

Perception socio-culturelle de la dysfonction érectile chez les dockers du Port autonome de Cotonou

Yarou Guera Chabi Yoro

Docteur en Sociologie-Anthropologie, Maitre-Assistant (CAMES),
Enseignant-Chercheur, FASHS/DS-A/UAC, Bénin

Thierry Laurent Mètègnon Dannon

Doctorant en Sociologie-Anthropologie, LASADD, UAC, Bénin

Charles Lambert Babadjide

Professeur Titulaire (CAMES),
Enseignant-Chercheur, FASHS/DS-A/UAC, Bénin

[Doi:10.19044/esj.2026.v22n11p102](https://doi.org/10.19044/esj.2026.v22n11p102)

Submitted: 07 December 2025

Accepted: 27 January 2026

Published: 30 April 2026

Copyright 2026 Author(s)

Under Creative Commons CC-BY 4.0

OPEN ACCESS

Cite As:

Guera Chabi Yoro, Y., Dannon, T.L.M., & Babadjide, C.L. (2026). *Perception socio-culturelle de la dysfonction érectile chez les dockers du Port autonome de Cotonou*. European Scientific Journal, ESJ, 22 (11), 102. <https://doi.org/10.19044/esj.2026.v22n11p102>

Résumé

La dysfonction érectile, au-delà de sa dimension médicale, constitue un enjeu social et identitaire majeur dans les contextes où la virilité masculine fait l'objet de constructions sociales spécifiques. Au Port Autonome de Cotonou, une croyance populaire établit un lien causal entre l'intensité du travail physique portuaire et la survenue de troubles érectiles. Cette recherche analyse comment cette croyance est socialement construite et mobilisée par les dockers et leurs partenaires, et examine ses implications sur les identités masculines et les stratégies de recours thérapeutique. La méthodologie adoptée repose sur une approche socio-anthropologique qualitative combinant observation ethnographique et entretiens individuels approfondis réalisés auprès de dockers portuaires, de leurs épouses et de thérapeutes, sélectionnés selon un échantillonnage raisonné. L'analyse mobilise le cadre théorique des représentations sociales et du constructivisme social. Les résultats révèlent que la croyance s'articule autour d'une théorie implicite de l'économie énergétique corporelle largement partagée, plaçant les dockers dans une position identitaire paradoxale entre idéal de masculinité virile et vulnérabilité sexuelle présumée. L'attribution des troubles érectiles à l'épuisement

professionnel oriente massivement les recours vers des solutions visant à restaurer l'énergie vitale plutôt que vers des traitements biomédicaux, constituant un obstacle au recours aux soins formels. Les dockers développent diverses stratégies préventives incluant la régulation de l'effort au travail, les routines de récupération physique et les négociations conjugales autour de la sexualité.

Mots clés : Dysfonction érectile, travail physique, masculinité, représentations sociales, Cotonou

Socio-Cultural Perceptions of Erectile Dysfunction Among Dockworkers at the Autonomous Port of Cotonou

Yarou Guera Chabi Yoro

Docteur en Sociologie-Anthropologie, Maitre-Assistant (CAMES),
Enseignant-Chercheur, FASHS/DS-A/UAC, Bénin

Thierry Laurent Mètègnon Dannon

Doctorant en Sociologie-Anthropologie, LASADD, UAC, Bénin

Charles Lambert Babadjide

Professeur Titulaire (CAMES),
Enseignant-Chercheur, FASHS/DS-A/UAC, Bénin

Abstract

Erectile dysfunction, beyond its medical dimension, constitutes a major social and identity issue in contexts where male virility is subject to specific social constructions. At the Autonomous Port of Cotonou, a popular belief establishes a causal link between the intensity of physical port work and the occurrence of erectile disorders. This research analyzes how this belief is socially constructed and mobilized by workers and their partners, and examines its implications for male identities and therapeutic help-seeking strategies. The methodology adopted is based on a qualitative socio-anthropological approach combining ethnographic observation and in-depth individual interviews conducted with port workers, their spouses, and therapists, selected through purposive sampling. The analysis mobilizes the theoretical framework of social representations and social constructivism. The results reveal that the belief is articulated around an implicit theory of bodily energy economy that is widely shared, placing workers in a paradoxical identity position between an ideal of virile masculinity and presumed sexual vulnerability. The attribution of erectile disorders to professional exhaustion massively directs recourse toward solutions aimed at restoring vital energy rather than toward biomedical treatments, constituting an obstacle to formal

healthcare seeking. Workers develop various preventive strategies including regulation of work effort, physical recovery routines, and marital negotiations around sexuality.

Keywords: Erectile dysfunction, physical work, masculinity, social representations, Cotonou

Introduction

La dysfonction érectile, définie comme l'incapacité persistante ou récurrente à obtenir et/ou maintenir une érection suffisante pour permettre une activité sexuelle satisfaisante pendant au moins 3 mois, constitue un problème de santé masculine dont la prévalence mondiale varie entre 3 % et 76,5 % selon les populations et les critères diagnostiques utilisés (D. Hatzimouratidis *et al.*, 2010 ; EMC Urologie, 2024). En Afrique subsaharienne, et particulièrement au Bénin, la performance sexuelle masculine participe d'un système de reconnaissance sociale où s'évaluent la respectabilité, le statut et la légitimité d'un homme au sein de sa communauté (J.M. Abega, 2007). Le Port Autonome de Cotonou constitue un espace socio-professionnel singulier où convergent des dockers soumis à des conditions physiquement exigeantes. Ce milieu professionnel se caractérise par une valorisation explicite de la puissance corporelle, où la force physique constitue à la fois un capital professionnel indispensable et un marqueur de masculinité largement reconnu (M. Anagonou *et al.*, 2018).

Paradoxalement, une croyance populaire circule selon laquelle les dockers portuaires souffrent davantage de dysfonction érectile. Cette représentation sociale établit un lien causal entre l'intensité de l'effort physique professionnel et la défaillance érectile, suggérant qu'une dépense excessive d'énergie corporelle dans le travail aboutit à un épuisement des capacités sexuelles. Cette logique s'inscrit dans un système de représentation du corps masculin où les ressources énergétiques sont limitées et où existe une concurrence entre performance professionnelle et puissance sexuelle. Dans de nombreuses sociétés africaines, le corps est conçu comme un système énergétique en interaction constante avec son environnement social, où la préservation de certaines capacités nécessite la restriction d'autres activités (T. Wendland, 2010). Cette perception place les dockers portuaires dans une position paradoxale : ils incarnent simultanément un idéal de masculinité par leur force physique professionnelle, tout en étant stigmatisés par la suspicion d'une défaillance sexuelle associée à leur métier. Les implications sur leurs trajectoires de santé méritent attention : si la dysfonction érectile est perçue comme une conséquence inévitable du travail physique intense, cette normalisation constitue un obstacle au recours aux soins et oriente les

stratégies thérapeutiques vers des solutions visant à restaurer l'énergie vitale plutôt que des traitements spécifiques (D. Fassin, 1992).

Trois constats motivent cette recherche. Premièrement, une croyance largement répandue dans la population béninoise établit un lien causal direct entre travail physiquement exigeant et dysfonction érectile, en créant une suspicion généralisée pesant sur la santé sexuelle des dockers et manutentionnaires. Deuxièmement, cette perception place les dockers dans une position paradoxale où ils incarnent un idéal de masculinité virile tout en portant une vulnérabilité masculine présumée. Troisièmement, l'attribution des troubles érectiles à l'épuisement professionnel normalise ces difficultés comme conséquence inévitable du métier, constituant un frein au recours thérapeutique. Face à ces constats, cette recherche pose la question suivante : comment les dockers du Port Autonome de Cotonou et leurs partenaires construisent-ils et gèrent-ils socialement la croyance établissant un lien entre l'intensité du travail physique portuaire et la dysfonction érectile, et quelles sont les implications de cette représentation sociale sur leurs identités masculines, leurs trajectoires conjugales et leurs stratégies de recours thérapeutique ?

Méthodologie

Cette recherche s'inscrit dans une perspective socio-anthropologique compréhensive qui privilégie l'accès aux significations que les acteurs sociaux attribuent à leurs expériences, à leurs pratiques et aux phénomènes de santé qui les concernent (M. Weber, 1922). L'approche qualitative retenue permet de saisir la complexité des représentations sociales de la dysfonction érectile dans le milieu portuaire, en accordant une attention particulière aux systèmes de sens, aux logiques d'action et aux stratégies identitaires développées par les dockers et leurs partenaires. Le positionnement épistémologique adopté relève du constructivisme social, postulant que les réalités sociales, y compris les représentations de la santé sexuelle masculine, sont produites par les interactions sociales et les processus de signification collectifs (P. Berger et T. Luckmann, 1966). L'objectif n'est donc pas d'évaluer la validité biomédicale de cette croyance, mais de comprendre comment elle est socialement construite, transmise, négociée et mobilisée par les acteurs dans leurs interactions quotidiennes.

Le Port Autonome de Cotonou constitue le terrain principal de cette recherche. Ce choix se justifie par plusieurs considérations. Le port représente un espace professionnel où la force physique occupe une place centrale dans l'organisation du travail, rendant particulièrement saillante la question des relations entre dépense énergétique professionnelle et capacités corporelles dans d'autres sphères d'activité. Le port constitue également un milieu social relativement délimité, avec des formes de sociabilité spécifiques facilitant

l'observation des processus de circulation des représentations collectives. La diversité des catégories socio-professionnelles présentes (ouvriers, techniciens, cadres administratifs) permet d'analyser les variations des perceptions selon les positions sociales et l'intensité réelle du travail physique effectué. Le terrain de recherche s'étend également aux espaces domestiques, aux lieux de consultation médicale et paramédicale, et aux marchés où s'achètent les produits thérapeutiques traditionnels ou informels.

La population d'étude comprend plusieurs catégories d'acteurs sociaux. Les dockers portuaires masculins constituent la catégorie centrale de participants, avec une attention particulière portée à la diversité des positions socio-professionnelles, des tranches d'âge, des situations matrimoniales et des anciennetés dans le métier. Les épouses et partenaires féminines constituent une deuxième catégorie de participants, leur point de vue étant indispensable pour comprendre les dimensions conjugales et familiales de la problématique. Une troisième catégorie comprend des thérapeutes divers (médecins, infirmiers, tradipraticiens, marabouts) consultés par les dockers portuaires pour des problèmes de santé sexuelle. Enfin, des informateurs clés tels que des responsables syndicaux, des chefs d'équipe ou des anciens dockers retraités apportent un éclairage sur les dimensions collectives et historiques des représentations étudiées.

La stratégie d'échantillonnage retenue relève de l'échantillonnage raisonné et de la méthode boule de neige. L'échantillonnage raisonné consiste à sélectionner délibérément des participants présentant des caractéristiques variées en fonction de critères théoriquement pertinents : catégorie socio-professionnelle, âge, situation matrimoniale, ancienneté professionnelle. Cette diversification vise à maximiser les variations dans les données recueillies (M. Patton, 2002). La méthode boule de neige est utilisée pour accéder à des participants difficiles à identifier directement, notamment des hommes ayant effectivement expérimenté des troubles érectiles. La taille de l'échantillon est de 40 dockers portuaires, 20 épouses et 15 thérapeutes ou informateurs clés, atteinte grâce au seuil de saturation (B. Glaser et A. Strauss, 1967).

La collecte de données mobilise deux techniques principales complémentaires : l'observation ethnographique et l'entretien individuel approfondi. En effet, l'observation ethnographique consiste en une immersion prolongée dans le milieu portuaire permettant d'observer directement les pratiques, les interactions sociales, les discours spontanés et les situations concrètes dans lesquelles se manifestent et se négocient les représentations de la masculinité et de la sexualité (B. Malinowski, 1922). L'observation porte sur les situations de travail, les espaces de sociabilité masculine, les formes de mise en scène de la virilité, les plaisanteries touchant à la sexualité, et les interactions entre collègues. Cette observation est conduite de manière semi-participante. L'observation s'étend également aux espaces domestiques dans

la mesure du possible, ainsi qu'aux lieux de consultation thérapeutique et aux marchés. Les observations sont consignées systématiquement dans un journal de terrain incluant des descriptions factuelles, des extraits de conversations, et des réflexions analytiques. Une attention particulière est accordée à la réflexivité du chercheur (P. Bourdieu, 1978). Les entretiens individuels approfondis, d'une durée approximative de 60 à 90 minutes, sont conduits selon une approche semi-directive utilisant un guide d'entretien structuré autour de plusieurs thèmes tout en laissant une grande liberté à l'interviewé (S. Kvale, 1996). Le guide d'entretien couvre les trajectoires professionnelles et conditions de travail, les représentations du travail physique et de ses effets sur le corps, les conceptions de la masculinité, la connaissance et l'adhésion à la croyance reliant travail physique et dysfonction érectile, les expériences personnelles de troubles sexuels, les dynamiques conjugales et familiales autour de la sexualité, et les recours thérapeutiques. Les entretiens sont conduits dans des lieux garantissant la confidentialité. La sensibilité du sujet nécessite d'établir préalablement une relation de confiance avec les participants. Les entretiens sont menés en français ou en langues locales (fon, yoruba) selon les préférences des participants. Tous les entretiens sont enregistrés avec l'accord explicite des participants et intégralement retranscrits pour l'analyse. Les entretiens avec les épouses et partenaires sont conduits en veillant particulièrement à créer un espace de parole sécurisé. Les entretiens avec les thérapeutes explorent leurs perceptions de la prévalence des troubles érectiles parmi leurs patients dockers portuaires, leurs théories étiologiques et leurs approches thérapeutiques.

L'analyse thématique consiste à identifier, analyser et rapporter des patterns dans les données qualitatives (V. Braun et V. Clarke, 2006). L'approche par théorisation ancrée implique que les catégories analytiques émergent progressivement des données elles-mêmes (B. Glaser et A. Strauss, 1967). Le processus d'analyse comporte plusieurs étapes : familiarisation avec les données, codage initial à l'aide du logiciel Dedoose, regroupement des codes en catégories thématiques, révision et affinement des thèmes, définition précise des thèmes finaux, et interprétation théorique. L'analyse est conduite de manière itérative, alternant entre collecte et analyse des données. Des mémos analytiques sont régulièrement rédigés pour consigner les réflexions théoriques et les hypothèses émergentes. L'analyse compare systématiquement les données selon les différentes catégories de participants afin d'identifier les variations et les invariants dans les représentations et les pratiques.

Résultats

Croyance populaire liant travail physique intense et dysfonction érectile

L'analyse des données révèle que la croyance établissant un lien causal entre le travail physique intense et la dysfonction érectile constitue une représentation sociale profondément ancrée et largement diffusée dans le milieu portuaire de Cotonou. Cette croyance ne se limite pas aux dockers eux-mêmes mais s'étend à l'ensemble de leur environnement social, incluant leurs épouses, leurs familles et la communauté élargie. 87,5% des dockers portuaires interrogés déclarent avoir entendu parler de l'association entre travail physique intense et dysfonction érectile. 70% y adhèrent avec différents degrés de conviction. Cette prévalence élevée témoigne de la vitalité et de la légitimité sociale de cette représentation dans le contexte étudié. La croyance s'articule autour d'une théorie implicite de l'économie énergétique corporelle selon laquelle le corps masculin dispose d'un capital énergétique limité qui doit être réparti entre différentes sphères d'activité. Selon cette logique, une dépense excessive d'énergie dans le travail physique épuise les réserves corporelles nécessaires à la performance sexuelle. Cette conception transparaît clairement dans les propos de Koffi, docker de 38 ans :

« Le corps de l'homme c'est comme une batterie de téléphone. Quand tu décharges toute la journée au port en soulevant les charges, il ne reste plus rien pour la nuit avec ta femme. C'est normal, l'énergie elle est partie dans le travail. Moi je le vis chaque jour, je rentre épuisé et ma femme elle attend mais le corps ne répond plus ».

Cette métaphore de la batterie qui se décharge revient de manière récurrente dans les discours des dockers, suggérant une appropriation collective d'un modèle explicatif partagé. Les dockers mobilisent diverses métaphores pour rendre compte de cette économie corporelle. Selon Mathieu, manutentionnaire de 40 ans :

« Notre travail il mange notre force. Chaque jour tu laisses une partie de toi-même au port. À la fin de la semaine, il ne reste presque rien pour ta femme. C'est comme un sac de riz que tu vides petit à petit, quand il est fini, il est fini. Tu peux pas donner ce que tu n'as plus dans le corps ».

Cette notion de "corps vidé" qui doit être "rempli" ou "rechargé" renvoie à une conception substantialiste de l'énergie vitale masculine, perçue comme une substance concrète qui peut s'épuiser et nécessiter un réapprovisionnement. Les observations ethnographiques confirment que cette croyance circule abondamment dans les espaces de sociabilité masculine du port, notamment lors des pauses où les dockers échangent des plaisanteries et des conseils sur la gestion de leur énergie corporelle. Ces échanges humoristiques fonctionnent comme un mode de communication acceptable sur

un sujet autrement délicat, permettant aux hommes d'évoquer indirectement leurs difficultés sexuelles sans avoir à les confesser explicitement.

La transmission intergénérationnelle de cette croyance constitue un mécanisme important de sa pérennisation. Les jeunes dockers nouvellement recrutés sont fréquemment mis en garde par leurs aînés sur les risques du métier pour leur vie sexuelle. Rodrigue, jeune docker de 27 ans, rapporte :

« Quand je suis arrivé au port, les anciens m'ont directement prévenu. Ils m'ont dit attention petit, ce travail-là il va t'user, si tu veux garder ta femme contente, il faut apprendre à gérer ta force. Au début je ne comprenais pas vraiment, mais maintenant après deux ans je commence à voir de quoi ils parlaient. Le soir je suis vraiment fatigué ».

Justin, docker de 52 ans, explique son rôle dans cette transmission avec un sens aigu de la responsabilité envers les jeunes générations :

"Moi je dis toujours aux jeunes qui arrivent : le port il te donne à manger, mais il te prend aussi quelque chose. Il faut savoir protéger ce qui reste. Sinon ta femme va partir chercher ailleurs ce que tu ne peux plus lui donner. J'ai vu trop de mariages se casser à cause de ça. Les jeunes pensent qu'ils sont forts, qu'ils peuvent tout gérer, mais le temps va leur montrer la vérité."

Ces avertissements des dockers expérimentés aux nouvelles recrues créent une socialisation professionnelle où la gestion de l'énergie sexuelle face aux contraintes du travail physique est présentée comme une compétence nécessaire à acquérir. Cette transmission assure la perpétuation de la croyance d'une génération à l'autre, l'inscrivant comme un savoir professionnel légitime au même titre que les techniques de manutention ou les règles de sécurité. Les données révèlent des variations dans l'adhésion à cette croyance selon les catégories socio-professionnelles. Les dockers et manutentionnaires, dont le travail est effectivement le plus physiquement exigeant, manifestent une adhésion plus forte que les cadres administratifs et les techniciens. Cette différenciation suggère que l'intensité réelle du travail physique influence la plausibilité perçue de cette association causale. Parmi les dockers et manutentionnaires interrogés, 88% adhèrent à la croyance, contre seulement 40% des cadres et techniciens interrogés. Thomas, technicien en maintenance de 36 ans, exprime son scepticisme :

« Moi je ne crois pas trop à ça. Mon travail n'est pas si physique et pourtant j'ai des collègues de bureau qui ont aussi des problèmes. Je pense que c'est plus une question de stress ou de santé, pas vraiment la force physique. Les dockers ils aiment bien dire que c'est à cause du travail mais moi je pense qu'il y a d'autres raisons ».

Cette position minoritaire parmi les dockers moins engagés physiquement suggère que la croyance trouve sa force de conviction dans l'expérience concrète de l'épuisement corporel quotidien. Les variations socio-professionnelles révèlent également des différences de capital culturel et d'accès aux discours médicaux alternatifs qui permettent à certaines catégories de dockers de mobiliser d'autres cadres explicatifs. Les épouses et partenaires des dockers portuaires partagent largement cette croyance, bien que leur appropriation présente des nuances spécifiques. 80% des épouses interrogées déclarent connaître cette association et 65% l'acceptent comme explication plausible des difficultés sexuelles de leur conjoint. Cependant, leur adhésion est souvent teintée d'ambivalence. Amélie, épouse d'un docker de 41 ans, témoigne :

« Oui, je sais que son travail le fatigue beaucoup. Quand il rentre le soir, il est vraiment épuisé. Je comprends qu'il n'ait pas toujours l'envie ou la force pour les choses du lit. Mais parfois je me demande si c'est vraiment seulement ça ou s'il y a autre chose, une autre femme peut-être. C'est difficile de savoir la vérité ».

Cette ambivalence féminine face à l'explication par le travail physique révèle que si la croyance offre un cadre interprétatif acceptable pour les difficultés sexuelles conjugales, elle ne supprime pas totalement les doutes et les frustrations des partenaires féminines. Certaines femmes expriment une acceptation plus complète de cette explication, l'intégrant dans leur compréhension globale du sacrifice masculin pour le bien-être familial. D'autres manifestent une acceptation plus résignée ou stratégique qui masque des insatisfactions profondes.

Les observations dans les quartiers de résidence montrent que la croyance est discutée dans les espaces de sociabilité féminine, où les épouses échangent sur leurs expériences conjugales. Lors d'une discussion observée dans une cour collective où résident plusieurs familles de dockers portuaires, les femmes évoquent ouvertement les difficultés sexuelles de leurs conjoints en les attribuant spontanément au travail physique. L'une d'elles déclare sans gêne apparente : *« Nos maris ils sont forts au port mais faibles à la maison. C'est le prix à payer quand on épouse un docker ».* Cette circulation de la croyance dans les réseaux féminins contribue à sa normalisation et à sa légitimation sociale. De même, les observations sur les marchés où se vendent les produits aphrodisiaques et fortifiants révèlent que les vendeurs intègrent explicitement cette croyance dans leurs stratégies commerciales, ciblant les dockers portuaires comme clientèle privilégiée et adaptant leurs discours de vente à cette représentation. Un vendeur observé sur le marché de Dantokpa interpelle ainsi les passants : *« Vous qui travaillez dur, qui soulevez des charges toute la journée, votre corps a besoin de force. Mes produits vont vous*

redonner ce que le travail vous a pris ». Cette instrumentalisation commerciale de la croyance témoigne de son ancrage dans l'imaginaire collectif et de son efficacité symbolique. La croyance se manifeste également dans les interactions entre dockers de différentes générations. Les dockers plus âgés l'invoquent pour expliquer et légitimer leur diminution de performance sexuelle, tandis que les jeunes dockers l'utilisent de manière anticipatoire pour exprimer leurs inquiétudes face à l'avenir.

Certains médecins interrogés reconnaissent une part de validité dans cette croyance populaire, tout en nuancant son caractère simpliste. Un médecin généraliste explique :

« Il y a une part de vérité dans ce que les gens croient. Le stress chronique, la fatigue physique intense, les horaires irréguliers, tout cela affecte effectivement la fonction sexuelle. Mais ce n'est pas aussi mécanique que les gens le pensent. Ce n'est pas parce que tu soulèves des charges que ton pénis ne fonctionnera plus. C'est plus complexe que ça. Il y a des facteurs vasculaires, hormonaux, psychologiques. Le travail peut jouer un rôle mais ce n'est pas la seule cause ».

Cette position médicale nuancée reconnaît l'influence des conditions de travail sur la santé sexuelle tout en contestant le modèle explicatif populaire basé sur l'épuisement énergétique direct. L'analyse révèle également que la croyance fonctionne comme un système d'explication totalisante capable d'intégrer des contre-exemples apparents. Lorsque des dockers portuaires ne manifestent pas de troubles érectiles malgré l'intensité de leur travail, cela n'invalide pas la croyance mais conduit à des explications complémentaires : constitution physique exceptionnelle, utilisation de produits fortifiants efficaces, gestion prudente de l'énergie au travail, ou encore jeunesse préservant temporairement des effets délétères. Ainsi, Désiré, docker de 33 ans qui affirme ne pas connaître de difficultés sexuelles, explique son exception apparente :

« Moi ça va encore pour l'instant parce que je suis jeune et je fais attention. Je prends des produits pour me fortifier et je ne force pas trop au travail. Mais je sais que si je ne fais pas attention, le travail va finir par m'avoir comme les autres. C'est juste une question de temps. Personne n'échappe à ça quand on travaille au port depuis longtemps. Regarde tous les anciens, ils ont tous des problèmes ».

Cette intégration des contre-exemples dans un cadre explicatif élargi témoigne de la complexité cognitive de la croyance face aux informations potentiellement contradictoires.

Itinéraires thérapeutiques et stratégies de gestion des troubles érectiles

L'analyse des itinéraires thérapeutiques des dockers portuaires confrontés à des troubles érectiles révèle que l'attribution causale au travail physique oriente massivement les recours vers des solutions visant à restaurer l'énergie vitale plutôt que vers des traitements ciblant spécifiquement la fonction érectile. Cette orientation thérapeutique découle directement de la logique explicative qui sous-tend la croyance populaire : si la dysfonction érectile résulte d'un épuisement énergétique dû au travail physique, la solution logique consiste à recharger le corps en énergie plutôt qu'à traiter un dysfonctionnement organique spécifique. Cette cohérence entre modèle étiologique et stratégie thérapeutique structure les pratiques de recours aux soins et explique la prédominance des approches fortifiantes sur les approches médicales ciblées. Certains des dockers interrogés ayant expérimenté des troubles érectiles, déclarent avoir d'abord eu recours à des produits fortifiants, tonifiants ou énergisants avant d'envisager d'autres solutions. Ces produits incluent des préparations à base de plantes médicinales traditionnelles, des compléments alimentaires achetés en pharmacie ou sur les marchés informels, des aliments réputés renforcer la vitalité masculine, et des boissons énergisantes. Cette prédominance des solutions énergisantes témoigne de l'inscription pratique de la croyance dans les conduites de santé. Désiré, docker de 43 ans, décrit son parcours thérapeutique :

« Quand j'ai commencé à avoir des difficultés avec ma femme, je ne suis pas allé directement à l'hôpital. Je savais que c'était à cause de la fatigue du travail. Alors j'ai acheté des racines au marché, on m'a dit que ça donne la force. J'ai pris ça pendant deux mois. Après j'ai essayé le miel avec du gingembre, puis les cachets de la pharmacie pour la fatigue. C'est seulement après que tout ça n'a pas marché que j'ai pensé à voir un docteur ».

Ce verbatim montre un itinéraire thérapeutique caractéristique où les solutions énergisantes constituent la première ligne de recours, le recours médical n'intervenant qu'en cas d'échec de ces stratégies initiales. Cette séquence révèle également une logique d'escalade thérapeutique où les dockers épuisent progressivement les options perçues comme les plus cohérentes avec leur compréhension causale avant de se tourner vers des alternatives qui impliquent une redéfinition du problème comme pathologie médicale. Les observations sur les marchés où se vendent les produits thérapeutiques traditionnels et informels confirment que les vendeurs adaptent leurs discours commerciaux à la croyance des dockers portuaires, présentant leurs préparations comme particulièrement adaptées aux hommes qui travaillent dur et ont besoin de recharger leur force. Les étalages affichent des racines, des écorces, des poudres et des mélanges préparés avec des

appellations évocatrices comme "*force de l'homme*", "*retour de la puissance*", "*énergie complète*" ou "*tonique du travailleur*". Les vendeurs interrogés confirment que les dockers portuaires constituent une clientèle importante pour ces produits. Madame Agathe, vendeuse de plantes médicinales depuis quinze ans, explique :

« Les hommes du port, ils viennent beaucoup acheter mes produits. Ils me disent tous la même chose, le travail les a fatigués et ils ont besoin de retrouver la force. Je leur donne les racines de kinkéliba mélangées avec du gingembre et du miel, ça redonne l'énergie au corps. Ils reviennent souvent acheter parce qu'ils savent que ça marche pour leur problème. C'est ma meilleure clientèle pour les produits de force masculine ».

Cet extrait d'entretien révèle comment les acteurs du marché thérapeutique informel s'adaptent aux représentations de leur clientèle et contribuent à renforcer la légitimité de ces représentations en proposant des solutions cohérentes avec elles. Cette circularité entre croyance et offre thérapeutique crée un système auto-entretenu où chaque élément valide et renforce l'autre. Le recours aux services de santé biomédicaux formels demeure minoritaire et tardif dans les trajectoires thérapeutiques des dockers portuaires. Cette réticence au recours médical s'explique par plusieurs obstacles interconnectés. La honte et l'embarras à évoquer des problèmes sexuels avec un professionnel de santé constituent un premier obstacle majeur. Les dockers perçoivent la consultation médicale pour des troubles érectiles comme une forme d'aveu public d'une défaillance masculine profondément stigmatisante. La crainte que l'information ne circule dans les réseaux sociaux, particulièrement si le personnel de santé inclut des connaissances ou des personnes liées au milieu portuaire, renforce cette réticence. Moussa, manutentionnaire de 42 ans, exprime cette appréhension :

« Aller voir le docteur pour dire que tu ne peux plus faire l'amour avec ta femme, c'est difficile. Tu as honte. Et puis tu as peur que le docteur ou l'infirmière raconte ton problème à d'autres gens. Au centre de santé de notre quartier, il y a une infirmière qui est la cousine de ma voisine. Si je vais là-bas pour ce problème, bientôt tout le quartier va savoir. Alors je préfère chercher d'autres solutions plus discrètes ».

L'analyse de ce verbatim met en évidence l'importance de la confidentialité perçue dans les décisions de recours aux soins pour des problèmes sexuels. Le manque de confiance dans la capacité des structures de santé à garantir l'anonymat constitue un obstacle majeur qui pousse les dockers vers des solutions informelles perçues comme plus discrètes. Plusieurs dockers interrogés mentionnent le prix prohibitif des médicaments

contre la dysfonction érectile disponibles en pharmacie comme un facteur dissuasif majeur. L'obstacle le plus fondamental au recours médical réside cependant dans la conviction que le problème est lié à la fatigue professionnelle et non à une pathologie médicale nécessitant un traitement spécialisé. Cette naturalisation des troubles érectiles comme conséquence logique et prévisible du travail physique les soustrait au champ de l'intervention biomédicale et les replace dans le domaine de la gestion ordinaire de l'énergie corporelle. Les dockers ne se perçoivent pas comme malades mais comme épuisés, une condition qui appelle du repos et de la fortification plutôt qu'un traitement médical. Cette désignation sociale du problème détermine largement les types de recours considérés comme appropriés et légitimes.

Les entretiens avec les thérapeutes traditionnels révèlent que ceux-ci intègrent explicitement la dimension du travail physique dans leurs diagnostics et leurs propositions thérapeutiques. Les tradipraticiens interrogés affirment recevoir régulièrement des dockers portuaires se plaignant de faiblesse sexuelle et attribuent systématiquement ces troubles à l'épuisement professionnel. Maître Koffi, tradipraticien exerçant depuis trente ans, décrit sa pratique :

« Quand un homme du port vient me voir pour un problème de lit, je sais déjà quelle est la cause. C'est le travail qui a vidé son corps de sa force. Je lui prépare des racines spéciales qui vont nettoyer son sang, enlever la fatigue accumulée et remettre l'énergie dans tout son corps. Je lui dis aussi de se reposer plus et de ne pas forcer trop au travail. Avec ce traitement, normalement en deux ou trois mois, la force revient et il peut de nouveau satisfaire sa femme ».

Ce verbatim illustre comment les thérapeutes traditionnels valident et renforcent le modèle explicatif populaire en l'intégrant dans leurs pratiques diagnostiques et thérapeutiques. Leurs traitements combinent généralement des préparations à base de plantes destinées à purifier et revitaliser le corps avec des conseils de modération dans l'effort professionnel. Cette approche holistique qui lie directement santé sexuelle et gestion de l'activité professionnelle trouve une résonance forte chez les dockers portuaires dont l'expérience subjective confirme le lien entre épuisement au travail et difficultés sexuelles.

Les médecins interrogés expriment des positions contrastées face à cette croyance et aux pratiques thérapeutiques qu'elle génère. Certains reconnaissent une validité partielle à l'association entre conditions de travail et troubles sexuels. Un Urologue, nuance cette relation :

« Il est vrai que le stress chronique, la fatigue physique intense, les horaires de travail perturbés et le manque de sommeil

peuvent affecter la fonction érectile. Mais il ne faut pas simplifier. La dysfonction érectile a généralement des causes multifactorielles, vasculaires, hormonales, psychologiques. Le travail physique en soi ne cause pas directement l'impuissance. Le problème c'est que les patients arrivent tard à la consultation après avoir perdu du temps et de l'argent avec des traitements inefficaces ».

Ce verbatim reconnaît l'influence possible des conditions de travail sur la santé sexuelle tout en contestant le modèle explicatif simpliste de l'épuisement énergétique. Les médecins déplorent que la croyance populaire retarde les consultations et les diagnostics appropriés, permettant à des pathologies sous-jacentes potentiellement graves de progresser sans traitement. Plusieurs médecins mentionnent avoir découvert des cas de diabète, d'hypertension ou de maladies cardiovasculaires lors de consultations tardives pour dysfonction érectile chez des dockers portuaires qui avaient longtemps attribué leurs troubles uniquement à la fatigue professionnelle.

Discussion

Les résultats de cette recherche sur la perception sociale de la dysfonction érectile au Port Autonome de Cotonou révèlent des dynamiques complexes qui méritent d'être discutées à la lumière des cadres théoriques et empiriques développés dans la littérature scientifique internationale sur les représentations sociales de la santé, les masculinités et les pratiques thérapeutiques. L'ancrage profond de la croyance reliant travail physique intense et dysfonction érectile dans le milieu portuaire béninois s'inscrit dans ce que S. Moscovici (1961) conceptualise comme les représentations sociales, c'est-à-dire des systèmes de valeurs, d'idées et de pratiques permettant aux individus de s'orienter dans leur environnement social et matériel. Cette fonction protectrice des représentations sociales rejoint les analyses récentes de A. Mbembe (2016) sur les économies de la vitalité en Afrique, qui montrent comment les sociétés africaines contemporaines développent des modes spécifiques de gestion et de valorisation de l'énergie corporelle dans des contextes de précarité économique. La théorie de l'économie énergétique corporelle mobilisée par les dockers portuaires s'inscrit dans ces logiques plus larges d'optimisation des ressources vitales face aux contraintes matérielles. La tension identitaire vécue par les dockers portuaires illustre ce que R.W. Connell et J. Messerschmidt (2005) analysent dans leur reformulation de la masculinité hégémonique. Les travaux de M. Ouzgane (2013) sur les masculinités africaines montrent que le continent africain constitue un terrain riche pour observer ces négociations identitaires, où se rencontrent des définitions traditionnelles, coloniales et contemporaines de la virilité masculine. Les analyses de S. Tamale (2011) sur la sexualité africaine

soulignent que celle-ci ne peut être comprise indépendamment des structures économiques, politiques et sociales qui la façonnent. Les observations de cette recherche sur l'imbrication entre conditions de travail et sexualité masculine confirment cette perspective intersectionnelle.

La dimension conjugale des stratégies d'adaptation rejoint les analyses de J. Sow (2018) sur les rapports conjugaux en Afrique de l'Ouest contemporaine. Les travaux de S. Arnfred (2011) sur la sexualité et le genre en Afrique subsaharienne révèlent que les négociations sexuelles conjugales sont profondément ancrées dans des rapports de pouvoir économiques et symboliques où les femmes disposent de marges de manœuvre variables selon leurs ressources matérielles et sociales. Les recherches de R. Morrell et L. Richter (2006) sur la paternité et la masculinité en Afrique du Sud montrent que les transformations du travail masculin reconfigurent les identités de genre et les relations conjugales, créant de nouvelles tensions et de nouvelles formes de négociation au sein des couples. Les itinéraires thérapeutiques observés illustrent ce que A. Kleinman (1980) conceptualise comme le système de soins pluraliste. Les travaux récents de J. Livingston (2012) sur les pratiques de santé en Afrique australe montrent que le pluralisme médical ne reflète pas simplement une coexistence de systèmes thérapeutiques mais constitue une forme active de bricolage où les individus construisent des parcours de soins cohérents avec leurs représentations et leurs ressources. Les recherches de V. Adams (2016) sur les économies de la santé globale révèlent que les choix thérapeutiques sont toujours contraints par des facteurs économiques, sociaux et politiques qui dépassent largement les questions de croyances individuelles. La naturalisation des troubles érectiles comme conséquence prévisible du travail physique rejoint les analyses de P. Conrad et V. Leiter (2004) sur la médicalisation et la démedicalisation, qui soulignent que ces processus sont toujours socialement situés et politiquement contestés. Le rôle des thérapeutes traditionnels dans la validation de la croyance populaire illustre ce que M. Lock (2017) conceptualise comme les assemblages biomédicaux locaux, où se rencontrent et se reconfigurent des savoirs biomédicaux globaux et des connaissances thérapeutiques locales. Les travaux de S. Langwick (2011) sur la médecine traditionnelle en Tanzanie montrent que les tradipraticiens ne sont pas simplement des gardiens de traditions anciennes mais des acteurs contemporains qui adaptent constamment leurs pratiques aux demandes changeantes de leur clientèle et aux transformations sociales. Les recherches de H. Dilger (2012) sur les soins de santé en Afrique révèlent que les choix thérapeutiques sont profondément influencés par les réseaux sociaux, les relations de confiance et les expériences partagées au sein des communautés.

Conclusion

Cette recherche sur la perception sociale de la dysfonction érectile au Port Autonome de Cotonou révèle la complexité des dynamiques socioculturelles qui structurent la santé sexuelle masculine dans les milieux professionnels caractérisés par un travail physique intense. La croyance populaire établissant un lien causal entre l'exercice d'un travail physiquement exigeant et la survenue de troubles érectiles constitue bien plus qu'une simple représentation erronée : elle fonctionne comme un système de signification cohérent qui remplit des fonctions identitaires, relationnelles et thérapeutiques importantes pour les dockers portuaires et leur entourage. Cette croyance permet aux hommes de préserver leur identité masculine en externalisant la responsabilité de leurs difficultés sexuelles vers une cause honorable, tout en créant un langage partagé pour évoquer des expériences autrement indicibles. Les résultats montrent que cette représentation sociale exerce une influence déterminante sur les trajectoires de santé des dockers portuaires. En orientant massivement les recours thérapeutiques vers des solutions visant à restaurer l'énergie vitale plutôt que vers des traitements médicaux ciblés, elle retarde les consultations biomédicales et expose les hommes à des risques de non-détection de pathologies sous-jacentes potentiellement graves. Cette recherche souligne l'importance d'une approche socio-anthropologique des questions de santé sexuelle masculine en Afrique, qui prenne en compte les systèmes de représentation locaux, les dynamiques de genre, les contraintes économiques et les pluralismes thérapeutiques.

Conflit d'intérêts : Les auteurs n'ont signalé aucun conflit d'intérêts.

Disponibilité des données : Toutes les données sont incluses dans le contenu de l'article.

Déclaration de financement : Les auteurs n'ont obtenu aucun financement pour cette recherche.

References:

1. Abega, J.-M. (2007). *Les violences sexuelles et l'État au Cameroun*. Karthala.
2. Adams, V. (2016). *Metrics: What counts in global health*. Duke University Press.
3. Adeyemo, A. A., Prewitt, T. E., & Cooper, R. (2001). Erectile dysfunction and its correlates among men in Ibadan. *African Journal of Reproductive Health*, 5(2), 74-80.

4. Anagonou, M., Fayomi, B., & Azondekon, A. (2018). *Santé et conditions de travail dans les ports ouest-africains*. Éditions du CNRS Bénin.
5. Arnfred, S. (2011). *Sexuality and gender politics in Mozambique: Rethinking gender in Africa*. James Currey.
6. Augé, M., & Herzlich, C. (1984). *Le sens du mal : Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Éditions des Archives Contemporaines.
7. Baxerres, C. (2013). *Du médicament informel au médicament libéralisé : Une anthropologie du médicament pharmaceutique au Bénin*. Les Éditions des archives contemporaines.
8. Becker, F. (2019). Body politics and the body in politics in colonial Tanganyika. *Journal of African History*, 60(2), 221-242. <https://doi.org/10.1017/S0021853719000051>
9. Berger, P., & Luckmann, T. (1966). *The social construction of reality: A treatise in the sociology of knowledge*. Anchor Books.
10. Bourdieu, P. (1978). Sur l'objectivation participante : Réponses à quelques objections. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 23(1), 67-69.
11. Bourdieu, P. (1979). *La distinction : Critique sociale du jugement*. Éditions de Minuit.
12. Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
13. Cassier, M., & Correa, M. (2003). Patents, innovation and public health: Brazilian public-sector laboratories' experience in copying AIDS drugs. *Economics of AIDS and Access to HIV/AIDS Care in Developing Countries*, 3(1), 89-107.
14. Connell, R. W., & Messerschmidt, J. (2005). Hegemonic masculinity: Rethinking the concept. *Gender & Society*, 19(6), 829-859. <https://doi.org/10.1177/0891243205278639>
15. Conrad, P., & Leiter, V. (2004). Medicalization, markets and consumers. *Journal of Health and Social Behavior*, 45, 158-176.
16. Cornwall, A., & Lindisfarne, N. (1994). *Dislocating masculinity: Comparative ethnographies*. Routledge.
17. Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, 50(10), 1385-1401. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00390-1](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00390-1)
18. Debert, G. G., & Brigeiro, M. (2012). Fronteiras de gênero e a sexualidade na velhice. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 27(80), 37-54.

19. Dilger, H. (2012). Targeting the empowered individual: Transnational policy making, the global economy of aid, and the limitations of biopower in Tanzania. Dans J. Biehl & A. Petryna (dir.), *When people come first: Critical studies in global health* (p. 60-91). Princeton University Press.
20. Fassin, D. (1992). *Pouvoir et maladie en Afrique : Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*. Presses Universitaires de France.
21. Gannon, K., Glover, L., O'Neill, N., & Emberton, M. (2004). Men and chronic illness: A qualitative study of LUTS. *Journal of Health Psychology*, 9(3), 411-420. <https://doi.org/10.1177/1359105304042351>
22. Geschiere, P., & Meyer, B. (1998). Globalization and identity: Dialectics of flow and closure. *Development and Change*, 29(4), 601-615.
23. Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Aldine Publishing Company.
24. Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Prentice-Hall.
25. Hatzimouratidis, D., Amar, E., Eardley, I., Giuliano, F., Hatzichristou, D., Montorsi, F., Vardi, Y., & Wespes, E. (2010). Guidelines on male sexual dysfunction: Erectile dysfunction and premature ejaculation. *European Urology*, 57(5), 804-814. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2010.02.020>
26. Kimmel, M. S. (2004). Masculinity as homophobia: Fear, shame, and silence in the construction of gender identity. Dans P. F. Murphy (dir.), *Feminism and masculinities* (p. 182-199). Oxford University Press.
27. Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. University of California Press.
28. Kvale, S. (1996). *InterViews: An introduction to qualitative research interviewing*. Sage Publications.
29. Langwick, S. A. (2011). *Bodies, politics, and African healing: The matter of maladies in Tanzania*. Indiana University Press.
30. Le Roux, B. (2011). La médecine traditionnelle comme recours aux difficultés conjugales en Afrique du Sud. *Autrepart*, 3(59), 153-168.
31. Livingston, J. (2012). *Improvising medicine: An African oncology ward in an emerging cancer epidemic*. Duke University Press.
32. Lock, M. (2017). Recovering the body. *Annual Review of Anthropology*, 46, 1-14. <https://doi.org/10.1146/annurev-anthro-102116-041253>
33. Malinowski, B. (1922). *Argonauts of the Western Pacific*. Routledge & Kegan Paul.

34. Mbembe, A. (2016). *Politiques de l'inimitié*. La Découverte.
35. Miescher, S. F. (2005). *Making men in Ghana*. Indiana University Press.
36. Miescher, S. F., & Lindsay, L. A. (2003). *Men and masculinities in modern Africa*. Heinemann.
37. Morrell, R., & Richter, L. (2006). *Baba: Men and fatherhood in South Africa*. HSRC Press.
38. Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public*. Presses Universitaires de France.
39. Moynihan, J. (1998). Partners' perspectives on erectile dysfunction: Literature review. *British Journal of Nursing*, 7(11), 673-677.
40. Nichter, M. (2008). *Global health: Why cultural perceptions, social representations, and biopolitics matter*. University of Arizona Press.
41. Ouzgane, L. (2013). *Islamic masculinities*. Zed Books.
42. Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. Sage Publications.
43. Peterson, K. (2014). *Speculative markets: Drug circuits and derivative life in Nigeria*. Duke University Press.
44. Potts, A., Grace, V., Vares, T., & Gavey, N. (2004). 'Viagra stories': Challenging 'erectile dysfunction'. *Social Science & Medicine*, 59(3), 489-499.
45. Rose, N. (2007). *The politics of life itself: Biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century*. Princeton University Press.
46. Sow, F. (2018). Les défis du féminisme africain. *Présence Africaine*, 197(1), 141-153.
47. Tamale, S. (2011). *African sexualities: A reader*. Pambazuka Press.
48. Tiefer, L. (1994). The medicalization of impotence: Normalizing phallocentrism. *Gender & Society*, 8(3), 363-377.
49. Tiefer, L. (2006). Female sexual dysfunction: A case study of disease mongering and activist resistance. *PLoS Medicine*, 3(4), 436-440. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030178>
50. Weber, M. (1922). *Économie et société*. Plon.
51. Wendland, C. (2010). *A heart for the work: Journeys through an African medical school*. University of Chicago Press.
52. Wyrod, R. (2011). Masculinity and the persistence of AIDS stigma. *Culture, Health & Sexuality*, 13(4), 443-456. <https://doi.org/10.1080/13691058.2010.542565>
53. Zempleni, A. (1985). La maladie et ses causes : Introduction. *L'Ethnographie*, 81(96-97), 13-44.