



**UNIVERSITÉ
DE GENÈVE**

FACULTÉ DE MÉDECINE

FACULTÉ DES LETTRES

FACULTÉ DE PSYCHOLOGIE ET DES SCIENCES DE L'ÉDUCATION

Narration de la difficulté sexuelle chez le client lors de rapports tarifés par des travailleuses et des travailleurs du sexe ayant de nombreuses années d'expérience: étude exploratoire

TRAVAIL DE CERTIFICAT EN SEXOLOGIE CLINIQUE

Présenté aux

Faculté de médecine

Faculté des lettres

Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation

par

Fabian Chapot

Directeur de certificat

Dre ès Psychologie Denise Medico

GENEVE

2014

« Je connais toutes les nuances, toutes les petites caresses, je les connais comme si c'était moi qui les avais mis au monde... »

Grisélidis Réal

Table des matières

1.	Introduction.....	3
	Questionnement initial.....	3
	Objectif du travail de recherche.....	4
2.	Théorie.....	4
3.	Méthode.....	6
	Guide d'entretien ouvert.....	7
	Grille d'entretien.....	8
	Les informateurs.....	9
4.	Résultats par informateur.....	10
	Yanet.....	10
	Chloé.....	14
	Camille.....	18
	Dorothy.....	22
	Vanille.....	31
	Zeina.....	33
	Praline.....	36
	Alban.....	39
5.	Résultats par thèmes.....	42
	Travail du sexe : accueillir, observer, écouter, calmer les anxiétés.....	42
	La sexualité, un apprentissage.....	43
	Trois difficultés sexuelles chez le client.....	43
	Inférences étiologiques : les clés de la compréhension de la difficulté sexuelle.....	45
	Empathie et identification : les clés de la résolution de la difficulté sexuelle.....	46
	Des profils de client pour prévoir le déroulement de la passe.....	47
	De l'éjaculation précoce et de l'hypersensibilité.....	47
	De l'éjaculation retardée / anorgasmie et de l'insatisfaction.....	49
	De la dysfonction érectile et de l'effroi.....	53
6.	Discussion et limites de ce travail.....	56
7.	Bibliographie.....	59
8.	Annexes.....	61
	Annexe 1 : Formulaire de consentement.....	61
	Annexe 2 : Perspectives de recherche.....	63

1. Introduction

Questionnement initial

Dans le cadre de son travail de coordination de projets de prévention et de promotion de la santé à Aspasia et Boulevards¹, maintes fois, il est apparu au chercheur, au détour d'une discussion, que les travailleuses du sexe (TdS) et les travailleurs du sexe sont régulièrement confrontés aux difficultés sexuelles (DS) de clients. Aspasia et Boulevards sont deux associations de santé communautaire pour TdS à Genève. Alors qu'Aspasia accueille les personnes actives de jour, Boulevards accueille celles actives de nuit.

Dans le cadre du conseil en ligne Don Juan² pour les clients de TdS, un constat complémentaire s'impose: nombre des clients questionnent le chercheur suite à une DS survenue dans leur couple et/ou avec des TdS.

Lors des entretiens menés pour la recherche de terrain commandée par Agnodice³ (Chapot, Medico, Volkmar, 2009), là encore, les TdS transgenres ont relaté être confrontées à des clients présentant des DS.

Ayant *a priori* peut-être infondé que les clients sont des hommes dont la sexualité est fonctionnelle, voire hyperfonctionnelle, puisqu'ils en sont si demandeurs, le chercheur a soudain eu envie d'y voir plus clair. Pourquoi ne pas profiter de l'accès privilégié aux TdS qui est octroyé au chercheur de par son activité professionnelle pour mener une enquête exploratoire ? Le chercheur s'est donc mis en tête d'accéder au récit des professionnelles du sexe afin de savoir ce qu'elles/ils disent des DS et ce qu'elles/ils en font.

Fort de cette curiosité, un foisonnement de questions c'est imposé en amont de ce travail de certificat. Le chercheur aimerait les partager avec le lecteur avant même d'exposer le contenu retravaillé de huit entretiens avec des TdS (dès à présent, le chercheur écrira au féminin pour plus de simplicité, bien qu'il y ait un homme dans l'échantillon).

- Comment les TdS pensent-elles la DS?
- Lui attribuent-t-elles une origine ? Quelle serait cette origine ? Se voient-elles comme à l'origine de cette difficulté ? Voient-elles le client et son histoire comme à l'origine de cette difficulté?
- Rejetent-elles la DS ? Nient-elles la DS? La minimisent-elles ? Font-elles avec? Se lancent-elles dans un processus de prise en charge thérapeutique (Sanders, 2006)?
- Restent-t-elles centrées sur elles-mêmes et leurs croyances, ou bien ressentent-elles la détresse du client et utilisent-elles cette empathie pour accueillir la DS et en parler? Sur une séance ? Sur plusieurs séances ?
- Le fait de devoir non seulement parler avec le client mais aussi de devoir le toucher et en fin de course, faire l'amour avec lui, induirait-il un engagement plus fort, plus « résonnant », plus émotionnel et plus corporé avec les clients: en d'autres termes un engagement thérapeutique différent de celui des thérapeutes professionnels?
- Certaines prostituées apprendraient-elles sur le terrain ce que les sexologues apprennent dans les livres ? Ou utilisent-elles des concepts propres au milieu, des concepts éventuellement novateurs ? Puisqu'elles offrent aux clients la possibilité de vivre une nouvelle expérience et de faire de nouveaux apprentissages, leur approche pourrait-elle se révéler plus pragmatique, plus efficiente même?

1 www.aspasie.ch
2 www.don-juan.ch
3 www.agnodice.ch

- Le TS serait-il une forme de marché gris parallèle à la sexologie clinique ? Se pourrait-il que certains hommes rencontrant une DS se tournent vers les prostituées avant de se tourner vers des sexologues ?
- Les TdS auraient-elles une connaissance fondée sur les expériences et sur les faits, une forme de théorie ancrée du fait sexologique basée sur une diversité hors norme de partenaires tous différents, d'expériences chaque fois uniques, là où le sexologue n'a pour référence « expérientielle » que les expériences traversées dans le cours d'une vie privée?

Voilà quelques-uns des questionnements qui préexistent à cette exploration.

Objectif du travail de recherche

Ce travail avait originellement pour titre « Représentation de la DS... ». Le chercheur a toutefois renoncé à ce terme dans une perspective sélectionniste (théorie de la sélection des groupes de neurones : Edelman et Tononi, 2000). Il accepte par là-même que la mémoire humaine n'est pas représentationnelle, c'est-à-dire basée sur un ensemble d'items stockés sur un disque dur, comme le font nos ordinateurs, mais un processus hautement dynamique et essentiellement phénoménologique, une résonance entre le réel perçu - grâce aux informations sensorimotrices entrantes - et le système thalamocortical, un passé chaque fois re-convoqué, chaque fois retravaillé dans et par le réel : un « souvenir au présent ». Ce travail a donc laissé le plus de place possible à la ré-évoation de souvenirs de DS par les TdS. Le chercheur s'est également proposé d'interroger les TdS sur leurs pratiques face à la DS. Ce travail a comme objectif premier de permettre une description de type ethnographique. Il essaiera dans un deuxième temps et si cela s'avère possible, de formuler des hypothèses par l'analyse des catégories émergeant du discours des TdS et des processus qui lient ces catégories.

2. Théorie

Avant de se pencher sur la question de la dysfonction sexuelle, il semble nécessaire de rappeler ce qui définit, physiologiquement, une sexualité fonctionnelle. Pour ce faire, rappelons très succinctement ici les travaux de Masters & Johnson (1966), qui se sont d'ailleurs tournés vers 145 TdS pour comprendre la physiologie de la réponse sexuelle par des interviews, puis des mesures en laboratoire.

Masters & Johnson ont permis l'élaboration d'un modèle, souvent dénommé cycle de la réponse sexuelle humaine. Il comporte 4 phases :

1. La phase d'excitation
2. La phase de plateau
3. L'orgasme
4. La phase de résolution ou période réfractaire (absente chez la femme)

Physiologiquement, nous définirons donc une sexualité fonctionnelle comme une sexualité durant laquelle les 2 partenaires peuvent traverser ces 4 phases.

Dans le cadre d'une relation tarifée entre un client et une TdS, une première question peut être ébauchée: la relation qui s'instaure peut-elle mener à une sexualité fonctionnelle selon la définition de Masters & Johnson ? En effet, d'aucuns estiment qu'il n'y a ni plaisir à recevoir une demande, ni plaisir à écouter, ni plaisir au rapport charnel du côté de la personne prostituée. La personne prostituée est-elle vraiment vouée à ne pouvoir atteindre ni l'excitation ni l'orgasme au vu de la

nature de son travail ? Nous devons poser la question et confronter cet a priori moral à la réalité du terrain.

Sanders (2006) a interrogé 55 TdS dans une ville anglaise afin de déterminer si ces dernières pouvaient être de bons agents de prévention des infections sexuellement transmissibles. Un des résultats inattendus de son travail de recherche fut la fonction sociétale que les TdS imputent à leur occupation. Ces dernières considèrent certes apporter des conseils de prévention au sujet des infections sexuellement transmissibles, mais elles considèrent avant tout apporter un soutien émotionnel aux clients, fournir un service unique et irremplaçable à tous ceux qui sont socialement ou physiquement handicapés, empêcher des hommes de mettre en péril leur union par des relations adultères, et finalement prendre en charge de manière thérapeutique les dysfonctions sexuelles. Sanders conclut aussi que le rôle informel ainsi que le transfert de savoir que certaines TdS opèrent déjà pourrait être utilisés de manière plus effective, en tous les cas en ce qui concerne les projets de prévention des infections sexuellement transmissibles. Qu'en est-il du rôle informel des TdS dans la prise en charge de la dysfonction sexuelle? N'est-il pas sous-estimé, sous-exploité aussi? Ou alors est-il exploité par une certaine clientèle qui redoute de consulter chez un médecin, un psychologue ou un sexologue? C'est également ce que ce mémoire se propose d'explorer.

Rappelons pour finir la définition selon le CIM-10 (2008) des 3 DS masculines les plus souvent évoquées par les TdS dans ce travail :

- **Ejaculation précoce** : Impossibilité de contrôler suffisamment l'éjaculation pour que les deux partenaires trouvent du plaisir dans les rapports sexuels. La plupart de TdS connaissaient et utilisaient ce terme. Il est repris tel quel par le chercheur.
- **Dysfonctionnement orgasmique**: L'orgasme ne survient pas ou est nettement retardé. (Dans ce travail, le chercheur fera référence à ce trouble en utilisant la terminologie **éjaculation retardée** (lorsque le client parvient tout de même à l'orgasme) **ou d'anorgasmie** (lorsque le client ne parvient pas à l'orgasme) puisque les TdS parleront essentiellement en des termes approchant ces 2 concepts contigus.
- **Echec de la réponse génitale** : Le problème principal chez les hommes est un trouble des fonctions érectiles (difficulté à développer ou à maintenir une érection adéquate pour un rapport satisfaisant). Dans ce travail, le chercheur fera référence à ce trouble en utilisant la terminologie **dysfonction érectile**, terme permettant de parler de tout un continuum de difficultés d'érection allant de la dysfonction érectile primaire et/ou totale à la dysfonction érectile partielle et/ou secondaire, toutes évoquées par les TdS.

3. Méthode

Déterminé à se tourner vers le terrain comme l'on se tourne vers un lieu d'expertise, il a semblé au chercheur pertinent d'utiliser la méthode de l'entretien compréhensif (Kaufmann, 2011).

Bien que l'on se rapproche plus avec cette méthode de la sociologie que de la sexologie, cela n'a pas apparu être un réel obstacle. En effet, un symptôme sexuel, dans une perspective sociologique mais aussi systémique et sélectionniste, n'implique-t-il pas les deux partenaires, leurs pratiques, les lieux de leurs ébats, leur cercles d'influence dans un instant t, mais aussi leur structuration affective, leurs mémoires, consciente et inconsciente, leurs neurophysiologies végétatives, leurs buts et même leurs éventuelles médications de manière concomitante ? La question sexologique devient bel et bien une question microsociologique inscrite aussi bien dans l'histoire que dans le présent de l'individu: la pensée, et l'agir ne peuvent être évoqués sans l'intégration en amont, d'informations émanant de l'extérieur, du milieu, éminemment social chez l'humain.

Kaufmann (2011) propose aussi de reconstituer les conditions d'un travail théorique et de quitter l'expertise statistique, scientifique et désaffectée, attendue et entendue désormais en sociologie. En recentrant l'attention du chercheur sur le récit de ses « informateurs experts », sur leurs souvenirs situationnels et affectifs, Kaufmann propose une recherche ethnographique à vocation théorique, une recherche qui est fondamentalement une déconstruction / reconstruction, changeant notre regard sur ce qui nous entoure. Ce type de recherche espère donc modifier l'architecture interne du savoir, là où l'expertise se cantonne à compiler et trier des données de plus en plus nombreuses, produites désormais sur un mode industriel, caractéristique de la société de l'information.

Le chercheur prend le parti des nouvelles sociologies aussi, espérant repérer des articulations micro-macro, des chevauchements entre l'individuel et le collectif (Corcuff, 2004). Il va essayer d'accorder toute son importance à l'informateur, à son entourage et va le considérer comme expert et source de savoir, à l'écouter attentivement et activement (Rogers, 1942).

Le chercheur a renoncé à l'entretien impersonnel et aux questionnaires touffus rassemblant toutes les questions soulevées dans l'introduction pour stimuler le lecteur, afin qu'à la non-personnalisation des questions ne fasse écho la non-personnalisation des réponses. Il a opté pour l'entretien compréhensif et s'est engagé activement dans les questions pour provoquer l'engagement de l'enquêté afin que les interviewés puissent le typifier et donc s'engager en toute confiance (Berger, Luckmann, 2006). Lors de l'analyse de contenu, l'interprétation du matériau n'a pas été évitée mais a constitué un élément décisif. Les entretiens furent aussi analysés à la lumière de leur richesse et de leur complexité, difficilement réductibles. Une oreille attentive a été donnée aux détours et aux « biais de conversation » dissimulant l'essentiel (Jullien, 1995) aux « ratés dans la parole claire » (Poirier, Clapier Valladon, Raybaut, 1983), aux « digressions incompréhensibles » et aux « dénégations troubles » (Bardin, 1977). En effet, l'analyse standardisée de contenu ne récolte que le plus manifeste (Michelat, 1975) quand ce ne sont pas les opinions flottantes dont la seule fonction est de maintenir la communication verbale (Peneff, 1990). Une attention particulière a donc été donnée à une analyse qui ne détruit pas définitivement l'architecture cognitive et affective des personnes singulières (Bardin, 1977). Toute l'investigation s'est également doublée en permanence d'une attitude réflexive, d'une analyse des conditions de production du discours: qui est celui qui prononce ces phrases et pourquoi?

Aussi, Wright Mills (1967) propose que le chercheur prenne le contre-pied des méthodes d'analyse statistique et se pose en « artisan intellectuel », artisan qui saura personnaliser les instruments que sont la méthode et la théorie dans un projet concret de recherche. L'artisan intellectuel ne doit se

laisser dominer ni par le terrain, ni par la méthode, ni même par la théorie lorsqu'elle est dogmatique. Car se laisser dominer c'est être empêché de travailler, c'est-à-dire de découvrir un nouveau rouage du monde ». C'est cette posture que le chercheur s'est efforcé de conserver, tout au long des entretiens mais aussi de l'analyse.

En résumé, l'objet de ce travail de diplôme s'est construit peu à peu, par :

1. Interview et recueil de la narration produite par chaque TdS lors de l'évocation de souvenirs
2. Codage ouvert par analyse verticale. Le chercheur a réécouté les entretiens pour y trouver des catégories d'information saillantes : les dysfonctions sexuelles et les thèmes connexes tels qu'amenés par les TdS. Ce processus a visé à réduire les données à un petit nombre de catégories (ou thèmes) qui caractérisent le processus ou l'action qui est explorée.
3. Codage axial ou interconnexion de ces catégories par une analyse horizontale. Le chercheur a identifié quelques catégories apparaissant dans plusieurs interviews comme étant les phénomènes centraux d'intérêt et a commencé à explorer les liens entre catégories : causes, conséquences, contextes, stratégies, conditions intervenantes. Des processus sont identifiés, comparés, intégrés les uns aux autres.
4. Codage sélectif : le chercheur crée un paradigme de codage, soit un modèle théorique qui rend compte des interrelations entre les catégories d'information du codage axial. Une théorie pourrait être générée. Le chercheur parviendra éventuellement à construire un 'récit' qui reliera les catégories et qui permettra d'aboutir à un ensemble discursif de propositions théoriques.

Des informations ont été récoltées auprès de huit TdS à l'aide d'entretiens qualitatifs semi-directifs d'une heure à deux heures, selon la méthode de l'entretien compréhensif de Kaufmann (2011). L'entretien a commencé par l'explication de la recherche et la signature d'un formulaire de consentement par chaque personne interviewée (voire annexes). L'entretien s'est poursuivi par un questionnaire permettant de relever les indices sociodémographique (ISD) et deux questions (Q1 et Q2) ouvertes constituant un guide d'entretien ouvert permettant d'aborder travail du sexe (TS) et difficultés sexuelles (DS) des clients.

Guide d'entretien ouvert

ISD

- | | |
|----------------|-----------------------------------|
| I. Sexe : | IV. Niveau de formation : |
| II. Age : | V. Domaine de formation : |
| III. Origine : | VI. Nombre de mois de TS global : |

- Q1** Avez-vous déjà eu un client qui présente des DS ? Donnez-moi des exemples.
Cette question ouverte permettra de définir de quelle/s difficulté/s sexuelle/s l'on parle. On les numérotera par a,b,c et on fera reprendre chaque type de DS, chaque cas choisi, à la question 2.
- Q2** Comment s'est déroulée la passe pour la DS a), b), c)... Expliquez-moi comme si je devais la refaire moi-même. N'omettez aucun détail et dites-moi comment vous avez vécu cela ?
Cette question ouverte permet à la TdS de livrer ses perceptions, ses souvenirs, les émotions qui l'ont traversée, son attitude et ses comportements, et de développer un récit : elle élabore sa pratique.

Grille d'entretien

Un ensemble de thèmes connexes au TS et à la DS des clients étaient pressentis par le chercheur. Ces thèmes furent intégrés à une grille d'entretien. Au cours des entretiens, le chercheur a essayé de garder en tête les thèmes figurant sur cette grille afin d'amener chaque TdS à s'exprimer sur ces derniers :

- durée de la passe
- lieu de travail
- argent
- régularité des prestations : clients réguliers vs clients sporadiques
- confidences et discussions
- attachement ?
- sentiment de jeu ?
- habits / costumes / ustensiles / procédures?
- ambiance: hostilité, indifférence, bienveillance du client et résonance chez la/ le TdS
- anxiété vs bien être de la TdS, du client
- violences
- épidémiologie par DS, estimée sur 10

Une fois les entretiens menés à terme, le chercheur a réécouté ces derniers de nombreuses fois afin de permettre l'analyse réflexive et de prendre en compte le ton de la parole, les intentions et les émotions en circulation, jusqu'à ce qu'il soit en mesure de générer à la main, pour chaque interviewé, un diagramme comprenant des catégories centrales, les difficultés sexuelles, et des catégories connexes, généralement des causes, des conséquences ou des conditions proposées par les interviewées. Grâce à ces diagrammes, une présentation écrite et retravaillée, thème par thème, de type narratif, a pu être reconstruite : ce sont les huit présentations proposées dans la section « Les informateurs ».

Les informateurs

Sont représentés dans de le tableau ci-dessous les indices sociodémographiques correspondant à chaque personne interviewée. Il a été attribué à chaque personne un nom de travail différent de celui donné lors des entretiens afin de garantir leur anonymat. Il apparaîtra rapidement à tout lecteur averti que l'échantillon est « âgé et expérimenté ». En effet, le chercheur a décidé d'interviewer prioritairement des personnes ayant une longue expérience du TS et/ou un bon niveau de français. Ces deux conditions ont amené à l'échantillon de ce travail, la grande majorité des TdS actuellement actives en Romandie étant d'origine étrangère, non francophones, jeunes et très souvent peu expérimentées dans le TS. Ces dernières n'ont donc pas pu être interviewées.

	Yanet	Chloé	Camille	Dorothy	Vanille	Zeina	Praline	Alban
Sexe	F	F	I	F	F	F	F	H
Durée du TS	17 ans	10 ans	60 ans	9 ans	3 mois	6 ans	3 ans	15 ans
Age (années)	41	47	75	47	53	42	63	41
Origine	CO	CH	MA CH FR	CH HU	FR	JM	DE	FR
État civil	célib.	mariée	mariée	conjoint	célib.	célib.	célib.	célib.
Niveau de formation	bac	bac+3	bac +4	bac+3, +2	bac + 2	E. prim.	E. sec.	E. sec.
Domaine de formation	Ass. Gouv.	Hist. Art.	Constr. Met. Magt.+ Mkt.	Trad. multil. Certif. AS.	Compta. Coach p.	Couture	-	BPAgr. Shiatsu
Expérience d'AS ?	-	-	-	36 mois	-	-	-	parfois
Lieu de travail	S. privé	S. privé	S. privé Rue	TS: S.coloc. AS: Instit.	Rue	S. / j Rue	S. privé	Rue
Type de prestation et durée	TS 20min	Mass. 45' TS 15'	GFE	TS 20min AS 1h	TS 20min	GFE	TS 20 min	Mass. 1h30

F = femme

I = intersexe

H = hommes

TS = travail du sexe

AS = assistance sexuelle

CH = Suisse

HU = Hongrie

JM = Jamaïque

CO = Colombie

MA = Maroc

FR = France

DE = Allemagne

célib. = célibataire

bac = baccalauréat français ou maturité suisse

E. prim. = école primaire

E. sec. = école secondaire

Hist. Art = licence en histoire de l'art

Trad. multil. = bachelor en communication et traduction De, Fr, En

Certif. AS. = certificat en assistance sexuelle, HETS Genève, « Pro Infirmis »

Ass. Gouv. = assistance de Gouvernance en hôtellerie

Constr. Metal. = maîtrise fédérale en construction métallique

Magt. + Mkt. = diplôme Management et Marketing (USA)

Compta. = BTS comptabilité

Coach p. = coaching en développement personnel

S. privé = salon privé (à soi)

S. / j = salon, location à la journée d'une chambre

S. coloc. = salon en colocation au mois

Instit. = institution pour personnes handicapées

Mass. = massage sans rapports

GFE / BFE = girlfriend / boyfriend experience (investissement affectif et grande disponibilité pour le client)

BPAgr. = brevet professionnel agricole (bûcheron)

4. Résultats par informateur

Suivent les huit présentations des TdS interviewé(e)s. Ce sont des présentations de type narratif, reconstruites par le chercheur sur la base d'un diagramme élaboré à main levée, au crayon gris sur des feuilles vierges afin de créer une cartographie des thèmes et de leurs interconnexions. Ces diagrammes ont permis au chercheur de visualiser les sujets abordés et les processus les reliant d'après chaque TdS, et de reconstruire les récits présentés ci-après. Ces récits, qui représentent l'analyse verticale des données, permettent au lecteur de parcourir avec fluidité l'essentiel des entretiens, de connaître les réflexions et les résonances chez le chercheur, thème par thème, interview par interview. On trouvera tout d'abord, en italique, une *vignette* présentant succinctement la personne interviewée. Les propos des TdS rapportés tels quels sont entre guillemets. Afin de conférer un sentiment d'immersion au lecteur, le chercheur se réfère à lui-même à la première personne du singulier et expose quelques-unes de ses pensées et résonances.

Yanet

Yanet est une femme colombienne de 41 ans, installée depuis 10 ans en Suisse. Elle a travaillé dans de nombreux pays (quasi toute l'Europe) et au Japon. C'est une belle femme, très énergique, toujours volontaire, très tactile, souvent provocante mais toujours respectueuse. Yanet a présenté, dans le cadre d'un projet artistique, un calendrier, présentant des photos, heure par heure, d'une journée typique de travail du sexe pour elle. Levé matinal à 4h, sport le long du lac, trottoir jusqu'à 14h, thé avec ses amies ou bière avec un de ses amants puis coucher à 20h. Son calendrier a eu un grand retentissement médiatique ; elle a vu son identité de TdS confortée. Yanet dira de cette expérience qu'elle a compris que la visibilité sociétale du TS passait par les médias et un engagement militant des TdS. Dernièrement, elle a réuni plus de 150 femmes autour d'un projet de syndicat du TS dans une grande ville romande.

Yanet distinguera quatre DS « les plus fréquentes ». L'éjaculation précoce, de loin la plus courante d'après elle, le « priapismo » qui représente l'éjaculation retardée (des clients « qui parviennent à l'excitation sans jouir et qui souvent se découragent et partent »), la difficulté d'érection (elle précisera, « mais qui ont quand même du désir ») et les désirs autour de la sphère anale.

Yanet commencera par parler des pénis ayant une forme inhabituelle. Lorsque je demande à Yanet si elle considère comme une DS les micropénis, les pénis vraiment trop gros, les pénis déformés par une maladie de Lapeyronie, elle répond que pour elle, « c'est une question anatomique, ça n'a rien à voir avec un problème! ».

Yanet parle ensuite de l'éjaculation précoce. Lorsque je demande à Yanet si les TdS n'auraient pas tout intérêt à cultiver l'éjaculation précoce du client afin qu'il reste le moins de temps possible, elle me rappelle que tout professionnel « a toujours intérêt à satisfaire le client, même lors de l'éjaculation précoce, car le but, c'est qu'il revienne ! ». Elle dira aussi que les femmes n'ayant pas saisi cela n'ont pas compris comment bien gagner leur vie dans la prostitution. Elle considère que ses clients sont satisfaits de ses prestations, surtout lorsqu'il y a une DS comme l'éjaculation précoce, « son pain quotidien, une opportunité de gain constant ! ». Elle dira même, « sans ça, je n'aurai pas autant de clients ! ». Elle m'expliquera que « si le client n'a pas pu régler son truc d'éjaculation précoce avec sa femme, il va venir chez une prostituée régler son truc, mais il va quand même continuer à l'être avec sa femme. Parce qu'un couple ça ne se base pas seulement sur le sexe. Il va rester avec elle en ayant du sexe selon les modalités qu'il a eues jusque-là, mais il va continuer à voir la prostituée, parce qu'il a besoin de se sentir un peu plus fort, dans le sexe ». Elle m'expliquera aussi que « déjà dans l'ascenseur, tu sens qu'il est trop excité », il faut « ralentir, le toucher le moins possible, il faudra aussi ne pas lui prodiguer de fellation ». Il faudra aussi leur parler d'autres choses, de la banque, de

la météo, et les « distraire même si tu es toute nue ! ». Mais « chaque personne est différente et chaque client est différent, il y a des éjaculateurs précoces qui ne le sont pas comme les autres, même s'ils sont tous les deux précoces, tu ne vas pas les traiter de la même façon !... il n'y a pas de formule magique ». Yanet semble nous dire par là-même qu'il y a plusieurs types de clients éjaculateurs précoces. Aurait-elle repéré cette différence qu'Assalian (1988) propose entre les éjaculateurs précoces « physiologiques », dont l'éjaculation précoce intervient dans la minute suivant l'excitation et pourrait être due à une hypersensibilité du système sympathique et ceux qui ne seraient éjaculateurs prématurés qu'en fonction des conditions de l'acte sexuel (âge, nouveauté, fréquence de l'activité sexuelle) ?

Elle en profitera pour glisser : « on n'a pas toutes les mêmes clients... J'ai des clients, je sais qu'ils ne viennent qu'avec moi, parce que quand je ne suis pas là, il y a des femmes qui me disent : " il était là ton client, il n'a pas voulu aller avec personne, on en a fait de toutes les couleurs, il n'a pas voulu, il t'attendait ! " » Elle rajoute : « Hier, dimanche, ou samedi, il y avait un client qui n'attendait que moi, il attendait que je descende même sans maquillage, sans rien, en pyjama, avec le chien, il m'aurait pris quand même : mais je ne pouvais pas ! Alors je ne suis pas monté avec lui... et ce matin il était là, ponctuel, à 7h du matin ». J'aime cette anecdote, car elle nous apprend que les clients, ou en tous les cas une partie d'entre eux, s'attachent à leur TdS : c'est avec elle qu'ils se sentent rassurés, en sécurité : bien, somme toute. Et lorsque cela est exprimé, la TdS se sent valorisée.

Yanet, lorsqu'elle n'arrive pas à déjouer l'éjaculation précoce joue avec la notion de désir, ponctue le rapport de temps morts ou de temps de discussion. « Ça m'est arrivé d'avoir des clients qui me disent : "mais avec toi ça dure bien, j'ai la sensation de faire l'amour pendant une demi-heure" et en fait ils n'y ont passé que 10 minutes ! Seulement la sensation de temps qu'on donne c'est différent ». Ainsi, pour Yanet, la prise en charge de l'éjaculation prématurée ne passe pas par sa suppression mais par sa prise en compte afin de donner une autre sensation du temps qui passe.

Lorsque je lui demande si un éjaculateur précoce ayant réussi à ne plus être un éjaculateur précoce chez une TdS verrait son trouble se régler dans son couple, elle me répond qu'elle ne « demande pas aux clients comment ça se passe avec leur femme ». Elle estime toutefois qu'il est difficile de régler l'éjaculation précoce dans le couple, « parce qu'il n'y a pas la confiance entre les deux pour parler de sexe. Il y a beaucoup de gens qui ont fait du sexe, c'est tout, mais ils n'en parlent pas ! C'est étonnant mais il y a beaucoup de gens qui ne parlent pas de sexe avec leur partenaire. Ils ne disent pas : ça ne me plaît pas ! » Yanet semble dire implicitement, qu'elle considère que la sexualité dans le couple s'arrête, lorsqu'il y a une insatisfaction non-exprimée d'un côté ou de l'autre, lorsque l'un des deux, ou les deux, se sentent dans l'impossibilité de changer la situation.

Pour Yanet, face à l'anorgasmie d'un client, il faut demander s'il y a des désirs spéciaux. « Il y a beaucoup d'homme qui n'osent pas demander à leur femme de leur faire une fellation, qu'on les touche derrière, de jouer des rôles ». Elle estime qu'il faut « agiter l'imagination ». Aussi Yanet lie l'éjaculation retardée à « un objectif irréaliste, comme recréer certaines scènes de film porno ». Elle dira aussi de ces clients-là, « au bout de 10 -15 minutes, si je vois que ça dure, je demande qu'est ce qui lui plairait. Il y a certains clients qui disent : "ah est-ce que tu pourrais me faire ça, est-ce que tu pourrais me faire là" et ça joue, ça marche... Et quand ça marche pas, je lui dis : "écoute, désolée mais ton temps c'est fini. Si tu veux qu'on fasse une autre fois plus lentement, tu me paies un peu plus et on peut jouer à des jeux si tu veux. Je peux t'attacher ou on peut jouer à l'infirmière, ou on peut jouer à quelque chose qui t'excite. Dis-moi quels sont tes fantasmes." Et là, ça peut solutionner les choses ». Aussi Yanet lie-t-elle l'anorgasmie à un fantasme, une mise en scène qui n'arrive pas à se déployer durant l'acte sexuel, un présent qui n'est pas un souvenir au présent (Edelman et Tononi,

2000), une situation ou une posture qui ne ramène à rien. Je me dis aussi qu'en demandant au client de formuler son fantasme, elle le rassure et lui permet de se pré-exciter puisqu'il doit ré-évoquer la scène érogène, évoquant donc par avance le souvenir situationnel sur lequel la passe va venir résonner. Yanet, rajoute : « Parfois j'ai trouvé que bander les yeux ça marche très bien. Je ne sais pas pourquoi : ce n'est pas une question de domination ou de soumission, c'est une question de sensation tactile. Il ne voit pas la personne, il sait que c'est une femme, mais il sent. Et il n'y a que ça : sentir. Ça, ça marche très bien sur le priapismo. Je sais pas pourquoi. C'est bizarre. Je ne saurais pas l'expliquer... Je lui dis, tu te détends, tu ne vas faire que ressentir. Et il ne sait pas par où je vais arriver. Alors tu lui fais des surprises et ça c'est vraiment très excitant... même pour nous les femmes ».

Yanet liera l'anorgasmie d'un autre de ses clients à l'alcool mais aussi à son rapport à l'autre, la rythmique de son corps lors du rapport sexuel : « Lui ce n'est pas quelqu'un avec qui tu peux parler. Parce que lui, il ne parle pas de sexe. Il ne sait pas toucher une femme, il ne sait pas faire l'amour, il fait l'amour comme si c'était, je ne sais pas, une poupée gonflable. Il ne sait pas faire une caresse, sucer un téton, c'est tout en vitesse, même s'il paie pour une heure ! "Allez vas-y heee vas-y, grognements" C'est vraiment une bête ! Je lui dis : " allez attends relax !" Mais non, il n'y a rien à faire. Il n'arrive pas à comprendre que je peux l'aider, mais seulement s'il se laisse faire. S'il ne se laisse pas faire, il n'y a rien à faire. Alors pour finir, je lui ai fait un massage normal, sportif et relaxant avec des huiles et tout et puis il s'en va, tout content ». Yanet ajoutera : « La plupart des « priapismo » (entendez anorgasmiques), ce sont des personnes très très actives. Elles vont faire tout, parce que la vie est dure, alors il faut profiter et on fait là, on fait ça, mais ils ne sont pas prêts à être passifs. Ils ne sont pas prêts à ressentir. Alors que quand tu leurs bandes les yeux, pratiquement, ils sont dans l'obscurité et ils doivent recevoir. Alors ça change complètement. Il est choqué quelque part, il a peur, il pense que tu vas lui voler son portefeuille, mais quand il voit que vraiment tu es sur lui, que tes mains sont sur lui, qu'il peut sentir que tu vas doucement et qu'après tu prends de la vitesse, là ça change complètement. Alors oui, ces hommes, ils doivent apprendre à recevoir aussi. Ils croient que parce que c'est dur, il faut y alleeeeer [elle force le trait] ».

Yanet évoquera aussi après avoir évoqué la nécessité d'agir un fantasme avec le client anorgasmique, un de ses clients dont le fantasme semblait être une forme discrète de travestissement. Elle fait un lien clair entre anorgasmie et non-corrélation de l'acte sexuel agi au fantasme. Voici la description qu'elle livre : « J'ai un client, un peu spécial, il aime bien se mettre mes bas, mes talons, et puis j'ai un gode, il aime bien sucer ce gode, et puis il se sent femme et ensuite il me parle de ses fantaisies, que je suis sûre qu'il n'a jamais faites : "ah oui, j'ai sucé un noir, et après il m'a pris, il m'a fait ça" et dès que je le touche un peu derrière : "ah non !" [elle rit]. Alors tu vois, il l'a jamais fait vraiment mais c'est son fantasme. Tu le vois, c'est un monsieur, trop sérieux hein ! Tu le vois dans la rue, veste, cravate et visage presque méchant. Et parfois il arrive avec la culotte de sa femme ! Il me fait trop rire... il a la culotte de sa femme sur lui déjà ! Le fait de se la mettre déjà en sortant de la maison, ça l'excite et il pense tout de suite à moi. Quand je le vois avec sa culotte, alors je lui dis : "oh mais c'est joli ça, quelle salope ! Tu as volé la culotte à ta femme !" Et il se masturbe. Il ne veut pas de cunnilingus, il ne faut pas le sucer, il ne faut rien faire avec lui (pas de pénétration)! C'est tout des paroles et des habits ! » Yanet a visiblement dû, au début, avec ce client, être confrontée à une anorgasmie jusqu'à ce que le travestissement puisse se jouer et libérer la jouissance.

Lorsque nous évoquons la dysfonction érectile, Yanet va me relater un cas réellement troublant de prime abord. En effet, il s'agit d'une personne présentant une dysfonction érectile mais éjaculant très rapidement. Je comprendrai ensuite qu'en fait il était clair dès le départ pour Yanet qu'elle me parlait d'une personne présentant un problème organique, suite à un diabète. Ceci démontre que Yanet a connaissance de l'implication des maladies vasculaires sur la fonction sexuelle.

Étonnamment, Yanet n'aura pas de dysfonction érectile non-organique à me présenter car elle estime qu'« il y a toujours un fantasme que la personne n'arrive pas à sortir ou qu'il ne connaît pas lui-même ! ». Il y a des hommes, par exemple, qui ne savent pas que c'est excitant de se toucher les seins ! Une fois j'ai un client qui me disait : "mais c'est super excitant, je n'avais jamais essayé ça ! Touche-moi encore !" [rires] Ce n'était pas toucher en fait c'était sucer les tétons. Et lui, il ne savait pas qu'il avait cette zone érogène, tu vois. Il n'avait pas vraiment de poitrine mais j'ai essayé et puis lui il a adoré. C'est comme toucher les lobes des oreilles, pour beaucoup d'hommes c'est super excitant ! Il y a des hommes qui n'osent pas dire, ou qui ne connaissent pas vraiment leur corps ». Je m'assure qu'elle fait un lien entre ne pas avoir d'érection et ne pas connaître son corps. Je lui demande s'il y a une notion d'apprentissage. Elle répond : «Chez les hommes oui, beaucoup. De dépasser un peu les frontières, d'oser parler, d'être ouvert à de nouvelles expériences aussi. Parce qu'il y a des hommes, leur culture ou leur éducation ne leur permet pas de dépasser certaines limites et en fait ce sont ces limites qui leur apporteront beaucoup plus de jouissance. Avec une prostituée, il voit que tout est permis et que si la prostituée sait le guider, il pourra trouver une sexualité beaucoup plus satisfaisante. Tu vois ? Mais c'est à la prostituée de le proposer d'abord. Parce que les hommes, la plupart, ils n'osent pas demander !». Il m'apparaît impossible que Yanet n'ait pas eu un client n'arrivant pas à atteindre l'érection pour des raisons anxieuses. J'en infère donc qu'inconsciemment, lorsqu'Yanet discute avec les clients, et leur demande de reconstruire un fantasme, joue avec des parties nouvelles de leur corps, elle les accueille, les contient, donne un contour à leur corps et les rassure au même temps. Rebondissant sur le fait que les hommes doivent apprendre à connaître leur corps, elle continue : «La plupart des hommes, ils sont actifs. Les femmes, elles doivent jouer un rôle passif. Alors la plupart des femmes, comme elles ont un rôle passif, elles ne connaissent pas leur corps non plus. Alors que quand tu es TdS, ton rôle est le contraire. C'est toi qui dois aller chercher le point de faiblesse, le point d'excitation dans un fantasme donné, alors c'est à toi de le faire. Mais une fois que l'homme a trouvé ce point-là, il devient actif. Il passe de passif à actif et il veut te donner le même plaisir et toi tu dois être prête à le recevoir...ou pas. Ça dépend. Parce qu'il y a beaucoup de clichés sur la prostitution qui disent "ahhh mais, les TdS ne jouissent pas, elles font semblant". Mais ce n'est pas vrai ça. Si un client me trouve au bon moment et à la bonne journée, si tu me touches comme il faut... caaa y eeeeeest [elle pointe le doigt vers le haut, en signe d'orgasme]. Je dis toujours à mes clients que les femmes sont comme une guitare. Si tu sais jouer, ça sort de la musique, sinon ce n'est que du tralala, c'est des do ré mi fa sol la si. Il faut vraiment savoir toucher une femme pour qu'elle jouisse... Ça n'a rien à voir avec prostituée ou pas. C'est la même chose dans un couple. Si tu ne sais pas toucher ta femme... tu peux t'appeler Brad Pitt. Il n'y aura rien à voir ».

Yanet nous rappelle aussi que la passe est un jeu et que ce jeu implique les deux parties. Yanet en vient aux clients présentant un désir anal : « ce sont déjà des habitués : les clients qui viennent la première fois ils n'osent pas te demander à moins que ce soit vraiment une habitude chez lui. Moi ça me gêne pas, ça m'est arrivé, il y a pas longtemps qu'un client me donne 300 CHF et me demande si j'avais des godes et je lui dis qu'il n'y a pas de problèmes. Il me dit aussi "ah mais tu sais, je me sens un peu homosexuel" et moi je lui réponds : "Il n'y a rien d'homosexuel à cela, que ce sont des sensations corporelles. C'est un endroit qui est très excitant pour les hommes et cela n'a rien à voir avec l'homosexualité." Et il me répond : "oui parce que moi j'adore les femmes mais j'adore qu'elles me touchent derrière, qu'elles me mettent un gode" et je réponds "ah mais c'est normal, c'est la société qui t'interdit de faire ça" et lui de répondre "ah mais jamais j'oserais demander ça à ma femme !" et moi je lui réponds " ben nous on est là pour ça, tu peux tout me dire, ça ne me choque pas" ».

Pour terminer l'entretien, je demande à Yanet si le TS est une forme de système paramédical pour les hommes qui ont des DS. Elle pense que « Oui ! Indubitablement ! Il y a même un client qui m'a dit qu'il allait faire passer une passe avec moi à sa caisse maladie. Parce qu'il avait cherché des solutions à son problème depuis longtemps, il n'avait jamais réussi avant moi. Alors il m'a dit : " je vais faire passer ce que je te paie à la caisse maladie pour voir s'ils remboursent. Parce que tu es vraiment mon soin, tu m'as soigné ! " [elle rit] ». Elle rajoutera, comme pour me faire réaliser qu'à l'évidence leur profession devrait être reconnue : « Je pense qu'il y a un certain nombre d'hommes qui a une sexualité tellement complexe qu'il n'y a que les prostituées qui peuvent les satisfaire. Il y a des femmes qui sont en couple et qui ne seront pas disposées à franchir certaines limites, voilà, il n'y a que les prostituées qui peuvent les satisfaire ».

Chloé

Chloé est une TdS suisse d'origine, de 47 ans. Elle a travaillé dans une grande ville de Romandie ces 10 dernières années, dans un studio qui lui appartient, ce qui est rare, et démontre sa forte capacité d'entrepreneuriat et de gestion. Elle est l'archétype de la TdS indépendante travaillant de manière autonome. C'est une petite femme élégante, au look très classique, très en formes, très liante, dont l'humour est toujours rafraîchissant. Sa formule : 45 minutes de massages et 15 minutes de finition coquine. Le tout en blouse blanche de massage, sans maquillage.

Chloé se définit d'entrée de jeu comme une « artisane aimant le travail bien fait ». Elle estime que « ne pas finir un client, c'est bête ». « Ça fait quand même plaisir quand on vous dit : "c'était agréable. Merci c'est un excellent moment"... Voila ! Le travail bien fait, c'est une satisfaction ! ».

Lorsque je demande à Chloé si elle a rencontré des DS chez les clients, elle répond : « Oui ! J'ai pas besoin de réfléchir ! Oui ! ».

La première catégorie de difficulté qui vient à Chloé, ce sont ces hommes qui ont « une difficulté à entrer en contact avec une femme, une timidité exacerbée ». Cette même catégorie de clients, aura également « une difficulté à parler d'une envie spéciale à leur partenaire ». Ils iront voir une prostituée pour y trouver une « écoute sans jugement », et ladite prestation. Toujours en lien avec cette première catégorie, il y aura les hommes qui ont une « difficulté technique liée à leur appareil génital » (elle entend par là les difficultés érectiles dues à une forme de devoir, de pression). En effet, Chloé dira : « j'ai toujours pensé qu'il était difficile d'être un homme ; un homme, s'il n'a pas une très grande érection, ça peut être mal jugé par la partenaire en face. Avec une prostituée, il n'est obligé de rien. S'il a une petite érection, où une éjaculation précoce, ce n'est pas grave ». Chloé parlera aussi durant notre entretien des clients, dont la femme n'a plus de désir. Chloé fera aussi une courte allusion à des hommes qui « ont des chimiothérapies, des maladies lourdes, ils viennent juste vérifier que ça fonctionne encore ».

Le client qui a peur des femmes, est un « client calme, pas très actif, qui a besoin juste de temps ». « Ce n'est pas dans le physique, il n'a pas besoin d'un salon avec 15 jeunes femmes parmi lesquels choisir ». « Il a besoin de calme, de temps et d'une personne attentive », « il ne vous touche pas vraiment, il ne vous regarde pas vraiment ». Chloé expliquera même qu'après le massage, à l'arrivée de la finition coquine, ce client « peut avoir une relation couchée sur le ventre. Il lève les fesses, et vous pouvez le terminer manuellement ou avec un doigt ».

Chloé estime qu' « on peut arriver à un rapport classique, mais il faut les apprivoiser. Ça ne se passe pas du premier coup, mais par étapes, la prochaine fois il vous regardera, puis il vous donnera son

prénom et après... On peut arriver à quelque chose de très classique ». Je demande à Chloé en combien de fois elle estime pouvoir arriver à un rapport classique avec ce type de client, somme toute très inhibé. Elle répond : « je pense qu'à la cinquième fois, on a déjà quelque chose de classique ». Chloé estime aussi que ce type de client est « très très confortable. Parce que d'abord il ne vous touche pas, il est très peu actif, c'est parfait ! ». Sachant que plus tard, nous aborderons des clients ayant des demandes plus spéciales, j'en profite pour demander à Chloé ce qu'elle estime être une pratique courante. Elle répond : « le rapport, la fellation, la sodomie, le cunnilingus, le toucher rectal, et le dialogue ». Il est intéressant, dès le deuxième entretien, de remarquer que les TdS ne corrélaient pas la stimulation anale à d'éventuels désirs homosexuels mais à l'envie de répéter une expérience ayant apporté du plaisir. Cette question fait penser à Chloé que ses hommes-là, peuvent aussi avoir recours aux prostituées pour « essayer un fantasme ». « C'est plutôt une curiosité, une envie d'exploration, souvent autour de la sodomie, sur lui ou sur la TdS. C'est quelque chose qu'il pressent que sa partenaire, ça ne va pas lui plaire. Il trouve confortable de le demander à la TdS ».

Chloé estime que huit clients sur dix vont voir une prostituée car ils sont « las, obligés de quémander » face à l'absence de désir de leurs femmes. « Ils vous parlent beaucoup de leur femme : ma femme dit, ma femme fait, ils vous la montrent en photo, vous faites partie du couple, c'est un triangle. C'est peut-être même la catégorie de clients la plus fréquente chez une TdS... Il vient assouvir une pulsion chez la TdS mais il ne laisse pas sa femme de côté, il vient avec elle ». Alors que cette phrase me fait penser que ce type de clients, en quelque sorte, substitue le corps de sa femme à celui d'une prostituée, Chloé, d'instinct, me corrige : « ce client-là a beaucoup de respect pour sa femme... moi je suis mariée, je conseillerais à toutes les épouses de ne pas trop s'inquiéter si leur compagnon / partenaire allait aux putes. Parce que c'est somme toute rien du tout. Ça peut être quelque chose de très respectueux de sa vie de couple ». A ce moment-là, je comprends que ces hommes-là éprouvent le besoin de rencontrer l'autre, émotionnellement, et qu'ils pourraient bien tomber amoureux d'une prostituée. Les épouses de ces hommes-là, ne devrait-elle donc pas s'en inquiéter ? En effet, Chloé admit que : « Ceux qui tombent amoureux, ce sont effectivement quelques-uns de ces clients mariés, oui, mais ceux qui veulent changer de vie. Par lassitude face à l'absence de désir de leur femme, par paresse, par manque d'assurance, parce qu'ils pensent ne plus savoir séduire, donc ils se tournent vers une solution qu'ils supposent plus facile, plus rapide. Dans l'imaginaire collectif, dans la littérature, un TdS est une pauvre fille, elle a pas de vie, elle est pas amoureuse, elle est pas heureuse : "je vais la sortir de sa condition !" Pourtant quand il la rencontre, elle est attentive, patiente, elle l'écoute, elle est séductrice, vu qu'elle travaille. Donc tout d'un coup, il se dit : "c'est une femme comme ça que je veux !" En nuisette toute la journée, toujours à disposition. On va unir nos deux trucs pas bien et on va faire un truc super ! ». Chloé confirme donc que ce type de client est bel et bien à la recherche d'une relation : il rêve même parfois d'amour, d'un futur à deux.

Elle livrera aussi une anecdote concernant un client alcoolique, sous antabuse, qui venait de rencontrer une femme, mais qui n'arrivait pas à parvenir à l'érection. Il avait mis un budget de côté, et a souhaité rencontrer Chloé pour se rassurer. Ils se sont rencontrés deux fois, il n'a pas eu de problème d'érection, et la troisième fois, a laissé un cadeau à Chloé, sans même aller au rapport. Pour Chloé, ce client « s'était beaucoup livré, il avait besoin de temps, et il était entièrement rassuré ». À nouveau, j'ai l'impression que ce client recherchait une proximité féminine rassurante, et que c'était cette dernière qui était la clé de voûte de son problème d'érection. Sans elle, trop de questionnements, trop d'insécurité, et pas d'érection possible. Peut-être lui fallait-il revivre une situation érotique sans dysfonction sexuelle afin de pouvoir ré-aborder une autre femme et reconvoquer ce « souvenir au présent ».

Quant à la dysfonction érectile chronique, Chloé estime qu'elle n'a pas eu « une clientèle de petits pépés qui viennent et qui n'ont pas d'érection », nous démontrant par là même, qu'elle relie âge et dysfonction érectile.

Quant aux clients présentant une éjaculation précoce, Chloé estime « c'est magnifique ça, vite fait, bien fait ». Tout d'abord, je me dis que ce type de client doit se sentir un peu spolié. Mais c'est oublier le cadre que Chloé s'est imposé : 45 minutes de massage, une finition coquine. Elle leur prodigue donc bel et bien 45 premières minutes de contact, de détente, de sensualité. Preuve en est, elle me dira que « ce sont des clients qui reviennent ». Elle rajoute : « Ça doit être une parenthèse enchantée, pour un éjaculateur précoce, de pouvoir jouir en toute liberté, sans jugement, sans être dans la performance. Il y avait même des clients qui me disaient : "je peux jouir deux fois ? Une fois tout de suite, comme ça, me laisser aller, et puis la deuxième fois ? " Je répondais : "oui pourquoi pas ? Moi j'ai une heure à vous consacrer. Si vous arrivez à faire tout ça en une heure, moi il n'y a pas de soucis ! " ». Chloé évoque donc, face à l'éjaculation précoce une forme d'acceptation, une forme de non-pathologisation.

Nous passons ensuite à l'anorgasmie. Pour Chloé, il y a ceux qui ne jouissent pas parce qu'ils ont pris certaines substances, comme la cocaïne ou l'alcool. D'ailleurs, pour elle, il s'agit déjà d'une difficulté d'ordre psychologique parce que le lien avec ces derniers est impossible, qu'opère une forme de rupture. Elle racontera : «vous les reniflez : ils sentent l'alcool, ils sentent la cocaïne, ils ont des yeux complètement... rraaa comme ça, tout énervés. Alors généralement, ces messieurs-là, quand on les voit arriver à la porte, ça va être pénible, parce que là vous vous dites : je vais en avoir pour des plombes. Là, on s'attend à ce que ça va terminer de façon très tonique. C'est-à-dire qu'au moment où vous lui dites "là il faut partir", il ne veut pas partir, il va avoir plein de demandes, comme un verre de whisky ! Tu réponds : "non je ne bois pas de whisky". Ça c'est vraiment très très pénible. J'en ai rencontré surtout en escort des comme ça. C'est le gars qui a déjà fait une soirée... » (je continue sa phrase) « et il faut encore qu'il en refasse une deuxième ! [rires à deux] ». Elle continue : « Oui. Et alors là c'est terrible : parce que moi je peux pas l'accompagner, je peux pas pénétrer son monde ». Pour confirmer que nous sommes dorénavant dans la description de clients ayant une difficulté d'ordre psychologique, Chloé renforce le trait et dira que lorsque l'on a recours à des substances, « à un moment donné il faut avoir soit une faiblesse, soit une prédisposition ».

Chloé parlera ensuite du client « qui a besoin d'un accessoire ou d'une mise en scène, qui a besoin de quelque chose qu'on ne peut pas trop demander à quelqu'un sans redouter son jugement... un client qui ne peut jouir que si on lui marche sur le sexe », par exemple. Ou de « cet homme qui ne jouit plus avec sa partenaire, mais qui sait qu'il pourrait jouir avec des collants, s'il était insulté, attaché,... ou ceux qui veulent une petite fessée,... ou ceux qui veulent être piétinés ou encore ceux auxquels on doit bander les yeux ». Elle relatera encore l'histoire d' « un client ayant eu sa première érection alors qu'il avait vu une femme faire caca dans la nature ». « Il m'achetait un paquet de lindor... (chocolats ronds, fourrés). Je les mettais où tu sais, et après il les mangeait quand ils ressortaient fondus ». Chloé pense que : « Un jour il est parvenu à l'érection grâce à cet acte, et en demandant cet acte à une prostituée, ça l'apaise parce qu'il sait qu'il a déjà obtenu un résultat grâce à cette technique ». Pour Chloé, « l'épée de Damoclès qui plane c'est la non-érection. À la prostituée, il ose demander, parce qu'il n'a pas peur d'être moqué ». Lorsque je lui demande si c'est l'excitation ou l'orgasme qui est addictif, elle me répond : « Les vrais domina (=TdS qui dominent leurs clients) elles ne finissent pas leur clients (= ne font pas jouir). Et ils reviennent quand même ». Elle dira d'ailleurs qu'avec ces clients-là, elle avait des difficultés à ne pas être jugeante. Elle réagira à ses propres propos : « il ne faut pas juger, si on veut jouer ». Chloé aurait voulu éviter ces clients-là : « Des fois, c'est assez tordu... ils ne vont pas chercher chez les dames qui le proposent dans leurs annonces. Ils veulent «convertir» une dame qui ne le fait pas. Alors, de leur dire, au téléphone, non

non, moi ça je ne fais pas : eh bien, c'est pas que ça ne les fait pas venir ! ». Lorsque je lui demande comment elle repère ce type de clients, la réponse est étonnamment physiologiste. Je ne réalise pas encore que je devrai à Chloé une des hypothèses centrales proposées à la fin de ce travail. Elle dira : « C'est-à-dire que dans ma pratique je commençais par faire un massage et puis des jeux sexuels. Et quand j'étais dans les jeux sexuels, le client était déjà en érection, je jouais sur lui avec mes seins, mes fesses, des effleurements de langue et, normalement, l'homme, il est en érection et puis on sent, la respiration est lourde, il est un peu rouge, il peut même transpirer un petit peu (je repère les signes de l'activation parasympathique). On sent que c'est bon là ! Mais quand on voit que ça ne vient pas, qu'il n'y a pas d'érection, que la respiration est normale, qu'il est à deux doigts de dormir, et bien là, on ne peut pas y passer deux heures ! Là, j'avais une technique assez simple, c'était que je commençais à mettre un doigt dans l'anus. Et puis là, on voit tout de suite,... c'était l'ouverture vers autre chose, et puis là, il se révèle et il dit : "eh bien j'aimerais que tu..." » Je demande si le fait qu'elle ait osé quelque chose d'inattendu ouvrait un champ permettant de poser une demande. Elle reprend : « Oui, c'est une porte ouverte. Et alors ceux-là, et ben c'est bon, vous savez qu'il va falloir mettre de la briquette. C'est-à-dire que là, il faut mettre du carburant ! Parce qu'autrement, il va rester... ». Je me dis alors que ce type de clients ne semble pas excité par un échange tactile, des sensations cutanées douces, régulières, des caresses de surface, n'est pas excité par une présence, un « holding ». C'est une intrusion, quelque chose de somme toute plus violent qui semble lancer l'excitation. Une forme de réponse à l'attaque, une physiologie particulière ? Chloé semble le suggérer lorsqu'elle explique l'énergie, l'intensité, qui va être nécessaire à l'orgasme. Ne dit-elle pas que le seuil d'excitation est relevé ? Elle me prend de court lorsqu'elle rajoute, lisant presque dans mes pensées : « Par exemple, on peut y mettre le poing ! Ça devient un peu moins doux et calme et puis là on voit si ça réagit, et puis là souvent bah alors c'est parfait ! ». Chloé continue : « Si tout d'un coup, vous voyez que, en 25 minutes, vous n'y êtes pas arrivée, alors vous commencez gentiment par dire - parce qu'il y a des clients qui se sont déjà masturbé avant d'arriver, pour que ça dure plus longtemps, celui-là c'est juste un coquin, c'est pas qu'il a besoin de plus, c'est simplement que il veut en avoir plus - alors à ce moment-là, tu t'adresses à ton client et tu lui dis : "là il va falloir terminer s'il vous plaît, parce que j'ai autre rendez-vous qui arrive après." S'il n'y a toujours pas de réaction, à ce moment-là, il peut vous dire : "et bien si tu veux que ça finisse voilà ce qu'il faut faire ! ". Alors là, c'est parfait ! ». Chloé fait donc un lien clair entre l'anorgasmie et un fantasme difficile à exprimer de prime abord.

Chloé en vient, logiquement, à me parler du client dangereux. Chez ce client, « il y a trop de colère, il peut pas lâcher, il bande mais il ne vient pas... Il y a une boule de feu à l'intérieur de son ventre ». Chloé estime qu'il y a peu de ces clients : elle n'en a eu que quatre ou cinq sur dix ans. Mais ce furent « quatre ou cinq fois de trop, car ça aurait pu se terminer dramatiquement ! ». Pour Chloé, ce sont « des clients qui sont fâchés, il y a des frustrations. On les repère déjà au téléphone, ou quand on ouvre la porte. S'ils sentent que la TdS a peur ou est agressive, ils pourraient basculer dans quelque chose de violent ou punir les femmes... C'est plus que de l'hostilité, c'est quelque chose de très violents. Il pourrait vous étrangler ». D'après Chloé, « il est en colère après sa mère, après sa femme, les femmes en général, les prostituées aussi !... ça ne peut pas être vous, parce que c'est trop énorme... c'est contre une nébuleuse ! ». « C'est ceux-là qui vous restent, parce que c'est ceux-là qui peuvent faire que - même si on a pas choisi d'être prostituée, on aimerait que ça dure, qu'on puisse gagner notre vie -, c'est celui-là qui peut faire qu'un jour, tout bascule, qu'on a peur d'y retourner. C'est celui-là qu'il ne faut pas trop rencontrer ». « C'est quelque chose de très violent. Là, c'est la professionnelle qui doit savoir comment alterner entre douceur et fermeté avec des personnes comme ça ». Je ressens qu'il est pénible pour Chloé de parler de ces clients-là, et qu'elle a vraiment eu peur. Elle partage avec moi les stratégies qu'elle avait trouvées pour avoir le contrôle, ou un semblant de contrôle qui la rassurait. Elle continue, craignant le pire : « S'il tombe sur une jeune femme celui-là, je veux pas dire une jeune femme dans l'âge, mais une jeune fille dans la

maturité, parce qu'avec le temps on acquiert des mécanismes de défense, qui font qu'on peut calmer cet homme, ou au contraire serrer la vis ». Chloé m'étonnera, car avec ce client, dont elle dira : « une fois qu'il est là, il faut s'en débarrasser ! Donc, il n'y a pas 36 chemins. Soit on le passe par la fenêtre, soit on le passe par la porte : mais la seule solution pour qu'on le passe par la porte, c'est qu'il reprenne le même chemin en sens inverse. Donc : il faut le faire. Voilà, il faut qu'il parte ! », elle restera calme, pragmatique, ne montrera pas sa peur, craignant que cette dernière ne provoque des violences. Elle tiendra son cadre. Et lorsque ce type de client, forcément mécontent puisque « il ne peut venir (jouir), celui-là ! », demandera qu'on lui rembourse la prestation, Chloé m'assure qu'elle répondra systématiquement, et surtout à ce type de clients : « mais ça fait un moment que nous sommes ensemble, j'entends ce que vous me dites, je peux essayer de comprendre, mais moi j'ai pas l'impression que j'ai pas travaillé. Donc il faut me payer ! ».

Lorsque je lui demande quelles dysfonctions sexuelles pourraient bénéficier, d'après elle, d'une prise en charge régulière avec une TdS, elle estime que cela pourrait aider les timides, les éjaculateurs précoces car cela devient « un peu comme une relation amoureuse... Mais unilatérale. Si c'était bilatéral ce serait une faute professionnelle : il est très dangereux de jouir quand on est une professionnelle. On ne fait plus attention à ce qui se passe ». Chloé me dira ensuite aussi que « c'est un cadeau qu'elle n'avait pas toujours envie de leur faire ». Cette phrase ne dit-elle pas en creux, qu'avec une partie des clients, on pourrait avoir envie de faire ce cadeau ? Qu'un échange a eu lieu ? C'est là que Chloé m'avouera « qu'il se dit beaucoup de choses dans la chambre d'une prostituée ». Elle a visiblement été touchée par certaines de ces confidences. Quand je lui demande si on partagerait tout cela avec des blouses blanches, elle me répond qu'« on ne dira cela à personne d'autre qu'à une prostituée ».

Chloé estime par contre que les clients « fétiches, toxicos, dangereux, » ne bénéficieraient pas d'une régularité ou d'une mise en confiance.

Ressentant de plus en plus clairement qu'il y a deux types de clients pour Chloé, je lui demande quel est le pourcentage de clients avec lesquels on va créer un lien, partager une parole. Elle me répond : « Je pense que sur 10 clients rencontrés il y en a plus que la moitié (6/10) qui ont besoin d'avoir un lien avec la personne prostituée. Ça peut être sur du court terme, comme sur du long terme. Quand je dis un lien, c'est-à-dire qu'on a besoin de raconter une partie de sa vie, on a besoin de donner des clés, raconter ses problèmes, des choses comme ça. Les autres (4/6) c'est des hommes qui vous donnent un faux nom, qui vous disent rien, qui viennent, qui partent ».

Camille

Camille est une travailleuse du sexe intersexe de 75 ans. Elle a grandi socialisée en fille et a travaillé comme très jeune travailleuse du sexe en Afrique du nord dès l'âge de 15 ans. Sa famille a migré lorsqu'elle avait 20 ans en France ; ses parents l'ont alors socialisée comme jeune homme en vue d'une insertion professionnelle plus facile. Camille s'est donc marié et est toujours avec son épouse 50 ans plus tard. Camille a fait plusieurs formations en Europe, principalement liées à la construction puis au marketing. Mais Camille est toutefois redevenue, petit à petit, une femme et a recommencé à se prostituer, avec l'assentiment de sa femme. Comme l'explique Camille : «...je me suis toujours sentie femme, j'ai grandi en femme et j'ai toujours voulu me prouver que j'étais une femme. Et c'est pour ça que je n'ai jamais été traumatisée par la prostitution : ça m'a toujours permis d'être femme. Tu vois? ». Elle travaille en escort et dans la rue depuis de très nombreuses années en Romandie. Camille est un exemple de travailleuse du sexe indépendante, mais également de travailleuse du sexe militante : elle ne cache sa profession ni à sa partenaire, ni à sa famille. C'est une femme assez grande, très fine, très sportive.

Lorsque je demande à Camille si elle a déjà rencontré des clients présentant des DS, elle répond : « bien sûr que j'ai rencontré des clients qui avaient des problèmes. Mais, étant assez positive, ce sont des clients que j'oublie assez rapidement. Au contraire, moi je retiens, que la majorité des clients n'ont pas de problèmes sexuels ». C'est intéressant, car Camille nous avoue, entre les lignes, que la DS d'un client évoque quelque chose de négatif. Comme elle nous l'a déjà dit en prélude, pour Camille, le TS est largement lié à l'estime qu'elle a d'elle-même, à sa désirabilité.

Pour Camille, 40 à 50 % de clients se présentant à elle avec une difficulté sexuelle sont concernés par l'« éjaculation rapide ». Elle considère aussi que « l'éjaculation rapide, ils viennent nous voir pour ça ! ». Je ne peux m'empêcher de lui faire remarquer que c'est un plus grand pourcentage que celui que l'on trouve dans la population générale (28% ; Laumann, 1994). Camille abonde et relate un cas : « Ce Monsieur, il vient, il s'assoit à côté de moi sur le lit, il n'est pas encore déshabillé, je mets ma main sur sa cuisse, tout près de son sexe : et il jouit ! Il éjacule... Il est très gêné et il dit : "voilà, chaque fois c'est comme ça... c'est pour ça que je viens vous trouver. Parce qu'avec ma copine c'est exactement la même chose. Donc je viens voir une TdS, pour voir si ça change ou si ce n'est pas la même chose". Voilà qu'il se lève, qu'il me donne mon argent. Moi je lui dis : "mais non ! Vous n'allez pas rentrer comme ça ! Vous allez déjà prendre une douche... ". Et alors il va prendre sa douche, il s'apprête à partir et je lui dis : "asseyez-vous près de moi, on va en discuter". Et il me dit : "vous vous rendez compte, on est malheureux, ma copine et moi, je n'arrive pas à la satisfaire ". Alors je lui dis : "bon, on va faire une chose. Quand vous irez avoir un rapport avec votre copine, vous allez aux toilettes ou ailleurs, vous allez vous masturber pour jouir. Et une demi-heure après, vous êtes avec votre amie, et là, si vous la désirez, si vous l'aimez, et qu'elle sait un petit peu vous caresser ou autre, vous allez de nouveau avoir une érection, et là, l'avantage que ça a, c'est que vous n'allez pas jouir dans les cinq minutes. Vu que vous venez de jouir, vous allez jouir peut-être dans la demi-heure et vous allez pouvoir la contenter peut-être une fois ou deux pendant cette demi-heure". Il répond : "ah bon, c'est super". Et on a parlé pendant une heure de temps, il m'a prise, et il a joui. Et là je me suis dit : ça y est, je l'ai guéri !... Il a joui au bout d'un quart d'heure !... On est plus dans le précoce ! Et alors ce Monsieur, il me dit : "ah, c'est gentil, vraiment..." Et je ne le revois pas pendant 6-8 mois. Et un jour ça sonne à ma porte et arrive un livreur avec un bouquet de fleurs pour moi. Il y avait un petit billet. Vous venez de perdre un client, mais vous venez de gagner un ami pour tout ce que vous avez fait pour moi, vos conseils ont très bien marché, je ne vous reverrai plus mais je vous envoie un bouquet de fleurs » [Je souris, touché, Camille reprend] « Eh bien moi dans ma tête, je suis bien, parce que le sexe ce n'est pas qu'une question d'argent. C'est aussi une question d'utilité publique. On fait un travail social et humain ». Aller voir une prostituée, pourrait-il être un réflexe que beaucoup d'hommes ont lorsqu'ils sont confrontés à l'éjaculation précoce ? Non seulement, cette hypothèse semble probable, mais il semblerait aussi que ces clients-là n'annoncent pas leur trouble, fermement décidés à le surmonter avec la TdS. Ainsi, il semble que ses clients consultent tout d'abord dans l'idée de se confronter à leur problème en quelque sorte, sans qu'il n'y ait d'enjeu pour une partenaire, et ce n'est que dans un deuxième temps, face à l'échec, qu'ils vont se confier à la TdS. Il semble donc, que comme Chloé, Camille prenne l'éjaculation précoce comme un état de fait, avec lequel il ne faut pas se battre. Mais avec lequel il faut faire. Une fois encore, il semblerait que le client porteur d'une éjaculation prématurée soit un client suscitant l'empathie, et l'envie de trouver une solution. C'est enfin un client capable de reconnaissance. Le bouquet de fleurs en atteste. Aussi, alors que certains rares clients dangereux, comme l'évoquait Chloé, peuvent mener à arrêter la prostitution, d'autres, plus touchant et plus nombreux, semblent lui donner un sens.

Camille estime que 15 % de clients souffrent d'un « manque d'érection ». Camille lie le manque d'érection tout d'abord à la culpabilité. Comme elle le dira, souvent le client « bande, et d'un coup, s'il parle de sa femme, c'est fini ! ». Camille, liera aussi cette culpabilité à une forme de déception, la déception d'être infidèle. Ainsi, il semble que la culpabilité que le client puisse éprouver pour ce qu'il

fait (« pourquoi vais-je voir une TdS ? », relatera Camille), puisse également jouer un rôle. La culpabilité, Camille la retrouve également dans le rapport à la mère. Elle dira qu'elle relie le manque d'érection, à une « maman qui empêche le garçon d'inviter une fille à la maison, qui casse la relation avec les autres filles ». Camille dira aussi que le client ressent « un abandon du fils envers sa mère ». Elle donnera l'exemple d'un client que son amie Grisélidis avait eu antan, un homme « qui quand il est venu, il n'avait pas d'érection, parce que sa mère avait tout cassé, elle avait tout fait pour que jamais il ne sorte avec une fille, il devait rentrer le soir à la maison de bonne heure, etc... il y avait une fortune qui était là, il y avait de l'argent, il ne voulait pas casser ça, il voulait faire plaisir à ses parents et financièrement aussi ne pas être emmerdé plus tard, et l'héritage, etc... Ce garçon n'avait jamais touché une poitrine, jamais un sein, n'avait jamais embrassé une fille sur la bouche, il n'avait jamais encore moins touché un sexe, il ne savait pas comment une femme était faite : et alors Grisélidis explique qu'il est venu 2-3 fois et que simplement il l'embrassait sur la joue. Et ensuite sur la bouche. Et après avec la langue. Ensuite il lui a touché la poitrine, et ce client, il n'avait jamais touché une poitrine ! La fois d'après elle a enlevé le haut, et ça avait duré au moins 10, 20 séances ». Pour Camille, ce manque d'érection-là est causé par « une peur des femmes, une timidité ». Cette crainte, elle la retrouve aussi lors des appels téléphoniques. Il semble que ce client-là, puissent « appeler 3-4 fois : il a envie, mais souvent, il renonce à venir ». Ce manque d'érection-là semble donc lié à la jeunesse, à un défaut d'apprentissage du contact avec ses pairs, à une peur viscérale évoquée par la nouveauté.

Face au manque d'érection, Camille utilise aussi la fellation technique, terme que nous avons coconstruit pendant l'entretien. Il s'agit d'une fellation, à laquelle est associée simultanément une stimulation du périnée, puis de la sphère anale. D'après Camille, cette technique permet invariablement d'arriver à l'érection. À nouveau, je ne peux m'empêcher de penser à une forme de seuil, purement physique, nécessaire à l'excitation et plus facilement atteint lorsqu'il y a stimulation de la zone anale / prostatique. Ayant en tête le client n'arrivant pas à atteindre l'érection parce que ces angoisses seraient trop massives, je demande à Camille ce qu'elle ferait si malgré une fellation technique, un client venait à ne pas avoir d'érection. Camille estimera qu'il faut « entrer dans une discussion, offrir un verre, ne pas les rejeter », « qu'ils reviendront parce que tu ne les rejettes pas ». Camille s'étonne même qu'il y ait « des clients qui se contentent de ça », elle se demande « ce qui se passe dans leur tête entre temps ? ». Pourtant, elle note que ses clients-là, non seulement se contentent, mais qu'il y en a même « qui vont chercher une copine ». Encore une fois, il semble que les clients souffrant d'un manque d'érection soient des plus émotifs, des plus empathiques. Camille dira finalement que « c'est le client que l'on pourrait mettre à l'aise avec une petite dose d'alcool », suggérant que l'effet anxiolytique d'une faible dose d'alcool pourrait être bénéfique.

Pour Camille, le manque d'érection peut aussi être dû à des problèmes de santé, à l'âge « dès 40-50 ans ! », s'étonnera-t-elle. Il pourra finalement être l'expression de « l'absence du fantasme ». Elle entend par là une absence dans le réel immédiat de la passe, elle ne fait donc pas référence à l'absence de fantasmes, mais à l'absence d'une situation excitante dans le réel, ou d'un déclencheur. Elle dira, que pour une prostituée, « tout l'art, c'est de trouver pourquoi la personne a un manque d'érection et d'essayer de rentrer, vu que nous avons tous des fantasmes, dans les fantasmes du client ». Camille dira d'ailleurs : « j'aimerais rajouter qu'il y a des hommes qui vont pouvoir jouir seulement avec une fellation, d'autre seulement en te sodomisant, d'autres uniquement par l'action vaginale ».

Camille fera ensuite référence aux clients utilisant de la coke : « un mec, quand il vient, il est normal, il bande et tout, il a payé pour un quart d'heure, 20 minutes, une demi-heure, une heure, et finalement, ça fait le double et il a toujours pas éjaculé. Et là, il commence à devenir agressif » Camille estime : « Elle vient quand même l'éjaculation, mais beaucoup plus loin... après le double de

temps ou le triple de temps. C'est dans ces cas, qu'il faut rentrer dans le fantasme du mec, il te regarde et tu dis : « tu aimes bien mon petit cul !... Tu vas le prendre en levrette ». Voilà, il faut rentrer dans le fantasme quoi ». Je note que Camille, lorsqu'elle dit « rentrer dans le fantasme », s'identifie au client : elle prend sa place, elle propose une pensée, une intention. Je me demande même, soudain, si elle n'initie pas cette pensée. Comme Chloé, Camille n'apprécie pas ce type de clients « c'est beaucoup plus dur, moi je ne les prends pas, des clients comme ça, quand je le sais ». Lorsque Camille dit « dur » elle me fait entendre de par son ton que la prestation sera éprouvante mais aussi que le rapport humain sera « dur » au sens littéral du terme. Elle dira la même chose des clients qui arrivent imprégnés de l'odeur d'alcool. « Je ne les prends pas, ils n'ont pas d'hygiène corporelle... Je ne trouve pas très correct de trouver une fille quand t'es bourré ! ». Cette fois-ci, Camille, au lieu de parler d'une forme de dureté, parle d'une forme d'indifférence à soi (hygiène)... et à l'autre.

Camille estime qu'avec les clients qui ont du mal à parvenir à l'orgasme, il faut « chercher le point mental, le point physique : la position, la parole (pas la confiance, mais l'explicitation de scénarios), les objets ». Elle propose, comme pour le client souffrant d'un manque d'érection, de « toucher la prostate, c'est ce qui fait l'excitation chez l'homme ». Pourtant cette suprastimulation uniquement physique ne semble pas lui suffire car cette discussion lui évoque instantanément un client : « ça fait maintenant 15 ans que je le connais et qu'il vient toujours chez moi, et cette personne arrive à chaque fois à me scotcher au plafond. Il a un sexe magnifique, c'est un très très beau garçon, très gentil, il te paye bien, comme il faut, il n'y a pas de problème. Et ce garçon, si tu veux, il adore me... le rapport vaginal, le rapport anal dans toutes les positions, mais il n'arrive jamais à jouir comme cela. Il n'arrive à jouir que par la fellation. Je te donne le cas de ce garçon parce que j'aurais bien voulu, pendant des années, qu'il jouisse en même temps que moi, voilà quoi. C'est l'attachement ». Je veux m'assurer d'avoir bien compris et lui demande s'ils se sont vus pendant des années en ne pratiquant que des pénétrations et en étant systématiquement face à une anorgasmie. Elle confirme et continue : « Jusqu'au jour, j'ai cherché des années des années, où il me prenait, et je lui dis : "mais finalement, tu n'aimerais pas être à ma place ? Tu n'aimerais pas aussi être une prostituée ? Tu aurais un beau porte-jarretelles, tu aurais des bas, tu aurais... Tu vois ? " Et là ! Je sens qu'il devient beaucoup plus excité. Je lui dis : "mais tu vois, je pourrais même t'amener au boulevard, tu pourrais même travailler pour moi !" Et là, il est venu d'un coup ! ». Il me semble que Camille nous dit deux choses. Elle nous dit effectivement que cet homme-là était prisonnier d'un scénario, qu'il n'arrivait pas à mettre en scène, comme s'il n'avait pas le bon rôle. Elle nous dit aussi qu'à nouveau, c'est l'identification qui a permis la jouissance. Elle nous dit encore qu'elle était touchée par ce client et qu'elle aurait voulu être plus en lien, jouir en même temps que lui, et qu'elle associe cette jouissance simultanée à l'attachement. Elle semble donc faire écho à cette difficulté de contact à laquelle Chloé faisait référence chez le client présentant une éjaculation retardée. Elle nous livre finalement que de se mettre à la place de l'autre est extrêmement érogène. Serait-ce ce qui fait défaut à ces clients de la rupture ? N'arriveraient-ils pas à se mettre à la place de l'autre ?

Camille semble valider ces considérations. Elle passe naturellement au client « je paye, donc je suis ! ». « L'argent leur donne un pouvoir, le pouvoir de pouvoir tout te faire ! », « tu ne voudras pas te faire sodomiser, il te prendra de force. Donc des hommes qui sont violents. Et ça existe, hein. Moi j'ai été deux fois violée, deux fois sans préservatif, je peux te dire que dans la tête, ça ne marche pas après ! Alors tu vois, savoir placer son lit, si c'est un client que tu ne connais pas... La levrette, c'est très dangereux, parce qu'il enlève vite le préservatif et il te reprend, tu ne le sens pas tout de suite, et puis voilà il te coince contre le mur. Moi j'avais mon lit dans un coin. La deuxième fois j'ai enlevé le lit et je l'ai foutu au milieu de la pièce. C'est un métier la prostitution ! » Je suis sidéré. Non seulement les mots rupture, manque d'empathie, prennent sens, mais cet exemple me confronte à une réelle hostilité, une réelle volonté de détruire. J'en fait part à Camille. Elle attribue cette volonté de détruire à un « rejet de la femme », lui-même lié à un « esprit de vengeance ». Camille s' imagine « qu'il vient

de s'engueuler avec sa femme ». Ce type de clients d'ailleurs lui a maintes fois dit « de toute façon, vous êtes toutes des putes ! ». Pensant à ce que m'avait dit Chloé précédemment, je demande à Camille si elle voit un lien avec la mère de ce type de clients, mais elle n'en voit pas. Elle en voit un avec le client timide, celui qui manque d'érection, mais pas avec celui-ci. Camille, en creux, pose donc l'hypothèse que cette hostilité envers les femmes aurait été fondée par une expérience avec les pairs et qu'elle serait provoquée par la réminiscence, inconsciente, de ce conflit avec une personne du sexe opposé dans le passé. Serait-ce une humiliation subie dans la cour d'école, de la part d'une jeune fille, que ces clients font payer toute leur vie, à toutes les femmes ? Se seraient-ils dès lors mis en tête que les femmes les rejettent, et qu'il faut par conséquent les dénigrer, les soumettre, les prendre de force ? Auraient-ils appris la sexualité sur un mode combatif ? Camille dira que ce type de clients revendique souvent « j'ai payé, j'ai le droit à tout ça ». Ce client estime donc avoir donné, et qu'il doit maintenant recevoir. Mais ce client, ne désire-t-il pas recevoir de l'amour in fine. Peut-être donc, est-il frustré, de ne pas en recevoir, lorsqu'il va avec une TdS, loin de réaliser, que ce n'est pas lui qui est, cette fois-ci, à l'origine de ce rejet mais son comportement. Visiblement, ce client aimerait qu'on le désire, car Camille dira « il a envie de sexe, mais il voudrait ne pas payer ». Camille finira ce chapitre en partageant avec moi une analyse socio-économique que je trouve dans un premier temps absolument déroutante. Pour elle, « c'est les personnes moyennes qui sont les plus violentes, c'est pas l'ouvrier, c'est pas le grand patron ». Alors que je rédige ce certificat, tout d'un coup, j'entends le mot « moyennes » différemment. Ce mot ne ramène-t-il pas étymologiquement à une forme de médiocrité, et donc de mauvaise estime de soi ?

Nous évoquerons finalement les clients confrontés à l'absence de désir de leur femme. Sur ce chapitre Camille a une vision tout à fait rafraîchissante. Pour elle, « l'absence de désir n'en est pas une, c'est une absence de sexe » et « c'est d'un côté comme de l'autre, ils ne savent plus créer le désir ». Pour elle, dans le couple, le désir se coconstruit, à deux. Ce sentiment résulte non pas d'une pensée, ou d'un fantasme, mais d'une interaction, ancrée dans le corps, passant par l'agir. Elle propose en quelque sorte que le désir naisse du corps et du toucher. Elle conclura en disant : « il y a beaucoup d'hommes qui viennent trouver les prostituées parce qu'avec leurs femmes, il n'y a plus de désir au bout de cinq ans : et ce d'un côté comme de l'autre, ils ne savent plus créer le désir, ni l'un ni l'autre ! »

Dorothy

Dorothy est une grande femme très mince, très douce, toujours prête à rire de soi, attentive et pleine de compassion. Elle est assistante sexuelle diplômée à la Haute Ecole de Travail Social sous l'égide de l'association Sexualité et Handicaps Pluriels⁴ depuis trois ans. Auparavant, elle a travaillé de nombreuses années en Suisse allemande dans un salon de massage avec 2 amies. Elle fera souvent référence à cette période, et à ce setting particulier de collocation, de manière très positive. Être entourée, lui a permis de ne pas vivre seul ses doutes et ses questionnements autour de la prostitution et des clients, et lui a aussi permis de « travailler dans des conditions très cools presque ». Dorothy est également interprète français-allemand-anglais. Dorothy a été mariée et a une grande fille. Elle est actuellement avec un second compagnon qui est au courant de son passé et de son activité actuelle d'assistante sexuelle. Elle assume pleinement l'activité de travail sexuel et d'assistante sexuelle.

Lorsque nous commençons à faire le panel des DS qu'elle rencontre avec les clients, je ressens chez Dorothy un humanisme profond, une indistinction du travail et du privé. « Il y avait chez les clients ce qui m'est aussi arrivé au privé ».

⁴ www.sehp.ch

Pour Dorothy, « une dysfonction sexuelle est multifactorielle... Si le stress s'accumule, je ne sais pas, avec l'andropause, ou une opération de la prostate, ou une image de soi... Voilà, ça ne marche plus. Très très souvent, c'est psychique. Parce que le sexe, c'est dans la tête, c'est surtout là, surtout pour les personnes valides ». Je ne peux m'empêcher de m'arrêter sur cette phrase. Voudrait-elle dire que la mobilité est un élément central du développement psychoaffectif humain et par là-même du développement sexuel ? Veut-elle dire par là qu'il faut avoir bougé, avoir touché, avoir éprouvé des postures du corps dans le réel, comme enfant, pour imaginer que l'on puisse mettre en action ce même corps dans un scénario sexuel plus tard ? Dorothy va répondre à toutes ces questions.

En ce qui concerne les personnes handicapées présentant des DS, Dorothy estime qu'il y a deux catégories, « ceux qui ont eu un accident, et ceux qui sont handicapés dès la naissance. Pour ceux qui sont handicapés dès la naissance, le problème se pose tout autrement, parce qu'ils n'ont pas pu apprendre tous ces comportements, parce qu'il n'y a pas eu tout cet apprentissage qu'on a pu faire nous. Il n'y a pas eu de touche pipi à 8 ans, il n'y a pas eu des petites histoires amoureuses avec des gens du même âge, il y a même parfois des abus, donc ça complique énormément la chose ! Ça fait qu'ils n'ont pas pu vraiment se constituer une identité sexuelle. Pour les personnes qui ont eu un accident, qui sont handicapés, paralysé, après un accident, ou qui ont une maladie qui est venue plus tard, après les premières expériences sexuelles, là c'est un autre problème. Là, l'enjeu, c'est de récupérer plus ou moins ce qu'on avait. Ce qui est rarement possible, ce qui est souvent, même, pas souhaitable, parce que souvent, quand on les questionne, on se rend compte que la sexualité, même avant, était très limitée. Donc là, le handicap se transforme même en chance de découvrir d'autres aspects que la levrette ! [rires] ».

Elle estime qu'il y a encore deux autres catégories chez les handicapés, « ceux qui peuvent encore bander et éjaculer, et ceux qui sont vraiment paralysés, où rien ne marche plus. Dans ce cas-là, c'est clair ». Les premiers « ont les mêmes problèmes que les valides, le stress, la peur de ne pas être performant.... mais avant tout, la peur de ne pas plaire est IMMENSE (elle appuie sur ce mot). Ils pensent que de toute façon, ils ne peuvent pas plaire, ils ne peuvent pas séduire. Ils ne voient pas qu'ils pourraient aussi séduire, sans maintenant plaire physiquement ! Que ça se passe aussi ailleurs, en fait. Ce n'est pas aussi superficiel qu'on nous le fait croire ». Après un instant Dorothy rajoute qu'elle est très préoccupée par le nombre de médicaments que reçoit la population handicapée. Elle rajoute même : « c'est d'ailleurs aussi un problème chez les personnes dites valides : ils ne le disent pas toujours ! Il y a en ces temps beaucoup de personnes qui bouffent énormément de médicaments. Pour contrer le stress au travail, pour dormir mieux, pour ne pas déprimer, pour maigrir : il y a toutes sortes de médicaments. C'est énorme, ce que les gens bouffent comme médicaments ! Ils ne savent pas quels effets secondaires ! ».

Dorothy reliera aussi les DS, dans leur ensemble, à des problèmes « plutôt psychiques, liés à l'apparence, à l'apparence physique, les complexes », surtout au sujet de la taille du sexe qu'elle considère comme « un grand classique, oui [rires] ». Dorothy trouvera bon de me rappeler qu'il n'y a « pas de différence avec les handicapés, eux aussi, ils veulent savoir, après, si leur taille est plutôt petite moyenne ou plus que moyenne [rires] ».

Dorothy sera la seule à évoquer une autre particularité et m'apprend qu'il y a « dans les régions Jura, souvent des gens avec des formes de pénis courbées, dans l'une, ou l'autre direction, et qui se gênaient énormément, et qui n'osaient pas aborder une femme ». Parle-t-elle de la maladie de Lapeyronie ou bien fait-elle référence à une particularité anatomique due à une mutation encore non déterminée se baladant dans le Jura ? Affaire à faire suivre au département de génétique ! Dorothy a recours à l'humour, fréquemment et c'est comme cela qu'elle rassurait ce type de clients : « Ça ne

doit pas être du tout quelque chose de gênant, puisqu'il y a des godes, des vibromasseurs, qui sont exprès faits comme cela ! ».

Face à l'éjaculation précoce, Dorothy ressent de la compassion, elle se dit « Oh, le pauvre ! ». Elle pense que les éjaculateurs précoces auront souvent recours aux TdS, qu'ils se disent : « il faut s'entraîner, donc si je m'entraîne plus souvent, ça ira mieux ! ». Elle a globalement 2 stratégies. La première est de laisser le client jouir la première fois rapidement, puis de prodiguer un massage et d'entamer un deuxième rapport sexuel en profitant du temps de latence entre deux éjaculations, quitte à faire payer un peu plus de temps au client. Elle considère cette approche comme « le plus facile, en fait, à faire, et le plus agréable aussi ». Elle déplore aussi que les hommes éjaculateurs précoces soient si souvent « tellement frustrés, qu'ils ne réessayent plus. Ou que la partenaire, s'ils en ont une, pense : "oh mais merde, non !"... et aille se rhabiller, ou se doucher, ou faire autre chose ». Dorothy estime que « si la partenaire prenait le temps de rejouer, de reprendre cette énergie qui est encore un peu là, et bien ça peut aller ! Ça peut même durer assez longtemps ! [rires] ». Son autre stratégie : « j'use de beaucoup de retenue, aller très doucement et peut-être aussi le laisser me faire plaisir avant. Penser à la femme avant, et ne pas penser toujours à sa bite uniquement ! Et là aussi, il se peut que ça maintienne la concentration un peu plus longtemps ».

Pour Dorothy, lorsque l'on parle de dysfonction érectile, il faut faire la différence entre la dysfonction érectile partielle ou sporadique, et la dysfonction érectile totale et chronique, « il faudrait presque faire deux paquets différents, parce que j'ai l'impression que les causes ne sont pas forcément les mêmes... ». Pour elle, « bander mou n'est pas vraiment une dysfonction au niveau du plaisir ni une dysfonction par rapport au fait de pouvoir éjaculer après », « alors que ne pas bander du tout, ça implique aussi de ne pas éjaculer et d'avoir un stress psychique. Ainsi Dorothy associe intuitivement la dysfonction érectile partielle à des raisons « organiques » et perçoit ces clients-là comme des hommes qui ont du mal à obtenir une érection mais gardent un plaisir intact. Dorothy nous dit aussi que d'après elle, la dysfonction érectile totale, primaire, est subordonnée à un stress qui barre la route à l'excitation mais aussi au plaisir : « le stress en est une des causes majeures, même le stress au travail ou dans la famille ».

Au tout début de sa carrière, face à la dysfonction érectile, Dorothy a pu être ébranlée, elle a pu se regarder dans le miroir et se dire : « non mais qu'est-ce qu'il y a ! Je pue, je ne sais pas ? ». Cependant Dorothy a rapidement appris à communiquer avec ce type de clients qui admet le plus souvent que le problème lui appartient, mettant rarement la faute sur la TdS. Comme le dit joliment Dorothy, « ils ont juste pensé que maintenant, une professionnelle, pouvait arriver avec la baguette magique, et puis il n'y a plus de problème ! ». Avec ces clients, Dorothy rassure, renonce à la pénétration, propose « des caresses, un cunnilingus ». Elle admet que rarement, elle a une surprise et que ces pratiques peuvent réveiller une érection. Elle se souviendra d'un client qui est venu pendant neuf ans. Il présentait durant les trois premières années une dysfonction érectile totale. La quatrième année « on ne sait pas pourquoi, ça marchait ! ». Pour Dorothy ce client avait simplement « eu besoin de beaucoup beaucoup de temps ! ». Pour Dorothy toujours, ce type de clients a un problème relationnel avec les femmes en général, à commencer par sa mère. Elle y voit plusieurs peurs : « Une peur des femmes et une peur de l'incapacité personnelle ». Pour Dorothy, la prise en charge de ces hommes-là nécessiterait en tous les cas deux heures car c'est « un problème psychologique profond ». Il faudrait tout d'abord : « parler une heure, et ensuite essayer de faire l'amour. Il faudrait combiner en fait ! Pour avoir des résultats vraiment satisfaisant ! ». Lorsque je m'étonne et demande pourquoi elle ne le fait pas, elle répond que « c'est une question de finances. Et c'est aussi une question de degré de conscience, il faut que ces hommes acceptent leur problème, comme pour les alcooliques ! ». En effet, pour elle, tant que cet homme n'acceptera pas qu'il a un problème, ce problème reviendra toujours. Alors que je me dis qu'une prise en charge

psychothérapeutique permettant la narration de son histoire, la déconstruction de certaines croyances, la réflexion sur ses émotions semble effectivement indiquée, elle me surprend en donnant subitement le contre-exemple d'un homme qui « peut-être un jour, va dépasser son problème parce qu'il y a une fille tellement chouette qu'il va tomber amoureux, mais après il retombera dans les mêmes galères ! » Dérouté je lui demande ce qu'elle entend par amoureux. Elle me répond qu'elle entend par là « la première excitation, le truc chimique qui se passe, qu'on ne peut pas vraiment expliquer ! ».

Elle rajoute rapidement la catégorie des « suites d'opérations, des personnes d'un certain âge... Elle regrette d'ailleurs « qu'on n'en parle pas trop avec les médecins, malheureusement ? ». Elle rajoute, qu'après l'opération, les « hommes ne sont plus trop surs, ils ne savent pas en fait si ce sera possible ni ce qu'ils pourront faire ou non, qu'ils ont peur d'échouer et qu'ils veulent savoir qu'est-ce qu'il faut pour... (elle me laisse interpréter, j'en déduis que ce que recherchent ces hommes n'est pas d'obtenir une érection [le mot est omis !], mais un soutien) ». Lorsque je m'étonne que ces personnes n'essayent pas dans leur couple, Dorothy me rappelle « qu'il y a quand même beaucoup de couples où la sexualité n'est plus tellement à l'ordre du jour malheureusement ». Je comprends soudain que ces hommes-là vont voir une TdS simplement pour se rassurer : l'enjeu pourrait être la récupération d'une certaine estime de soi, il n'est peut-être même pas de relancer la sexualité dans le couple.

Lorsqu'elle est confrontée à un homme qui a une érection partielle, Dorothy ressent moins de compassion, elle est plus impatiente. Souvent elle se dit : « ça vient ou ça vient pas ! Bah, je fais quoi là ! ». Elle estime que souvent le client cherche « un autre stimulus qu'il n'ose pas dire ou montrer » ou « qu'il faut monter en intensité, que le client a « besoin de ressentir un peu plus fort ». Elle estime que cette montée en intensité « peut fonctionner, oui (sans grande conviction) ». Elle ajoute que des stimulations autour de/ dans la sphère anale, par contre, fonctionnent en règle générale très bien. Lorsque je lui demande si elle utilise des vibromasseurs sur ses clients, elle répond qu'elle « pourrait l'imaginer bientôt, surtout dans le champs du handicap ». Dorothy rappelle aussi que le temps, et donc l'argent, est un facteur limitant dans la prostitution, d'autant plus que la séance de base est à 20 minutes. Lorsque le client n'arrive toujours pas à une érection, elle considère que « là, c'est gênant, par ce qu'après un moment, il faut quand même rappeler que l'heure est terminée. Je peux éventuellement lui demander s'il y a quelque chose de spécial que je peux faire ». Elle estime que souvent « c'est quelque chose de visuel qui manque ». Elle pense que certains objets du désir doivent être dans le champ de vision pour permettre l'érection. Elle suggère donc l'importance du « lieu d'attention », d'un lieu défini par le focus visuel, d'un lieu, somme toute, lié à l'excitation et à l'orgasme.

Dorothy, dans le cadre de la prise en charge de DS, déplore que le TS se fasse dans des fenêtres de 15-20 minutes. Elle estime que le cadre de l'assistance sexuelle est plus propice à la prise en charge des DS. En effet une assistance sexuelle c'est « minimum une heure ». Elle expliquera que toutefois, dans le cadre du simple travail sexuel, elle a eu « beaucoup de clients qui demandaient une demi-heure. Une demi-heure c'était 300 CHF. En une demi-heure, normalement, on arrive à régler toutes les dysfonctions. Une demi-heure est une bonne tranche de temps ». Il semblerait donc que plus on a de temps, plus un processus thérapeutique puisse être enclenché facilement. Lorsqu'elle pense aux clients éprouvant une dysfonction érectile, elle désire tout de même rajouter, que « ces gens ont partout le même problème, donc ils savent déjà ». On notera également que Dorothy ne prend pas sur elle la dysfonction sexuelle. D'autres TdS pourraient penser qu'elles ne sont pas assez belles, jeunes, etc... Pour Dorothy, cela a pu arriver, mais seulement au début de sa carrière. Rapidement, elle a appris à parler avec ses collègues, à échanger des expériences et cela l'a beaucoup aidé de savoir qu'un client présentait les mêmes dysfonctions sexuelles avec ses collègues. Elle dira aussi que : « si quelqu'un ne peut seulement bander quand il voit des énormes seins, il ne va pas venir

chez moi ! Donc, pourquoi il me choisirait, si moi je suis problème ! ». Il m'apparaît en effet, grâce à cette anecdote, qu'une TdS est moins vulnérable face à la dysfonction sexuelle que le partenaire d'un couple. En effet la TdS a été choisie et cela l'assure déjà d'être au goût de son client. Par contre, Dorothy rappellera que dans le cadre de l'assistance sexuelle : « l'offre est très limitée ». Ses clients handicapés n'ont donc pas forcément eu le choix d'avoir à faire appel à elle. Pourtant, elle dira que « durant ces trois ans (d'assistance sexuelle), les gens qui sont vraiment paralysés, qui ne ressentent plus rien en dessous de leur nombril, n'ont pas eu de problème avec moi. J'ai eu moins de problème d'érection, par exemple, j'étais même assez étonnée ! C'est certainement parce qu'ils ont attendu si longtemps ! Je n'ai pas eu non plus, de comportements agressifs ! ». Le paradoxe de cette clientèle serait-il qu'elle rencontre Dorothy encore vierge de tout trauma, de tout événement ayant évoqué de l'anxiété lors de rapprochement physique ? L'image de l'assistante sexuelle provoquerait-elle moins de dédain ? La détresse de ces personnes les rendrait-elle plus reconnaissantes ?

Nous parlons ensuite d'éjaculation retardée et / ou d'anorgasmie. Dorothy estime en rencontrer plus chez les personnes handicapées que chez les valides. Amusée, elle me donnera l'exemple de personnes présentant des éjaculations internes suite à des traumatismes physiques. Elle se met en scène, besogneuse, avec un regard interrogateur dirigé vers le client. Elle me raconte que parfois certains de ses clients handicapés lui disent, alors qu'elle insiste : « mais si, j'ai joui, seulement je n'éjacule plus ! ». Dorothy leur répond « Ah bon, mais au moins tu pourrais me dire quand tu as fini ! » [rires].

Pour Dorothy, il semblerait que l'éjaculateur retardé et l'anorgasmique valides, quant à eux, « perdent leur concentration ». Elle « voit dans son regard qu'il n'est plus là, qu'il y a quelque chose qui le préoccupe ». Elle émet même l'hypothèse que sa préoccupation pourrait être qu'il doive jouir. Comme elle le résumera très bien, « dès que ça intervient, plus rien ne marche, c'est fini. Parce qu'après, il est stressé, il culpabilise. Il se dit : "ah, maintenant de nouveau !". Et là c'est un cercle vicieux ». Avec ces clients-là Dorothy « interrompt le rapport ou initie un changement de position », ou, si elle soupçonne qu'il ne supporte pas le préservatif, le « finit manuellement ». Étonné que l'on puisse jouir plus d'une masturbation que d'une pénétration lorsque l'on a recours aux services d'une TdS, je demande naïvement si ce n'est pas le fait que le client voie son pénis qui pourrait le recentrer. Dorothy rebondit et propose que c'est « parfois aussi qu'il puisse voir qu'il éjacule ! ». Nous avons donc chacun nos hypothèses, certainement liées respectivement, à nos propres angoisses, ou à nos propres érotisations. Alors que je réfléchis, Dorothy partage avec moi une dernière stratégie pour clients anorgasmiques: mettre un film porno « avec ceux qui baisaient trop longtemps ! Ceux qui pouvaient se contrôler énormément. Pour que ça aille un peu plus vite ». Je réalise tout d'un coup que dans le cadre de la relation tarifée, l'échelle de temps est très courte et qu'effectivement, dans un cadre de 15-20 minutes, le client anorgasmique et le client qui est simplement capable de bien réguler son excitation afin « d'en avoir pour son argent » peuvent se ressembler ! Je réalise aussi que Dorothy me répète que la stimulation visuelle contribue fortement au déclenchement de l'orgasme.

Nous aborderons ensuite le client qui a un problème d'apparence physique, des complexes, autour de la taille de son sexe, etc... Dorothy, gentiment, dira : « On essaye de rassurer. Normalement chaque personne à quelque chose de beau. Donc on va trouver ça. Ou alors si vraiment physiquement il y a rien, vraiment on devrait mentir trop, il y a la voix, la façon de caresser, des choses qu'on peut dire, pour rassurer.

Nous abordons ensuite les clients fétiches ou dépendants d'un scénario. Ces derniers se révéleront susciter beaucoup d'entrain. Dorothy rit : « Alors ceux-là, c'est facile. On s'adapte à leur habitude ! Jeux de rôle, des choses comme ça. Ça c'est bien, c'est facile : on peut faire un scénario ».

Lorsque j'évoque le cas particulier du client fétiche en détresse qui s'adresse à un sexologue car il ne peut plus faire d'autre acte sexuel que son scénario et qu'il voit son ou sa partenaire ne plus vouloir s'engager dans ce type de scénario, Dorothy estime que globalement elle n'a pas eu ses « cas extrêmes ». Elle revient sur quelques souvenir de clients paraphiles : « un client hyper intelligent, très beau, grand, jeune, riche, tout, qui était dans la scatologie (recevoir le fèces de la femme dans ce cas précis)... Et ça, j'étais assez assez assez étonnée. Et ça le dérangeait vraiment vraiment vraiment... Et puis l'autre, qui se faisait des fantasmes sur des enfants... Il fallait se déguiser en petite fille et tout, il était prof, en plus ! Ça le gênait aussi, parce qu'il avait peur de se comporter d'une manière pas correcte un jour ». Comprenant que Dorothy avait répondu aux demandes de ce type de clients et comprenant qu'ils avaient osé formuler ce type de demande, je dis à Dorothy qu'il me semble que cela montre que ses clients ont vraiment eu une grande confiance en elle.

De la confiance qu'accordent les clients aux TdS Dorothy dira : « quand même, on en entend beaucoup. Ce sont de grandes confidences qui sont faites là. Je ne sais pas, peut-être qu'ils pensent que nous, on a de toute façon déjà tout vu, qu'il n'y a rien qui pourrait nous choquer. Alors que face à un médecin, ou un psychothérapeute, peut-être il se sent inférieur. Parce qu'il n'a pas forcément fait des études. Et le médecin lui parle avec des termes qu'il ne comprend pas. Donc il se sent inférieur. Si maintenant il se livre encore, il se sent encore plus petit. Il se sentira très mal à l'aise avec un autre professionnel qu'une travailleuse ou un travailleur du sexe ». Je fais remarquer à Dorothy que paradoxalement, il semble que ce soit un atouts que d'exercer une profession non-reconnue. Elle rétorque : « Oui tout à fait. C'est grâce à ce statut merdique qu'on a, qu'on est un peu hors de la loi, hors de la normalité, hors de la société. Ça se passe un peu dans l'ombre et donc ça va toujours rester là ».

Lorsque je demande à Dorothy la proportion de clients fétiches, elle me répond qu'il y en a beaucoup mais que ce n'était pas forcément ses clients. « J'ai dû en aiguiller vers une copine, mais c'est au moins la moitié ! ». Je m'étonne de ce pourcentage énorme et elle me répond : « Oui, ils ont des fantasmes, ils ont besoin d'un déclencheur ! ». Comme il me semble universel d'avoir des fantasmes et un déclencheur, je ne peux m'empêcher de lui demander quel est le déclencheur chez la personne qui n'est pas fétiche. Dorothy me répond : « souvent, c'est quand même l'œil, c'est quand même visuel, c'est ce qu'il voit. Il a des préférences... le non-fétiche il regarde plus la personne, alors que le fétiche il a besoin de quelque chose de plus encore avec cette personne ! ». Elle ajoutera : « le non-fétiche regarde le tout, c'est ce que la personne dégage ! Son attitude, la manière de bouger, la manière de parler, l'odeur, très importante mais souvent méconnue, le physique... ». Je lui demande si le non-fétiche ne regarderait pas plus les expressions faciales. Elle abonde : « Les expressions faciales aussi absolument ! ». Je lui répons que je me demande si chez le fétiche il n'y a pas une rupture : les expressions faciales de l'autre ne seraient pas les déclencheurs, le monde émotionnel et les réponses motrices liées au plaisir du partenaire ne seraient pas perçus, il n'y aurait pas amplification par résonance. À la réécriture je me demande même, soudain, si le fétichisme / la paraphilie ne serait pas un focus sur une partie du monde moins anxiogène, moins vivante, moins réactive, moins expressive que l'humain. Lorsque je fais part à Dorothy de cette possible nécessité d'une perception moindre du monde émotionnel de l'autre, Dorothy opine positivement et rajoute : « Effectivement... Il a besoin d'un objet, de quelque chose ! ».

Instantanément me revient le discours de Yanet. En parlant de ses clients anorgasmiques, elle avait remarqué qu'il était important, avec ces clients-là, d'arrêter le rapport et de discuter afin de trouver le

fantasme nécessaire à l'orgasme. Lorsqu'elle avait compris quel script susciterait l'excitation, il lui suffisait de l'exécuter, et cela marchait, comme par enchantement. Cela parle beaucoup à Dorothy qui en rit. Yanet avait également rapporté qu'avec les anorgasmies, elle utilisait souvent un bandeau afin de masquer les yeux. Je partage cette stratégie avec Dorothy. Dorothy dit ne l'avoir jamais utilisée, à l'exception d'une fois, avec un client, qui ne pouvait supporter l'idée d'être client et d'être dans un salon de massage. Il fallait donc le couper de cet environnement culpabilisant et le faire jouir uniquement grâce à des sensations. Pour Dorothy le bandeau permettrait aussi de « se reconcentrer uniquement sur son corps ».

Nous parlons ensuite de l'éjaculation retardée et de l'anorgasmie. Lorsque je demande à Dorothy ce qui peut bien faire qu'un homme « décroche » pendant un rapport, elle me répondra : « Et bien, ça peut être n'importe quoi. Si j'ai quelqu'un qui a un stress au travail et qui se fait humilier par son chef et il vient pour se lâcher : mais après un moment, il a fait un mouvement trop monotone, assez pour que la pensée puisse s'accrocher (krrr, elle fait le bruit du blocage d'un rouage). Il pense à nouveau à son chef, et puis c'est fini ! Ou alors il pense à son fils qui ne finit pas l'école... Je ne sais pas, n'importe quoi ! Je pense que dans un cas comme ça, il faudrait faire un peu de méditation, en général, pour réapprendre à être entièrement dans une situation... On n'a plus vraiment l'habitude. On est forcé chaque jour à faire plein de choses en même temps. Déjà quand on conduit une voiture, il faut faire plein de choses en même temps. On attend de nous que nous soyons multitasking. C'est devenu absolument nécessaire. C'est presque quelque chose de négatif si quelqu'un ne veut faire qu'une chose, dans les valeurs de cette société moderne. Je pense ça parce que peut-être quelque part, de nos jours, c'est en montagne, par exemple, où l'on pourrait juste être dans le moment ».

Nous parlerons ensuite des clients hostiles. Dorothy estime qu'ils ne sont pas fréquents et qu'ils « étaient des cas singuliers ». Consciente de ses limites, elle dira : « il y en avait, mais je les ai énormément refusés quand je sentais quelque chose comme ça... parce que je n'ai pas à me faire du mal ! Je ne vois pas la raison. J'ai remarqué, après avoir essayé, que je ne peux pas gérer ça, que cette hostilité ne va pas disparaître, et que ça va me faire du mal... je ne peux pas éviter ça et donc je ne vois pas de raison (de m'exposer, sous-entendu) ! ».

Dorothy rajoute : « j'avais un client à Bienne, qui avait un comportement comme ça, mais, où ça a changé... Pendant trois ans, il venait régulièrement... cet homme, il venait de la guerre, il avait des trous de balles dans son dos, il avait vécu des choses extrêmes, extrêmes, et lui, il se détestait lui-même... il a fallu qu'il redécouvre un amour pour lui-même, d'abord, avant qu'il puisse partager quelque chose. Je pense que c'est chez tout le monde un peu ça aussi. Ce sont des gens qui ont une colère énorme, mais aussi envers eux-mêmes ! ». Elle rajoute que ces hommes-là ont « une image de la femme pas du tout claire », qu'ils « aimeront avoir une femme fidèle qui cuisine bien et fait le ménage à la maison mais qu'ils ne banderont jamais pour cette femme malheureusement, parce que pour le sexe, il faut quelque chose d'interdit, de mystérieux et presque un peu sale aussi, ce sera encore mieux ! ». Ne sachant s'il faut prendre le mot sale au propre ou au figuré, je lui demande s'il faut entendre sale, ou dégradant. Elle répondra : « Oui plutôt dégradant... mais pas trop hygiénique non plus ! Sale dans les deux sens en fait. Et je pense, on opprime ça tellement, tout le temps, et dans les relations quotidiennes ça ne peut pas sortir, parce que ça n'a pas de place, il semble que ça n'a pas de justification d'être là. Donc, il vient chez la pute, car heureusement, c'est elle, par son existence, qui fait qu'il peut se comporter comme ça, avec nous ».

Nous parlons ensuite des grands timides. Dorothy inaugure ce chapitre avec un : « C'est difficile, je n'ai jamais vraiment eu un grand timide qui est devenu un courageux. Non échec ! Il peut se lâcher au lit, mais seulement quand il a pu établir une confiance. Donc il faut qu'il vienne régulièrement. Donc il faut qu'il ait un budget ! Il faut aussi que je sois toujours là ! Il faut plein de choses réunies. Si

maintenant il préfère ma collègue qui chaque mois travaille dans un autre canton et il ne peut plus la revoir, il va penser : avec elle ça marchait, ça ne va plus jamais marcher avec quelqu'un d'autre ! C'est très difficile avec les grands timides : parce qu'ils ont vraiment besoin d'être rassurés. Je me demande même si après c'est bien : parce que s'il n'est plus timide avec moi, il va s'accrocher et il ne va pas aller voir ailleurs, parce que de toute façon il restera quand même un peu timide ailleurs. Donc il faut qu'il trouve quelque chose pour, à nouveau, se rassurer. Pour augmenter sa confiance en soi, sa perception de soi. Donc ce serait plutôt de niveau psychologique... Il doit peut-être trouver une assurance en lui pas seulement à travers le sexe ! Parfois je me suis vraiment demandé pourquoi un tel ou un tel était un grand timide. Je lui disais : "je ne comprends pas, tu as une super belle queue, tu baisses normalement, magnifiquement même, mais où est le problème ! " ». Je lui demande si le problème n'est pas de nature relationnelle et si, comme pour l'hostile, précédemment évoqué, ce n'est pas une personne qui a globalement ce motif-là de relation aux autres. Dorothy abonde. Je lui demande si avec ce type de personnes une TdS ne va pas travailler comme un psychologue ou un sexologue : prendre le temps, déployer la prise en charge sur plusieurs séances, ne pas aller trop vite. Dorothy répond, d'un petit « oui oui », pour ensuite surenchérir et dire qu'elle le fera surtout avec la clientèle ayant un handicap. Je me demande ce qui se joue, là. Le client valide ne susciterait-il pas le même engagement ? Il est possible que la posture d'assistante sexuelle, telle que le veut la dénomination de cette activité, soit plus valorisante et engage donc plus la TdS qui est alors considérée comme une thérapeute. Il se peut aussi que le cadre d'une heure posé institutionnellement à l'avance empêche de rentrer dans un rapport temps-argent avec le client, dont il faudrait alors se débarrasser au plus vite.

Lorsque je demande si dans l'assistance sexuelle l'on rencontre beaucoup plus de grands timides, elle répond que oui, et qu'en plus « les dysmorphophobies seront énormes et il faudra pourtant laisser ça de côté, que le client se sente quand même homme. Ça va être très difficile. C'est beaucoup de travail ! ... Et puis si à cela s'ajoute de refaire toute l'expérience, toute l'éducation sexuelle pour laquelle moi-même j'ai eu 37 ans, alors que lui maintenant il veut faire tout, dans une session : ce n'est pas possible ! En plus, on lui a toujours dit, l'extérieur lui a toujours dit : "toi jamais, oublie tout de suite ! " Souvent ! Donc ça ne renforce pas vraiment la confiance en soi ! ».

Lorsque je lui demande si le grand timide valide n'aurait pas reçu exactement le même message dans la cour d'école et que je fais référence aux hiérarchies claires qui se mettent en place entre les enfants, Dorothy rajoute : « Mais oui absolument. Si lui, il était toujours à côté, il était nul en sport, parce qu'il était un petit asthmatique et qu'il ne pouvait pas faire du sport. Donc il intéressait d'emblée déjà pas les filles... Je pense ça c'est... Oui oui. Ça s'est construit ! ».

Lorsque je lui demande si elle a déjà discuté de ces thèmes-là lors de relation tarifée, elle me répond, pragmatiquement : « Bon, dans 15 minutes, ce n'est pas possible de discuter de tout cela ». Lorsque je lui demande quelle proportion il y a de grands timides dans les clients des TdS, à nouveau, elle m'étonne: « Oh, il y en a beaucoup. Presque la moitié. Allez 4/10 ! Beaucoup quoi ! ».

Lorsque, toujours étonné, je lui demande si la majorité des clients sont des fétiches et des grands timides, elle confirme : Elle complète : « et aussi des dysmorphophobiques. Parce que là : c'est vraiment très très vaste ! ».

Nous passons ensuite aux clients qui « ont une peur bleue des infections, des maladies, de je ne sais pas quoi ! Ce n'est pas seulement au bordel, aussi au privé. C'est des obsédés hygiéniques avec qui c'était très très difficile aussi de faire quelque chose ! Ils ont peur de tout ce qui est liquide corporel par exemple. Mais ils ont quand même des pulsions, non ? Mais ils sont au même temps repoussés ! Ça c'est très compliqué !... et bien là, il n'y a pas grand-chose à faire. Vraiment rassurer avec le

préservatif, qu'il est vraiment étanche, que c'est vraiment bon, refaire le lit devant ses yeux, ou même parfois mettre un linge sur les tapis pour qu'il n'ait pas à mettre ses pieds nus sur ce tapis où tout le monde avait déjà... Voilà il faut vraiment les rassurer, et après ça va quand même. Mais c'est pas très satisfaisant : parce qu'on a toujours l'impression qu'ils ne sont pas contents. En fait, il doit se surmonter pour le faire mais il a toujours un peu peur». Lorsque je lui demande si, au niveau purement sexologique, ces clients-là présentent un problème particulier, Dorothy répond que « ce n'était jamais vraiment des bons baiseurs. J'en avais un qui avait presque un comportement comme les agressifs ! Aucune idée de quoi faire avec une femme ! Pas du tout capable de s'imaginer comment ce pourrait être pour moi, ou pas du tout intéressé non plus, puisqu'il a payé. Oui et puis c'est aussi un problème parce que s'ils viennent chez la pute, c'est aussi pour qu'on règle leurs problèmes, ou en tout cas qu'on les soulage de pressions quelconques ! Mais ils ne comprennent pas que la sexualité même avec une TdS c'est toujours un échange, ça ne se fait pas de manière unilatérale, c'est toujours donner-recevoir, donner-recevoir, et si ce n'est pas un jeu, ça joue pas ! Donc s'ils viennent, et qu'ils n'ont pas du tout l'intention d'échanger !... Ils sont forcément frustrés si nous, comme objet, nous ne sommes pas exactement comme ils le voudraient, maintenant, pour se défouler ».

Interpellé par ce concept d'objectisation, de déshumanisation, je demande à Dorothy, pensant aux fétiches, si ces derniers sont dans le donner-recevoir ou dans des procédures toutes prêtes, déshumanisant les TdS comme le font les clients obsédés ci-dessus ? Dorothy me rappelle que : « le fétiche c'est un jeu. Et pour jouer il faut être deux. Et si moi je ne suis pas intéressée, et bien il ne va plus revenir chez moi. Il faut que ça me plaise aussi. Si maintenant je suis dominatrice, il faut que j'aie aussi un minimum de plaisir de dominer. Sinon il ne viendra plus chez moi. Il va essayer une fois, il ne reviendra plus. Non, non, je ne pense pas du tout que c'est unilatéral, pas du tout ».

Je finis par demander à Dorothy quelles sont les différences entre le TS et l'assistance sexuelle, soupçonnant que cela risque bien de changer le rapport au client et donc la prise en charge des DS. Un nouveau chapitre s'ouvre. Dorothy ne tarira pas, je n'aurai quasiment pas à poser de questions.

Dorothy estime avant tout que ce sont toutes les contingences entourant l'assistance sexuelle qui en font une activité différente. Avec humour, elle dira que ce n'est pas comme dans un salon : [ton monocorde que les TdS peuvent avoir avec les clients au téléphone] « 100 CHF masturbation - 120 CHF rapport - 150 CHF rapport avec fellation - rapport avec 69, 200 CHF - demi-heure de tout 300 CHF - demi-heure avec sodomie 350 CHF ». « Tout cela, il n'y a pas ! En assistance sexuelle, il y a une heure. On fait ce qui est possible, ce qui est souhaitable, des deux côtés ». Je remarque ici, que l'assistance sexuelle semble être d'office un échange émotionnel, alors que le TS l'était avec certains clients et ne l'était pas avec d'autres. Dorothy rajoute qu'actuellement l'heure d'assistance sexuelle est à 150 CHF, mais elle ne s'en sort pas et va devoir passer à 200 CHF. En effet ces 150 CHF comprennent les déplacements ainsi que les deux bonnes vingtaines de minutes pour le déshabillage et l'habillage.

Elle continue : « Les fantasmes, le sexe pur, c'est plus ou moins la même chose. C'est toute l'approche, qui est différente. C'est aussi le statut, mon statut, qui est différent pour ces gens-là. J'ai fait une formation, je suis plutôt quelqu'un qui se donne la peine, en qui on a encore plus de confiance qu'une TdS, parce qu'alors, on me soupçonnerait de... Jamais on ne regardera après dans le porte-monnaie pour voir si j'ai pris quelque chose ou pas ! Mais dans le salon oui ! Quand un client revient d'une passe, parfois tu vois qu'il compte, qu'il regarde si je n'ai pas piqué quelque chose au moment où il était encore aux toilettes. Aucune confiance. Énorme ! » De l'assistance sexuelle, Dorothy dira aussi : « Je ne suis pas la pute, je ne suis pas le dernier niveau de la société, je suis quelque part, on ne peut pas vraiment me classer, mais je suis en tous les cas pas là. Et ça se

ressent. Pas d'insultes ». « Pas de problème de négociation de prix, parce que c'est une heure, ça coûte tant et tant... et il faut prendre le temps pour le contact avec les institutions, peut-être avec la mère [du patient] aussi, peut-être avec le tuteur aussi. On sait beaucoup plus de choses sur les clients qu'avant [dans le TS] et ça parfois, c'est un minus [un désavantage, germanisme] ! Parce que parfois, avant, j'étais très heureuse de ne rien savoir sur ces gens-là. Je pouvais vraiment avoir une super baise. Et si après il ouvrait sa bouche : « Voilà, là, mais heureusement que tu n'as pas parlé avant ! Parce que je n'aurais plus eu envie du tout du tout ». Mais là, ça devient déjà tout de suite, pour moi, une relation. Tout de suite plus relationnel avec les handicapés. Je dois être informée déjà de la nature du handicap sur un niveau médical, j'ai déjà presque toujours une histoire médicale, ce qui est déjà une histoire personnelle ! Je dois parler de sa sexualité avec sa mère : grand problème aussi ça ! Je pense en assistance sexuelle il faut encore plus de compétences psychologiques, surtout afin de pouvoir parler avec différentes personnes. La mère par exemple a des soucis différents de ceux de la directrice de l'équipe soignante dans l'institution. Et puis il faut aussi savoir comment on le tourne, comment bouger quelqu'un qui ne peut pas bouger sans se faire chaque fois mal au dos ».

Vanille

Vanille est une femme black de 53 ans. Très coquette, très grande, très belle, au port altier, vocabulaire riche, dénotant une éducation certaine, une origine bourgeoise admettra-t-elle. Elle dira d'emblée qu'elle a deux âges : son âge véritable 53 ans, son âge commercial, toujours moins de 35 ans, auquel elle associe une origine un peu plus exotique que son origine parisienne, les Antilles. Il est vrai que Vanille fait beaucoup moins que son âge !

J'ai rencontré Vanille il n'y a que quelques mois. Elle était venue en Romandie pour absorber une dette. Elle pensait travailler en escort, mais s'est rapidement rabattue sur le trottoir. Elle expliquera ci-dessous pourquoi. Vanille a travaillé seulement trois mois. Je pensais tout d'abord que ce serait un désavantage mais il s'avérera, lors de l'analyse de l'entretien, qu'il est intéressant aussi, d'avoir l'opinion d'une personne s'étant engagée il y a peu de temps dans l'activité prostitutionnelle et ne s'identifiant pas encore à la profession.

Lorsque je demande à Vanille si elle a rencontré des DS chez ses clients, c'est un cas bien particulier qui lui revient tout de suite, « un joli garçon, qui bandait mais n'arrivait pas éjaculer... Il faisait de la peine, finalement ». Lorsque Vanille ressent qu'un rapport sexuel dure trop longtemps, que « le temps passe ! » (« 10 - 15 minutes, un temps que je ne veux pas dépasser » estimera-t-elle), elle a l'habitude de « s'arrêter net ». Cela l'agace. « Quelque part, je sais qu'il y a du profit. Oui, c'est des profiteurs certains, je le sais, de toute manière, ils se retiennent (d'éjaculer). Tu le sens quand les hommes se retiennent ». À ces profiteurs, Vanille a l'habitude de rétorquer, « ce n'est pas pour toute la nuit, tu ne m'as pas donné 1 million non plus ! ». D'emblée, Vanille estime pouvoir facilement faire la différence entre un homme ne présentant pas de DS, contrôlant son excitation, et un homme souffrant d'éjaculation retardée, en l'occurrence d'anorgasmie.

En effet, d'après Vanille, ce client anorgasmique, contrairement aux hommes qui se retiennent, « s'obstinait, demandait que l'on continue, il se dévalorisait, il se dépréciait, il s'insultait, même pendant l'acte sexuel : « je suis con, j'arrive pas ! ». Il était extrêmement tourmenté... Il s'énervait, pour ne pas perdre la face ». Après que Vanille eut souhaité arrêter le rapport, « il s'est énervé, a tapé sur le mur ». L'agacement, chez Vanille, avait cédé la place à l'étonnement, un peu à la compassion aussi. Vanille m'explique : « Finalement, on s'est mis à parler. Il s'est calmé. Je lui ai dit qu'il fallait qu'il consulte, qu'il avait un souci dans sa tête, qu'il ne pouvait pas se déprécier autant et que c'était normal que ça agisse là (sphère sexuelle). C'était comme un gamin, en manque de confiance en lui ». Ce jeune homme, qui avait dit à Vanille que c'était la première fois qu'il allait voir une prostituée,

finit par confesser : « ce n'est pas la première fois, je suis allé chez d'autres filles, c'est chaque fois la même chose, cela fait deux ans que je n'ai pas de copine et que je n'arrive pas à avoir du plaisir ». Vanille le rassure, lui dit : « tu es un beau garçon et tu devrais apprendre à t'apprécier.... Tu peux continuer comme ça, mais tu n'y arriveras jamais en te dépréciant autant. Tu peux aller de fille en fille, mais je ne pense pas que ce soit cela (la solution) ». Vanille estime que ce genre de problème est « assez profond », vu qu'il implique une « sexualité qui n'est que personnelle et des frustrations ». Vanille trouve « incroyable que ce client, qui savait qu'il vivait cela, ne lui ait pas dit, en arrivant, qu'il avait quelques soucis ». Curieux, je demande à Vanille ce qu'elle aurait fait si cela avait été le cas. Pour Vanille, « il n'y aurait pas eu de rapport. C'est quelqu'un avec qui il faut avant tout parler. Montrer qu'on a un intérêt pour lui, sans le sexe. Si on allait directement au sexe, il y aurait eu tous ses schémas mentaux qui auraient bloqué l'affaire. C'est quelqu'un qu'il aurait fallu d'abord voir, côtoyer, s'intéresser à ce qui se passe, pour qu'il évacue mentalement certaines choses ». Vanille finira par dire, à propos de ce client, qu'elle pense également que l'anorgasmie a eu lieu, parce que « dès le départ, il savait qu'il allait rien faire ».

Vanille, tout d'abord, ne voit pas d'autres catégories de DS. Elle semble passer en revue tout ce qui peut lui venir à l'esprit. Elle évoquera les clients qui ne veulent pas de préservatif, sous prétexte que... (Elle ne semble pas trouver cette catégorie pertinente et arrête sa phrase).

Je l'aide et lui souffle le manque d'érection. Il apparaît que cela ne lui avait pas semblé être une DS, car elle affirme travailler avec ce manque d'érection, le susciter volontairement. Elle m'explique que de nombreux clients sont « gênés d'être avec elle à cause de son allure, de son langage », impressionnés « par rapport à ce qu'elle reflète et ce qu'elle projette », « se questionnent, sur ce qu'elle pouvait bien faire dans ce milieu ». En effet, elle m'expliquera qu'avec beaucoup de clients, « on se lançait directement dans une discussion, et comme cela m'arrange, je déviais ailleurs ». Ainsi, Vanille estime que ses clients-là, sont « ceux qui au départ ne recherchent pas le sexe, mais une relation, une compagnie, ce n'est pas sexuel. Le thème de la discussion ne reste pas la sexualité ». Ainsi, après avoir admis qu'elle déviait activement le focus sur autre chose que la sexualité, Vanille, maintenant, met son manque de désir sur les épaules du client ! Cela m'interroge. Je la laisse continuer. Lui revient un client hésitant, s'étant présenté trois fois, en voiture, avant de se décider. Vanille raconte : « c'est quelqu'un qui était en divorce, qui se sentait seul, et qui cherchait une petite amie. Je l'ai rassuré, je lui ai dit que je ne cherchais pas de relations »... Je remarque à nouveau que pensant rassurer le client, Vanille se rassure elle-même. Vanille a vu une deuxième fois ce client souffrant de dysfonction érectile, elle dira : « il n'y a pas eu de sexe... Je ne voulais pas. J'ai même dormi chez lui ». Ainsi, Vanille semble avoir offert à ce client ce dont elle avait besoin elle-même : une nuit de compagnie. Vanille remarque : « ces clients-là, me donnent la plupart du temps beaucoup plus que ce que j'ai demandé ». Je fais remarquer à Vanille, que le client type qu'elle vient de me décrire, est bien loin du client généralement fantasmé dans la société : égoïste, assoiffé de sexe. Vanille abonde, et d'ailleurs trouve que « ça, ça élargit le mot prostitution. Beaucoup imaginent encore la prostitution comme quelque chose de bestial... Pourtant, j'aborde cette profession en tant que personne, pas en tant que prostituée, d'ailleurs je ne sais pas ce que ça veut dire en fait ».

Le mot bestial aura toutefois suscité deux souvenirs chez Vanille. Le premier, ce fut un client, qui, un jour, s'arrête en voiture et dit brusquement « je veux baiser c'est combien ? ». Vanille répond à ce client : « non, Monsieur, d'abord bonsoir. C'est combien pour faire l'amour ? » et estime l'avoir « bien remis en place lorsqu'il s'est confondu en excuse ». Le second est le souvenir « d'un jeune homme qui voulait baisser le prix, le tarif, en l'occurrence pour une fellation ». Ce dernier s'était exprimé « oh c'est trop cher, oh c'est trop cher ! » avec un ton qui avait déplu à Vanille. Vanille lui a rétorqué : « non, ne dites pas que c'est trop cher, dites que vous n'avez pas l'argent. Vous ne pouvez pas être en face d'un être humain, une femme, qui est là pour vous donner votre plaisir, et lui dire que c'est cher ».

pour votre plaisir. Ce n'est pas possible ». Ainsi, Vanille fait la morale aux clients, qui « déclinent un prix dérisoire par rapport à ce que tu proposes, et te font la morale en te disant "c'est quand même de l'argent !" ». Vanille revient à ce client à l'abord désagréable : « il m'a donné l'argent, et il s'est tellement excusé, que finalement, on a rien fait. Il m'a même dit qu'il était désolé, qu'il avait trop honte. Je lui ai finalement dit : "il n'y a pas de souci !" ». Vanille dira aussi, en pensant à ces clients désagréables, qu'il y a globalement une « ignorance du corps de la femme, c'est l'acte, le fait de baiser, faire l'amour ça reste un mystère pour eux ». Paradoxalement, « ce client veut te donner du plaisir ». Pourtant, il, « ne sait pas toucher une femme, il met sa créativité sur des fantasmes ».

Lorsque j'évoque l'éjaculation précoce, Vanille dit : « ça, il y en a ! ». Je lui demande pourquoi cela ne lui est pas venu comme une DS. Elle répond : « ça n'est pas venu comme une dysfonction parce que ça m'arrange... Ça m'arrange, mais après ils sont quand même très gênés. C'est leur fierté d'homme... ». Vanille ajoute que ces derniers trouvent généralement une excuse à leur précocité. Ils diront : "t'est tellement belle !". Lorsque j'explique à Vanille que certaines TdS, plus anciennes, proposent au client éjaculateur précoce d'avoir un deuxième rapport, lui permettant par là-même de « durer » un peu plus longtemps grâce à la période réfractaire et s'octroyant à elles-mêmes une chance d'augmenter leur gain, Vanille répond : « quand c'est fait, c'est fait ! On recommence pas. Au contraire ! Je ne suis pas encore entrée dans le mécanisme de trouver des choses à faire pour faire sortir l'argent ». Vanille remarque également que, malgré la fréquence de l'éjaculation précoce, « elle est plutôt tombée sur ceux qui mettent du temps ». Se rendrait-elle compte qu'en jouant « la marquise », comme l'un de ses clients l'appelle, elle pourrait intimider ses clients et rendre l'excitation plus difficile ? Elle rajoute : « dans la voiture, je râle, je leur dis que c'est inconfortable, que je suis grande... Pour que ça se termine plus vite ». Elle est donc consciente d'instaurer une ambiance particulière, une forme de distance, mais ne se rend visiblement pas compte que cela la dessert, en termes d'efficacité et donc de finances. Cette distance, le sentiment de contrôle qu'elle en retire semble toutefois la protéger : « je vais en faire parler 8/10 pour que ce soit plus facile, pour que ce soit moi qui gère, qui décide de ce que je peux ou ne veux pas. C'est pour prendre le pouvoir ». Parlant d'un autre client : « Il y en a un, il avait besoin de compagnie. Un journaliste, d'ailleurs, vu la manière de s'exprimer, avec un vocabulaire extrêmement recherché. Mais un jour il m'a dit une chose étrange : « oh, un jour j'aimerais venir tapiner avec toi ! ». Cela ça m'a choquée par contre. Je n'ai pas demandé de détails... Il y en a beaucoup qui cherchent une compagnie, ce n'est pas sexuel. Quand ils cherchent une compagnie, l'érection n'est pas d'actualité quoi... ». Cette vignette m'étonne. Visiblement Vanille n'a pas voulu entendre l'invitation à des jeux de travestissement. Vanille a préféré nier la demande de jeux érotique et inférer un besoin de compagnie, alors qu'encore une fois, il s'agit de son besoin à elle.

Vanille conclut : « on a cette image que le client est roi, qu'il a une emprise, et que toi tu es soumise d'office, et que le client a tous les pouvoirs sur toi. Même certains clients, pensent que c'est un peu le rapport dominant-dominé qui a été instauré, mais en fait c'est pas du tout ça ! Quand le client pense dominer, en tous les cas, il est un peu fou. Il va jouer sur le fait qu'il te paye, et donc qu'il te domine. Mais en fait non. En fait, non, il n'a pas le pouvoir ».

Zeina

Zeina est une jeune femme black, de 42 ans. Elle a travaillé, et travaille encore, en salon de massage, et dans la rue. Zeina a une personnalité douce, spontanée, joviale, elle rit souvent. Elle a de grands yeux, un regard calme, posé, et une véritable présence, une forme d'authenticité et de chaleur. Zeina, je l'avais déjà remarqué plusieurs fois, travaille énormément avec son téléphone. Elle reçoit de nombreux appels de clients, ils discutent, elle leur demande comment ça va, ils font de même. Il ne s'agit pas forcément de poser des rendez-vous. C'est une forme de « girlfriend

expérience » que Zeina propose à ses clients, elle semble à toute heure disponible pour un échange d'émoticône, ou une discussion réconfortante. Zeina est anglophone, et elle s'exprime avec de nombreuses expressions que je n'aurai comprises qu'à force de réécoute. Je vais donc souvent relater ses propos sous une forme retravaillée, mais je vais essayer de relater le plus souvent possible ses propres mots.

Lorsque je commence par demander à Zeina quelles sont les DS qu'elle rencontre avec les clients, elle me parlera tout d'abord, de ses propres difficultés avec un certain type de clients. Le client « c'est payé mais ce n'est pas assez pour lui d'avoir joui comme ça ». Ces clients, foncièrement insatisfaits, semblent être des clients « difficiles dans la relation ». Zeina dira : « il y a des clients qui viennent pour discuter, mais il y en a qui viennent pour mettre le problème sur moi ! ». De la part de ces derniers, Zeina ressent de l'agressivité, et, généralement, finit par leur dire « qu'elle est désolée, qu'elle ne va pas y arriver ». Zeina pense que « c'est quelqu'un qui est agressif avec toutes les femmes dans le sexe... Ils prennent plaisir à ça. Il y en a un, pah pah pah [mimique d'un rapport sexuel profond rapide et percutant], il m'a mordu une joue, et il m'a dit que ça lui faisait plaisir ! ». À ses clients-là, qui « te frappent et tout », Zeina dit : « je ne fais pas la soumission – domination » et elle arrête le rapport. Généralement, ce type de clients demande de récupérer son argent. Zeina cède généralement, pour son propre confort : « je lui donne et puis il part ! ». Zeina est visiblement rebutée par ces clients.

Zeina parlera ensuite du client qui « bande et ne jouit pas ». Elle ne donnera que des exemples d'anorgasmie franche, j'utiliserai donc ce terme plutôt que celui d'éjaculation retardée. Lorsque je demande à Zeina ce qu'elle ressent vis-à-vis de ces clients-là, elle soupirera et ne répondra rien, comme s'il était difficile de déterminer ce que suscite cette catégorie de clients. Serait-il difficile pour Zeina d'entrer en lien avec cette clientèle ? Zeina les scinde en deux sous-types. Le premier sous-type, « sait qu'il a ce problème » et dit lorsqu'il renonce à l'orgasme et cesse le rapport : « OK pour moi, ça va comme ça ! Je suis comme ça, et je ne sais pas pourquoi ». Avec ce premier sous-type de client anorgasmique, Zeina « discute, propose des massages, des câlins ». Ils sont preneurs. Le second sous-type, essaye, d'après Zeina, de : « mettre le problème sur toi ». Loin de renoncer, et malgré la difficulté à atteindre l'orgasme, « ils veulent continuer à avoir un rapport, et disent : "ce n'est pas ma faute, c'est ta faute !" ». À cela, elle rétorque : « je n'aurais pas des hommes qui me téléphonent et qui viennent me voir jusqu'à deux fois par semaine si c'était ma faute ! Tu sais que c'est ton problème, tu dis ça pour dire que c'est ma faute, mais tu sais que ce n'est pas ma faute ! ». Elle peut avoir, dans ce cas de figure, deux types de réponses. Soit des excuses, précédées d'un « tu as raison », teinté de tristesse. La seconde, plus impétueuse, caractérisée par le déni et la culpabilisation de la TdS, se soldera par un « donne-moi mes sous, je veux partir ! ». Ce deuxième sous-type de client anorgasmique ressemble étrangement au client foncièrement insatisfait, agressif. Encore une fois, je ressens qu'il y a une forme de continuité, allant du client anorgasmique agressif au client foncièrement hostile et ressenti comme dangereux, que les femmes systématiquement évitent, rejettent.

Je lui demande comment elle s'explique ces anorgasmies. Zeina répondra qu'ils ont, peut-être « vraiment besoin de sentiments, de câlins, de choses fou!... Il veut faire des choses très très...[elle s'arrête] ». Dans cette phrase, elle aura fortement appuyé sur les mots vraiment et fou, chuchotant sur le ton de l'interrogation les mots sentiment, et câlins avant de s'interrompre. Je me demande ce qu'elle ne peut pas expliciter. Ces clients recherchent-ils vraiment des câlins. Des sentiments ? Me teste-t-elle ? Se demande-t-elle si je peux entendre la suite ? Je lui demande d'un ton rassurant mais curieux si elle fait ces choses folles avec eux. Zeina me répondra que non, que « cela dépasse ses limites ». Pour exemple, elle citera un client : « je te lèche les pieds, et puis tu peux pisser sur moi, et on fait des câlins sous la pisse. Si tu ne fais pas ça, j'éjacule pas, je ne jouis pas ». Effarée, Zeina me

regarde, et m'interpelle : « désolée, moi je ne peux pas faire ça ! ». Effectivement, je lis le dégoût sur son visage. Zeina rajoute : « les filles qui prennent de la drogue, de la coke, le client sait qu'elles perdent la tête et qu'il peut tout leur demander, mais quand il voit que toi, tu es normale, il ne peut pas te dire ça, il a honte ». Voilà donc comment Zeina s'explique l'anorgasmie : un fantasme inavoué, inaccessible, voire une paraphilie. Elle s'étonnera aussi du fait qu' « il y a des mecs mariés, ils viennent, et ils te demandent : "tu peux faire caca ? Et puis moi je le sens". Zeina s'insurge, elle dit qu'elle ne peut pas faire ça. Elle commente aussi : « il ne peut pas demander ça à sa femme ; elle va lui dire, mais tu es devenu fou ! ». Repensant à Yanet, je demande à Zeina s'il y a aussi des clients qui demandent à se faire pénétrer avec un godemichet. Elle abonde, et rajoute que : « avec ceux-là, je mets les gants et je les caresse derrière. Et quand il ouvre bien, quand il monte son derrière, et bien voilà, je sais ! [rires] Je n'ai pas eu besoin de demander parce qu'ils auraient eu honte ». Elle m'expliquera que ses clients-là disent ne pas aimer faire ça avec les hommes, mais apprécient que : « les femmes leur fassent cela avec les doigts ».

Pour Zeina, il y a aussi le client « qui ne bande pas, même lui, ne comprend pas pourquoi ». Pour Zeina, cette absence d'érection est « d'ordre psychologique, due à une émotion, ou à un problème au travail ». Elle est également à mettre en lien à une « baisse de moral », impliquant que le client « recherche un peu de joie ». Il vient donc voir la TdS dans cette recherche de joie, mais préoccupé. En amont de cette préoccupation, de cette baisse de moral, Zeina propose qu'il y a un conflit conjugal. Elle aura souvent entendu un client dire : « depuis une année, depuis que j'ai des problèmes dans mon couple, c'est comme ça, même avec ma femme je ne bande plus, je ne sais pas pourquoi ». Zeina expliquera clairement en parlant de ces clients : « Ils viennent pour oublier leurs problèmes et tout. Leur but, c'est de discuter, de rigoler, parce qu'ils ont des problèmes à la maison, des problèmes dans le couple ». Zeina fera un autre parallèle : « c'est comme dans les problèmes de séparation, il y a des mecs, qui sont vraiment tristes de ça. Ils sont encore ensemble avec leurs femmes (cohabitation), et ils viennent pour pleurer, ils sont très tristes ». Zeina continue : « il y en a, ils payent une ou deux heures, ils disent qu'ils veulent rien faire, juste discuter, qu'ils préfèrent causer avec une femme qu'ils ne connaissent pas, parce qu'avec leurs amis, leur famille, il y a des choses qu'ils n'arrivent pas à discuter ». Un autre dira : « ça ne marche pas du tout dans mon couple, j'ai essayé d'arranger mais... Avec ma femme ça ne va plus du tout, j'ai essayé de tout faire, mais elle ne m'écoute plus elle est fâchée ». Zeina de répondre : « Peut-être que ce n'est pas sa faute, peut-être qu'il y a des choses que tu as faites pour qu'elle devienne comme ça... Il faut essayer de savoir ce que tu as fait pour te faire pardonner. Elle est triste. Trouve ce que tu as fait et demande pardon avant de vouloir que ça s'arrange ». Lorsque je propose à Zeina ce que l'on entend souvent en systémique, c'est-à-dire que lorsqu'un couple règle ses conflits, il règle également ses problèmes de sexualité, elle abonde. On comprend donc, que pour Zeina, la sexualité ne peut être le lieu d'un affrontement, ou d'un combat, ce ne peut être qu'une rencontre. Pour Zeina, la sexualité semble être intrinsèquement fusionnelle.

Afin d'expliquer la dysfonction érectile, Zeina, surtout lorsqu'il s'agit de clients « de 60 ans et plus », se demande « s'ils ne se sont pas trop amusés ». Ainsi, Zeina lie aussi la dysfonction érectile à l'usure, à l'âge, au vieillissement. Elle ne va pourtant pas avoir le réflexe d'envoyer ce type de clients, c'est-à-dire les messieurs âgés présentant des dysfonctions érectiles, chez un médecin, car, pour elle, il semblerait que ce vieillissement soit programmé, normal, « génétique » dira-t-elle.

Face à la dysfonction érectile, Zeina avouera « ne pas se sentir bien ». Très empathique rien qu'à l'évocation du cas, Zeina dira : « quelqu'un veut passer un moment avec moi, donc si tout va bien, moins aussi je suis contente, mais quand ça arrive comme ça (dysfonction érectile), je suis un peu triste ». Pleine de compassion, Zeina rajoutera : « il y en a, c'est des mecs très très bien, mais on ne

sait pas quel est le problème ! ». Zeina encore une fois insiste et semble pointer un mécanisme inconscient : le client semble incapable d'expliquer la dysfonction érectile.

Lorsqu'elle est confrontée à la dysfonction érectile, Zeina a l'habitude de boire un verre non-alcoolisé, de discuter, de regarder la télé même parfois. Je remarque qu'elle crée une forme d'intimité, simple et rassurante. Elle propose ensuite massage, câlins, et lorsque je lui demande, pensant à la télévision, si pour ses hommes-là elle utilisait des films X, elle confirme ce que je pressentais : « les films X ne changent rien avec ses hommes-là ». Ces hommes-là, Zeina pense qu'il faut « les voir plusieurs fois,... qu'ils ont besoin de sentir qu'il se passe quelque chose, une pseudo-relation, dont le téléphone fait partie... Juste pour dire salut, pas pour prendre rendez-vous ». Zeina me dira d'ailleurs qu'elle est « comme ça », c'est-à-dire comme ces clients-là. Pour Zeina, avec le temps, grâce à cette pseudo relation, « il y en a, ils arrivent à bander, et ils sont tout contents parce qu'ils disent que ça fait longtemps qu'ils n'avaient jamais passé de moments comme ça ! ». Elle remarquera toutefois que l'érection de ces hommes-là est fragile, et sujette aux aléas de la vie : « la fois suivante, cela ne fonctionnera peut-être plus, il ne pourra pas dire pourquoi ». Ainsi, Zeina, rejoignant les autres TdS interviewées dans le cadre de ce travail, voit un lien direct entre les émotions suscitées par le conflit ou le rejet, et la dysfonction érectile. Zeina dira encore : « ce client-là, il a besoin de se dire : c'est mon amie ! Il te téléphone pour te dire : "salut, comment ça va ? Je vais passer te voir bientôt, bisous"...ma théorie, c'est qu'il sait que ça va l'aider ». Zeina nous propose donc que ce type de clients sait que la clé de son désir, de son excitation et de son érection sont le lien, la relation, le projet de rencontre co-construit, par de nombreux petits messages ou appels téléphoniques.

Zeina en viendra pour finir au client « qui a déjà joui, avant même que tu le laisses te toucher ». Je remarque d'emblée que ce client-là, loin de lui évoquer des difficultés, ou de la tristesse, la fait rire. En effet, elle dira : « moi je suis contente, c'est moins de travail ». Toutefois, il semblerait que ce client « demande ce qu'il faut faire pour durer plus ». Zeina, leur propose généralement d'aller voir un médecin pour trouver des solutions, surtout si ces derniers, disent « même si on recommençait maintenant, ce serait la même chose ! ». En effet, Zeina a souvent demandé à ces clients si leur éjaculation prématurée n'était pas due à trop d'excitation ; généralement ceux-là répondent que non. Zeina, comme beaucoup d'autres TdS, semble *in fine* considérer l'éjaculation prématurée comme une donnée biologique relevant de la médecine. Elle l'accepte. Je me demande si cela n'est pas une manière de liquider ces patients-là. Pourtant non, Zeina dira plus tard : « je ne les mets pas dehors, ils prennent une douche, et on fait des massages. Après ils partent... Parfois, on essaye une deuxième fois. Mais même si tu le fais une deuxième fois, c'est la même chose ».

Lorsque je fais remarquer que les clients semblent pouvoir se décliner - d'après elle mais aussi d'après les dires des autres interviewées - en deux catégories, ceux qui recherchent une relation et ceux qui recherchent uniquement un rapport sexuel, Zeina converge. Elle me dira qu'elle estime que 6/10 clients « recherchent une relation » alors que 4/10 clients « sont plutôt dans le sexe ». Ce sont étonnamment les mêmes proportions que celles proposées plus tôt par Chloé.

Praline

Praline est une femme métisse de 63 ans. Joviale, belle, elle a été TdS pendant trois ans dans sa jeunesse. Comme elle le dira d'emblée, elle a dû arrêter parce qu'il est difficile d'avoir une histoire de couple en dehors de la prostitution. Elle a toujours eu une grande affinité pour la gente masculine et s'est toujours facilement identifiée à ses clients. Elle fera d'ailleurs de cette identification à ses clients, la clé de voûte de sa compréhension des DS et de son efficacité à les résoudre.

Pour Praline, lorsqu'un client rencontre une TdS, il y a tout d'abord un scénario normal. Ce scénario est composé de regards qui se croisent, du choix du client, de la rencontre, de la négociation de la prestation, du don de l'argent, du déplacement vers le lieu des ébats, de la nudité, de l'érection, du rapport sexuel, et de l'orgasme.

Contrairement à certaines anciennes « qui travaillent à la montre » et qui pointent l'horloge dès que le temps imparti aux clients est dépassé - en général 20 minutes -, Praline se décrit comme quelqu'un d'extrêmement empathique. Elle dira : « le client, quelque part c'était une partie de moi. C'était d'ailleurs un des dangers de la prostitution. À force de les rencontrer, je pouvais ressentir tout ce qu'ils ressentaient, les barrières s'effritaient... quand l'autre c'est toi, après un certain nombre de clients, il fallait un moment pour se re-situer ». Praline attribue cette grande capacité d'empathie et d'identification aux clients à une « mauvaise construction de soi ». Elle dit qu'elle aurait aimé être plus « blindée », « qu'il n'y a pas que la sexualité, tu prends tous les doutes, les questionnements des clients ! ». Praline met en rapport cette facilité d'identification aux clients avec le fait qu'elle se soit elle-même sentie comme un homme, jusqu'à 20 ans. Elle se souviendra d'une anecdote, au travail, où elle donnait son avis : « si j'étais une femme,... ». Un de ses collègues l'avait corrigée: « mais tu es une femme ! ».

Praline se reconnaît dans la DS du client. Elle dira « si j'avais été un homme, j'aurais été impuissant... Je n'aurais pas bandé ni éjaculé pour n'importe qui et jamais sur demande! ».

Je note aussi que Praline n'a jamais eu un doute sur son attractivité physique : jamais, elle n'a pensé face à la dysfonction érectile, qu'elle pouvait ne pas plaire. Malicieusement, elle dira : « vu les photos que je publiais, ça ne pouvait pas être que je leur plaisais pas ».

Praline, face à la dysfonction érectile, s'amuse, joue, dédramatise. Pour elle, il semblerait que la dysfonction érectile puisse venir soit d'un complexe, soit d'une peur. En tant que TdS, elle se sent responsable, et voit cette dysfonction comme un challenge, un « point d'honneur ». Elle dira : « je n'aurais jamais supporté que quelqu'un parte sans satisfaction. Un client ce n'est pas peanuts ce qu'il te donne. Compte tenu de la valeur de l'argent, il mérite d'avoir satisfaction. Il ne l'a pas trouvé dans le caniveau cet argent ». « Juste écarter les jambes, ce n'était pas mon fonds de commerce. Ça d'ailleurs, ils ont déjà à la maison ».

Face à la dysfonction érectile due à un complexe, souvent un complexe quant à la taille ou la forme du pénis, Praline rassure le client, joue la carte de l'humour : « tu sais, 1 cm de plus ou moins... ». Ou bien : « nous, nous n'avons qu'un clitoris, il n'est pas plus grand ! ». Ou encore, face à un sexe déformé, qui n'arrive pas à pénétrer une femme : « on va faire autre chose avec, ce n'est pas un problème ! ». Praline part du principe que « la sexualité masculine est exhibitionniste ». Qu'il faut aider le client à faire montre de ses attributs. Elle plaisantera : « tous les hommes sont toujours en train de se comparer, on dirait que l'expression de la vérité se fait en centimètres ! ».

Face à la dysfonction érectile due à une peur, une interdiction, Praline se demande : « qu'est-ce qu'on joue ensemble ? » Praline considère que « souvent ce sont les femmes qui véhiculent l'interdit sexuel. La femme c'est l'interdit, l'homme tout est possible ! ». Une fois qu'elle a compris ce que le client désire, et afin de l'autoriser, elle a pour habitude de prendre ce désir sur ses épaules afin d'éviter un dilemme au client : « Il faut presque dire que c'est toi (la TdS) qui veux. Tu lui dis : « c'est pas toi qui veux, c'est moi ! ». Souvent, elle avait aussi recours à la reconnaissance du problème puis à l'inversion des rôles : « tu sais, je comprends, je suis toi, je n'arrive pas bander parce que je suis impressionné. Peut-être même que tu doutes parce que tu vis mal ta vie professionnelle. Aujourd'hui c'est moi qui vais bander et toi tu écarter, on inverse ! ». Une des autres rhétoriques

qu'elle pouvait utiliser ressemble à : « tu existes, tu as parfaitement le droit d'avoir des envies, des désirs, même s'ils sont spéciaux. Pour moi, à partir du moment où tu éjacules, il n'y a pas de problème ». Elle relatera aussi sous la forme d'une anecdote répétée : « tu sais, j'avais beaucoup de clients. Quand des clients venaient ensemble, je les autorisais à faire l'amour entre hommes. Je leur disais, là, tu peux, au contraire, vas-y... Et on faisait l'amour, parfois même sans moi ». Pour Praline, « tous les hommes ont des désirs homosexuels ».

Pour Praline, des outils majeurs face à la dysfonction érectile sont l'humour, le jeu, les spectacles, la parole, la confiance, et la détente. D'après elle, cela explique qu' : « en trois ans je n'ai pas tellement eu de dysfonctions sexuelles, souvent c'était lors de la première passe, mais, on dédramatisait, on jouait, on s'amusait et tout de suite ça s'estompait ». Praline explique aussi son succès (elle a visiblement rencontré beaucoup moins de DS que les autres personnes que j'ai interviewées) par le fait qu'il y a des déclencheurs, et qu'il est important de trouver ces déclencheurs de l'excitation et de l'orgasme. Elle dira que « la tête c'est le premier organe sexuel ». Elle évoquera aussi une pratique que de nombreuses autres TdS vont évoquer : « tout le monde sait qu'il y a des endroits qu'il faut toucher pour favoriser l'érection et l'orgasme : la prostate ! »

Elle relate avoir eu très peu de clients souffrant d'éjaculation retardée ou d'anorgasmie, met cela sur le compte de son aptitude au jeu, de son aptitude à « porter le désir des autres », surtout lorsqu'il est interdit. Lorsqu'elle réfléchira aux clients anorgasmiques, elle dira : « peut-être que les hommes ont ce genre de problèmes avec les femmes qui veulent bien recevoir le billet de 100 CHF mais pas le reste ». Elle fera aussi l'hypothèse : « il est probable que ce genre d'homme n'aille pas chez les prostituées ». Elle fera encore l'hypothèse, en faisant le rapprochement entre l'orgasme féminin et l'éjaculation : « peut-être que ce type de client ne peut pas se laisser aller, qu'il doit satisfaire l'autre, aller jusqu'au bout. Mais paradoxalement l'orgasme, c'est le lâcher prise. Il se peut aussi que ce soit comme avec les femmes battues, un blocage qui vient de très loin dans l'enfance. Ce sont forcément des traumatismes infantiles, je ne vois pas quoi d'autre ! ». Praline va même jusqu'à imaginer comment donner envie à l'homme d'éjaculer et me livre : « peut-être qu'il faut lui dire : ton sperme c'est la septième merveille du monde, vient, là, jouis là ! ». Elle terminera par affirmer que « dans l'anorgasmie, il n'y a pas de complicité ».

Face aux clients présentant des éjaculations précoces, il semblerait que Praline reste toujours aussi clémentine : « je leur disais, ce sera mieux la prochaine fois ! Et ils revenaient... Mais ce n'était pas forcément mieux ». Parfois, elle occupe le client en lui « demandant de l'observer, alors qu'elle se masturbe ». Il semblerait que ce soit une « pratique fréquente avec les éjaculateur précoce dans le milieu ». En effet, c'est un moyen simple pour permettre à l'homme de se défocaliser tout en restant dans une ambiance sexuée, ambiance pour laquelle il paye : « ça les calme, je faisais une minute, pas plus, simplement pour retarder le moment de la pénétration ».

Praline amènera un concept intéressant pour expliquer l'éjaculation précoce. Elle fait le parallèle avec le déclencheur orgasmique chez une personne n'ayant pas de problème d'éjaculation précoce. Pour elle, chez l'éjaculateur précoce, le « déclencheur est présent en permanence ». Ce serait donc une partie du corps de la femme visible dès la rencontre, dès l'approche, comme la bouche, les cheveux, etc...

Il semble que Praline ne se soit posé que quelques limites, dont celles de l'attachement : « on se protège, car si tu exprimes quoi que ce soit, le client il sent le moindre attachement, il s'attache ! ».

Lorsque nous parlerons de besoin d'amour ou de l'hostilité palpable chez le client, elle dira : « c'est 50%, 50% ». La moitié des clients ont « besoin d'amour et sont dans une grande solitude affective ».

Ces clients-là se racontent, parlent de leur tristesse, disent : « ma femme, il ne se passe plus rien... Ils te racontent tout. Ils ont besoin d'établir un lien... Il y en a même, ils sont obligés de te dire je t'aime, pendant l'acte, sinon ils ne bandent pas ! ». Pour les autres, elle parle de friction, dès le départ de l'interaction TdS-client.

Une autre limite de Praline est celle de la violence. Elle refusait systématiquement les clients « qui se croyaient tout permis parce qu'ils ont payé ». Elle dira aussi de ces clients très autoritaires : « évacués d'office ! ».

Lorsque le chercheur pointe des études déterminant que seulement 20 % des hommes ont eu recours aux services de prostituées dans leur vie⁵, elle n'y croit pas. Pour elle, « tous y vont ! ». Aurait-elle besoin de se penser nécessaire à tous les hommes ? Il semblerait effectivement que Praline, qui n'a jamais connu son père, aie pu s'approcher des hommes, trouver de la reconnaissance de leur part via la sexualité et la prostitution, et a trouvé cette distance idéale faite d'intersubjectivité, de jeux, de dédramatisation et de liberté tant propices à l'épanouissement sexuel. Elle dira en conclusion, en parlant de la dyade client - TdS : « chacun se nourrit du désir de l'autre ». Praline travaillait donc avec son désir aussi.

Praline dira aussi que trois quarts des fantasmes des hommes sont homos : « c'est l'interdit qui est l'aliment des fantasmes ! ». Je rebondis sur ce thème, visiblement important pour Praline, et, curieux, lui demande comment elle explique le fait que le corps féminin n'évoque rien chez certains de mes amis homosexuels. Je lui demande s'il pourrait s'agir d'un interdit. Elle répondra : « si un homme, quand il voit un corps de femme, et que ce n'est que de la mécanique, que ce corps n'est pas animé par les mêmes sentiments que les siens, rien ne peut se passer. Tu peux être excité par n'importe quoi, si tu fais une projection de toi-même sur l'autre ! Ce n'est donc pas par interdit que les hommes homos disent que le corps d'une femme ne leur dit rien, c'est par manque d'imagination ! Je pense que les mères de ces hommes-là ne furent jamais des femmes, c'était des mères. Elles sont privées d'une partie d'elles-mêmes dans leur tête. Souvent, ce sont les femmes qui véhiculent l'interdit sexuel. La femme c'est l'interdit, l'homme, tout est possible. C'est souvent des mères très castratrices. Qu'est-ce que tu veux qu'un enfant imagine la sexualité avec de telles femmes ? ». Je cherche à mieux comprendre et lui demande : "pour toi, une absence, ce n'est pas un interdit, c'est une absence ? ". Elle répond : « le vrai interdit, on en a conscience, et il excite d'autant plus parce qu'il est interdit ! ». Ainsi, en creux, Praline tend à penser que c'est l'absence de jeu et d'intersubjectivité avec une mère qui pourrait faire d'un homme, un homme sans fantasmes relationnels hétérosexuels. Elle semble aussi suggérer que c'est cette même absence de jeu et d'intersubjectivité qui pourrait fonder l'anorgasmie chez le client.

Alban

Alban est un homme grand svelte, de 41 ans, très masculin de physionomie. Il a travaillé dans la rue c'est-à-dire dans les voitures. Il s'est ensuite doublement formé. Il a passé un brevet agricole de bûcheron et un diplôme de massage Shiatsu. Il a ensuite plutôt travaillé en escort et désormais, ne pratique plus que le massage shiatsu. Il exerce l'escorting comme il exerce le shiatsu : il reçoit le client pendant 1h30, est un prestataire de services, il dira par exemple qu'« il s'est mis comme limite qu'il n'éjaculait pas » afin d'illustrer que le client reste au centre de ses préoccupations : il prodigue digipression, fasciathérapie, massage érotique et rapports sexuels en se centrant uniquement sur le client.

⁵ <http://www.don-juan.ch/f/facts/index.php>

Alban estime avoir rencontré moins de dysfonctions sexuelles dans le travail de rue que dans le travail d'accompagnement d'escort. Il dira « en bagnole, il y a à peu près 1 mec sur 20 qui a des problèmes. C'est comme au supermarché, le travail de rue. Tu sucés, tu baisses mais tu ne touches pas l'intime. Alors que quand tu prépares une soirée, en tant que client, tu prévois tout autre chose... Dans ce cas-là, il y a trois mecs sur vingt qui ont des DS ». Indirectement, Alban dit donc que lorsque le travail sexuel est « relationnel », on y rencontre plus souvent des DS.

Pour Alban, les DS que rencontre le client sont la panne (dysfonction érectile) partielle ou totale mais ponctuelle, la panne chronique, l'éjaculation précoce et les demandes de type « se faire loper (=se faire soumettre et maltraiter par un autre homme) ». Il dira avant tout que face à la DS, « il ne faut pas s'inquiéter, c'est un temps où on peut juste faire autre chose, caresser le corps avec ses cheveux, embrasser, mordiller, se contenter d'autres sensations ».

Alban n'avait pas connaissance des problèmes cardio-vasculaires qui pouvaient être associés à la dysfonction érectile, comme Zeina. Il a essentiellement mis la dysfonction érectile sur le compte de « tensions habitant le corps ». Alban entend qu'en amont des tensions il y a du stress et de l'anxiété pourtant il préfère le mot tension. En effet dans la rhétorique d'Alban, quasiment tout sera évoqué selon l'axe corporel, comme si au final la psyché, les conflits intrapsychiques, les souvenirs pouvaient ne pas être pris en compte. Cela m'a tout d'abord dérouté, mais j'ai décidé pendant cet entretien de me laisser emporter dans ce monde du tout physique. Aussi, pour Alban il y a un corps, des parties de corps, qui existent ou qui n'existent pas en fonction de l'histoire tactile de ces zones. Il y a aussi des parties de corps, où la tension est telle, l'histoire est telle qu'elle provoque la dysfonction sexuelle. Alban dira que le client n'a « pas besoin de mettre toute l'énergie là ». C'est par le toucher, qu'Alban compte « défaire les nœuds de la pelote de laine, prendre soin du corps. Remettre à plat ce qu'on peut faire avec son corps. Faire ressentir autre chose que le sexe (il entend par là les parties génitales) ». C'est par le shiatsu qu'Alban compte « apporter le relâchement ». En évoquant un client totalement focalisé par l'érection qu'il pourrait avoir et qu'il n'a pas, Alban propose l'image « d'un homme acculé contre un mur, un homme qui ne voit même plus qu'il y a des portes dans ce mur ». Le shiatsu permettrait « de se recentrer, de se mettre au centre de la pièce et de voir toutes les ouvertures ». Alban propose aussi que c'est par l'apposition des mains, les massages, la fasciathérapie que l'on pourra « redonner des limites, un contour au corps ». Lorsqu'il évoque les difficultés érectiles, Alban parle aussi d'un déficit de ressenti chez le client. Il propose le regard comme solution. « C'est le regard qui va tout faire, vu qu'il n'a pas de sensations ». Pour Alban, il va sans dire qu'il est « hors de question de prendre la chimie pour bander, seul le relâchement compte ».

Quant à la panne chronique, qu'il lie à la chirurgie de la prostate, il insiste sur la nécessité d'aider le client à « faire le deuil de son érection. Il faut aussi l'aider à résoudre le conflit qu'il y a entre les fantasmes qu'il a encore envie de développer et ses incapacités physiques ».

Globalement il est intéressant de voir qu'au détour d'une petite phrase, Alban m'a livré le concept que je vais trouver toujours plus important au fil de l'écriture de ce mémoire. Il dira qu'en amont de la dysfonction sexuelle, « il y a un regard méprisant, venant de la personne convoitée ». Ce regard transmettrait le rejet. Par ce regard « tu leur sembles inaccessible, ça les effraie, et ils vont perdre leurs schémas habituels ».

Ainsi, pour Alban, il semblerait que certaine zone du corps existent « parce qu'elles ont été touchées, ont provoqué du plaisir ». Pour Alban, « lorsque les schémas de fonctionnement répétés sont respectés (par la prestation d'un TdS), alors il n'y aura pas de dysfonction sexuelle ». Pourtant, pour Alban, tous les schémas de fonctionnement répétés ne sont pas bons à garder. Il dira d'ailleurs : « ce qui m'intéresse, c'est de transcender les postures prédéterminées via le toucher ». Suit un exemple...

Alban, a eu dans sa carrière de prostitué masculin de nombreux clients qui demandent à « se faire loper ». Être la lope de quelqu'un, dans le jargon, veut dire que l'on est son esclave et que l'on doit être humilié. De fait, certains de ses clients ont pu faire la demande « de se faire fracasser, insulter, loper, pisser dessus ». Alban, se considérant « comme un technicien, dont le propre c'est de faire les choses bien afin que les clients reviennent » respecte tout d'abord de telles demandes et s'exécute. Il rapporte toutefois qu'il s'est senti dépassé la première fois qu'il a été confronté à une telle demande et qu'il n'a pu s'empêcher de dire au client : « je ne te connais même pas, comment veux-tu que je t'insulte ? » Mais il a appris. Au fil des séances, régulières et nombreuses, il a noué un lien. Alors qu'il allait partir plusieurs mois et que son client était visiblement dépité, Alban lui a proposé de manger ensemble. C'est alors qu'ils ont pu parler et qu'Alban a pu lui proposer de l'aider à se « transférer sur d'autres terrains, à trouver des espaces de liberté à conquérir ». C'est ensuivi une prise en charge régulière. Rapidement, le client a loué un studio, acheté un futon et demandé une fois par semaine une séance de shiatsu sans rapport sexuel et avec un Alban habillé. On ressent la fierté qu'Alban éprouve lorsqu'il évoque cette prise en charge. Il raconte : « à la fin, je le prenais dans mes bras. Le truc était renversé à 360° ! ».

Bien qu'Alban fasse montre d'une grande empathie, on l'aura compris, il se met des limites comme la plupart des TdS. Non seulement il n'éjacule pas avec les clients, mais s'est toujours aussi « refusé de répondre aux SMS, parce que c'est sans fin ! ». L'authenticité proposée lors des séances n'est donc pas en opposition avec la tenue de cadres clairs : 1h30, « je n'ai pas envie de passer plus de temps avec quelqu'un ».

Lorsqu' Alban est face à l'éjaculation précoce, il insiste sur le fait que : « c'est plus la condition que le temps, qui font l'éjaculation précoce ». La question qu'il pose aux clients c'est : « pour toi, tu as vécu un rapport, ou bien l'as-tu juste effleuré ? ». Si le sentiment du client est bel et bien de n'avoir pu qu'effleurer le rapport alors, c'est une forme d'alliance, de complicité, qu'Alban va rechercher. Il va être à « l'écoute tactile de ce qui se passe » et essayer de comprendre quel est le déclencheur, quelle est la zone à ne pas toucher. Il va convenir d'un petit signe avec le client, petit signe que le client pourra faire afin de demander un retrait salvateur, « une coupure de l'érotique ». Comme pour soutenir ses clients éjaculateurs précoces et donner moins d'importance à la performance sexuelle, il me dira, à ce moment précis : « pour moi, la pénétration n'a jamais été un truc principal. Le but c'est de danser, de s'approcher, de ferrer l'autre grâce à ton moove ». Je lui réponds que lorsqu'il m'explique son travail de la sorte, cela me fait penser au travail des danseuses de cabaret. Il converge et rajoute : « tu vends du rêve, comme au cabaret. Le client peut imaginer qu'il est unique au monde, un soir ». Ainsi Alban infère que le besoin de l'éjaculateur précoce est bien un besoin de relationnel. Lorsqu' Alban a reçu de nouveaux clients qui estiment souffrir d'éjaculation précoce, il répond à cette détresse en proposant une séance de shiatsu après l'éjaculation précoce. Je demande à Alban si d'aventure, comme le font certaines femmes, il ne se relance pas simplement dans un rapport sexuel, le deuxième orgasme nécessitant certainement plus de temps que le premier grâce au temps de latence entre deux éjaculations. Son heure et demi pourrait sans problème contenir deux rapports. Il répond, du tac au tac : « pour moi, s'il éjacule une fois, c'est bon, il a fait son affaire ». Cela m'étonne, je ne peux que penser que pour Alban le rapport sexuel en lui-même porte une certaine connotation négative. En effet pour Alban, cela ne pose pas de problème de rester avec le client et de proposer du shiatsu, ce n'est donc pas une histoire de temps.

Alban propose également que « lorsque l'on cherche où résoudre la dysfonction (par le toucher), ce n'est souvent pas là où on l'attend ». Alban conclut : « la sexualité ce n'est pas uniquement ce que tu vas ressentir dans ton corps, mais c'est aussi comment ça va prendre possession de ton corps ».

5. Résultats par thèmes

Cette section présente le fruit de l'analyse horizontale. Codage axial et codage sélectif ont permis de construire un 'récit' qui relie les catégories créées par les TdS : un ensemble discursif de propositions fait jour.

Travail du sexe : accueillir, observer, écouter, calmer les anxiétés

Un des questionnements primordiaux, soulevés dans l'introduction de cette recherche, était : les TdS ont-elles un rôle informel, non négligeable, dans la prise en charge des difficultés sexuelles ? Il semblerait qu'à l'évidence, oui.

Les TdS ont relaté avoir environ d' 1/5 à 1/3 de clients présentant des difficultés sexuelles. Selon plusieurs TdS, ces hommes pourraient être peu enclins à consulter dans le réseau socio-sanitaire, et lorsqu'ils rencontrent une dysfonction érectile en raison de leur grande timidité, en raison d'un conflit conjugal systématiquement esquivé, en raison même d'une opération de la prostate, ils semblent s'adresser aux TdS, pensant qu'elles « ont déjà tout vu », qu'elles sauront écouter et qu'elles auront une solution. D'après Dorothy, Camille, Yanet et Vanille, les clients ayant une difficulté sexuelle se présentent aux TdS en exprimant une demande d'aide *a posteriori*, une fois que la dysfonction a pu « s'exprimer ». Qu'est-ce que cela peut bien susciter chez les TdS ? Ne devraient-elles pas profiter de l'éjaculation précoce pour « expédier » le client et gagner du temps ? Ne devraient-elles pas être agacées par cette dysfonction érectile qui les retarde ? Il n'en est rien. En effet, toutes estiment qu'il y a « toujours intérêt à satisfaire le client, car le but, c'est qu'il revienne ». D'autres, empathiques, n'auraient « pas supporté que le client parte sans satisfaction » et disent comme Praline : « un client ce n'est pas peanuts ce qu'il te donne. Compte tenu de la valeur de l'argent, il mérite d'avoir satisfaction ». D'autres, comme Chloé, estiment que « l'érection, et l'éjaculation, c'est la moindre des choses, car le client doit en retirer une certaine image ! ». Il semble donc y avoir une quadruple motivation à « terminer les clients ». La première est relationnelle : si un client est agréable et capable de valoriser la TdS, d'être en relation, alors cette dernière s'efforcera de renforcer l'estime du client, agissant par là-même positivement sur sa propre estime. Deuxièmement, si le client n'a pas de demande relationnelle mais un fantasme bien défini, la TdS acceptera cette absence de demande relationnelle, ce qui ne semble pas être le cas des conjointes, et s'appliquera à fournir une scène fantasmatique, permettant de ré-évoquer l'image ou le souvenir orgasmique et de satisfaire le client facilement. Troisièmement, si le client n'a pas de demande relationnelle, qu'il est hostile et que sa présence s'avère anxiogène, la TdS s'efforcera là aussi de régler le problème, mais afin de « renvoyer le client au plus vite d'où il vient ». La dernière et plus forte motivation s'avère être commerciale : « faire du nouveau client un client régulier », tant qu'il n'appartient pas à la catégorie des hommes dangereux, fort heureusement rares d'après toutes les TdS, mais que l'on repère au fait « qu'il ne parle pas lors du déplacement avant la passe », comme le rapportent Yanet mais aussi Lilian Mathieu (2007).

Dorothy nous rappelle par contre que le temps, et donc l'argent, sont des facteurs limitant la prise en charge des DS, d'autant plus que la passe dure traditionnellement 20 minutes. Toutes sans exception considèrent, lorsque le client n'arrive toujours pas à une érection ou a un orgasme dans le temps imparti, que « là, c'est gênant, parce qu'après un moment, il faut quand même rappeler que l'heure est terminée ! ». Dorothy, qui est assistance sexuelle diplômée, aura également évalué que le cadre de l'assistance sexuelle défini par l'association Sexualité et Handicaps pluriels⁶, 1h, est bien plus propice à la prise en charge de difficultés sexuelles et permet de mieux connaître le client et ses antécédents.

⁶ <http://www.sehp.ch/>

La sexualité, un apprentissage

Il me semble judicieux, en prélude, de souligner que les TdS se révèlent considérer la sexualité comme l'expression d'un apprentissage. Dorothy, parlant des personnes handicapées mais admettant qu'il en va de même pour de nombreuses personnes valides estime que certains « n'ont pas pu apprendre tous ces comportements, parce qu'il n'y a pas eu tout cet apprentissage qu'on a pu faire nous. Il n'y a pas eu de touche pipi à 8 ans, il n'y a pas eu des petites histoires amoureuses avec des gens du même âge...Ça fait qu'ils n'ont pas pu vraiment se constituer une identité sexuelle ». Dorothy propose même qu'il est capital que l'enfant fut intégré dans un groupe de pairs afin qu'il puisse, adulte, s'intégrer dans ce groupe adulte si particulier que sera le couple, traversé d'affects, de toucher, de jeu et de sexualité. Elle nous rappelle que le client : « s'il était toujours à côté, il était nul en sport, parce qu'il était un petit asthmatique et qu'il ne pouvait pas faire du sport. Donc il intéressait d'emblée déjà pas les filles. Je pense que ça, c'est construit ! ». Dorothy, comme Camille ou encore Alban, fait donc le lien entre expérience douloureuse de rejet du corps et incapacité à aller vers l'autre, entre désengagement du corps et timidité, inscrivant le sexuel dans une vision pleinement ontogénétique, sélectionniste et phénoménologique impliquant une forme d'identité sexuelle construite, un « moi sexuel », sensible à des percepts qui créeront l'émoi ou le retrait. Yanet, quant à elle, dans la même perspective mais évoquant le futur toujours en construction de ce moi sexuel, nous a rappelé que : « chez les hommes [il y a une notion d'apprentissage de la sexualité], oui, beaucoup. De dépasser un peu les frontières, d'oser parler, d'être ouvert à de nouvelles expériences aussi ».

Trois difficultés sexuelles chez le client

Alban nous dit : « résoudre la dysfonction c'est souvent pas là où on l'attend ». La plupart d'entre nous, pensons comme Dorothy ou Praline : « la difficulté sexuelle est vraiment multifactorielle » et « le premier organe sexuel : c'est la tête ». Personne ne leur donnera tort. Certes la sexualité s'inscrit dans un cadre social, politique, culturel, relationnel. Certes, bien que la sexualité se nourrisse de souvenirs, elle se déploie, dans le présent, grâce à des stratégies cognitives et conscientes. Pourtant, Alban, le seul à avoir explicitement permis à un client de changer de manière d'entrer en relation érotique, ne nous a pas parlé d'un changement conscient, réflexif, et c'est ce qui m'a décontenancé avant tout. Alban nous a parlé du corps, des souvenirs qui l'habitent, des réflexes somato-sensoriels qui l'animent : « les dysfonctions sexuelles, c'est comme ces histoires posturales (la manière dont on se tient), tu ne sais pas pourquoi c'est là. Ce qui m'intéresse c'est de mettre le problème précis dans l'ensemble du contexte, soutenir des fonctions qui vont prendre le relais ». « On va juste aller voir, par le toucher, pourquoi la dysfonction est là. Et en redonnant vie à d'autres parties du corps, tu rééquilibres le tout ». Alban nous relate clairement, consciemment, ce qu'en fait toutes les autres TdS ont fait et relaté, mais inconsciemment. Elles ne l'ont simplement pas conceptualisé. Pourtant toutes et tous ont reçu, accueilli, touché, massé, centré, calmé, caressé, joué avec le client. Praline ne nous disait-elle pas qu'« en peu de temps, avec le jeu, il y avait une solution » ? Zeina, que le client avait besoin de « câlins et de tendresse » ? De nombreux mots ont été utilisés. Cependant tous se référaient à l'ouverture d'un espace et d'un temps d'interaction entre les corps en amont du rapport sexuel, un temps habité par des gestes rassurants, enveloppants, certainement coquins parfois mais que l'on imagine toujours bienveillants et qui sont décrits comme lents et caressants. Aussi pour Alban, les corps, le sien et celui du client, deviennent un contexte. Quelles parties du corps créent et soutiennent la dysfonction ? Quelles autres pourraient la neutraliser ? Quelles autres ont un passé sexuel et sont investies positivement ? Le toucher et le regard semblent être les clés de voûte que toutes les TdS ont proposé, parfois explicitement, souvent implicitement. Alors qu'un type de toucher, un lieu particulier du corps touché provoquent la DS, au autre toucher, un autre lieu du corps touché ou montré contrecarrent la DS. Il semblerait aussi qu'un type de toucher, d'une certaine ampleur, lenteur, rythmicité modifie positivement la physiologie

sexuelle, et que cette modification puisse se passer allègrement de la conscience, chez les TdS comme chez le client. Ainsi lorsque qu'Alban propose que « lorsque l'on cherche où résoudre la dysfonction, ce n'est souvent pas là où on l'attend », Alban parle aussi de travailler sur une autre zone du corps que la partie génitale ; il semble qu'il parle d'affect, d'amour du corps à restaurer via un toucher conférant réassurance et acceptation. Alban semble donc proposer, comme de nombreuses autres TdS, que « l'estime de soi » est une histoire de corps, de sensations agréables comme les caresses, d'émotions et de réflexes doucement addictifs comme l'érection, la lubrification et l'orgasme, tous libérés et rendus possibles par le toucher contenant et par le calme et la détente qu'il confère, tous résultant de comportements renforcés par les systèmes de récompense et de plaisir, créant ainsi la relation. Et si « aller bien », c'était se sentir en confiance en présence de l'autre, un bien être partant toujours du corps touché pour revenir au corps touché, en passant par la rencontre corporelle, la relation? Alban définit un lieu psychique, préalable nécessaire à la rencontre sexuelle sans dysfonction : « là où tout est si calme. Un espace qui ne subit pas tous ces enjeux qui nous dépassent ». Et il semble penser que c'est par le shiatsu (un toucher doux) que l'on atteint ce lieu. Praline quant à elle, estime qu'il faut « rassurer, dédramatiser, autoriser ». Elle le fait pour sa part par la parole : « tu existes, tu as parfaitement le droit d'avoir des envies, des désirs, même s'ils sont spéciaux ».

Il est ensuite intéressant de noter que les TdS définissent globalement trois types majeurs de difficultés sexuelles se présentant chez leurs clients :

- I. « le client qui jouit trop vite »
- II. « le client qui a des difficultés à jouir, voire qui ne jouit pas »
- III. « le client qui ne bande pas »

Les TdS fondent donc une nosographie étonnement analogue à la nosographie de la sexologie médicale telle qu'évoquée dans le CIM-10, recréant les catégories suivantes :

- I. l'éjaculation précoce
- II. l'éjaculation retardée, pouvant se solder parfois par une anorgasmie
- III. la dysfonction érectile

Il est aussi important de remarquer que les TdS lient l'éjaculation retardée et la dysfonction érectile à un état anxieux qu'elles observent physiquement ou qu'elles constatent au vu de ce que les clients leur racontent. Ainsi Dorothy estime que « le stress s'accumule, je ne sais pas, avec l'andropause, ou une opération de la prostate, ou une image de soi [négative]... une dysfonction sexuelle est multifactorielle ». Elle estime aussi que les personnes handicapées « ont les mêmes problèmes que les valides : le stress, la peur de ne pas être performant... mais avant tout, la peur de ne pas plaire ». Alban, comme toutes les TdS interviewées sans exception, estime qu'il faut avant tout rassurer : « il ne faut pas s'inquiéter, c'est un temps où on peut juste faire autre chose, caresser le corps avec ses cheveux, embrasser, mordiller, se contenter d'autres sensations ».

Globalement, les TdS estiment que cette anxiété est liée à une expérience de conflit, un rejet. Pour Alban, « il y a un regard méprisant, venant de la personne convoitée ». Par ce regard « tu leur sembles inaccessible, ça les effraie, et ils vont perdre leurs schémas habituels ». Pour Zeina, il y a eu un conflit conjugal, pour Praline, un avertissement professionnel, pour Camille le rejet par un ami, pour Dorothy et Vanille une anticipation de rejet face à l'anorgasmie qui pointe son nez. Ainsi, toutes nous rappellent que nous sommes des êtres essentiellement sociaux, et proposent la même hypothèse : le rejet, l'exclusion du groupe, serait la source primordiale de toutes nos anxiétés, stress, et tensions et par rebond la cause des dysfonctions sexuelles.

Les TdS estiment endosser un rôle thérapeutique, en ce sens qu'elles doivent rassurer les clients, instaurer un climat de confiance, « apporter le relâchement ». Pour ce faire, toutes accueillent, écoutent. Dorothy par exemple ne nous dit-elle pas qu'il faudrait tout d'abord : « parler une heure, et ensuite essayer de faire l'amour. Il faudrait combiner en fait ! Pour avoir des résultats vraiment satisfaisant ! ». Comme Alban et son shiatsu, les TdS s'activent, souvent par la parole ou le massage, à « défaire les nœuds de la pelote de laine, prendre soin du corps, remettre à plat ce qu'on peut faire avec son corps, redonner des limites et un contour au corps ». Par l'écoute, elles permettent aussi au client de se sentir en confiance, « de se recentrer, de se mettre au centre de la pièce et de voir toutes les ouvertures ».

De la confiance qu'accordent les clients aux TdS Dorothy dit : « quand même, on en entend beaucoup. Ce sont de grandes confidences qui sont faites là. Je ne sais pas, peut-être qu'ils pensent que nous on a de toute façon déjà tout vu, qu'il n'y a rien qui pourrait nous choquer. Alors que face à un médecin, ou un psychothérapeute, peut-être il se sent inférieur. Parce qu'il n'a pas forcément fait des études. Et le médecin lui parle avec des termes qu'il ne comprend pas. Donc il se sent inférieur. Si maintenant il se livre encore, il se sent encore plus petit. Il se sentira très mal à l'aise avec un autre professionnel qu'une travailleuse ou un travailleur du sexe... C'est aussi grâce à ce statut merdique qu'on a : on est un peu hors de la loi, hors de la normalité, hors de la société. Ça se passe un peu dans l'ombre et donc ça va toujours rester là ». Effectivement, la charte France Prostitution, déposée en 2002 par l'association du même nom, ne dit-elle pas dans son article 3 : « Toute personne prostituée se doit d'un devoir de réserve vis-à-vis de ses clients et ne divulguer aucun e information obtenue dans l'exercice de son activité » (Deschamps, 2006). Aussi, l'on comprend que la discrétion des prostituées est de notoriété publique et que les prostituées sont bel et bien perçues comme dépositaires d'un secret professionnel. Chloé l'affirme aussi : « il y a des choses qu'on ne dit qu'à une prostituée ! ».

Inférences étiologiques : les clés de la compréhension de la difficulté sexuelle

Il ressort de ce travail que les TdS se révèlent faire des inférences étiologiques face à chacune des difficultés sexuelles auxquelles leurs clients sont confrontés afin de comprendre et de résoudre les DS. Ces inférences sont diverses et peuvent parfois se combiner.

Les TdS font tout d'abord des inférences étiologiques relationnelles, comme dans le champ de la psychothérapie systémique suite à une écoute bienveillante. Dorothy comme Vanille, Chloé, Camille ou Zeina estiment « qu'il faut parler » avant la passe, que ce soit pour rassurer et accueillir dans un premier temps, ou pour mieux comprendre ce qui préoccupe le client en proie à une difficulté sexuelle. Zeina parle de conflit conjugal provoquant la dysfonction érectile, Yanet et Camille de soucis au travail. Les propos de Dorothy l'illustrent bien: « j'ai quelqu'un qui a un stress au travail et qui se fait humilier par son chef ...ou alors... son fils qui ne finit pas l'école... Je ne sais pas, n'importe quoi ! ». Praline comme Dorothy mettent finalement en lien certaines DS avec des abus dans l'enfance ou en institution. Ainsi Dorothy dit des personnes handicapées: « il y a même parfois des abus, donc ça complique énormément la chose ! ».

Les TdS font aussi des inférences étiologiques fantasmatiques, comme le font la sexoanalyse et la psychoanalyse. Ainsi, pour Vanille, Chloé, Yanet et Camille par exemple, l'éjaculation retardée serait à mettre en lien avec un fantasme inavoué du client ou un rapport sexuel ne correspondant pas, dans le réel, au fantasme orgasmique du client. Il est intéressant de noter que les TdS ont par contre plutôt le réflexe de conceptualiser le fantasme comme une expérience érogène passée qui doit être reproduite, adoptant ainsi une perspective sélectionniste et peu analytique / symbolique. Ainsi, Chloé a relaté l'histoire d' « un client ayant eu sa première érection alors qu'il avait vu une femme faire caca dans la nature ». « Il m'achetait un paquet de lindor... (chocolats ronds, fourrés). Je les mettais où tu sais, et après il les mangeait quand ils ressortaient fondus ». Chloé pense que : « Un jour il est

parvenu à l'érection grâce à cet acte, et en demandant cet acte à une prostituée, ça l'apaise parce qu'il sait qu'il a déjà obtenu un résultat grâce à cette technique ». D'après Chloé donc, il y a une intrication temporelle de deux événements ayant lieu fortuitement au même moment. Une fois cette intrication potentialisée, l'érection sera liée à une situation, c'est-à-dire un ensemble de percepts (couleur, odeur, forme, situation) bien précis. Ces percepts semblent stockés dans une mémoire inconsciente et forment un souvenir que le présent peut et doit convoquer pour susciter l'excitation et l'érection, conformément à la notion de mémoire non-représentationnelle inhérente à la théorie de la sélection de groupes neuronaux d'Edelman et Tononi (2000).

Les TdS font également des inférences corporelles-sensitives, comme dans le champ de la thérapie sexocorporelle et estiment qu'il faut redonner un contour au corps ou encore guider les gestes et le corps du client afin de parfaire ses apprentissages, surtout lors d'un handicap. Pour exemple, Dorothy s'exclame : « c'est beaucoup de travail ! ... Et puis si à cela s'ajoute de refaire toute l'expérience, toute l'éducation sexuelle pour laquelle moi-même j'ai eu 37 ans, alors que lui maintenant il veut faire tout, dans une session ! ». Yanet nous aura aussi ému en nous rappelant qu'elle avait dû, avec certains clients tétanisés, prendre leurs mains et les apposer sur son sein afin qu'ils obtiennent une première expérience tactile. Aussi la tension musculaire, les rythmes des mouvements et de la respiration sont abondamment observés, décrits, utilisés par les TdS dans l'ici et maintenant de la passe. Les TdS s'avèrent connaître les 3 lois du corps de l'approche sexocorporelle, qui promeut une sexualité satisfaisante par un travail sur la détente musculaire – passer de l'hypertension à l'hypotension - , les rythmes et mouvement – passer d'une motricité saccadée à une motricité fluide et souple - , la respiration – passer d'une respiration rapide et superficielle à une respiration lente, profonde, et abdominale. Cependant, elles lient sexualité rapide et tendue à des anxiétés conscientes comme inconscientes. Nous y arriverons bientôt.

Les TdS font également des inférences étiologiques médicales ou physiologiques, rapportant la DS à des abus de substances, l'âge, le diabète, des médicaments, des dysfonctions anatomiques ou encore des opérations chirurgicales comme la résection de la prostate. Il est intéressant d'observer que les TdS ne font pas d'inférences étiologiques endocrinologiques, alors qu'un dysfonctionnement endocrinologique peut être la cause d'une dysfonction érectile, par exemple.

Pourtant, bien qu'elles fassent des inférences étiologiques, les TdS s'avèrent travailler essentiellement dans le présent et dans la relation : elles observent leurs partenaires, s'en imprègnent, les écoutent et font montre d'une grande empathie lorsque le client n'est pas hostile d'emblée.

Empathie et identification : les clés de la résolution de la difficulté sexuelle

Il apparaît tout au long de ces entretiens que les TdS reçoivent la DS avec beaucoup de compassion. Il ressort aussi que toutes s'estiment efficaces lors de la prise en charge de la dysfonction érectile primaire, surtout chez ces clients que les femmes appellent « les grands timides ». Toutes considèrent, qu'avec un accueil chaleureux, simple, fait de télévision ou de massages, mais surtout répété, (plusieurs osent même avancer le chiffre de 5 séances), quelque chose se passe, quelque chose qui, chez ces clients qui ont besoin « de temps et d'attention » comme le dit Chloé, calme l'anxiété et libère, petit à petit, le réflexe érectile. Bien que la plupart ne rapportent pas la même efficacité face à l'éjaculation précoce et qu'aucune ne la lie à l'anxiété, il semble que ce soit bel et bien cette empathie et cette identification à l'autre qui permettent de faire, et de dire, ces choses qui donnent aux clients « l'impression d'avoir duré plus longtemps ». En effet, quasiment toutes semblent considérer l'éjaculation prématurée comme une difficulté subjective : pour elles, ce n'est pas le temps de pénétration qui compte, mais bien l'évaluation subjective du client, qui estimera « être passé à côté du rapport »... ou pas.

Quant à l'absence d'empathie que suscitent les clients souffrant d'éjaculation retardée ou d'anorgasmie, elle se révèle flagrante, parlante en soi, proposant presque d'emblée que ces clients ont un problème de contact avec l'autre, un déficit d'intersubjectivité, une autocentration extrême et une tendance à la revendication, critères observés chez l'enfant anxieux résistant (Pierrehumbert, 2003) ou l'adulte « préoccupé » (Bartholomew, 2001). Cette absence d'empathie, toutefois, ne semble pas forcément empêcher un processus de prise en charge de la difficulté sexuelle. Ce sera toutefois un processus différent, plus cognitif et moins relationnel quant à lui, visant à faire expliciter au client son « point mental mais aussi physique : la procédure, la parole à dire (souvent objectisante et dénigrante), la posture », le déclencheur, le fantasme : il s'agira alors de le mettre en scène dans le cadre de la passe, ce qui permettra à ce client trop mobilisé par la relation d'atteindre le seuil orgasmique. Nous y reviendrons plus tard.

Des profils de client pour prévoir le déroulement de la passe

A la lecture de ce qui précède, le lecteur aura compris que c'est quasiment naturellement que les TdS ont pris l'habitude de « profiler » leurs clients. Comme l'expose clairement Lilian Mathieu (2007), « des typifications préformées, prenant souvent la forme de sédimentations d'expériences antérieures sont mobilisées afin de classer l'individu qui sollicite une passe comme un client "acceptable" ou au contraire comme un client "louche" à rejeter ». Il s'avère donc que cette faculté est mise à profit afin de se protéger mais aussi, et cela Lilian Mathieu ne l'a pas abordé, afin de prédire l'agréabilité de la passe, la capacité du client à procurer en plus de l'argent un plaisir relationnel toujours bienvenu, et sa capacité de dépasser une éventuelle difficulté sexuelle.

Il ressort qu'à chacune des trois difficultés sexuelles précitées, elles associent un certain type de psychomotricité, de rapport aux autres, de personnalité somme toute. En effet chaque entrée en matière sur le trottoir, chaque regard lors de la négociation des prestations et des tarifs, le rapport à l'argent, le ton de la voix du client, le débit de sa parole ou encore l'ampleur et la rythmicité de ses gestes ainsi que les postures qu'il adopte semblent bel et bien, d'après elles, pré-annoncer efficacement un certain type de difficulté sexuelle. Il semblerait que les TdS aient développé cette aptitude face à l'impérieuse nécessité qu'elles ont de savoir refuser les clients dangereux ou encore ceux qui « dureraient vraiment trop longtemps ».

En bref, les TdS se révèlent répondre à chaque type de difficulté sexuelle / profil de clients par un ensemble de pratiques relativement et étonnement homogènes. Et bien qu'elles étayent souvent leur compréhension sur des inférences étiologiques diverses, elles se révèlent plus intéressées par une résolution *hic et nunc* de la difficulté sexuelle, car c'est elle qui permettra de fidéliser le client. C'est ce que nous allons découvrir dans les sous-chapitres qui suivent...

De l'éjaculation précoce et de l'hypersensibilité

Il est intéressant tout d'abord de noter que l'éjaculation précoce, semble être la dysfonction sexuelle pour laquelle les clients consultent le plus les TdS. Praline estimera qu'elle est « fréquente ! », à peu près un tiers des clients présentant un trouble sexuel », Yanet, « la plus courante », Camille, « la majorité des clients, 40 à 50% des clients ayant un problème ! ». Dorothy estime que ces clients pensent qu'« il faut s'entraîner, donc si je m'entraîne plus souvent, ça ira mieux ! ». Les clients éjaculateurs précoces semblent arriver ne révélant rien de leur trouble, en espérant « surmonter leur problème », puis « demandent de l'aide, gênés », le cas échéant. Il est intéressant de remarquer qu'aucune des TdS interviewées n'a dressé de portrait type de l'éjaculateur précoce, alors que cela s'est naturellement imposé pour la dysfonction érectile comme l'éjaculation retardée. Il semblerait donc que, de prime abord, rien ne différencie, que ce soit dans la relation, le regard, la psychomotricité, l'éjaculateur précoce des autres clients. Nombreuses sont celles qui, comme Yanet,

m'ont relaté que « la première fois, tu ne sais pas, tu le sucés et puis d'un coup pah ! », ou bien encore, comme Camille et Alban, tous deux étonnés : « tu lui mets la main sur la cuisse, et il éjacule ! ».

Il est également important de noter que chaque TdS estime qu'elle n'a aucun intérêt à ne pas satisfaire la demande du client éjaculateur précoce : avoir au moins la sensation de « durer plus longtemps ». Toutes, sans exception, espèrent fidéliser cette clientèle fréquente et mettent donc un point d'honneur à la satisfaire.

Yanet a aussi dit qu' « il y a des éjaculateurs précoces qui ne le sont pas comme les autres, même s'ils sont tous les deux précoces tu ne vas pas les traiter de la même façon ! ». Elle semble donc pressentir une hétérogénéité de profils chez les éjaculateurs précoces. Effectivement, M.D. Waldinger (2010) propose de départager l'éjaculation précoce en quatre groupes distincts :

1. L'éjaculation précoce primaire apparaît dès les premiers rapports sexuels, elle est présente à chaque rapport, avec des partenaires différentes, durant toute la vie. 80% des patients ont un IELT (intravaginal ejaculation latency time) compris entre 30 et 60 sec et 20% entre une et deux minutes. L'origine serait neurobiologique ou/et génétique. La prévalence est faible.
2. L'éjaculation précoce secondaire ou acquise apparaît subitement ou progressivement chez un homme qui jusque-là contrôlait bien son éjaculation. Elle est associée à un trouble érectile, à une prostatite, à un problème psychologique ou à un conflit de couple. Elle disparaît lorsque le problème associé est réglé. La prévalence est faible.
3. L'éjaculation précoce naturelle et sporadique, qui apparaît de manière occasionnelle suivant les circonstances. Il ne s'agit que de variations normales du IELT. La prévalence est élevée.
4. La pseudo-éjaculation précoce: l'homme a un IELT normal entre 5 et 25 minutes mais, malgré cela, se croit éjaculateur précoce. La prévalence est élevée.

Dans notre échantillon, les TdS associent tout d'abord l'éjaculation précoce au jeune âge, à la nouveauté d'une situation, à une interaction particulièrement torride : « le regard de l'autre est trop excitant ! » ou encore à une anticipation particulièrement importante, comme dans le cas du client de Yanet « qui est passé 10x » et s'est excité à force de scénarios mentaux et qui une fois confronté à l'objet de son désir, le vit comme un « déclencheur mortel ! ». Praline propose aussi une hypothèse intéressante : le « déclencheur est présent en permanence », une bouche, une chevelure, actif avant même le rapprochement corporel. Les TdS semblent identifier par là-même la catégorie numéro trois de Waldinger et proposent, dans ces cas-là, d'amener à un changement de focus. Pour ce faire, Dorothy par exemple propose de demander au client de lui prodiguer un massage à elle afin qu'il « pense à la femme avant, et pas toujours à son sexe uniquement » et Yanet de le « distraire, de parler d'autre chose, de la météo, de son travail ». Toutes stipulent l'existence d'un déclencheur visuel et préconisent le « retrait du déclencheur » du champs visuel et donc du champ de conscience du client.

Quant à la catégorie numéro quatre de Waldinger, elle est inhérente au couple, à l'insatisfaction d'une partenaire et ne semble pas pouvoir s'exprimer dans la dyade TdS-Client, une TdS étant en général satisfaite qu'un client jouisse, même en deçà des 5 minutes moyennes d'IELT (Waldinger, 2005).

En ce qui concerne la catégorie deux de Waldinger, de manière très intéressante, les conflits de couple, ont souvent été mis en rapport par les TdS avec la dysfonction érectile, et même parfois avec l'éjaculation retardée, mais ils n'ont jamais été mis en rapport avec l'éjaculation précoce ou avec une

inflammation du système urinaire masculin. Il semblerait que les TdS soient promptes à penser que c'est le cadre du TS qui, chez les hommes en général, suscite une excitation extraordinaire.

Reste la catégorie une de Waldinger et les éjaculateurs précoces décrits par les travaux de génétique de Santtila (2010). Et effectivement, les TdS semblent être particulièrement confrontées, comme l'expliquera Yanet, à des clients présentant une « hypersensibilité tactile », comme si elle était intrinsèque, non modulable. Praline relatara aussi que lorsqu'elle les rassure, elle leur dit souvent : « ce sera mieux la prochaine fois ! » et rajoute : « Et ils reviennent, mais ce n'est pas forcément mieux ». Elle expliquera aussi : « je demande si c'est parce qu'il est très excité mais ils répondent que c'est toujours comme ça ». S'allient à cette opinion Dorothy, Chloé ou Camille, qui proposent toutes trois, pragmatiquement et faisant de la physiologie leur alliée, un deuxième rapport rapproché afin de profiter de la période réfractaire. Dorothy estime d'ailleurs que « proposer un deuxième rapport et prendre le temps de rejouer, de reprendre cette énergie qui est encore un peu là, et bien ça peut aller ! Ça peut même durer assez longtemps ! ». Elle considère d'ailleurs cette approche comme « le plus facile, en fait, à faire, et le plus agréable aussi ». Zeina, quant à elle, propose un massage conclusif afin de donner l'impression qu'un contact érotique d'une longueur satisfaisante a eu lieu et relate aussi que ses clients estiment que leur dysfonction est récurrente, « chaque fois comme cela ». Elle est d'ailleurs persuadée que « même si on recommençait, ce serait la même chose ! ». Chloé, quant à elle, estime également qu'il doit être difficile « d'être un homme éjaculateur précoce » (elle essentialise cette condition) vu la pression sociétale, le devoir de performance et propose le cadre du TS comme « une parenthèse enchantée » dans laquelle le client est libre de tout devoir de performance. Le cadre de Chloé, qui propose avant les stimulations génitales un massage détente de 45 minutes semble toutefois propice à la satisfaction des clients qui, *de facto*, repartent avec une sensation de « durée érotique » même si la finition manuelle fut rapide. Alban, estime aussi que l'éjaculation précoce surprend au premier abord et se reproduit : il promeut une « observation tactile » dès la deuxième fois qu'il se trouve avec ce type de clients, ce qui lui permet de jauger, grâce au toucher, l'état d'excitation du client et d'arrêter toute stimulation avant que le seuil orgasmique soit atteint. Face à cette hypersensibilité tactile, les TdS relatent toutes qu'elles jaugent visuellement l'excitation du client et qu'elles parsèment la rencontre de nombreuses pauses permettant de faire redescendre l'excitation. Ainsi, Yanet proposera de « ne plus le toucher », « de ne surtout pas faire de fellation », Praline préconisera de ne « pas faire de pénétration tout de suite », de « se masturber devant eux » afin que l'interaction reste érotique, que le rapport semble long, mais que ces derniers ne reçoivent plus aucune stimulation tactile. Praline concède qu'il s'agit d'une « pratique fréquente avec les éjaculateur précoce dans le milieu ».

Pour finir, Camille estimera qu'il faut « entrer dans une discussion, offrir un verre, ne pas rejeter », quelle que soit la cause de l'éjaculation précoce, nous rappelant par là-même, l'importance que les TdS peuvent accorder à la gêne ressentie par leurs clients éjaculateurs précoces. Ce qui indique toutefois qu'il y a entre les clients éjaculateurs précoces et les TdS relation et empathie.

Aussi, je ne peux que remarquer que les TdS présentent et travaillent essentiellement avec l'éjaculation précoce comme s'il s'agissait d'une donnée physiologique. Ceci pourrait permettre de poser l'hypothèse que les hommes concernés par la catégorie numéro une de Waldinger, bien que rares, ont très souvent recours à des TdS face à l'inéluclabilité de leur trouble, face à la grande gêne qu'il occasionne et face à la difficulté de l'assumer en société et donc d'en parler à un médecin.

De l'éjaculation retardée / anorgasmie et de l'insatisfaction

Trois TdS ont corrélé l'éjaculation retardée ou l'anorgasmie à la consommation « aigue » de deux substances : l'alcool, et la cocaïne. Cela n'allait pas sans faire de parallèles avec des types de personnalité, promptes à consommer ces drogues-là. Chloé n'illustre-t-elle pas avec brio ces

personnages tout-puissants qui « ont fait une soirée et il faut qu'ils en fassent une deuxième ! ». Praline ne nous rappelle-t-elle pas qu'ils « se croient tout permis ! » et Camille n'a-t-elle pas observé que pour ces hommes-là, « je paie donc je suis », « l'argent c'est le pouvoir de pouvoir tout te faire ». Vanille nous dit encore « qu'ils vous font la morale ! ».

Il est intéressant de noter que les clients présentant une éjaculation retardée ont suscité chez les femmes la description d'un même tableau, d'un même type de personnalité. Pour Praline, « dans l'anorgasmie, il n'y a pas de complicité ». Ces clients se sont révélés être peu demandeurs de solutions, d'une écoute, souvent trop absorbés par des pensées, souvent débordés par une forme de « colère », d'« agressivité », souvent préoccupés par un « fantasme », un « objectif inatteignable », en tous les cas toujours « insatisfaits ». Zeina nous relatait par exemple qu'« il y a des clients qui, bien qu'on ait été ensemble et que tout se soit déjà bien passé, en redemandent, veulent rester, recommencer: ils pensent qu'ils ont payé, qu'ils ont pris le temps de gagner cet argent au travail ». Camille nous rappelle aussi que ce client colérique, « quand il va sortir, il va regretter l'argent ». Vanille les repère à un « ton qui déplaît » et considère que ce sont des « clients qui veulent baisser les tarifs ». Chloé encore considère que ce sont des clients qui « ne disent rien, donnent un faux nom, qui viennent qui partent » et qui ont « besoin d'un salon avec 15 jeunes femmes et il choisit ». Ainsi une TdS unique, attentive et patiente, ne semble pas faire l'affaire pour ce client. Trois TdS estiment indépendamment que 4/10 clients présentant une DS sont du type « colérique, insatisfait ».

Chloé fait également remarquer que ces clients-là ont une faible sensibilité au toucher. Alors que Chloé les masse, effleure leur corps de ses seins, de ses fesses, « il n'y a pas d'érection, la respiration est normale, il est à deux doigts de dormir ! » Que se passe-t-il donc, dans l'esprit de ces hommes peu disposés à s'abandonner, toujours prêts à revendiquer plus, voire à rabaisser l'autre ?

Les TdS relèveront tout d'abord de nombreux éléments conscients, que ce type de clients peut relater. Praline et Dorothy auront remarqué qu'ils amènent souvent des préoccupations professionnelles, des conflits au travail, des difficultés sociales ou familiales. Yanet observe aussi que ces hommes ont souvent des « objectifs irréalistes » en matière de sexualité à force d'avoir regardé de la pornographie. Zeina relate aussi que ces clients ont des demandes sans fin, ont le besoin de mettre la faute sur la TdS, de « continuer à avoir un rapport tout en disant : ce n'est pas ma faute ! », et qu'ils estiment souvent que c'est la TdS « qui fait tout faux ! ». Ce sont « des clients qui sont fâchés », « énervés, pour ne pas perdre la face ». Ce sont des clients, qui, parfois, donnent envie d'arrêter la prestation, et de renoncer à son argent. Zeina, comme Praline est claire : « si je sens de l'agressivité, je lui rends son argent, et il s'en va ! ».

Rarement, ces clients semblent pouvoir s'en prendre à eux-mêmes, « taper contre le mur ! », comme ce jeune homme dont nous parlait Vanille : « il se dépréciait, il s'insultait, il était extrêmement tourmenté » ou comme ces hommes qui au final, lorsque Zeina les confrontait à la réalité, acceptaient que si elle avait des clients, ce ne devait pas être sa manière de travailler qui posait problème. Vanille parle d'une « sexualité qui n'est que personnelle et faite de frustrations ».

Pourtant, en amont de la colère, semble régner une peur. La peur d'être insatisfait mais aussi insatisfaisant, incapable de jouir, d'avoir « partout le même problème », par ce que « dès le départ, ce client savait qu'il n'allait rien faire ». La peur du rejet par anticipation semble entraîner la pensée « je devrais jouir », pensée qui elle-même fonde l'insatisfaction de soi, visiblement niée par la colère, le report de faute sur l'autre.

De manière intéressante, Alban remarque chez ces clients une tension, une énergie concentrée dans une partie du corps, un excès de concentration sur une zone du corps. On peut se demander si

Alban n'observe pas dans le corps, l'effet de cette obsession qui mobilise toute l'attention : « je devrais jouir ». Ce client, déjà peu enclin à rentrer en relation, dans sa détresse, quitterait-il totalement la relation pour se concentrer, cognitivement, sur l'une ou l'autre partie de son corps qu'il sait normalement être le siège de son excitation ? Il semble que lorsqu'il entre en relation, une anxiété s'active et l'empêche de s'identifier à ses partenaires sexuels. Praline ne nous avait-elle pas prévenu ? : « si un homme, quand il voit un corps de femme, il ne voit que de la mécanique, que ce corps n'est pas animé par les mêmes sentiments, il n'y a rien qui peut se passer. Tu peux être excité par n'importe quoi si tu fais une projection de toi-même sur l'autre ! ». Et Dorothy ne dit-elle pas : « s'ils viennent, et qu'ils n'ont pas du tout l'intention d'échanger !... Ils sont forcément frustrés si nous, comme objet, nous ne sommes pas exactement comme ils le voudraient, maintenant, pour se défouler ».

Lorsque ce client est « bloqué », Dorothy propose souvent de « changer de position ». Comme si elle réinitialisait le rapport. Pourtant c'est un autre mécanisme qui semble en jeu. D'après elle et d'après bien d'autres, il y a le besoin d'un accessoire, d'une vision, d'une mise en scène. Pour Yanet, ce client est attaché à une situation érogène absente dans la scène qui se joue. Pour Chloé, il s'agit également d'abandonner « le rapport classique » car il y a « ceux qui veulent une petite fessée ou qu'on leur bande les yeux, qu'on les attache, qu'on leur piétine les testicules ». Pour Vanille encore, il y a une incapacité à toucher une femme, à comprendre ce qui est bon pour elle, à créer le lien, qui est compensée par une « créativité sur les fantasmes ». Ainsi toutes me proposent qu'à défaut de pouvoir s'exciter dans la relation, dans le réel et en présence de l'autre, et dans une relation dénuée d'enjeux de pouvoir, ces hommes fantasment « cognitivement ». Et que c'est cette cognition qu'ils tentent de rejouer durant le rapport, malheureusement souvent sans succès. Ainsi ces hommes semblent habités par des fantasmes peu modulables comportant des objets, des scènes, des visions, des points de vue (et donc des positionnements hiérarchiques) bien particuliers et ne semblent pas pouvoir trouver l'excitation dans la relation, dans une fantaisie qui se co-construit, dans le réel corporo-affectif, au fil du rapport. Yanet estime qu'avec ces clients il faut « trouver le fantasme » et Camille qu'il faut « chercher son point mental mais aussi physique, la position, la parole (insultes), les objets » « entrer dans le fantasme » parce que ce sont des « hommes qui ne peuvent jouir qu'en... ». L'un d'entre eux, « branché par les pieds », ne voulait d'ailleurs « pas caresser les seins de Camille car ce serait tromper sa femme ». Ainsi, lorsqu'il touchait les pieds de Camille, il n'était pas en relation et ne trompait pas. Il exécutait, dans un réel désaffecté, un rituel de soumission. Un autre, avec Zeina, annonce d'emblée : « je te lèche les pieds, et puis tu peux pisser sur moi, et on fait des câlins sous la pisse. Si tu ne fais pas ça, j'éjacule pas, je ne jouis pas ». Ainsi, ces cas nous permettraient de postuler que chez ces clients-là, la relation doit être teintée d'enjeux de pouvoir. Et que ces enjeux de domination/soumission sont symbolisés par un objet, une partie du corps, un produit du corps (fèces et urine), une posture, une vision, un point de vue qui créent une perspective orgasmante, mais qui créent aussi l'anorgasmie lorsqu'ils sont absents. Alban, Camille, Yanet, Chloé et Dorothy ne parlent-ils pas tous d'une absence d'un déclencheur visuel pouvant être « une petite culotte », « un boule lindor », un « pénis forcé dans la bouche », « une posture de prostituée : regarde, tu pourrais être à ma place », « voir qu'il éjacule » ? Tous ces « objets » et ces postures n'illustrent-ils pas un rapport de force initialement érotisé, source de plaisir ? L'enfant anxieux résistant (Pierrehumbert, 2003) qui frappe sa maman lorsqu'elle le retrouve aurait-il déjà à un an, trouvé un exutoire à sa détresse : le plaisir découlant du contact corporel permis par l'agression à l'encontre du parent ? Est-ce la détresse de cette enfant, son sentiment de n'avoir que peu de valeur que Praline soigne et excite en disant « ton sperme c'est la 7ème merveille du monde » ! Zeina ne nous a-t-elle pas fait remarqué que l'un de ses clients avait « pris plaisir » à la mordre ? Chloé ne décrit-elle pas ces clients comme des clients qui « veulent convertir une dame qui ne le fait pas ». Peut-être que ce qui est important n'est pas la conversion *per se*, mais l'autorité qu'elle implique, la sensation de valeur propre qu'elle apporte à un profil affectif, l'adulte

« préoccupé » (Bartholomew, 2001), persuadé de l'amabilité des autres mais pas de la sienne. Vanille mettait en effet en lien l'anorgasmie avec un profond sentiment de dépréciation. Dépréciation qui engendre la colère, retournée contre soi-même ou / et contre l'extérieur aussi.

D'ailleurs, de nombreux éléments observables de l'extérieur semblent également caractériser ces clients. Tout d'abord, Dorothy note une fréquente « perte du contact visuel », un stress et une psychomotricité « agitée ». Quatre TdS notent une colère non exprimée ou inconsciente. Camille associera cette colère à un « rejet de la femme », un « esprit de vengeance », Zeina à une « agressivité envers toutes les femmes dans le sexe ». Alban quant à lui, y voit plutôt un rapport à l'autre. Alban n'est effectivement pas une femme et peut donc faire l'économie de genrer cette agressivité. Alban ne nous livre-t-il pas là une autre lecture tout aussi intéressante ? Ce client-là serait-il en défaut relationnel avec le monde ? Serait-il si souvent en proie à des conflits interpersonnels, car il manque d'estime pour lui-même et par rebond d'empathie, de capacité de lien et de capacité à ne pas heurter l'autre ? Serait-il un anxieux qui somme toute, répond à son anxiété par l'attaque comme l'enfant anxieux résistant (Ainsworth, 1978), créant le conflit interpersonnel avec les prostituées comme dans son couple (Clulow, 2001), respectant l'association faite entre violences psychologiques comme physiques et profil d'attachement adulte « préoccupé » par Dutton (1994) ? A sa détresse, il répondrait par l'agression selon des schémas qu'il ne maîtrise pas, qu'il subit. Vanille ne nous avait-elle d'ailleurs pas proposé un modèle alternatif, celui des « schémas mentaux qui bloquent l'affaire ! » ? Ne parlait-elle pas de schémas affectifs qui empêchent le lien, la résonance ?

Afin de venir à bout de ces clients peu disponibles et dont le seuil orgasmique semble élevé, Chloé nous fera sourire en nous rappelant qu'il faut « mettre de la briquette », Praline et Camille nous apprendront que « tout le monde sait qu'il y a des endroits qu'il faut toucher, c'est la prostate ». Dorothy s'étonnera du fait que « caresser autour de l'anus ça marche souvent très bien ». Zeina raconte qu' « avec ceux-là, je mets les gants et je les caresse derrière, et quand ils ouvrent bien et bien voilà, je sais ». Yanet aura remarqué que « bander les yeux » amènera ces clients-là à un orgasme facilité. Pour Dorothy, le bandeau permettrait aussi de « se reconcentrer uniquement sur son corps ». Se pourrait-il que l'éjaculation retardée et l'anorgasmie soient dues à une prééminence des processus cognitifs sur les processus de résonance émotionnelle propres au plaisir sexuel ? Se pourrait-il que d'aucuns jouissent plutôt lorsqu'ils pensent à ce qu'ils font, là où les autres jouissent en arrêtant de penser pour se connecter à la motricité, aux sensations et au corps de l'autre ? Se pourrait-il que la jouissance soit plus accessible aux clients anorgasmiques lorsqu'ils ne sont pas confrontés au monde, et par hypothèse au monde émotionnel de l'autre. Monde qui semble faire diversion au lieu d'être exploité ? En effet, Vanille comme Praline nous apprennent que « ce client veut te donner du plaisir ». Pourtant, il, « ne sait pas toucher une femme, il met sa créativité sur des fantasmes », il y a une « ignorance du corps de la femme, c'est l'acte, le fait de baiser, faire l'amour ça reste un mystère pour eux ». Ces clients paradoxaux, bien qu'ils soient insatisfaits chroniques veulent donc satisfaire la TdS. Praline pose l'hypothèse : « peut-être que ce type de client ne peut pas se laisser aller, qu'il doit satisfaire l'autre, aller jusqu'au bout. Mais paradoxalement l'orgasme, c'est le lâcher prise. Il se peut aussi que ce soit comme avec les femmes battues, un blocage qui vient de très loin dans l'enfance. Ce sont forcément des traumatismes infantiles, je ne vois pas quoi d'autre ! ». Et effectivement, Pierrehumbert (2003) fait un lien entre parentification des enfants et profil d'attachement préoccupé, entre besoin de sécurité du parent et obligation pour l'enfant d'être, contre son gré, la base de sécurité de son parent, niant par là-même ses propres besoins régressifs et le condamnant à l'insatisfaction chronique.

Malgré le peu de compassion que semblent susciter ces clients-là, Alban aura eu envie avec celui qui demandait masochiquement à être violé oralement et frappé, d'interroger ce rapport au monde, ce fantasme : « je ne te connais pas, comment veux-tu que je t'insulte ! ». Et de l' « emmener dans un

autre monde en allant bouffer ». Il l'aura d'ailleurs finalement, après des années de prise en charge « pris dans ses bras ». Vanille quant à elle, avec ce jeune client capable de retourner son agressivité contre lui-même a pu considérer qu'il aurait fallu « parler, montrer qu'on a un intérêt pour lui, sans le sexe » car c'était « quelqu'un qu'il aurait fallu côtoyer, s'intéresser à ce qui se passe pour qu'il évacue certaines choses ». Zeina et Yanet, quant à elle, proposaient aux moins offensifs un massage en guise de pratique pacifiante après l'orage.

Chloé, elle, reste ferme et estime que ces clients « ne bénéficient pas d'une régularité ou d'une mise en confiance ». En effet, pour Chloé, il faut mettre l'éjaculation retardée en relation avec un déficit de contact, une mise à distance. Chloé dit ne pas pouvoir pénétrer le monde de ces clients. Chloé a également soulevé que ce même type de client, dans quelques cas extrême, contient « trop de colère, il y a une boule de feu à l'intérieur de son ventre, il ne peut pas lâcher ». Bien que la rencontre avec les plus violents d'entre eux soit rares, 4 à 5 sur 10 ans, a estimé Chloé, elle considère, ressent même : « Celui-là, il faut qu'il parte ! ». Camille aura également rappelé que sur 60 ans, deux fois elle aura été violée, parce que ces clients-là « te prennent de force ».

Il apparaît en parallèle que les TdS se demandent souvent si les clients ne jouissant pas sont réellement bloqués, ou font exprès. En effet, on réalise, à l'écoute de ces entretiens que ces deux catégories peuvent facilement se confondre. D'un côté, l'on retrouve un homme capable de maîtriser son excitation, et de l'autre côté, l'on retrouve un homme dont la préoccupation, les pensées, la cognition, semblent provoquer un retrait relationnel l'empêchant de jouir. On comprend facilement qu'il est difficile de distinguer ces deux profils. Et l'on comprend aussi que ces clients suscitent l'impatience chez les TdS. Dorothy ne se demande-t-elle pas souvent : « ça vient ou ça vient pas ? » et n'utilise-t-elle pas les films X pour exciter « ceux qui se contrôlent » ?

De la dysfonction érectile et de l'effroi

Avant d'aborder ce à quoi les travailleuses imputent la dysfonction érectile, j'aimerais rappeler une toute petite phrase, de Yanet : « ils ont quand même du désir ! ». En effet, il semblerait que les clients présentant une dysfonction érectile chez les TdS n'ont jamais été vécus, par les TdS, comme des hommes ne présentant pas de désir. Cela semble être dû au cadre professionnel. Pourquoi un homme ne ressentant pas de désir se présenterait-il chez une prostituée ? On comprend donc, que dans le cadre du TS, il est moins dangereux pour l'estime d'un homme qu'un trouble de l'érection s'exprime: l'homme a signifié son désir en payant la prostituée, il a déjà fait acte de virilité en ce sens. C'est lorsque nous aurons parlé de dysfonction érectile avec Dorothy, qu'il est apparu que souvent, les clients présentant une dysfonction érectile primaire, autrement dit les « grands timides », ceux qui n'osent même pas toucher le corps de la femme, qui « restent couchés rigides comme une planche sur le lit », vont se tourner vers les TdS, pensant « qu'elles ont une baguette magique ! ». C'est en discutant avec Zeina, qu'il est également apparu que les clients présentant une dysfonction érectile secondaire, relationnelle, souvent conséquence d'un conflit conjugal, cherchent une solution, un refuge, un rapport consolateur auprès des TdS.

D'après les TdS, il y a parfois, en amont de la dysfonction érectile, des substances : l'alcool chroniquement ingéré, des médicaments, et les chimiothérapies. Il est intéressant de noter qu'aucune n'a associé la dysfonction érectile au tabagisme, pourtant causes majeures de cette dernière. On comprendra plus facilement par contre, qu'elles n'aient pas mentionné spécifiquement quels types de médicaments, ou quel type de thérapie anticancéreuse, comme par exemple les hormonothérapies, bloquant les effets de la testostérone. Les TdS associent également la dysfonction érectile à la chirurgie de la prostate, à la tétraplégie, au handicap, au diabète, à des « problèmes de cœur » et à un âge avancé. On ne peut qu'être étonné, globalement, de leurs

connaissances et des différentes inférences étiologiques médicales qu'elles sont capables de produire. Seules deux TdS n'avaient pas connaissances des liens entre maladie cardio-vasculaire et dysfonction érectile secondaire et /ou s'installant progressivement, avec l'âge.

Pour les TdS, la dysfonction érectile est principalement causée par des difficultés sociales, des conflits, qu'ils soient au travail ou dans la famille, un sentiment de rejet, un « regard qui fait que tu leur sembles inaccessible », une culpabilité, une crainte découlant d'un sentiment d'interdit : au final, toujours une anxiété profonde.

Le client porteur de la dysfonction érectile se caractérise par une forte propension à hésiter : « il t'appelle 3-4 fois et puis il ne vient pas ». Il dira souvent : « Je voudrais mais je ne sais pas ! ». Pour Vanille, ce sont, « ceux qui au départ ne recherchent pas le sexe, mais une relation, une compagnie ». Chez ces clients, les TdS perçoivent une grande sensibilité au regard de l'autre, une mauvaise estime de soi, une tristesse, un moral bas, un client déprimé « qui cherche un peu de joie ». Les TdS corrélaient également la dysfonction érectile à la notion de complexe. Elles estiment que ces hommes ont une mauvaise image de leur corps par rapport aux autres hommes. Praline m'aura rappelé que « tous les hommes sont toujours en train de se comparer » et Dorothy que les handicapés, comme tous les hommes « veulent savoir si leur taille est plutôt moyenne, petite ou plus que moyenne ». Les TdS expliquent également la dysfonction érectile de ces clients par une anticipation négative, une peur de l'incapacité car « ils ont partout le même problème ».

Au final, les TdS, évoquent la dysfonction érectile primaire comme un « problème psy profond » auquel sont associés anxiété et stress, peur des femmes en général, et peur de la mère chez les « grands timides ». Camille par exemple pose l'hypothèse d'une « maman qui empêche le garçon d'inviter une fille à la maison, qui casse la relation avec les autres filles » et qui crée donc un profil anxieux face à l'altérité et l'extérieur de la famille. Ainsi, les TdS mettent la dysfonction érectile en relation avec une manière d'être aux autres et avec soi, avec une envie mais surtout une crainte simultanées de la proximité, avec un profil qui ressemble fort au profil d'attachement infantile anxieux évitant voire anxieux désorganisé de Pierrehumbert (2003) ou encore aux profils d'attachement adulte « abandonnant » (dismissing) ou « apeuré » (fearful) de Batholomew (2001). Les TdS nous proposent un modèle de la dysfonction érectile où l'anxiété règne en maître, comme si elle était suscitée d'emblée par la présence d'une altérité ou une situation, avant même toute forme de cognition et de conscience, et empêchait l'érection *ipso facto*. Face à la dysfonction érectile, les TdS proposent un modèle thérapeutique de la réassurance, une approche centrée sur la personne, comme Rogers (1977), et sur son corps. Dorothy résume magistralement : « C'est difficile, je n'ai jamais vraiment eu un grand timide qui est devenu un courageux. Non échec ! Il peut se lâcher au lit, mais seulement quand il a pu établir une confiance. Donc il faut qu'ils viennent régulièrement. Donc il faut qu'il ait un budget ! Il faut aussi que je sois toujours là ! Il faut plein de choses réunies. Si maintenant il préfère ma collègue qui chaque mois travaille dans un autre canton et il ne peut plus la revoir, il va penser : avec elle ça marchait, ça ne va plus jamais marcher avec quelqu'un d'autre ! C'est très difficile avec les grands timides : parce qu'ils ont vraiment besoin d'être rassurés ».

Praline estime qu'il faut communiquer au client apeuré « qu'il existe, qu'il a parfaitement le droit d'avoir des envies ». Camille propose de donner une permission : « tu peux me peloter ». Dorothy donnera de l'importance à la parole, à l'accueil et propose de « parler pendant 1h et puis ensuite faire l'amour ». Dorothy estimera aussi que souvent, « ils ne savent pas qu'ils peuvent séduire sans plaire physiquement ». Toutes estiment qu'il faut susciter la confiance, « déminer le terrain », « les apprivoiser » jusqu'à ce « qu'il vous donne son prénom ». Dorothy, toujours sur le terrain de la confiance estime qu'il faut être authentique et « dire des choses vraies ». Zeina nous rappelle aussi

que ce client-là « veut souvent rien faire, le but c'est de discuter, rigoler ». Et pourtant un rapport pourra s'ensuivre.

C'est donc bien en deçà de la parole et de la conscience que semble se jouer l'enjeu majeur.

Les uns évoquent le toucher, le shiatsu ou encore le massage comme une pratique qui « permet le relâchement », qui permet de « faire découvrir d'autres parties du corps », de « redonner des limites, un contour au corps », de « défaire le nœud de la pelote de laine ». Les câlins de Zeina qui permettent de « prendre soin » parce qu'il y a « un besoin de tendresse ».

D'autres évoquent le regard comme principe fondateur du lien : « C'est le regard qui va tout faire, vu qu'il n'y a pas de sensations ». Chloé ne nous dira-t-elle pas, au sujet de ce client que « la deuxième fois il vous regarde... » ? Et Dorothy ne nous dit-elle pas la clémence et la bienveillance que l'on peut lire dans ses yeux lorsqu'elle avoue que « pour ces clients on ressent de la compassion » ?

Toutes évoquent l'importance du temps et de la récurrence. Yanet rappelle qu'« il faut une approche lente », qu'« il y a besoin d'un ressemblant de passion ». Chloé nous dit que c'est « comme une relation amoureuse » et qu'il faudra plusieurs séances, « qu'à la 5ème fois on a déjà quelque chose de très classique ». Zeina l'illustre parfaitement lorsqu'elle relate qu' : « il faut les voir plusieurs fois,... ils ont besoin de sentir qu'il se passe quelque chose, une pseudo-relation, dont le téléphone fait partie... Juste pour dire "salut", pas pour prendre rendez-vous... ce client-là, il a besoin de se dire : "c'est mon amie !" Il te téléphone pour te dire : "salut, comment ça va ? Je vais passer te voir bientôt, bisous"...ma théorie, c'est qu'il sait que ça va l'aider ».

Le calme semblera également fondateur d'un nouveau rapport au corps : « il a besoin de calme, de temps et d'une personne attentive » dira Chloé. Pour Alban, ce client devra « se recentrer comme au centre d'une pièce et voir toutes les ouvertures », il devra « trouver des espaces de liberté ». Praline aussi considérera qu'il faut « dédramatiser ». Praline met en jeu les désirs du client, « comme un cirque, un spectacle ». De plus, Praline dédramatise en s'identifiant au client : « je suis toi, je n'arrive pas à bander parce que je suis impressionné » et n'hésite pas à recourir à l'humour : « nous on a des clitoris, ils ne sont pas plus grands ! ». De cette identification semble découler la possibilité de jouer, d'entrer en relation. Praline retourne les situations : « c'est pas toi qui veut, c'est moi », « prend en charge le désir de l'autre » et estime que « chacun se nourrit du désir de l'autre ». Ainsi là où l'altérité dans sa nudité, l'exhibitionnisme de la TdS a pu faire peur, le jeu a rapidement permis l'identification au corps de la prostituée, qui, désormais, habité par les mêmes désirs, ne peut plus être persécutoire et anxiogène.

Ainsi, bien qu'anecdotiquement les TdS proposent d'autres solutions, plus physiques, comme la stimulation de la prostate car « tout le monde sait qu'il y a des endroits qu'il faut toucher pour favoriser l'érection » ou de « caresser autour de l'anus... ça marche souvent très bien », ou encore de trouver le déclencheur, Zeina nous rappellera que de son expérience les films x « ne marchent pas avec ces hommes-là » ! Il semble donc bien que l'enjeu soit essentiellement relationnel. Pour preuve, la générosité de ce type de client, lorsqu'ils repartent satisfaits. D'après plusieurs femmes, « ces clients-là donnent la plupart du temps beaucoup plus que ce que j'ai demandé ».

Deux TdS ont également relevé qu'un autre type d'homme ne parvenait pas à l'érection : le client « qui demande sans préservatif ». Ces clients-là prétextent souvent qu'ils ont envie d'avoir plus de sensations. Pourtant, les TdS remarquent que ces clients-là n'obtiennent pas l'érection, ne serait-ce qu'à la vision du préservatif. Serait-on donc là aussi dans le cas d'une inhibition de l'érection suite à la présence anxiogène d'un déclencheur perçu par des systèmes d'alerte inconscients ?

Toutes ces observations nous ramènent bel et bien au modèle de l'érection comme un réflexe simple, spinal, simplement évoqué par le toucher et rendu possible par un état de détente physiologique. Pourtant un mécanisme anxieux et inconscient semble s'éveiller à la vue, à la perception d'un objet, d'un regard, d'une posture, voire même de la simple proximité physique d'un.e inconnu.e. Et c'est ce mécanisme d'alerte que les TdS semblent combattre par la relation, l'identification, la récurrence, le toucher apaisant, le jeu.

L'identification semble au final, une des clés de voûte de la prise en charge thérapeutique de la dysfonction érectile. Là où Dorothy ressent de la compassion, Alban comme Zeina infèrent un besoin de toucher et de tendresse, Chloé un besoin d'attention, Camille et Praline un besoin de réassurance, Yanet un besoin de passion. Tous ces besoins semblent autant appartenir à chacune de ces personnes qu'aux clients. Pourtant, ils sont justes et opérants. Et s'ils sont opérant c'est bel et bien parce qu'il y a eu identification de part et d'autre et que l'enfant anxieux qui pourrait se cacher dans chacun de ces clients, abandonné, peureux et résigné à vivre seul entrevoit la possibilité d'une intersubjectivité, d'un jeu et de plaisirs enfin partagés.

6. Discussion et limites de ce travail

Ce travail semble établir que les TdS développent des aptitudes particulières propres au TS et qu'elles font de ces aptitudes particulières leur fonds de commerce. La prostitution ne paraît donc pas se résumer à la mise à disposition du corps : elle permet de développer un ensemble d'aptitudes bien particulières, apprises souvent sur le terrain, comme l'observation de la psychomotricité des clients, l'inférence de types relationnels et un accueil spécifique à chaque type relationnel. Il se révèle encore que le TS est un service érotique dont la finalité est la jouissance du client, et par rebond la nécessaire résolution d'une difficulté sexuelle lorsqu'elle se présente. L'hypothèse proposée par Sanders (2006) semble se confirmer.

Il ressort aussi de cette recherche que les TdS interviewées font montre d'une empathie fréquente pour le client en difficulté. Ainsi le travail du sexe, bien loin des lois du marché, semble surtout fonctionner à l'empathie et à la relation qui se noue, lorsque le client le veut bien, voire même devient « un régulier ».

Ce travail montre aussi, étonnement, qu'une petite majorité de clients (6/10) serait encline à la relation, à l'échange tendre de paroles et de caresses : en d'autres termes, plus sexoanalytiques, à une sexualité fusionnelle (Crépault, 1997).

Il semble finalement ressortir de ces entretiens un modèle théorique de type particulier, frotté au concret, qui aura émergé lentement des données, ce qu'Anselm Strauss a appelé une *grounded theory*, une théorie ancrée, venant d'en bas, une théorie fondée sur les faits (Strauss & Corbin, 1994), en l'occurrence une théorie liant structures affectives des clients et les difficultés sexuelles qu'ils pourraient présenter.

Ainsi, les TdS identifient 3 grandes catégories de DS : l'éjaculation précoce, l'éjaculation retardée – anorgasmie et la dysfonction érectile. Deux d'entre-elles furent naturellement associées à une manière particulière d'être en relation, de bouger et de faire l'amour. Ces deux « types de client » ou « manières d'être en relation avec l'autre » ont librement émergé du terrain, alors que le chercheur ne les avait même pas présumées dans son questionnement initial. Elles ressemblent étrangement à deux types d'attachements décrits dans la théorie des attachements (Pierrehumbert,

2003). Vu que l'on a à faire ici à la parole des TdS au sujet des clients, il s'avère nécessaire de vérifier cette hypothèse par un travail de recherche auprès des clients présentant des dysfonctions érectiles ou des éjaculations retardées. L'Adult Attachment Interview (George, 1985 ; Hesse, 2008) pourrait s'y prêter : il permet de récolter, par un questionnaire semi structuré, la narration que fait l'interviewé de son histoire affective et relationnelle et d'en inférer une structure affective. Les résultats de ces questionnaires pourraient être corrélés aux dysfonctions sexuelles présentées par ces clients et confirmeraient ou non cette hypothèse.

Après avoir généralement bien identifié les rôles possibles de l'âge, des maladies cardiovasculaires, des effets secondaires de médicaments et de l'alcool chronique (la sexologie les appellerait des facteurs précipitants ou de maintien), les TdS ont surtout attribué la dysfonction érectile à une grande timidité, un retrait social et une forte anxiété liée à la présence de l'autre (facteur prédisposant), permettant au chercheur de poser l'hypothèse suivante, à vérifier: la dysfonction érectile primaire mais aussi secondaire, lorsqu'elle n'est ni organique, ni liée au vieillissement ou à une quelconque médication, pourrait découler d'une structuration affective anxieuse évitante (dismissing) ou désorganisée (fearful) (Bartholomew, 2001).

Après avoir généralement bien identifié les rôles possibles de la consommation de substances comme la cocaïne, l'alcool, et les possibilités d'éjaculation rétrograde, les TdS ont également attribué l'éjaculation retardée et l'anorgasmie principalement à une anxiété fortement colorée d'hostilité, d'agressivité, de colère. Ceci permet de poser l'hypothèse à confirmer que la structure d'attachement de ces clients correspond à la structure anxieuse résistante (preoccupied) (Bartholomew, 2001) et aboutisse à un lien aux autres essentiellement insécure et conflictuel, s'exprimant dans la sphère intime par une anxiété de performance, une volonté constante d'être à la hauteur, une forte mobilisation des pensées, une concentration sur un objectif, une sexualité antifusionnelle (Crépault, 1997), une augmentation du seuil de l'orgasme, une psychomotricité agitée et « trop » volontaire, et la présence de nombreux fantasme défensifs, c'est-à-dire servant à restaurer l'estime de soi. En effet, Fournier (2010) propose que le fantasme central primaire fonctionne comme un mécanisme de défense : il condense dans une narration, un script, une scène, les anxiétés et les traumatismes (besoins et blessures) pour les transformer en source de plaisir.

Quant à l'éjaculation précoce, toutes les TdS estiment qu'elle est la difficulté sexuelle pour laquelle les clients s'adressent le plus à elles. Il est intéressant de remarquer que cette difficulté n'a pas évoqué de trait de personnalité particulier chez les TdS, si ce n'est une gêne chez le client *a posteriori*. Les TdS ne considèrent l'éjaculation que comme précoce lorsque celle-ci intervient avant la pénétration et systématiquement, quel que soit le/la partenaire, ou qu'elle est vécue subjectivement comme un problème par le client. Ce faisant, les TdS considèrent plutôt l'éjaculation précoce comme une donnée physiologique dont il faut s'accommoder.

Ainsi au travers de ce travail de certificat, on remarque que les TdS ont pris pour habitude de « profiler » leurs clients afin de prévoir à l'avance l'ambiance d'une prestation, la nature des services pour lesquelles elles s'engagent. Toutes lient l'histoire d'un individu à sa psychomotricité, sa couleur relationnelle, sa capacité de co-construire une sexualité relationnelle, fusionnelle ou, au contraire, d'agir une sexualité fortement antifusionnelle, imprégnée d'anxiétés, inspirées de traumatismes et nourrie de fantasmes restaurant une estime blessée. Une sexualité qui somme toute n'est plus un jeu car il y a un enjeu : l'amour propre.

Cet enjeu de la sexualité, ce risque inhérent au rapprochement, les TdS en font la pierre angulaire de la compréhension des difficultés sexuelles. Quel est-il ? Souvent, si ce n'est chaque fois, elles auront invoqué des anxiétés liées à la proximité physique ou à des conflits familiaux ou professionnels, et *in fine* à une peur du rejet.

Et en effet, la désinsertion du groupe d'appartenance est l'anxiété majeure de tous les mammifères sociaux, et encore plus des primates, intrinsèquement cohésifs au vu de la longueur des soins maternels : Harlow (1958) a démontré depuis longtemps déjà qu'il y a, chez les primates, qui ne sont sociaux que parce qu'ils rejouent et recherchent les plaisirs qu'ont apporté la proximité maternelle, une peur viscérale, au sens propre et au sens figuré, d'être rejeté par cette dernière, et plus tard, lorsqu'ils sont adultes, par le groupe d'appartenance. Les primates vivent ensemble, ce sont des êtres de contact : ils craignent le rejet, ressentent le vide créé par l'absence de contact physique et l'absence des bruits maternels, l'absence d'autres voix chez l'humain. Ces voix, Cyrulnik (1998) propose d'ailleurs de les considérer comme des caresses auditives rassurantes pour le nourrisson, bien en amont du sens qu'elles prendront entre 2 et 4 ans, lorsqu'elles seront reliées au contexte devenant alors des paroles, des symboles auditifs, évoquant des souvenirs et donc des potentiels « agirs ». Se pourrait-il donc que pour les humains, la peur du rejet soit la peur la plus opérante, la plus destructrice, quand il s'agit d'excitation et d'orgasme ?

Ainsi une des perspectives qu'ouvre ce travail de diplôme pourrait être la nécessité de se pencher sur la neurobiologie du rejet et sa concomitante neurophysiologie de l'anxiété pour mieux comprendre ce qui opère en amont des dysfonctions sexuelles. Le lecteur intéressé pourra trouver quelques intuitions/hypothèses du chercheur dans l'annexe *Perspectives de recherche*.

Le chercheur aimerait finalement souligner qu'il voit quatre limites à ce travail.

Tout d'abord, l'échantillon ne représente pas l'ensemble des personnes actives dans le travail du sexe en 2014 en Romandie : il est très restreint.

Ensuite, le chercheur s'est sciemment tourné vers des personnes ayant une longue expérience du travail du sexe et une bonne aisance en français, excluant par là même la majorité des TdS, essentiellement allophones.

L'autre limite de ce travail, et non la moindre, est l'implication professionnelle du chercheur dans la promotion de la santé bio-psycho-sociales et la défense des droits des travailleuses et travailleurs du sexe. En effet, bien que le chercheur se soit appliqué à rester le plus impartial possible, il est imprégné par le discours de plaidoyer pour le respect des droits humains des personnes prostituées et n'a pu que constater depuis de nombreuses années l'ampleur du stigma porté par les TdS. C'est toutefois ce même désavantage qui a permis l'accès à ces données, difficilement accessibles à d'autres. Le chercheur espère qu'au final, ce qu'il aura apporté au lecteur compensera ce qui pourrait rester d'un biais professionnel.

La quatrième limite à ce travail est le parcours bio-médical du chercheur, originellement formé en biologie (BSc), génétique humaine (MSc), médecine (BSc), puis en conservation des primates (PGdip). Aussi, bien que le chercheur ait déjà participé comme acteur de terrain à une étude sur le travail du sexe transgenre et ait du lire énormément de littérature issue des champs psychologiques et sociologiques de par son activité professionnelle actuelle, il reste fortement et inéluctablement imprégné par ce qu'il sait au niveau anatomique et physiologique et a souvent eu du mal à s'en départir. Le fallait-il ? N'ayant pas la réponse à cette question, le chercheur prend le risque de proposer une perspective de recherche en annexe, bien que le saut épistémologique soit évidemment trop important. Le lecteur intéressé par ces aspects plus neurophysiologiques y trouvera les quelques intuitions que le chercheur n'aurait jamais eu sans le concours des TdS et leur esprit de synthèse. Je les remercie ici pour la confiance qu'elles m'ont accordée et les moments riches que nous avons partagés.

7. Bibliographie

- AINSWORTH, M.D., BLEHAR, M., WATERS, E., WALL, S. (1978) *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale NJ, Lawrence Erlbaum Associates.
- ASSOCIATION PSYCHIATRIQUE AMÉRICAINE (2003) *DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Texte révisé. Paris, Masson.
- ASSALIAN, P. (1988) *Clomipramine in the treatment of premature ejaculation*. Dans : J. Sex. Res.; 24 : pp. 213-215.
- BARDIN, L. (1977) *L'Analyse de contenu*. Paris, PUF.
- BARTHOLOMEW, K., HENDERSON, A.J.Z., & DUTTON, D.G. (2001) Insecure attachment and abusive intimate relationships. Dans: Clulow, C. (Ed.), *Adult Attachment and Couple Psychotherapy: The 'secure Base' in Practice and Research*. East Sussex, Brunner-Routledge.
- BERGER, P., LUCKMANN, T. (2006) *La Construction sociale de la réalité*. Paris, Armand Colin.
- CHAPOT, F., MEDICO, D., VOLKMAR, E. (2009) *Entre le Marteau et l'enclume... Rapport sur la situation des personnes transgenres actives dans les métiers du sexe à Lausanne*. Edité par la Fondation Agnodice. Repéré à <http://www.agnodice.ch>
- CLULOW, C. (2001) *Adult Attachment and Couple Psychotherapy: The 'secure Base' in Practice and Research*. East Sussex, Brunner-Routledge.
- CORCUFF, P. (2004) *Les nouvelles sociologies*. Paris, Armand Colin.
- CRÉPAULT, C. (1997) *La Sexoanalyse*. Paris, Payot.
- CYRULNIK, B. (1994) *Empreintes animales et empreinte humaine*. Dans : Mignot, J., *Empreintes, sexualité et création. Sexualité humaine*, Paris, L'Harmattan.
- CYRULNIK, B. (1998) *Mémoire de singe et paroles d'homme*. Paris, Hachette Pluriel.
- DESCHAMPS, C. (2006) *Le sexe et l'argent des trottoirs*. Paris, Hachette Littératures.
- DUTTON, D. G., SAUNDERS, K., STARZOMSKI, A. J., BARTHOLOMEW, K. (1994). Intimacy-anger and insecure attachment as precursors of abuse in intimate relationships. Dans : *Journal of Applied Social Psychology*, 24, pp. 1367-1386.
- EDELMAN, G.M., TONONI, G. (2000) *Comment la matière devient conscience*. Paris, Odile Jacob.
- FOURNIER, K. (2010) *L'érotisme comme réponse à la lutte d'Éros et d'Antéros*. Dans : *Revue internationale de sexoanalyse*, no 3.
- GEORGE, C., KAPLAN, N., MAIN, M. (1985) *The Adult Attachment Interview*. Manuscrit non publié. Département de psychologie, Université de Californie à Berkeley.
- HARLOW, H. F., (1958) *The Nature of Love*. University of Wisconsin. Dans: *American Psychologist*, 13, pp. 673-685
- HESSE, E., (2008) *The Adult Attachment Interview: Historical and Current Perspectives*. Dans : *Attachment Theory, Research and Clinical Applications (2nd ed.)*, édité par Cassidy, J., et Shaver, P. R., Guilford Press, NY.
- JULLIEN, F., (1995) *Le Détour et l'Accès*. Paris, Grasset.
- KAUFMANN, J.-C., (2011) *L'entretien compréhensif*. 3ème Edition, Paris, Armand Colin.
- LAUMANN, E.O., GAGNON, J.H., MICHAEL, R.T., MICHAELS, S., (1994) *The Social Organization of Sexuality: Sexual Practices in the United States*. Chicago, University of Chicago Press.
- MASTERS, W.H., JOHNSON, V.E., (1966) *Human Sexual Response*. Toronto; New York, Bantam Books.
- MATHIEU, L., (2007) *La condition prostituée*. coll. « la discorde », Paris, Textuel.
- MEDICO, D., CHAPOT, F., VOLKMAR, E., SANTIAGO-DELEFOSSE M., (2009) *Adapter la prévention IST/VIH-sida dans des contextes de liminarité sociale, éthique et enjeux. Enquête auprès d'un groupe de personnes brésiliennes transgenres TdS en Suisse Romande*. Dans : Chamberland L., Franck B.L., Ristock J. (eds.) *Diversité sexuelle et constructions de genre. Santé et société*, Presses Universitaires du Québec, Québec, pp. 335-358, 11-2009.

- MICHELAT, G., (1975) *Sur l'utilisation de l'entretien non directif en sociologie*. Dans : Revue française de sociologie, XVI-2
- MILLS, W., (1967) *L'imagination sociologique*. Paris, Maspero.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2008), *CIM-10/ICD 10*. Paris, Masson.
- PENEFF, J., (1990) *La Méthode biographique*. Paris, Armand Colin.
- PIERREHUMBERT, B., (2003) *Le premier lien: Théorie de l'attachement*. Paris, Odile Jacob.
- POIRIER, J., CLAPIER-VALLADON, S., RAYBAUT, P., (1983) *Les Récits de vie :théorie et pratique*. Paris, PUF.
- POUDAT, F.-X., JARROUSSE, N., (1992) *Traitement comportemental et cognitif des difficultés sexuelles*. Paris, Masson.
- ROGERS, C., (1942, trad fr. 1977) *La Relation d'aide et la psychothérapie*. Paris, ESF.
- STRAUSS, A., CORBIN, J., (1994) *Grounded Theory Methodology: An Overview*. Dans: Denzin, N., & Lincoln, Y., (Eds.), *The Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- SANDERS, T., (2006) *Female sex workers as health educators with men who buy sex: Utilising narratives of rationalizations*. Dans: *Social Science & Medicine* 62, pp. 2434–2444.
- SANTTILA, P., JERN, P., WESTBERG, L., WALUM, H., PEDERSEN, C.T., ERIKSSON, E., KENNETH SANDNABBA, N., (2010) *Dopamine Transporter Gene (DAT1) Polymorphism is Associated with Premature Ejaculation*. Dans: *The Journal of Sexual Medicine* Volume 7, Issue 4pt1, pp. 1538–1546.
- WALDINGER, M.D., QUINN, P., DILLEEN, M., MUNDAYAT, R., SCHWEITZER, D.H., BOOLELL, M., (2005) *A multinational population survey of intravaginal ejaculation latency time*. Dans: *The Journal of Sexual Medicine*. Juillet ; 2(4), pp. 492-497.
- WALDINGER, MD., (2007) *Premature ejaculation: State of the art*. Dans: *The Urologic Clinics of North America*: 34, pp. 591-599.

8. Annexes

Annexe 1 : Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Représentations⁷ et pratiques des travailleuses du sexe autour des difficultés sexuelles chez le client lors de rapports tarifés : étude exploratoire.

Un grand merci d'avoir accepté de participer à cette recherche.

Notre objectif est de comprendre les représentations que les travailleuses et les travailleurs du sexe ont des difficultés sexuelles de leurs clients et de leur permettre, par le récit, d'élaborer et de formaliser leur pratique professionnelle autour des difficultés sexuelles.

Une entrevue d'environ une heure trente sera réalisée avec vous. Elle sera enregistrée audio puis retranscrite pour être analysée.

Cette recherche est menée par Fabian Chapot, dans le cadre d'un Certificat en Sexologie Clinique à l'Université de Genève. L'analyse des entretiens et la rédaction du travail de mémoire sera dirigée par la Dre. Denise Medico.

Il est important de souligner que vous avez toute liberté de participer ou de ne pas participer à la recherche.

Voici les points essentiels que vous devez connaître

1. La recherche se fait sous la forme d'une entrevue enregistrée audio. L'entrevue dure environ 1 h 30.
2. Il est entendu que vous pouvez vous retirer de cette recherche en tout temps sans avoir à fournir de raison ni à en subir des conséquences.
3. Votre participation à un suivi psychosocial dans le cadre d'Aspasie ou de Boulevards à une autre institution n'a pas de lien avec votre participation à la recherche. Aucune information sur vous, les personnes que vous pourrez citer ou ce que vous direz pendant les entrevues ne sera échangée entre le chercheur et d'autres personnes.
4. Il tient à cœur au chercheur de faire en sorte que cette expérience et cet entretien apportent également quelque chose aux personnes interviewées : n'hésitez donc pas à poser des questions et solliciter le chercheur.
5. L'anonymat et la confidentialité des renseignements fournis (ainsi que les noms des personnes et des lieux que vous pourrez mentionner ou citer) seront préservés par les mesures suivantes:
 - Votre nom n'apparaîtra pas sur les enregistrements, ni sur les retranscriptions écrites de l'entrevue. Un code sera utilisé à la place.
 - Le présent formulaire sera conservé à part des enregistrements pour qu'on ne puisse pas y associer votre nom.
 - Tout le matériel sera conservé sous clé et seul le chercheur y aura accès.
 - Le chercheur s'engage au respect de la confidentialité de ce qu'il a vu ou entendu.
 - Les différents rapports (mémoires, articles et communications scientifiques) ne permettront pas de vous identifier.

⁷ Le terme fut choisi avant que le chercheur décide, après la lecture de Edelman et Tononi (2000) de renoncer à ce terme dans sa rédaction

Je soussigné(e) atteste avoir lu et compris le texte d'information expliquant les objectifs de cette recherche ainsi que la manière dont les données seront recueillies et traitées. J'ai pu poser des questions complémentaires si j'en avais et obtenu des réponses.

J'accepte de participer à cette étude qui porte sur «.....» J'ai la liberté de refuser de répondre à certaines questions. Je reste également libre de renoncer à y participer à tout moment si je le désire.

Je note que cette étude est absolument anonyme et confidentielle, qu'aucune autre personne que celle posant les questions ne connaîtra la provenance des réponses. Cette personne est soumise au secret professionnel le plus strict.

Pour toutes questions, M. Chapot se tient à ma disposition par téléphone 022 732 68 28 ou par mail fabian@aspasie.ch

Signature :

Lieu et date :

**Signature
du chercheur :**,

qui s'engage à respecter l'anonymat, la confidentialité et le droit des participants à se retirer de la recherche.

Annexe 2 : Perspectives de recherche

Bien qu'il soit conscient du saut épistémologique trop important entre ce qui émerge de ce travail de recherche - qui consulte les TdS et analyse leur récits subjectifs - et les hypothèses de travail que va présenter ci-après le chercheur – elles concernent les clients eux-mêmes - le chercheur expose ci-dessous, à un éventuel lectorat médical intéressé, quelques intuitions / hypothèses qu'il considère comme prometteuses.

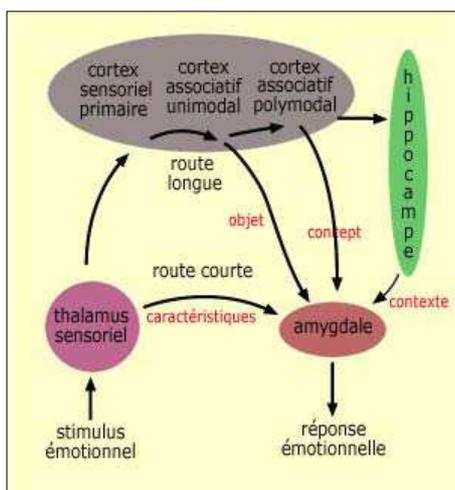
Edelman et Tononi (2000), proposent une théorie phénoménologiste et sélectionniste de la conscience : la théorie de la sélection des groupes neuronaux (TSGN). Ainsi l'appareil thalamo-cortical s'active en tout temps d'éveil en fonction des informations afférentes (auditives, visuelles, tactiles, posturales, etc...). Chaque groupe de neurone activé entre en résonance : les connections entre les différentes sensations sont sélectionnées dessinant ainsi des paysages intrapsychiques refétant les situations extérieures : l'extérieur est entré à l'intérieur, se dessinant sur l'appareil thalamo-cortical, prêt à interagir avec les structures sous-thalamiques, responsables de l'homéostasie physiologique et siège de la motricité reptilienne, des réflexes physiologiques d'excitation, de peur, de fuite ou d'attaque. Ces situations ou paysage intrapsychiques seront intégrés et mémorisés si cela est émotionnellement pertinent : soit elles auront annoncé un déplaisir, une douleur et seront valencées négativement, soit elles auront permis un acte psychomoteur ayant mené au plaisir, c'est-à-dire l'activation des systèmes de récompense et seront valencées positivement (Cyrulnik, 1994). Elles deviennent alors des souvenirs connectés à toutes les actions possibles dans cette même situation. Aussi la conscience ne devient qu'une affaire de réentrée, une situation réelle évoquant *de facto* un souvenir « matchant le plus possible », quitte à le modifier si les sensations, les expériences, les actions et leurs conséquences venaient à changer. La conscience serai donc un « souvenir au présent » (Edelman & Tononi, 2000), perpétuellement retravaillé en fonction d'afférences nouvelles. Les situations dans lesquelles est plongé un organisme évoqueraient donc d'anciens souvenirs, eux-mêmes connectés à des états physiologiques dictés pas les structures sous-thalamiques. Ainsi, une situation ne pourra donc être reconvoquée sans que ne soit reconvoqués les états physiologiques de la situation originelle. Ainsi, un fétiche ou une partie du corps associée à l'excitation dans le passé reconvoquera l'excitation, un stimulus associé dans le passé à une crainte massive, une réaction de peur.

D'après les TdS il semblerait que l'on ne sache pas pourquoi l'on est excité ou pourquoi l'on a peur dans telle ou telle situation. Peut-être est parce ce que ces émotions (peur ou excitation) ont été évoquées et ont été connectées par résonance, conformément à la TSGN, à des situations sans le concours de la conscience, à des âges ou cette dernière n'était pas encore d'actualité.

En ce qui concerne la dysfonction érectile, **nombreuses sont les TdS ayant relaté que leur client ne « savait pas pourquoi »** il était en proie à une dysfonction érectile. Comme si de fait, massivement et rapidement, une réponse anxieuse était lancée et confrontait le client à sa dysfonction. Et de fait, la perception du milieu et des objets qui le composent n'est pas forcément connectée à la conscience. Les voies de la peur ont, au niveau phylogénétique, préexisté à la conscience et ces voies sont opérantes chez le nourrisson déjà (Cyrulnik, 1994). Ainsi, quand le monde perçu par l'animal se catégorise en objets familiers et en objets étrangers, l'angoisse apparaît, ce qui crée un code comportemental d'attraction, d'attaque ou de fuite, d'apprentissage ultérieurs ou de paniques. Il y a donc bel et bien empreinte, apprentissage perceptuel du monde, un façonnement synaptique de notre appareil à donner forme au monde perçu comme un ensemble d'objets dont il faut s'approcher ou s'éloigner. Cependant, chez les mammifères sociaux et d'autant plus chez les primates, il n'y a plus de période critique, et c'est la lenteur du développement du système nerveux, sa néoténie, et la réactualisation quotidienne dans le socius qui justifie cette

correction (Cyrulnik, 1994) : l'humain pourrait donc apprendre et désapprendre l'attraction ou la peur à tout âge, si toutefois il se confronte à de nouvelles situations et réapprend le monde.

Ainsi le schéma ci-après du projet Brain de l'Université de McGill⁸ nous apprend qu'une voie de la peur, directe et inconsciente, cortico-limbo-thalamo-amygdalienne, identifie les objets associés à une détresse passée de par leurs caractéristiques et en informent **directement l'amygdale**, centre provoquant l'émotion peur, **par la route courte**, inhibant le système nerveux parasympathique et activant le système nerveux sympathique.



Pour info :

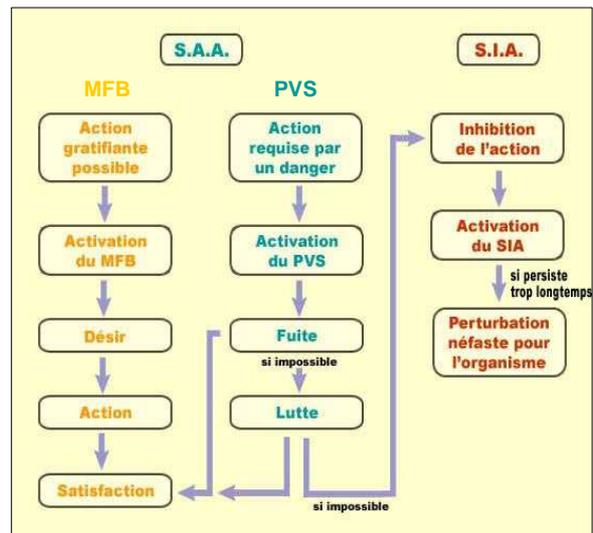
-le système nerveux sympathique entre en action pour préparer l'organisme à l'activité physique ou mentale. Lorsque l'organisme fait face à un facteur de stress important, c'est le système nerveux sympathique qui orchestre la réaction de lutte ou de fuite. Il dilate les bronches et les pupilles, accélère le rythme cardiaque et la respiration, lance la glycolyse hépatique, favorise la transpiration et augmente la pression sanguine artérielle. Il réduit l'activité digestive. Deux neurotransmetteurs sont principalement associés à ce système : l'adrénaline et la noradrénaline.

-l'activation du système nerveux parasympathique provoque quant à lui un ralentissement général des fonctions de l'organisme afin de conserver l'énergie. Tout ce qui était dilaté, accéléré, ou activé par le système nerveux sympathique est contracté, décéléré, ou diminué par le système nerveux parasympathique. Seules les fonctions digestives et l'appétit sexuel sont activés par le système nerveux parasympathique. Un neurotransmetteur est principalement associé à ce système : l'acétylcholine.

Il existerait deux voies majeures inconscientes dans le cerveau qui concourent à l'activation des comportements : le circuit de la récompense, qui fait partie de ce que l'on nomme en anglais le « medial forebrain bundle » (MFB) et le circuit de la punition ou « periventricular system (PVS) ». Le MFB, par le cycle « désir – action de rapprochement – satisfaction », et le PVS, par la réponse de fuite ou de lutte réussie, amènent tous les deux l'organisme à préserver son homéostasie par l'action et forment ce que l'on appelle le système activateur de l'action (SAA).

À ce SAA s'oppose un système inhibiteur de l'action (SIA). Son activation en condition naturelle survient devant le constat de l'inefficacité d'une action. La fuite ou la lutte apparaissent impossibles, la soumission et l'acceptation du *statu quo* demeure alors bien souvent la dernière alternative pour assurer sa survie. Le SIA est le fruit d'une évolution où il a été utile en fonctionnant sporadiquement, empêchant temporairement toute action inutile qui ne pourrait qu'empirer la situation. Pensons par exemple au petit mammifère qui se retrouve en plein milieu d'un champ et aperçoit un rapace au-dessus de lui; la meilleure chose à faire est encore de ne pas bouger et d'espérer passer ainsi inaperçu. Or dans nos sociétés basées sur la compétitivité mais aussi chez les personnes chroniquement exposées à un stress durant leur enfance, nombreuses sont les personnes qui activent de façon chronique ce circuit pour éviter des représailles, réelles ou imaginaires. L'inhibition de l'action n'est plus alors qu'une simple parenthèse adaptative entre des actions d'approche ou de retrait, mais une véritable source d'angoisse. C'est ce mal-être qui va peu à peu miner la santé de l'individu.

⁸ http://thebrain.mcgill.ca/flash/a/a_04/a_04_cr/a_04_cr_peu/a_04_cr_peu.html



Ainsi, le chercheur, fait l'hypothèse, à la lumière du « profiling » proposé par les TdS, du modèle suivant :

1. Le rapprochement corporel ne susciterait pas d'anxiété chez les personnes présentant un attachement sécure (bonne estime de soi en tant qu'objet de soins et bonne estime de l'autre en tant que pourvoyeur de soins : Bartholomew, 2001), le corps de la figure d'attachement s'étant toujours présenté comme un lieu d'accueil, de réassurance (Harlow, 1958). Dans ce cas, seule l'activation du MFB et du système nerveux parasympathiques participeraient à la physiologie provoquée par le rapprochement physique et/ou sexuel. Ce dernier pourrait alors se faire sans anxiété, sans stress, avec une pleine réceptivité relationnelle, une empathie/identification améliorée, des mouvements lents et involontaires, une pleine conscience du corps, une faible cognition et un seuil orgasmique relativement bas (axe orange sur le schéma ci-dessus), phénomènes tous décrits par les TdS chez les clients qu'elles considéraient comme exempts de difficulté sexuelle.
2. Chez les personnes présentant un attachement anxieux résistant (mauvaise estime de soi mais fort sentiment de la valeur de l'autre), les besoins de contact, de réassurance - en d'autres termes les besoins d'attachement - n'ont jamais été entièrement comblés par une figure d'attachement surtout demanderesse de soutien, parentifiante (Bartholomew, 2001), n'apportant le réconfort que sous condition ou lorsqu'elle-même en a besoin, provoquant l'ire de l'enfant qui ne reçoit pas ce dont il a besoin au moment ou il en a besoin. Un sentiment de frustration et d'insatisfaction profonde pourraient en résulter, accompagnés d'une anxiété latente et de réflexes agressifs de préhension/revendication dus à l'activation du PVS afin d'obtenir le rapprochement tant convoité surtout lorsque l'insistance, l'exagération psychomotrice, voir la violence se sont révélés permettre le rapprochement en situation de détresse. Ainsi, le chercheur propose qu'un personne de structure anxieuse résistante initiant un rapport sexuel avec un partenaire ne pourrait entrer en relation physique qu'en enclenchant les mécanismes d'attaque du PVS : au niveau neurophysiologique, ces personnes ambivalente quant à la proximité d'autrui auraient appris d'emblée le rapport des corps et donc la sexualité sur un mode d'affrontement (cf. schéma : Lutte). Le chercheur propose ainsi que tous les phénomènes qu'observent les TdS s'ensuivraient : stress, déconnexion visuelle, cognition augmentée, focus sur l'action volontaire, élaboration de stratégies, faible réceptivité relationnelle, empathie amoindrie, incapacité d'identification, mouvement rapides et seuil orgasmique nettement relevé. Ainsi, pour ces personnes, la sexualité serait un rapport de force dans un setting dominant-dominé, d'où la fonction

intrinsèquement hiérarchisante de l'objet fétiche ou paraphile, proposée également par plusieurs TdS dans ce travail de diplôme. L'objet paraphile ou le setting fétichique ne serviraient qu'à réévoquer une scène originelle vécue sur le mode de l'affrontement, fortement érotisée. Au final, ces personnes auraient d'emblée appris la sexualité dans un état physiologique différent des personnes sécures car elles furent anxieuses lors d'un rapprochement. Elles s'accommoderaient de cette physiologie de la vigilance et de l'attaque en développant des sexualités particulièrement toniques, peu intersubjectives, teintées d'emprise, que les TdS ont a posteriori codifiées comme hostiles, confirmant l'association fait par Dutton (1994) entre « intimité colérique », profil anxieux résistant et violences conjugales. Les personnes anxieuses résistantes paieraient cependant un lourd tribut : l'orgasme, par un effet de seuil augmenté par l'activation du PVS, devient l'orgasme de Desjardins⁹, une jouissance accompagné d'une forte détente musculaire après un rapport très tonique. Ce dernier s'avère plus long à obtenir, voire parfois, hors d'atteinte, fondant l'anorgasmie.

3. Le chercheur propose finalement que, chez les personnes présentant un attachement anxieux évitant ou désorganisé, l'anxiété franche suscitée par une figure d'attachement peu empathique ou même menaçante, se rejoue lors du rapprochement sexuel, suscitant l'effroi, c'est-à-dire l'activation du SIA. Le chercheur propose que l'une des composante inhibitrice du SIA impose une inhibition complète du réflexe excitatoire / érectile, en même tant qu'elle fige la motricité, la pensée et la volonté, comme chez ces hommes « grands timides » ou ces hommes tétanisés, si bien décrits par les TdS, fondant ainsi la dysfonction érectile primaire, belle métaphore du dilemme auquel sont confrontés ces hommes-là : ils ont une peur bleue de la confrontation à l'altérité, pouvant se révéler au mieux rejetante et renforçant par là même un sentiment profond de non-désirabilité (profil anxieux évitant), et au pire, menaçante, fondant un sentiment d'angoisse profonde et réflexe découlant de l'activation réflexe du SIA (profil anxieux désorganisé).

Les données recueillies dans ces interviews ainsi que les fréquents « il/je ne sait/s pas pourquoi ! » face à la difficulté sexuelle permettraient donc de poser l'hypothèse que les types d'attachements et les réflexes moteurs caractéristiques qui les accompagnent (attachement sécure et rapprochement des corps doux et naturel des corps / attachement anxieux résistant et rapprochement par l'attaque-rejet / attachement anxieux évitant ou désorganisé et évitement du rapprochement des corps) sont essentiellement inconscients. Les zones responsables de cette motricité automatique, inconsciente mais fortement impactée par les anxiétés et les émotions pourraient bien être les ganglions de la base¹⁰, zone se trouvant au croisement de tous les informations afférentes qu'elles soient visuelles, auditives, limbiques, posturales ou homéostatiques et de toutes les commandes efférentes sympathiques comme parasympathiques.

Il en découlerait finalement que la prise en charge « sensorielle et corporée par des TdS » des troubles sexuels puisse se révéler tout particulièrement indiquée avec les clients présentant un attachement anxieux évitant ou désorganisé, voire même plus efficientes qu'un travail uniquement « analytique » et uniquement discursif. En effet, cette prise en charge in vivo permettrait de reconvoquer des scènes originellement anxiogènes et les motricités connexes, d'apporter de nouvelles afférences sensorielles, de déprogrammer les réponses anxieuses automatique face à la proximité physique, comme le fait la thérapie cognitivo-comportementale pour les phobies par désensibilisation en imagination, désensibilisation in vivo, exposition et contre conditionnement (Poudat & Jarrousse, 1992).

⁹ <http://www.astpc.ch/definition1/sexoth-rapie-et-psycomotricit-un-cas-de-dysfonction-rectile-primaire.pdf>

¹⁰ http://lecerveau.mcgill.ca/flash/i/i_06/i_06_cr/i_06_cr_mou/i_06_cr_mou.html