les études sur la dyspareunie et le vaginisme, on constate que, selon le professionnel qui aborde le sujet, certaines études se concentrent davantage sur l'aspect médical et d'autres davantage sur le domaine psychologique. De manière générale, la plupart des recherches mentionnent le manque d'investigation sur ces thèmes, par rapport aux causes et à l'évolution, ainsi que la fréquence élevée des diagnostics erronés. De plus, il est souligné que, dans une large majorité, ce n'est pas considéré comme un problème par la femme, le partenaire ou le professionnel de santé (Harlow & Stewart, 2003; Thomtén & Linton, 2013; Masheb et al., 2009).

Une grande proportion des cas de dyspareunie, comme la vulvodynie, est associée à des douleurs physiques et même à des comorbidités médicales. Cependant, à défaut de trouver une explication ou une cause spécifique, la dyspareunie a longtemps été considérée comme un problème uniquement psychologique. Actuellement, des études montrent qu'il s'agit d'un problème multifactoriel pour lequel une équipe multidisciplinaire doit agir. Cependant, un débat s'est ouvert pour déterminer si la dyspareunie doit être considérée et traitée comme un trouble de la douleur ou comme un dysfonctionnement sexuel (Meana, 2009; Thomtén & Linton, 2013).

Les évaluations des troubles liés à des douleurs génito-pelvienne ou à la pénétration se concentrent sur le type de douleur, la réponse sexuelle et les moyens de traiter le problème. Les facteurs relationnels, intergénérationnels et socioculturels sont également pris en compte (Meana, 2009).

Brauer et al. (2014) indiquent qu'il existe différentes réactions en termes de douleur et de comportement sexuel, selon le problème. En faisant une distinction entre la dyspareunie et le vaginisme, elle souligne que les femmes atteintes de dyspareunie continuent d'avoir des relations sexuelles, malgré la douleur. Les personnes atteintes de vaginisme évitent les rencontres sexuelles, car elles ont très peur de la pénétration. De plus, on note un rejet et une 'aversion pour les relations sexuelles (Cabello, 2010 ; Brauer et al., 2014).

Dans les deux cas, un cercle vicieux rend le problème sexuel de plus en plus complexe. Dans le cas de la dyspareunie, la douleur avertit qu'il y a des dommages corporels mais la femme poursuit l'acte douloureux pour un intérêt que Brauer et al. (2014) appellent «la persistance des tâches». Ces rapports sexuels continus, malgré la douleur, provoquent des tensions corporelles, moins d'excitation et moins de lubrification vaginale. Cela augmente la douleur, rendant le tableau clinique chaque fois plus complexe car, en raison de la présence de douleurs récurrentes, la rencontre sexuelle n'est plus considérée comme quelque chose de satisfaisant, mais plutôt comme un devoir à accomplir, qui réduit in fine le désir sexuel et qui contient des pensées négatives à sujet de l'acte sexuel et de la douleur.

En revanche, dans le vaginisme, deux comportements différents sont observés. D'une part, certaines femmes essaient d'avoir des relations sexuelles mais, au niveau des muscles pelviens, une pression intense et involontaire sur les muscles empêche toute sorte de pénétration, même si elle est essayée à plusieurs reprises. D'autre part, certaines femmes évitent les rencontres sexuelles par peur de la pénétration (Brauer et al., 2014).

Thomtén et Linton (2013), contrairement à Brauer et al. (2014), dans la revue de la littérature des études qualitatives, observent trois modèles de comportement vis-à-vis de la douleur sexuelle: éviter les relations sexuelles ; continuer à avoir des relations sexuelles malgré la douleur ; rechercher des alternatives aux rapports sexuels vaginaux pénétrants (concernant les rapports sexuels alternatifs, ils soulignent également le manque de recherche à ce sujet).

Brauer et al. (2014) ont étudié le type de comportement et les raisons qui poussent les femmes à reproduire ces actes malgré la douleur. Ils soulignent 4 facteurs:

1. Raisons d'avoir des relations sexuelles: désir de plaire au partenaire, de devenir la « femme idéale » ou une « vraie femme », sentiments de culpabilité ou de devoir dans l'acte sexuel, pression dans les relations sexuelles et peur de perdre le partenaire.
2. Manque d'autonomie sexuelle: manque de recherche d'expériences sexuelles agréables, manque d'actes volontaires liés à la sexualité sans contrainte.
3. Croyances inappropriées sur la pénétration: croyances catastrophiques concernant la pénétration, telles que mourir au moment de la pénétration, commencer à saigner et ne pas s'arrêter, etc.
4. Comportement du couple: influence du comportement du partenaire envers la douleur. La colère et l'éloignement du couple entraînent la femme à insister pour avoir des relations sexuelles, malgré la douleur, et pour ne pas avoir de conflit avec son partenaire.

Les autres sources littéraires coïncident avec celles de Brauer et al. (2014) sur les raisons pour lesquelles les femmes continuent d'avoir des relations sexuelles. Malgré la présence de douleur, ces raisons sont: culpabilité, affirmation de « l'idéal de femme », pouvoir satisfaire le partenaire, peur de perdre un partenaire, etc. (Elmerstig et al., 2008; Thomtén & Linton, 2013; Meana, 2009).

Brauer et al. (2014) proposent de se concentrer thérapeutiquement sur « la persistance de la tâche » dans la dyspareunie et sur le traitement de la peur, dans le cas du vaginisme.

De leur côté, Thomtén et Linton (2013) dans une revue de la littérature sur la dyspareunie, montrent l'importance d'un modèle biopsychosocial centré sur la prévention de la douleur. Ils font partie du débat sur la transition d'une approche des troubles sexuels vers une approche des troubles de la douleur. Pour eux, limiter la douleur à un problème sexuel - car elle est liée à la région génitale - limiterait les perspectives de résolution du problème. Ils ajoutent que cela peut être un trouble douloureux au début, mais plus tard, si la personne continue à avoir des rapports sexuels douloureux, la réponse sexuelle pourrait être affectée, conduisant à une comorbidité avec un trouble sexuel résultant de la

douleur. En résumé, ils proposent de se concentrer sur le travail avec un modèle biopsychosocial de la douleur.

Thomtén et Linton (2013) constatent que, si la dyspareunie n'est pas due à un traumatisme antérieur, la première rencontre sexuelle peut être l'une des premières causes de douleur, en raison du manque de lubrification, du désir sexuel et / ou de l'excitation lors de cette rencontre sexuelle. Sur cette base, ils pensent qu'une projection de douleur peut se créer dans les rencontres sexuelles futures, faisant apparaître le trouble lié à des douleurs génito-pelvienne ou à la pénétration.

Au sujet du vaginisme, Cabello (2010) mentionne que la présence de la peur est associée à une éducation sexuelle stricte avec influence religieuse, abus sexuels, peur de la grossesse ou désinformation sur la sexualité. Lopès et Poudat (2011) rejoint ces variables et y ajoute également la peur de perdre le contrôle de soi, une tendance aux croyances catastrophiques et aux profils de personnalité anxieux et phobiques. Il ajoute que les patientes présentant un vaginisme ont honte et se sentent coupables par rapport à la sexualité et au plaisir, éprouvent un rejet des parties génitales et de leur propre corps nu, tout en surévaluant la dimension de l'organe génital de leur partenaire ou de l'objet qui va les pénétrer.

Concernant les partenaires, les études montrent qu'ils interprètent les manifestations de la douleur ou l'évitement de l'acte sexuel comme un manque d'intérêt et/ou d'attirance à leur égard. Cela peut conduire, d'une part, les partenaires à exprimer de la colère/de la rage ou à exercer des pressions pour continuer à avoir des relations sexuelles et d'autre part, cela peut les amener à s'isoler et à éviter les activités sexuelles et affectives, entraînant une distanciation du couple. L'absence d'études sur l'impact de la relation de couple et de la réaction du partenaire par rapport à la douleur sexuelle est également mentionnée, alors que certaines études montrent que les réactions du partenaire ont une influence sur l'augmentation et l'intensité de la douleur (Meana, 2009; Meana et al., 1998; Thomtén & Linton, 2013).

En outre, Sorensen et al. (2018) soulignent également que l'accouchement peut être l'une des causes du développement de ce trouble lié à des douleurs génito-pelvienne

ou à la pénétration. Bien qu'environ 36% des femmes en souffrent en période post-partum, seulement la moitié d'entre elles en parlent à un professionnel de la santé.

À propos des facteurs socioculturels, Binik et al. (2007) indiquent que la religion orthodoxe est un facteur de risque pour le développement du vaginisme. Pour sa part, Marta Meana (2009) mentionne comme facteur socioculturel la pression sociale exercée par le rôle de «femme» conféré par la société. Cela signifie que la sexualité et la reproduction attribuent une valeur et un rôle socioculturel à la femme qui doit s'y conformer, sinon elle sera rejetée par la société. Cependant, cet auteur mentionne la difficulté de démontrer empiriquement l'influence de ces facteurs socioculturels.

Meana (2009) souligne le manque d'études sur la dyspareunie ou le vaginisme dans les relations entre personnes de même sexe. Arancibia (2012) souligne que, malgré la présence de dyspareunie ou de vaginisme chez les lesbiennes, elles vont peu à la consultation et il y a peu d'études de ce problème chez elles.

Méthodes thérapeutiques en sexologie pour la dyspareunie et le vaginisme

En ce qui concerne les traitements des troubles liés à des douleurs génito-pelvienne ou à la pénétration, il existe quatre options de traitement pour ces troubles :

- Traitement médical / chirurgical
- Traitement physique / corporel
- Traitement psycho-sexologique
- Traitement combiné

Presque tous les traitements se concentrent principalement sur la douleur, cherchant à diminuer celle-ci et la détresse émotionnelle. L'approche dépendra du spécialiste auprès duquel la patiente se rendra et du type de traitement que le professionnel adoptera (Mazzarini, 2018; Sorensen et al., 2018 : Meana, 2009).

Traitement médical

Au niveau des traitements médicaux, il existe trois types de traitements disponibles : utilisation de différentes crèmes anesthésiques pour les douleurs génitales, injections anesthésiques et utilisation d'antidépresseurs tricycliques. Ce type de traitement

montre peu de différences observées par rapport au traitement placebo et, dans certaines études, des améliorations ont été observées, mais le manque d'études contrôlées pour déterminer l'efficacité est toujours d'actualité (Mazzarini, 2018; Sorensen et al., 2018).

Il a été démontré que le traitement chirurgical réduit la douleur vulvaire en effectuant une vestibulectomie (élimination de la zone de douleur génitale) (Bergeron, 1997; Meana, 2009; Goldstein et al., 2016). Cependant, différentes études indiquent que les interventions invasives doivent être évitées et utilisées uniquement comme dernière alternative, car dans certains cas, la douleur peut revenir avec une intensité plus élevée. Certaines études indiquent qu'aucun changement ne serait observé après l'opération (Sorensen et al., 2018; Pukall et al., 2007; Meana, 2009; Cabello, 2010).

Masheb et al. (2009) soulignent que les traitements médico-chirurgicaux obtiendraient des résultats similaires au traitement cognitivo-comportemental [TCC], mais sans pouvoir déterminer quel traitement est le meilleur. Ils indiquent également un manque d'études contrôlées sur les traitements médicaux concernés.

Thérapies corporelles

Dans ce type de traitement, il existe quatre alternatives: l'utilisation de dilateurs, l'utilisation de la stimulation électrique, l'utilisation du biofeedback électromyographique [EMG] et la combinaison de ces trois techniques. Ces traitements montrent une grande efficacité dans la réduction de la douleur lors des rapports sexuels, la réduction de l'hypertonie, l'augmentation du contrôle des muscles périnéaux et la facilitation de la pénétration (Morin et al., 2017; Mazzarini, 2018; Sorensen et al., 2018; Kraft & Goldstein, 2016).

Ces traitements se concentrent uniquement sur la partie biologique, c'est-à-dire sur la douleur et le tonus musculaire au niveau vaginal mais n'induisent pas de changements dans la fonction sexuelle ou au niveau de la relation du couple ou sexuelle. En d'autres termes, les femmes peuvent se permettre une pénétration avec moins de douleur, mais sans changement dans le développement de leur sexualité, de leur lien ou de facteurs individuels, car le traitement ne prend pas en compte les variables psychologiques, relationnelles ou sexuelles (Mazzarini, 2018; Kraft & Goldstein, 2016; Meana, 2009; Sorensen et al., 2018).

Cabello (2010) et Perez et al. (2016) expliquent que malgré la désensibilisation in vitro – processus où un professionnel introduit des dilateurs – qui permet d’obtenir des résultats réussis pour la pénétration, dans la plupart des cas, les femmes rencontrent une absence de plaisir ou de sensations agréables au niveau vaginal. Travailler l'érotisme serait alors une nécessité. Cependant, d’après les recherches susmentionnées, de nombreuses femmes indiquent que rendre la pénétration possible serait déjà suffisant pour satisfaire leur partenaire, pouvoir accomplir leur devoir de « femme » et pouvoir avoir des enfants.

Thérapies psycho-sexologiques

Les thérapies cognitivo-comportementales [TCC] se sont avérées efficaces dans le traitement de la dyspareunie et du vaginisme. À travers un protocole précis, elles se concentrent sur la désensibilisation systématique de la douleur ou de la peur par la restructuration cognitive et les indications d'une introduction progressive des doigts ou des dilateurs vaginaux . De plus, elles ajoutent le thème de la communication sexuelle dans le couple, travaillant sur l'estime de soi et la psychoéducation en relation avec le problème, la douleur et la sexualité. L'objectif recherché est qu'il y ait pénétration sans douleur, mais en même temps qu'il y ait une relation sexuelle agréable et satisfaisante. Cette dernière nécessite des changements de comportement au niveau sexuel, une reformulation des cognitions négatives et un apprentissage des exercices thérapeutiques (Mazzarini, 2018; Engman et al., 2010; Meana, 2009; Arancibia, 2012; Lopès & Poudat, 2011; Perez et al., 2016).

À cet égard, une étude envisage une thérapie de groupe appliquant ces mêmes variables, observant un effet positif du groupe sur le traitement (Ter Kuile & Weijenborg, 2006). Dans ces thérapies, il existe une interdiction thérapeutique des rapports sexuels avec pénétration, qui s'est avérée atténuer et diminuer l'exigence de devoir et de culpabilité des femmes à avoir de rapports sexuels. Lorsque cette pression est enlevée, il est possible de mieux faire avancer le traitement (Arancibia, 2012).

Des références bibliographiques récentes soulignent l'importance de la thérapie multidisciplinaire contre ce problème et tiennent compte des variables suivantes: relations

sexuelles, facteurs individuels et facteurs de couple. Une série d'autres variables devraient également être prises en considération : éducation sur le problème et validation de la douleur ou de la difficulté de pénétration, examen génital, diminution de l'anxiété, augmentation de l'affect et de la sensualité (Meana, 2009; Baron et al., 2011, Sorensen et al., 2018) .

Meana (2009) et Arancibia (2012) soulignent que l'une des grandes erreurs des thérapies sexologiques est de considérer la thérapie de la dyspareunie ou le vaginisme comme une thérapie individuelle. Ils postulent l'importance de la présence du partenaire dans la thérapie, car cela peut améliorer la relation du couple et, en même temps, avoir de meilleurs résultats par rapport à la thérapie individuelle.

En outre, Meana (2009) souligne que la recherche actuelle laisse de côté l'un des défis futurs des troubles liés à des douleurs pelvienne-génitale ou à la pénétration. Cela fait référence à la prise en compte des facteurs de genre, ce qui implique la reconnaissance d'une idéologie de la féminité et d'une politique sexuelle qui amène les femmes à avoir des comportements sexuels normés. De même, Arancibia (2012) souligne l'importance de créer un programme en relation avec chaque femme, de le situer et de l'affiner en fonction des particularités du problème de chacune.

De plus, Pukall et al. (2007) mettent en avant l'importance de quitter l'approche centrée sur la douleur et d'aborder le problème de manière plus globale, en fonction de multiples facteurs. Elle souligne que de nombreux traitements supposent qu'une fois la douleur éliminée, la fonction sexuelle globale est restaurée mais ce n'est pas le cas la plupart du temps. Elle propose alors une approche thérapeutique par l'hypnose, montrant des résultats positifs dans la réduction de la douleur et une amélioration du bien-être de la femme.

Concernant le trouble lié à des douleurs génito-pelvienne ou à la pénétration, Sorensen et al. (2018) indique qu'il existe un manque de connaissances des professionnels de santé sur ce sujet. Cette ignorance conduit les femmes à cesser de consulter car elles se sentent handicapées en raison de la douleur et ne se sentent pas comprises.

De plus, dans les revues médicales, les professionnels de la santé ne posent aucune question sur la douleur génitale. De nombreuses femmes et leur partenaire ne la considèrent pas comme un problème de santé et la voient même comme un élément normal des relations sexuelles (Thomtén & Linton, 2013; Sorensen et al., 2018).

Thérapies multidisciplinaires-combinés

L'étude de la littérature met en évidence la complexité de ces troubles, ainsi que la nécessité d'une équipe pluridisciplinaire (gynécologue, kinésithérapeute ou physiothérapeute périnéale et pelvienne, sexologue/spécialiste de la douleur) pour aborder ces problèmes de manière plus globale, en y intégrant les aspects organiques, psychologiques et comportementaux. Aussi, lorsque la pénétration avec un partenaire est déjà possible, il est essentiel de travailler sur la satisfaction sexuelle, le désir sexuel et le plaisir dans les activités sexuelles. Ce travail multidisciplinaire est indiqué comme le plus efficace et le plus recommandé (Baron et al., 2011; Mazzarini, 2018; Meana, 2009; Sorensen et al., 2018; Perez et al., 2016; Krapf & Goldstein, 2016; Graziottin, 2008) .

II: Auto-ethnographie

Le récit auto-ethnographique me permettra de montrer le contexte socioculturel, historique et situationnel que j'ai vécu dans les consultations de sexologie. Comme je l'ai mentionné précédemment, ce récit prend place au Chili, plus précisément à Santiago, la capitale.

Lors de la consultation de sexologie à laquelle j'ai fait à Santiago, différentes personnes viennent consulter pour leurs problèmes sexuels. De nombreuses patientes expriment, lors de la première séance, qu'en dehors de leur partenaire, personne d'autre ne connaît leur problème sexuel. En parallèle, la plupart déclarent ressentir une pression de la part de leur entourage ou de la société afin de démontrer qu'elles ont une sexualité épanouie et de bonnes performances sexuelles. Cela les amène, selon les récits, à cacher leurs problèmes par peur, culpabilité et honte d'être discriminées ou jugées.

Face à ces confidences, j'ai alors compris que ces consultations constituaient un lieu privilégié pour accéder à l'information, où je pouvais recueillir des histoires inconnues et invisibles pour le reste de la population, des récits marqués par la souffrance et l'incompréhension.

Parmi la diversité de femmes qui viennent à la consultation de sexologie, plusieurs consultent pour la dyspareunie et le vaginisme. Au début, sur base de mes connaissances en sexologie et psychologie, j'ai utilisé l'approche cognitivo-comportementale [TCC] pour la dyspareunie et le vaginisme. Après quelques séances, j'ai établi une collaboration avec un kinésiologue pelvien. Cependant, certaines histoires des patientes m'ont fait réfléchir sur la situation des femmes dans la société et la violence du système à leur égard. Cela m'a poussé à changer le traitement utilisé pour passer à l'utilisation de techniques d'états modifiées de conscience³.

Si au début seules quelques histoires avaient retenu mon attention, après le changement de technique, j'ai constaté que ma nouvelle approche conduisait à révéler, parmi les patientes, des propos empreint d'une violence structurelle et exprimés à travers les émotions, les sensations corporelles, les pensées et/ou les croyances.

J'ai commencé à observer que ces discours se structuraient autour de schémas répétitifs de comportement, d'exigences sociales et de croyances concernant la sexualité. J'ai réalisé que tout cela allait bien au-delà d'un simple travail au niveau individuel ou relationnel, car un élément très important influençait et affectait les comportements liés à la sexualité : le facteur socioculturel.

Ces cas que je vais conter sont les plus typiques et les plus fréquents chez les patientes atteintes de dyspareunie et vaginisme. Celles-ci sont âgées de 25 à 45 ans et souffrent depuis au moins 1 à 2 ans de douleur lors des rapports sexuels avec pénétration. Elles continuent à avoir de rapports sexuels même si elles n'ont aucun désir sexuel, aucune excitation et aucune bonne lubrification et qu'il y a de la douleur. Elles ne consultent qu'à ce moment-là, lorsque la douleur s'est déjà intensifiée et qu'elle a commencé à empêcher la pénétration.

Elles continuent à avoir des rapports sexuels avec pénétration parce que leur partenaire le demande ou l'exige. De plus, même si les partenaires ne disent rien à propos

³ Hypnose, EMDR, Terapias de avanzada® et Brainspotting

de l'activité sexuelle, elles la ressentent comme un « devoir de femme » et craignent d'être abandonnées par le partenaire si elles n'y satisfont pas comme « une épouse ou un partenaire devrait le faire ». Cette expression est très courante pour justifier des rapports sexuels répétés, malgré la douleur. C'était la réponse que je recevais quand je demandais à ces femmes pour quelle raison elles continuaient à avoir des relations sexuelles malgré la douleur.

J'ai ensuite observé des cercles vicieux dans la vie sexuelle de ces femmes. Elles souffrent de douleur mais - au lieu d'écouter leur corps en souffrance qui devrait les encourager à s'arrêter et à chercher de l'aide - elles continuent à avoir des relations sexuelles douloureuses avec leurs partenaires, selon une fréquence que le couple ou elles-mêmes considèrent comme "normale", c'est-à-dire parfois au moins deux fois par semaine ou une fois par mois. Cette variation dépend beaucoup de l'attitude du partenaire ou de son sens du « devoir conjugal » ou du « rôle de la femme ».

Mais ce n'est pas seulement ça. En effet, si la patiente continue dans le cercle de la douleur et de la souffrance au-delà des 1 à 2 ans, la douleur ne fera que s'accroître, et la patiente commencera à rejeter le sexe et son partenaire. Le cas le plus extrême était d'environ 7 ans de rapports sexuels, au moins 2-3 fois par semaine. Dans ce cas précis, le corps de la patiente a été tellement maltraité qu'après 7 ans, une explosion d'émotions négatives s'est produite, accompagnée de pensées et de sensations corporelles défavorables au sujet de la sexualité et de son partenaire. Cette explosion d'émotions les amène à ressentir et expérimenter notamment la colère, la culpabilité, le dégoût, le rejet, le désespoir qui ont été révélés en consultation. Tous ces émotions étaient très fréquents dans la consultation pour dyspareunie et vaginisme.

Sur cette base, j'ai commencé à réfléchir et à me demander: Qu'est-ce qui pousse un partenaire/homme à avoir des relations sexuelles pénétrantes, malgré la souffrance et les pleurs de sa compagne? Qu'est-ce qui amène un être humain à ne pas prendre en considération la souffrance humaine et à causer des dommages constants à sa partenaire? À quel niveau existe-t-il une croyance au sujet du "besoin sexuel de l'homme" qui le conduirait à considérer que son besoin sexuel est plus important que le bien-être et la

santé de l'autre personne? Pouvons-nous blesser une autre personne pour satisfaire nos «besoins sexuels», quelle que soit l'expérience de l'autre personne?

Lorsque j'ai observé cette violence consistant à « accepter des relations sexuelles, peu importe la douleur, pour mon partenaire ou pour remplir mon devoir de femme », j'ai commencé à approfondir le sujet pour travailler sur la désensibilisation des émotions négatives des patientes. Cela a mis au jour des histoires exprimant une grande souffrance et un mal-être, car - à un moment donné dans le travail des sensations et des émotions - plusieurs femmes ont commencé à constater le cercle de violence dans lequel elles étaient inscrites et qu'elles n'avaient jamais perçu auparavant. Plusieurs en ont conclu qu'elles avaient subi une agression sexuelle ou un viol par leur partenaire. Elles ont compris que chaque fois qu'elles continuaient à avoir des relations sexuelles, ce n'était pas parce qu'elles le voulaient vraiment, mais à cause des exigences culturelles, pour le plaisir de leur partenaire ou pour ne pas avoir de conflit avec celui-ci. Malgré cela, de nombreuses femmes ont déclaré qu'elles «savaient» qu'elles ne pouvaient pas refuser. Des discours comme « Je pense que j'ai vécu une agression sexuelle », « Je pense que j'ai été violée », « Je ne comprends pas, s'il m'aime...comment peut-il me blesser ? » sont devenus très fréquents de la part des patientes.

Pendant les consultations, plusieurs femmes ont fondu en larmes quand elles ont commencé à percevoir qu'elles avaient subi une agression sexuelle, désespérées de ne pas savoir comment réagir ou refuser la relation sexuelle au moment où elle se présente. Il en résulte beaucoup d'angoisse, de colère et de tristesse de sentir qu'elles n'ont pas été respectées par leur partenaire. Ce manque de respect était dramatiquement évident quand elles ont demandé à leur partenaire d'arrêter la pénétration, à cause de la douleur, et qu'elles ont reçu en réponse de l'indifférence et une injonction à continuer jusqu'à ce qu'il éjacule ou soit satisfait. Voici quelques exemples donnés par les patientes : « il disait que je devais tenir le coup », « il m'a dit que c'était bientôt fini », « il m'a dit de le laisser éjaculer », « Il y a eu des moments où je lui ai dit d'arrêter, mais il m'a dit de le laisser finir », « Ça faisait mal et je pleurais, il a continué et je n'ai pas bougé jusqu'à ce qu'il ait fini d'éjaculer »

Il y a des moments où la douleur est tellement forte que la femme commence à se défendre en manifestant de l'agressivité corporelle, allant même parfois jusqu'à frapper leur partenaire. Dans de tels cas, elles expriment lors de la consultation qu'elles ne comprennent pas pourquoi elles réagissent de manière aussi agressive, elles se sentent coupables après avoir agressé à leur partenaire, d'ailleurs, le partenaire réagisse avec colère ou surprise pour telle violence. Ce que ces femmes ne perçoivent pas, c'est que leur corps réagit de cette manière pour se défendre du danger et de la douleur, une fois qu'il n'a pas été possible d'exprimer au partenaire leur refus de cette relation sexuelle. Par conséquent, dans cette posture critique disjonctive, le corps souffre intensément et réagit instinctivement pour se défendre et se sauver. Plusieurs femmes viennent consulter à propos de cette violence envers le partenaire et la « stupéfaction » engendrée par ces réactions.

Par ailleurs, un élément discursif qui est apparu dans de nombreuses consultations auprès de femmes de plus de 30 ans et qui a retenu mon attention est le concept "d'étoile de mer". Il y avait un moment où elles sentaient la relation sexuelle devenir imminente (par pression ou par exigence), même si c'était un peu comme une peine à purger. Elles ouvraient les jambes, étiraient les bras, fermaient les yeux et disaient au partenaire être "prêtes" à être pénétrées. Le corps réagit avec une grande tension, ramenant parfois les bras tendus vers la poitrine - signe de protection - en priant pour que la rencontre sexuelle soit brève et en espérant avoir rempli « l'exigence » de la relation sexuelle hebdomadaire. Même s'il s'agissait d'une situation douloureuse et désagréable pour elles, ce qui restait, après l'acte sexuel pénétratif, c'était le sentiment du « devoir accompli » et le soulagement d'être tranquilles pour un temps.

La relation sexuelle dont il est question ici, est rapide à réaliser et exempte d'érotisme et/ou de désir sexuel. Il n'y a pas de caresses ou de baisers avant la pénétration, c'est-à-dire que la relation se résume à un acte de pénétration, sans temps pour la lubrification de la part de la femme, augmentant ainsi la douleur associée à la pénétration.

J'ai été très surprise par la normalisation de ce comportement. C'est pourquoi j'ai commencé à questionner les femmes à ce sujet dans la vie de tous les jours. J'ai été surprise pour la normalisation qui non seulement était avancée par des femmes souffrant

de dysfonctionnements sexuels, mais aussi plus généralement par d'autres femmes quand elles n'ont pas envie d'avoir de relations sexuelles mais qu'elles s'y conforment par devoir envers le couple. Et c'est ce qui m'amène à réfléchir sur la forte présence du «devoir dans la sexualité» et « devoir comme couple », croyances qui entraînent les femmes à avoir des relations sexuelles, même si elles n'en veulent pas.

J'observe qu'il existe des croyances culturelles ou des conventions sur la nécessité d'être "une bonne femme" pour le partenaire. Cela signifie pour les femmes de devoir satisfaire sexuellement leur partenaire et de ne pas leur refuser des relations sexuelles avec pénétration, sous peine de ne pas correspondre à la norme d'une "bonne » compagne, de la femme « parfaite", de la femme « idéale", de la « bonne » épouse ou de la « bonne » femme.

Dans les histoires dont j'ai été témoin, lorsque j'ai demandé aux patientes pourquoi elles ne refusaient pas de telles relations sexuelles, elles ont dit que les rejeter pouvait avoir des conséquences sur la relation de couple. Non seulement elles avaient l'idée que leur partenaire pouvait aller avec une autre personne, mais, dans de nombreux cas, le partenaire posait des conditions de fréquence des relations sexuelles et si celles-ci n'étaient pas remplies, ils menaçaient de chercher d'autres femmes ailleurs pour obtenir leur satisfaction. L'une des craintes les plus répétées dans les discours des femmes lors de la consultation est d'être remplacée par une autre femme, suite à l'insatisfaction sexuelle de leur partenaire. Malheureusement, il ne s'agissait pas toujours de peurs infondées car il pouvait y avoir des menaces explicites du partenaire qui, dans de nombreux cas, étaient mises à exécution. Lors de la consultation, lorsqu'il y avait des menaces de la part du partenaire, il était vraiment difficile d'expliquer le cercle vicieux de la douleur et la nécessité de l'arrêter, car cela accentuait l'angoisse des patientes et leur sentiment d'avoir échoué en tant que femme.

Dans chaque consultation sur la dyspareunie, j'ai constaté que la douleur physique et psychologique était énorme. Ces femmes sont continuellement maltraitées par quelqu'un qui dit qu'il les aime. Elles rapportent avoir de bonnes relations interpersonnelles au quotidien et dans l'affectivité avec leur partenaire. Ce n'est que lors

des consultations qu'elles réalisent la violence physique ou psychologique exercée, ainsi que la pression ou la menace directe à avoir des relations sexuelles pénétrantes.

J'ai pu de cette façon détecter une violence invisible, qui n'est pas d'emblée identifiée par la plupart des femmes qui viennent à la clinique de sexologie. Elles voient ces pressions comme le besoin d'un homme qui ne peut pas contrôler son désir ou son excitation et justifient leur comportement par la « nature » et le besoin physique de l'homme. De plus, elles ajoutent l'importance d'être une "vraie femme" à leurs yeux, aux yeux de leurs amis, de la famille et de la société. En revanche, elles soulignent qu'en ayant leur partenaire « satisfait », cela évite les disputes et les mauvais moments dans le couple. Par conséquent, elles trouvent qu'il est préférable de "supporter" une relation sexuelle douloureuse une fois par mois, suffisamment pour « garder le partenaire » et « le garder heureux ».

Lors de la consultation, lorsque je suis en thérapie, je donne l'indication de ne pas avoir de relations sexuelles pénétrantes pendant un certain temps pour commencer le traitement. Il existe différents cas typiques (les plus récurrents) dans la consultation. Parfois, la patiente m'a demandé d'expliquer moi-même cette indication au partenaire car elle n'ose pas le dire elle-même ou a peur de sa réaction. Ces réactions peuvent être de l'ordre de la colère, de la mauvaise humeur, de la menace ou du rejet.

Lorsque le couple venait en consultation pour expliquer cette situation, il y avait trois réactions récurrentes: le premier disait comprendre la situation et qu'il aiderait autant que possible; le second indiquait se sentir mal à l'aise avec la situation mais il la comprenait; le troisième, quant à lui, se mettait en colère et précisait qu'ils venaient pour améliorer la situation et pas pour interdire les rapports sexuels, insistant sur leur besoin d'avoir des relations sexuelles et leur besoin sexuel. Pour ce type de personnes, il était très difficile de faire comprendre que, sans pénétration, il est tout de même possible de continuer à avoir des relations sexuelles.

Enfin, dans toutes ces situations, j'ai observé que malgré cet effort de compréhension, au cours des semaines, les patientes ont senti une prise de distance émotionnelle et affective de la part de leur partenaire, en plus d'expressions récurrentes de colère. Cela dénote d'une incapacité à séparer l'affectivité du rapport sexuel pénétratif.

Pour ces hommes, s'il n'y a pas de relations sexuelles pénétratives, cela exclut toute autre possibilité de proximité sexuelle ou affective et engendre frustration et colère. De nombreuses femmes finissent par céder à ces pressions, car elles ne se sentent pas aimées, ce qui nuit au traitement de la dyspareunie.

En cas de vaginisme, la situation est assez similaire par rapport au couple. Cependant, j'ai observé une plus grande proportion de partenaires qui comprenaient mieux le problème, qui n'instauraient pas de pression ou menaces et comprenaient la nécessité de leur rôle participatif dans le traitement.

Ce que j'ai trouvé curieux concernant les discours sur la pénétration ou les rapports sexuels avec pénétration chez les patientes atteintes de vaginisme, c'est qu'en plus des croyances catastrophiques («qu'elles saigneraient à mort ou que la douleur serait très intense»), elles tenaient fréquemment des propos sur la sexualité vue comme négative, punitive et taboue. Dans ces discours et expériences de vie, une éducation sexuelle stricte avec une forte influence de l'Église catholique était récurrente. Dans de nombreux cas, l'éducation sexuelle a été réalisée par un membre de l'Église.

Dans les problèmes liés au vaginisme, la plupart des patientes sont arrivées en consultation sexologique après avoir d'abord consulté un médecin ou un kinésologue. Dans le cas des femmes lesbiennes atteintes de vaginisme, elles ont exprimé à plusieurs reprises le sentiment de ne pas avoir été comprises, car le gynécologue prétendait qu'il était impossible de souffrir de vaginisme quand on est lesbienne. Il a fallu leur expliquer que c'était pourtant bien possible mais que de nombreux professionnels·lles de la santé pouvaient affirmer le contraire par manque de connaissances des pratiques sexuelles.

D'un autre côté, des femmes qui ont déclaré avoir pris en charge leur vaginisme à un niveau médical ou kinésologique sont également venues à mon bureau. Elles ont exprimé qu'elles pouvaient alors pratiquer la pénétration mais ne ressentaient rien. Certaines ont même ajouté qu'elles se sentaient comme un objet à pénétrer, sans être réellement comprises par le professionnel de la santé ou par leur partenaire. C'était comme si le seul objectif du traitement était d'atteindre la pénétration et, par conséquent, elles ont été déçues et démotivées par l'approche médicale ou kinésologique.

En outre, j'ai été surprise de constater la récurrence du sentiment de perte de féminité ou d'être une « bonne » femme, dû à l'absence de relations sexuelles pénétrantes, une perte d'identité liée au fait ne pas pouvoir satisfaire le partenaire. Cela témoigne de l'omniprésence des exigences sociétales envers le rôle des femmes, dédiées au plaisir de l'autre et à se constituer une identité à partir de la pénétration.

La présence récurrente d'un discours social est également détectée là où la femme doit avoir une grande performance en matière de sexualité. Certaines patientes ne sont même pas venues pour développer une sexualité satisfaisante mais pour que leur partenaire puisse profiter de la relation sexuelle. D'autres femmes atteintes de vaginisme m'ont exprimé leur inquiétude parce qu'elles voulaient être mères et le vaginisme les en a empêchées. Ne pas pouvoir remplir son rôle de femme à cause de l'incapacité à avoir des enfants était source de grande tension. Cette tension était renforcée par la présence d'autres femmes, dans le cercle d'amis, qui commençaient à avoir des enfants alors qu'elles-mêmes ne réussissaient pas à avoir des relations sexuelles pénétratives, ce qui les conduisait à cacher leur problème avec encore plus de honte.

Ces divers éléments m'ont amenée à réfléchir à la façon dont les discours socioculturels influencent fortement le «devoir-être» des personnes et leurs représentations socioculturelles sur ce que devrait être une rencontre sexuelle. Malheureusement, ces discours et représentations engendrent une attitude de soumission et d'obéissance des femmes à l'égard de l'acte sexuel. Cela amène les femmes à cacher leurs problèmes sexuels de peur d'être rejetées socialement, à cacher la douleur, à avoir honte et à se blâmer d'avoir ce problème. En parallèle, la réprobation sociale est si forte qu'elles se critiquent elles-mêmes de ne pas plaire au partenaire. Les discours de sexualité apparaissent intériorisés chez ces femmes, allant de l'autocritique à l'acceptation des critiques et violences du partenaire par rapport à cette «anomalie», accumulant au passage des sentiments de culpabilité et de honte.

Malgré l'écoute de tous ces types de discours pendant la consultation, j'ai été surprise que la perception de toute cette violence structurelle et intime ne se soit jamais manifestée avant dans le traitement traditionnel sexologique de la dyspareunie et du

vaginisme, dans les témoignages des patientes. Bien que dans les évaluations de l'«anamnèse», il faille s'interroger sur les types de violence ou s'enquérir de la présence de violence dans le couple.

Les discours qui ont surgi grâce aux techniques d'état modifié de conscience, montraient une violence non détectée comme telle par les femmes. Accompagner d'un point de vue thérapeutique cette révélation des violences sexuelles commises par le partenaire est assez fort émotionnellement.

J'ai commencé à comprendre qu'il ne s'agissait pas de cas isolés, qu'ils se faisaient chaque fois plus nombreux et qu'ils étaient constitués de beaucoup de silence et d'hésitation de la part des patientes, par peur des réactions de leur partenaire. J'ai également perçu un grand manque de connaissances sur l'éducation sexuelle et les droits sexuels et reproductifs ainsi que de fortes pressions individuelles, relationnelles et sociales par rapport à la sexualité. Cela conduit inévitablement à la réflexion et à l'urgence sur la nécessité d'une perspective de genre, qui reflète et permette de développer une vision critique face à ces types de violence.

Cependant, il est important pour moi de souligner qu'il existe d'autres paroles sur ces questions, bien qu'elles soient très peu nombreuses. Dans ces cas-là, les femmes ont manifesté du désir sexuel et de l'excitation, ainsi qu'une bonne estime de soi et un respect pour leur corps, menant à l'arrêt des relations sexuelles en cas de douleur. Ce problème les a poussés à chercher des alternatives non-pénétratives aux relations sexuelles. Généralement, ces femmes respectaient leur corps et elles-mêmes, réussissaient à exprimer ce qui leur semblait mal et pouvaient fixer des limites à leur partenaire. De plus, dans ces situations, les partenaires ont collaboré et participé positivement au processus thérapeutique.

Cadre d'analyse

Sur base des données recueillies, la présence de la violence de genre sera étudiée dans les discours des patientes et dans le traitement sexologique de la dyspareunie et du vaginisme.

Diverses thématiques relatives à la sexualité et au genre seront analysées, en partant des niveaux de reconnaissance du genre qui indiquent la présence ou non d'une perspective de genre. Ces niveaux sont au nombre de trois:

- Premièrement, le niveau positif signifie que le sujet est abordé dans une perspective de genre, que l'on agit et réfléchit à partir de cette vision ;
- Deuxièmement, le niveau neutre, malgré la prise en compte de la thématique traitée, n'intègre pas la perspective de genre, que ce soit par omission, par évitement du conflit ou pour une autre raison, ce qui conduirait finalement à la poursuite de la violence établie par le système ;
- Troisièmement, le niveau négatif implique le déni d'une perspective de genre et de la présence de violence de genre. Ce niveau reflète le discours dominant de la société, par conséquent, il renforcerait les schémas du système patriarcal et oppressif envers les femmes.

Thématiques

Normes de genre dans la sexualité: hétéronormativité

Le concept d' "hétéronormativité" est compris comme l'ensemble des règles et normes de la société sur les comportements et attitudes à l'égard la sexualité, normes basées sur une hétérosexualité obligatoire.

Butler (2005) mentionne que ce système d'hétérosexualité obligatoire est basé sur une construction du genre soutenue par une binarité féminin/masculin qui cache la domination masculine et la hiérarchie sexuelle des hommes sur les femmes. En outre, elle ajoute que cette matrice de genre fournirait une séquence logique de comportements, d'attitudes, de croyances sexuelles et érotiques par rapport à la sexualité, au désir sexuel et aux pratiques sexuelles. Si ces séquences ne sont pas respectées, la personne qui les enfreint serait exclue du système.

Monique Wittig (2006) et Adrienne Rich (1981) soulignent que cette hétérosexualité obligatoire serait un système politique de domination masculine soutenu par la subordination des femmes. Selon Rich (1981), les caractéristiques de ce pouvoir masculin comprennent également l'imposition du «besoin sexuel» impératif de l'homme, la normalisation de la violence dans les relations sexuelles et la présentation de la femme comme objet sexuel qui doit plaire et faire preuve de soumission envers l'homme.

Gayle Rubin (1997) critique l'hétéronormativité, notant que les femmes apprennent à développer leur sexualité davantage pour satisfaire le désir d'une autre personne que pour leur propre plaisir. Wittig (2006) évoque la relation sociale obligatoire entre hommes et femmes dans laquelle il existe une obligation de pénétration et des comportements sexuels spécifiques (hommes actifs et femmes passives). Dès lors, il existe des comportements et des pratiques sexuelles promues ou rejetées par la société en tant que normes sexuelles. On observe des pressions de la société à respecter les rôles sexuels attribués selon le genre (Gayle, 1984/2010; Sosa-Sánchez & Itzel, 2013; Butler, 2005).

Le concept d'hétéronormativité est un point important de l'analyse réalisée dans ce travail, puisque l'on peut observer l'existence d'un système de hiérarchie par rapport à la sexualité, qui fait une distinction entre hommes et femmes. Un système qui attribue aux femmes un rôle de soumission et de subordination, dans lequel elles doivent « obéir » aux hommes pour satisfaire leurs besoins sexuels.

On note que la plupart des traitements de la dyspareunie et du vaginisme se concentrent presque exclusivement sur la douleur et l'importance de la pénétration. Donner une telle importance à ces deux variables renforce la prescription de l'hétérosexualité obligatoire et, par conséquent, l'importance de la pénétration, perpétuant les inégalités entre les genres et la violence à l'égard des femmes. On peut même observer qu'au niveau du traitement médical ou de la kinésithérapie, les patientes finissent le traitement si elles parviennent à pratiquer la pénétration. Cela donne à voir une culture phallocentrique qui valorise au maximum la pénétration et toutes les attitudes qui la favorisent.

Seules les thérapies cognitivo-comportementales [TCC] ou l'hypnose envisagent la possibilité d'aller plus loin dans la réponse sexuelle, en tenant compte des facteurs individuels et relationnels. Mais même ainsi, ces deux-là ne remettent pas en cause l'aspect hiérarchique de la sexualité et ses inégalités, ni ne remettent en question l'«obligation» qu'une femme ressent d'avoir des relations sexuelles pour «satisfaire» son partenaire sans en avoir envie.

Dans les discours des patientes et la recherche sur les troubles liés à des douleurs génito-pelvienne ou à la pénétration, on observe de nombreuses demandes pour «satisfaire» le partenaire, ainsi que l'acceptation de l'idée que le partenaire «a un besoin» de pénétration, malgré la douleur que la femme éprouve, les manipulations et les pressions qu'elle subit de la part du partenaire ou le fait qu'elle n'ait carrément, à ce moment-là, aucune envie d'avoir des relations sexuelles.

En ce qui concerne les normes de genre dans la sexualité et la présence d'hétéronormativité, les traitements et les études sur la dyspareunie et le vaginisme ont tendance à l'observer l'existence de normes, mais ils ne présentent, ne critiquent ni sur la violence dans ces discours normatifs. Au contraire, ils la renforcent en se focalisant seulement sur la réussite de la pénétration et en « démontrant » que la pénétration signifie une relation sexuelle réussie, sans remettre en question la normativité sexuelle, les exigences de performance et les inégalités de genre. Par conséquent, la reconnaissance d'une perspective de genre qu'on trouve dans les traitements en rapport à cette hétéronormativité et les inégalités de genre correspond au niveau négatif.

Rôles et stéréotypes de genre dans la sexualité

Le «rôle» établi par cette logique hétérosexuelle obligatoire exerce une pression sur les femmes, par rapport à leurs performances sexuelles. Si elles n'ont pas eu de relations sexuelles pour satisfaire leur partenaire, elles sont en conflit avec la perte de l'identité de « femme » ou leur « féminité ». Les patientes évoquent la perte d'identité féminine, la perte du sentiment d'être «femme» ou l'obligation de «devoir conjugal» et soulignent même les pressions sociales pour performer sur le plan sexuel.

Monique Wittig (2006) précise que, dans la logique hétérosexuelle, la femme est constituée par le désir de l'autre et la pénétration, avec une opposition entre celui qui

pénètre et celui qui est pénétré, ce qui aboutit à un système de domination envers les femmes. Dans le traitement de la sexologie, ce sentiment de perte d'identité n'est pas associé à la pénétration et aux pressions qu'impliquent ces exigences sociales normatives. Et généralement s'il y a un travail sur l'identité « féminine », celui-ci a tendance à renforcer les rôles de genre.

Eve Ensler (2015) dans « Les monologues du vagin » s'interroge sur la disponibilité du corps des femmes pour avoir des relations sexuelles. Selon Ensler, la révolution sexuelle n'a pas abouti à l'égalité dans la sexualité (l'objet du combat initial) mais a plutôt accentué les stéréotypes liés à la sexualité et au couple. Ensler souligne l'augmentation des exigences de performance en matière de sexualité et l'augmentation de la violence à l'égard des femmes.

Cette époque, marquée par l'existence d'une sexualité obligatoire et performative pour "être heureux-se", conduit à ancrer les stéréotypes de genre qui définissent une sexualité féminine et masculine (Mazzarini, 2018). Ces stéréotypes liés aux attitudes et comportements sexuels limitent et restreignent les comportements. Ce qui, selon Silvia Federici (2013) indique l'existence de normes de comportement du corps féminin qui sont constamment évaluées à travers la «commercialisation du corps féminin», la pornographie, la publicité, les hommes et la société. Cela suggère que la culture crée des discours qui permettent aux femmes de maintenir leur insatisfaction sexuelle, de dévaluer le plaisir féminin et de perpétuer des modèles de violence et d'inégalités chez le partenaire sexuel, en l'amenant à une constante d'exigences et de devoirs pour satisfaire au système normatif dominant.

Les traitements de la sexologie dans les méthodes psychologiques / sexologiques font allusion à l'importance de travailler sur les croyances et les perceptions liées à la sexualité qui empêchent de profiter de la sexualité. Cependant, ils ne remettent pas en cause les rôles de genre et leurs stéréotypes. Ils ne pensent pas non plus que le maintien de ce discours hétéronormatif perpétue les inégalités et les violences envers les femmes. Par conséquent, la reconnaissance sera classée au niveau négatif.

Domination masculine et reconnaissance des relations de pouvoir dans la sexualité

Silvia Federici (2013) explique que la révolution sexuelle et la performativité sexuelle ont fait du « sexe » un travail pour les femmes. Le sexe devient une responsabilité que les femmes doivent assumer, soulignant leur devoir de plaire sexuellement à leur partenaire. Et donc, de nos jours, non seulement la femme aurait le devoir d'élever des enfants, de s'occuper du travail domestique et du travail professionnel, mais devrait également avoir une performance sexuelle élevée avec son partenaire.

Cela montre que les attentes sur ce qu'une femme devrait faire dans sa vie quotidienne et dans une relation sexuelle sont encore plus élevées qu'auparavant. La femme doit satisfaire son partenaire et démontrer également que son partenaire l'a satisfaite et que, de préférence, lors de la relation sexuelle, elle a eu plusieurs orgasmes (ce qui conduit de nombreuses femmes à simuler des orgasmes). Federici dit que tout ce système d'hétérosexualité obligatoire est gouverné et dominé par les hommes, qui se seraient « réappropriés » la révolution sexuelle précédemment mentionnée, la tournant à leur propre avantage. Cela amène les femmes à ressentir de l'angoisse et de l'anxiété lorsqu'elles ne remplissent pas le rôle sexuel attribué par la société (Federici, 2013).

On voit donc que dans ces exigences socioculturelles de haute performance sexuelle, les femmes qui ont des troubles liés à des douleurs génito-pelvienne ou à la pénétration sont exclues du système et sont fortement rejetées parce qu'elles ne respectent pas leur « devoir sexuel ». Cela les amène à vouloir essayer à plusieurs reprises la pénétration malgré la douleur, la frustration, la peur, etc.

La reconnaissance des relations de pouvoir et de la domination masculine est très importante en sexologie. Cela permet de comprendre que les femmes qui ont des relations sexuelles malgré la douleur ne le font pas uniquement à cause d'un fonctionnement psychologique avec une tendance à la « persistance de la tâche » comme mentionné par Brauer et al. (2014), mais aussi à cause d'une sexualité modelée par la société qui pousse les femmes à remplir un certain rôle et à être punies si elles ne le font pas.

Tout cela amène les femmes à se sentir obligées de remplir leur « devoir et rôle dans la sexualité », sachant que si elles ne les respectent pas, elles seront rejetées par la

société et par leur partenaire. De plus, dans la construction sociale des catégories de sexe/genre, on constate que les femmes sont éduquées à la dépendance de l'autre, qu'elles sont là pour plaire à l'autre, qu'elles deviennent des objets sexuels pour les hommes, perdant ainsi leur liberté et leur autonomie (Dantier, 2007). Si elles ne le font pas, elles perdent leur identité.

La reconnaissance d'une perspective de genre est négative, par rapport aux thèmes de la domination masculine et des relations de pouvoir dans les traitements sexologiques de la dyspareunie et du vaginisme.

Accès à l'information sur la sexualité

Les traitements des troubles liés à des douleurs génito-pelvienne ou à la pénétration tiennent en compte l'importance de donner accès à des informations sur la sexualité. Cependant, bien que les thérapies psychologiques/sexologiques TCC et l'hypnose approfondissent leur approche par l'éducation sexuelle, la connaissance du corps, l'autonomie sexuelle et la connaissance générale de la sexualité, elles le font sans remettre en cause l'hétéronormativité sexuelle.

D'après mon schéma d'analyse, il s'agit ici d'une représentation négative-neutre au regard de la perspective de genre, ce qui impliquerait que ces traitements envisagent l'accès à des informations sur la sexualité et fournissent des informations mais n'agissent pas ou ne réfléchissent pas sur les relations de pouvoir entre hommes et femmes, ni aux normes de sexualité imposées par la société et ni à l'impact de la violence faite aux femmes.

Bien-être dans la sexualité

Malgré tous les discours sur le bien-être dans la sexualité, les méthodes médicales et corporelles pour traiter la dyspareunie et le vaginisme se concentrent davantage sur la pénétration que sur le bien-être sexuel des femmes. Elles finissent même par renforcer le système phallogénique en considérant la pénétration comme la chose la plus importante. Par conséquent, je classe ces deux traitements avec un niveau négatif de reconnaissance par rapport à la perspective de genre.

Les psychothérapeutes sexologues (TCC et hypnose) envisagent un bien-être sexuel plus général, mais aucun ne remet en cause les hiérarchies de genre dans la sexualité racontées par les femmes ni ne mentionne l'importance de travailler sur ces questions. En général, ils se concentrent sur les facteurs relationnels, comportementaux, cognitifs et émotionnels. Pour cette raison, le niveau de reconnaissance est négative/neutre puisque, malgré le nombre plus élevé de thématiques travaillées, les inégalités de genre ne sont pas questionnées.

Sensibilisation à l'égalité des sexes dans la sexualité et la vie quotidienne

Aucun des traitements ne mentionne l'importance de sensibiliser à l'égalité des sexes dans la sexualité ou dans la vie quotidienne, ni de réfléchir sur les hiérarchies de pouvoir présentes dans la sexualité. Cependant, j'ai constaté une exception : en cas de désir sexuel hypoactif, l'inégale répartition des tâches domestiques dans le couple, marquée par une surcharge de travail pour les femmes, est prise en compte et travaillée en consultation pour parvenir à une répartition des rôles égalitaire (Trudel, 2003).

Pour cette raison, la classification des traitements sexologiques pour la dyspareunie et le vaginisme possède une reconnaissance négative du point de vue du genre. Car, dans leurs traitements, ils nient ou rendent invisibles les hiérarchies de pouvoir entre les sexes, omettant le rôle de soumission des femmes dans la sexualité. Si l'on considère le discours médical traditionnel en sexologie, on pourrait dire qu'il renforce cette hiérarchie des hommes sur les femmes, en maintenant la situation privilégiée des hommes à travers des croyances sur "le besoin sexuel des hommes" et "les devoirs du couple", perpétuant la violence structurelle du système envers les femmes.

Intersectionnalité

Concernant l'intersectionnalité dans les études et les traitements de la sexologie sur la dyspareunie et le vaginisme, il y a très peu d'études qui regroupent des variables telles que la race, le sexe, la classe, l'ethnicité, le genre et l'âge. Il existe des études qui montrent une grande différence de prévalence de ce trouble entre certains pays, attribuant ces différences à l'influence socioculturelle.

Par exemple, selon Dogan (2009) chez les femmes turques, il y aurait une présence de vaginisme de 75,9%. Cabello (2010) souligne que l'influence de la religion sur l'éducation et les questions sociales aurait un impact élevé au niveau des comportements et des cognitions chez les femmes, les amenant à considérer le plaisir comme honteux et à considérer l'acte sexuel comme un devoir social, lié à la reproduction. Certaines études soulignent l'influence de la religion orthodoxe sur l'augmentation des cas de vaginisme, cependant, elles soulignent que cela n'a pas été démontré par des études contrôlées (Meana, 2009; Thomtén & Linton, 2013; Weijmar et al., 2005; Baron et al., 2011; Sorensen et al., 2018; DSM-5, 2013).

D'après mon expérience, j'ai observé que chez la majorité des patientes atteintes de vaginisme qui sont venues à mon bureau, il y a une forte influence de la religion (catholique ou évangélique) sur l'éducation sexuelle. Dans cette rhétorique religieuse, la sexualité est enseignée séparément par sexe et genre. . Elle prône la hiérarchisation des rôles de genre, où les femmes apprennent un rôle de soumission et d'obéissance aux hommes ainsi qu'elle prône la criminalisation de l'avortement et des contraceptifs, centrant la relation sexuelle sur la reproduction. Toute relation sexuelle qui sort de cet objectif doit être considérée comme négative ou impure. Il y a un grand tabou sur la sexualité et l'importance du mariage est soulignée.

Par ailleurs, Blanc et Cardamoni (2016) soulignent l'importance de considérer la différence ethnique comme un facteur biopsychosocial, car ils ont observé des différences entre les groupes ethniques concernant la perception de la douleur.

Tout cela amène à réfléchir à l'importance des facteurs socioculturels dans les problèmes sexuels, à la présence de normes religieuses ou culturelles, aux types d'éducation sexuelle, à la socialisation de la sexualité, à la perception de la douleur, etc.

En d'autres termes, l'intersectionnalité pourrait aider à contextualiser et à mieux comprendre l'influence entre les variables d'âge, de sexe, de race, d'ethnicité, d'orientation sexuelle, de handicap, de contexte socioculturel, etc. dans les dysfonctionnements sexuels. Cela améliorerait les traitements des troubles liés à des douleurs génito-pelvienne ou à la pénétration.

En résumé, les traitements en sexologie seront classés avec une représentation négative du genre par rapport à l'intersectionnalité, en perpétuant une idéologie hétéronormative, en omettant et en refusant l'intersectionnalité pour faire face aux problèmes étudiés ici.

Orientation sexuelle et identité de genre

L'orientation sexuelle et l'identité de genre sont prises en compte dans l'anamnèse (première évaluation) de la consultation médicale ou sexologique mais il n'y a aucune référence à elles dans les études ou traitements sur la dyspareunie et le vaginisme. Seul Arancibia (2012) mentionne l'existence d'une étude à laquelle une seule femme lesbienne a participé, notant l'absence d'études qui envisagent l'orientation sexuelle en cas de dyspareunie et de vaginisme dans la population analysée, malgré la participation de cette population aux consultations de sexologie.

Lors de consultations sexologiques avec des patientes lesbiennes ou des femmes qui ont des relations sexuelles avec des femmes [FSF], certains médecins considèrent que ces femmes « n'ont pas eu de pénétration parce qu'elles sont lesbiennes » et « qu'elles ne peuvent donc pas être atteintes de vaginisme ». Bien que cela soit faux et violent pour les patientes, cela illustre le discours médical traditionnel sexologique. Dans les années 80' et 90', le terme « Lesbian bed Death » est apparu dans la littérature scientifique pour insinuer que les femmes lesbiennes n'avaient aucune pénétration, avaient moins de désir sexuel que la population générale et étaient passives au lit. De là, plusieurs textes ont validé cette théorie, qui se répandait au niveau médico-sexologique. Ces textes ont ouvert un grand débat pour et contre la sexualité des lesbiennes (Delebarre, 2017).

Delebarre (2017), pour contribuer au débat, cherche à démystifier les mythes et croyances sur la sexualité des lesbiennes et des femmes qui ont des rapports sexuels avec des femmes (FSF). Elle a présenté les résultats d'une enquête qui explique les différentes pratiques sexuelles de cette population : pénétration digitale vaginale, pénétration avec un jouet sexuel, pénétration anale avec les doigts, pénétration anale ou vaginale avec le poing (Fist), masturbation mutuelle, sexe oral, etc. Delebarre (2017) mentionne une activité sexuelle élevée chez les lesbiennes, dotée d'un répertoire sexuel plus large que

celui des femmes hétérosexuelles. Cependant, elle met en lumière le manque d'études sur la dysfonction sexuelle parmi cette population.

Malgré le déploiement actuel d'études sur l'identité de genre, je n'ai trouvé aucune recherche sur la dyspareunie et le vaginisme des personnes trans. Denise Medico (2019), sexologue, développe l'articulation de la sexualité trans et de la sexologie en mentionnant le changement de perspective, ces dernières années, autour des personnes trans et de la sexualité ouvrant la voie à des nouvelles études relatives à la sexualité, l'érotisme, l'identité, le désir, l'excitation, etc.

Face à cela, on observe que le discours sexologique est historiquement basé sur les problèmes sexuels des femmes hétérosexuelles ou des hommes hétérosexuels, rendant la diversité sexuelle invisible dans la recherche et les traitements ou voire même en la classant dans la catégorie des pathologies, paraphilies ou de la préoccupation de transmission du VIH. Par conséquent, malgré l'évaluation initiale portant sur l'orientation sexuelle ou l'identité de genre, il existe peu de pistes de recherche sur les problèmes sexuels dans ces populations. Par conséquent, il sera considéré que le niveau de reconnaissance de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre dans les traitements en sexologie est négatif (voir tableau annexe).

Violences: Psychologique - symbolique - physique - violence sexuelle - absence de consentement sexuel

La violence psychologique, symbolique, physique et sexuelle est déjà en soi un sujet très controversé et complexe à aborder. On ne peut pas dire que les professionnels·lles de la santé n'agissent pas sur la violence subie par les femmes, car c'est un élément qui leur est enseigné, mais il est important de souligner la différence d'approche selon la discipline de base du sexologue (médecine, psychologie, kinésithérapie, infirmerie, etc). Cependant, la violence de genre est, quant à elle, généralement plus invisible et de nombreux professionnels·lles de la santé ont tendance à la rendre invisible, et plus encore si l'on parle de violence de genre dans la sexualité.

Nicole-Claude Mathieu (1991) évoque, dans « Quand céder n'est pas consentir », les implications et déterminants « matériels et psychiques » qui façonnent les

comportements des femmes. Elle mentionne également les normes contradictoires auxquelles les femmes sont confrontées en ce qui concerne leur sexualité. La norme dit qu'elles doivent maintenir leur virginité tout en veillant au plaisir des hommes par la pénétration, c'est-à-dire une structure et un système « schizophrénique », ce qui conduit les femmes à se sentir coupables si elles sont violées; permettre et nier un rapport sexuel; donner mais pas trop, etc.

Mathieu (1991) pousse la réflexion plus loin, avançant que les femmes sont opprimées par ce système dominant. Ne pas reconnaître le système de domination les pousse à se sentir coupables et à s'excuser si elles ne leur obéissent pas. La violence est un système de domination symbolique, psychologique et physique constante envers les femmes, qu'elles-mêmes ne peuvent voir, car elles sont nées et ont grandi dans ce système normatif et dominant.

Le texte de Mathieu invite à réfléchir sur les limites auxquelles les femmes sont confrontées psychiquement et physiquement, avec l'idée que «la femme est censée consentir» à avoir des relations sexuelles, mais qu'il y a une manipulation de la violence qui la fait « céder » au sexe. Cela m'amène également à ce qui a été observé lors de nombreuses consultations, à savoir l'effacement du viol. La possibilité du viol au sein du couple est niée parce que la manipulation de la violence et la structure de domination conduisent les femmes à se convaincre qu'elles doivent satisfaire les hommes par rapport à « leurs besoins sexuels » et que donc, dans ce contexte, le viol conjugal ne peut pas exister.

Pour illustrer cela, l'enquête CSA / Marie Claire (2018) réalisée en France, montre que plus de 62% des femmes ont eu au moins une relation sexuelle non désirée. On peut observer une corrélation par rapport au niveau d'éducation des femmes, où la situation de classe constituera finalement une variable dans le rejet ou non de la relation sexuelle. L'enquête indique également que 10% des femmes déclarent que leur partenaire sexuel a utilisé la violence pour parvenir à ses fins et que 19% ont été forcées d'avoir des relations sexuelles.

Cette enquête, comme les autres auteurs-es, corrobore ce que j'entends dans les consultations concernant l'obligation d'avoir des relations sexuelles et la présence de violence dans le couple. À quel moment peut-on considérer que la femme a donné son consentement ? Parmi les femmes qui ont consenti à avoir des relations sexuelles malgré la douleur, quand elles commencent à ressentir trop de douleur et demandent à s'arrêter, le partenaire continue la pénétration, arguant qu'elle a accepté d'avoir des relations sexuelles. Pourquoi cette situation n'est-elle pas considérée comme un viol ? Ces actes sont cachés à travers un message "d'amour et de satisfaction sexuelle de l'homme", ce qui conduit de nombreuses femmes dans la clinique sexologique à ne pas considérer cette situation comme un viol ou une agression sexuelle.

Les études sur la dyspareunie et le vaginisme montrent qu'il existe une relation entre l'intensité de la douleur et la réaction du partenaire. Elles mettent en avant l'importance de traiter le trouble comme un problème relationnel. C'est pourquoi, certaines approches ont intégré le partenaire dans la thérapie, pour travailler sur l'éducation sexuelle et les méthodes alternatives pour avoir des relations sexuelles. Mais elles ne mentionnent pas précisément comment les réactions du partenaire sont travaillées ni si elles invitent à utiliser une approche de genre ou pas.

Aucun traitement ne mentionne l'importance de questionner cette violence de genre et le système de domination envers les femmes dans la sexualité, ni de parler et de réfléchir sur le consentement dans la relation sexuelle. Malgré la manipulation et la coercition exercée par le partenaire pour avoir des relations sexuelles, les traitements ne portent pas sur la violence sexuelle, symbolique et psychologique dont les femmes sont victimes. Pourtant, cela pourrait se justifier au vu des différents éléments mentionnés dans ce travail : les discours normatifs concernant la sexualité influencent fortement non seulement les attitudes des patientes et de leur partenaire mais aussi celles des professionnels·les de la santé.

Par conséquent, j'observe que la reconnaissance de la violence de genre dans la sexualité est négative. Des traitements sans perspective de genre renforceraient même ces inégalités et violences de genre, validant le discours de la soumission des femmes aux relations sexuelles.

Toutefois, les réflexions de Meana (2009) et Arancibia (2012) montrent que l'un des défis encore à relever dans le futur consiste en la prise en compte de ces facteurs socioculturels dans les traitements sexologiques de la dyspareunie et du vaginisme. Ces facteurs sont considérés comme cruciaux pour réfléchir sur les hiérarchies de pouvoir entre hommes et femmes et sur les politiques sexuelles qui influencent les comportements sexuels. Par conséquent, je classerai la thématique des violences dans le niveau de reconnaissance négatif.

Conclusion

Dans ce travail, j'ai voulu montrer que les traitements actuels en sexologie des troubles liés à des douleurs génito-pelvienne ou à la pénétration perpétuent la violence de genre, sur base de la vision patriarcale qu'ils possèdent à l'égard des femmes.

J'ai également voulu décrire les discours des patientes atteintes de dyspareunie et de vaginisme afin de rendre visible les fréquentes violences de genre auxquelles elles sont confrontées. J'ai essayé de montrer comment ces discours sont construits à partir des normes de la domination masculine qui entraînent les femmes à avoir des croyances et des comportements sexuels nuisibles pour elles-mêmes. Ensuite, j'ai expliqué comment cette hétéronormativité affecte la sexualité des femmes, limitant l'autonomie et la jouissance sexuelle tout en perpétuant la violence à l'égard des femmes dans l'attribution d'un rôle et une identité d'objet sexuel et d'instrument de pénétration.

Tout ce travail entend montrer que la sexologie n'est pas antagoniste à une perspective de genre mais devrait plutôt chercher à intégrer cette perspective, facilitant ainsi la construction d'une sexologie contextualisée et respectueuse de l'être humain. Ce serait le moyen de lutter contre la perpétuation des hiérarchies de pouvoir, des inégalités de genre et de la violence structurelle vis-à-vis des femmes.

Par conséquent, je suggère que les traitements contre la dyspareunie et le vaginisme devraient faire partie d'un processus plus vaste. C'est-à-dire, outre la désensibilisation de la douleur ou de la peur, la réponse sexuelle globale et la dynamique de la relation. Une perspective de genre devrait être intégrée qui mette en lumière les

inégalités de genre dans la sexualité, les normes et croyances en matière de sexualité et la violence de genre. Ceci afin de pouvoir donner une vision plus large et plus complète de ces problèmes, et en même temps, de pouvoir accorder une aide sexologique qui ne perpétue pas la violence de genre.

De plus, l'importance d'une perspective de genre dans les traitements de la dyspareunie et vaginisme vient aussi remettre en question le dernier débat sur ces problématiques : ces deux problématiques sexuelles doivent-elles être appréhendées sous l'angle de la douleur ou sous l'angle de la dysfonction sexuelle ? Que se passerait-il si ces problèmes étaient considérés seulement du point de vue de la douleur ? La possibilité de percevoir les inégalités de genre et la violence s'en trouverait peut-être davantage éloignée.

Les sujets traités dans ce travail, tels que l'orientation sexuelle ou l'identité de genre, l'hétéronormativité, les différents types de violence en matière de sexualité, le consentement, l'intersectionnalité, etc., entendent former un guide des éléments fondamentaux pour la thérapie sexuelle menée dans une perspective de genre. J'ai conscience qu'ils ne sont pas exhaustifs et que chaque sujet mérite une recherche en soi. Cependant, il est important de reconnaître ces éléments pour comprendre le problème d'une manière plus globale, en ajoutant au cadre individuel et relationnel, le cadre culturel et social des problèmes sexuels.

En plus, reconnaître la diversité sexuelle dans la sexologie permet aussi de sortir des catégories et de la binarité « féminin » / « masculin » ainsi que de pouvoir élargir le champ d'étude et les conceptions de la sexualité, érotisme, désir, excitation, etc.

En ne tenant pas compte de ces éléments dans la pratique clinique en sexologie, il est possible que les rôles de genre, le modèle hétérosexuel et les inégalités soient renforcés, perpétuant la violence, l'oppression et la discrimination envers les femmes. Par ailleurs, un travail sexologique dans une perspective de genre permettrait de questionner les relations de pouvoir entre hommes et femmes dans la sexualité, les stéréotypes de genre et les discours normatifs qui perpétuent les inégalités. En effet, si un·e professionnel·le de la santé a une formation en perspective de genre, il·elle réfléchira à ces questions dans sa pratique sexologique. Mais si le professionnel·le de la santé agit

d'après les conceptions hétéronormatives et patriarcales, il-elle continuera à perpétuer la violence structurelle envers les femmes dans ses traitements, soit en renforçant les inégalités et les hiérarchies de pouvoir, soit en les rendant invisibles.

Ce travail se veut être une contribution à un nouveau champ de recherche pour l'intégration d'une perspective de genre dans la pratique clinique de la sexologie. Des questions telles que l'influence de la violence obstétricale sur le développement de la dyspareunie ou du vaginisme après l'accouchement, restent en suspens à ce stade. En outre, reste pour des recherches pour l'avenir pouvoir conceptualiser les éléments ou catégories qui rendent possible un guide pratique de la sexologie avec une perspective de genre. J'espère pouvoir les aborder lors des étapes ultérieures de mon parcours académique-professionnel.

Bibliographie

Al-Abbadey, Mizna., Liossi, Christina., Curran, Natasha., Schoth, Daniel E., Graham, Cynthia A. (2016). Treatment of female sexual pain disorders: a systematic review. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 42(2), 99-142.

Andro, A., Bachmann, L., Bajos, N. & Hamel, C. (2010). *La sexualité des femmes : le plaisir contraint*. *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 29(3), 4-13. doi:10.3917/nqf.293.0004.

American Psychiatric Association [APA]. (2013). DSM-5: diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5e ed., Washington D.C. American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association [APA]. (2005). Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM-IV). 4eme édition, Paris : Masson

Baron, S. R., Florendo, J., Sandbo, S., Mihai, A., & Lindau, S. T. (2011). Sexual pain disorders in women: evaluation and treatment. *Clinician Reviews*, 21(5), 32+. Retrieved from <https://link-gale-com.ezproxy.ulb.ac.be/apps/doc/A257675153/AONE?u=ulb&sid=AONE&xid=1a8adce9>

Bereni, Laure., Chauvin, Sébastien., Alexandre Jaunait, Alexandre., et Revillsard, Anne. (2008). Introduction aux Gender Studies. Manuel des études sur le genre. Bruxelles : De Boeck. “Ouvertures politiques”, (rééd. 2015).

Bergeron, S., Binik, Y. M., Khalifé, S., Meana, M., Berkley, K. J., & Pagidas, K. (1997). The treatment of vulvar vestibulitis syndrome: towards a multimodal approach. *Sexual and Marital Therapy*, 12(4), 305-311.

Binik, Y. M., Bergeron, S. and Khalife, S. (2007). “Dyspareunia and vaginismus: So-called sexual pain”. In *Principles and practice of sex therapy*, 4th, Edited by: Leiblum, S. R. 124–156. New York: Guilford.

Blanc, L., & Cardamoni, M. (2016). Douleur chronique et interculturalité. Mémoire de bachelor, Haute Ecole de la Santé La Source. Prom : Ghaber, Corinne. <https://doc.rero.ch/record/278503>

Bonierbale, M., & Waynberg, J. (2007). 70 ans sexologie française. *Sexologies*, 16(3), 238-258.

Brauer M, Lakeman M, van Lunsen R, and Laan E. (2014). Predictors of task-persistent and fear-avoiding behaviors in women with sexual pain disorders. *J Sex Med* 2014;11:3051–3063. DOI: <https://doi.org/10.1111/jsm.12697>

Butler, Judith. (2005). *Trouble dans le genre. Pour un féminisme de la subversion*, préface d'Eric Fassin, La Découverte, Paris. Traduit de l'anglais par Cynthia Kraus.

Cabello, Francisco. (2010). *Manual de sexología y terapia sexual*. Madrid. Ed. Síntesis.

Chaperon, Sylvie. (2007). *Les Origines de la sexologie, 1850-1900. Paris, Louis Audibert.*

Chaperon, Sylvie. (2007). *Du féminisme à la sexologie, variations sur le sexe et le genre*. Sciences de l'Homme et Société. Université Panthéon-Sorbonne - Paris I.

Clair, Isabelle . (2016). Faire du terrain féministe. *Actes de la recherche en sciences sociales* 2016/3 (N° 213), p. 66-83. DOI 10.3917/arss.213.0066

Crenshaw, Kimberlé. (2005). « Cartographies des marges : intersectionnalité, politique de l'identité et violences contre les femmes de couleur ». *Cahiers du genre*, 39 : 51-82

Dagenais, Huguette. (1987). *Méthodologie féministe et anthropologie : une alliance possible*. Anthropologie et Sociétés. Vol-11. n°1,p 19-44. doi : <https://doi.org/10.7202/006385ar>

Dantier, Bernard. (2007). La construction sociale des catégories de sexe: Simone de Beauvoir, *Le deuxième sexe*. Simone de Beauvoir, *Le deuxième sexe*, 2, 13-48

Delage, Pauline., Lieber, Marylène., Chetcuti-Osorovitz, Natacha. (2019). Lutter contre les violences de genre. Des mouvements féministes à leur institutionnalisation. L'Harmattan. Cahiers du Genre. N°66 p5-16

De Lauretis, Teresa, (2007) [1987]. *Théorie queer et cultures populaires : De Foucault à Cronenberg*, Paris, La Dispute

Dubé, Gabrielle. (2016). « *L'autoethnographie, une méthode de recherche inclusive* » Présences Vol. 9, 2016, Université du Québec : Rimouski

Elmerstig, E, Wiljma, B, Berterö, RNT. (2008). Why do young women continue to have intercourse despite pain? J. Adolesc. Health 43, 357–363.

Engman, M., Wijma, K., & Wijma, B. (2010). Long-term coital behaviour in women treated with cognitive behaviour therapy for superficial coital pain and vaginismus. *Cognitive behaviour therapy*, 39(3), 193-202.

Ensler, Eve. (2015). *Les monologues du vagin*. Denoël.

Federici, Silvia. (2013). *Revolución en punto cero: trabajo doméstico, reproducción y luchas feministas*. Ed. Traficantes de sueños.

Giami, A., & De Colomby, P. (2002). *La médicalisation de la sexologie en France*. *L'Evolution psychiatrique*, 67(3), 558-570.

Goldstein, A. T., Pukall, C. F., Brown, C., Bergeron, S., Stein, A., & Kellogg-Spadt, S. (2016). Vulvodynia: Assessment and Treatment. *The journal of sexual medicine*, 13(4), 572–590. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.01.020>

Graziottin, A. (2008). Dyspareunia and vaginismus: Review of the literature and treatment. *Current Sexual Health Reports*, 5(1), 43-50.

Harding, Sandra. (1993). Rethinking Standpoint Epistemology: “What is Strong Objectivity”? in Alcoff, Linda., et Potter, Elizabet. (éds), *Feminist Epistemologies*, New York, Routledge, 1993, p. 49-82.

Harlow, B. L., & Stewart, E. G. (2003). A population-based assessment of chronic unexplained vulvar pain: have we underestimated the prevalence of vulvodynia?. *Journal of the American Medical Women's Association* (1972), 58(2), 82.

Inostroza, Gina., & Riffo, Nancy. (2003). «Una mirada analítica de género sobre políticas públicas en la realidad de las mujeres de Hualqui, Región del Bío», *Polis* 5 /2003. Chili. Repéré le 12 de janvier 2020 à : <http://journals.openedition.org/polis/6966>

Johns Hopkins University Affiliate [jhpiego]. Boîte à outils pour l’analyse de genre dans les systèmes de santé. Repéré à : <https://gender.jhpiego.org/analysistoolkit/>

Krapf, J. M., & Goldstein, A. T. (2016). Diagnosis and management of sexual pain disorders: dyspareunia. In *Management of Sexual Dysfunction in Men and Women* (pp. 287-305). Springer, New York, NY.

Lopès, P., & Poudat, F. O. X. (2013). *Manuel de sexologie*. Elsevier Health Sciences.

Masheb, R. M., Kerns, R. D., Lozano, C., Minkin, M. J., & Richman, S. (2009). A randomized clinical trial for women with vulvodynia: Cognitive-behavioral therapy vs. supportive psychotherapy. *Pain*, 141(1-2), 31–40. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2008.09.031>

MarieClaire.fr. (2018). Le sexe et le consentement en 2018...Ce que veulent vraiment les femmes. <https://www.marieclaire.fr/le-sexe-en-2018-ce-que-veulent-vraiment-les-femmes-leur-definition-du-consentement,1259700.asp>

Mathieu, Nicole-Claude. (1985). Quand céder n'est pas consentir. L'anatomie politique. Catégorisations et idéologies du sexe, 121-208.

Maturana, Humberto. (1997). La objetividad un argumento para obligar. Santiago de Chile: Dolmen Ensayo.

Mazaleigue, Julie. «(2007). « Du coït normal à la diversité sexuelle. Note critique sur Les origines de la sexologie (1850-1900) de Sylvie Chaperon », *Revue d'Histoire des Sciences Humaines* 2007/2 (n° 17), p. 173-179.

Meana, Marta. (2009). Painful Intercourse: Dyspareunia and Vaginismus, *Journal of Family Psychotherapy*, 20:2-3, 198-220, DOI: 10.1080/08975350902970105

Meana, M., Binik, Y. M., Khalife, S. and Cohen, D. (1998). Affect and marital adjustment in women's rating of dyspareunic pain. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43: 381–385.

Mazzarini, Jessica. (2018). Douleurs génitales féminines liées à la pénétration sexuelle Etude exploratoire: traitements existants & apports de l'hypnose thérapeutique. Mémoire Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, Université catholique de Louvain, 2018. Prom. : Van den Broucke, Stephan. <http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:16557>

Medico, Denise.(2019). *Les influences croisées entre la sexologie et la sexualité trans*. In Sexualité, savoirs, pouvoirs. Presses Université de Montréal

Morin, M., Carroll, M. S., & Bergeron, S. (2017). Systematic Review of the Effectiveness of Physical Therapy Modalities in Women With Provoked Vestibulodynia. *Sexual medicine reviews*, 5(3), 295–322. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2017.02.003>

Morán Faúndes, J. M. (2013). Feminismo, Iglesia Católica y derechos sexuales y reproductivos en el Chile post-dictatorial. *Revista Estudios Feministas*, 21(2), 485-508.

Neale, L. S. (2007). La dette de la démocratie envers les femmes du Chili. *Après-demain*, (3), 18-22.

Nava-Navarro, V., Onofre-Rodríguez, D., & Báez-Hernández, F. (2017). Autoestima, violencia de pareja y conducta sexual en mujeres indígenas. *Enfermería universitaria*, 14(3), 162-169.

Ojeda, F. G., Delgado, J. B., González, M. G., Castro, M. C., & Correa, J. B. (2017). Violencia de pareja en hombres gay y mujeres lesbianas chilenas: un estudio exploratorio. *Interdisciplinaria*, 34(1), 57-72.

Reissing, E. D., Binik, Y. M., Khalife, S, Cohen, D and Amsel, R. (2004). Vaginal spasm, pain, and behavior: An empirical investigation of the diagnosis of vaginismus. *Archives of Sexual Behavior*, 33: 5–17.

Perez, S., Brown, C., & Binik, Y. M. (2016). Vaginismus: when genito-pelvic pain/penetration disorder makes intercourse seem impossible. In *Management of Sexual Dysfunction in Men and Women* (pp. 273-285). Springer, New York, NY.

Pukall, C., Kandyba, K., Amsel, R., Khalifé, S., & Binik, Y. (2007). Sexual pain disorders: effectiveness of hypnosis for the treatment of vulvar vestibulitis syndrome: a preliminary investigation. *The journal of sexual medicine*, 4(2), 417-425. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2006.00425.x>

Rubin, Gayle. (2010) [1984], *Surveiller et jouir. Anthropologie politique du sexe*, Paris, EPE.

Rubin, Gayle. (1997) *The Traffic in Women: Notes on the “political Economy” of Sex*. In *The Second Wave: A Reader in Feminist Theory*. Routledge. London et New York

Sorensen, J., Bautista, K. E., Lamvu, G., & Feranec, J. (2018). Evaluation and Treatment of Female Sexual Pain: A Clinical Review. *Cureus*, 10(3), e2379. <https://doi.org/10.7759/cureus.2379>

Sosa-Sánchez, Itzel Adriana. (2013). Aproximaciones teóricas sobre el género, la reproducción y la sexualidad. *Iberoforum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, VIII (15),182-206. Repéré le 12 de janvier à : <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2110/211028906008>

Ter Kuile, M. M., & Weijenborg, P. T. M. (2006). A cognitive-behavioral group program for women with vulvar vestibulitis syndrome (VVS): factors associated with treatment success. *Journal of sex & marital therapy*, 32(3), 199-213.

Thomtén J, Linton SJ. (2013). A psychological view of sexual pain among women: applying the fear-avoidance model. *Womens Health (Lond)*. 9(3):251-263. doi:10.2217/whe.13.19

Trudel, G. (2003). *La baisse du désir sexuel: méthodes d'évaluation et de traitement*. Paris : Masson ; 2003

Vanbellinghen, Amandine. (2014). Evaluation de sept approches thérapeutiques en sexologie clinique : enquête en Belgique francophone et en France. *Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, Université catholique de Louvain*,. Prom. : De Sutter, Pascal

Weijmar Schultz, W., Basson, R., Binik, Y., Eschenbach, D., Wesselmann, U., & Van Lankveld, J. (2005). Women's sexual pain and its management. *The journal of sexual medicine*, 2(3), 301–316. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2005.20347.x>

Wittig, Monique. (2006). *El pensamiento heterosexual y otros ensayos*. Barcelona. Editorial Egales

ANNEXE

Tableau 1. Grille d'analyse de méthodes thérapeutiques avec une perspective de genre

Thématique spécifique	Méthodes thérapeutiques médicales	Méthodes thérapeutiques corporelles	Méthodes thérapeutiques Psychothérapeutiques/ Sexologiques	Méthodes thérapeutiques Mixtes
		Niveau de reconnaissance*	Niveau de reconnaissance	Niveau de reconnaissance
Normes de genre dans la sexualité	Négatif	Négatif	Négatif	Négatif
Influence des normes de genre dans la sexualité	Négatif	Négatif	Négatif	Négatif
Rôles de genre dans la sexualité	Négatif	Négatif	Négatif	Négatif
Stéréotypes de genre dans la sexualité	Négatif	Négatif	Négatif	Négatif
Devoir Conjugal	Négatif	Négatif	Neutre	Neutre
Reconnaissance des rapports de pouvoir	Négatif	Négatif	Négatif	Négatif
Accès à information sur la sexualité	Neutre/Négatif	Neutre/Négatif	Neutre/Négatif	Neutre/Négatif
Bien-être dans la sexualité	Négatif	Négatif	Neutre/Négatif	Neutre/Négatif
Croyances sur la sexualité	Négatif	Négatif	Neutre	Neutre
Sensibilisation sur l'égalité de genre dans la sexualité	Négatif	Négatif	Négatif	Négatif
Intersectionnalité	Négatif	Négatif	Neutre	Neutre
Orientation sexuelle et identité de genre	Neutre/Négatif	Neutre	Neutre	Neutre
Violence				
Violence psychologique	Négatif	Négatif	Neutre	Neutre
Violence symbolique	Négatif	Négatif	Neutre	Neutre
Violence sexuelle	Neutre	Neutre	Neutre/Négatif	Neutre/Négatif
Pression sociale pour avoir des rapports sexuels	Négatif	Négatif	Négatif	Négatif

Violence physique	Neutre	Neutre	Neutre/Positif	Neutre/Positif
Consentement sexuel	Négatif	Négatif	Négatif	Négatif
Manipulation ou coercition du couple	Négatif	Négatif	Négatif	Négatif/Neutre
Réception de la femme sur la réaction du partenaire envers la dysfonction sexuelle	Négatif	Négatif	Neutre	Neutre

**La reconnaissance peut être : Négative, neutre ou positive*