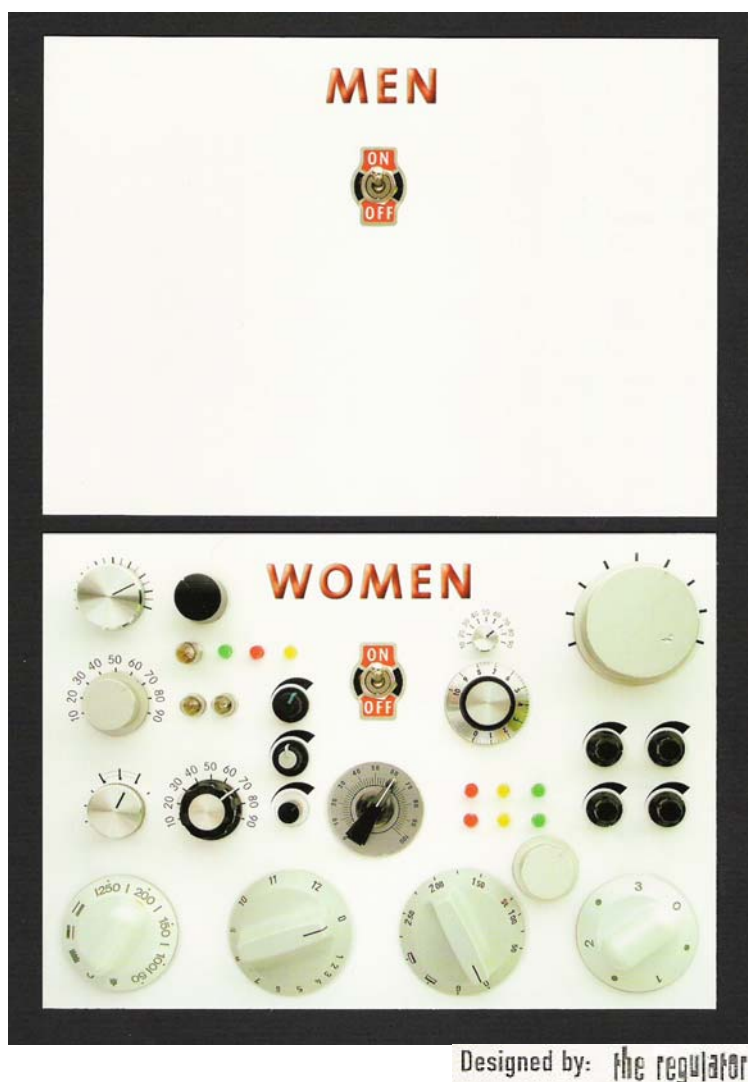


Caroline Hirt

**La baisse ou absence de désir sexuel après l'accouchement :
analyse de la construction d'un problème social**



Mémoire de licence en ethnologie
Octobre 2005

Directrice de mémoire: Madame Ellen Hertz
Membre du jury: Madame Hélène Martin

Je remercie très chaleureusement toutes celles et ceux qui ont participé, de près ou de loin, à l'élaboration de ce travail, avec une pensée spéciale pour les femmes dont les témoignages apparaissent dans ces pages et mes amies Céline, Christina, Iulia, Karine et Lilo.

TABLE DES MATIERES

I. <u>INTRODUCTION</u>	p. 1
II. <u>L'EMERGENCE DE LA BAISSSE ET DE L'ABSENCE DE DESIR SEXUEL EN TANT QUE "PROBLEMES"</u>	p. 8
▪ Survol historique des recherches sur la sexualité en Occident.....	p. 10
▪ L'émergence du problème de la baisse ou de l'absence de désir sexuel.....	p. 13
▪ Les approches théoriques et empiriques du désir sexuel.....	p. 18
▪ L'inscription temporelle du problème de la baisse ou l'absence de désir sexuel (dans le post-partum).....	p. 22
III. <u>LA BAISSSE OU L'ABSENCE DE DESIR SEXUEL POST-PARTUM ET SES LIEUX D'ENONCIATION LEGITIMES DANS LA SPHERE PUBLIQUE</u>	p. 26
▪ La baisse ou l'absence de désir sexuel et ses différents réseaux d'acteurs légitimes....	p. 28
▪ Le contexte spécifique du post-partum: transfert de légitimité et glissements conceptuels.....	p. 33
▪ Transmission, circulation et reproduction du discours produit par le "collectif de pensée" légitime de la baisse ou absence de désir sexuel post-partum.....	p. 37
▪ Paternalisme, misogynie et biologisme: la circonscription du problème dans un cadre de pensée naturalisant.....	p. 43
IV. <u>UNE HEGEMONIE RELATIVE? REFORMULATIONS ET RESISTANCES DANS LES DISCOURS DES FEMMES</u>	p. 52
<i>Il faut redécouvrir ses propres sensations [...]. D'ailleurs, la première fois après l'accouchement, c'était plus une relation technique. Qu'est-ce que je ressens? (Gwen)</i>	p. 53
▪ La présence persistante de douleurs lors des rapports sexuels après l'accouchement.	p. 54
▪ L'absence de ressentis corporels pendant les activités sexuelles postnatales.....	p. 62
<i>Je voulais être une super maman, une super employée, enfin super tout partout. Et puis, en fait, je voyais qu'au niveau du couple, je n'y arrivais pas. [...] J'étais crevée, je n'avais plus d'énergie. (Karine)</i>	p. 71
▪ Le rôle de la fatigue dans l'expression du désir sexuel des femmes après l'accouchement.....	p. 72

TABLE DES MATIERES (suite)

<i>Je crois que ce qui est très important, justement, c'est d'exister soi-même avant de pouvoir se partager avec l'autre. (Maude)</i>	p. 82
▪ De la mise en évidence des femmes de leur appropriation... à une reformulation du problème?	p. 82
V. <u>(QUELQUES MOTS DE) CONCLUSION</u>	p. 85
VI. <u>BIBLIOGRAPHIE</u>	p. 86

ANNEXES

▪ Le cycle de la réponse sexuelle (<i>The sexual response cycle</i>).....	p. I
▪ Classification des troubles sexuels dans le DSM-III-R (1989)	p. II
▪ Le continuum du désir sexuel de H. S. Kaplan.....	p. III
▪ Les corrélations établies par Benedek et Rubenstein entre l'activité hormonale des ovaires et ses processus psychodynamiques.....	p. IV
▪ Variables explorées dans les recherches scientifiques sur la sexualité pendant la grossesse et dans la période du post-partum.....	p. V

I. INTRODUCTION

Titulaire d'une licence en journalisme et intéressée par une approche analytique du discours diffusé pour, sur et par les femmes, j'ai débuté ce terrain par une étude, avec une amie et collègue, K. Darbellay, de la presse féminine en Suisse romande. L'examen du corpus de périodiques que nous avons constitué¹ a cependant attiré mon attention sur la thématique de la sexualité qui, par son omniprésence dans les différentes rubriques de ces publications ainsi que le traitement qui en était proposé, m'a donné envie d'élargir ma recherche en y incorporant d'autres sources discursives.

Le discours des divers magazines féminins sur la sexualité, et plus généralement dans la sphère publique, se concentre en effet sur les aspects affectivo-relationnels, performatifs et biologiques de cette dernière: l'amour, le couple, la fidélité, l'influence des phéromones ou des prises hormonales sur l'expression du désir sexuel, l'orgasme et sa fréquence en constituent, dans chaque numéro, les moyens principaux de l'aborder. Leur postulat de base, ainsi que le résume le titre d'un article paru dans *Elle*, est explicite: "Sexe, amour, désir: aujourd'hui, les femmes disent tout" (2001). Ce présupposé, récurrent dans les différents milieux, a attisé ma curiosité: existe-t-il des lieux de discussion pour tous les vécus sexuels? A quoi s'oppose cet aujourd'hui sur lequel met l'emphase la liberté discursive et sexuelle historique ainsi exposée?

La sexualité hétérosexuelle tenant pour ainsi dire le haut de la page, un fait m'a semblé surprenant: à l'importante visibilité ou visibilisation des comportements sexuels dans les différentes classes d'âge et de sexe, ainsi que cycles de vie – ceci de l'adolescence à la sénescence² – répondait en effet l'invisibilité ou l'invisibilisation, une fois devenus parents, de la sexualité des individus appartenant à la catégorie "adulte hétérosexuel". Est-ce que la sexualité est moins problématisée au sein des couples avec enfant(s) parce qu'elle est le lieu de conjonction entre sexualité et reproduction? Est-ce parce qu'ils en incarnent la norme que ces derniers ne constituent pas des objets d'étude et de discussion dans notre société?

Parée de ces questions, je me suis lancée dans la recherche d'informations sur la sexualité postnatale dont on ne parle pas ou si peu.

¹ Pour en savoir plus, la lectrice ou le lecteur est renvoyé-e au travail de K. Darbellay (2002).

² Voir par exemple ce que disent M. Bozon (2002) et C. Schnegg (2004) à ces sujets.

Dans la presse, malgré mes passages réguliers en kiosque, mes prises de contact avec les éditrices de publications destinées à un lectorat parental³ et ma recherche dans les archives périodiques de la Bibliothèque Nationale, je n'ai trouvé qu'un article traitant de ce sujet spécifique, dans le "Dossier psy: quand le désir vient à manquer" du magazine de société *Psychologie*: "Sexualité: y a-t-il une libido après bébé?" (1998).

La situation est un peu différente sur Internet où elle est l'objet de quelques lignes dans les journaux en ligne *Epsyweb.com* et *Femme.voilà.fr*, et plus fréquemment présente dans les rubriques informatives traitant de la santé, de la sexualité et de la maternité des sites francophones *doctissimo.fr*, *e-sante.fr*, *monbebe.com*, *info bebe.com*, *magicmaman.com*, *auFeminin.com* et *patho108.com* par exemple⁴.

Ce résultat ne se prétend pas exhaustif – la thématique apparaît par exemple au sein de deux interviews accordées au pédopsychiatre A. Naouri à l'occasion de la sortie de son dernier ouvrage, *Les Pères et les Mères* (2004) – mais il a néanmoins confirmé mon impression de départ concernant la carence de lieux de discussion sur la sexualité postnatale dans la sphère publique.

Les intitulés des sites listés plus haut en fournissent déjà une piste: l'essentiel des publications que j'ai trouvé sur le sujet se concentre en un lieu, les périodiques scientifiques médicaux et paramédicaux. Toutefois, je l'ai appris à mes dépens, ceux-ci ne sont pas faciles à obtenir. En effet, si la Bibliothèque Universitaire de la Faculté de Médecine de Lausanne sert de référence dont l'accès, a priori, est ouvert à tous les étudiants inscrits dans cette institution, force m'a été de constater dans les faits, il en va autrement. Ayant demandé des renseignements pratiques au bureau d'accueil en mentionnant au cours de la discussion que j'étais étudiante à l'Institut d'Ethnologie de Neuchâtel, on m'a expliqué que sans carte spécifique au domaine (para)médical, je n'avais la possibilité ni d'emprunter les documents, ni de les photocopier (!). Si j'ai pu contourner cet écueil en employant la carte d'un médecin de mon réseau de connaissances, c'est sous la surveillance discrète mais néanmoins bien présente des bibliothécaires que j'ai pu constituer une partie de ma bibliographie.

Notons que l'entrée dans les sites spécialisés, ainsi que la consultation des articles référencés dans des bases de données médicales sur Internet (PubMed, ou ses sous-groupes Medline et

³ Ayant remarqué, en feuilletant différents numéros de ces périodiques, que la santé et le couple étaient des thématiques présentes même si secondaires, j'ai contacté les éditrices de *Neuf Mois*, *Maman!*, *Ma santé*, *Enfant Magazine*, *Famili et Top Famille Magazine* à l'adresse indiquée dans l'impressum en leur demandant si le sujet avait fait l'objet d'un article dans leur revue. Seule la dernière m'a répondu, par la négative.

⁴ Tous ces sites ont été visités entre début 2003 et fin 2004.

MeSh par exemple) n'est pas plus aisée: facilitée, voire gratuite pour les professionnels de la santé, elle est payante ou nécessite un mot de passe pour tout autre visiteur.

Ce premier temps du terrain, associé aux questions récurrentes que l'on m'a posé sur la discipline dans laquelle s'inscrit ma recherche – et l'étonnement que provoquait systématiquement ma réponse, c'est-à-dire en ethnologie – a participé à une piste de réflexion importante: quels acteurs ou institutions, dans les sociétés occidentales actuelles, possèdent une légitimité dans l'étude et la production du savoir sur la sexualité en général, et en particulier après l'accouchement?

Outre la concentration, en quelques lieux, des affiliations institutionnelles des auteurs et des supports au travers desquels le savoir sur la sexualité postnatale est élaboré et diffusé, j'ai été étonnée, à la lecture de ces textes, de réaliser que tant dans les articles des journaux ou sites en ligne que dans les publications (para)médicales, tous tenaient le même discours sur le sujet. Curieuse de connaître le point de vue des "experts" et de voir s'il comportait des variations, j'ai ainsi rencontré et mené des entretiens avec des professionnels de la sexualité, de la santé et du couple (gynécologues-obstétriciens, conseillère en Planning Familial, étudiants dans le domaine du (para)médical et conseiller conjugal).

Partie de la thématique de la sexualité postnatale, l'homogénéité et le contenu de ces productions discursives textuelles ou orales ont participé à la circonscription de mon terrain de recherche. Appréhendée en termes d'ajustements sexuels problématiques, principalement au niveau du désir sexuel, je me suis arrêtée sur une expérience particulière de la période qui suit l'accouchement: la baisse ou l'absence de désir sexuel post-partum. Celle-ci, dans toutes les sources de discours, est en effet présentée non seulement comme un *problème*, mais de plus comme un *problème féminin* qui, parce qu'il est conçu (terme à prendre dans les deux sens de son acception, c'est-à-dire compris et construit) comme tel, trouve ses causes dans le corps et le psychisme des femmes, ou plus précisément dans une nature sujette aux pathologies ou dysfonctionnements qui serait propre à ces dernières.

Ce cadre de pensée qui circonscrit ce phénomène a soulevé de nombreuses questions que j'ai voulu approfondir: comment se fait-il que la baisse ou absence de désir sexuel (après l'accouchement) est perçue et traitée comme un problème qui, de plus relève du médical? A-t-elle toujours été définie comme tel? Comment expliquer que tous les acteurs s'accordent sur le fait que ce problème relève des femmes et par conséquent, l'absence de lieux de débats

dans la sphère publique qui en résulte? Quelle organisation structurelle peut en être dégagée, notamment en ce qui concerne les valeurs culturelles attribuées au phénomène, ainsi que les rapports sociaux entre les institutions et entre les sexes?

La baisse ou absence de désir sexuel dans la période postnatale étant explorée et théorisée en tant que "problème féminin", j'ai voulu entendre et donner la parole aux femmes. Aux obstacles déjà mentionnés est ainsi venu s'ajouter celui d'approcher des informatrices: accepteront-elles de me parler des difficultés qu'elles rencontrent au niveau de leur désir sexuel depuis l'accouchement? Et surtout, comment les trouver?

N'ayant aucune informatrice potentielle dans mon entourage, je me suis donc adressée à deux institutions constitutives de ma bibliographie de base: le Planning Familial et les cabinets de gynécologie-obstétrique. Or, si ces professionnels ont tous volontiers accepté de participer à cette recherche en m'accordant du temps pour des entretiens, il en a été autrement quant à leur proposition de me mettre en contact avec des informatrices. Malgré le fait qu'ils m'ont tous affirmé posséder un accès privilégié aux femmes susceptibles d'expérimenter ce genre de situation, ce n'est – encore une fois – que par mon propre réseau de connaissances que j'ai pu en rencontrer. En faisant part de ma recherche à ses patientes lorsque celles-ci abordaient le sujet pendant la consultation, c'est en effet une amie gynécologue-obstétricienne qui m'a permis de recueillir les coordonnées de femmes, primi- et multipares, vivant cette expérience et prêtes à la partager. (Si toutes n'ont pas été interviewées, aucune n'a refusé de me rencontrer; ma prise de contact initiale a par ailleurs souvent donné lieu à de longues discussions téléphoniques.)

Accueillie chez elles, j'ai ainsi enregistré puis retranscrit quatre entretiens, suivis pour certains d'échanges au téléphone, en débutant la discussion sur la question des changements, notamment au niveau du vécu sexuel, rencontrés depuis la naissance de leur(s) enfant(s). Les unes ont choisi d'aborder directement leur expérience de la sexualité depuis l'accouchement, élargissant la thématique par la suite; les autres, à ma surprise, m'ont longuement parlé de leur vie quotidienne et de l'influence de cette dernière sur leur désir sexuel⁵. A chaque fois j'ai été extrêmement touchée par l'hospitalité qu'elles m'ont offerte ainsi que par la confiance qu'elles m'ont accordée.

⁵ En effet, à prime abord, un entretien m'a particulièrement décontenancée: pendant plus de la moitié du temps qu'a duré notre rencontre, mon informatrice m'a parlé de ses tâches quotidiennes et de ce qu'impliquait la charge d'enfants en bas âge. C'est seulement ensuite que la baisse de désir sexuel a été discutée explicitement. Si je me suis longuement interrogée sur mon rôle dans la direction qu'a pris cette entrevue, la récurrence de cet axe d'entrée m'a incitée à sortir du cadre de pensée, nous le verrons dominant, qui restreint la sexualité aux seules activités sexuelles.

En parallèle, j'ai complété mon corpus de récits avec plus de soixante témoignages de femmes s'exprimant sur le sujet dans des forums de discussion sur Internet⁶.

Intégrer cet outil en tant que partie constitutive du terrain est relativement récente en sciences sociales et de ce fait, les questions méthodologiques relatives à ce support ouvertes au débat. En effet, abordé en termes de "tribus informatiques" ou de "communautés virtuelles" et langagières aux interactions particulières et, dans le cas de la sexualité, sous ses aspects transgressifs, voyeurs, thérapeutiques ou encore, de par son anonymat, comme lieu d'expression privilégié⁷, rares sont les études qui, comme celles de V. Poutrain et S. Héas, utilisent Internet en tant que lieu d'enquête ou de récolte de données d'analyse.

M'intéressant à la manière dont les femmes vivent et mettent en mots leur baisse ou absence de désir sexuel après l'accouchement, ces forums de discussion m'ont permis non seulement de m'imprégner du terrain mais également d'observer, de suivre dans le temps et de rassembler, sans y intervenir directement, les échanges sous forme de "discours *textuels*" de ces dernières (Guigoni, in Valastro, 2003).

Si du point de vue méthodologique, au contraire des entretiens, les interlocutrices se transforment ici en actrices actives de la transcription de ces récits, je partage l'avis de chercheurs tels que V. Poutrain, S. Héas et D. Hakken selon lesquels "les règles et les problématiques concernant une ethnographie du cyberspace ne sont pas différentes de celles d'une ethnographie classique." (Hakken in Valastro, 2003) Ainsi, face à une question comme celle de la "véracité" de ces narrations en ligne, j'ai appliqué la même démarche de validation que pour tout autre terrain, c'est-à-dire la confrontation des sources et des données obtenues. A ce titre, l'anonymat des forums de discussion est relatif: nombreux sont ceux dont les pseudonymes enregistrés ne peuvent être réutilisés et s'il est possible pour une même personne de s'exprimer sous différentes identités, les sites que j'ai visité montrent que les femmes tendent à se connecter sous la même appellation et se "(re)connaissent" dans les divers temps et lieux des échanges thématiques. Il est donc possible de suivre les interventions qu'un pseudonyme précis effectue au sein d'un forum et d'esquisser une vue plus globale de l'expérience qu'il vient y partager. (Revelli, 1998: 149)

⁶ L'ouvrage de C. Revelli (tenu à jour sur Internet) m'a été d'une grande utilité pour trouver les sites d'informations sur la sexualité postnatale cités plus haut et les forums de discussion desquels j'ai constitué mon corpus de narrations en ligne. J'ai ainsi pu exploiter au mieux les divers outils et "agents" de recherche qu'offre le Web (moteurs et méta-moteurs de recherche francophones, répertoires de forums, outils de circonscription géographique, etc.).

⁷ Voir par exemple P. Breton, 1990; H. Rheingold, 1995; P. Leleu, 1999; H. Draelants, 2001; J-F. Marcotte, 2001; J. Herbert, 2001; F. Angel, 2002; D. Waskul, 2003.

"Avez-vous aussi des enfants?"

"Ce que j'aimerais savoir c'est, est-ce que les autres femmes vivent la même chose que moi?"

Ces deux questions qui ont ponctué le début et la fin de mes entretiens se retrouvent dans les narrations des internautes qui débutent toutes par "J'ai / je suis maman de... enfant(s)" ou "j'ai accouché il y a ...", et concluent sur les exemples suivants:

"Je suis soulagée de savoir que je ne suis pas la seule dans ce cas."

"Qu'est-ce qui me bloque? Je cherche aussi une réponse à cette question mais suis "contente" de voir que je ne suis pas anormale."

"Merci. Je pensais qu'il n'y avait que moi!"

Ces entrées en matière et conclusions, de même que le contraste entre la difficulté que j'ai eu à trouver des informatrices – difficulté qui, comme nous l'avons vu, réside dans l'obtention de coordonnées – et le nombre impressionnant de témoignages de femmes qui discutent de leur baisse ou absence de désir sexuel depuis l'accouchement sur Internet m'ont permis de formuler les fils conducteurs de ce travail.

Comment expliquer que contrairement à d'autres phénomènes problématiques, il n'existe que très peu de lieux de discussion ou de débat sur la baisse ou absence de désir sexuel après l'accouchement?

Comment expliquer que si ses causes relèvent de la biologie, du physique et du psychisme des femmes, toutes ne rencontrent pas ce problème suite à la naissance de leur enfant?

Comment expliquer qu'en dépit des statistiques élevées qu'avancent les études scientifiques – selon lesquelles entre 40 et 60%⁸ des femmes ont une baisse ou absence de désir sexuel post-partum – celles-ci pensent être les seules à vivre cette situation? Est-ce qu'un tel pourcentage justifie sa catégorisation de cas particulier relevant de la pathologie?

Et pour finir, comment expliquer que ce phénomène est non seulement exploré et théorisé mais également intériorisé et vécu comme un problème qui ne relève que des femmes?

Parmi les nombreux auteurs qui m'ont permis de rassembler les outils nécessaires pour sortir du déterminisme biologique dans lequel est enfermé le phénomène et que je présenterai au fur et à mesure de ma réflexion, la lecture des travaux de la biologiste féministe N. Oudshoorn a été une importante source d'inspiration dans l'analyse proposée dans les pages qui suivent. La question, formulée en termes constructivistes, qu'elle développe dans son

⁸ Ces chiffres correspondent aux pourcentages les plus bas et les plus élevés des articles (para)médicaux sur la sexualité postnatale consultés.

"archéologie" des hormones sexuelles peut en effet être ici paraphrasée et appliquée à notre propre objet d'étude: pourquoi et comment les revendications concernant la baisse ou absence de désir sexuel postnatale comme problème féminin sont-elles rendues plus persuasives et attirent-elles plus de soutien que les revendications concernant la baisse ou absence de désir sexuel postnatale comme problème masculin, dyadique ou social? (Oudshoorn, 2000: 38)

Outre la notion, partagée par les historiens, les anthropologues, les sociologues et les féministes, selon laquelle le corps est toujours un corps signifié, c'est-à-dire qu'il "n'existe pas de vérité naturelle sur le corps qui soit donnée directement et sans intermédiaire" (Oudshoorn, 2000: 34), l'idée fondamentale que j'ai retenu de cette chercheuse et qui sera la perspective de ce travail est que le genre et le réseau n'évoluent pas séparément mais se co-construisent et s'appuient l'un l'autre.

L'essentialisme ou le déterminisme biologique de la définition de la baisse ou absence de désir sexuel après l'accouchement comme problème féminin tirant une de ses forces de son aura d'atemporalité, je vous propose donc pour commencer de (re)donner un passé, une histoire et un créateur à notre phénomène.

II. L'EMERGENCE DE LA BAISSSE ET DE L'ABSENCE DE DESIR SEXUEL EN TANT QUE "PROBLEMES"

Partie intégrante voire essentielle aux activités sexuelles, le désir sexuel est, comme nous l'avons vu, un thème très peu présent dans la littérature générale ou spécialisée. De plus, si et quand il est abordé, c'est principalement sous ses aspects problématiques. Lorsque le désir sexuel n'est pas renvoyé à la notion de faiblesse (*Un désir si fragile: les ressorts cachés de la sexualité féminine* (2004), par exemple, de la sexologue G. Paris), il est explicitement lié à une déficience dans, entre autres, le manuel thérapeutique *La baisse de désir sexuel: méthodes d'évaluation et de traitement* (2003) du psychologue G. Trudel. Si tel est le cas des titres de ces publications, il en va de même de leurs contenus. En effet, le livre du psychothérapeute W. Pasini a beau s'intituler *La force du désir*, les thèmes qu'il y développe sont annoncés dès la sixième ligne de son introduction: "aujourd'hui, le désir semble grippé; il oscille entre le "libidogramme" plat de celui qui n'a plus d'envie et les excès compulsifs des harceleurs." (2002: 8)

Les recherches scientifiques sur la sexualité postnatale reflètent cette approche problématisante. Alors que les intitulés des articles médicaux et paramédicaux s'y réfèrent de manière apparemment neutre, comme ceux de T. Inglis "Postpartum sexuality" (1980), d' E. Ryding "Sexuality during and after pregnancy" (1984) ou encore de J. Byrd et al. "Sexuality during pregnancy and the year postpartum" (1998), leur contenu est entièrement dévolu à ses manifestations problématiques, se résumant principalement à la baisse ou l'absence de désir sexuel et au déclin de la fréquence des activités sexuelles.

Le postulat que la baisse ou l'absence de désir sexuel est un problème s'est consolidé lors de mes premières incursions sur Internet. A la recherche d'informations et de forums de discussion sur la sexualité et le désir sexuel dans le post-partum, j'ai été renvoyée à des sites et des liens regroupés en grande majorité sous les thématiques de "troubles sexuels féminins". Le même constat s'est imposé en ce qui concerne les titres de ces forums, parfois proposés par les "postmasters" ou médiateurs du site, et plus souvent par les intervenantes elles-mêmes. Le contenu des témoignages des internautes m'a également confirmé ce pré-supposé de départ: en effet, si tous ne parlent pas uniquement de la sexualité après la grossesse en termes de difficultés, quand la baisse ou l'absence de désir sexuel est évoquée, elle est toujours décrite en tant que *problème*:

"Depuis la naissance de ma fille, il y a 2 ans, je n'ai aucune envie d'avoir des relations sexuelles avec mon compagnon. Je le fais car il ne me comprend pas. C'est devenu insupportable: tous les soirs j'ai droit à cette question: ce soir tu me fais un câlin? Je ne sais plus quoi faire. [...] Si vous avez ce problème, parlez-en, merci." (Misandre)

"J'ai accouché il y a 3 mois 1/2. J'adore mon mari, nous nous entendons à merveille. Mais moi non plus, je n'ai pas trop envie de faire l'amour. Je ne sais pas pourquoi. [...] J'ai beau retourner le problème dans tous les sens, je ne trouve pas de réponse." (Nat)

"Depuis la naissance de mon bébé je n'ai plus de désir. Cela commence à influencer sur notre relation. Que faire ? P.S. ça fait du bien de voir que d'autres rencontrent les mêmes problèmes." (Karine)

Le "problème" n'apparaît cependant pas toujours de manière explicite, il prend également la forme d'appels à l'aide, de demandes de conseils ou de solutions, de lettres en majuscules, de points d'exclamation ainsi que de suspension; de même, c'est la détresse et la souffrance que les internautes mentionnent face à cette situation difficile autant pour elles-mêmes que pour leur couple:

"Je suis désespérée car depuis mon accouchement il y a 3 mois je n'ai plus envie de faire l'amour ou je ne supporte plus que mon copain me touche. Je ne sais plus quoi faire et je sais que mon copain en souffre énormément et moi aussi. J'aimerais recevoir des conseils de votre [part] svp. Merci d'avance." (Laeti)

"SOS !!! Depuis le début de ma grossesse, je n'ai plus de désir. [...] Je pensais que le désir allait revenir une fois ma fille sevrée, mais ce n'est pas le cas... Ma fille a maintenant 4 mois, et je n'ai toujours pas retrouvé d'activité sexuelle. Mon ami en souffre énormément, moi aussi, je culpabilise, mais c'est plus fort que moi... certaines zones de mon corps "refusent" les caresses. [...] AIDEZ MOI ! Suis-je la seule dans ce cas (qui me paraît désespéré...) Merci de m'aider." (Djoo)

"Je ne comprends toujours pas ce qui se passe, cela fait 8 mois maintenant que j'ai accouché, et j'ai perdu toute envie sexuelle vis-à-vis de mon fiancé. Cela m'inquiète beaucoup! Pourquoi un dégoût pareil, caresses, bisous... plus rien ne me branche vis-à-vis de lui. Il comprend pas ma réaction et cela conduit facilement à des disputes. [...] Aidez-moi à trouver une solution. Merci de pouvoir m'aider." (Bella-Laeticia)

Hautement valorisée au temps de Saint Augustin et des premiers chrétiens, y compris au sein de l'unité conjugale, la baisse ou l'absence de désir sexuel est aujourd'hui appréhendée comme un problème, une dysfonction, une pathologie ou un trouble sexuels. Or, comme le souligne l'anthropologue S. Kitzinger, l'évaluation de la gravité d'une situation, ainsi que sa classification dans la catégorie des désordres qu'il faut soigner, recouvre des jugements de valeurs historiques et culturels. (1986: 28) Les recherches sur la sexualité humaine constituent en ce sens une source importante de renseignements sur nos conceptions culturelles.

La question anthropologique devient alors: comment se fait-il que la baisse ou absence de désir sexuel (après l'accouchement) est conçue et traitée comme un problème, de plus féminin et relevant du médical? Depuis quand est-elle définie comme tel? Afin d'y répondre, je vais commencer par esquisser son contexte d'émergence en retraçant les grandes lignes de l'histoire de la recherche sur la sexualité humaine en Occident.⁹

Survol historique des recherches sur la sexualité en Occident

"L'institutionnalisation du christianisme en Occident n'a pas signifié en soi une rupture dans les attitudes à l'égard de la sexualité", nous dit le sociologue M. Bozon (1999: 9). "La véritable nouveauté est que la sexualité ne va plus être seulement l'objet de recommandations morales ou philosophiques réservées à une élite; les pratiques de l'ensemble des fidèles sont désormais placées sous le regard d'un appareil de contrôle institutionnalisé et des comportements, exigés d'eux en fonction de principes absolus et sacrés, s'appliquant à tous." (ibid.) C'est dans cette nouveauté et son corollaire, la pratique de la confession, que se trouvent les prémisses des premières études sur la sexualité humaine. Pendant des siècles, les hommes d'Eglise (et il s'agit exclusivement d'hommes) s'attèlent à débusquer, détailler et théoriser toutes les manifestations hors normes de la sexualité de leurs fidèles. Sous l'influence du philosophe Saint Augustin qui condamne le plaisir et le désir sexuels, "archaïque réminiscence de la faute primitive et du châtement divin" (Brenot, 1994: 5), ils classent dans cette catégorie du "contre nature" tout ce qui s'éloigne de la sexualité à but procréatif: l'homosexualité, la masturbation¹⁰, les positions sexuelles autres que celle dite "naturelle" – devenue dans le langage courant la position du missionnaire, l'homme se plaçant au-dessus de la femme – ou les pratiques impliquant plus que nécessaire la participation active de la femme, pour n'en citer que quelques exemples. Aux activités sexuelles "normales", c'est-à-dire conformes à la "nature", s'ajoute avec l'institution du mariage chrétien monogame, le cadre légitime dans lequel elles sont admises.

Notons toutefois que si cette opposition entre sexualité normale / licite et anormale / illicite concerne théoriquement aussi bien les hommes et les femmes, les limites de ces deux

⁹ Le fait que je me limite ici à l'Occident ne veut en aucun cas impliquer une absence de recherches et de théorisations sur le sujet dans les autres sociétés. Pour une approche de ces dernières dans ses contextes non-occidentaux, la lectrice ou le lecteur est renvoyé-e par exemple à "Sexuality: an overview" de Mircea Eliade dans *The Encyclopedia of Religion*, dont il est l'éditeur en chef.

¹⁰ Littéralement "action de souiller avec la main". (Petit Robert, dictionnaire de la langue française, 1987) Il est intéressant de relever que dans cette édition, un seul exemple d'illustration est donné: "masturbation chez l'homme".

catégories ne coïncident pas et se révèlent en pratique beaucoup plus restrictives pour ces dernières, les transgressions telles que l'adultère par exemple étant tolérées pour les hommes et moralement condamnées lorsqu'il s'agit des femmes.

Dès ses débuts, et ce jusqu'au XXe siècle, la recherche sur la sexualité se penche ainsi uniquement sur les comportements considérés hors normes, avec une attention toute particulière pour l'altérité que constitue le corps féminin.

Largement influencée par la morale, la médecine hygiéniste du XVIIIe siècle se donne pour tâche principale d'attribuer une assise scientifique à la condamnation religieuse des "fraudes" sexuelles et de l'onanisme conjugal. Ainsi, si les premiers médecins innovent en alliant le coût à la santé, "tous mettent en garde contre les abus, les excès et les fraudes qui, loin d'assurer le bon fonctionnement de l'appareil génital, peuvent conduire au délabrement de l'organisme tout entier." (Corbin, 2003: 49) La masturbation par exemple, conçue dans le discours cléricale en termes de péché et de pratique impure, devient la cause primaire d'une pléthore de maladies mentales, nerveuses et physiques, décrites entre autres dans la *Dissertation sur les maladies produites par la masturbation* (1769) du médecin suisse S. A. Tissot.

Les conduites anormales sont également au centre des théories exposées dans les traités médicaux du XIXe siècle. Pathologies psycho-sexuelles, anomalies et perversions sexuelles sont parmi les terminologies utilisées pour les décrire et les appréhender.

L'ouvrage *Psychopathia Sexualis* (1886) de l'allemand R. von Krafft-Ebing est représentatif des préoccupations de ce siècle. Il sera d'ailleurs l'objet de douze rééditions successives dont la dernière date de 1931. Son auteur y propose une taxinomie détaillée des "aberrations sexuelles" qu'il puise d'archives et d'observations médico-légales. Dans cette classification, "Des actes sexuels auparavant considérés isolément et proscrits en tant que tels (sodomie, saphisme, par exemple) sont unifiés dans une personnalité particulière, dont ils deviennent des signes." (Lhomond, 2000: 202) Apparaissent ainsi de nouvelles identités sexuelles déterminées par leurs comportements sexuels hors normes: le sadique, le masochiste, le zoophile, le fétichiste... y compris l' "automonosexualiste" (!) (Bozon, 2002: 29) pour les individus prenant plaisir dans les pratiques auto-érotiques telles que la masturbation.

Au début du XXe siècle, parallèlement à la création des premières chaires de sexologie, S. Freud introduit les perversions sexuelles comme des prédispositions naturelles inhérentes à tous les êtres humains. A chaque étape du processus de développement psychique des

individus, des blocages peuvent survenir et empêcher une vie sexuelle normale. Cependant, malgré la nouveauté que consiste l'annexion des comportements hors normes au cursus menant à la sexualité "adulte", la théorie freudienne ne se détache pas pour autant de la conception dominante de l'époque et des siècles précédents, où "tout usage de la sexualité détournée de son but coïtal [est défini] comme perversion sexuelle". (Lhomond, 2000: 202)

De plus, tant dans la psychanalyse que dans la sexologie émergentes, les frontières établies entre la sexualité normale et anormale diffèrent selon les sexes: le masochisme féminin, contrairement à celui des hommes, est considéré comme "normal" aussi bien pour Krafft-Ebing que pour Freud, et la normalité sexuelle des femmes, indissociable de leur fonction reproductrice et conjugale, s'établit par rapport à leur attitude "à l'égard de leur rôle maternel et de leur rôle (dominé) d'épouse". (Bozon, 2002: 29)

Il faut attendre le milieu du XXe siècle pour que les recherches se détournent de leur focalisation sur les manifestations "hors normes" de la sexualité et qu'apparaissent les premières études empiriques sur les comportements sexuels des hommes et des femmes ordinaires, pour ne pas dire "normaux".

La première étude de méthodologie qualitative et quantitative sur la sexualité humaine est celle du biologiste A. Kinsey. Celle-ci se fait non sans peine: aux Etats-Unis, pendant les neuf ans de leur enquête, Kinsey et ses collègues subissent des pressions de censure ainsi qu'une forte opposition légale, religieuse et même médicale. Ils parviennent néanmoins à mener leur projet à terme avec la publication en 1948 du *Sexual Behavior in the Human Male*, suivi de sa version féminine en 1953.

Issus de biographies sexuelles détaillées, leurs résultats lèvent le voile sur des comportements sexuels jusqu'alors considérés comme déviants et marginaux. Le traitement statistique des données démontre en effet que les relations prémaritales, l'adultère, la fellation ou encore l'homosexualité, ne sont en aucun cas des pratiques isolées, contribuant ainsi d'une certaine manière à les dédramatiser et les incorporer dans la normalité. Par exemple, la masturbation devient pour Kinsey "un phénomène essentiellement normal", y compris à l'âge adulte. (cité par Brenot, 1994: 82)

Toutefois, malgré "cette apparence de "neutralité sexologique" et d'indifférence à la morale, au sentiment et aux institutions, Kinsey fait apparaître, dans la structure du questionnaire comme dans la présentation des résultats, une hiérarchie sociale des sources d'orgasme."

(Bozon, 1999: 12) : la question fondamentale qui préoccupe l'auteur est la même que celle du christianisme médiéval, c'est-à-dire le fonctionnement conjugal.

Inspirés par la notion de réaction ou réponse sexuelle introduite dans le volet féminin du travail de Kinsey et son équipe, le gynécologue-obstétricien W. Masters et la psychologue V. Johnson franchissent dans les années 1960 une étape quasi-révolutionnaire: leur recherche sur la sexualité humaine, présentée dans *Human Sexual Response*, ne se base plus sur l'éthologie animale ou les récits sexuels mais sur l'étude *in vivo*¹¹. De l'observation des comportements et l'enregistrement des variations physiologiques et génitales du déroulement des rapports sexuels, ils élaborent une séquence commune aux hommes et aux femmes: le cycle de réponse sexuelle (*sexual response cycle*). L'acte sexuel qui, contrairement aux travaux de leurs prédécesseurs se limite ici au seul coït, est ainsi décrit en un enchaînement tripartite qui comprend, pour les deux partenaires, une phase d'excitation – physiologique, génitale et psychique –, une phase de tension sexuelle croissante qui débute lors de la pénétration et aboutit, à son point culminant, à l'orgasme. (voir annexe p. I)

Basé sur leur cycle de réponse sexuelle, Masters et Johnson publient en 1970 leur deuxième ouvrage, *Human Sexual Inadequacy*, dans lequel ils présentent une méthode de traitement pour les différentes difficultés sexuelles rencontrées au sein de l'unité maritale. Partant du postulat qu'un fonctionnement sexuel adéquat résulte du bon déroulement de ces trois phases, leur thérapie comportementale semble rapidement remporter du succès. Cependant, quelques années plus tard, des critiques s'élèvent: les résultats impressionnants de leur programme seraient essentiellement dus à leur échantillon d'étude, constitué de cas très sélectionnés. En effet, alors que leur méthode se révèle efficace pour des phénomènes tels que l'éjaculation précoce, son application à des cas plus complexes, tels que les troubles de l'excitation par exemple, donne des résultats mitigés, faisant apparaître un fort taux d'abandon et d'échec.

L'émergence du problème de la baisse ou de l'absence de désir sexuel

C'est dans ce contexte que paraît en 1977 l'ouvrage d'une clinicienne et thérapeute sexuelle américaine, H. S. Kaplan. L'analyse rétrospective des demandes de consultation pour des

¹¹ "Sexual activity first was encouraged in privacy in the research quarters and then continued with the investigate team present, until the study subjects were quite at ease in their artificial surroundings. [...] They rapidly gained confidence in their ability to respond successfully while subjected to a variety of recording techniques." (Masters et Johnson, 1966: 22-23)

difficultés d'ordre sexuel dans son cabinet lui fait découvrir que la plainte récurrente de ses patients (hommes *et* femmes) consiste principalement en un manque d'intérêt pour les activités sexuelles. De ce constat et de l'examen des cas d'échec des traitements de type comportemental, elle tire la conclusion suivante: "the pathological decrease of these patients' libido is essentially an expression of the normal regulation of sexual motivation gone awry." (1995: 3-4) C'est ainsi dans les *Disorders of Sexual Desire* que sont décrites pour la première fois la baisse et l'absence de désir sexuel qu'elle regroupe sous le terme de "hypoactive sexual desire" (HSD).

La perspective de Kaplan est avant tout clinique, c'est-à-dire qu'elle conçoit le désir sexuel hypoactif comme le syndrome d'une pathologie ou dysfonction sexuelle qu'il faut soigner. La baisse ou absence de désir sexuel n'émerge donc pas seulement en tant que "problème" mais comme "problème médical". Néanmoins, en soulignant l'importance d'un traitement à la source de ce problème, elle contribue également pour la première fois à circonscrire la notion de désir sexuel en une entité à la fois partie prenante et distincte des activités sexuelles. En effet, jusqu'alors celui-ci était indissociable de l'excitation sexuelle physiologique et n'existait que dans sa variante de libido, ce concept déterminant "le changement d'état de l'excitation de l'organique au psychique." (Kaufmann, 2001: 429)

La même année, une autre voix lui fait écho: "Quite independently, and at about the same time that my description of HSD was published (1977), Harold Lief also concluded that desire disorders exist, and that these are as important as the genital phase dysfunctions (Lief 1977)." (Kaplan, 1995: 7-8) Par la suite, d'autres chercheurs tels que LoPiccolo, Schover, Leiblum et Rosen vont reprendre et confirmer cette nouvelle approche. La séquence tripartite de Masters et Johnson se voit dès lors complétée d'une quatrième entité, en amont de la réponse sexuelle: celle du désir sexuel.

Le désir sexuel hypoactif est officiellement reconnu comme un problème sexuel en 1980 lors de son entrée dans le manuel de référence: le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III) de l'Association Américaine de Psychiatrie. Classé parmi les troubles sexuels et côtoyant les troubles de l'identité et les paraphilies, le désir sexuel hypoactif est une dysfonction sexuelle dont la définition dans le manuel est sous forme diagnostique¹² (voir annexe p. II):

¹² La définition proposée ici est celle du manuel publié en 1994. Comme le fait remarquer Kaplan, elle est en tout point identique à sa première version: "DSM-IV, the American Psychiatric Association's (1994) current

- A. "Persistently or recurrently deficient (or absent) sexual fantasies and desire for sexual activity. The judgment of deficiency or absence is made by the clinician, taking into account factors that affect sexual functioning such as age and the context of the person's life."
- B. "The disturbance causes marked distress or interpersonal difficulty."
- C. "The sexual dysfunction is not better accounted for by another Axis I disorder (except another Sexual Dysfunction) and is not due to the direct physiological effects of a substance (e.g., a drug of abuse or a medication) or a general medical condition."

[Il est ensuite demandé de spécifier les types suivants: "Lifelong type" / "Acquired type"; "Generalized type" / "Situational type"; et "Due to psychological factors" / "Due to combined factors".]

(Diagnostic Criteria for Hypoactive Sexual Desire Disorder (302-71), DSM-IV, cité par Kaplan, 1995: 54)

L'apparition des notions de désir sexuel et de désir sexuel hypoactif résulte en un changement important: la distinction entre désir et excitation sexuels. Comme nous l'avons vu précédemment, la première phase de la séquence établie par Masters et Johnson possède non seulement une excitation sexuelle d'ordre physiologique et génitale, mais également une composante psychique, le "subjective sexual arousal". Or si le désir sexuel est lui aussi subjectif et peut co-exister dans la phase initiale des rapports sexuels, les deux expériences sont maintenant considérées comme dissociables: leur différence essentielle réside dans le fait que contrairement à l'excitation sexuelle subjective, le désir sexuel ne dépend pas des réactions physiologiques ou génitales. Voici la définition que proposent P. Regan et E. Berscheid de ces deux concepts: "Sexual desire implies the wish to obtain a sexual object that one does not now have or to engage in a sexual activity in which one is not now engaging. Subjective arousal, on the other hand, is the awareness that one *is now* experiencing certain physiological and/or genital reactions." (1999: 17)

Contrairement à la dimension subjective de l'excitation sexuelle, le désir sexuel est donc séparé et séparable de l'activité sexuelle en tant que telle. Par ailleurs, le DSM prend en compte cette scission. Alors que les deux sont classés dans la subdivision des dysfonctions sexuelles, les troubles de l'excitation et du désir sexuels forment deux entrées différenciées, confirmant par là la volonté de présenter ces deux problèmes en tant qu'entités cliniques distinctes.

Alors qu'au départ elle se penche principalement sur le désir sexuel hypoactif, Kaplan élargit son approche en 1995. Le continuum du désir sexuel qu'elle expose dans *The Sexual Desire*

diagnostic manual, decided to stay with the convention that was started in DSM-III [1980]." (1995: 54) Elle est par ailleurs reprise telle quelle dans son édition la plus récente, le DSM-IV-TR (2000).

Disorders: Dysfunctional Regulation of Sexual Motivation comporte à ses extrémités l'aversion sexuelle et le désir sexuel hyperactif et en son centre, le désir sexuel normal qu'elle classe selon une variable plutôt haute ou basse. La baisse ou l'absence de désir sexuel est ici évaluée selon son degré de gravité, faisant apparaître les qualifications de légère ou sévère, la seconde étant comparée à une "anorexie sexuelle". (voir annexe p. III)

Ce continuum intégrant le normal et l'anormal pose la question de la définition de ces deux catégories. Comme l'a relevé G. Canguilhem dans sa critique des principes fondateurs de la médecine moderne, "If there is a continuity between the normal and the pathological states, at what point can one talk of pathology?" (Sinding, 2004: 264) Une définition par des variations quantitatives, appuyées plus tard par les statistiques, soulève certaines faiblesses empiriques auxquelles Canguilhem ajoute un problème théorique: l'utilisation de termes qualitatifs.

Si nous nous penchons sur les critères de définition que propose Kaplan du désir sexuel normal et de ses états pathologiques, celui de la fréquence des rapports sexuels est ambigu. Dans son tableau, le désir sexuel normal se traduit en une fréquence haute, moyenne ou basse. Sur quoi et sur qui repose une fréquence moyenne? De même, quelle différence y a-t-il entre l'expression normale et anormale du désir sexuel, étant donné que les qualificatifs haut et bas sont également utilisés respectivement pour l'hyperactivité et la baisse de désir sexuel? La réponse ne se trouve pas dans les chiffres car le nombre de rapports sexuels des individus, qu'il soit conséquent ou minime, n'est pas suffisant pour le catégoriser comme dysfonction. Il faut pour cela que l'individu montre des signes de détresse. Les facteurs quantitatifs ne se suffisent donc pas individuellement; c'est dans leur cumulation avec des éléments qualitatifs et, comme il en est fait mention dans le DSM, dans le jugement évaluatif final du clinicien (en d'autres mots par des éléments sociaux) que se construit la classification des troubles sexuels.

Un autre critère de définition, qui fait apparaître le qualitatif problématique dont parle Canguilhem, réside par exemple dans le fonctionnement sexuel. Dans le continuum de Kaplan, le désir sexuel hypoactif est qualifié de "poor sexual functioning" et son opposé, l'hyperactivité, de "contrôle inadéquat des pulsions sexuelles". Cette notion, également présente dans l'intitulé de la deuxième publication de Masters et Johnson, nous renseigne sur une, voire la, tâche que se donnent les thérapeutes sexuels: le rétablissement d'un

fonctionnement sexuel adéquat. Or l'inadéquation renvoie au désir sexuel normal, dont la définition proposée est circulaire ("normal sexual functioning") et reflète pour Canguilhem plus une logique esthétique et morale ou, en d'autres mots, culturelle que scientifique (Sinding, 2004: 265). Le même regard peut être porté sur les autres termes et adjectifs contenus dans le tableau: "intense", "spontaneous", "proactive", "reactive" ou encore "distress".

A ce titre, la note en bas de page de Kaplan concernant la catégorie de désir sexuel hyperactif, qu'elle nomme aussi "addiction sexuelle" ou, selon le genre, "nymphomanie" et "donjuanisme"¹³ est instructive: "The committees for psychosexual dysfunction for DSM-III, DSM-III-R and DSM-IV decided that the inclusion of hypersexuality was not warranted by the available evidence, and *at this time* hyperactive sexual desire is not officially a sexual disorder. This condition may, however, be diagnosed under "sexual disorder not otherwise specified" (302.70)." (1995: 58, mes italiques) Cette remarque révèle la dimension historique du contenu des définitions des problèmes sexuels. Dans une même société, le champ couvert par une terminologie est constamment redéfini: aujourd'hui, deux discours co-existent sur le même phénomène. Présent comme dépendance sexuelle dans le discours de certains cliniciens qui l'intègrent et le traitent au même titre que différentes toxicomanies, ou comme addiction sexuelle dans les réunions des S.A.A. – acronyme des *Sex Addicts Anonymous* –, le désir sexuel hyperactif n'est reconnu ni officiellement ni institutionnellement comme une dysfonction sexuelle. Il a néanmoins sa place dans la catégorie des désordres sexuels non spécifiés du DSM. (voir annexe p. II)

¹³ Notez la différence des référents auxquels renvoient "donjuanisme" et "nymphomanie". En effet, alors que le premier comporte le nom d'un personnage célèbre du théâtre espagnol du XIXe siècle, "devenu le type du séducteur" (Petit Robert, 1987), "nymphé" qui constitue une partie du second, contient trois dimensions. Dans la mythologie, elle est le "nom des déesses de rang inférieur, qui hantaient les bois, les montagnes, les fleuves, la mer et les rivières"; en anatomie, c'est le terme utilisé pour nommer "les petites lèvres de la vulve"; et pour finir, en zoologie, elle décrit le "deuxième stade de la métamorphose des insectes, intermédiaire entre la larve et l'imago." (*ibid.*) Il est ainsi intéressant de relever que, outre les notions d'atemporalité, d'infériorité, de petitesse et de développement incomplet, cette "pathologie" ne renvoie à la Nature *que* lorsqu'elle concerne les femmes. Une différence qui se retrouve dans les définitions mêmes que donnent les dictionnaires de ces deux catégories de dysfonctions sexuelles et dans lesquelles, de plus, la mention ou non du sexe est, il me semble, parlante: "donjuanisme: recherche pathologique de nouvelle conquêtes" et "nymphomanie: exagération pathologique des désirs sexuels chez la femme ou certaines femelles." (*ibid.*)

Les approches théoriques et empiriques du désir sexuel

Il existe deux paradigmes principaux du désir sexuel. Le premier et plus courant, tant dans les définitions des spécialistes que dans le discours commun, l'expose comme une force, un instinct, une énergie ou encore un besoin sexuels. Dans cette optique, le désir sexuel prend racine à l'intérieur de l'individu et se manifeste par un état subjectif qui le pousse à engendrer ou à s'engager dans des activités sexuelles. Riche d'un bagage historique religieux et psychomédical, le désir sexuel est conçu à la fin du XIXe siècle par R. von Krafft-Ebing comme une pulsion sexuelle commune aux animaux et aux êtres humains. Dans le cadre de la psychanalyse, S. Freud la théorise ensuite sous le terme de "libido", qu'il décrit comme une force biologique innée: "Freud's theory is both a physical energy theory, because libido is viewed as an energy, and a biological theory, because each stage of sexuality is intrinsically connected to a stage of biological development." (Person, 1980: 608)

Dans leur lignée, T. Benedek parle en 1977 d' "instinct sexuel" et en 1995, H. S. Kaplan le traduit de la manière suivante: "On the level of subjective experience, sexual desire or lust is an *urges* that impels men and women to seek out, initiate, and/or respond to sexual stimulation." (1995: 15, mes italiques) Le désir sexuel, ajoute-t-elle, est généré par l'activité neuro-hormonale de l'hypothalamus et du système limbique.

A l'opposé de cette compréhension intra-individuelle, d'autres suggèrent de considérer le désir sexuel comme un phénomène interpersonnel acquis dont les sources se trouvent exclusivement à l'extérieur du corps. J. Verhulst et J. Heiman par exemple le conçoivent ainsi: "desire is the experience of, interest in, and attraction to, the partner as a sexual being. One could say desire is located in the partner rather than in oneself, since it is a feeling of being drawn to the other." (cités par Regan et Berscheid, 1999: 28) Dans cette optique, l'accent est mis sur la stimulation extérieure, intégrant le désir sexuel dans un système relationnel plus large.

Intéressants aussi sont les auteurs qui élaborent un modèle intégrant ces deux points de vue. Pour S. Leiblum et R. Rosen, le désir sexuel consiste en "une sensation subjective causée par des facteurs à la fois internes et externes et qui peuvent résulter ou non dans des comportements sexuels." (cités par Trudel, 2003: 10) Quelques années plus tard, S. Levine présente le désir sexuel comme une manifestation issue de l'interaction entre le système neuroendocrinien (où siège la dimension biologique de la pulsion sexuelle) et le processus

psychologique et cognitif. "La pulsion serait reliée à des processus neuro-endocrinologiques [...], la motivation serait le souhait de se comporter sexuellement. Enfin, l'aspiration réfère à des normes sociales, à des principes, à des attentes qui font qu'une personne juge qu'il est acceptable ou non d'avoir des activités sexuelles." (Trudel, 2003: 10)

Cette approche intermédiaire reflète les conceptions des femmes qui, dans les récits recueillis, joignent ces différentes dimensions – sociales, amoureuses et biologiques – dans leur définition du désir sexuel. Voici par exemple la description qu'en fait Karine: "Une envie, oui l'envie vraiment. Le besoin, l'envie,... c'est ça. Puis l'amour. Il y a tout un mix là-dedans. [...] Et puis bon, de toute façon, moi, comme il n'y a pas de sexe sans amour, ben voilà, tout doit aller avec."

Cependant, comme le constatent P. Regan et E. Berscheid, "most researchers interested in sexual desire have followed an atheoretical, empirical approach. Rather than concern themselves with defining what sexual desire is, they instead have focused on the various factors that seem to be associated with the presence or absence of sexual desire." (1999: 31) Parmi les facteurs explorés dans les recherches empiriques, les causes biologiques et intrinsèques trônent en première place. A ce titre, il me semble important de soulever la question de la différence qui existe dans le traitement du désir sexuel des hommes et des femmes.

Ces dernières sont en effet le point de mire des chercheurs: de multiples études se sont intéressées aux modifications du désir sexuel lors d'événements biologiques tels que le cycle menstruel, la ménopause ou encore la grossesse. (Curieusement d'ailleurs, dans leur état des lieux sur la question, P. Regan et E. Berscheid occultent totalement la période du post-partum, y compris dans la partie consacrée aux changements hormonaux liés à la grossesse.) Cependant, les spécificités biologiques des femmes ne se suffisent pas en elles-mêmes comme explication de cet état de fait. Quels sont donc les autres éléments permettant de comprendre ce traitement différentiel et hiérarchique? Comment expliquer cette asymétrie en sortant du déterminisme biologique?

Citons l'exemple suivant et arrêtons-nous sur l'exploration du rôle des sécrétions chimiques, en tête de liste, dans l'expression du désir sexuel et la concentration des chercheurs sur le lien entre gonades et pathologies du désir sexuel chez les femmes:

"Are reproductive life events in women associated with an increased risk of sexual dysfunction? Female sexual dysfunction effects up to 40% of women in the United States

between 18 and 59 years of age. [...] Reproductive life events [...] are highly correlated with changes in sex steroids. As an understanding of the role of sex steroids on sexual functioning is elucidated, clinicians will be able to offer more specific and effective treatment options for women during various phases of reproductive life." (Warnock et Biggs, 2003: 188)

Comme le démontre N. Oudshoorn et, de manière plus descriptive, A. Fausto-Sterling, les chercheurs qui se penchent dès le début du XXe siècle sur l'étude des hormones sexuelles se heurtent au départ à des problèmes d'approvisionnement considérables.

L'observation des hormones sexuelles féminines s'inscrit en effet dans un contexte médical, ce qui permet un accès facilité aux matériaux de recherche. Initialement, ces derniers consistent en ovaires humains dont l'obtention est "garantie" par des opérations chirurgicales telles que l'ovariectomie (ablation des ovaires) devenue pratique courante depuis la fin du XIXe siècle. C'est en 1926 que les chercheurs se tournent vers l'urine des femmes enceintes qui, tout en étant accessible depuis le même contexte, se révèle plus intéressante notamment dans son taux de concentration hormonale.

En comparaison, l'étude des hormones sexuelles masculines se révèle plus laborieuse: la castration (ablation des testicules) est une pratique rare et, de plus, il n'existe pas de contexte médical équivalent à celui des femmes pour récolter l'urine masculine. Cette difficulté se résout avec la mise au point d'hormones sexuelles de synthèse qui viennent remplacer la matière organique. Si dès lors le nombre de publications sur les hormones masculines augmente, il reste toutefois très limité. Dans les années 1940, "le nombre total de publications consacrées aux hormones femelles et mâles a été de 2688 et 585 respectivement." (Oudshoorn, 1998: 787) Cet écart est toujours d'actualité.

Outre les différences d'institutionnalisation des corps masculins et féminins et les problèmes d'obtention de matériaux de recherche qui en découlent, N. Oudshoorn et A. Fausto-Sterling mentionnent en plus l'hypothèse des chercheurs concernant les hormones sexuelles comme agents chimiques de la féminité et de la masculinité. Hypothèse qui, malgré les critiques qui s'élèvent au sein même de son milieu de production, reste ancrée dans les esprits et devient par la suite paradigme. "Les substances chimiques supposées provenir des glandes sexuelles furent appelées hormones sexuelles: hormones mâles sécrétées par les testicules, hormones femelles sécrétées par les ovaires. Pareille terminologie construisait une dualité sexuelle: les hormones sexuelles furent pensées comme les agents chimiques de la masculinité et de la féminité, renforçant l'ancienne croyance populaire selon laquelle féminité et masculinité

résidaient dans les gonades. Bien qu'au cours des années vingt et trente les savants aient dû réviser cette conception des hormones comme strictement spécifiques à chaque sexe, tant par leur origine que par leur fonction, la terminologie demeura." (1998: 779-780)¹⁴

Si les matériaux de recherche influencent le développement cognitif des chercheurs, il en va de même avec les conceptions et terminologies¹⁵. Nous savons aujourd'hui que, si leur taux varie selon les sexes, tant les androgènes (dont la testostérone) que les oestrogènes, la progestérone et la prolactine sont des hormones sécrétées par les corps des hommes *et* des femmes¹⁶. Or la dualité sexuelle inscrite dans le paradigme décrit plus haut semble avoir des conséquences sur l'exploration des fonctions de ces hormones dans le désir sexuel. Si les études biomédicales sur le désir sexuel s'accordent sur l'importance tant pour les hommes que pour les femmes de la présence d'un taux minimal d'androgènes (notamment de testostérone) dans le corps, le rôle des hormones sexuelles dites "femelles" dans l'expression du désir sexuel des hommes ou du désir tout court ne fait l'objet que d'un nombre extrêmement limité de recherches, par ailleurs contradictoires: les hormones sexuelles féminines, elles, apparaissent majoritairement dans l'étude de ses expressions problématiques.

Pourquoi les hormones sexuelles masculines seraient-elles productrices du désir sexuel et les hormones sexuelles féminines des inhibitrices de ce dernier? Cette asymétrie de traitement et de définition ne serait-elle pas la cristallisation de la normalisation du sexe masculin et la pathologisation du sexe féminin? En d'autres mots le résultat de la conjonction entre genre et réseau?

Mentionnons pour terminer que les événements spécifiques aux femmes cités plus haut n'ont pas seulement une longue histoire d'interprétation biologique mais également psychique, illustrant les liens serrés qui existent entre la recherche biomédicale et psychiatrique. A la fin du XIXe siècle, "Les médecins psychiatres considèrent en effet que les règles, les grossesses et les accouchements sont des moments prédisposant aux troubles mentaux au point d'avoir

¹⁴ Cette terminologie se retrouve aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur de la communauté scientifique. Les définitions proposées dans les dictionnaires comme le Petit Larousse (2004) sont une illustration parmi d'autres de cette bipolarisation entre hormones sexuelles "mâles" et "femelles".

¹⁵ Voir les articles de C. Kraus et d'A. Fausto-Sterling, "La bicatégorisation par sexe à "l'épreuve de la science". Le cas des recherches en biologie sur la détermination du sexe chez les Humains" (in Gardey et Löwy, 2000), et "Do sex hormones really exist? (Gender becomes chemical)" (in Fausto-Sterling, 2000).

¹⁶ Pour la description chiffrée des variations de ces taux selon les sexes ainsi que des précisions sur les organes producteurs de ces hormones, je renvoie la lectrice ou le lecteur au chapitre 3 de l'ouvrage de Regan et Berscheid, "Sexual desire: the body (part I)".

créé une catégorie clinique, la *folie puerpérale*. Celle-ci est censée recouvrir l'ensemble des manifestations nerveuses qui se déclenchent pendant ces périodes." (Coffin, 2000: 167)¹⁷

Ainsi, si les recherches empiriques sur le désir sexuel et ses manifestations problématiques – problématisées se sont essentiellement focalisées sur les femmes et leurs hormones, les composantes psychiques (anxiété de la performance, traumatismes sexuels, perception dévalorisante de l'image corporelle ou manque de plaisir et de satisfaction lors des rapports sexuels par exemple) ne sont pas en reste.

L'inscription temporelle du problème de la baisse ou l'absence de désir sexuel (dans le post-partum)

De nombreux auteurs mettent l'accent sur l'importance des travaux de Kinsey et son équipe, ainsi que ceux de Masters et Johnson dans l'histoire de la recherche sur la sexualité humaine. Il est vrai qu'ils ont marqué un tournant important dans cette dernière, notamment en donnant une place au plaisir sexuel des femmes, dont la sexualité n'était jusqu'alors reconnue que dans sa fonction reproductrice.

Cependant, malgré l'attention accordée aux différents moments et facteurs physiologiques, génitaux et comportementaux des activités sexuelles, ce n'est que très tardivement qu'apparaît leur élément déclencheur. Il faut en effet attendre les années 1980 pour que la chercheuse H. S. Kaplan introduise la notion de désir sexuel en tant qu'entité distincte de l'excitation sexuelle, ouvrant ainsi la voie à de nouvelles explorations scientifiques.

L'époque de la parution de l'ouvrage de Kaplan est également un moment-clé dans la recherche sur la sexualité pendant les différents moments du processus de la reproduction humaine¹⁸. Dans son analyse des articles répertoriés dans des bases de données médicales et psychologiques, von Sydow indique que les études à ce sujet se concentrent d'abord essentiellement sur les liens entre sexualité et grossesse. Ce n'est qu'à partir du milieu des

¹⁷ Cette conception se retrouve chez Benedeck et Rubenstein dans leur théorisation en 1939, ambitieuse et critiquable, des correspondances entre les fluctuations hormonales et ses différentes traductions psychiques chez les femmes. (voir annexe p. IV) Malgré ses faiblesses, l'interprétation selon laquelle tout est uniquement imputable et dépendant du biologique a pendant longtemps fait autorité dans le domaine et si elle a commencé à être mise en question dans les années 1970, elle est toutefois loin d'être abandonnée. Voir par exemple les deux ouvrages d'A. Fausto-Sterling, *Myths of Gender: Biological Theories about Women and Men* (1992) et *Sexing the Body: Gender Politics and the Construction of Sexuality* (2000).

¹⁸ Ainsi que le mentionnent R. E. Davis-Floyd et C. F. Sargent, les premières études anthropologiques sur la naissance sont celles de Margarita Kay, *Anthropology Of Human Birth* (1982) et de Carol MacCormack, *Ethnography Of Fertility And Birth* (1982), précédées de *Birth In Four Cultures* de Brigitte Jordan, paru en 1977. Celles-ci marqueront le début de l'intérêt de cette discipline pour ce sujet.

années 1980 que naît l'intérêt de ces chercheurs pour le couple dans la période du post-partum, ce qui explique en partie le nombre limité d'études sur cette thématique¹⁹. Néanmoins, alors que ces recherches se penchent sur la relation de couple après la naissance d'un enfant, la sexualité est un thème qui, lorsqu'il est abordé, ne l'est le plus souvent que de manière superficielle. Il en résulte que les vécus sexuels des nouveaux parents demeurent, de nos jours, un domaine d'étude en friche car largement sous-étudié, notamment en ce qui concerne le désir sexuel après l'accouchement.

De plus, la définition même du désir sexuel est aujourd'hui encore ouverte. Pour commencer, comme nous l'avons vu, les études sur ce dernier sont fortement influencées par deux paradigmes culturels a priori contradictoires. En effet, au niveau théorique, la conception dominante du désir sexuel est celle d'un attribut biologique inné qui prend forme à l'intérieur des corps féminins et des corps masculins. Cependant, au niveau empirique, le désir sexuel est exploré de manière asymétrique jusque dans l'approche de ses éléments biologiques.

Le désir sexuel dépend-t-il donc du sexe des individus ou est-il scientifiquement, donc socialement et culturellement construit comme tel? Une question fondamentale qui constitue la trame d'analyse du chapitre suivant.

Le concept de désir sexuel étant la source de nombreuses contradictions, il n'est donc pas surprenant de constater que, si K. von Sydow relève dans les questionnaires sur la sexualité postnatale des confusions terminologiques entre les chercheurs et leurs informatrices²⁰, il en va de même entre les auteurs de ces recherches: ce qu'il entendent par désir sexuel n'est jamais clair ni explicite. Les termes sexualité, désir sexuel, libido, excitation sexuelle, orgasme et même fréquence des activités sexuelles y sont utilisés de manière interchangeable.²¹ L'évaluation des manifestations du désir sexuel dans le post-partum est

¹⁹ Dans la base de données MEDLINE par exemple, une recherche avec les mots-clés "sexuality" et "pregnancy" débouche sur 6406 entrées. En comparaison, "sexuality" et "postpartum", "postnatal" et "puerperium" donnent respectivement 379, 114 et 272 entrées. Ces nombres se réduisent encore si seuls les articles consacrés à la période suivant l'accouchement sont pris en compte.

Les recherches avec les mêmes mots-clés sur RERO, le réseau des bibliothèques de Suisse occidentale, donnent des résultats qui, eux, se chiffrent en décimales, y compris en élargissant le domaine avec les termes "naissance", "accouchement" et "désir (sexuel)".

²⁰ "The validity of results on human sexuality can be impaired by terminological problems, which are often not adequately managed in questionnaire studies. From interview studies it can be concluded that many (female) participants do not adequately understand the terms "orgasm", "intercourse", or "coital position". (1998: 34-35)

²¹ Précisons que ces confusions ne sont pas spécifiques aux articles (para)médicaux. Par exemple, dans sa tentative de cerner une définition du désir sexuel dans les différents courants féministes, N. Tremblay constate que celui-ci est non seulement très peu présent comme objet d'étude dans la littérature féministe mais y est également approché de manière très floue: "Désir, désir sexuel, désir de s'accomplir, désir d'être mère, désir de plaisir, tous se [retrouvent] mélangés les uns aux autres. Au cours d'un même paragraphe ou d'une même phrase,

ainsi le plus souvent effectuée par le biais (chiffré) des rapports sexuels avec pénétration, excluant les autres variables, notamment non coïtales, pouvant intervenir dans son expression (voir annexe p. VI). Dans leurs études, la baisse ou l'absence de désir sexuel se mesure et se traduit en effet principalement en une fréquence basse ou inexistante, de même qu'en une reprise tardive des relations sexuelles après la naissance. (voir Inglis, 1980; Robson et al., 1981 et Elliott et Watson, 1985 par exemple)

Or la baisse ou l'absence de désir sexuel peut résulter en une diminution de la fréquence *souhaitée* des activités sexuelles (Trudel, 2003: 11), mais leur fréquence et le moment de leur reprise ne sont toutefois pas en eux-mêmes des facteurs pertinents dans l'étude du désir sexuel. D'une part, il s'agit comme nous l'avons vu d'un phénomène distinct et séparable de l'activité sexuelle. D'autre part, le fait d'avoir ou non des rapports sexuels n'est pas toujours uniquement imputable à la présence ou absence de désir sexuel. Si certains couples n'ont pas de relations sexuelles pendant la période des menstruations par exemple, cela n'implique pas nécessairement un manque de désir de leur part. En effet, comme le fait remarquer Kitzinger, "Il existe chez beaucoup de femmes un interdit qui a force de tabou: pas de rapports sexuels pendant les règles. D'autres disent simplement que "ça fait trop de dégâts" ou qu'elles ne "trouvent pas ça bien"." (1986: 67-68), la présence de sang menstruel pouvant également déranger leur partenaire.

De même, ainsi que nous le verrons dans les récits des femmes (chapitre IV), les couples n'ayant pas d'activités sexuelles dans le post-partum peuvent tout aussi bien émettre une réserve personnelle que répondre à des proscriptions culturelles – telle que l'abstinence sexuelle conseillée pendant les six à huit semaines qui suivent l'accouchement, souvent interprétée comme norme –, sans compter que présence de rapports sexuels ne rime pas toujours avec désir.

Les méthodologies de ces études recèlent donc des ambiguïtés: comment et sur quoi s'élaborent les bases théoriques ou le consensus sur lesquels s'appuient ces chercheurs? De même, les causes avancées concernant les problèmes dans la sexualité du post-partum

deux formes de désir [peuvent] être abordées mais sans jamais nous en indiquer la nuance ou les différences pouvant les distinguer." (1995: 14) Cela se comprend par les dérives d'une distinction entre sexe et genre qui, bien qu'elle ait été conceptualisée pour dénoncer la naturalisation de la féminité, a longtemps eu l'effet contraire. Il faut en effet attendre les années 1980 pour que la notion essentialiste d'un corps naturel soit radicalement remise en question et intégrée comme objet de recherche féministe. (voir Gardey et Löwy, 2000 et Oudshoorn, 2000).

renvoient-elles à une baisse ou absence du désir sexuel ou de la fréquence des activités sexuelles?

Parallèlement à la détermination du concept spécifique de désir sexuel, les années 1980 sont aussi – et c'est surtout sur ce point, qui constitue le fil rouge de ma réflexion, que j'aimerais attirer l'attention – le moment de l'émergence de la baisse et de l'absence de désir sexuel (dans le post-partum) comme *problèmes*, de plus médicaux, dans la société occidentale. La simultanéité de leur apparition est par ailleurs éloquente car elle montre que les chercheurs occidentaux restent fidèles à la tradition historique, dans laquelle les comportements sexuels émergent comme sujets d'étude d'abord sous leur forme problématique ou hors norme. Suivant le même processus de développement que la sexualité, dont les expressions normales (normées *et* normalisées) se définissent par rapport aux pratiques considérées comme déviantes ou pathologiques, notre conception du désir sexuel s'élabore en fonction et en aval de sa baisse ou de son absence.

Contrairement à l'impression atemporelle que dégage la conception problématique / pathologique de la baisse ou absence de désir sexuel, celle-ci a donc une histoire et son émergence en tant que telle est somme toute récente. De plus, il est intéressant de relever que cette définition du désir sexuel hypoactif comme problème médical qu'il faut soigner s'est très rapidement propagée dans les différents milieux et possède désormais le statut de paradigme ou, pour reprendre les termes de B. Latour, de "boîte noire" dans les recherches et théorisations sur le sujet.

III. LA BAISSSE OU L'ABSENCE DE DESIR SEXUEL POST-PARTUM ET SES LIEUX D'ENONCIATION LEGITIMES DANS LA SPHERE PUBLIQUE

Lors de mes prospections bibliographiques sur la baisse ou l'absence de désir sexuel dans la période du post-partum, j'ai rapidement réalisé que plus je lisais sur le sujet, plus j'avais le sentiment d'être confrontée à la répétition d'un même discours. Pensant au départ qu'il s'agissait d'une erreur méthodologique de ma part, cette impression s'est toutefois confirmée par la suite dans d'autres sources bibliographiques, de même que lors de discussions informelles avec mon entourage et de mes premiers entretiens avec des professionnels du couple, de la sexualité et de la santé. Que ce soit par écrit ou par oral, tous évoquaient les mêmes causes pour expliquer le désir sexuel hypoactif dans le postnatal.

Etant donné l'absence de points de vue alternatifs et donc de lieux de débat dans la sphère publique, cette conception uniforme du problème m'a paru questionnable.

Pour comprendre les mécanismes sous-jacents à cette homogénéité discursive, j'ai utilisé ici la démarche dite constructiviste de la sociologie des sciences, apparue dans les années 1970-1980. "Cette approche, sans nullement nier l'existence de phénomènes naturels indépendants de la volonté humaine, postule que la compréhension de ceux-ci est une activité sociale et culturelle qui, en tant que telle, n'est pas indépendante du temps et du lieu de sa production." (Löwy, 2000b:187)

En effet, comme nous l'avons vu dans la partie précédente, la baisse ou l'absence de désir sexuel après l'accouchement n'est pas donnée, évidente mais comporte une dimension sociohistorique, celle-ci n'étant ni perçue ni appréhendée de manière analogue selon ses inscriptions culturelle et temporelle. Cependant, comme le font remarquer J. Gusfield et B. Turner par exemple, l'analyse d'un problème fait ressortir plus que de l'historicité, elle permet également de dégager des relations structurelles: "there is a pattern to how issues and problem arise, emerge, and evidence a structure. At any specific moment, all possible parties to the issue do not have equal abilities to influence the public; they do not possess the same degree or kind of authority to be legitimate sources of definition of the reality of the problem, or to assume legitimate power to regulate, control, and innovate solutions." (Gusfield, 1981: 8-9) Si pour tout phénomène coexistent plusieurs systèmes de connaissance, tous n'ont pas le même poids dans la sphère publique; certains possèdent plus d'autorité et de légitimité que les autres. En ce sens, le savoir n'est pas "neutre", c'est-à-dire détaché et détachable de son

contexte d'élaboration, mais au contraire indissociable des institutions et des groupes sociaux dans et à travers lesquels il se construit. (voir Jordanova, 2004: 339 ; Delphy, 1998: 26 ; Gardey et Löwy, 2000a: 10-11 ; Löwy, 2000a: 140; Oudshoorn, 1998: 776, par exemple)

Partant ainsi du postulat selon lequel le savoir est avant tout un développement interactif rassemblant divers acteurs nantis d'une légitimité discursive dans la sphère publique, la sociologie des sciences aborde les conditions de sa production en terme de "réseau", notion que B. Latour définit de la manière suivante: "Le mot indique que les ressources sont toutes concentrées en quelques lieux – les nœuds – , mais que ces nœuds sont reliés les uns aux autres par des mailles; grâce à ces connexions, les quelques ressources dispersées deviennent un filet qui semble s'étendre partout." (1995: 434) Notons que les concepts de "réseau" et de "structure" ne renvoient pas à un agencement immuable et permanent: miroirs des tensions, conflits et rapports de pouvoir entre les différentes communautés, la dispersion de ses ramifications est sans cesse changeante.

Si les philosophes, historiens et sociologues B. Latour, J. Gusfield et M. Foucault m'ont donné les outils nécessaires pour retracer les différentes étapes, de même que les lieux matériels et énonciatifs en jeu dans le processus de production d'un savoir autoritaire sur la baisse ou l'absence de désir sexuel dans le post-partum, c'est leur annexion à une autre source de réflexion qui m'a permis d'approfondir mon analyse. En ajoutant une perspective féministe au constructivisme social des sciences, les écrits critiques de biologistes féministes comme N. Oudshoorn et A. Fausto-Sterling et du collectif réuni autour de D. Gardey et I. Löwy m'ont en effet guidée dans une compréhension plus détaillée du phénomène.

Afin de saisir les raisons d'une telle homogénéité des discours sur les causes de la baisse ou absence de désir sexuel post-partum dans la sphère publique, voici donc les questions autour desquelles s'articule ce chapitre: quels acteurs et institutions produisent le savoir qui fait autorité sur ce problème ou, en d'autres mots, quels sont les "nœuds" et lieux d'énonciation légitimes des "mailles" de ce réseau? Quel discours construisent-ils sur le sujet? De plus, quels sont les agents qui en servent de relais? Reproduisent-ils tous les mêmes propos?

La baisse ou l'absence de désir sexuel et ses différents réseaux d'acteurs légitimes

Revenons pour commencer à la notion même de désir sexuel. Nous avons vu dans le chapitre précédent qu'il existe deux approches principales du désir sexuel, parfois intégrées dans un seul discours multimodal: la première la considère comme une expression biologique innée prenant source dans le corps, la seconde en tant que dynamique psychique. Ces deux paradigmes nous permettent d'établir le triangle de base de la définition et de la compréhension de ce phénomène en Occident, ainsi composé de deux groupes d'acteurs majeurs, les bioscientifiques – physiologistes, endocrinologues et neurologues – d'une part, et les sciences de la psyché – psychologues, psychiatres et psychanalystes – de l'autre.

Lorsque l'on considère le pan particulier du désir sexuel que constitue sa baisse ou son absence, un troisième groupe d'acteurs vient compléter cet ensemble. Créateurs du nouvel objet para-scientifique qu'est le désir sexuel hypoactif, les sexologues et thérapeutes sexuels possèdent, en effet, une légitimité discursive considérable sur ce sujet qui, de par leur contribution initiale, leur "appartient" en quelque sorte en premier lieu.

Toutefois, les sexologues et thérapeutes sexuels ne travaillent pas seuls mais s'inscrivent dans un réseau où des liens serrés les unissent aux deux groupes précités, les biosciences et les sciences de la psyché. Ainsi que le font remarquer des auteurs comme N. Oudshoorn, I. Löwy et B. Latour, l'activité de recherche et la production de savoir ne se déroule pas de manière isolée mais rassemble au contraire de nombreux groupes d'acteurs, et l'élaboration collective de la définition de la baisse ou absence de désir sexuel dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM) est une des illustrations possibles de la collaboration qui existe entre les différentes communautés de ce réseau.

En différenciant les troubles de l'excitation et du désir sexuels, les sexologues et thérapeutes sexuels ont contribué à l'apparition d'une nouvelle entrée dans le DSM: celle du désir sexuel hypoactif. Dans ce manuel de l'Association Américaine de Psychiatrie, qui est également l'ouvrage de référence en sexologie, la baisse ou l'absence de désir sexuel est définie, entre autres, comme un problème d'ordre biogène ou/et psychogène (cf. annexe p. II), révélant ainsi l'entente mouvante de ces trois groupes sur la conception causale de ce phénomène. Cette compatibilité conceptuelle a d'ailleurs certainement joué un rôle dans la rapide acceptation de cette nouvelle dysfonction sexuelle, de même qu'à l'intégration des sexologues et des thérapeutes sexuels dans le réseau d'acteurs ainsi formé.

Les explications en termes de biogène, psychogène ou sous forme de cumul des deux ne doivent cependant pas être comprises comme la formulation représentative du discours de ces trois ensembles d'acteurs. Alors que les facteurs biologiques portent l'empreinte des biosciences et les éléments d'origine psychique celle des sciences de la psyché, contrairement à l'impression trompeuse que peut induire l'approche biologique *et* psychique de la baisse ou l'absence de désir sexuel, l'approche des sexologues et thérapeutes sexuels, même si elle s'appuie sur ces deux dimensions, ne se limite pas à leur simple addition. En effet, lorsque les diverses communautés scientifiques communiquent entre elles et viennent à partager certaines de leurs perceptions, chacune incorpore, traduit et utilise les données issues des autres disciplines en ses propres termes: "La science ne se réduit pas [...] à la juxtaposition de "faits" élaborés par des groupes isolés d'experts. [...] Des "collectifs de pensée" distincts sont en contact permanent, et les concepts et pratiques circulent continuellement entre des "styles de pensée" distincts. [...] Pratiques et "faits" changent de signification au cours de leur circulation entre diverses communautés scientifiques et entre ces experts et le monde extérieur." (Löwy, 2000a: 147-148) Par exemple, les causes biogènes du désir sexuel hypoactif dans le post-partum sont interprétées différemment lorsqu'il s'agit de la sexologie et thérapie sexuelle, des biosciences ou des sciences de la psyché: les premières mettent l'accent sur l'influence possible d'usages médicamenteux ou psychotropes, les secondes sur celle des fluctuations hormonales et les dernières sur les composantes biochimiques du fonctionnement du système nerveux.

Ainsi, tout en utilisant des notions communes, ces trois approches scientifiques élaborent un discours spécifique sur le phénomène.

Qu'en est-il de la baisse ou absence de désir sexuel lorsque celle-ci se situe dans le contexte particulier du post-partum? Trouve-t-on le même "collectif de pensée" à la base de sa définition et de la production du savoir sur ce sujet? En appliquant à nouveau la démarche constructiviste, force est de constater des changements structurels dans la distribution de ses lieux d'énonciation légitimes.

Si, dans le réseau d'acteurs rassemblé autour du désir sexuel hypoactif dans la période spécifique du post-partum, nous retrouvons les biosciences et les sciences de la psyché, c'est au niveau des sexologues et thérapeutes sexuels que se produit la modification structurelle que j'aimerais relever: dans le contexte spécifique du postnatal, ceux-ci sont substitués par les

gynécologues qui s'imposent, aux côtés des biosciences et des sciences de la psyché, comme acteurs incontournables du réseau de la baisse ou absence de désir sexuel post-partum.

Les sexologues et thérapeutes sexuels ne disparaissent pas pour autant de ce réseau, cependant ils ne se trouvent plus dans la sphère intérieure de la production du savoir à ce sujet; ils ne font plus partie du triptyque de base réuni autour de ce phénomène précis. En effet, si l'on regarde la provenance disciplinaire des articles et recherches scientifiques qui concernent ce sujet spécifique, la sexologie et thérapie sexuelle en est largement absente. Un constat que partage K. von Sydow qui, se penchant sur les professions et spécialisations des chercheurs, leur affiliation institutionnelle ainsi que le type de supports dans lesquels sont publiées leurs études, relève que ces dernières proviennent des milieux médicaux (gynécologie, obstétrique, psychiatrie, épidémiologie et médecine générale), paramédicaux (corps infirmier et sages-femmes), voire sont d'origine interdisciplinaire (psycho-sociologie); les sexologues et thérapeutes sexuels n'étant pas représentés²². (1999: 30-32)

La période du post-partum serait-elle donc la particularité dont résulte le changement de légitimité dans ce réseau d'acteurs?

Longtemps entourée de nombreuses prohibitions culturelles liées notamment au toucher et à la vue du sexe féminin, la naissance a pendant des siècles été une affaire de et entre femmes. Ceci commence à changer à la fin du XVIIe siècle lorsque les sages-femmes, dont le travail est déjà sous le contrôle grandissant de l'Etat et de l'Eglise – pour des questions d'héritage ou de baptême par exemple –, doivent faire face à de nouvelles pressions extérieures: "an economically competitive middle-class, emergent experimental science, landmark studies in female anatomy, and a developing print culture provided impetus for changes in birthing practices." (Tatlock, 1992: 731)

Ce n'est cependant qu'à la fin du XIXe et début du XXe siècle que ces transformations adviennent véritablement, cristallisées en un changement important: en Occident, les accouchements qui auparavant avaient lieu en présence d'une sage-femme au domicile même de la parturiente, se déroulent désormais à l'hôpital à l'aide d'un corps médical nouvellement formé, les gynécologues-obstétriciens, et de leurs technologies récentes (anesthésie, appareils

²² Précisons également que, renseignements pris auprès de caisses d'Assurance Maladie suisses, à moins qu'il ne s'agisse d'une spécialisation complémentaire (psychiatre / gynécologue *et* sexologue, par exemple), le recours à un sexologue ou thérapeute sexuel, contrairement aux autres groupes susmentionnés, n'est pas remboursé.

de monitoring, instruments et techniques telles que la césarienne, l'épisiotomie²³, l'extraction de l'enfant par forceps ou ventouse, etc.).

Parallèlement au développement des procédures cliniques et des technologies chirurgicales et pharmaceutiques, cette délocalisation de l'accouchement est également le fruit d'une campagne de longue haleine menée dans le but d'institutionnaliser, de professionnaliser et de légitimer la discipline émergente de la gynécologie-obstétrique. Des chercheurs comme R. Davis-Floyd et C. Sargent, A. Oakley, L. Tatlock, B. Jordan, ou encore K. Michaelson ont démontré que l'entrée progressive des gynécologues-obstétriciens dans la sphère de la reproduction s'est jouée sur la dévalorisation des autres systèmes de connaissance, dont principalement le savoir et les pratiques des sages-femmes. En effet, que ce soit dans les traités médicaux, les manuels historiques ou les lithographies, ces dernières commencent à être dépeintes dès le XVIIe siècle, et ceci de manière récurrente au XIXe et XXe siècles, comme des prodigieuses de soins aux compétences hasardeuses, voire mortelles. Ainsi que le fait remarquer A. Oakley, "It is characteristic of such developments that the new professionals also write their own history – which means effectively *rewriting* history – so that what actually happened is recast to fit the contours of what the new professional group believes it has to offer. To be more specific, Dr Garrigues and others like him had to argue that the practice of female midwives was dangerous and unscientific, and that the status of midwives in society was low." (1993: 68)

La reproduction est ainsi devenue, après une lutte de pouvoir considérable, un domaine et une formation des sciences médicales, une transformation qui, selon les dires de B. Jordan, "quickly delegitimized all other kinds of healing knowledge [barber surgeons, homeopaths, folk healers of various kinds, midwives, and other empirically based practitioners], putting the newly defined medical profession in a position of cultural authority, economic power, and political influence." (1997: 57) La naissance, dès lors appréhendée au même titre que d'autres processus physiologiques ou pathologies, s'est transformée en une spécialisation de l'obstétrique qui, dans un mouvement de fragmentation des différentes étapes de la reproduction, s'est distinguée de la pédiatrie pour s'annexer à la gynécologie.

Dans ce même élan et par ces mêmes moyens, les gynécologues ont vu s'élargir leur domaine de compétence, jusqu'à être aujourd'hui définis dans les dictionnaires de langue française

²³L'épisiotomie est "une incision qui va de la base du vagin au côté du périnée [zone génitale entre le vagin et l'anus], ou qui a la forme d'un "J". Autrement dit, elle traverse les tissus et les muscles qui ne s'ouvrent pas à cet endroit en temps normal." (Kitzinger, 1986: 257)

comme des "médecins spécialistes des maladies des femmes, des accouchements, etc.". Intervenant dans les trois temps de la reproduction – l'avant, le pendant et l'après – ces derniers en sont venus à "posséder" la période du post-partum.

Ainsi, m'appuyant sur les analyses des auteurs cités ci-dessus dans lesquelles la légitimité détenue par les gynécologues-obstétriciens se résume en l'hospitalisation de la naissance, j'avance l'hypothèse suivante: dans le réseau d'acteurs évoluant autour de la baisse ou l'absence de désir sexuel après l'accouchement, la position légitime des gynécologues prend forme et s'exprime principalement à travers l'institutionnalisation de la consultation postnatale; une rencontre (remboursée par l'Assurance Maladie) qui a non seulement lieu le plus souvent dans leur cabinet, six à huit semaines après la sortie de l'hôpital, mais qui sert également de clôture aux diverses étapes inscrites dans le carnet maternité²⁴, et par conséquent à la circonscription pratique et théorique de la période dite du post-partum.

Le réseau d'acteurs en jeu dans la conception et la définition du désir sexuel est donc le noyau dur qui ne change pas selon les expressions positives et négatives de ce dernier. Cette constance, pour reprendre les termes de I. Löwy dans sa présentation de *La genèse et le développement d'un fait scientifique* de L. Fleck, peut ainsi être considérée comme la base sur laquelle s'appuient les différentes sources discursives pour communiquer entre elles, de même que pour élaborer un savoir sur la question: "[elle] reflète les connaissances tenues pour acquises par cette communauté, soulève des questions "légitimes", répertorie les moyens d'y répondre (techniques, réactifs et instruments), et les critères d'évaluation de la preuve." (Löwy, 2000a: 147) Cependant, la reconstruction du réseau d'acteurs intervenant dans la production du savoir sur le déclin ou l'absence de désir sexuel démontre qu'il ne s'agit pas du même rassemblement selon si celle-ci s'inscrit ou non dans le contexte spécifique du post-partum. Le "collectif de pensée" réuni autour de la baisse ou l'absence de désir sexuel postnatale prend donc forme à travers l'association des "styles de pensée" des biosciences, des sciences de la psyché et de la gynécologie, spécialisation médicale à laquelle "appartient" principalement cette période particulière.

²⁴ Plus de détails sur les contrôles inscrits dans le carnet maternité se trouvent par exemple dans le *BabyGuide: le guide-conseil régional des futurs et jeunes parents en Suisse*, distribué gratuitement en pharmacie.

Le contexte spécifique du post-partum: transfert de légitimité et glissements conceptuels

Ce changement dans le triptyque d'acteurs du réseau de la baisse ou absence de désir sexuel, lorsque celle-ci est placée dans le contexte de l'après-accouchement, n'a pas seulement des conséquences sur les relations structurelles et la distribution de légitimité entre les différents lieux d'énonciation: il influence également les axes de la recherche et la définition des causes de ce phénomène.

En ce sens, comme le démontrent N. Oudshoorn et A. Fausto-Sterling pour les hormones sexuelles, la clinique gynécologique offre ici aussi un cadre institutionnel puissant à la construction du savoir. Contrairement au désir sexuel ou à son déclin, la baisse ou l'absence de désir sexuel dans le post-partum pose certaines questions pratiques, dont celle de l'accès à la population de recherche, un facteur important dans la production du savoir sur le sujet.²⁵ En effet, alors qu'il est possible pour les acteurs du réseau constitué autour du désir sexuel hypoactif de travailler de manière plus ou moins indépendante des uns des autres, il n'en va pas de même lorsque celui-ci a lieu dans la période particulière qui suit l'accouchement: parce que c'est principalement auprès d'eux que se prend le rendez-vous pour la consultation postnatale, les biosciences et les sciences de la psyché doivent dès lors s'en remettre en grande partie aux gynécologues pour avoir accès à cette population d'étude²⁶.

Cette condition pratique n'est pas sans conséquences sur la recherche et la production du savoir sur la baisse ou l'absence de désir sexuel post-partum: si les cabinets et cliniques gynécologiques servent d'intermédiaires aux autres communautés disciplinaires pour approcher une population se trouvant dans les suites de couches, cette dernière est essentiellement, sinon uniquement, composée de femmes car celles-ci s'y rendent généralement non accompagnées de leur partenaire: "Elles viennent toujours seules. Jamais avec leur mari; avec leur enfant oui. [...] Parce que je pense qu'à ce moment-là, à part s'il s'agit de discuter réellement de sexualité, le mari n'a pas vraiment une place dans cette

²⁵ Cet accès, ainsi que je l'ai souligné dans l'introduction de ce travail, est en effet un élément important: n'appartenant pas au corps médical ou paramédical, j'ai non seulement eu des difficultés pratiques à accéder aux documents spécialisés, mais également à trouver des informatrices et c'est, je le rappelle, une amie gynécologue-obstétricienne qui m'a permis de contacter ces dernières. Ces difficultés d'accès ne sont donc pas seulement rencontrées par les autres acteurs du réseau court mais également par ceux du réseau long.

²⁶ Les gynécologues ne sont pas seulement les intermédiaires entre les bio- et psycho-scientifiques et cette population d'étude mais également entre ces derniers et les patientes: si l'on se réfère à nouveau à l'Assurance Maladie, les femmes doivent être munies d'une prescription écrite de leur gynécologue pour se faire rembourser les prises en charge de ce type dans le post-partum.

consultation [postnatale]. [...] Je ne veux pas dire que l'homme n'a pas de place mais je ne suis... On serait franchement mal intégré dans cette consultation. Il ne faut pas oublier qu'on joue sur des consultations de quinze, vingt, vingt-cinq minutes si c'est long, et je ne pense pas que les hommes sentent une grande place là. Ils retrouveront peut-être leur place justement après la consultation." (citation d'un gynécologue-obstétricien)

Cette spécificité structurelle et genrée participe à l'exclusion des hommes du phénomène: l'accès aux pères de nouveaux-nés est rendu plus ardu parce qu'il n'existe pas un tel cadre institutionnel permettant de suivre de manière analogue le processus reproductif et ses suites chez les hommes.

C'est en cela que le transfert de légitimité décrit plus haut produit un glissement conceptuel important: le cadre gynécologique devenant le moyen permettant d'accéder à cette population d'étude spécifique, les recherches sur la baisse ou l'absence de désir sexuel dans le post-partum, et par conséquent le savoir élaboré sur le sujet, suivent un mouvement de réduction; l'intégration des hommes dans l'étude du phénomène se heurtant à des difficultés pratiques, c'est donc essentiellement sur les femmes que se concentre l'attention scientifique.

Parmi les études sur la sexualité postnatale référencées dans ma bibliographie par exemple, seules quatre d'entre elles se basent sur un échantillon composé d'hommes et de femmes²⁷. Cette disparité est d'ailleurs confirmée par K. von Sydow dans son analyse de la littérature scientifique sur cette thématique: "Only 5 (8%) of the 59 studies are representative of a given maternal population and only 19 studies (32%) included the male partners." (1998: 29)

Inscrite dans un changement structurel dû à un contexte social particulier, le post-partum, et résultant de la dépossession de la sexologie au profit de la gynécologie, cette focalisation sur les femmes est également renforcée par les acteurs des deux autres groupes du réseau rassemblé autour de la baisse ou l'absence de désir sexuel post-partum.

Du côté des physiologistes, endocrinologues et neurologues, nous avons vu dans le chapitre précédent que l'exploration du désir sexuel et de ses manifestations problématiques se penche principalement sur les femmes et les événements biologiques qu'elles sont amenées à rencontrer. Ce traitement asymétrique, s'il s'explique en partie par les complications dues à un manque de contexte institutionnel masculin et aux difficultés d'approvisionnement en matière première qui en découlent, est aussi induit par des présupposés paradigmatiques. Or l'accouchement et la lactation étant le théâtre d'importantes fluctuations hormonales chez les

²⁷ Il s'agit de celles de Hames (1980), Mueller (1985), Fischman et al. (1986), et Byrd et al. (1998).

femmes – notamment au niveau des taux de prolactine, hormone sexuelle "féminine" par excellence –, cette tendance réductrice se voit donc également amplifiée par les bioscientifiques.

Ceux-ci ne sont pas les seuls à se focaliser sur les femmes lorsqu'il s'agit d'explorer les différents moments liés à la naissance, il en va de même pour les sciences de la psyché.

S'appuyant sur l'exemple de la dépression post-partum, thématique récurrente de la littérature consacrée à cette période, les analyses d'A. Oakley, de P. Romito et de M.-J. Gerson et al. démontrent qu'il existe à ce sujet un modèle explicatif à deux variantes: la première situe ses causes dans l'influence sur le fonctionnement du système nerveux central qu'exercent les changements biochimiques; la seconde la présente comme le résultat de problèmes intrapsychiques, c'est-à-dire comme "la conséquence de conflits non résolus ou de l'échec de l'adaptation de la femme à la maternité." (Delphy, 1992: 17)

Ces deux interprétations de la dépression post-partum – individualisantes et spécifiques au corps et au psychisme des femmes – sont une des illustrations possibles du regard que portent les psychiatres, psychanalystes et psychologues sur les phénomènes ayant lieu dans les suites de couches. Ne prenant ici en considération que les facteurs inhérents aux femmes, les sciences de la psyché s'alignent sur les biosciences et la gynécologie, et participent de ce fait, au même titre que ces derniers, à la construction d'une vision sexuée de la population concernée par les problèmes postnatals.

Ainsi que l'introduisent les interprétations de la dépression post-partum ci-dessus, ce glissement conceptuel, qui relève du réseau *et* du genre, ne dirige pas seulement les axes de la recherche mais intervient également dans les explications et définitions de la baisse ou absence de désir sexuel après l'accouchement. C'est ainsi sans surprise que dans le discours de ces différents spécialistes, seules sont présentées et approfondies les causes intrinsèques aux femmes.

Donner naissance étant sans aucun doute l'épreuve physique la plus marquante pour les femmes occidentales, ce sont ses répercussions physiologiques qu'ils évoquent en premier lieu. Si le corps des femmes est considéré comme à nouveau "fonctionnel" six à huit semaines après la naissance, les articles scientifiques émanant de ces trois groupes mentionnent néanmoins des facteurs physiques et biologiques qui peuvent résulter en un

déclin de désir sexuel chez certaines femmes²⁸. Parmi ceux-ci sont abordées la cicatrisation des déchirures périnéales ou de l'incision chirurgicale, de même que les fluctuations hormonales et leur corollaire, la sécheresse vaginale, qui peuvent rendre les rapports sexuels douloureux ou peu satisfaisants pour les femmes dans le post-partum. Les chercheurs ajoutent à cela la fatigue qu'ils expliquent par l'épuisement physique qui suit l'épreuve de l'accouchement, les horaires astreignants de l'allaitement ou encore comme un des symptômes accompagnant la dépression postnatale.

Alors que le corps y occupe une place centrale, une deuxième catégorie explicative se dégage de ces recherches: les causes relevant du psychisme des femmes. Une partie des chercheurs met l'accent sur les peurs qui accompagnent la reprise des rapports sexuels dans la période du post-partum, celle d'avoir mal ou d'endommager la zone cicatricielle, de même que de la fiabilité du moyen de contraception utilisé. Ces craintes, lorsqu'elles ne peuvent être décelées ou dissipées lors de l'examen médical postnatal et influent négativement sur l'expression du désir sexuel des femmes, sont interprétées comme étant d'origine psychosomatique.

Cependant, ce sont les besoins du nouveau-né et son intégration dans le couple devenu famille sur lesquels se concentre l'approche psychique des chercheurs. En effet, ceux-ci développent les problèmes d'ajustement des femmes à leur nouveau rôle et statut, dont principalement les états dépressifs rencontrés après la naissance, et s'attardent particulièrement sur la relation intense qui lie ces dernières à leur nouveau-né. (Curieusement, ces ajustements de rôle et de statut ne semblent pas poser de problème pour les hommes.) Dans ces articles, ce lien et ses conséquences sur le vécu sexuel des femmes sont abordés sous les angles physique et psychique; l'allaitement, principalement, est présenté comme une source possible de comblement tant émotionnel que sexuel. Si avant eux, des auteurs comme W. Masters et V. Johnson, de même que S. C. Weisskopf ont décrit que la succion des nourrissons lors de la tétée, ajoutée pour certaines aux exercices de Kegel, peut amener certaines femmes à l'orgasme, voici ce que relatent par exemple J. Byrd et ses collègues: "some mothers derive erotic satisfaction, or at least have their needs for intimate touching met, by breastfeeding, and therefore show less interest in sexual expression with

²⁸ Je me base ici sur les études publiées dans les périodiques et par les auteurs suivants: *Journal of Obstetrics, Gynecology, and Neonatal Nursing* (Inglis, 1980; Hames, 1980; Mueller, 1985; Fischman et al., 1986; Altener et Hartzell, 1997), *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* (Robson et al., 1981; Glazener, 1997), *Gynäkologie* (Hösli et Bitzer, 2002), *Obstetrics and Gynecology* (Forster et al., 1994; Kline et al., 1998), *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica* (Ryding, 1984), *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità* (Donati et Grandolfo, 2003), *The Journal of Family Practice* (Byrd et al., 1998), *Archives of Sexual Behavior* (Barrett et al., 1999) et le *Journal of Psychosomatic Research* (Kumar et al., 1981; Elliott et Watson, 1985).

their partners." (1998: 307) Par ailleurs, ainsi que le démontrent D. E. Eyer dans *Mother-Infant Bonding: A Scientific Fiction* (1992) et A. Adams dans son état des lieux sur la question, le lien mère-enfant, ses conséquences tant au niveau physiques qu'émotionnelles sur la sexualité postnatale et l'approche pathologisante de ce dernier n'est pas seulement une des causes avancées de la baisse ou absence de désir sexuel après l'accouchement mais constitue aussi le postulat de base sur lequel se sont développés deux acteurs institutionnels importants de ce réseau: les sciences de la psyché et la gynécologie-obstétrique. On retrouve donc ici la dynamique entre genre et réseau, l'un et l'autre s'appuyant mutuellement.

Émerge ainsi une dynamique circulaire: le trio d'acteurs à la base de la définition de la baisse ou absence de désir sexuel dans le contexte spécifique du post-partum conçoit, théorise, explore et donc circonscrit cette dernière comme un trouble sexuel inhérent aux femmes, et ses causes biophysiques et/ou psychiques servent à leur tour de moyen de légitimation pour les producteurs du savoir à ce sujet.

Comme nous l'avons vu, plusieurs éléments permettent d'expliquer cette focalisation sur les femmes: les spécialisations et structures médicales de ces institutions (et par ailleurs leur poids numéraire et économique), ainsi que l'attention particulière qu'accorde notre société aux suites de couches, perçues comme propices à l'apparition de diverses pathologies féminines. La supposition – en amont, mais (par conséquent) confirmée en aval – selon laquelle la baisse ou absence de désir sexuel après l'accouchement est une dysfonction issue des femmes, de leur corps et/ou de leur psychisme se co-construit et se concrétise donc dans l'interpénétration du genre et du réseau.

Transmission, circulation et reproduction du discours produit par le "collectif de pensée" légitime de la baisse ou absence de désir sexuel post-partum

La (re)constitution du réseau formé par les acteurs qui interviennent dans l'élaboration d'un savoir sur la baisse ou l'absence de désir sexuel postnatale faisant autorité ainsi que la prise en compte du genre est donc nécessaire pour saisir les mécanismes qui participent à la circonscription du phénomène. Néanmoins, le "fait discursif global" dont parle Foucault et, plus précisément, l'homogénéité de ce dernier ne peuvent se comprendre qu'en prenant également en considération les autres lieux d'où on en parle. (Foucault, 1976: 20)

Jusqu'ici, je n'ai développé qu'une partie du processus, celui de la production d'un savoir par les acteurs possédant une légitimité sur le sujet; il s'agit maintenant d'étendre le concept de réseau de manière à intégrer les autres groupes ou institutions qui gravitent dans cette toile car, comme le fait remarquer B. Jordan, "[...] people not only accept authoritative knowledge (which is thereby validated and reinforced) but also are actively and unselfconsciously engaged in its routine production and reproduction." (1997: 57-58)

Déterminer tous les acteurs participant de près ou de loin à la circulation, transmission et reproduction du discours élaboré par le "collectif de pensée" légitime de la baisse ou absence de désir sexuel dans le post-partum est une tâche aussi riche que passionnante. Cependant, face à l'ampleur que prendrait cette démarche au sein de ce travail, je me limiterai ici à la seule présentation des groupes d'acteurs les plus visibles de ce que B. Latour appelle le réseau long. Par le biais d'entretiens et de différentes sources écrites, l'analyse de ces autres discours nous permettra de repérer, s'il en est, les glissements conceptuels mentionnés plus haut, c'est-à-dire la focalisation du problème sur les femmes, leur corps et leur psychisme.

Arrêtons-nous pour commencer sur l'enseignement – lieu de transmission par excellence – dispensé au corps médical et paramédical au cours de leur formation.

Un ouvrage, utilisé comme référence bibliographique dans les études (para)médicales actuelles en Suisse, s'est introduit de manière récurrente dans mes échanges sur les problèmes sexuels rencontrés dans le post-partum avec des étudiants dans le domaine de la santé: *La consultation postnatale* (1995). Réunissant un collectif d'auteurs provenant de disciplines diverses, la structure de ce livre est déjà en soi intéressante: la thématique de la contraception n'étant pas abordée car, selon le constat des auteurs, largement traitée ailleurs, les parties présentées dans cet ouvrage se développent autour de deux axes principaux qui sont le physique d'une part, et le psychisme de l'autre. Le partage est cependant inégal puisqu'un seul chapitre est consacré au second, reflétant ainsi la composition de ce groupe de spécialistes de la période postnatale²⁹.

²⁹ Il s'agit d'un médecin-chef honoraire au service de gynécologie-obstétrique, d'une gynécologue-accoucheur, d'un chirurgien vasculaire, d'un moniteur cadre en masso-kinésithérapie, d'un chirurgien esthétique et plasticien, d'un rhumatologue et pour finir, d'un psychiatre et de deux psychologues cliniciens et psychothérapeutes. Notez que contrairement à l'impression qu'un tel collectif peut donner, cette approche pluridisciplinaire de la période postnatale n'est en aucun cas *interdisciplinaire*, chaque auteur n'intervenant que dans sa propre spécialisation.

Alors que nous aurions pu penser qu'une discussion sur la reprise des rapports sexuel dans les suites de couches aurait aussi eu sa place aux côtés des changements corporels et de l'esthétique par exemple, ce sujet n'apparaît que dans deux chapitres dont les intitulés anticipent les glissements conceptuels participant à la réduction de la sexualité postnatale aux femmes et à leur corps psycho-physique.

Dans le premier, "Le plancher pelvien", P. Crimail, F. Hainaut et A. M. Delage se penchent sur les différentes étapes de l'examen physique qui a lieu lors de la consultation postnatale; ils listent et détaillent des traumatismes responsables de problèmes dans le post-partum dont l'incontinence urinaire d'effort, le prolapsus, les douleurs pelvipérinéales auxquels ils ajoutent les troubles sexuels. A ce sujet, considérant la zone du périnée comme "un tout corporel et mental" (1995: 1), ils relèvent l'importance de faire la distinction entre ce qui relève de l'organique et du psychique. En effet, s'ils associent principalement la baisse ou l'absence de désir sexuel après l'accouchement à des facteurs physiques tels que des béances vulvaires résiduelles ou des cicatrises en cours responsables de rapports sexuels douloureux ou peu satisfaisants, ils précisent toutefois que des plaintes "non fondées" peuvent n'être qu'une expression de problèmes antérieurs: "Cependant, la sexualité du couple après l'accouchement est la continuité de ce qu'elle était avant, et, en cas de difficultés antérieures, la femme risque de majorer des problèmes gynécologiques: *elle aura enfin un prétexte dont elle pourra se servir*. Ainsi devant des difficultés ou l'impossibilité de la reprise des rapports sexuels (dyspareunie), il faut rechercher une lésion organique. [Celle-ci] pourra avoir un retentissement psychique mais, un refus psychique de reprise des rapports trouve dans une raison organique *un prétexte idéal*, car souvent subjectif". (Crimail et al. 1995: 2, mes italiques) Les dyspareunies peuvent donc résulter de causes physiques puis, sur la durée, se révéler d'ordre hormonal, mais lorsque l'examen postnatal s'avère satisfaisant aux yeux du praticien, elles doivent être envisagées comme une manifestation de nature psychosomatique. Cette interprétation est approfondie plus loin dans "L'approche psychologique, histoire d'un rendez-vous: devenue mère, une femme", chapitre dans lequel E. Dahan, C. Cauquil et X. Lallart traduisent le manque ou l'absence de désir sexuel des femmes dans le post-partum par des éléments psychiques antérieurs ou présents. Outre un passé gynécologique et obstétrique difficile ainsi que des antécédents familiaux, ils évoquent divers états dépressifs et le lien entre la mère et son nouveau-né qui, s'il s'agit d'un attachement trop fort, peut se traduire en une régression au stade infantile: "Certaines femmes semblent se complaire à s'enfermer dans le rôle exclusif de mère, délaissant le mari, les affaires familiales, domestiques et sociales.

[...] Elles portent moins d'attention aux investissements extérieurs: négligeant leur vêtue, leur cadre de vie et leurs relations sociales. [...] Cette attitude atteste souvent une fragilité ou une immaturité de la structure de leur Moi." (Dahan et al., 1995: 90)

Il est intéressant de constater, comme l'indique d'ailleurs son intitulé, que si les hommes font quelques rares apparitions dans le texte, il n'en va pas de même pour les pères, largement absents de l'analyse de ces auteurs.

Si cette conception de la baisse ou absence de désir sexuel dans le post-partum comme problème physique, psychique ou psychosomatique spécifique aux femmes est ainsi transmise dans l'enseignement au travers d'ouvrages formateurs tels que *La consultation postnatale*, qu'en est-il des discussions entre spécialistes issus de disciplines différentes?

La retranscription en 2002 d'un colloque sur le thème de l'après-accouchement dans le bulletin de l'Association Pluridisciplinaire de Recherche et d'Etude sur la Sexualité (A.P.R.E.S.) présente également la sexualité postnatale sous ces deux abords. Pour la conférencière C. H. Audinet, la profession de sage-femme dont elle fait partie possède un statut privilégié car "au cœur des problèmes, ayant accès au corps et au psychisme de la femme". Ce disant, elle annonce les deux dimensions développées dans sa présentation: faisant écho aux auteurs cités ci-dessus, elle commence par exposer les facteurs physiques qui peuvent résulter en difficultés sexuelles dans le post-partum, dont les douleurs au niveau des cicatrices périnéales et les fluctuations hormonales, puis continue sur leurs composantes psychiques, sous lesquelles elle regroupe les peurs de douleurs lors de la pénétration, le lien mère-enfant et les problèmes sexuels comme catalyseurs de difficultés antérieures.

Son approche reste individualisante et limitée aux femmes, comme par exemple en ce qui concerne les problèmes sexuels non imputables à des causes physiques: "Parfois la maternité joue comme catalyseur ou révélateur de problèmes (vaginisme, anaphrodisie, anorgasmie, dyspareunie) plus profonds et la sage-femme peut alors soit, si elle est formée en sexothérapie, *prendre en charge la femme dans son couple*, soit *la diriger vers d'autres intervenants spécialisés (psychologues ou sexothérapeutes)*." (mes italiques) Cette citation est intéressante à double titre: d'une part, elle démontre l'effacement des hommes dans les difficultés sexuelles du couple, réduisant ainsi la baisse ou l'absence de désir sexuel dans le post-partum à un problème médical féminin; d'autre part, en l'absence de symptômes physiques, celui-ci relève d'un trouble plus profond, antérieur à l'accouchement, et c'est donc aux acteurs du réseau du désir sexuel hypoactif qu'il faut faire appel.

Les glissements conceptuels qui nous intéressent se retrouvent aussi dans d'autres lieux: une conseillère du Planning Familial m'ayant permis de lire le travail sur la sexualité postnatale qu'elle a effectué dans le cadre de sa formation en collaboration avec une collègue, j'ai constaté que la circonscription du phénomène est également renforcée par des appareils institutionnels. En effet, affichant les mêmes propos sur les éléments biophysiques et psychiques que les auteurs susmentionnés, voici ce que précisent I. Chollet-Vial et M.-C. Châtelain: "Nous associons ici psychisme et corps, persuadées que nous sommes qu'ils sont interdépendants et indissociables. Nous allons même plus loin en postulant que la relation psycho-somatique est caractéristique de cette expérience si totale qu'est la maternité." (1991: 9) S'appuyant sur la littérature spécialisée et sur leurs entretiens auprès de mères primi- et multipares, leur description des facteurs susceptibles d'influencer la sexualité postnatale ne s'affranchit pas de la vision réductrice du problème, reproduisant ainsi encore une fois un discours sur l'hypoactivité du désir sexuel dans le post-partum essentiellement focalisé sur les femmes.

Distribué dans leurs locaux mais également lors des visites des conseillères en Planning Familial en milieu hospitalier dans le service de maternité, leur feuillet informatif sur la sexualité postnatale m'a dévoilé un autre groupe d'acteurs engagé dans le réseau long de la baisse ou absence de désir sexuel dans le post-partum: l'industrie pharmaceutique³⁰. Elaboré, imprimé et distribué par la firme suisse de pharmacie Schering, ce prospectus porte en effet son empreinte sur la première et la dernière de ses dix pages. S'il est principalement destiné à la présentation des différents moyens de contraception après l'accouchement, trois paragraphes explorant la question de la "Sexualité post-natale – une période de renouvellement?" en servent d'introduction³¹. Débutant, ainsi que l'illustre la photo accompagnant le texte, par les changements qu'implique l'arrivée d'un enfant pour les deux partenaires, le glissement se (re)produit dans la suite, le discours ne présentant les problèmes

³⁰ Il s'agit du seul prospectus informatif abordant spécifiquement la sexualité postnatale. Dans une autre brochure, *La santé au féminin, ou comment faire rimer sexualité et santé*, également trouvée au Planning Familial, un unique paragraphe est consacré à la sexualité et la naissance. Principalement centré sur la période de la grossesse, une seule phrase mentionne la période du post-partum: "De nombreuses femmes constatent qu'une grossesse peut modifier la sexualité de diverses manières. Ces changements sont liés d'une part *aux hormones produites par le corps* durant la grossesse, et d'autre part, *à l'attitude personnelle* [...]. En ce qui concerne la sexualité pendant et après la grossesse, le principe est le même que pour la sexualité en général: laissez-vous guider par vos sentiments." (Nötslinger, 2001: 13, mes italiques)

³¹ Précisons que la personne qui assure la permanence téléphonique au numéro figurant sur la page de garde du prospectus – une femme titulaire d'un doctorat en sciences naturelles et travaillant dans le milieu pharmaceutique – m'a appris que durant ces cinq dernières années, seuls des compléments d'information au sujet des différents contraceptifs et leurs compatibilités avec l'allaitement ont été donnés, aucun appel n'ayant eu pour sujet la sexualité en tant que telle.

sexuels qu'en lien avec les femmes: "L'épuisement physique et l'état psychologique particulier qui suivent un accouchement peuvent conduire à ce que *certaines femmes* repoussent dans un premier temps l'idée de la sexualité. Mais dans la plupart des cas, la situation se normalise au bout de quelques mois, dès que la nouvelle famille a trouvé son équilibre. *Beaucoup de femmes* vivent alors leur sexualité avec une nouvelle intensité, car la grossesse et la naissance leur ont permis de prendre une nouvelle conscience de leur corps." (Schering, 1999: 1, mes italiques)

Je n'ai présenté ici que certains groupes d'acteurs plus ou moins directement liés au réseau de la baisse ou absence de désir sexuel dans le post-partum. Néanmoins, en m'éloignant un peu plus de cet ensemble, j'ai à nouveau retrouvé le même discours, avec quelques menues variations. Ainsi, un conseiller conjugal également pasteur réformé, m'a par exemple mentionné plusieurs facteurs psycho-relationnels pouvant influencer négativement le désir sexuel, tels que le stress, la fatigue, des antécédents familiaux ou encore la qualité de la relation de couple. Cependant, lorsqu'il dessine le schéma type des causes de la baisse ou l'absence de désir sexuel après l'accouchement, c'est encore une fois les femmes qui semblent être à la source du problème, de par leur lien avec le nouveau-né: "Ce qui arrive, le cas classique je veux dire, c'est que la femme dans la première année après la naissance vit une sorte de fusion avec son enfant qui est tellement forte qu'elle investit son énergie, son affectif sur l'enfant. Et le mari se sent éjecté. [...] C'est un problème pratiquement comme si la femme avait commis une infidélité avec l'enfant. C'est-à-dire que la femme a un amant: c'est son enfant. Je caricature un peu, mais son énergie libidinale, elle la met sur l'enfant, donc elle se désinvestit de son mari. Et [celui-ci], en général, va se donner dans une autre activité comme son travail, si ce n'est pas dans une relation extraconjugale, ce qui arrive très souvent".

Le constat est donc le suivant: les groupes d'acteurs présentés ci-dessus transmettent tous le même discours, co-élaboré au sein du réseau de base de la baisse ou absence de désir sexuel post-partum, et reproduisent de ce fait les mêmes glissements conceptuels. En ce sens, l'emphase sur l'une ou l'autre des dimensions physique et psychique ne fait qu'illustrer que chaque "style de pensée" produit un discours spécifique sur le phénomène.

Pour finir, cette approche bio-psycho-physique du désir sexuel hypoactif dans le postnatal prend son ampleur par sa reproduction dans un autre lieu d'énonciation de ce réseau long, non négligeable car vecteur de transmission à grande échelle: les médias. En effet, quand ce ne sont pas les "experts" qu'ils invitent à parler de ce sujet – un choix qui participe également

à la consolidation de la légitimité discursive de ces derniers dans la sphère publique – les facteurs biophysiques et psychiques sont les principaux éléments évoqués par les journalistes de presse, de radio, de télévision ou sur Internet lorsqu'ils expliquent les raisons de la baisse ou absence de désir sexuel, notamment après l'accouchement.

Paternalisme, misogynie et biologisme: la circonscription du problème dans un cadre de pensée naturalisant

S'il est un domaine où la dissymétrie méthodologique dans le traitement des sexes, par renvoi des femmes à la nature, ne comporte plus aucune subtilité, c'est bien celui des analyses touchant à la procréation. (Mathieu, 2000: 120)

Jusqu'à présent, nous avons abordé les différentes étapes de la construction et consolidation d'un réseau d'acteurs dont la légitimité discursive participe à la production d'un discours sur la baisse ou absence de désir sexuel post-partum faisant autorité, tant dans les milieux scientifiques que dans la sphère publique. Or, ainsi que le soulèvent F. Zonabend et J. Jamin, le contexte de légitimation ne se pense pas uniquement en termes de discursivité mais également en termes de langage. (1985: 9) Comme eux, de nombreux chercheurs se sont penchés sur la dimension technique de la rhétorique scientifique³², le contexte de publication, la structure et le style narratifs étant, par exemple, autant de moyens mis en œuvre par les auteurs de ces textes pour établir leur autorité et transformer des interprétations culturellement, historiquement et matériellement déterminées en "faits" dissociés de leurs processus et conditions d'élaboration.

Si ces conventions et mises en scène constituent un passage obligé de l'acceptation et de la reproduction du savoir scientifique, quelles représentations idéologiques sous-tendent l'argumentation et le contenu sémantique de ces productions discursives? (Michard-Marchal et Ribéry, 1985: 158) Le langage utilisé pour parler de la baisse ou absence de désir sexuel après l'accouchement "n'est pas un simple miroir du monde empirique. C'est un riche *langage culturel*, lié à une vision extrêmement spécialisée de la réalité et du système des relations sociales". (Good, 1998: 32) C'est ainsi la participation de ce dernier à la naturalisation et légitimation scientifique de l'organisation sociale de notre société que j'aimerais explorer en conclusion à ce chapitre.

³² Parmi ceux-ci, citons J. Gusfield, 1981; G. Marcus et D. Cushman, 1982; J. Clifford, 1983; P. Rabinow, 1985; J. Jamin, 1985; B. Latour, 1995; C. Geertz, 1996.

Ayant analysé les manuels gynécologiques publiés entre 1943 et 1973, voici les conclusions auxquelles sont parvenues D. Scully et P. Bart sur le système de pensée dans lequel s'inscrit le langage de leurs auteurs: "Our examination of twenty-seven textbooks revealed, with few exceptions, a persistent paternalistic and sometimes condescending attitude on the part of the doctor toward his female patient. Women were portrayed as most appropriately fitting into traditional sex roles: anatomically destined for motherhood, they were fulfilled as people only by reproducing, mothering, and attending to their husbands. [...] There was also a tendency to regard the husband's role in marital and sexual matters as more important than the wife's. In short, gynecologists' values and beliefs, in the main, legitimated sex-role stereotypes." (Scully, 1994: 107)

S'ils sont relevés par ces deux chercheuses ainsi que par M. Altman jusque dans les années 1970, le ton, ainsi que les positionnements rhétorique et théorique des auteurs d'études scientifiques sur les femmes et la sexualité sont toujours d'actualité. En effet, la lecture du chapitre écrit par E. Dahan et al. dans *La consultation postnatale* – manuel universitaire publié en 1995 et, je le rappelle, utilisé aujourd'hui dans la formation des futurs gynécologues-obstétriciens – est un des exemples où nous sommes confrontés à des propos on ne peut plus illustratifs de cet état de fait. Je cite ces auteurs:

"Sa parole rassurante [du médecin], son attitude bienveillante peuvent créer le climat nécessaire pour que s'instaure la confiance. [...] Il va la conforter dans le sentiment d'intégrité de son corps. Il va tenter de contenir ses fantasmes de "mutilation" pendant l'accouchement (épisiotomie, césarienne, sein, utérus, retour de couches...) en étant dans la réalité et la matérialité du corps. Elle écoute avec avidité toutes les descriptions anatomiques de son corps même si elle ne comprend pas tous les termes, c'est le récit de sa géographie intérieure qui l'intéresse. [...] Certaines patientes peuvent avoir besoin d'être stimulées par quelques propos directs, et bienveillants, comme le feraient certains parents attentifs, afin de les encourager à prendre soin d'elles, à retrouver des vies de femmes équilibrées, en leur laissant l'initiative du temps, de la reprise des rapports sexuels. Chacune a son horloge intérieure." (Dahan et al., in Crimail et al., 1995: 93)

Le paternalisme et la condescendance de ces lignes parlent d'eux-mêmes et n'ont pas besoin d'être plus explicités, les auteurs allant jusqu'à comparer les gynécologues à des "parents attentifs", à l'attitude et aux mots "bienveillants" et "rassurants". L'infantilisation des femmes, présentées comme des enfants qui "écoutent avec avidité" sans toutefois saisir l'entier du "récit" que fait le gynécologue de leur propre corps, ne fait ainsi que s'inscrire dans le prolongement de leur approche. Nous pouvons, à ce sujet, nous demander pourquoi le corps médical n'adopte pas un langage et des termes que les femmes puissent comprendre. Est-ce

vraiment les "rassurer" ou les "conforter dans [leur] sentiment d'intégrité" que de ne pas le faire?

Qu'en est-il d'ailleurs de cette "géographie intérieure" que ne comprennent pas mais dont le récit "intéresse" les femmes? Forts de la présomption selon laquelle le corps est à nouveau "fonctionnel" six à huit semaines après l'accouchement, les séquelles ou ressentis physiques douloureux que rapportent certaines patientes ne peuvent donc, tant pour Dahan et ses collègues que pour d'autres chercheurs, relever que du "fantasme" et du psychisme de ces dernières³³. Une subjectivité que les gynécologues, "étant dans la réalité et la matérialité du corps" se doivent de "contenir".

Ces éléments – paternalisme, infantilisation et psychologisme – sont intéressants à plus d'un titre dont, en premier lieu, l'autorité et la légitimité médicales qui en découlent. En effet, s'il en possède le langage et les termes, le corps médical détient également le savoir sur ce qu'expérimentent (ou devraient expérimenter) les femmes dans le post-partum, notamment en ce qui concerne la baisse ou l'absence de désir sexuel: à l'appréhension subjective, "fantasmée" qu'ont celles-ci de leur corps et de leur vécu après l'accouchement ou, pour reprendre les termes de B. Latour et de B. Good, à leurs "croyances" s'oppose la "connaissance" objective des gynécologues ancrée dans la réalité et les référents empiriques du corps. L'autorité médicale qui dérive de cette "objectivité", techniquement et matériellement construite, de même que culturellement légitimée par les conventions

³³ Je ne m'attarderai pas ici sur le sujet de l'épisiotomie, largement traitée ailleurs. Cependant, il me semble nécessaire d'en parler brièvement, étant donné qu'elle est présentée comme une "mutilation fantasmée" dans le paragraphe cité ci-dessus.

De nombreuses voix se sont élevées dans le courant des années 1980 pour dénoncer cette pratique devenue systématique. Parmi celles-ci, N. Coquatrix, dans son *Essai d'anthropologie obstétrique au Québec: le cas de l'épisiotomie* (1983), constate que "Dans le cas du Québec, si l'on considère qu'en fait seulement 10 à 15% des accouchées présentant de réelles complications auraient vraiment besoin d'une épisiotomie, on s'aperçoit que chaque année plus de 70'000 femmes représentant 80 à 90% des accouchées pourraient rentrer chez elles le corps intègre alors qu'en fait ce même nombre élevé de femmes subissent une épisiotomie et quittent l'hôpital le corps douloureux." (citée par Mathieu, 1985: 173) Il en fut de même en Suisse où un gynécologue-obstétricien m'a rapporté ce qui suit: "Malheureusement, on a eu toute une période où l'épisiotomie est devenue le geste de l'accouchement. [...] Des sages-femmes m'ont raconté qu'au CHUV [Centre Hospitalier Universitaire Vaudois], il y a de ça à peu près une vingtaine d'années, il y a des femmes à qui on a collé une épisiotomie après l'accouchement, de telle crainte de se faire réprimander par le prof. [...] Ca ne s'est pas fait souvent, mais ça s'est fait. [...] Heureusement, on s'est rendu compte que l'épisiotomie ne protégeait de rien du tout, en tout cas pas l'épisiotomie d'emblée. [...] Maintenant, on en est plutôt à apprendre, à *dés*-apprendre à la faire."

Si depuis ces dernières décennies, cette intervention chirurgicale tend à se faire que dans les cas nécessaires, il faut cependant préciser, comme le fait ce gynécologue-obstétricien, qu'il existe deux sortes d'incisions: la médio-latérale, qui part de côté, "beaucoup plus délétère pour le périnée parce qu'elle tranche dans les muscles", et la médiane qui, parce qu'elle "passe dans des parties tendineuses, est moins douloureuse, conserve mieux les symétries du vagin [de la vulve?] et n'altère pas tellement la fonction du périnée." Or la seconde demande un certain entraînement et c'est donc l'épisiotomie médio-latérale qui est effectuée par les médecins moins expérimentés, choisissant "la sécurité". (Lui-même ne fait des médianes que depuis 5-6 ans). On peut donc, il me semble à juste titre, se demander à quel point les conséquences de cette intervention sont "fantasmées"...

rhétoriques scientifiques et le réseau d'acteurs dans lequel elle prend forme, est de plus renforcée par la position de supériorité qu'illustrent l'infantilisation des femmes ainsi que le regard et propos condescendants qui sont tenus sur ces dernières. Apparaissent ainsi deux sources de discours et par conséquent deux groupes, distincts, opposés et hiérarchisés: le corps médical versus *la* femme.

Si le premier groupe renvoie aux différentes professions (para)médicales intervenant dans les suites de couches et donc à un ensemble hétérogène socialement et institutionnellement constitué, il n'en va pas de même pour la composition du deuxième dont le référent commun est biologique et naturel, en d'autres mots (le corps dans) la période spécifique du processus reproductif qu'est le post-partum et l'appartenance (de ce corps) au sexe dit féminin ou femelle. Ceci se confirme dans les articles scientifiques sur la sexualité après l'accouchement où les femmes apparaissent en tant que groupe homogène, rassemblé et objectifié sous les dénominateurs suivants: "the postpartum woman", "the new mother", "the female", "the female subject", voire tout simplement "women".

Retournons au discours de Dahan et al., et plus précisément sur les cinq dernières lignes du paragraphe cité. Le moment où les femmes se sentent prêtes à renouer avec leur sexualité y est décrit comme variable, chacune ayant sa propre "horloge intérieure". L'utilisation de cette expression n'est pas anodine car, en renvoyant à celle d' "horloge biologique" et par extension à une nature spécifique aux femmes, elle met l'emphase sur une sexualité et un comportement sexuel qui seraient particuliers à ces dernières, relevant plus de leur corps et de ses fonctions physico-reproductives que d'une possible source de plaisir sexuel. Ce qui m'amène à la suite: ce dernier est-il évident lorsqu'elles nécessitent d'être "encouragées" à reprendre des relations sexuelles? S'il faut leur laisser "l'initiative du temps", "certaines femmes" – nous l'aurons compris, ayant une baisse ou absence de désir sexuel depuis l'accouchement – se doivent en effet d'être "stimulées par quelques propos directs et bienveillants" de la part du gynécologue-parent, la reprise des rapports sexuels étant conçue comme gageure de leur bien-être. Ceci est contradictoire: d'une part c'est aux femmes de décider quand elles se sentent prêtes à s'engager à nouveau dans des activités sexuelles, mais de l'autre, et ceci pour les aider à retrouver "une vie de femme équilibrée", le gynécologue se doit de les remettre dans le droit chemin, c'est-à-dire celui des relations sexuelles coïtales. "L'initiative du temps" dont parlent ces auteurs ne relève donc, en fin de compte, pas des femmes mais du corps médical qui va décider *lui* quand elles sont prêtes, physiquement parlant, à reprendre les

rapports sexuels, de même que le cas échéant, définir quand il s'agit d'une pathologie qui nécessite d'être soignée.

Cette conception "sexuée" de la sexualité, c'est-à-dire l'idée d'une correspondance analogique entre les composantes biologiques (sexe) et sociales (genre) du comportement sexuel des femmes (Mathieu, 1991: 239), et donc d'une sexualité propre à ces dernières, ainsi que le rapport de pouvoir sous-jacent à la reprise des activités sexuelles après l'accouchement se retrouvent dans le discours de certains spécialistes qui prennent la parole dans la sphère publique, notamment à travers la presse, la télévision ou les publications à grand tirage. Tel est le cas du très médiatisé A. Naouri, pédopsychiatre, lorsqu'il prend position sur la baisse ou absence de désir sexuel dans le post-partum. Son explication du phénomène, extrapolée de la préhistoire (!) et retranscrite dans un long entretien accordé au magazine féminin français *Elle*, est la suivante: "Depuis les origines, l'homme fonctionne selon une logique de coït, la femme selon une logique de grossesse, issue de sa capacité à mettre les enfants au monde [...]. Le problème, c'est qu'à la naissance d'un enfant la femme se laisse moins volontiers entraîner à faire l'amour, parce qu'il est désormais plus facile pour elle de s'adonner à sa logique de grossesse avec son bébé que de se consacrer à son partenaire." (cité par Roig, 2004: 86)

La solution qu'il avance au problème que pose cette "logique de grossesse" dans le vécu sexuel postnatal, apparaît dans une interview pour le périodique suisse *L'Hebdo*: "Après une naissance, [...] j'affirme que pour exister, le couple doit reprendre les relations sexuelles dès que la femme se sent prête à le faire, et ce même si elle ne le désire pas. L'envie viendra après. Mais c'est difficile pour les hommes, parce qu'on leur a inculqué l'idée qu'il n'est pas question qu'ils imposent leurs besoins sexuels à une femme qui n'éprouve pas de désir pour eux. Si on ne relance pas de force le désir de la femme, elle risque de ne se satisfaire que de son enfant pendant longtemps." (cité par Pirolt et al., 2004: 49-50)

Alors que, nous l'avons vu plus haut, le langage scientifique fait émerger une organisation sociale – fondamentale – articulée autour de deux groupes hiérarchisés, l'un relevant du social (culture), l'autre du biologique (nature), la composition de ces derniers se précise à travers, ici, le raisonnement de Naouri.

Au corps médical constitutif du groupe dominant viennent s'adjoindre les hommes, un pluriel qui, contrairement au groupe dominé, renvoie à leur caractère non seulement sexuel/sexué mais principalement social. "Certes, les deux catégories de sexe sont réifiées dans une

conception fondamentalement essentialiste, fixiste, de la "différence des sexes". Mais cette réification s'opère à travers les femmes seulement – ce qui entraîne une impasse méthodologique: le traitement différentiel des deux sexes." (Mathieu, 2000: 118) En effet, les hommes et femmes sont décrits comme fonctionnant, ceci "depuis les origines", selon une logique différentielle, coïtale pour les premiers et reproductive pour les secondes, qui fait apparaître (construit) une sexualité propre à l'appartenance de sexe. Cependant, si cette différence entre hommes et femmes est conçue en termes biologiques et donc atemporels, les qualificatifs qui y sont accolés démontrent que si ces catégories sont toutes deux approchées en tant que sexes biologiques, force est de constater qu'une est plus "naturelle" que l'autre: au comportement et fonctionnement sexuels masculin, "inculqués" donc acquis et historique, s'oppose celui de la femme, "issu de sa capacité de mettre les enfants au monde" donc inné et a-historique. La reproduction ou l'assimilation entre la capacité et le fait d'enfanter participe donc à la naturalisation d'une logique sexuelle propre aux femmes.

Ainsi que le précise A. Oakley, la naissance et ses suites étant un rappel constant de l'association établie entre la Nature et une nature pathologique spécifique aux femmes, "it must become a social act, since society is threatened by the disorder of what is beyond its jurisdiction." (Oakley, 1979: 608) Or la reprise – "encouragée" dans le discours de Dahan et al. ou "forcée" dans celui de Naouri – des rapports sexuels après l'accouchement n'est-elle pas justement un moyen de contrer le "désordre" provoqué par les femmes ayant une baisse ou absence de désir sexuel post-partum? A qui incombe la responsabilité ou le statut de rectifier cette situation sinon, comme nous l'avons vu, aux gynécologues et aux partenaires? Il est ainsi pertinent de considérer qu'en tant que sources de "désordre", les femmes et leur problème de désir sexuel dans le post-partum, s'opposent en effet à un certain "ordre", celui d'une *organisation sociale hiérarchique entre les sexes* et d'une *idéologie masculine* représentée, appliquée, garantie mais de plus légitimée et naturalisée par le corps médical et scientifique.

De vives réactions ont suivi la parution de ces entretiens, dénonçant la misogynie de Naouri, ainsi que son incitation au viol et à la violence au sein de l'unité conjugale, ...³⁴. Cependant, il ne fait que répéter, certes de manière plus directe et simpliste, ce que disent de nombreux

³⁴ Voir le courrier des lectrices du n°3044 de *Elle* ou les réactions à l'encontre de Naouri dans *L'Hebdo* n°47 par exemple. Relevons toutefois que dans l'article "Cet enfant qui tue le couple" où sont rapportés les propos susmentionnés, les journalistes de *L'Hebdo* n'ont pas intégré une seule remarque (critique) quant au contenu des phrases citées; phrases qu'elles ont par ailleurs mis en évidence par leur reprise comme intertitre.

autres chercheurs et professionnels. Citons par exemple ce qu'écrit W. Pasini dans le chapitre V. de *La force du désir* et sa sous-partie consacrée à l' "ennemi du plaisir" que constitue "la naissance d'un enfant" (précisons avant cela que W. Pasini cumule de nombreuses fonctions et spécialisations: il est psychiatre et psychothérapeute, directeur scientifique du Certificat de formation continue de sexologie à Genève, fondateur de la Fédération Européenne de Sexologie, ainsi que professeur fraîchement retraité des facultés de médecine de l'Université de Genève et de Milan) : "Outre les raisons purement physiques, il ne faut pas sous-estimer la révolution que provoque la naissance sur un plan psychologique. Certaines femmes peuvent alors refuser le sexe parce qu'elles sont comblées par la maternité et ne désirent plus rien: le lien fusionnel et symbiotique avec leur enfant transcende tout autre besoin. C'est là que l'homme devrait entrer en jeu et reprendre sa juste place dans la famille nouvellement formée, en séduisant de nouveau sa femme, au sens littéral du terme, c'est-à-dire en "l'emportant" comme lorsqu'il lui faisait la cour." (2002: 120)

Associant également la Nature et à une nature spécifique des/aux femmes, les acteurs évoluant dans le réseau légitime de la baisse ou absence de désir sexuel après l'accouchement partagent ce langage et par conséquent cette vision pathologisante et biologisante du groupe, construit comme naturel, de "la femme dans le post-partum". De ce fait, comme il en a été fait pour Naouri, s'il est nécessaire de prendre position sur la misogynie des propos de certains spécialistes s'exprimant sur le rétablissement de la "juste place" des "besoins sexuels" des hommes dans l'intimité du couple et les moyens d'y parvenir, il ne faut pas se limiter à attaquer des individus isolés mais *aussi* et *surtout* dénoncer sa présence – récurrente – dans d'autres lieux d'énonciation sur la baisse ou l'absence de désir sexuel post-partum, moins visibles et critiqués (critiquables), dont les sources légitimes de production du savoir sur le sujet.

Il est vrai que, pour revenir aux écrits cités dans ce chapitre, le contenu de ces ouvrages, articles ou prospectus, de même que le positionnement de leurs auteurs ne peuvent être considérés comme représentatifs de *tous* les acteurs de ces différents groupes. Le langage sexiste tenu sur la baisse ou absence de désir sexuel dans le post-partum dans *La consultation postnatale* ou chez Naouri et Pasini par exemple, ne peut être appliqué indifféremment à tous les membres de cette discipline. Toutefois, ces présupposés naturalistes n'en sont pas moins les fondements du discours qui fait autorité dans les sociétés occidentales modernes: "they provide the "official" gynecologic perspective of female sex role and sexuality and [...] new

practitioners, through reading these books, are trained to hold the same values and beliefs." (Scully, 1994: 107) Nous pouvons donc anticiper sa reproduction, partielle ou non, dans les propos de nombreux spécialistes.

Il en fut ainsi dans mes entretiens avec des professionnels de la santé, lors desquels, tout en demeurant dans la même vision du phénomène, des variations ou compléments d'information ont émergé de chaque discours, de par leur spécialisation et expériences dans la pratique. C'est le cas notamment d'une discussion avec un gynécologue-obstétricien, qui a attiré mon attention sur un moment-clé de la consultation postnatale: l'examen vaginal, dont le rôle n'est pas négligeable, tant pour les gynécologues – auquel il donne la possibilité de déceler et d'estomper les appréhensions qu'ont certaines femmes quant à la douleur ou l'efficacité de leur mode de contraception – que pour ces dernières – qui peuvent s'assurer du bon rétablissement de leur zone génitale. "C'est clair qu'on est là pour donner deux, trois points de repère qui permettront d'être tout à fait tranquille, je disais par rapport à ces craintes de la suture et de choses comme ça. Quand j'ai fini l'examen d'une dame dans le post-partum, je lui montre toujours à quel point le spéculum ouvert est grand, et c'est impressionnant. Et je leur demande "vous avez eu mal pendant l'examen?" [...], parce que c'est une des craintes, est-ce que je vais avoir mal?". Si celles-ci, aux côtés d'autres facteurs physiques et psychiques liés à l'accouchement, sont parmi les éléments mentionnés par ce gynécologue-obstétricien pour expliquer la baisse ou absence de désir sexuel dans le post-partum, il est intéressant de constater que, même s'il tempère ses propos en ne limitant pas la reprise des activités sexuelles au seul coït, le principe sous-jacent est le même: les femmes peuvent reprendre les rapports sexuels quand elles s'en sentent prêtes *mais...* . "Par l'examen, on peut montrer à la femme que tout est normal, et qu'elle peut reprendre des relations quand elle, elle le désire, mais que c'est bien de temps en temps de se stimuler. Moi, je leur parle clairement en leur disant que je sais bien que ce n'est pas dans cette période que vous avez le plus envie, pour différentes choses. Vous êtes fatiguées, vous ne vous sentez pas aussi bien, etc. Mais l'appétit vient en mangeant aussi."

L'application de la démarche de la sociologie des sciences (réseau) et du féminisme (genre) nous a permis de mettre en évidence les mécanismes et relations structurelles qui participent à l'homogénéité discursive sur la baisse ou absence de désir sexuel dans le post-partum dans la sphère publique. Elle nous a également permis d'éclairer des conceptions et valeurs culturelles dont le poids influence, tout au long de son processus de construction, tant les

chercheurs que le langage et les axes de la recherche scientifiques, assurant par là même leur reproduction et la légitimation scientifique de l'organisation sociale qui en résulte. La circonscription du problème dans une telle structure de pensée biologisante et pathologisante n'est donc pas inhérente au phénomène en lui-même mais, comme nous l'avons vu, le résultat d'une construction historique, sociale et culturelle de celui-ci.

Notre conception de la baisse ou l'absence de désir sexuel post-partum est donc bel et bien fondée sur un paradigme naturaliste ou, plus précisément, sur un biologisme et une pathologisation dont la particularité réside dans le fait qu'il ne s'applique qu'aux femmes, excluant par conséquent toute possibilité d'intégration des hommes, et donc des rapports sociaux, notamment de sexe, dans l'étude et la compréhension du désir sexuel après l'accouchement. En effet, l'approche du désir sexuel hypoactif, de par son réseau d'acteurs légitimes, fait intervenir des variables liées aux hommes *et* aux femmes (s'il en est ainsi dans la théorie, encore faut-il l'analyser dans la pratique). Cependant, nous avons vu que lorsque celui-ci se situe dans la période distincte et distinguée du post-partum, institutionnellement et médicalement isolée de "la séquence ou du processus reproductif" (Tabet, 1985: 62), ce triptyque de base, de même que (le discours sur) le phénomène, se transforment: circonscrite dans un cadre de pensée hégémonique, la baisse ou absence de désir sexuel, lorsqu'elle a lieu après l'accouchement, est conçue, explorée et théorisée dans la société occidentale actuelle comme un problème essentiellement féminin, un qualificatif à comprendre ici dans sa double acceptation, c'est-à-dire dans le sens d'une dysfonction sexuelle qui concerne *avant tout* les femmes et dont les causes se trouvent *par essence* dans les femmes, que ce soit au niveau de leur physique ou de leur psychisme.

Le désir sexuel dépend-t-il du sexe de l'individu ou est-il scientifiquement construit comme tel? A cette question posée à la fin du chapitre précédent, nous pouvons donc répondre à l'argument selon lequel le désir sexuel posséderait une composante biologique dépendant de la Nature, aussi minime soit-elle, que celle-ci n'est par définition jamais appréhendée directement et sans intermédiaire: il n'existe donc pas de "socle biologique" (Dudden in Oudshoorn, 2000: 33) a-historique, a-social et/ou a-culturel. Le désir sexuel ainsi que sa baisse ou absence (après l'accouchement) tels qu'ils sont conçus aujourd'hui dans la société occidentale ne relèvent donc pas du biologique mais uniquement du social – ces derniers termes pouvant être remplacés par sexe et genre.

IV. UNE HEGEMONIE RELATIVE? REFORMULATIONS ET RESISTANCES DANS LES DISCOURS DES FEMMES

Objets d'études, de théorisations et de discours au sein des différents groupes d'acteurs intervenant dans les réseaux de production et de reproduction du savoir, il me semble nécessaire à ce point du travail de ne plus parler des femmes ou, comme nous l'avons vu, de *la* femme, mais de les faire intervenir maintenant en tant que sujets et actrices³⁵ de la baisse ou absence de désir sexuel postnatale. Quel est leur interprétation du problème, défini comme essentiellement lié à leur corps, ou plus précisément à leur sexe? Comment le vivent-elles?

Ce qui m'intéresse dans leurs narrations est l'articulation, ou plus précisément les lieux de superposition / dissociation entre le discours des femmes et celui du réseau d'acteurs légitimes présenté dans la partie précédente. En d'autres mots, c'est sur les reformulations, les résistances et/ou les convergences que se concentrera mon attention. Quelle place et quel rôle occupent le corps et le psychisme dans les récits des femmes? La dualité corps / psychisme caractéristique de la médecine occidentale moderne amène-t-elle les femmes à associer ou dissocier les causes relatives à ces deux entités d'autres aspects de la baisse ou absence de désir sexuel dans le postnatal, tels que les ressentis (physiques ou émotionnels), le couple, la famille ou le social? Dans quelle mesure la conception biologisante et différentialiste décrite plus haut est-elle déterminante dans la manière dont elles vivent et interprètent le problème?

Rester au plus près du contenu des productions discursives recueillies nous permettra de cerner les articulations du problème ainsi que de donner des éléments de réponse à ces questions. Ce chapitre laissera donc une grande place aux mots des femmes et parce qu'elles abordent leur baisse ou absence de désir sexuel après l'accouchement sous deux axes principaux, les rapports sexuels et la fatigue, les pages qui suivent reprendront cette même trame de développement.

³⁵ Dans le sens d' "utilisatrices" qui, désignées comme principales concernées par le problème, font partie de son réseau: une maladie n'existe pas sans malade, un problème n'existe pas s'il n'y a personne pour le vivre comme tel. (M. Akrich, 1987; N. Oudshoorn et T. Pinch, 2003; C. Schnegg, 2004)

"Il faut redécouvrir ses propres sensations [...]. D'ailleurs, la première fois après l'accouchement, c'était plus une relation technique. Qu'est-ce que je ressens?" (Gwen)

Kat, dix jours après son accouchement:

"J'ai très peur d'avoir des relations sexuelles maintenant. Ca me bloque complètement, je me sens nulle, plus la même, "incompétente". Même si le papa est au courant, j'ai l'impression qu'il ne le comprend pas bien. Lui a envie, moi pas vraiment déjà (vannée par les nuits trop courtes), et en plus j'ai peur d'avoir mal (épisio), de retomber enceinte, etc... A la fois, y'a une partie de moi qui a envie de reprendre des rapports mais je n'y arrive pas. [...] Ça me fait vraiment peur... En fait, j'ai l'impression de ne plus être femme (dans le corps et la tête), mais d'être juste une mère... et je le vis très mal..."

A trois semaines post-partum:

"Mon épisio me lance, pique, me fait mal... Je ne la trouve pas bien cicatrisée, moche. En fait, JE me sens moche, meurtrie, différente, même si l'arrivée de mon loustic est un vrai bonheur. J'ai très peur de reprendre des rapports et j'ai peur que le papa, même s'il essaie, ne le comprenne pas (il a déjà fait une tentative, que j'ai très mal vécue car trop tôt)."

Et un mois et demi plus tard:

"Les jours, les semaines passent et rien, toujours rien: désir proche de quasi 0 alors que j'aime mon chéri très fort, c'est déconcertant. En plus, l'épisio me fait toujours mal, ça lance, et la cicatrice est moche et douloureuse... Chaque fois que mon chéri fait une tentative pour reprendre nos relations sexuelles, je suis complètement bloquée, je me sens super mal [...]... Ca devient pénible, et plus ça va, plus ça m'effraie et plus j'ai peur de ne jamais plus y arriver!"

Dans les premières semaines qui suivent l'accouchement ou "période de relevailles", le corps des femmes est le théâtre de plusieurs événements: l'utérus se rétracte et se replace dans sa position initiale, les lochies ou saignements postnatals diminuent jusqu'à totalement disparaître, les déchirures ou incisions périnéales se résorbent alors que les menstruations recommencent... Ainsi que l'illustrent les propos de Kat ci-dessus, cette période est également forte en émotions qui, parfois contradictoires comme le montrent les "alors que" et "même si" qui ponctuent ses propos, sont intimement liées aux ressentis corporels. En effet, alors qu'elle mentionne les douleurs éprouvées au niveau de son épisiotomie, c'est également à travers cette cicatrice qu'elle parle de ses peurs et de sa perception d'elle-même, utilisant les mêmes mots pour décrire ses états physique et psychique.

De plus, sous-tendant cette période se profile la question de l'abstinence sexuelle "conseillée" tant par les praticiens que dans le discours commun, et par conséquent celle de la reprise des activités sexuelles avec pénétration. Pour certaines femmes en effet, cette dernière est la

source de nombreuses appréhensions notamment, pour reprendre les mots de Gwen, quant à ce qu'elles vont ressentir.

Dans le discours des scientifiques et du personnel (para)médical, le processus de rétablissement corporel prend fin dans un intervalle d'environ six à huit semaines et dès lors, ces peurs se révèlent infondées: selon ces derniers, seule la dimension émotionnelle ou psychique de ces craintes empêche les femmes d'avoir à nouveau des rapports sexuels "normaux". Partant de ce postulat, ce sont donc uniquement les récits se situant dans "l'après" qui vont me servir ici de trame d'analyse. Nous verrons qu'en ce qui concerne les rapports sexuels après l'accouchement, deux vécus y sont développés par les femmes confrontées à une baisse ou absence de désir sexuel: la présence et l'absence de ressentis corporels.

La présence persistante de douleurs lors des rapports sexuels après l'accouchement

"J'ai vite retrouvé mon physique d'avant, donc j'étais bien dans mon corps. J'ai eu de la chance déjà, je ne suis pas restée avec le gros ventre. Enfin ça a fondu vite, donc physiquement j'ai vite été la même. [...] Le changement que j'ai senti, c'est vraiment au niveau sexuel, à cause de l'épisiotomie... ou de l'accouchement, je veux dire. C'est le tout, c'est les douleurs après.

Ma maman, si je lui en parlais, elle me disait, ah mais je ne m'en rappelle plus! Elle ne savait plus. Le seul truc qu'elle m'avait dit une fois, c'est que elle aussi, quand elle m'a eu, après elle a eu l'impression qu'on lui avait tout recousu, parce que c'était hyper douloureux. Donc [...] je savais que ça pouvait être comme ça. [...] Mais des fois, je me disais, est-ce que j'ai quand même quelque chose? Je me demandais quand même.

On nous dit qu'il faut attendre six semaines avant de recommencer les rapports. On se dit bon, six semaines, je suis tranquille. Parce que là, le mari, il sait aussi qu'avec la cicatrice et tout... Mine de rien, on a quand même peur de recommencer. On ne sait pas trop comment ça va aller.

J'ai été au contrôle et je me suis dit, ben cette fois, on pourra essayer. Parce que la cicatrice ne me faisait pas mal. Et puis bon, voilà, c'était pas ça. [...] On a attendu deux mois. Enfin franchement, je me suis dit, ouh la la... Non, c'était douloureux. C'était horrible. Donc franchement, ça ne donne pas envie. Puis bon, ça il comprenait bien... après l'accouchement... Mais [plus tard], c'est lui qui m'a dit... ben parce que ça se sent quand même, je veux dire. Il m'a dit que je venais moins vers lui. Mais moi, je lui ai dit que ça me faisait toujours mal, donc... Ben ah, demande à ton gynécologue. Puis c'est vrai que j'y étais allée après, et puis je ne lui avais pas demandé. Je me suis dit, ça passera, etc. Je lui ai juste demandé la dernière fois [c'est-à-dire à 14 mois post-partum]." (Karine)

Cette citation de Karine soulève maints éléments présents dans les vécus sexuels rapportés par les femmes après l'accouchement. Par exemple, comme le fait Kat plus haut, elle mentionne aussi la peur qui accompagne la reprise des rapports sexuels postnatals, soulevant

l'inconnu qui entoure cette redécouverte, à travers la sexualité, des parties de leur corps impliquées dans l'épreuve de l'accouchement: "Mine de rien, on a quand même peur de recommencer. On ne sait pas trop comment ça va aller". Cependant, si les femmes font part de leurs appréhensions concernant la reprise des activités sexuelles dans leurs récits, c'est surtout sur la suite, c'est-à-dire sur les expériences vécues et non plus anticipées, qu'elles s'attardent: ce ne sont pas les craintes préalables aux premières relations sexuelles post-partum sur lesquelles elles mettent l'emphase, mais sur les ressentis corporels douloureux qui suivent cette période de relevailles.

Pour certaines, ces derniers sont évoqués en lien aux débuts parfois difficiles de l'allaitement, associé à des seins endoloris par la montée de lait, par des engorgements, des crevasses ou d'autres complications mammaires:

"[L'allaitement], c'était pas facile... Enfin au début, c'était pas facile. J'ai eu du mal quand même. Au niveau douleurs, puis au niveau ... Moi, je disais souvent que cette montée du lait, c'est pire que l'accouchement, enfin pour moi. J'avais des crevasses, j'avais une poitrine [elle fait le geste pour décrire une poitrine imposante]... ça coulait, c'était un peu la cata quoi. Même à l'hôpital, ils ne savaient pas trop quoi faire. [...] J'ai dû franchement crocher pour tenir mais après, je ne sais pas un ou deux mois peut-être, ça a vraiment bien été. Mais au début j'étais là, ouf, j'ai réussi une semaine, allez, encore une. Je me poussais comme ça, parce que je serrais franchement les dents. [...] Mais après, tout est rentré dans l'ordre." (Karine)

"J'ai allaité tout le monde. Avec la deuxième, j'ai fait une mastite à un mois alors ça, c'était pas très agréable. C'est très douloureux. Je m'étais dit, ben si ça recommence la semaine suivante ou comme ça, j'arrête. Parce qu'alors là, il faut vraiment vouloir. Ça fait mal, c'est affreux. Bon, la montée du lait, ça fait déjà mal mais... pas comme ça!" (Maude)

Toutefois, malgré les difficultés que rencontrent certaines femmes dans les premiers temps de l'allaitement, les maux qui y sont liés finissent par disparaître, tant de leurs vécus que de leurs récits. En effet, ce qui émerge de manière récurrente n'est pas la douleur de l'allaitement, qui couvre une période relativement courte, mais la présence, depuis l'accouchement, de souffrances physiques lors des rapports sexuels.

Comme nous l'avons vu précédemment, le discours scientifique et (para)médical présente le corps comme physiologiquement "fonctionnel" six à huit semaines après l'accouchement et les femmes, de ce fait, sont considérées prêtes à reprendre les activités sexuelles – de même qu' "encouragées" à le faire – au sortir de la consultation postnatale.

Certes, toute norme implique l'existence de cas relevant de l'exception: des complications peuvent survenir dans le processus de cicatrisation (tel que le relâchement des points de

suture de l'épisiotomie par exemple) et les effets physiologiques de l'allaitement peuvent être la source de douleurs dans les semaines qui suivent la période de relevailles. Néanmoins, selon les praticiens, les premières ne nécessitent qu'un temps de rétablissement un peu plus long que les six à huit semaines habituelles et les secondes peuvent être atténuées à l'aide d'un gel lubrifiant à base d'eau ou d'oestrogènes. Ils expliquent donc la présence de douleurs au-delà des premières semaines du post-partum comme étant de nature psychosomatique, celles-ci n'ayant physiquement que peu ou pas de raisons d'être.

Or malgré le discours "rassurant" des spécialistes sur la durée du rétablissement du corps après la naissance, les ressentis physiques douloureux que les femmes expérimentent lors des rapports sexuels occupent une place considérable dans leurs narrations sur le vécu sexuel après l'accouchement. Nombreuses sont celles qui évoquent l'apparition de difficultés et de douleurs en lien avec la consultation postnatale, que ce soit lorsque ce rendez-vous coïncide avec leur première tentative de relations sexuelles post-partum, avec la reprise d'un moyen de contraception – qui leur ôte la crainte d'une nouvelle grossesse mais qui joue aussi le rôle de "feu vert" pour recommencer les activités sexuelles – ou encore avec l'assurance d'une cicatrice qui ne s'est pas manifestée pendant l'examen gynécologique. Voici ce que relatent par exemple Thé, Emma et Marlene:

"Le gyné nous a conseillé d'attendre au moins 6 semaines avant d'avoir des rapports sexuels. [...] J'ai repris la pilule après ma visite postnatale, soit 6 semaines après ma césarienne. Le soir, nous avons essayé de faire l'amour, mais j'ai ressenti une douleur comme une brûlure. En plus, j'étais assez sèche et on aurait dit que mon vagin était rétréci! J'ai cru que "la machine" était cassée, que ça n'irait plus ou que j'avais quelque chose. Mon mari a essayé de me pénétrer doucement deux ou trois fois, mais ça faisait trop mal." (Thé)

"[...] j'ai accouché il y a 8 semaines et la pénétration aussi douce soit elle est très difficile. J'ai l'impression que la sage-femme m'a recousue un peu trop serré. Le passage semble bloqué. L'utilisation de lubrifiant nous a aidé mais c'est dans le vagin que je me sens toute irritée... Quel plaisir! Nos relations intimes ne peuvent durer plus de dix minutes (je vais rendre mon mari éjaculateur précoce en plus de le frustrer!!!)" (Emma)

"[...] j'ai été très surprise d'avoir mal surtout que j'ai attendu 1 mois et demi avant de reprendre les rapports. Enfin, il ne me reste plus qu'à être patiente et espérer que tout revienne au plus vite normal." (Marlene)

Les souffrances physiques expérimentées lors des premières relations sexuelles avec pénétration après la période "conseillée" d'abstinence sont en effet très visibles dans les récits que font les femmes de leur vécu sexuel dans les semaines qui suivent leur rencontre médicale; une visibilité que certaines associent, dans un premier temps, à la proximité qui

existe entre la reprise des activités sexuelles et le moment de l'accouchement, de même que par le temps variable que peut nécessiter le processus de cicatrisation. C'est la durée de ce dernier que souligne par exemple Lilou, citée ci-dessous. Relevons qu'en distinguant les "bonnes" déchirures périnéales des "mauvaises", elle fait écho à la bicatégorisation du discours scientifique et (para)médical dans lequel le général ou la cicatrisation "normale" résorbée en six à huit semaines, s'oppose au particulier, c'est-à-dire la guérison nécessitant prolongation.

"Je vis la même chose que toi sauf que cela fait 5 mois que j'ai accouché... J'ai également eu une mauvaise déchirure et cela a mal guéri. C'est très douloureux au début de nos rapports et cela s'atténue un peu par la suite. Comme solution, je n'ai trouvé que l'emploi de crème lubrifiante (en grande quantité...) et la persévérance... Disons que c'est un peu difficile d'avoir envie de faire l'amour sachant la douleur que je vais avoir. [...] laisse-toi un peu de temps..." (Lilou)

"Bonjour Lilou. [...] J'espère que ça va vite s'arranger! Est-ce que tu as essayé d'en parler à ton gynéco pour avoir des conseils ou des solutions car à long terme ça doit être insupportable???" (Sandra)

"Insupportable tu dis... c'est un cauchemar oui... Mon gynéco m'a dit que seul le temps arrangerait les choses. Déjà qu'avec le bébé, je passe moins de temps avec mon conjoint... Voilà qu'en plus notre intimité en mange un coup. Pourtant, lorsque je regarde ma puce, je serais prête à recommencer n'importe quand. Alors je ne dramatise pas trop et je prends mon mal en patience (c'est le cas de le dire)." (Lilou)

Cependant, si "le temps arrange les choses", les maux que rapportent les femmes dans les semaines ou mois qui suivent la naissance de leur enfant peuvent également se poursuivre bien au-delà du premier semestre postnatal. Ainsi, lorsque Karine fait part de ses souffrances physiques non seulement lors des premières relations sexuelles après son accouchement mais également plus d'une année post-partum, elle est loin d'être la seule, comme en témoignent entre autres Jo et Sev:

"J'ai mis au monde un petit garçon il y a bientôt 15 mois... Depuis, [...] tout a changé. [...] Le plus gros problème est que j'ai souvent mal lors de la pénétration. Je ressens une gêne. Je pensais qu'il faudrait 1 an pour que tout se remette en place mais apparemment, ce n'est pas encore le cas. [...] C'est très frustrant car le plaisir a diminué et je ne sais pas comment guérir..." (Jo)

"Eh bien non, vous n'êtes pas seules! Je suis dans le même cas, j'ai accouché il y a 15 mois, j'ai des douleurs à chaque rapport, j'ai l'impression que c'est ma première fois et [...] j'ai de moins en moins envie pour ne pas dire plus du tout!" (Sev)

"Est-ce que j'ai quand même quelque chose?" se demande Karine, confrontée à la persistance de ses ressentis corporels douloureux; une durée qui contredit non seulement le discours

médical, mais également sa propre perception, positive, du rétablissement de son épisiotomie: "la cicatrice ne me faisait pas mal."

Outre le fait qu'elles engendrent une redéfinition du temps que couvre le post-partum que Jo, par exemple, élargit sur une période d'une année, ces douleurs physiques poussent les femmes à questionner le bon fonctionnement de leur corps. La présence, sur le long terme, de leurs souffrances fait en effet émerger une interrogation qui se retrouve dans beaucoup de témoignages, dont celui cité plus haut de Thé, qui a "cru que "la machine" était cassée, que ça n'irait plus ou [qu'elle] avait quelque chose". Cependant, il est intéressant de constater que contrairement aux scientifiques et praticiens, ce n'est pas à la dimension psychique qu'elles font recours pour tenter de cerner cette "gêne" ou ce "quelque chose" qu'elles ne savent pas comment "guérir": leur exploration du problème continue dans ses aspects physiques.

Certaines femmes semblent en effet considérer que la manière dont a été effectuée leur suture est, ou pourrait être, la cause des difficultés qu'elles rencontrent: Karine parle de et au travers de sa mère qui "a eu l'impression qu'on lui avait tout recousu", Emma a "l'impression que la sage-femme [l]'a recousue un peu trop serré", que "le passage semble bloqué" et Thé constate qu' "on aurait dit que [son] vagin était rétréci". Relevons que l'usage du conditionnel, de même que les verbes qu'elles emploient pour avancer ces "impressions" contrastent avec l'énonciation affirmative d'autres ressentis corporels qu'elles rapportent. Quand elles exposent les douleurs physiques qu'elles expérimentent, elles parlent en termes de "j'ai mal", "je (me) sens" ou "j'ai senti" ; par contre, la mention de leur suture comme origine potentielle de leurs souffrances s'inscrit, elle, dans une rhétorique hypothétique.

La différence entre ces deux modes de formulation n'est-elle pas mise en œuvre par les femmes pour comprendre ou du moins tenter d'articuler deux vécus corporels a priori contradictoires? D'une part se trouve en effet le corps rétabli, tant aux yeux des gynécologues que des femmes elles-mêmes, mais de l'autre, ce même corps est aussi expérimenté comme source de douleurs.

En ce sens, les femmes s'accordent dans un premier temps avec le discours scientifique: leur cicatrice, qu'elle soit due à des déchirures périnéales ou à une incision chirurgicale, ne leur "fait pas (ou plus) mal" et n'est donc pas en soi la cause des douleurs ressenties. Toutefois, elles se distancient de la suite de son développement: ce n'est pas à l'aide d'éléments psychiques qu'elles reformulent l'origine de leurs souffrances, mais par la relocalisation physique de leurs ressentis douloureux. Constatant que ces derniers n'apparaissent que

ponctuellement, c'est-à-dire pendant les activités sexuelles et plus précisément lors de la pénétration, elles (re)contextualisent l'emplacement de leur cause, tout en restant dans la zone génitale de leur corps, celle qui est directement impliquée dans ces relations sexuelles. Ainsi, si leurs maux ne proviennent pas de la cicatrice en tant que telle, elles résident donc dans le "passage bloqué", "recousu" ou "trop serré", ou encore dans le vagin lui-même par exemple. Alors que certaines nuancent cette reformulation par l'usage du conditionnel ou en opposant le ressenti aux impressions, d'autres font ouvertement preuve de résistance face à l'interprétation psychosomatique que font les scientifiques de la présence, sur la durée, des douleurs lors des rapports sexuels, et refusent de les concevoir en ces termes, tant par les mots que par les actes:

"Voilà 14 mois que je suis maman et après de nombreuses tentatives douloureuses, j'ai espacé de plus en plus les rapports sexuels avec mon mari. Mon gynéco à qui j'ai expliqué la situation en présence de mon mari (douleur au niveau de l'épicio, manque de lubrification par peur de la douleur...) m'a répondu que je devais aller voir un psy!!! Pour l'instant, je reste avec ma douleur [...]... A suivre..." (Nath)

Notons également la différence entre les réactions de Lilou, Karine et Nath. La première, à qui le praticien prescrit le temps comme remède à ses douleurs, "prend son mal en patience"; la seconde, s'appuyant sur l'expérience de sa mère, se dit que "ça va passer"; mais la troisième, directement confrontée à l'explication psychosomatique que son gynécologue lui donne de ses souffrances physiques, adopte une position de contestation et décide d'y faire résistance "en restant avec sa douleur" et écarte, du moins "pour l'instant", l'idée d'aller consulter un psychologue.

La relocalisation physique, et non psychique, qu'opèrent les femmes lorsqu'elles reformulent les causes de leurs souffrances pendant les rapports sexuels ne leur fait pas seulement émettre l'hypothèse d'un accès au vagin devenu "trop serré" ou "bloqué" suite à la cicatrisation qui résulte du passage de l'enfant pendant l'accouchement. Les unes situent leurs douleurs "au niveau de l'épicio" et les expliquent par les conséquences de ces dernières, "le manque de lubrification par peur de la douleur" ; les autres mentionnent aussi l'intérieur de celui-ci. En effet, en se concentrant sur le moment où ces ressentis douloureux se manifestent, c'est-à-dire lors de la pénétration, leurs témoignages font également apparaître la thématique de la lubrification: "J'étais assez sèche" constate Thé alors qu'Emma et Lilou disent utiliser une crème lubrifiante comme "aide" ou "solution". De même, Lisa parle de "douleurs due à l'épicio et peut-être à une sécheresse vaginale".

Du fait qu'il s'étend sur une période plus longue que celle du rétablissement corporel et parce qu'elles ont entendu parler de ses réactions bio-physiologiques telles que l'assèchement des muqueuses vaginales, certaines questionnent le lien qui existe entre ce manque de lubrification, source (possible) de douleurs, et l'allaitement:

"Cela fait 3 mois que j'ai accouché. Nous avons essayé de refaire l'amour hier et nous avons dû arrêter la pénétration car cela m'a brûlé. Je n'ai jamais eu aussi mal. J'allaite mon bébé mais je n'ai pas de problème de sécheresse vaginale... On m'a dit que c'était courant et que cette sensation partirait avec les rapports. En attendant, cela fait peur car c'est vraiment douloureux...". (A.)

Toujours confrontée au même problème, A. revient deux mois plus tard dans le forum de discussion pour faire part de la pérennité de ses douleurs ainsi que de l'explication qu'elle a reçu à ce sujet du corps médical:

"Me revoilà. J'ai toujours horriblement mal alors je ne veux plus de rapports... Ma doc m'a dit que c'était normal tant que j'allaite...". (A.)

Dans ses deux témoignages, A. insiste sur les douleurs qui l'empêchent d'avoir des rapports sexuels avec pénétration avec son partenaire et non sur le manque de lubrification vaginale: en effet, si elle allaite son enfant, elle précise qu'elle n'a "pas de problème de sécheresse vaginale". Malgré cela, les propos qu'elle rapporte de sa consultation renvoient quand même à l'allaitement. Sa doctresse pense-t-elle aux conséquences hormonales de ce dernier ou l'associe-t-elle à d'autres facteurs qu'elle n'a pas explicités ou que sa patiente n'a pas retenus? Le retour d'A. dans le forum et les deux phrases suivies de points de suspension qu'elle y écrit semblent refléter encore des doutes quant à la "normalité" de son mal et la volonté de connaître l'avis des autres femmes dans cette situation. Quelles qu'en soient ses raisons, cette dernière remarque a suscité de nombreuses réactions de la part des internautes de ce site, dont B. et Gally qui, par ailleurs, fait à nouveau allusion au fait que le problème réside moins dans les activités sexuelles que dans la pénétration:

"Ce phénomène arrive à toutes les femmes et n'a rien à voir avec le fait que tu allaites. Moi je suis dans le même cas et la seule chose à faire... patience - lubrifiant - douceur... Pour l'instant on utilise un préservatif, paraît que c'est encore plus douloureux [...]" (B.)

"Je ne vois pas ce que l'allaitement a à voir là-dedans... J'ai accouché il y a presque 3 mois et moi aussi j'ai mal... Je ne supporte pas plus de 5cm de pénétration... Je comprends que tu n'oses plus avoir de rapports. En attendant [...], essayez d'autres types de caresses :-)" (Gally)

L'allaitement "n'a rien à voir" avec les douleurs lors des rapports sexuels, affirme B.; une position partagée par les autres intervenantes, même si certaines l'expriment de manière plus nuancée. Relevons au passage que la réponse de B. fait apparaître l'utilisation du préservatif comme un élément pouvant accentuer ces douleurs: "paraît que c'est encore plus douloureux", une remarque confirmée plus loin par Gally, qui rapporte que son "homme" et elle ont "essayé avec préservatif, mais c'était encore plus douloureux."

Si dans leur discours, les souffrances induites par la sécheresse vaginale ne sont pas associées à l'allaitement, les femmes en offrent néanmoins une autre approche, présente notamment dans les témoignages ci-dessous:

"J'ai accouché par césarienne depuis 3 mois. Je n'ai plus aucun désir depuis. Je me suis forcée une fois ou deux pour faire plaisir à mon compagnon mais nous avons dû arrêter car la pénétration me faisait vraiment mal. Je ne suis pas crevée, juste un peu fatiguée, mais c'est tout. J'allaite mon bébé matin et soir. Je pensais qu'en réduisant l'allaitement le désir allait revenir mais rien, mais vraiment rien du tout. J'ai l'impression d'aimer encore mon mari mais je commence à douter car je n'ai plus de désir pour lui (et lui aussi commence à douter car il ne comprend pas mon manque d'enthousiasme)." (Soso)

"Même cas. Ma libido a baissé depuis la naissance de mon deuxième enfant. Mon mari s'en plaint beaucoup et il n'arrête pas de me lancer des piques du genre "tu n'es pas vraiment portée sur la chose", "quelle excuse cette fois ?" et j'en passe. Des fois, je comprends sa frustration et je fais un effort POUR LUI mais pas pour moi-même. De ce fait, la pénétration est douloureuse car il n'y a pas de lubrification. Pourtant j'aime mon mari." (Micha)

En effet, pour Soso, Micha et d'autres, le manque de lubrification dont résultent leurs douleurs lors de la pénétration provient du fait qu'elles n'engagent pas des activités sexuelles pour elles-mêmes mais pour leur compagnon: la première se "force" à avoir des activités sexuelles pour lui "faire plaisir" et la seconde "comprend" des fois la "frustration" de son mari et fait "un effort POUR LUI mais pas pour [elle]-même", une distinction sur laquelle elle insiste fortement par l'utilisation de majuscules. Ainsi, parce qu'elles ont des rapports sexuels sans avoir "d'envie sexuelle" – un terme qui, dans leurs propos, renvoie autant à l'excitation sexuelle qu'au désir sexuel –, les femmes dans la situation de Soso et de Micha expliquent qu'elles ne lubrifient pas ou pas assez et "de ce fait, la pénétration est douloureuse".

La place et le rôle de la sexualité dans la relation de couple, de même que la pression directe ou indirecte du partenaire qui transparaissent dans ces deux dernières citations me permettent d'introduire la partie suivante.

L'absence de ressentis corporels pendant les activités sexuelles postnatales

L'examen des narrations des femmes concernant la reprise des activités sexuelles après l'accouchement fait en effet émerger deux sortes de vécus qui, s'ils sont tous deux liés à la baisse ou absence de désir sexuel postnatal, se présentent en termes opposés: la présence et l'absence de ressentis corporels pendant les rapports sexuels. Alors que, comme nous l'avons vu jusqu'ici, certaines femmes développent leur récit autour des douleurs qu'elles expérimentent, d'autres expriment à l'inverse l'absence de sensations physiques lors de ces derniers.

Toutefois, contrairement à ce que nous pourrions penser, ces deux types de ressentis corporels ne correspondent pas pour autant à deux catégories de vécus fixes et imperméables car si l'absence de perceptions corporelles exclut par définition la présence de souffrances physiques dans l'intimité sexuelle, ces deux expériences peuvent néanmoins être évoquées au sein d'un même témoignage, sous forme de continuité. La prochaine citation en offre un exemple: Plumedelfe y mentionne le sujet de la douleur lors des relations sexuelles avec pénétration mais, comme d'autres, les relate en tant qu'expérience passée et révolue, l'accent étant mis sur la suite, c'est-à-dire un corps qui, après s'être manifesté pendant quelque temps, ne leur procure désormais plus de sensations physiques, qu'elles soient douloureuses ou agréables.

"L'EPISIOTOMIE TUE LA SEXUALITE!!!! Il m'a fallu près d'un an pour commencer à me remettre... non que l'épisiotomie ait été trop douloureuse (ça s'est calmé au bout de trois mois) mais [...] l'épisiotomie n'a rien d'une intervention bénigne contrairement à ce que l'on m'avait dit... et j'ai dû redécouvrir ma sexualité... malgré une rééducation périnéale, je n'ai quasiment plus de sensibilité vaginale..." (Plumedelfe)

"[...] physiologiquement après 2 accouchements et 2 épisiotomies, les sensations ne sont plus les mêmes! C'est parfois difficile à supporter." (Zabou)

Que ce soit pour expliquer la persistance de leurs souffrances physiques pendant les rapports sexuels postnatals ou l'absence de ressentis corporels, les femmes mentionnent toutes l'accouchement, notamment à cause des séquelles qui peuvent en résulter au niveau de la zone périnéale et vaginale. Pour Plumedelfe et Zabou par exemple, l'épisiotomie est présentée comme un acte qui a considérablement affecté leur vie sexuelle et qui fait que depuis qu'elles ont mis au monde leur(s) enfant(s), "les sensations ne sont plus les mêmes", voire les laissent avec "quasiment plus de sensibilité vaginale". La première insiste fortement

sur les conséquences de cette incision chirurgicale, la décrivant avec moult points d'exclamation et des majuscules, de même que comme une intervention qui, contrairement à ce qu'on lui avait dit, "tue la sexualité"; la seconde confirme les aspects négatifs de l'épisiotomie en constatant que les changements qui en découlent sont "parfois difficile[s] à supporter". Toutefois, ainsi que le précise Zabou, celle-ci n'est pas seule en cause, elle s'allie aux autres transformations, "physiologiques", de la grossesse et de l'accouchement.

Cette approche plus générale du corps se retrouve dans les autres témoignages qui, s'ils mentionnent la diminution voire l'absence de "sensations" depuis lors, ne s'arrêtent pas particulièrement sur l'épisiotomie si ce n'est alors pour spécifier un accouchement qui s'est déroulé par césarienne ou sans séquelles physiques importantes:

"J'aimerais avoir l'avis de vous toutes concernant le désir après l'accouchement... Pour ma part, mon petit garçon a 6 mois et je l'allaité encore en partie, mais je n'ai plus aucun désir envers mon mari et toutes ses tentatives pourtant ingénieuses ne réussissent pas à me donner envie de lui. C'est comme si la péridurale agissait encore et que les influx nerveux ne parvenaient plus à mon sexe, rien n'y fait, je ne ressens plus de frissons, ni de chatouillis pendant les caresses; celles-ci me gênent presque et je ruse pour les éviter. Quand je sens qu'il a envie de moi, j'en suis rendue à me dire "ça y est va falloir y passer"... Et pourtant je l'aime plus que tout, je suis très malheureuse, aidez-moi!" (Rosy)

"Je suis rassurée de voir que je ne suis pas la seule! J'ai eu une césarienne [...] et depuis cette date, nous n'avons fait qu'un seul câlin qui pour moi n'était pas génial. Pas de douleurs, mais aucun sentiment, je l'ai presque ressenti comme une corvée. Je n'ai toujours pas de désir et je me demande si c'est normal. Mon mari commence à désespérer mais il est patient. Par moments, je me mets à sa place mais je n'y peux rien, je n'ai pas envie." (Razmoket)

"J'en appelle à vous un peu désespérée. J'ai accouché il y a 2 mois et demi, un accouchement qui s'est d'autant mieux passé que je n'ai pas eu de déchirure ni épisiotomie, aussi, physiquement je me suis relativement vite remise. [...] Depuis mon accouchement [...]... le vide, rien, que dalle!!! Nous avons fait trois fois l'amour en 2 mois et demi et c'était pathétique tant je n'avais pas de désir, j'ai fait ma "ba" [bonne action] histoire de ne pas le frustrer." (Elsa)

Ainsi que l'illustrent ces quelques citations, l'accouchement, qu'il soit par voie basse ou par césarienne, de même qu'avec ou sans cicatrice périnéale, est toujours présenté comme un moment-clé de cette nouvelle expérience que font les femmes de leur corps: "Avant, quand on me caressait le sein gauche, j'étais aux anges. Après mon accouchement, je n'ai plus vraiment rien ressenti.", résume Pipo. Toutes les narrations dans lesquelles les femmes s'expriment au sujet de leur baisse ou absence de désir sexuel et de leurs expériences sexuelles postnatales se structurent en effet autour de deux temporalités: un avant et un après accouchement, deux temps dont la comparaison se fait toujours au détriment de la seconde.

Nulle femme ne parle de la présence de douleurs lors des rapports sexuels avant la naissance de leur(s) enfant(s), de même que l'absence de ressentis corporels n'est jamais évoquée avant mais "après" ou "depuis" l'accouchement. En ce sens, l'usage que fait Rosy de la péridurale pour décrire son sentiment d'anesthésie corporelle ne fait que souligner le tournant important que représente ce dernier dans le discours des femmes sur le vécu sexuel postnatal.

Cependant, les récits ne se construisent pas uniquement autour d'une rhétorique d'avant et d'après, ils font également apparaître d'autres couples narratifs.

Pour commencer, lorsque les femmes font part d'une diminution ou d'une disparition de leurs perceptions physiques, cette absence est néanmoins toujours annexée à la présence de ressentis qui ne relèvent cette fois pas directement du corps, mais des "sentiments" ou, en d'autres mots, des émotions et du psychique. En effet, de nombreuses femmes racontent que malgré leur manque de désir sexuel, elles se "laissent faire", "se forcent" à avoir des rapports sexuels avec leur partenaire ou cèdent aux avances de ce dernier. Des rapports qui, s'ils ne leur procurent pas de sensations physiques sont, comme nous l'avons vu, néanmoins vécus de manière aussi forte que les mots qu'elles utilisent pour énoncer ce qu'elles éprouvent aussi bien avant et pendant, qu'après l'acte sexuel: "Depuis (ma fille a 22 mois), c'est un vrai calvaire pour moi, [...] si je dis oui à mon cher et tendre ce n'est que par obligation, je ne ressens absolument aucun plaisir ni désir." (Cece), un témoignage qui illustre ce que ressentent beaucoup de femmes dans cette situation.

"B.a.", "corvée", "obligation", "calvaire" ... Ces activités sexuelles qu'elles décrivent "sans désir ni plaisir" font apparaître un autre élément exprimé par exemple par Rosy lorsqu'elle explique pourquoi elle "en [est] rendue à [se] dire "ça y est va falloir y passer" " : "quand je sens qu'il a envie de moi". En effet, beaucoup de femmes se sentant "obligées" ou "forcées" d'avoir des relations sexuelles avec leur partenaire font part de la pression directe ou indirecte qu'elles subissent de la part de ce dernier, tant par les mots que par les actes:

"Depuis la naissance de ma fille, il y a 2 ans, je n'ai aucune envie d'avoir de relations sexuelles avec mon compagnon. Je le fais car il ne me comprend pas. C'est devenu insupportable : tous les soirs j'ai droit à cette question : ce soir tu me fais un câlin ? Je ne sais plus quoi faire. Nous avons essayé la tendresse, par surprise. Rien ne marche. Je pense que mon compagnon me met trop de pression, ce qui me fait faire machine arrière." (Misandre)

"Je voulais juste te dire que ton témoignage m'a beaucoup touchée car je vis la même chose que toi... Mon petit garçon a maintenant 8 mois et mon désir sexuel a quasi disparu! [...] Mon mari a toujours été très porté sur le sexe, s'il pouvait le faire 2x par jour ce serait avec joie. Je ressens souvent une pression de sa part même s'il ne dit rien.

Je me sens responsable et plus j'y pense et moins j'ai envie. Pourtant lorsque l'on passe à l'acte j'ai quasi toujours un orgasme... mais c'est toujours lorsque j'ai ressenti une envie sexuelle. Le problème est que cette envie arrive de moins en moins souvent et mon mari s'inquiète. Il pense que je ne l'aime plus! Pourtant je sais que je l'aime [...]." (Sandrine)

"Moi aussi, je n'ai plus beaucoup d'envie de ce côté. Cela fait 5 mois que j'ai accouché. [...] Plus mon compagnon me presse, moins j'ai envie et plus on s'éloigne. Je sais que pour lui c'est un besoin, mais j'ai plus besoin de tendresse pour le moment que de sexe. Un homme devient plus tendre quand il a du sexe. Dommage." (Na)

La "pression" que mentionnent les femmes dans leurs récits possède de multiples facettes et influence, ainsi que le développent ici Misandre, Sandrine et Na, aussi bien leurs perceptions physiques que leurs ressentis psychiques.

A ce sujet, il est intéressant de relever le lien récurrent qui est effectué dans leurs récits entre la "pression" qui émane de leur partenaire et ses "besoins" sexuels car si les femmes expliquent la première par les seconds, elles associent également ces derniers à un autre type de pression, latent, qu'elles expriment sous forme de "peur" ou de "crainte" : "Parfois, je me force mais ce n'est pas gai! Je suppose que si je me force, c'est parce que j'ai peur qu'il ne me trompe!" (Jo) Une "supposition" qui est relayée par de nombreuses femmes qui exposent leurs appréhensions quant aux conséquences, notamment sur le long terme, que peuvent avoir les "besoins" sexuels de leur partenaire s'ils ne sont pas satisfaits au sein du couple:

"[...] ma fille a bientôt 9 mois et je n'ai quasi plus aucun désir, pire encore quand je fais l'amour, je ne prends presque plus de plaisir. C'est très frustrant pour moi et pour mon mari, je me force de temps en temps car je l'aime et je n'ai pas envie de le perdre à cause de ça". (Franyli)

"Je vis exactement la même situation. Après mon 1er enfant ma vie sexuelle en a pris un coup mais ça pouvait encore aller mais j'ai eu un 2e enfant qui a 15 mois et je n'ai plus du tout envie de faire l'amour, j'ai peur d'entendre mon mari monter le soir, les refus de ma part commencent à peser sur mon couple, je comprends bien qu'il ait ce besoin et j'ai très peur qu'il aille voir ailleurs, je l'aime et pourtant je n'aime plus ça [...]." (Chanel)

"De voir que pour les autres, c'est un peu la même chose, ça rassure. Mais en même temps, moi, j'ai toujours la crainte qu'il aille voir ailleurs! Je me dis finalement si ça dure trop longtemps et tout... C'est difficile de savoir ce que pense l'autre. Puis vu que c'est lié à une grossesse, il y a toujours aussi la fin de la grossesse qui est, suivant comment, assez sportive, les activités sont peut-être moins intenses aussi. Puis on sait que c'est des passages qui sont quand même plus difficiles pour les hommes, c'est souvent des occasions où ils vont voir ailleurs. C'est vrai que ça fait peur aussi. Mine de rien, ça plane quand même. C'est quand même là." (Maude)

Si leur partenaire est présenté dans leurs narrations comme initiant les rapports sexuels en réponse à un "besoin", les femmes contrastent ce dernier avec leur propre "besoin" ou "envie" qu'elles expriment en termes d' "amour" et de "tendresse", des mots qui apparaissent

dans presque tous les témoignages et qui se retrouvent ici dans les propos de Kangourou et de Soof: "J'aime mon mari mais je lui demande trop: être patient, être tendre, seulement de la tendresse et il ne comprend pas." ; "depuis la naissance de notre fils, je me contente de tendresse et de JE T'AIME, mais je n'ai pas envie de SEXE! J'ai envie d'avoir envie mais ça ne vient pas... et mon homme commence à s'impatienter un peu...". Ces majuscules mettent en relief deux éléments importants qui renvoient au constat qu' "un homme devient plus tendre quand il a du sexe." ; une différence de "besoin" et d'approche aux rapports sexuels des femmes et de leur partenaire que développe Maude ci-dessous:

"Moi, en tant que femme, par rapport à l'amour pur, je dois d'abord me sentir aimée, être bien par rapport à ça pour avoir envie d'aller plus loin. Tandis que – ça je l'avais lu dans le bouquin [la série des *Les hommes viennent de Mars et les femmes de Vénus* de J. Gray] et puis j'ai constaté que c'était tout à fait ça – c'est que mon mari, il a besoin d'abord de passer par l'acte, après, il est beaucoup mieux. Donc, ça colle pas. Forcément, l'un des deux, il est frustré.

Bon, on en a jamais parlé comme ça. Mais à quelque part, je me demande si il comprendrait [...]. Parce que vu que lui, par définition, il commence justement par les relations sexuelles et après il est bien, il est tout chou et mille fois mieux qu'avant, ça va lui paraître tout à l'envers. Parce que je fonctionne dans l'autre sens que lui. Alors je pourrais bien essayer de lui dire mais je sais pas si... je ne sais pas dans quelle mesure il se dira oui, c'est vrai, il faudrait peut-être faire dans l'autre sens." (Maude)

La plupart des récits des femmes abordent la dissemblance voire "l'inversion" qui existe "par définition" entre leur fonctionnement en matière de sexualité et celui de leur partenaire, et plus généralement entre celui "des femmes et des hommes". Cette approche différentielle fait d'ailleurs apparaître, au même titre que les couples thématiques déjà mentionnés, une autre structure narrative qui se présente, dans sa forme réduite, en termes de "je l'aime mais je ne le désire plus" ou, pour reprendre les mots cités plus haut, de "Je l'aime et pourtant je n'aime plus ça". Une formulation type à laquelle Karine réagit de la manière suivante: "Mais c'est ça! C'est très bien résumé! Mais vous voulez dire comment ça à votre mari? Parce que lui, si vous lui dites ça, il croit que vous ne l'aimez plus! Puis c'est pas ça. C'est pas facile à comprendre. Puis ça fait de nous des personnes compliquées. Les femmes, c'est compliqué...".

Cette compréhension des rapports sexuels comme étant "différents" lorsqu'il s'agit des hommes ou des femmes n'est en effet pas sans conséquences ainsi que le montrent les développements qu'en donnent ces dernières dans leurs récits.

D'une part, comme nous l'avons vu, les "besoins" sexuels de leur partenaire pose la question de l'infidélité que des "refus" répétés peuvent engendrer et génèrent de ce fait une pression

qui "oblige" les femmes, malgré leur manque de désir et de plaisir sexuels, à céder de temps à autre si ce n'est plus, aux avances de ce dernier. Mais de l'autre, la conception des rapports sexuels comme "acte d'amour" pour les femmes est ici expérimentée comme source d'incompréhension, d'interrogation de même que de pression, comme l'explique Val ci-dessous: au "je me force de peur qu'il ne me trompe" vient ainsi s'ajouter le "je me force de peur qu'il croit que je ne l'aime plus". En effet, la présence de ce "mais" ou "et pourtant" qui sépare l'affirmation de leur amour et leur manque de désir sexuel pour leur partenaire installe le doute, si pas toujours dans l'esprit des femmes, en tout cas dans celui de ce dernier:

"A un moment donné, on se dit, mais est-ce que j'aime encore vraiment l'autre? Parce que comment ça se fait que je suis jeune, que je l'aime et que je n'ai même plus envie qu'il me touche? On se dit qu'il y a un problème quelque part." (Maude)

"J'ai l'impression d'aimer encore mon compagnon mais je commence à douter car je n'ai plus de désir pour lui (et lui aussi il commence à douter car il ne comprend pas mon manque d'enthousiasme)." (Soso)

" [...] depuis la naissance de nos enfants, tout a changé et je n'ai plus envie de faire l'amour, pourtant j'aime toujours mon mari, j'ai peur qu'il croit que je ne l'aime plus alors je me force parfois pour lui faire plaisir mais vraiment je n'éprouve aucun désir ni plaisir". (Val)

Comment les femmes expliquent-elles alors le problème que soulève la cohabitation contradictoire qu'implique l'amour qu'elles éprouvent pour leur partenaire et le fait qu'elles n'ont malgré cela "plus envie de le faire" (l'expression "faire l'amour" prenant ici tout son sens)? Certaines femmes le décrivent comme une conséquence hormonale liée aux effets secondaires de la pilule contraceptive qu'elles utilisent :

"J'ai une petite fille de 20 mois et j'avais le même problème que vous. En discutant sur le forum santé - règles et problèmes gynéco - manque d'envie, j'y ai découvert que c'était à cause de ma pilule car depuis que je l'ai arrêtée ça va beaucoup mieux. [...] Parlez-en avec votre gynéco, c'est peut-être simplement votre pilule qui ne vous convient pas. Moi j'étais sous Mercilon et dans la notice il est marqué que si on a une perte de désir c'est qu'il faut peut-être changer." (Nounoute)

Cependant, il ne s'agit pas de l'explication la plus récurrente. En effet, la plupart des narrations exprimant des "solutions" ou des "conseils" quant à cette situation se penchent sur la question de l'amour et, parce qu'elles lient ce changement dans le vécu des rapports et du désir sexuels à l'accouchement, interrogent la place qu'occupe le nouveau-né dans les ressentis affectifs de ces dernières, notamment en évoquant la relation mère-enfant, parfois qualifiée d'hormonale comme nous le verrons plus loin: "Une question, est-ce que tu

t'occupes énormément de ton enfant? Ne vois-tu que ton enfant? Passe-t-il en priorité avant ton compagnon? Si oui, la solution est là" (Isa) Une interrogation formulée sous forme de solution qu'abordent de nombreuses femmes, ainsi que l'illustrent les citations suivantes:

"Ton plein de câlins tu le fais avec ton bébé, avant tu n'avais que ton mari c'était différent. Récupère, repose toi autant que possible, dialogue beaucoup avec ton mari pour qu'il comprenne, et dès que ta relation fusionnelle diminuera un peu avec ton bébé, le reste reviendra tout seul." (Tamara)

"Je viens de lire ton message, et cela me touche beaucoup, car je suis dans la même situation, j'ai accouché par césarienne il y a 7 mois maintenant. Et depuis mon désir sexuel n'est pas comme avant je peux même dire qu'il n'a rien à voir avec aujourd'hui, [...] et cela commence à semer la zizanie dans notre couple [...] C'est vrai qu'un enfant change la vie et que cela fatigue, mais je ne pensais pas que cela pouvait diminuer la libido. J'ai essayé de trouver des solutions sur des magazines, des forums de discussion et la seule chose qui revient souvent c'est de partir en week-end en amoureux et de laisser notre bébé à la famille. Car le problème c'est que nous les mères, nous donnons tout l'amour à notre enfant et que pour le père il ne reste plus grand chose." (Mamouillette)

"[...] j'ai vécu également la même situation que toi [...]. En réalité je pense que l'on est fort centrée sur nos bambins et que c'est normal le temps que chaque chose retrouve sa place... Il y a certainement quelque chose d'hormonal là-dedans. Enfin tout ça pour dire que ma libido reprend tout doucement du poil de la bête, j'en suis ravie et je crois effectivement qu'il faut se laisser un peu de temps mais pas trop non plus et peut-être essayer de relancer la machine... l'appétit vient en mangeant, ;-)) courage!" (Sally)

Cette dernière remarque sert la plupart du temps de clôture aux discussions des femmes au sujet de l'absence de ressentis physiques et psychiques pendant les activités sexuelles après l'accouchement. Sally n'est en effet pas la seule à conclure ses propos en mentionnant "qu'il faut se laisser un peu de temps mais pas trop non plus et peut-être essayer de relancer la machine" : par exemple, Orchidée finit son témoignage en disant "qu'il faut y mettre du sien, c'est important!!!", Oliphane en avançant "qu'il faut se forcer un peu et ça part!", à quoi fait écho Flo lorsqu'elle explique "qu'il n'y a qu'en "pratiquant" que l'appétit revient...". Des mots de conclusion qui s'accompagnent le plus souvent d'un "bonne chance et bon courage!" qui en disent long et font écho au discours médical.

"Qu'est-ce que je ressens?", dit Gwen en parlant de la reprise des activités sexuelles après l'accouchement. Ainsi que nous l'avons vu à travers ces quelques citations de femmes ayant une baisse ou absence de désir sexuel postnatale, leur vécu ne correspond pas au discours "rassurant" que tiennent les scientifiques et professionnels de la santé à ce sujet: malgré le rétablissement théorique qu'ils avancent du corps des femmes dans les semaines qui suivent la naissance de leur enfant (tant au niveau anatomique que sexuel), nombreuses sont celles

qui rencontrent des difficultés à retrouver une sexualité "normale" bien après l'accouchement; des difficultés qu'elles développent dans leurs narrations sous la forme de deux types d'expériences: la présence et l'absence de ressentis lors des activités sexuelles.

Au sujet de la première, les récits des femmes font ressortir des lieux de reformulation et/ou de résistance face aux origines psychosomatiques que donnent les sciences et le (para)médical à la présence de leurs souffrances physiques au-delà des six à huit semaines post-partum.

Soulevant d'une part, que celles-ci n'étaient pas expérimentées avant l'accouchement et de l'autre, qu'elles apparaissent seulement dans le contexte spécifique des relations sexuelles ou plus précisément lors de la pénétration, certaines femmes approchent leurs souffrances par le périmètre physique impliqué dans ces deux moments, les situant très concrètement dans "le bas" (la zone génitale) et non "le haut" (le psychique) de leur corps, pour reprendre deux dimensions thérapeutiques de la sexualité que présentent M. Delcroix et B. Guérin du Masgenet³⁶. (2001: 59) Que leurs douleurs soient liées à la cicatrisation de leur déchirure périnéale ou à leur épisiotomie, à ses conséquences sur l'entrée du vagin – qu'elles ont l'impression que les suites de l'accouchement ou les gynécologues-obstétriciens / sages-femmes ont rendu trop serré, étroit ou bloqué –, ou encore à l'intérieur du vagin, dont les muqueuses sont asséchées par le manque de lubrification, les narrations de ces femmes montrent une volonté de continuer l'exploration des causes de leurs maux dans la dimension physique. (Il est toutefois intéressant de relever que si elles intègrent le corps (para)médical dans leur discours, il demeure absent de leur reformulation.)

Dans d'autres témoignages, si les femmes lient leurs ressentis corporels douloureux à une manifestation physiologique de leur corps – le manque de lubrification vaginale – lors des rapports sexuels, elles les abordent également au travers de la relation de couple: c'est pour leur "compagnon" ou "mari" qu'elles se "forcent" à s'engager dans des activités sexuelles et la pénétration est "de ce fait" douloureuse. Ici, l'accent est mis sur la dimension dyadique, en leurs mots "relationnelle", des causes de leurs souffrances et non sur l'individuel ou le psychique. Aux actants³⁷ "corps" et "praticiens" vient donc s'ajouter ici l'actant "partenaire" que les chercheurs et praticiens du domaine (para)médical, en se tournant vers le psychisme des femmes, omettent totalement.

³⁶ Auteurs du manuel médical *Décision en gynécologie obstétrique*.

³⁷ "The notion of "actant" [...] designates any entity which, within the text, accomplishes or undergoes any action." (Akrich et Pasveer, 2004: 65)

Quelle que soit la manière dont elles reformulent les causes de leurs douleurs, toutes ces femmes font résistance à l'explication psychosomatique. Pour elles, le fondement des difficultés physiques qu'elles rencontrent n'est pas d'ordre psychique mais relationnel ou, s'il se trouve au niveau individuel, siège dans leur corps, notamment dans la zone génitale, et non dans leur psychisme. Dans ce premier lieu de reformulation, leur baisse ou absence de désir sexuel postnatal a des conséquences sur leur couple et, parce qu'elles tentent d'y remédier en ayant quand même des rapports sexuels avec leur partenaire, est la source des douleurs qu'elles expérimentent. Dans le second, ces douleurs dans le post-partum sont la cause, en amont, de leur baisse ou absence de désir sexuel: "C'était douloureux. C'était horrible. *Donc* franchement ça ne donne pas envie.", "Disons que c'est un peu difficile d'avoir envie de faire l'amour *sachant* la douleur que je vais avoir.", expliquent Karine et Lilou. (mes italiques)

Dans ces deux modes d'approche du problème, les femmes font ainsi clairement résistance au discours (para)médical et scientifique dans lequel ces souffrances sont des "prétextes" servant un "désordre" psychique.

Cependant, outre la présence de douleurs lors des activités sexuelles après l'accouchement, les femmes mentionnent également une autre expérience qu'elles font de leur corps qui, si elle contraste avec la première, a néanmoins les mêmes effets négatifs sur l'expression de leur désir sexuel: l'absence de ressentis corporels.

De nombreuses femmes font part du manque de sensations physiques qu'elles éprouvent pendant les rapports sexuels postnatals, notamment de plaisir sexuel. Certaines l'incombent à l'épisiotomie, d'autres rapportent "l'anesthésie" de leurs zones érogènes depuis l'accouchement, mais toutes s'accordent à dire que malgré ces transformations, elles "se forcent" à avoir des relations sexuelles avec leur partenaire ou se sentent "obligées d'y passer". Or c'est ce dernier point, indissociable du premier, que les femmes développent le plus dans leurs témoignages, faisant ainsi apparaître le corollaire de cette absence de ressentis physiques: la présence des "sentiments" ou ressentis psychiques qui résultent de ces rapports sexuels "sans plaisir ni désir".

Les mots qu'elles utilisent pour décrire ces derniers le montrent bien: le fait qu'elles cèdent aux avances sexuelles de leur partenaire découle de la "pression" qu'elles subissent au sein du couple, une pression dont les deux facettes correspondent dans leur discours à la conception différentielle du fonctionnement sexuel des hommes et des femmes. D'une part plane la peur que des refus répétés ne poussent leur partenaire à satisfaire ses "besoins" en dehors du

couple, et de l'autre émerge le doute quant aux sentiments amoureux des femmes étant donné leur manque d'envie de "faire l'amour". En effet, comment expliquer la contradiction de ce qu'elles éprouvent depuis l'accouchement, en d'autres mots, qu'elles aiment leur partenaire "mais ne le désirent plus"? La réponse qu'elles donnent en dernier lieu à cette pression affective est la relation "fusionnelle" tant psychique que physique qui lie les mères à leur nouveau-né et accapare "l'amour" et les "câlins" de ces dernières. Ainsi, en exposant leur problème d'absence de ressentis corporels, les femmes font émerger une expérience importante mais largement dédaignée – absente des recherches scientifiques, et mettent en évidence les dimensions dyadiques et sociales de celui-ci. Cependant, leurs narrations se développent de manière à rejoindre, au bout du développement, le discours (para)médical.

"Je voulais être une super maman, une super employée, enfin super tout partout. Et puis en fait, je voyais qu'au niveau du couple, je n'y arrivais pas. [...] J'étais crevée, je n'avais plus d'énergie." (Karine)

"Voilà 6 mois que j'ai accouché et je n'ai aucune envie sexuelle, ni de câlins. Je consacre tout mon temps à mes deux filles. [...] Lui, par contre, ne comprend pas que je n'ai pas envie. Toute la journée seule avec mes deux enfants, le soir, j'ai hâte d'être dans mon lit pour dormir et rien d'autre." (Cricri)

"J'ai moi aussi de moins en moins envie... [...] Mon état de fatigue peut certainement expliquer mon désintérêt. Il faut avouer qu'en plus de mon travail à temps plein, je suis quasi tout le temps seule à m'occuper de Guillaume. Mon mari travaille et le WE, il est musicien. C'est une période difficile car le petit bonhomme a énormément besoin de sa maman et il lui pompe toute son énergie..." (Jo)

"Le soir, je suis crevée et quand je suis dans mon lit, je ne pense qu'à une chose, c'est dormir..." (Nat)

"J'ai accouché il y a 5 mois et toujours pas repris les rapports [...]. Maintenant avec la fatigue, la reprise du travail, etc. ... je suis HS [hors service]." (Cat)

La fatigue, exprimée ici par Nat, Cricri, Jo et Cat, est un élément important sur lequel s'appuient les scientifiques et les praticiens pour expliquer la baisse ou l'absence de désir sexuel des femmes dans la période postnatale. Liée dans un premier temps au dur labeur qu'implique un accouchement, ils incombent ensuite cette fatigue physique aux besoins du nouveau-né: les femmes, de par leur physiologie particulière et donc leur rôle spécifique dans l'allaitement, ont un sommeil discontinu, entrecoupé par de nombreux levers nocturnes. Exténuées par l'accumulation de ces nuits incomplètes ou trop courtes, leur désir sexuel s'en trouve ainsi émoussé.

A côté des ressentis liés aux rapports sexuels, l'épuisement que les femmes éprouvent au moment d'aller se coucher est en effet le deuxième axe qu'elles utilisent pour expliquer leur manque de désir sexuel depuis l'accouchement. Cependant, nous verrons que si la fatigue est ici le fil conducteur de leurs récits, il n'en va pas de même de son lien avec l'allaitement: alors qu'il se place en position centrale dans les interprétations des chercheurs et du personnel (para)médical, celui-ci n'apparaît dans les témoignages souvent que de manière secondaire, voire pas du tout.

Le rôle de la fatigue dans l'expression du désir sexuel des femmes après l'accouchement

"Pour lui, c'est plus difficile à comprendre parce que c'est pas lui qui est planté avec les enfants tout le temps et qui a qu'un désir, c'est quand on se retrouve au lit, c'est ouf! dormir. Et c'est vrai qu'en général, en trente secondes, je dors. Je suis cuite. Puis mon mari, il ne se lève jamais la nuit, donc les levers nocturnes, c'est toujours pour ma pomme. Comme maintenant, avec notre fille qui s'est cassé le pied, ben cette nuit, je me suis levée cinq fois pour elle, entre onze heures et demi hier soir et ce matin sept heures et demi, donc ça fait des nuits assez sportives. Alors après ça, c'est un peu le dernier de mes soucis je dois dire.

Un jour, il râlait pour je sais pas quoi puis je lui ai dit, mais écoute, moi, ces temps, mes journées, elles commencent à six heures parce que je me lève pour l'école et je me couche à vingt-trois heures, puis entre deux, selon les jours, j'ai pas cinq minutes! Il suffit que la dernière alterne en fonction des autres et j'ai toujours au moins un gamin dans les pattes. Et par là-dessus, je fais les deux repas, les déjeuners pour les enfants, les courses, les machins, les trucs... Je dis, mais comment tu veux que j'aie du temps? [...] C'est clair que lui, il ne vit pas cette tension perpétuelle alors il a peut-être de la peine à répercuter ça.

Peut-être un homme qui serait homme au foyer, il comprendrait mieux. Parce qu'il se rendrait mieux compte de ce que demande un ou des enfants en permanence. Et puis de la fatigue physique et psychologique qu'on a le soir quoi. C'est vrai que c'est bête, mais c'est dû à ça. Dû à ça et au manque de temps la journée. [...] Maintenant, le temps que j'arrive à grappiller, je le prends pour moi. Ca, c'est clair. Parce que j'en ai besoin, pour survivre quoi! C'est indispensable." (Maude)

La fatigue est une thématique très présente dans les témoignages des femmes lorsqu'elles s'expriment sur leur baisse ou absence de désir sexuel après la naissance de leur(s) enfant(s). Or si les scientifiques et professionnels de la santé relèvent leur font écho sur l'importance de ce facteur comme source de difficultés dans l'expression de leur désir sexuel après l'accouchement, ils l'expliquent uniquement par les interruptions nocturnes qu'impose l'allaitement au cycle de sommeil de ces dernières; une circonscription de temps et d'objet qui ne se retrouve pas dans les récits des femmes.

La citation ci-dessus est à ce titre intéressante. En effet, alors qu'elle dit de son mari qu'il "ne se lève jamais la nuit" et que les levers nocturnes sont par conséquent "toujours pour [sa] pomme", Maude, pourtant mère de trois enfants en bas âge dont une dernière née de trois mois qu'elle nourrit au sein, ne nomme pas l'allaitement: l'exemple qu'elle donne pour illustrer ses nuits "sportives" est l'attention et les soins dont a besoin sa fille de trois ans qui s'est cassé le pied et pour laquelle elle s'est réveillée à cinq reprises entre le moment où elle s'est couchée et l'heure à laquelle sa journée a commencé. Le fait qu'elle "omet" de mentionner les fois où, durant ce même intervalle, elle s'est levée pour allaiter, peut se comprendre par le contexte particulier dans lequel s'inscrit son récit. Toutefois, cette omission soulève un élément qui, cette fois, ne relève pas de l'exception: nombreuses sont en effet les femmes qui rapportent que, si leur implication physiologique spécifique dans l'allaitement fait que certains besoins nocturnes ne peuvent être remplis par leur partenaire, celui-ci ne se lève pas non plus pour ceux des enfants sevrés³⁸.

Alors que l'allaitement n'est pas toujours directement ni explicitement évoqué, la fatigue qui résulte des levers pendant la nuit pour les enfants en bas âge est, elle, souvent présente dans les témoignages des femmes. Seulement, si les chercheurs et praticiens ne décrivent que la facette nocturne de cette dernière, les femmes n'abordent jamais l'épuisement qu'elles ont à la fin de la journée et l'influence qu'exerce celui-ci sur leur désir sexuel sans y adjoindre son versant complémentaire: la fatigue diurne.

"Dur d'être une bonne maman, une bonne amante et une bonne ménagère... Je suis déjà maman d'une petite fille de 2 ans, et je viens d'accoucher d'une nouvelle petite nénette. Le rythme à la maison est infernal entre les nuits où il faut donner la tétée, le jour où il faut que je m'occupe aussi de la plus grande, de ranger la maison, faire le linge, les courses... Alors quand mon conjoint veut des câlins... je ne sais plus comment esquiver! [...] J'aime mon conjoint, je lui ai expliqué ce [...] que je ressentais, il dit qu'il comprend mais se demande si ce n'est pas des excuses [...]! Je comprends que ce soit dur pour lui, mais moi j'ai juste besoin de beaucoup de tendresse, de temps et aussi de repos... J'espère que ça ne durera pas longtemps car je n'ai pas envie de mettre mon couple en péril même

³⁸ La fatigue de cette implication physiologique peut néanmoins *aussi* être partagée avec le partenaire. Par exemple, une femme-mère de mon entourage m'a mentionné, lors d'une conversation informelle, la participation du père de leur nouveau-né dans cette activité nocturne: celui-ci se chargeait de chercher l'enfant et de le recoucher après la tétée.

De même, je ne parle ici que de l'allaitement au sein. Il serait intéressant de savoir si les levers nocturnes sont plus équitablement partagés dans les couples qui utilisent la possibilité technique de "tirer" le lait maternel ou du lait de substitution. Une hypothèse qui, si elle mérite d'être explorée, me semble toutefois compromise par la construction idéologique de la "naturalité" de la répartition sexuelle des tâches dans notre société, notamment en ce qui concerne les soins des enfants en bas âge. En effet, dans les récits recueillis, les femmes ne se lèvent pas seulement pour l'allaitement du nourrisson mais aussi pour les enfants sevrés, ces derniers levers nocturnes n'ayant aucun fondement physiologique.

si mon conjoint m'assure qu'il peut être patient, moi je sens que sa patience a des limites et ça me stresse encore plus..." (Sarah)

"Ne pas avoir envie ne veut pas dire que tu n'aimes plus ton mari, mais [...] tu dois d'un coup devenir une super maman disponible à tout heure pour ton petit bout, faire le ménage, les courses, les repas... et en plus être désirable et en pleine forme le soir. Faut pas rêver [...]." (Tamara)

"Bienvenue au club!!! Je te rassure; ce qui t'arrive est complètement normal... Ton corps a subi un énorme changement, ensuite tu épuises toute ton énergie pour t'occuper de ton bébé et du reste du quotidien (ménage, repassage...). Arrivée le soir, la seule chose qui t'intéresse, c'est de te reposer!!! Ce qui veut dire que tu n'es pratiquement plus en mesure de satisfaire les besoins de ton mari." (Orchidée)

Quels que soient les témoignages, les femmes annexent *toujours* les soins que nécessitent les nouveaux-nés et les enfants en bas âge, notamment pendant la nuit, au travail qu'elles effectuent durant le jour. La sensation d'épuisement éprouvée au moment de se coucher et qui fait que le soir, ainsi que le résume Nat, elles ont "hâte d'être dans [leur] lit pour dormir et rien d'autre", n'est jamais conçue comme le seul résultat de leurs nuits "sportives", mais toujours comme celui d'une accumulation. Une accumulation qui, de plus est, ne se déroule pas seulement sur un cycle de vingt-quatre heures mais se répète tous les jours de la semaine, "week-end compris" ainsi que tiennent à le préciser les femmes.

Le "rythme infernal" dont parle Sarah pour nommer cet enchaînement consiste en effet dans ses propos du cumul entre "les nuits où il faut donner la tétée" et "le jour où il faut [qu'elle s] occupe aussi de la plus grande, de ranger la maison, faire le linge, les courses..."; l'accolade entre ces deux phases de la journée correspondant à tous les récits que donnent les femmes de cette "tension perpétuelle", source de leur fatigue. Ainsi, en plus d'être "une bonne maman", "disponible à toute heure" pour ses enfants, viennent s'ajouter le ménage, la lessive, le repassage, les courses, la préparation des repas, "les machins, les trucs" et des points de suspension qui en disent long sur la multitude de tâches auxquelles fait face, seule et tous les jours, la "bonne ménagère".

"J'avais vu une fois un titre que j'avais trouvé génial: "mère au foyer, la femme sans travail aux cent travaux". Puis ils énuméraient dessous la cuisinière, la couturière, l'habilleuse, l'infirmière, la maîtresse de bricolage, enfin tout ce qu'on est susceptible de côtoyer dans la journée. Parce que c'est vrai qu'on fait énormément de choses. [...] C'est peut-être pas dévalorisé mais c'est pas du tout reconnu. Pas du tout alors. Du reste, la question est toujours la même: ah, tu ne travailles plus. Tu fais plus rien. Alors moi, ça fait longtemps que je réponds non, je fais plus rien. Puis alors là, si en face de moi j'ai une ancienne maman ou bien une femme comme ça en général, c'est ouais ouais, mon œil! Et puis alors, un homme, ça passe... Il remarque rien du tout. [...] Et je pense, mon mari, pourtant il reconnaît bien ce que je fais et tout, mais... pour qu'il se rende compte, il faudrait qu'il fasse une semaine avec eux sans moi.

Je l'ai fait une journée. [...] Alors ça avait bien été, les enfants étaient couchés, ils avaient mangé, enfin ils étaient tout bien. Par contre, la maison, c'était le dépotoir! C'était tout en plan dans l'évier, il n'y avait rien de rangé, et tout [...]. Je lui avais quand même dit que moi, une journée comme ça, en plus des enfants, je fais la vaisselle et puis si ça se trouve, c'est le jour où je fais le ménage ou bien le repassage ou la lessive, et tout quoi. Lui, les rares moments où les enfants étaient au lit ben, il en a profité pour se planter sur le canapé ou pour ne rien faire! Ce que nous, on ne fait presque jamais."
(Maude)

Comme le souligne Maude, outre le fait que tout le travail ménager se fait "en plus des enfants", ce qu'elle effectue quotidiennement "n'est pas du tout reconnu" et passe souvent inaperçu, une inactivité qui ne trompe pas les femmes auxquelles elle répond qu'elle ne "fait plus rien". Et elle est loin d'être la seule à spécifier qu'au sein de son couple, même si son mari "reconnaît" – au niveau des idées – tout ce qu'elle fait pendant la journée, celui-ci ne réalise pas – dans la pratique – l'ampleur que prennent ces activités: il a de la peine à "comprendre" l'épuisement qui résulte de l'ajout entre ces tâches ménagères et la charge constante des enfants, de même qu' "à répercuter ça" sur le vécu de leur intimité. Par ailleurs, même mis en situation "pour qu'il se rende compte" de ce que cela "représente", son mari n'a rempli qu'une seule partie de ce travail quotidien, ceci à défaut des tâches ménagères qui, ainsi que Maude le fait remarquer, remplissent le peu de plages libres que laissent les enfants pendant la sieste. Sa volonté de faire comprendre à son mari ce dont consistent "vraiment" ses journées est donc tombée caduque.

Sarah, citée plus haut, donne un autre exemple de l'incompréhension au niveau pratique de son conjoint: "il dit qu'il comprend, mais se demande si ce n'est pas des excuses"; une structure rhétorique sous forme de "il comprend... mais" qui se retrouve dans de nombreuses autres narrations relatant les doutes des partenaires quant à la réalité/véracité ou du moins la pertinence d'invoquer cette fatigue comme cause pour expliquer la baisse ou absence de désir sexuel dans le post-partum.

"Bienvenue au club!!!", commence par dire Orchidée avant d'énumérer les différentes activités accomplies sans interruption pendant la journée dont résulte la fatigue, "normale", éprouvée le soir. Ce "club", de même que le "on" et le "nous" qu'utilisent et auxquels s'associent les femmes dans leurs récits ne sont pas anodins: en effet, ces termes illustrent le fait que tant la charge des membres de la maisonnée que celle des tâches ménagères sont des responsabilités qui ne leur incombent qu'à elles, c'est-à-dire au "club" des femmes, expliquant ainsi l'incompréhension dont font preuve les partenaires et la sollicitude de ces dernières à ce sujet. Se dessine ainsi la dimension sous-jacente du "normal" de cette situation, le "normé",

car cette division sexuelle des responsabilités ne se limite pas au vécu des femmes dites au foyer, elle persiste dans le cas de celles qui travaillent à l'extérieur. Voici ce qu'en dit par exemple Karine, qui a repris son activité professionnelle six mois après la naissance de sa fille:

"J'avais plus de place finalement. J'étais crevée, j'avais plus d'énergie. Moi, j'aurais pu vivre sans relations sexuelles. J'avais pas besoin de ça, parce que j'avais assez et puis j'avais pas le temps, enfin je ne sais pas, ni l'envie je pense. Parce qu'il y avait trop, j'avais l'impression que je devais tout... Et puis de vouloir être bien partout, et ben c'est difficile.

J'ai essayé de lâcher un peu des trucs, enfin rien qu'au niveau, c'est bête, mais au niveau ménage, un peu laisser la maniaquerie de côté. Oui, des petites choses. Maintenant, ça va beaucoup mieux mais elle est plus grande, [...] elle va à la garderie. Mais là encore, c'est tout la maman qui réfléchit à tout. Alors il faut l'amener à la garderie, qui va la chercher, qu'est-ce que je fais à souper, enfin, je trouve que c'est beaucoup! C'est vrai, le mari, ben il travaille à 100%, mais il est dans son truc, il rentre à la maison, il n'a pas besoin de penser à tout ça. J'ai eu un moment où j'avais franchement trop." (Karine)

En effet, même si elle prend d'elle-même l'initiative de "lâcher un peu des trucs" ou de "laisser un peu [...] la maniaquerie de côté" et même lorsque l'enfant est pris en charge une partie de la journée par une garderie, "là encore, c'est tout la maman qui réfléchit à tout" ainsi que le remarque Karine. Une organisation tant mentale que physique de ces deux domaines que sont les enfants d'une part, et l'entretien de la maison et du partenaire de l'autre, qui s'ajoute à son travail à l'extérieur.

Si les femmes ne font aucun doute quant à la relation qui existe entre la fatigue résultant de ces responsabilités et leur baisse ou absence de désir sexuel depuis la naissance de leur(s) enfant(s), la répartition de ces dernières au sein du couple est généralement évoquée comme un constat ou comme un élément qu'elles mettent en exergue pour démontrer concrètement les raisons de leur fatigue ou de celle de leurs interlocutrices. Plus rares, mais néanmoins bien présents, sont les témoignages dans lesquels les femmes prennent position face à ce partage – inégal – et dénoncent le manque d'implication de la part de leur partenaire dans le travail quotidien lié à l'entretien de la maison, de même et surtout, en ce qui concerne la charge des enfants:

"C'est l'attitude de mon mari qui ne s'implique pas assez à mon goût dans le quotidien de la maison et des enfants qui me refroidit: si il avait toute la journée trois enfants à s'occuper dont des jumeaux de un an, on verrait si il serait sexy le soir! Moi, je suis moins fatiguée quand je sors du travail (mi-temps) que quand j'ai passé une journée à la maison!!!!!" (Géraldine A)

"J'ai un bébé de 6 mois et je suis dans le même cas que vous toutes, [...] moi en plus c'est parce que je lui reproche de ne pas être le même papa qu'il a été pour notre fille aînée, il adore son fils, j'en suis persuadé, mais il ne s'en occupe pas, s'il le change, c'est à ma demande, et il faut que j'ai une bonne excuse de ne pouvoir le faire moi-même. On dit souvent des femmes qu'il faut qu'elles fassent un effort pour garder leur mari, et bien il en est de même pour eux. C'est un sujet très épineux. Bref, pour moi, il a compris et fait quelques efforts, et tout naturellement j'ai de nouveau envie de lui faire plaisir, et de me faire plaisir aussi. Ca revient, mais il faut trouver la cause réelle" (Géraldine B)

Il est intéressant de constater que, comme d'autres, Karine et Géraldine (A) utilisent le travail à l'extérieur à titre de comparaison. La première met l'accent sur le fait que le travail de son mari, contrairement au sien, débute et prend fin en dehors du contexte familial: "il est dans son truc, il rentre à la maison, il n'a pas besoin de penser à tout ça", c'est-à-dire à l'organisation du reste du quotidien. La seconde fait aussi appel au travail professionnel mais pour cette fois exprimer la plus grande fatigue qui découle d'une journée passée "à la maison"; une différence qu'elle marque avec cinq points d'exclamation.

La conclusion qui résulte de cette comparaison est explicitée par exemple par Maude qui, lorsqu'elle fait part de son épuisement au moment d'aller se coucher, la définit en termes de fatigue "physique *et* psychologique" (mes italiques). Si l'on retrouve, et ce n'est pas un hasard, la liaison présente dans le premier temps de l'explication de la fatigue, c'est-à-dire l'énonciation des tâches quotidiennes liées au ménage *et* aux enfants, c'est parce que ce cumul est en soi vécu comme *aussi* source de fatigue psychique: outre l'organisation physique et mentale mise à contribution, "ce que demande un ou des enfants en permanence" ne relève pas seulement d'activités visibles et quantifiables, mais puise également dans des ressources psychiques: "c'est pas évident d'être tout le temps avec des petits mimis. Ils se tapent dessus, ça pleure, ça vient quémander... Enfin il y a plein de bons côtés, mais c'est aussi rude pour les nerfs." (Maude) De plus, les enfants exigent une attention constante et épuisante qu'illustrent bien les propos de Maude lorsqu'elle explique comment elle s'organise pour concilier la présence de ces derniers et l'accomplissement de tâches ménagères telles que cuisiner:

"Et puis moi, il vient dîner à midi donc je suis tenue de faire un dîner, et puis tout ça, il faut le faire en plus des enfants. Faut trouver le temps de cuisiner. Moi je vois, des fois, je prépare à dîner en même temps qu'on déjeune, puis j'ai eu des fois quelqu'un au téléphone qui me dit, mais tu fais quoi? J'entends de drôles de bruits... Ben je prépare à dîner. Mais t'as vu l'heure? Je dis écoute, je fais le dîner quand je peux hein. Maintenant j'en ai un qui dort, qui déjeune, tant qu'ils sont sous mes yeux, ils ne font pas de bêtises, alors je fais le dîner. [...] On s'organise comme on peut." (Maude)

Mais revenons aux citations des deux sus-dénotées Géraldine, car elles font apparaître un nouvel éclairage de la dynamique liant la fatigue, la répartition inégale du travail ménager et de la charge des enfants, et l'hypoactivité du désir sexuel: les "reproches" ou le ressentiment. En effet, son homonyme et elle ne restreignent pas les raisons de leur baisse ou absence de désir sexuel postnatal à leur seule fatigue mais font intervenir un autre facteur qui les "refroidit", indissociable des causes de cette dernière: pour elles en effet, "l'attitude" de leur partenaire, "qui ne s'implique pas assez à [leur] goût dans le quotidien de la maison et des enfants", a des conséquences directes sur l'expression de leur désir sexuel. Lorsqu'elle décrit "la cause réelle" de sa baisse de désir sexuel, Géraldine (B) explique qu'elle reproche à son mari le fait qu'à moins d'avoir "une bonne excuse de ne pouvoir le faire [elle]-même", celui-ci ne s'occupe pas de ses enfants, du moins de leur cadet. Elle constate ensuite que depuis que son mari "a compris et fait quelques efforts", elle a "de nouveau envie de lui faire, et de [se] faire plaisir aussi". Cette composante relationnelle n'est pas seulement présente dans ces deux récits mais se retrouve ailleurs, comme par exemple dans celui ci-dessous qui retrace les différentes étapes entre le trop peu de participation du partenaire dans la prise en charge des enfants et le manque de désir sexuel:

"Il y a quelques jours, justement un dimanche, j'ai un peu pété les plombs parce qu'il avait déjà eu tout le matin et l'après-midi, il recommence. Et puis moi j'avais marre! J'avais tout le temps les enfants dans les bras. Alors j'ai râlé un bon coup. Il s'est énervé. Parce qu'il le prend contre lui. Après, je suis allée vers lui et je lui ai dit mais écoute, c'est pas contre toi que j'en ai. Toi je t'aime, t'es là, ça va bien. Mais moi, j'en peux plus. Faut que je souffle. Puis t'es le seul qui peut m'aider, c'est toi qui dois prendre les enfants le week-end et t'en occuper. Si tu le fais pas, je pète les plombs et je pète les plombs contre toi, parce que je t'en veux à toi, vu que c'est toi qui ne fais pas le pas de les prendre. Mais à la base, si tu m'aidais de ce côté-là, ça irait beaucoup mieux... Je pense qu'il comprend sur le moment mais je pense qu'il ne comprend pas l'ampleur que ça a. Il comprend pas à quel point ce besoin peut devenir vital.

Mais il comprend pas parce que lui, il arrive toujours à avoir des moments pour lui. Puis ça, je crois que c'est universel parce que quand j'en cause avec mes amies, [...] on arrive toutes aux mêmes conclusions. Ils arrivent toujours à se dégouter du temps pour eux. On sait pas comment ils font, mais ils y arrivent. Alors que moi..." (Maude)

Les femmes formulent le manque d'implication du partenaire dans le quotidien ménager et familial, de même que ses conséquences sur le désir sexuel sous deux angles qui, s'ils diffèrent dans la forme sont néanmoins semblables au niveau du contenu: alors que certaines expriment leur ressentiment ou leur sentiment d'injustice face à ce partage inéquitable des responsabilités, d'autres mettent l'accent sur le "manque de temps" qui en résulte.

En effet, nombre de femmes font part non seulement de leur "besoin de repos" mais aussi de leur "besoin de temps". Si Maude explique son déclin de désir sexuel comme étant "dû à ça et au manque de temps la journée", d'autres, comme Karine, lui font écho en liant la fatigue et le peu ou pas de désir sexuel qu'elles ont le soir au fait qu'elles n'ont "plus de place" ou "pas de temps" tant pour elles-mêmes que pour des rapports sexuels.

Ce temps ou cet espace pour "souffler" qu'elles qualifient de "vital" est cependant difficile à "grappiller" de par le peu (ou l'absence) d'aide qu'elles reçoivent de leur partenaire, notamment le soir ou pendant le week-end. Or les femmes expérimentent ces deux éléments comme ayant tous deux une influence importante sur leur désir sexuel: s'il y a "la vie professionnelle, la vie familiale [et] la vie de couple" ainsi que le relève Perrine, il est également "indispensable" d'avoir "après tout cela encore [un] temps personnel". Sans ces moments pour et à soi, les femmes n'ont pas la possibilité de se ressourcer et "pètent les plombs" d'une part à cause de leur trop-plein de fatigue, et de l'autre à cause de leur partenaire qui, si lui "arrive toujours à se dégouter du temps", ne le met pas à profit pour alléger la charge qui repose sur leurs épaules. Cette relation présentée comme cause à effet se trouve dans de nombreux récits qui mettent côte à côte la fatigue et la relation de couple face au quotidien. En voici un exemple:

"On avait instauré, j'avais instauré rectifions, avant la naissance de mademoiselle, une grasse matinée pour chacun par deux semaines, le dimanche matin [...]. Mais bon, depuis qu'elle est née, ça va plus parce que elle, je dois la nourrir. Mais je ne désespère pas, je remettraï ça sur pied. Ca nous convenait bien. Moi, ce que j'étais sereine le dimanche où je dormais! Je me levais forcément avant qu'ils rentrent, je prenais ma douche, sans avoir trois mimis qui viennent, qui ouvrent la porte, qui font froid dans la salle de bains et toutes ces bêtises. Du coup, je me mettais au dîner et puis j'étais toute bien quand ils arrivaient.

Forcément, on est plus gratifiant. On est content, on est reconnaissant vers l'autre parce que mine de rien, il s'est quand même levé, même si c'est la seule fois en deux semaines et puis il s'en est quand même occupé et tout. Moi, j'ai besoin d'être bien dans moi, bien vis-à-vis de lui, donc pas lui en vouloir pour rien du tout, autrement, ben ça s'arrête là."
(Maude)

"J'étais crevée, j'avais plus d'énergie", nous explique Karine dans la citation chapeautant ces pages consacrées à la thématique de la fatigue. Comme nous l'avons vu à travers ces quelques témoignages, si les scientifiques et praticiens d'une part, et les femmes de l'autre s'accordent sur l'influence négative que peut exercer ce facteur sur le désir sexuel après l'accouchement, ce qu'ils entendent et mettent sous ce terme diffère.

Les premiers se focalisent sur l'allaitement, une activité, ainsi qu'ils la présentent, qui non seulement ne respecte aucun horaire mais de plus est intimement liée à la physiologie des femmes. C'est donc par l'assouvissement des besoins vitaux du nourrisson et les levers nocturnes que cela implique pour ces dernières que les scientifiques et professionnels de la santé interprètent le mot fatigue³⁹.

Or cette circonscription ne se retrouve pas dans les discours des femmes qui, du fait qu'elles ne limitent pas la définition de ce terme au seul allaitement et ses levers nocturnes, se distancient dès le départ de cette interprétation; une reformulation initiale qui se développe et prend forme tout au long de leurs narrations.

De leurs récits émerge pour commencer un élargissement de la temporalité dans laquelle s'inscrit leur épuisement. Pour les femmes, celui-ci ne découle pas uniquement des sollicitations nocturnes qu'impose un nouveau-né et par ailleurs ses frères et sœurs sevrés: il résulte de l'accumulation des activités qu'elles effectuent pendant les deux phases de la journée et relève donc aussi bien du diurne que du nocturne, l'accent étant le plus souvent mis sur le premier. En effet, leurs responsabilités quotidiennes ne se restreignent pas aux soins du bébé mais englobent également les nombreuses tâches qu'implique l'entretien de la maison et de ses habitants; un travail au foyer auquel le partenaire participe très peu et qui ne disparaît pas lorsque ces femmes ont une activité professionnelle à l'extérieur.

Cette reformulation de temps et d'objet fait également apparaître un second élément de redéfinition: la description qu'elles donnent de leur fatigue n'est pas seulement exprimée en termes physiques mais aussi sous forme d'épuisement nerveux. En plus d'un sommeil entrecoupé par des levers nocturnes, le travail (ménager et/ou professionnel) qu'elles accomplissent durant la journée doit en effet, de par la charge constante des enfants, se faire simultanément à leur surveillance ou en fonction des plages "libres" que leur accordent, lorsque c'est possible, les institutions extérieures telles que les crèches et garderies ou encore les mamans de jour. L'organisation tant mentale que physique qu'elles doivent mettre en œuvre pour concilier ce qui relève de l'inconciliable⁴⁰, leur laisse très peu voire aucun moment de répit et met ainsi leurs nerfs à forte contribution.

³⁹ Mentionnons toutefois l'étude de D. Bick et C. MacArthur (1995) sur la consultation postnatale, dans laquelle il est précisé que lorsque les femmes font part au gynécologue de leur fatigue, une prise de sang est parfois effectuée afin d'examiner leur taux hormonaux. Si ce test sanguin n'est pas systématique, il illustre néanmoins que le corps médical, dans son ensemble, ne perçoit la fatigue que dans sa dimension biologique et non sociale.

⁴⁰ Pour le développement de ce que recouvre l'inconciliable, voir L. Bachman et al., 2004; N. Lapeyre et N. Le Feuvre, 2004 et Guyer, in Mathieu, 1985: 189-190.

On observe donc plusieurs niveaux de reformulation dans les récits des femmes: conçue comme étant pluridimensionnelle, c'est-à-dire nocturne *et* diurne, de même que physique *et* psychique, elles redéfinissent le champ couvert par le terme fatigue tel qu'il est interprété par les scientifiques et praticiens. De plus, elles n'expliquent pas les causes de leur épuisement par leur seule implication physiologique dans l'allaitement, mais par l'accumulation de travail qui découle de leurs rôles ou identités de "maman", de "ménagère" et d' "épouse", pour reprendre leurs mots.

Comme dans les récits abordant la thématique des rapports sexuels après l'accouchement, ces deux axes initiaux de reformulation débouchent ainsi sur l'introduction dans leurs narrations, en plus de l'actant "enfant(s)", de l'actant "partenaire" que les scientifiques et praticiens, centrés sur l'aspect physiologique de la fatigue, occultent (à nouveau) totalement. La présence de celui-ci dans les récits des femmes fait apparaître une nouvelle cause de leur baisse ou absence de désir sexuel après l'accouchement qui s'exprime d'une part sous forme de ressenti individuel, le manque de temps pour soi, et/ou de l'autre, comme composante relationnelle, le ressentiment qu'elles ont face au peu ou pas d'implication de leur partenaire dans le partage de ces nombreuses responsabilités épuisantes. Or, et c'est là le point culminant des reformulations que font les femmes dans leurs témoignages, ce dernier élément qui relève de la relation de couple et de la gestion du quotidien est, au même titre que la fatigue, expérimenté comme une cause intervenant directement dans leur manque de désir sexuel.

Ainsi, l'explication que donnent les femmes du rôle de la fatigue dans le problème qu'elles rencontrent dans l'expression de leur désir sexuel après l'accouchement, si elle s'appuie aussi sur ce facteur causal, comporte de nombreuses autres facettes cristallisées dans la répartition du travail qui, parce qu'ils l'égalent et la traitent "*comme* la différenciation des fonctions biologiques de la reproduction" (Delphy, 1998: 219), sont totalement absentes des interprétations, définitions et théorisations des scientifiques et professionnels de la santé. Cependant, si les femmes mettent en avant des éléments d'explication structurelle, le problème est néanmoins vécu comme relevant de l'individuel et non de rapports de pouvoir.

"Je crois que ce qui est très important, justement, c'est d'exister soi-même avant de pouvoir se partager avec l'autre." (Maude)

De la mise en évidence des femmes de leur appropriation... à une reformulation du problème?

Ainsi que nous l'avons vu tout au long de ces pages, si les femmes articulent leurs récits sur la baisse ou absence de désir sexuel postnatale autour des rapports sexuels coïtaux et la fatigue, c'est leur élément commun qu'elles mettent en évidence: leur appropriation. (Guillaumin, 1992) Celle-ci se manifeste dans leurs narrations sous la forme d'une appropriation de temps, de corps et de ressentis. Du temps pour se rétablir physiquement et émotionnellement, ceci dans leur individualité; du temps pour redécouvrir leur sexualité et leur désir, et se sentir prêtes à reprendre les activités sexuelles avec pénétration après l'accouchement; du temps aussi pour avoir des moments à soi, pour "exister soi-même".

Dans leur discours, l'association ou la dissociation de leurs ressentis physiques, psychiques et relationnels est vécue comme source de détresse faisant ainsi apparaître le problème comme un tiraillement entre le corps tel qu'il est présenté dans le discours et la pratique médicale, et le corps qu'elles expérimentent au sein du couple et de la famille.

En plus des lieux de (re)formulation, de résistance et/ou de convergence qu'elles contiennent, les narrations des femmes font apparaître des oppositions anthropologiquement fondamentales. Comme dans les chapitres précédents, nous retrouvons en effet les dichotomies suivantes: désir sexuel / baisse ou absence de désir, savoir / croyance, objectivité / subjectivité, besoin / amour, plaisir / contrainte, normal / pathologique, masculin / féminin. Une liste à laquelle on peut encore ajouter jeunesse / vieillesse comme l'illustrent les deux exemples ci-dessous:

"Et oui, je vis la même chose que toi sauf que le problème est que je n'ai que 22 ans..."
(Epices)

"Moi, je vois, pour ma deuxième, ben pendant des mois, j'avais plus du tout envie. Bon, j'avais aussi deux enfants très rapprochés donc je ne faisais que ça et puis j'étais cuite cuite cuite. Mais j'en avais discuté finalement avec mon médecin. J'avais dit, mais est-ce que c'est normal? Parce que je suis jeune et puis j'ai l'impression que je suis vieille, puis c'est l'horreur quoi! Je me dis, mais au secours, est-ce que ça reviendra un jour?"
(Maude)

Ces couples d'opposition présentent toutefois une constance qui réside dans le fait que toutes ces dichotomies renvoient à ce qui est construit comme étant le général ou la norme dans la

société occidentale actuelle et – par conséquence et en fonction de cette dernière – la déviance, le particulier, l'altérité.

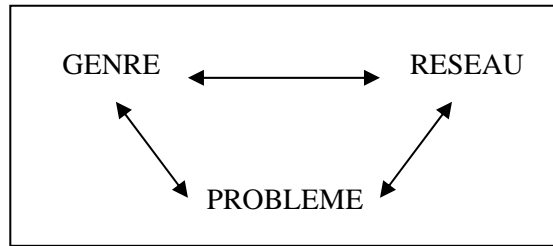
La norme, pour revenir au tiraillement mentionné plus haut, repose dans les récits des femmes sur la conjonction de deux "scripts"⁴¹, inculqués, socialisés et intériorisés. Le premier tient de l'idéologie d'un corps stable, a-historique et a-social et postule, après la consultation postnatale, un corps rétabli dont les douleurs sont absentes, qui fonctionne "normalement", ainsi qu'un corps à nouveau sexuellement accessible. Le second relève de l'idéologie de la bonne maman, bonne ménagère et bonne amante et met en avant, après l'accouchement, une gestion "équilibrée" des rôles et tâches de ces différentes identités.

Or ce qui ressort des narrations des femmes est que le problème réside précisément dans cette norme (et par là même contribue à la renforcer) et dans le fait que ce qu'elles expérimentent tant au niveau physique, psychique que relationnel ne correspond pas au script de ce qu'elles *devraient être* et de ce qu'elles *devraient ressentir* et le sentiment d'aliénation que cela implique.

Si elles amorcent une reformulation du problème en y intégrant les actants "corps (para)médical", "partenaire" et "enfants" et donc de nouvelles manières d'appréhender le phénomène, l'intériorisation de ces scénarios en circonscrivent le développement dans un cadre de pensée dans lequel les rapports de pouvoir, dont les rapports sociaux de sexe, ne sont pas questionnés. Qu'il s'agisse des rapports sexuels douloureux, de l'absence de plaisir ou de la fatigue, les femmes ne s'affranchissent pas des causes physiques, psychiques et individuelles: la baisse ou absence de désir sexuel après l'accouchement, en dernier lieu, est vécue et présentée dans leurs récits comme venant et dépendant d'elles seules.

La dynamique entre norme et problème dans les narrations des femmes s'inscrit donc dans le même mouvement circulaire que celui que j'ai décrit dans les deux chapitres précédents :

⁴¹ Pour les différentes approches du concept de "script", voir Simon et Gagnon, 1986; Akrich, 1987; Bozon et Giami, 1999; Gagnon, 1999; Apostolidis, 2000; et Oudshoorn et Pinch, 2003.



Partie prenante dans cette dynamique, les femmes sont donc aussi des actrices dans le réseau de la baisse ou absence de désir sexuel après l'accouchement et participent en fin de compte à son existence en tant que problème féminin. Des actrices qui, cependant, sont également actives dans la création de lieux de renégociation, de résistance et de subversion, et montrent dans leur discours une volonté de réappropriation.

V. (QUELQUES MOTS DE) CONCLUSION

Tout au long de ce travail, j'ai essayé de démontrer que la baisse ou absence de désir sexuel après l'accouchement comme problème féminin n'est pas une évidence, un donné de la nature mais au contraire une construction aux mécanismes structurels et culturels complexes, faisant intervenir de nombreux acteurs et institutions.

J'ai commencé par la déconstruction de ses caractères a-historique et a-sociaux en montrant que malgré l'atemporalité et la facticité que dégage une telle définition, le phénomène a non seulement une date mais aussi un concepteur, les deux s'inscrivant dans un réseau déjà bien établi mais au sein duquel les luttes de pouvoir sont importantes.

Je me suis ensuite penchée sur les causes du problème en essayant de voir comment et par qui s'élabore le savoir sur le sujet et constaté que les éléments biologiques, physiques et psychiques avancés par les chercheurs pour expliquer la baisse ou absence de désir sexuel après l'accouchement relèvent, dans le sens où l'entend N. Oudshoorn, d'une science *faussée*, dans laquelle genre et réseau s'associent dans l'exclusion de tous ses aspects sociaux.

Puis, je me suis tournée vers les femmes, à la fois désignées comme les principales concernées du problème et participantes actives dans cette définition naturalisante et pathologisante du phénomène.

Si j'ai démontré que la baisse ou absence de désir sexuel après l'accouchement en tant que pathologie biologique, physique, psychique et féminine relève uniquement du construit, du social et non du naturel, elle n'existe cependant pas seulement en tant que fait dans le discours scientifique et (para)médical mais également en tant que vécu chez les femmes. Pour paraphraser C. Guillaumin parlant de la notion de race, nous pouvons donc conclure sur les mots suivants: non, la baisse ou absence de désir sexuel après l'accouchement "n'est pas ce qu'on dit qu'elle est, *mais* elle est néanmoins la plus tangible, réelle, brutale, des réalités." (Guillaumin, 1992: 217)

VI. BIBLIOGRAPHIE

ADAMS Alice

1995.- "Maternal bonds: recent literature on mothering".- *Signs: Journal of Women in Culture and Society* (Chicago), vol.20, n°2, p.414-427.

AKRICH Madeleine

1987.- "Comment décrire les objets techniques?".- *Techniques et cultures* (Paris), n°9, p.49-64.

AKRICH Madeleine, PASVEER Bernike

2004.- "Embodiment and disembodiment in childbirth narratives".- *Body & Society* (London, etc.), vol.10, n°2-3, p.63-84.

ALTMAN Meryl

1992.- "Everything they always wanted you to know: the ideology of popular sex literature", in Carol S. Vance (éd.), *Pleasure and Danger: Exploring Female Sexuality*, p.115-130.- London: Pandora Press.- 462p. [1^{ère} édition 1984]

ALTENEDER Ruth R., HARTZELL Deborah

1997.- "Addressing couples' sexuality concerns during the childbearing period: use of the PLISSIT model".- *Journal of Obstetrics, Gynecology, and Neonatal Nursing* (Philadelphia), vol.26, n°6, p.651-658 (Principles and Practice).

ANGEL Faith

2002.- *Psychopathologie de la vie quotidienne: impacts des nouvelles technologies sur la sexualité*.- Paris: L'Harmattan.- 108p.

APOSTOLIDIS Thémis

2000.- "Le rapport au sexuel et la "sémiotique" de l'amour: marquage socioculturel et climats relationnels".- *Journal des anthropologues* (Montrouge), n°82-83, p.339-355.

AUDINET Corinne Husson

2002.- "Sexualité postnatale: suites de couches, rééducation périnéale et sexualité".- *Bulletin de l'Association Pluridisciplinaire de Recherche et d'Etude sur la Sexualité* [En ligne].- <http://www.a-p-r-e-s.asso.fr/bulletin%201.htm> [Page consultée le 09.05.2003]

BACHMAN Laurence, GOLAY Dominique, MESSANT Françoise, MODAK Marianne, PALAZZO Clotilde, ROSENDE Magdalena

2004.- "Famille-travail: une perspective radicale?".- *Nouvelles Questions Féministes* (Lausanne), vol.23, n°3, p. 4-10.

BARRETT Geraldine, PENDRY Elizabeth, PEACOCK Janet, VICTOR Christina, THAKAR Ranee, MANYONDA Isaac

1999.- "Women's sexuality after childbirth: a pilot study".- *Archives of Sexual Behavior: an Interdisciplinary Research Journal* (New York, London), vol.28, n°2, p.179-191.

BERG Marc, AKRICH Madeleine

2004.- "Introduction – Bodies on trial: performances and politics in medicine and biology".- *Body & Society* (London, etc.), vol.10, n°2-3, p.1-12.

BICK Debra E., MACARTHUR Christine

1995.- "Attendance, content and relevance of the six week postnatal examination".- *Midwifery* (Birmingham), n°11, p.69-73.

BOZON Michel

1999.- "Les significations sociales des actes sexuels".- *Actes de la Recherche en Sciences Sociales* (Paris), n°128, p.3-23.

2002.- *Sociologie de la sexualité*.- Paris: Nathan/VUEF.- 128p. (Collection Domaine Sciences Sociales)

BOZON Michel, GIAMI Alain

1999.- "Les scripts sexuels ou la mise en forme du désir: présentation de l'article de John Gagnon".- *Actes de la Recherche en Sciences Sociales* (Paris), n°128, p.68-72.

BRENOT Philippe

1994.- *La sexologie*.- Paris: Presses Universitaires de France.- 128p. (Collection Que Sais-je?)

BRETON Philippe

1990.- *La tribu informatique*.- Paris: Métaillé.- 156p.

BYRD Janis E., HYDE Janet S., DELAMATER John D., PLANT Ashby E.

1998.- "Sexuality during pregnancy and the year postpartum".- *The Journal of Family Practice* (Wisconsin), vol.47, n°4, p.305-308.

CASTET Patricia

1998.- "Sexualité: y a-t-il une libido après bébé?" (Dossier psy: quand le désir vient à manquer).- *Psychologies: mieux se connaître pour mieux vivre sa vie* [En ligne].- http://www.psychologies.com/cfml/articleweb/c_articleweb_themapsy.cfm?id=1160 [Page consultée le 01.09.2004]

CHOLLET-VIAL Irène, CHATELAIN Marie-Christine

1991.- *Sexualité du post-partum et Planning Familial*.- Neuchâtel: Travail réalisé dans le cadre de la formation de conseillère en Planning Familial.- 28p. [Non publié]

CLIFFORD James

1983.- "De l'autorité en ethnographie", *L'Ethnographie* (Paris) n°90-91, p.87-118.

COFFIN Jean-Claude

2000.- "Sexe, hérédité et pathologies: hypothèses, certitudes et interrogations de la médecine mentale, 1850-1890", in Delphine Gardey et Ilana Löwy (sous la direction de), *L'invention du naturel: les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*, p.159-186.- Paris: Editions des archives contemporaines.- 227p. (Collection Histoire des sciences, des techniques et de la médecine)

CORBIN Alain

2003.- "Le médecin et la jouissance des femmes", *L'Histoire* (Paris) n°277, p.46-49.

CRIMAIL Philippe, HAINANT Françoise, POULLAIN Jean-Charles

1995.- *La consultation postnatale*.- Paris, Milan, Barcelone: Masson.- 145p.

DARBELLAY Karine

2002.- *La presse féminine et féministe en Suisse romande*.- Neuchâtel: Mémoire de licence en Journalisme et communication.- 89p. [Non publié]

DAVIS-FLOYD Robbie E., SARGENT Carolyn F.

1997.- "Introduction: the anthropology of birth", in Robbie E. Davis-Floyd, Carolyn F. Sargent (éds.), *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives*, p.1-51.- Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.- 510p.

DELCROIX Michel, GUERIN DU MASGENET Bernard

2001.- "Troubles de la sexualité féminine" et "Demande de surveillance ou d'examen postnatal", in Michel Delcroix et Bernard Guérin du Masgenet, *Décision en gynécologie obstétrique*, p.59-65 et p.381-390.- Paris: Maloine.- 706p.

DELPHY Christine

1992.- "Patrizia Romito: La naissance du premier enfant. Etude psycho-sociale de l'expérience de la maternité et de la dépression post-partum".- *Nouvelles Questions Féministes* (Lausanne), vol.13, n°2, p.15-20. (Comptes Rendus)

1998.- *L'ennemi principal. 1/ Economie politique du patriarcat*.- Paris: Syllepse.- 293p. (Collection Nouvelles questions féministes)

2001.- *L'ennemi principal. 2/ Penser le genre*.- Paris: Syllepse.- 389p. (Collection Nouvelles questions féministes)

DONATI Serena, GRANDOLFO Michele E.

2003.- "Il sostegno alla ripresa della vita sessuale delle donne che partoriscono, un argomento orfano di interesse".- *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità* [En ligne], vol.39, n°2.- <http://www.iss.it/publ/anna/2003/2/392235.pdf> [Page consultée le 01.09.2004]

DRAELANTS Hugues

2001.- "Le "chat": un vecteur de lien social?".- *Espritscritique.org* [En ligne] vol.3, n°10 (octobre 2001).- <http://www.espritscritique.org> [Page consultée le 28.07.2004]

ELLIOTT S.A., WATSON J.P.

1985.- "Sex during pregnancy and the first postnatal year".- *Journal of Psychosomatic Research* (London), vol.29, n°5, p.541-548.

EYER Diane E.

1992.- *Mother-Infant Bonding: A Scientific Fiction*.- New Haven, London: Yale University Press.- 237p.

FAUSTO-STERLING Anne

1992.- *Myths of Gender: Biological Theories about Women and Men*.- New York: Basic Books.- 310p. [1^{ère} édition 1985]

2000.- *Sexing the Body: Gender Politics and the Construction of Sexuality*.- New York: Basic Books.- 472p.

FISHMAN Susan H., RANKIN Elizabeth A., SOEKEN Karen L., LENZ Elizabeth R.

1986.- "Changes in sexual relationships in postpartum couples".- *Journal of Obstetrics, Gynecology, and Neonatal Nursing* (Philadelphia), vol.5, n°1, p.58-63. (Principles and Practice)

FORSTER Catherine, ABRAHAM Suzanne, TAYLOR Alan, LLEWELLYN-JONES Derek

1994.- "Psychological and sexual changes after the cessation of breast-feeding".- *Obstetrics and Gynecology* (New York), vol.84, p.872-876.

FOUCAULT Michel

1976.- *Histoire de la sexualité I: la volonté de savoir*.- Paris: Gallimard.- 211p.

GAGNON John H.

1999.- "Les usages explicites et implicites de la perspective des scripts dans les recherches sur la sexualité".- *Actes de la Recherche en Sciences Sociales* (Paris), n°128, p.73-79.

GARDEY Delphine, LÖWY Ilana

2000a.- "Introduction: pour en finir avec la nature", in Delphine Gardey et Ilana Löwy (sous la direction de), *L'invention du naturel: les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*, p.9-28.- Paris: Editions des archives contemporaines.- 227p. (Collection Histoire des sciences, des techniques et de la médecine)

GARDEY Delphine, LÖWY Ilana (sous la direction de)

2000b.- *L'invention du naturel: les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*.- Paris: Editions des archives contemporaines.- 227p. (Collection Histoire des sciences, des techniques et de la médecine)

GEERTZ Clifford

1996.- *Ici et là-bas: l'anthropologue comme auteur*.- Paris: Métailié.- 155p.

GERSON Mary-Joan, ALPERT Judith L., RICHARDSON Mary Sue

1984.- "Mothering: the view from psychological research".- *Signs: Journal of Women in Culture and Society* (Chicago), vol.9, n°3, p.434-453.

GLAZENER Cathryn M. A.

1997.- "Sexual function after childbirth: women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition".- *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* (London), vol.63, n°8, p.330-335.

GOOD Byron J.

1998.- *Comment faire de l'anthropologie médicale? Médecine, rationalité et vécu*.- Le Pléssy-Robinson: Institut Synthélabo pour le progrès et la connaissance.- 433p. (Collection Les Empêcheurs de penser en rond)

GUILLAUMIN Colette

1992.- *Sexe, race et pratique du pouvoir: l'idée de nature*.- Paris: Côté-femmes.- 239p. (Collection Recherches)

GUSFIELD Joseph

1981.- *The Culture of Public Problems: Drinking-Driving and the Symbolic Order*.- Chicago, London: The University of Chicago Press.- 263p.

HAMES Cynthia Tomsu

1980.- "Sexual needs and interests of postpartum couples".- *Journal of Obstetrics, Gynecology, and Neonatal Nursing* (Philadelphia), vol.9, n°5, p.313-315. (Research and Studies)

HERBET Justine

2001.- "L'Internet: un nouveau moyen de se réunir".- *Espritcritique.org* [En ligne] vol.3, n°10 (octobre 2001).- <http://www.espritcritique.org> [Page consultée le 28.07.2004]

HÖSLI Irène, BITZER Johannes

2002.- "Sexualität und Kontrazeption post partum: Körperliche, endokrine, soziale und individuell psychologische Veränderungen und Einflussfaktoren".- *Gynäkologie* [En ligne] vol.1.- http://www.medpoint.ch/other/gynaekologie/01_2002/04 [Page consultée le 03.04.2003]

INGLIS Toni

1980.- "Postpartum sexuality".- *Journal of Obstetrics, Gynecology, and Neonatal Nursing* (Philadelphia), vol.9, n°5, p.298-300. (Principles and Practice)

JAMIN Jean

1985.- "Le texte ethnographique. Argument", *Etudes Rurales* (Paris) n°97-98, p.13-24.

JORDAN Brigitte

1997.- "Authoritative knowledge and its construction", in Robbie E. Davis-Floyd, Carolyn F. Sargent (éds.), *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives*, p.55-79.- Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.- 510p.

JORDANOVA Ludmilla

2004.- "The social construction of medical knowledge", in Frank Huisman et John Harley Warner (éds.), *Locating Medical History: the Stories and their Meanings*, p.338-363.- Baltimore, London: The John Hopkins University Press.- 507p.

KAPLAN Helen Singer

1995.- *The Sexual Desire Disorders: Dysfunctional Regulation of Sexual Motivation*.- New York: Brunner / Mazel Publishers.- 332p.

KAUFMANN Pierre

2001.- "Libido", in *Dictionnaire de la Psychanalyse*, p.426-444.- Paris: Encyclopaedia Universalis: Albin Michel.- 923p. [1^{ère} édition 1997]

KITZINGER Sheila

1986.- *L'expérience sexuelle des femmes*.- Paris: Editions du Seuil.- 383p. (Collection Libre à elles)

KLINE Carolyn R., MARTIN Diane P., DEYO Richard A.

1998.- "Health consequences of pregnancy and childbirth as perceived by women and clinicians".- *Obstetrics and Gynecology* (New York), vol.92, p.842-848.

KRAUSS Cynthia

2000.- "La bicatégorisation par sexe à l' "épreuve de la science". Le cas des recherches en biologie sur la détermination du sexe chez les Humains", in Delphine Gardey et Ilana Löwy (sous la direction de), *L'invention du naturel: les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*, p.187-214.- Paris: Editions des archives contemporaines.- 227p. (Collection Histoire des sciences, des techniques et de la médecine)

KUMAR R., BRANT H.A., ROBSON Kay Mordecai

1981.- "Childbearing and maternal sexuality: a prospective survey of 119 primiparae".- *Journal of Psychosomatic Research* (London), vol.25, n°5, p.373-383.

LAPEYRE Nathalie, LE FEUVRE Nicky

2004.- "Concilier l'inconciliable? Le rapport des femmes à la notion de "conciliation travail-famille" dans les professions libérales en France".- *Nouvelles Questions Féministes* (Lausanne), vol.23, n°3, p.42-58.

LATOUR Bruno

1995.- *La science en action: introduction à la sociologie des sciences*.- Paris: Gallimard.- 663p. (Collection Folio/Essais) [1^{ère} édition 1987]

2004.- "How to talk about the body? The normative dimension of science studies".- *Body & Society* (London, etc.), vol.10, n°2-3, p.205-229.

LELEU Pascal

1999.- *Sexualité et Internet*.- Paris: L'Harmattan.- 138p. (Collection Sexualité Humaine)

LHOMOND Brigitte

2000.- "Sexualité", in Hélène Hirata, Françoise Laborie, Hélène Le Doaré, Danièle Senotier, *Dictionnaire critique du féminisme*, p.200-205.- Paris: Presses Universitaires de France.- 299p. (Collection Politique d'aujourd'hui)

LÖWY Ilana

2000a.- "Universalité de la science et connaissances "situées" ", in Delphine Gardey et Ilana Löwy (sous la direction de), *L'invention du naturel: les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*, p.137-150.- Paris: Editions des archives contemporaines.- 227p. (Collection Histoire des sciences, des techniques et de la médecine)

2000b.- "Sciences et genre", in Hélène Hirata, Françoise Laborie, Hélène Le Doaré, Danièle Senotier, *Dictionnaire critique du féminisme*, p.187-191.- Paris: Presses Universitaires de France.- 299p. (Collection Politique d'aujourd'hui)

MARCOTTE Jean-François

2001.- "La sociologie des rapports sociaux en réseaux: un champ d'étude en formation", suivi de "Communautés virtuelles: la formation et le maintien des groupes sur Internet".- *Espritcritique.org* [En ligne] vol.3, n°10 (octobre 2001).- <http://www.espritcritique.org> [Page consultée le 28.07.2004]

MARCUS George E., CUSHMAN Dick

1982.- "Ethnographies as texts", *Annual Review of Anthropology* (Palo Alto), vol. 11, p.25-69.

MARTIN Emily

1992.- *The Woman in the Body: a Cultural Analysis of Reproduction*.- Boston, Massachusetts: Beacon Press.- 276p. [1^{ère} édition 1987]

MASTERS William, JOHNSON Virginia

1966.- *Human Sexual Response*.- Boston: Little, Brown and Company.- 366p.

MATHIEU Nicole-Claude (textes réunis par)

1985.- *L'arraisonnement des femmes: essais en anthropologie des sexes*.- Paris: Editions de l'école des Hautes Etudes en Sciences Sociales.- 251p. (Cahiers de l'Homme, Ethnologie – Géographie – Linguistique)

MATHIEU Nicole-Claude

1991.- "Identité sexuelle / sexuée / de sexe? Trois modes de conceptualisation du rapport entre sexe et genre", in Nicole-Claude Mathieu, *L'anatomie politique. Catégorisations et idéologies du sexe*, p.227-266.- Paris: Côté-femmes.- 291p. (Collection Recherches)

2000.- "Les sexes et la "nature" chez les ethnologues et les ethnologisés (rappel historique)", in Delphine Gardey et Ilana Löwy (sous la direction de), *L'invention du naturel: les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*, p.109-124.- Paris: Editions des archives contemporaines.- 227p. (Collection Histoire des sciences, des techniques et de la médecine)

MICHAELSON Karen L.

1988.- "Introduction. Childbirth in America: a brief history and contemporary issues" et "Bringing up baby: expectation and reality in the early postpartum", in Karen L. Michaelson, *Childbirth in America: Anthropological Perspectives*, p.1-32 et p.252-260.- Massachusetts: Bergin & Garvey Publishers Inc. - 304p.

MICHARD-MARCHAL Claire, RIBERY Claudine

1985.- "Enonciation et effet idéologique. Les objets de discours "femmes" et "hommes" en ethnologie", in Nicole-Claude Mathieu (textes réunis par), *L'arraisonnement des femmes: essais en anthropologie des sexes*, p.147-167.- Paris: Editions de l'école des Hautes Etudes en Sciences Sociales.- 251p. (Cahiers de l'Homme, Ethnologie – Géographie – Linguistique)

MILLER Patricia Y., FOWLKES Martha R.

1980.- "Social and behavioral constructions of female sexuality".- *Signs: Journal of Women in Culture and Society* (Chicago), vol.5, n°4, p.783-800.

MUELLER Laura S.

1985.- "Pregnancy and sexuality".- *Journal of Obstetrics, Gynecology, and Neonatal Nursing* (Philadelphia), vol.14, n°4, p.289-294. (Principles and Practice).

NÖSTLINGER Christiane

2001.- *La santé au féminin, ou comment faire rimer sexualité et santé*.- Berne: Office fédéral de la santé publique.- 68p.

OAKLEY Ann

1979.- "A case of maternity: paradigms of women as maternity cases".- *Signs: Journal of Women in Culture and Society* (Chicago), vol.4, n°4, p.607-631.

1993.- *Essays on Women, Medicine and Health*.- Edinburgh: Edinburgh University Press.- 295p. (Collection Edinburgh Education and Society)

OUDSHOORN Nelly

1994.- *Beyond the Natural Body: An Archeology of Sex Hormones*.- London, New York: Routledge.- 195p.

1998.- "Hormones, technique et corps: l'archéologie des hormones sexuelles (1923-1940)".- *Annales Histoire, Sciences Sociales* (Paris), n° 4-5, p.775-793.

2000.- "Au sujet des corps, des techniques et des féminismes", in Delphine Gardey et Ilana Löwy (sous la direction de), *L'invention du naturel: les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*, p.31-44.- Paris: Editions des archives contemporaines.- 227p. (Collection Histoire des sciences, des techniques et de la médecine)

OUDSHOORN Nelly, PINCH Trevor

2003.- "How users and non-users matter", in Nelly Oudshoorn et Trevor Pinch (éds.), *How Users Matter. The Co-Construction of Users and Technologies*, p. 1-25.- Cambridge, etc.: The MIT Press.- 340p.

PASINI Willy

2002.- *La force du désir*.- Paris: Odile Jacob.- 254p. (Collection Poches) [1^{ère} édition 1997]

PERSON Ethel Spector

1980.- "Sexuality as the mainstay of identity: psychoanalytic perspectives".- *Signs: Journal of Women in Culture and Society* (Chicago), vol.5, n°4, p.605-630.

PIROLT Sabine, ARNAL Sonia

2004.- "Cet enfant qui tue le couple".- *L'Hebdo* (Lausanne), n°46, p.48-51.

POUTRAIN Véronique, HEAS Stéphane

2003.- "Les méthodes d'enquête qualitative sur Internet".- *Ethnographiques.org* [En ligne] n° 4 (novembre 2003).- <http://www.ethnographiques.org/documents/article/ArPouHeas.html> [Page consultée le 18.05.2004]

RABINOW Paul

1985.- "Discourse and power: on the limits of ethnographic texts", *Dialectical Anthropology* (Amsterdam) n°10 (1-2), p.1-13.

REGAN Pamela C., BERSCHIED Ellen

1999.- *Lust: What We Know About Human Sexual Desire*.- California: Sage publications Inc.- 173p. (Series on close relationships)

REVELLI Carlo

1998.- *Intelligence stratégique sur Internet: comment développer efficacement des activités de veille et de recherche sur les réseaux*.- Paris: Dunod.- 212p.

RHEINGOLD Howard

1995.- *Les communautés virtuelles*.- Paris, New York, etc.: Editions Addison-Wesley.- 311p.

ROBSON Kay Mordecai, BRANT H. A., KUMAR R.

1981.- "Maternal sexuality during first pregnancy and after childbirth".- *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* (London), vol.88, n°9, p.882-889.

ROIG Catherine (propos recueillis par)

2004.- "Aldo Naouri: "Nous fabriquons des enfants tyrans" ".- *Elle* (Paris), n°3043, p.83-88.

RYDING Elsa-Lena

1984.- "Sexuality during and after pregnancy".- *Acta Obstetricia Gynecologica Scandinavica* (Copenhague), vol.63, n°8, p.679-682.

SARFATI Anne-Cécile

2001.- "Sexe, amour, désir: aujourd'hui, les femmes disent tout", suivi de "Sexe: huit femmes racontent".- *Elle* (Paris), n° du 22.10.2001, p.97-106.

SCHERING S.A.

1999.- "La contraception post-natale: naissance d'un nouveau sentiment de tendresse".- Zürich: Schering Allemagne GmbH.- 11p. (Feuillet informatif)

SCHNEGG Céline

2004.- *Ménopause et andropause: matérialisation de deux sexes et reconfiguration du genre*.- Lausanne: Mémoire de licence en Sciences Sociales.- 83p. [Non publié]

SCULLY Diana

1994.- *Men Who Control Women's Health: The Miseducation of Obstetrician-Gynecologists*.- New York, London: Athene Series.- 276p. [1^{ère} édition 1980]

SIMON William, GAGNON John H.

1986.- "Sexual scripts: permanence and change".- *Archives of Sexual Behavior: an Interdisciplinary Research Journal* (New York, London), vol.15, n°2, p.97-120.

SINDING Christiane

2004.- "The power of norms: Georges Canguilhem, Michel Foucault, and the history of medicine", in Frank Huisman et John H. Warner (éds.), *Locating Medical History: the Stories and their Meanings*, p.262-284.- Baltimore, London: The John Hopkins University Press.- 507p.

TABET Paola

1985.- "Fertilité naturelle, reproduction forcée", in Nicole-Claude Mathieu (textes réunis par), *L'arrondissement des femmes: essais en anthropologie des sexes*, p.61-146.- Paris: Editions de l'école des Hautes Etudes en Sciences Sociales.- 251p. (Cahiers de l'Homme, Ethnologie – Géographie – Linguistique)

TATLOCK Lynne

1992.- "Speculum feminarum: gendered perspectives on obstetrics and gynecology in early modern Germany".- *Signs: Journal of Women in Culture and Society* (Chicago), vol.17, n°4, p.724-760.

TREMBLAY Nathalie

1995.- *Exploration du désir sexuel chez quatre femmes dans une perspective féministe*.- Rapport d'activité présenté à l'Université du Québec à Montréal comme exigence partielle de la Maîtrise en Sexologie.- http://blaf.ntic.qc.ca/fr/theses/nathalie_tremblay/01.shtml
[Page consultée le 13.06.2005]

TRUDEL Gilles

2003.- *La baisse de désir sexuel: méthodes d'évaluation et de traitement*.- Paris: Masson.- 233p. (Collection Médecine et Psychothérapie)

TURNER Bryan S.

1995.- *Medical Power and Social Knowledge*.- London, etc. : Sage Publications.- 273p.

VALASTRO Maria Orazio

2003.- "Recherche ethnographique et communautés virtuelles: entretien avec Alessandra Guigoni".- *Espritcritique.org* [En ligne] vol.5, n°4 (octobre 2003).- <http://www.espritcritique.org> [Page consultée le 28.07.2004]

VON SYDOW Kirsten

1998.- "Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies".- *Journal of Psychosomatic Research* (London), vol.47, n°1, p.27-49.

WARNOCK J.K., BIGGS C. F.

2003.- "Reproductive life events and sexual functioning in women: case reports".- *CNS Spectrums* (New York), vol.8, n°3, p. 188-193.

WASKUL Dennis D.

2003.- *Self-Games and Body-Play: Personhood in Online Chat and Cybersex*.- New York, etc.: Peter Lang.- 168p. (Collection Digital Formation)

WEISSKOPF Susan Contratto

1980.- "Maternal sexuality and asexual motherhood".- *Signs: Journal of Women in Culture and Society* (Chicago), vol.5, n°4, p.766-782.

ZONABEND Françoise, JAMIN Jean

1985.- "Le texte ethnographique. Avant-propos", *Etudes Rurales* (Paris) n°97-98, p.9-12.

[Références des deux cartes postales sur la page de couverture: *Men et Women*, conçu par "The Regulator", © Fun-Tasia GmbH, Cologne, Allemagne.]

ANNEXES

- Le cycle de la réponse sexuelle (*The sexual response cycle*)..... p. I
- Classification des troubles sexuels dans le DSM-III-R (1989)..... p. II
- Le continuum du désir sexuel de H. S. Kaplan..... p. III
- Les corrélations établies par Benedek et Rubenstein entre l'activité hormonale des ovaires et ses processus psychodynamiques..... p. IV
- Variables explorées dans les recherches scientifiques sur la sexualité pendant la grossesse et dans la période du post-partum..... p. V

Le cycle de la réponse sexuelle (*The sexual response cycle*): (in Masters et Johnson, 1966: 5)

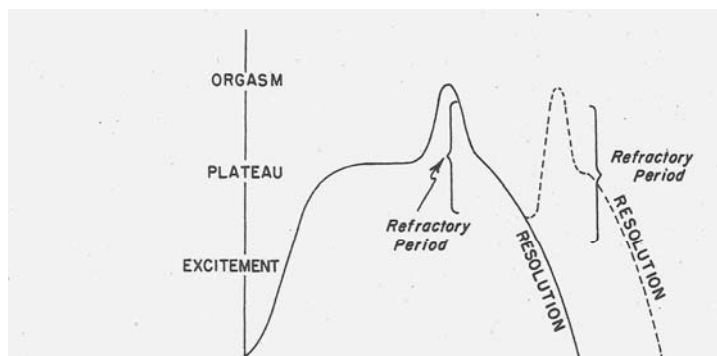


FIGURE 1-1
The male sexual response cycle.

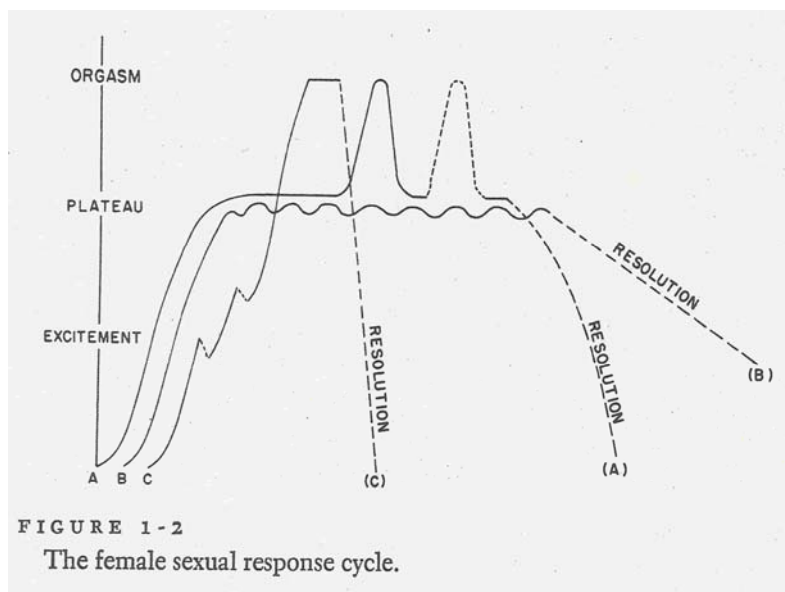


FIGURE 1-2
The female sexual response cycle.

"Only one sexual response pattern has been diagrammed for the human male [...], variants are usually related to duration rather than intensity of response [...]. Comparably, three different sexual response patterns have been diagrammed for the human female. [...] Here, intensity as well as duration of response are factors that must be considered [...]" (p. 4-5)

L'innovation de W. Masters et V. Johnson réside principalement dans l'illustration de la variabilité et l'autonomie de la réponse sexuelle des femmes. Néanmoins, si la physiologie et les réponses orgasmiques spécifiques des femmes sont rendues visibles par les technologies, des "biais" sont présents dans l'interprétation des données, notamment dans l'effacement du clitoris au profit du vagin. Selon Masters et Johnson, l'anatomie et la physiologie vaginale renvoient à l'aspect fondamental des besoins d'expression sexuelle primaires des femmes. (Masters et Johnson, 1966: 68) Ce à quoi répondent justement P. Miller et M. Fowlkes: "Masters and Johnson's conceptualization of the vagina – preparing for and accommodating to copulation and facilitating in multiple and essential ways the conceptive process – is a powerful corrective to the autonomous functioning and responsiveness of the clitoris. Their discussion must be read basically as a statement of women's intrinsic heterosexuality and as a rejection of sexual activity that does not involve the vagina." (1980: 788) En effet, leur observation, en excluant toutes les variantes de la sexualité, se limite à une seule de ses séquences ou expressions: le coït hétérosexuel. Alors que leur reconnaissance du clitoris comme source de plaisir sexuel esquisse une possible critique de la construction liant sexualité féminine et rapports hétérosexuels avec pénétration, l'interprétation que font Masters et Johnson de leurs résultats renforce plus que ne franchit la conception dominante de la sexualité des femmes, participant ainsi à la naturalisation et scientification du genre.

Classification des troubles sexuels dans le DSM-III-R (1989): (in Brenot, 1994: 37-38)

TROUBLES DE L'IDENTITE SEXUELLE

- 302-60 Trouble de l'identité sexuelle de l'enfance.
- 302-50 Transsexualisme (spécifier la tendance antérieure: asexuelle, homosexuelle, hétérosexuelle ou non spécifiée).
- 302-85 Trouble de l'identité sexuelle de l'adolescence ou de l'âge adulte, de type non transsexuel.
- 302-85 Trouble de l'identité sexuelle non spécifié.

PARAPHILIES

(Connaissent trois degrés de sévérité selon que le sujet est perturbé par ses impulsions (léger), passé occasionnellement à l'acte (moyen) ou de façon répétée (sévère)).

- 302-40 Exhibitionnisme.
- 302-81 Fétichisme.
- 302-89 Frotteurisme.
- 302-20 Pédophilie (spécifier: même sexe, sexe opposé ou sexe identique et opposé; exclusif ou non; incestueux ou non).
- 302-83 Masochisme sexuel.
- 302-84 Sadisme sexuel.
- 302-30 Transvestisme fétichiste.
- 302-82 Voyeurisme.
- 302-90 Autres paraphilies (nécrophilie, zoophilie...).

DYSFONCTIONS SEXUELLES

(Spécifier si exclusivement psychogène ou psychogène et biogène; de tout temps ou acquise; généralisée ou situationnelle.)

Troubles du désir sexuel

- 302-71 Baisse du désir sexuel.**
- 302-79 Aversion sexuelle.

Troubles de l'excitation sexuelle

- 302-72 Trouble de l'excitation sexuelle chez la femme.
- 302-72 Trouble de l'excitation sexuelle chez l'homme.

Troubles de l'orgasme

- 302-73 Inhibition de l'orgasme chez la femme.
- 302-74 Inhibition de l'orgasme chez l'homme.
- 302-75 Ejaculation précoce.

Troubles sexuels douloureux

- 302-76 Dyspareunie
- 302-51 Vaginisme
- 302-70 Dysfonction sexuelle non spécifiée.

AUTRES TROUBLES SEXUELS

- 302-90 Trouble sexuel non spécifié (non classable dans aucune des catégories précédentes).

Le continuum du désir sexuel de H. S. Kaplan: (in Kaplan, 1995: 58)

- | | | |
|----|---|--|
| 1. | <i>Hyperactive Sexual Desire</i>
(Sexual addiction; Nymphomania;
Don Juanism) | Intense, spontaneous sexual desire and fantasy; compulsive sexual behavior; high frequency; inadequate control of sexual impulses, distress. |
| 2. | <i>High-Normal Sexual Desire</i> * | Spontaneous sexual desire and fantasy; proactive sexual behavior; normal sexual functioning; high frequency. |
| 3. | <i>Low-Normal Sexual Desire</i> * | No spontaneous sexual desire or fantasy; reactive sexual behaviour; normal sexual functioning; average or low frequency. |
| 4. | <i>Mild Hypoactive Sexual Desire</i> | No spontaneous sexual desire or fantasy; sexual avoidance; poor sexual functioning; low frequency, distress. |
| 5. | <i>Severe Hypoactive Sexual Desire</i> | No spontaneous sexual desire or fantasy; poor sexual functioning; sexual avoidance; very low frequency or celibacy, distress. |
| 6. | <i>Sexual Aversion Disorder</i>
(Sexual Phobia) | Active aversion to and/or phobic avoidance of sex; very low frequency or celibacy, distress. |

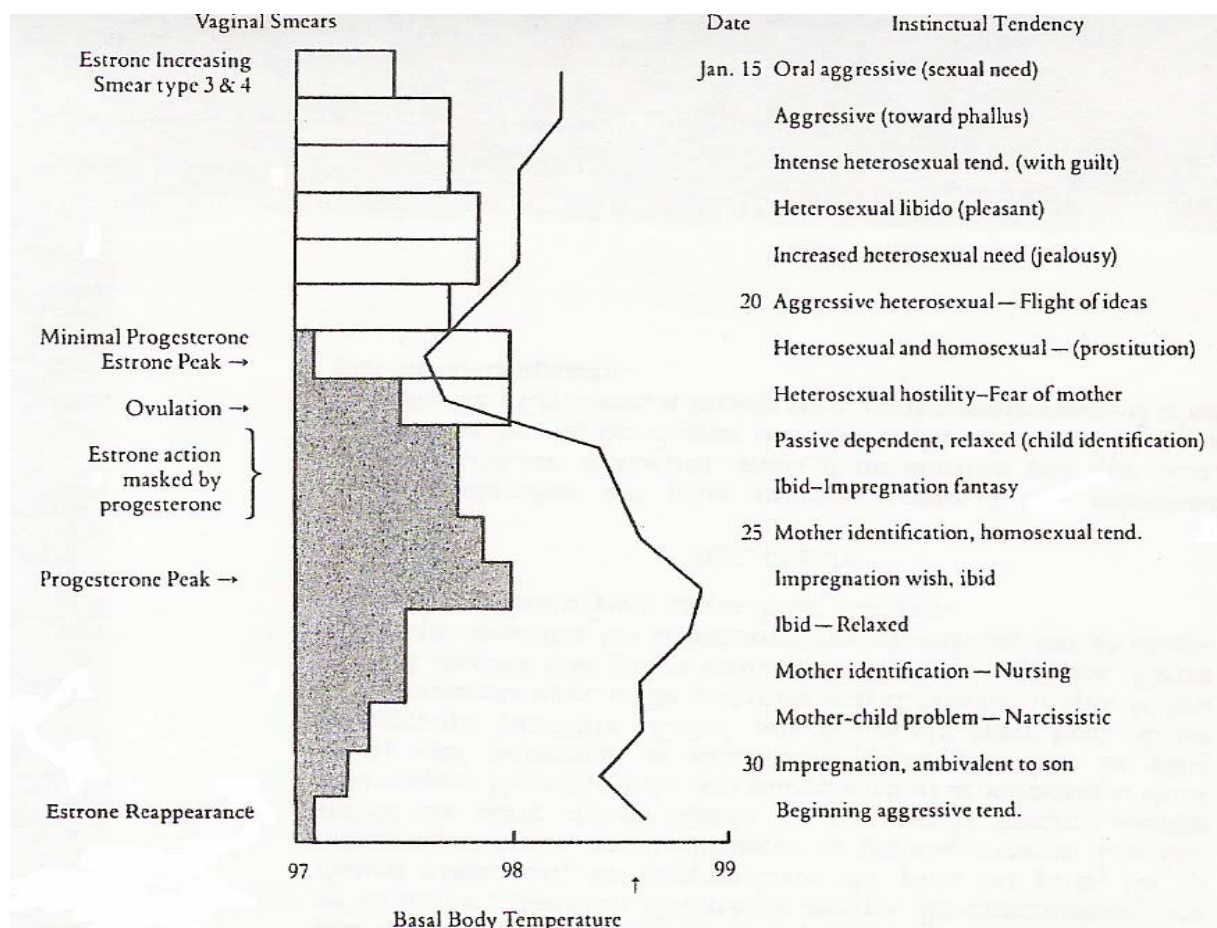
*Normal levels of sexual desire

Note: "The committees for psychosexual dysfunction for DSM-III, DSM-III-R and DSM-IV decided that the inclusion of hypersexuality was not warranted by the available evidence, and at this time hyperactive sexual desire is not officially a sexual disorder. This condition may, however, be diagnosed under "sexual disorder not otherwise specified" (302.70)." (1995: 58)

Les corrélations établies par Benedek et Rubenstein entre l'activité hormonale des ovaires et ses processus psychodynamiques: (in Martin, 1992: 119)

Diagram I		
<i>Hormone</i>	<i>Instinctual Tendency</i>	<i>Neurotic Elaborations of Tendency</i>
Oestrone Follicular hormone	Active object libido on genital level: heterosexual desire	1. Aggressive incorporative: penis envy, castration wish 2. Masochistic: masochistic concept of female sexuality 3. Defense reactions: a) fear of being attacked b) masculine protest
Progesterone dominant Corpus luteum hormone	Passive receptive tendency on genital level desire to be loved: and wish for impregnation:	Passive receptive tendency on regressive level: oral receptive and oral dependent wishes, may be directed toward a) mother b) homosexual object c) heterosexual object

Exemple d'application de ce diagramme sur une patiente: (in Martin, 1992: 118)



*Fig. 24 Benedek and Rubenstein's correlations between hormonal production and psychological states in one patient. (Benedek and Rubenstein, *Psychosomatic Medicine*, vol. 1, no. 2, 1939, p. 268. Reprinted by permission of the National Academy of Sciences, Washington, D.C.)*

Variables explorées dans les recherches scientifiques sur la sexualité pendant la grossesse et dans la période du post-partum: (in Von Sydow, 1998: 33)

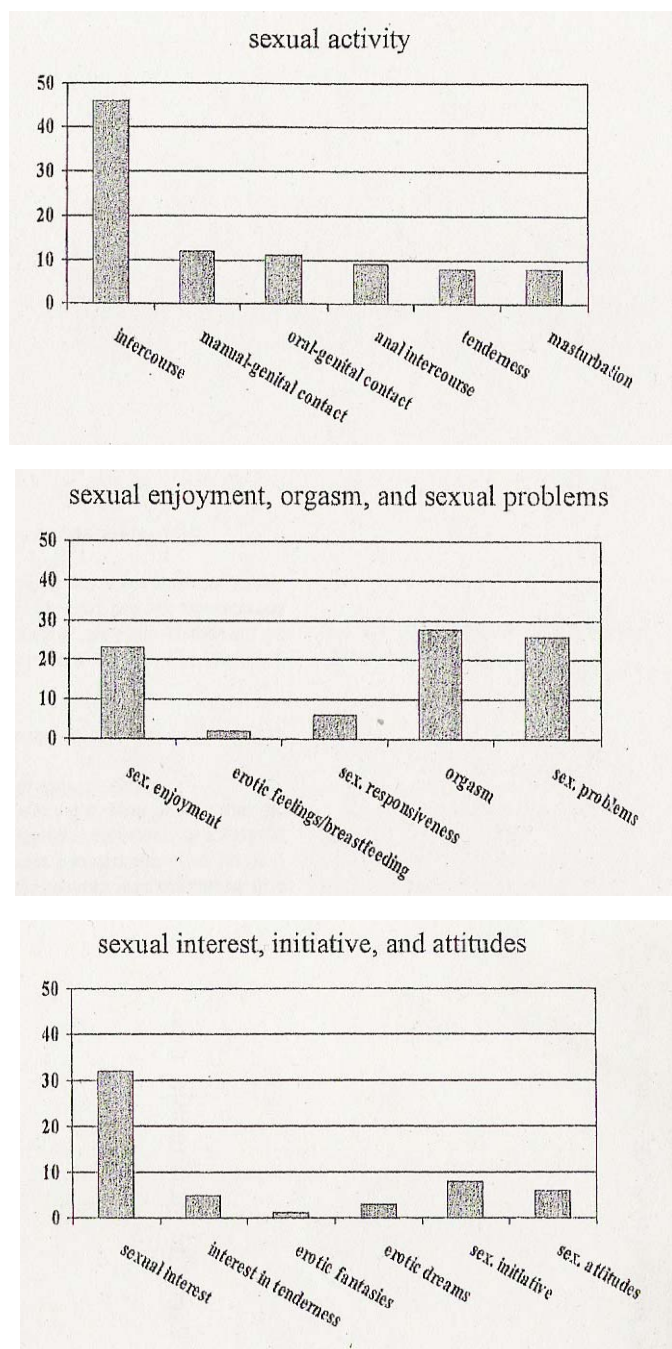


Fig. 1. Frequency with which sexual variables have been researched (N = 58 primary studies; absolute numbers if studies are given).

"As can be seen in Figure 1 most of the research about (expectant) parent's sexuality focuses on coital activity, and to a lesser degree on coital interest. This implicit reductionism, "sexuality = intercourse", can still be seen in the 1990s." (von Sydow, 1998: 43)