

A paraître dans la revue "Communications", 2007, n° 81, pp. 135-151.

Alain GIAMI

Fonction sexuelle masculine et sexualité féminine

Permanence des représentations du genre en sexologie

Les recherches actuelles sur la *fonction sexuelle* qui sont fondées sur des approches organicistes (anatomo-physiologie, neurologie, endocrinologie) sont censées représenter une avancée scientifique novatrice et une rupture avec le paradigme de la *sexualité* marqué par la prédominance du psychisme et de la notion de libido dans la tradition freudienne¹. Elles n'attribuent cependant pas la même place ni la même importance aux dimensions biologiques (physiologiques, hormonales) et psycho-sociales selon qu'il s'agit de la fonction sexuelle de l'homme ou de la femme. Ces recherches semblent ainsi renforcer les représentations traditionnelles et plus que centennaires de la sexualité masculine et féminine fondées aussi sur des dichotomies opposant la nature biologique de la sexualité masculine et la nature spirituelle de la sexualité féminine. Les recherches "innovantes" sur la fonction sexuelle masculine constitueraient ainsi un *aggiornamento* et un renforcement des représentations traditionnelles de la sexualité masculine sous la forme de leur ancrage dans la biologie et la physiologie : inscrite dans la nature biologique et irrépessible du besoin sexuel, la fonction sexuelle masculine serait caractérisée par la centralité du pénis (un organe) et la simplicité de son fonctionnement. Inversement, les recherches sur la fonction sexuelle de la femme, fondées en partie sur des approches organicistes – certes encore balbutiantes –, remettent beaucoup plus en cause les représentations traditionnelles de la sexualité féminine qui accordent une place centrale aux dimensions psychologique, émotionnelle et relationnelle, et à la faiblesse en intensité des désirs et de l'excitation sexuelle. Par ailleurs, les recherches organicistes sur la fonction sexuelle féminine suscitent actuellement des critiques et des oppositions idéologiques et politiques bien plus importantes que celles auxquelles on a pu assister au moment de la mise sur le marché du Viagra qui a révélé le fort ancrage des idées organicistes en matière de sexualité masculine.

Le présent travail vise à mettre en évidence comment ces nouvelles conceptions de la fonction sexuelle restent profondément ancrées dans un modèle traditionnel qui oppose et différencie la sexualité masculine et féminine. Présentées comme de nouvelles conceptions de la sexualité, ces conceptions privilégient l'idée d'une fonction sexuelle organique et physiologique, considérée comme indépendante du contexte social, relationnel et émotionnel et pouvant faire l'objet de traitements pharmacologiques. L'objectif de ce texte est de montrer que l'idée même d'une *fonction sexuelle* féminine, organique et physiologique, reste encore difficilement pensable dans la mesure où elle remet en cause les représentations traditionnelles de la sexualité

féminine (ce "continent noir"). En revanche l'idée d'une *fonction sexuelle* organique, simple et naturelle de l'homme s'inscrit dans la continuité des représentations dominantes de la sexualité masculine et fait l'objet de bien peu de discussions en dehors de cercles "masculinistes" très restreints ⁱⁱ.

Cette étude des représentations de la sexualité masculine et féminine a été menée à partir d'une analyse de documents scientifiques (publications scientifiques) et médicaux (des échelles d'évaluation du fonctionnement et des dysfonctions sexuelles) et se situe dans le cadre d'une analyse des discours scientifiques et médicaux sur la sexualité, considérés comme une forme élaborée et travestie de représentation de sens commun. Elle s'inspire des travaux développés par Georges Lanteri Laura qui ont opposé, à propos de l'histoire de l'appropriation médicale des perversions sexuelles au XIX^e siècle et au début du XX^e siècle, l'opinion (la *doxa*) et la connaissance (l'*épistémé*) en montrant bien comment la connaissance de ces phénomènes restait fortement influencée par les présupposés de la *doxa* ⁱⁱⁱ. L'"histoire culturelle de la sexualité" développée dans les travaux de S. Gilman et Th. Laqueur ^{iv} reste fondée sur les mêmes principes. Il s'agit de mettre en évidence l'absence d'autonomie du discours scientifique et médical sur la sexualité par rapport aux catégories du sens commun, des idéologies et des valeurs dominantes d'une époque. La sexologie, comme discours scientifique et médical sur la sexualité, a déjà été traitée comme l'une des dimensions centrales de la construction sociale et historique de la sexualité ^v. Actuellement, la sexologie cède la place à une "médecine sexuelle" qui vise à se constituer en spécialité médicale des troubles de la fonction sexuelle. Les discours et les instruments d'évaluation que nous avons étudiés constituent des documents de première main pour observer la cristallisation, les évolutions et la différenciation des représentations de la sexualité en discours médico-scientifique. Ils donnent à lire un condensé des représentations exprimées par un groupe professionnel en charge des problèmes de la sexualité et par extension les représentations dominantes de la sexualité ^{vi} à un moment de fort développement du processus de médicalisation de la sexualité.

Fonction sexuelle et sexualité

Les développements récents de la recherche bio-médicale (physiologie, endocrinologie, neuro-endocrinologie, hormonologie, pharmacologie, etc.) et de la recherche clinique sur la fonction sexuelle de la femme et de l'homme se présentent comme "nouveaux", "innovants", et "critiques" à l'égard des "anciennes" conceptions de la sexualité fondées, pour leur part, sur des conceptions psychologiques et des modes d'intervention de type psychothérapeutique. Ces termes ont une importance capitale car ils reflètent le glissement de langage qui s'opère actuellement : le terme de sexualité est de moins en moins utilisé dans l'univers médical et scientifique au profit des termes de fonction sexuelle et de santé sexuelle ^{vii} qui permettent d'aborder "scientifiquement" l'un ou l'autre aspect de ce champ aux contours mal définis que constitue "la sexualité". Cette situation n'est pas nouvelle, le terme de sexualité est souvent apparu comme inapproprié pour être utilisé dans des recherches empiriques. Ainsi, par exemple, au cours des années trente, le développement des enquêtes sociologiques d'Alfred

Kinsey a donné lieu à l'émergence du concept de "comportement sexuel" afin de spécifier l'étude des actes, des contacts et des relations sexuels tout en excluant les dimensions affectives et psychologiques associées à l'activité sexuelle ^{viii}. Les sociologues américains Gagnon et Simon avaient mis en évidence comment l'approche de Kinsey, représentait le contrepoint de Freud, pour lequel la sexualité était définie comme libido, fantasme et force psychique plutôt que comme activité corporelle^x. Le concept de comportement sexuel a servi plus tard à mesurer la fréquence de tel ou tel contact entre les zones génitales et d'autres zones corporelles afin d'évaluer la prévalence des infections sexuellement transmissibles et du VIH ^x.

Le concept de "fonction sexuelle" s'inscrit dans un autre registre, dans le prolongement des conceptions développées au cours des années soixante, sous la forme de la notion de "réponse sexuelle". Ce n'est plus l'aspect comportemental ni psychologique qui fait l'objet de l'intérêt scientifique, mais le fonctionnement somatique des organes génitaux dans leur dimension bio-physiologique. et dans le cadre de l'accomplissement du cycle de la réponse sexuelle humaine (*Human Sexual Response Cycle* - HSRC) décrit par Masters & Johnson ^{xi}. Ce terme témoigne cependant de la prégnance d'un modèle scientifique de type comportementaliste. Plus tard, au cours des années soixante-dix, le sexologue français Gérard Zwiang avait développé la notion de "fonction érotique" pour bien marquer la différence entre les processus impliqués dans la réalisation de l'orgasme avec ceux qui sont impliqués dans l'accomplissement de la fonction reproductive ^{xii}. Ce terme apparaît complètement relégué aux oubliettes avec la montée de l'utilisation du terme de fonction sexuelle.

Au cours des vingt dernières années, on a assisté à un développement important des connaissances scientifiques sur la fonction sexuelle masculine et féminine ^{xiii}, et les mécanismes bio-physiologiques de l'accomplissement de l'érection et les traitements pharmacologiques des troubles sexuels masculins ^{xiv}. Dans ce courant de recherche, le concept de fonction sexuelle s'inscrit tout d'abord en contrepoint de celui de "fonction reproductive". Il marque le renforcement de la dissociation entre ces deux fonctions ; le terme de fonction sexuelle renvoyant pour sa part aux dimensions non reproductives de l'activité sexuelle. Les questions liées à la reproduction-procréation sont donc exclues du champ de la fonction sexuelle ainsi définie. En second lieu, le concept de fonction sexuelle opère un déplacement et un décentrement des dimensions psychiques, psycho-sociales et relationnelles, considérées comme constitutives de l'activité sexuelle (selon la conception psychanalytique de la sexualité). Ces dimensions sont désormais repensées et réduites au rang de "facteurs" (stress, anxiété, dépression, estime de soi) pouvant infléchir de façon périphérique et secondaire l'accomplissement de la fonction sexuelle.

Le concept de fonction sexuelle s'impose comme un nouveau point de vue, pour un abord du champ de la sexualité qui privilégie les dimensions physiologiques et qui institue la naturalité et la normalité physiologiques de l'accomplissement de la fonction érotique indépendamment de la fonction reproductive. Le terme de fonction érotique qui aurait permis de désigner de façon bien

plus précise l'autonomisation de l'accomplissement du plaisir par rapport à l'accomplissement de la procréation semble abandonné actuellement.

La sexualité se trouve apparemment désacralisée pour pouvoir faire l'objet de recherches scientifiques objectivantes et naturalisantes. Cet apport récent de connaissances qui a contribué à la définition de nouvelles entités cliniques donnera peut-être lieu à des traitements médicaux innovants. Le fonctionnement neuro-physiologique des organes sexuels en vue de l'obtention du plaisir et du bien-être peut donc désormais être étudié en soi, indépendamment du rapport du sexe au sacré, mais aussi du rapport au psychisme, à la dimension relationnelle et au contexte social. La fonction sexuelle s'inscrit ainsi de plain-pied dans ce que Michel Foucault désignait comme le "sexe" au XIX^e siècle.

Les sexualités masculine et féminine au cours du XX^e siècle

Les débats actuels concernant la fonction sexuelle de l'homme et de la femme, qui se déroulent dans l'univers des cliniciens, des chercheurs et de l'industrie pharmaceutique, restent fondés sur la différence et l'opposition entre la nature biologique et irrépessible de la sexualité masculine et des "besoins" liés à sa "pulsion", et la nature psychologique et contrôlable de la sexualité féminine associée de façon dominante au romantisme et aux sentiments amoureux.

Cette opposition s'inscrit dans l'histoire de la fin du XIX^e, et du XX^e siècles dont on n'évoquera ici brièvement que quelques éléments. Thomas Laqueur rappelle en particulier les théories d'Elizabeth Blackwell (l'une des premières femmes à avoir exercé la médecine aux Etats-Unis) selon laquelle la sexualité de la femme était associée à "l'esprit" et celle de l'homme à la "nature", ce qui expliquait l'impassibilité dévolue aux femmes. Dans son ouvrage *Married Love*, publié pour la première fois en 1918, Marie Stopes, une célèbre suffragette britannique, donne des conseils visant à développer une bonne harmonie entre l'homme et la femme mariés^{xv}. Ces conseils sont fondés sur l'idée selon laquelle l'homme serait soumis à une pulsion sexuelle permanente et dont la satisfaction est placée sous le signe de l'urgence, alors que la pulsion sexuelle de la femme s'exprimerait de façon moins pressante : "Le désir de l'homme est permanent et celui de la femme intermittent. Si le désir de l'homme s'ébranle naturellement tous les jours, et celui de la femme seulement tous les 15 ou 30 jours, il peut sembler *a priori* impossible que les besoins des deux natures puissent être satisfaits dans une union de deux personnes seulement"^{xvi}. On voit bien dans ces discours comment un propos à finalité morale et pratique (un guide pour le comportement conjugal) vient s'ancrer et trouver ses justifications dans des caractéristiques naturelles et essentielles des sexualités masculines et féminines.

Plus tard, dans le *Rapport sur le comportement sexuel de l'homme* (1948), Alfred Kinsey a établi que la finalité biologique des contacts sexuels résidait dans l'obtention de l'orgasme et que le comportement sexuel était mesurable à l'aune de l'orgasme^{xvii}. Cet énoncé théorique fondamental pour la construction de la modernité sexuelle n'a pas fonctionné de la même façon pour les hommes et les femmes. Rappelons que, si l'orgasme et l'éjaculation sont considérés comme des phénomènes indépendants, Kinsey utilise de façon empirique l'éjaculation comme

la preuve de l'occurrence de l'orgasme du mâle^{xviii}. Cette position a dû être revue d'une façon plus nuancée dans le *Rapport sur le comportement sexuel de la femme* publié par Kinsey et ses collègues, quelques années plus tard, en 1953. En effet, il s'est avéré que les contacts sexuels déclarés par les femmes, et notamment le rapport sexuel conjugal (*marital intercourse*), n'aboutissaient pas nécessairement à l'orgasme. La définition même du "contact sexuel" s'est ainsi trouvée remise en question, mais aussi le mode de calcul de "l'exutoire total", un score construit sur la base de la totalité des contacts sexuels pour mesurer la totalité des orgasmes expérimentés au cours de la vie de chaque individu^{xix}. Kinsey et ses collègues ont été conduits à affirmer que la vie sexuelle des femmes était plus diffuse, moins centrée sur le génital, moins continue et moins orientée vers l'orgasme que celle des hommes. Mais inversement, ils ont reconnu que leur analyse du comportement sexuel des hommes avait amplifié l'importance des réponses génitales et orgastiques dans la sexualité masculine et sous-estimé les dimensions psychologiques et émotionnelles. La tentative de définition unitaire des fonctions de la sexualité sur le critère de l'orgasme échoue une fois de plus. Enfin on n'a pas suffisamment insisté sur le fait que Kinsey ait choisi de publier séparément les données et les analyses statistiques, ainsi que les théories concernant le comportement sexuel des hommes d'une part, et des femmes d'autre part, dans deux volumes différents.

Au cours des années soixante-dix, les premières critiques du modèle sexologique de la réponse sexuelle humaine de Masters & Johnson sont formulées. Une partie de ces commentateurs réfutent le modèle physiologique et naturaliste de la réponse sexuelle, fondé sur la centralité du rapport génital hétérosexuel, comme modalité principale et voire même exclusive de la production de l'orgasme^{xx}. Mais, plus tard, les critiques féministes, s'inscrivant dans une perspective égalitaire, proposent une nouvelle lecture de Masters & Johnson qui auraient pensé la sexualité sur le modèle de la domination de l'homme et de la soumission de la femme et sur le principe d'une plus faible importance de l'excitation féminine. Mary Boyle critique les positions de Masters & Johnson selon lesquels la sexualité féminine aurait un caractère beaucoup plus "problématique" que celle des hommes du fait que les femmes seraient plus sensibles que les hommes aux aspects psychologiques et situationnels des relations et des rencontres sexuelles, que les problèmes sexuels des femmes seraient localisés dans l'esprit et ceux des hommes dans le corps. La "complexité" de la sexualité féminine serait enfin fondée sur l'existence de la stimulation clitoridienne qui viendrait concurrencer les stimulations vaginales pour aboutir à l'orgasme. Mary Boyle poursuit cette ligne de critique à propos d'Helen Kaplan, qui avait proposé au cours des années soixante-dix un modèle sexologique intégrant les théories physiologiques et comportementalistes de Masters & Johnson et les théories psychodynamiques. Il est reproché à Helen Kaplan de considérer que les problèmes sexuels des femmes sont des attributs de la personne plutôt que du corps et donc plus "sérieux" que les problèmes sexuels mécaniques des hommes^{xxi} ; que la sexualité féminine est réceptive, dépendante, orientée par les sentiments, et "problématique" quand elle ne se conforme pas à l'idéal masculin de la pratique sexuelle^{xxii}. La "complexité" majeure attribuée à la sexualité féminine et l'intrication des dimensions physiologiques et psychologiques est ici discutée et

opposée à une "simplicité" de la sexualité masculine, plus dépendante de sa dimension biologique. La position féministe développée par Boyle s'inscrit dans un moment de la critique féministe de la construction sociale de la sexualité et dans la lignée développée par Shere Hite qui a revendiqué la masturbation clitoridienne comme forme principale d'autonomisation de la sexualité féminine.

En dehors de la parenthèse d'un certain féminisme américain des années soixante-dix, les dictionnaires reprennent inlassablement le même stéréotype. Dans le *Trésor de la Langue Française*, on peut lire à la rubrique "sexualité" que "la sexualité de la femme est plus inhibée et plus spiritualisée que celle de l'homme. Le processus de sublimation (...) donne à sa sexualité un caractère plus complexe que le simple désir de libération d'une tension (R. PIRET, Psychol. différentielle des sexes, Paris, P.U.F., 1973, p. 115) et plus loin, toujours en référence au même auteur, que "l'émotivité est caractéristique du sexe féminin; l'agressivité, du sexe masculin. L'émotivité est en relation avec les mécanismes physiologiques inhérents à la nature féminine, comme avec la pression socio-culturelle. Quant à l'agressivité, elle a également une base physique. Tolérée par la société, qui la considère comme un mode d'existence et d'expression spécifiquement masculin, elle se remarque dès l'enfance, dans les jeux et les querelles. (R. PIRET, op. cit. p. 120)^{xxiii}. On retrouve la dissymétrie entre les conceptions de la sexualité masculine et féminine dans le *Dictionnaire de la sexualité humaine*, qui propose deux entrées successives en distinguant "Anatomie et physiologie de l'érection" et "Anatomie sexuelle de la femme". Le fonctionnement sexuel de l'homme est implicitement réduit à son pénis alors que celui de la femme ne semble pas avoir de localisation organique précise^{xxiv}.

Développement inégal des recherches sur l'homme et sur la femme

La question des fonctionnements sexuels spécifiques de l'homme et de la femme est posée actuellement en termes de différence de configuration de la sexualité et des dimensions qui la composent. Dans ce nouveau contexte, la différence des sexes résiderait dans la part respective accordée aux dimensions biologiques, psychologiques et morales de la sexualité.

Les conceptions innovantes de la fonction sexuelle et la recherche de nouveaux médicaments visant à traiter les dysfonctions sexuelles n'ont pas fait l'objet de développements aussi rapides et aussi importants et n'ont pas reçu le même accueil public et politique selon qu'il s'agisse de la fonction et des dysfonctions sexuelles masculines ou féminines. Les travaux fondamentaux concernant la fonction sexuelle masculine, notamment l'érection, ont été bien plus développés depuis le début des années quatre-vingt^{xxv} que ceux portant sur la fonction sexuelle féminine (sur les troubles du désir et de l'excitation). Notons d'entrée de jeu, que les recherches sur la fonction sexuelle de l'homme ont été presque exclusivement centrées sur la fonction érectile, avant de se porter très récemment sur l'éjaculation, alors que les recherches sur la fonction sexuelle féminine portent sur le désir et l'excitation et secondairement sur la douleur ressentie au cours de la pénétration génitale. L'établissement de nouvelles définitions et de nouvelles entités nosographiques des troubles sexuels masculins a immédiatement fait l'objet d'un large

consensus^{xxvi}. La mise sur le marché du Viagra a suscité un enthousiasme démesuré. Ce produit est devenu le symbole d'une "nouvelle révolution sexuelle"^{xxvii}. En revanche, les nouvelles classifications des troubles sexuels féminins, l'établissement des données épidémiologiques de prévalence des dysfonctions sexuelles féminines^{xxviii} ont fait l'objet de débats bien plus animés et argumentés^{xxix} que les quelques résistances exprimées face à la "médicalisation de la sexualité" au moment de la mise sur le marché du Viagra^{xxx}.

Les débats en cours se situent cependant dans une certaine confusion entre la critique de l'influence grandissante de l'industrie pharmaceutique sur la recherche bio-médicale dans le domaine des troubles sexuels, et l'inadéquation supposée des nouveaux concepts et approches bio-médicaux désormais utilisés pour décrire et comprendre la sexualité féminine^{xxxi}. Un article du journaliste spécialisé Ray Moynihan, paru dans le *British Medical Journal* en Janvier 2003, pose clairement la question. Il dénonce l'emprise croissante de l'industrie pharmaceutique sur la recherche scientifique et médicale dans ce domaine, et l'incitation à "inventer de nouvelles pathologies" regroupées sous le sigle des "dysfonctions sexuelles féminines" (*Female Sexual Dysfunction* - FSD). Il estime "qu'alors que l'évaluation des problèmes sexuels des hommes a été centrée presque exclusivement sur les érections, les réponses sexuelles féminines se sont avérées bien plus difficiles à quantifier"^{xxxii}. On retrouve ici les difficultés déjà exprimées par Kinsey et ses collègues à propos de l'évaluation des comportements sexuels des femmes, à l'aune de l'orgasme. C'est peut-être en réponse aux difficultés rencontrées lors de l'évaluation des troubles sexuels des femmes et face à la levée de boucliers suscité par les tentatives d'application du sildénafil aux femmes que la firme Pfizer a suspendu les essais cliniques visant à adapter le sildénafil aux troubles sexuels féminins. Par ailleurs, alors que la F.D.A. aux Etats-Unis (Mai 2005) a rejeté les demandes d'homologation d'un patch de testostérone visant à traiter le "désir sexuel hypoactif" chez la femme^{xxxiii}, ce médicament a obtenu son Autorisation de Mise sur le Marché européenne le 28 Juillet 2006.

Echelles d'évaluation de la Fonction Sexuelle : hommes et femmes différents ?

Le développement des sciences biologiques appliquées à la fonction sexuelle, au cours des années quatre-vingt-dix reprend le double modèle traditionnel des sexualités masculine et féminine. Cette fois-ci, le temps est aux essais cliniques des médicaments, au diagnostic des troubles de la fonction sexuelle et à la construction des instruments d'évaluation .

La fonction érectile : une réduction de la fonction sexuelle de l'homme

Du côté masculin, en 1997, l'"*International Index of Erectile Function*" (IIEF) est élaboré avec le soutien de la firme Pfizer qui commercialise le Viagra^{xxxiv}. Alors que des dizaines de questionnaires permettant d'évaluer l'activité sexuelle et les dysfonctions sexuelles existaient déjà sur le marché^{xxxv}, un groupe de chercheurs soutenu par l'industrie pharmaceutique met en avant un objectif premier : résoudre les difficultés d'établissement du diagnostic et évaluer les résultats des essais thérapeutiques des nouveaux traitements de l'impuissance. Ils affirment

qu'"aucun des outils existants n'a démontré sa validité sélective ni une sensibilité suffisante pour évaluer les résultats des traitements dans des essais cliniques multinationaux." ^{xxxvi}. L'IIEF est un questionnaire comprenant 15 questions visant à évaluer la fonction érectile, "facile d'utilisation dans les essais et le contexte clinique". Une version de cette échelle ne retenant que 5 questions est par ailleurs proposée à la consultation clinique en médecine générale. Elle permet d'évaluer la capacité à produire des érections au moment des relations sexuelles et comporte des questions sur l'éjaculation et l'orgasme. Elle ne comporte cependant qu'une seule question de type psychologique qui porte sur la "satisfaction concernant l'érection et la relation sexuelle". Cette échelle d'évaluation constitue ainsi un recul par rapport à la classification de l'*American Psychiatric Association* (DSM IV) dans laquelle la présence d'un "*personal distress*" (retentissement psychologique) et de "difficultés relationnelles" est nécessaire pour l'établissement du trouble érectile. C'est-à-dire que l'expression d'une souffrance associée à la dysfonction érectile est nécessaire pour considérer qu'un trouble érectile physiologique constitue une affection pathologique. L'IIEF propose une réduction de la fonction sexuelle à l'évaluation du fonctionnement érectile. Il passe sous silence les appréciations subjectives ou même la souffrance de l'homme qui consulte. Soulignons enfin que le titre de cette échelle d'évaluation psychométrique est focalisé sur la "fonction érectile" alors que l'échelle inclut d'autres aspects du cycle de la réponse sexuelle humaine (excitation, éjaculation, orgasme). L'érection apparaît ainsi comme la métonymie ("la partie pour le tout") de la sexualité masculine.

La fonction sexuelle de la femme : une fonction psychologique ?

La situation se présente différemment, quelques années plus tard, lorsque le même groupe de chercheurs élabore le *Female Sexual Function Index* – FSFI (Index de la Fonction Sexuelle Féminine)^{xxxvii}. Observons tout de suite que cette échelle d'évaluation a pour titre une "fonction sexuelle féminine" qui n'est pas réduite à l'une ou l'autre des composantes, ni à un des organes qui concourent à l'accomplissement du cycle de la réponse sexuelle humaine. Cette fonction sexuelle est présentée de façon globale et s'inscrit dans la différence sexuelle, alors que celle de l'homme est désignée par un organe. La nouvelle échelle comporte dix-neuf questions soit quatre de plus que dans la version masculine. Le FSFI comporte ainsi des questions sur les différentes phases de la réponse sexuelle : le désir ou l'intérêt pour la sexualité, l'apparition et le maintien de l'excitation sexuelle (il s'agit de la lubrification vaginale), l'orgasme, mais aussi la confiance en soi, la proximité émotionnelle avec le partenaire, la satisfaction à l'égard de la relation avec le partenaire, la satisfaction à l'égard de la vie sexuelle dans son ensemble, et enfin la douleur ou un désagrément pendant la pénétration vaginale. Mais c'est l'introduction de questions de type psychologique et relationnel au cœur même de cet instrument d'évaluation de la "fonction sexuelle féminine" qui signe la différence majeure avec l'instrument d'évaluation destiné aux hommes. À titre d'exemple, le "trouble de l'excitation sexuelle" (*Sexual Arousal Disorder*) est défini comme "l'incapacité persistante ou récurrente à atteindre ou à maintenir une excitation sexuelle suffisante, ce qui cause une détresse personnelle. Ce trouble peut s'exprimer sous la forme d'une absence d'excitation subjective ou d'une absence de lubrification ou

HAL author manuscript inserm-00137692, version 1

d'humidification génitale ou d'autres réponses somatiques^{xxxviii}. Le trouble de l'excitation est donc doublement défini aux niveaux organique et psychologique et la seule présence de la dimension psychologique du trouble suffit à établir le trouble au plan diagnostique. On est ainsi face à deux dimensions différentes du trouble pouvant exister l'une sans l'autre. Par ailleurs, la présence de la "détresse personnelle" (empruntée au DSM IV) intervient dans la définition même du trouble. C'est-à-dire que si le trouble est soit principalement somatique ou psychique, il doit nécessairement être accompagné de ce sentiment de "détresse personnelle" pour être qualifié de trouble. Enfin, l'échelle comporte des éléments de type uniquement subjectif tels la confiance et la satisfaction associées à l'excitation, le désir, et le degré de proximité émotionnelle avec le partenaire. Ce qui confirme l'orientation psychologique et relationnelle de l'échelle d'évaluation de la fonction sexuelle féminine et au delà, de la conception idéologique qui la sous-tend.

Les femmes différentes des hommes ?

Ces deux échelles destinées à l'évaluation des troubles sexuels masculins et féminins sont donc fondées sur des conceptions différentes de la nosographie de ces troubles. Chez l'homme, la dysfonction sexuelle réside en dernière analyse sur des troubles du comportement et de l'accomplissement physiologique des différentes fonctions (érection, éjaculation, orgasme) qui composent le cycle de la réponse sexuelle dans sa dimension strictement comportementale et sans inclusion à un degré ou un autre des composantes psychologiques ou subjectives. Chez la femme, une série de troubles physiologiques concernant l'accomplissement de certaines fonctions (lubrification, excitation, orgasme, douleur) sont bien identifiés. Mais leur inclusion dans la classification nosographique n'est pas considérée comme suffisante pour l'établissement du trouble. Le trouble sexuel féminin n'est établi au plan nosographique que s'il est accompagné à un moment ou un autre par un retentissement subjectif, des manifestations d'ordre psychologique, une "détresse personnelle" ou par des "difficultés relationnelles". Les nouvelles définitions des troubles sexuels féminins sont beaucoup plus en adéquation avec les principes sur lesquels est fondé le DSM IV de l'*American Psychiatric Association*^{xxxix}, contrairement aux troubles de la fonction sexuelle de l'homme dont nous avons montré qu'ils se situaient en deçà du DSM IV.

La différence d'explication de l'origine étiologique entre les troubles sexuels masculins et féminins se retrouve dans les opinions et les croyances partagées par les professionnels de la santé sexuelle : les sexologues. Dans une enquête sur la profession de sexologue réalisée en 1999, soit au cours de la première année de la mise sur le marché des nouveaux médicaments de l'érection (le Viagra), on avait demandé si les troubles sexuels de l'homme et de la femme étaient d'origine "plutôt organique", "plutôt psychologique" ou "les deux". Globalement, la majorité des sexologues exerçant en France considèrent que les troubles sexuels ont une origine "totalement ou plutôt psychologique". A l'opposé, seulement un pour cent d'entre eux considèrent que les troubles sexuels ont une origine "totalement ou plutôt organique". Mais on note des différences significatives en ce qui concerne la différence d'origine des troubles

sexuels masculins et féminins. 46 % des répondants considèrent que les troubles sexuels des hommes ont une origine "totalement ou plutôt psychologique" et 63 % d'entre eux partagent cette conception lorsqu'il s'agit des troubles sexuels féminins. Par ailleurs, près de 40 % des répondants attribuent une étiologie multifactorielle aux troubles sexuels masculins et seulement 22 % aux troubles sexuels féminins^x. Les sexologues français expriment ainsi l'opinion selon laquelle les troubles sexuels des femmes sont plus fréquemment d'origine psychologique que ceux des hommes.

En dépit de cette différence fondamentale dans la conception de ces nouvelles définitions des troubles sexuels féminins et masculins, les nouvelles définitions des troubles sexuels féminins ont fait l'objet d'un débat nourri et de critiques nombreuses et véhémentes au sein de la communauté des chercheurs et des cliniciens aux Etats-Unis^{xi}. Ce milieu professionnel et politique apparaît très divisé sur la question de la "médicalisation de la fonction sexuelle féminine"^{xiii}. Les critiques sont fondées sur quelques idées-force : (1) ces nouvelles classifications ne seraient pas "appropriées" pour comprendre l'expérience des troubles sexuels féminins ; (2) les troubles sexuels féminins seraient beaucoup plus dépendants du contexte social et relationnel de la femme que des modifications physiologiques ; et enfin (3) l'absence de "réceptivité" ou d'appétit sexuel chez la femme est, dans un certain nombre de situations, une réaction "adaptée" qui ne peut être réduite à une dysfonction ou une pathologie.

Ces positions ont été exprimées tout d'abord dans le contexte d'une coalition politique et professionnelle visant à reconceptualiser les problèmes sexuels féminins. En conclusion de leur ouvrage "*New views on women "sexual problems"*", Kaschak & Tiefer prennent position contre les évolutions actuelles de la nosographie des troubles sexuels féminins. Elles recommandent "d'écouter les récits des femmes dans la mesure où leurs problèmes ne sont pas réductibles aux classifications nosographiques dominantes". Elles considèrent que la réduction physiologique de la "fonction sexuelle normale" implique, de façon inacceptable que l'on pourrait évaluer et traiter les difficultés génitales sans tenir compte de la relation et du contexte dans lesquels se trouve la femme. "Toutes les femmes sont différentes et leurs besoins sexuels, satisfactions, et problèmes ne cadrent pas avec les catégories de désir, excitation, orgasme, ou douleur génitale. Les femmes diffèrent au plan de leurs valeurs, de leur approche de la sexualité, de leurs références culturelles et de leurs situations actuelles et ces différences ne peuvent être réduites à une notion de dysfonction ni traitées par un traitement identique"^{xiii}. En d'autres termes, Kaschak & Tiefer considèrent que la sexualité féminine ne peut être réduite à la fonction sexuelle et que les concepts physiologiques de la fonction sexuelle sont inappropriés pour saisir une essence supposée de la sexualité féminine indissociable de ses dimensions psychosociales. Il n'existerait donc pas d'entité, physiologique assimilable à une fonction sexuelle féminine.

Cette idée est reprise et argumentée dans un registre plus systématique par John Bancroft et l'équipe de chercheurs et de cliniciens du *Kinsey Institute*. Dans une étude sur "le malaise et les problèmes des femmes impliquées dans une relation hétérosexuelle", cette équipe développe

des idées similaires à celles présentées par Kaschak & Tiefer : "La sexualité des femmes est différente de celle des hommes et les concepts élaborés actuellement pour comprendre la réponse sexuelle et les troubles sexuels sont inappropriés pour traiter la fonction et les dysfonctions sexuelles des femmes du fait des connotations médicales véhiculées par le terme de dysfonction"^{xiv}. De façon étrange, c'est l'idée même d'une approche médicale des troubles sexuels féminins qui est critiquée par une équipe médicale. Une fois de plus la réduction physiologique des troubles sexuels est refusée et considérée comme inappropriée pour traiter de la sexualité féminine. Cette idée est par ailleurs appuyée sur des observations de type biologique dans une autre étude où, John Bancroft développe son argumentation en considérant que les différences entre la sexualité masculine et féminine sont liés à une différence de retentissement et de sensibilité aux modifications des degrés de testostérone. Les femmes seraient plus sensibles à de faibles variations de la testostérone, ce qui expliquerait la diversité des comportements sexuels des femmes, alors que la sensibilité des hommes, à partir de plus fortes modifications de la testostérone expliquerait la plus grande homogénéité des comportements sexuels masculins^{xv}. Bancroft et son équipe proposent enfin de distinguer les "dysfonctions sexuelles", cliniquement et médicalement établies et les "problèmes sexuels" qui seraient de nature plus psychologiques et relationnels et concernent la majorité des "problèmes" des femmes.

Mais Bancroft et son équipe apportent un élément supplémentaire à leur critique de l'approche médicalisée des troubles sexuels féminins : "l'absence ou la diminution d'intérêt sexuel n'est pas nécessairement dysfonctionnelle ou inadaptée : la réaction à certaines circonstances situationnelles, ce qui dans le monde actuel comprend des états de fatigue ou de dépression, ou la présence de circonstances adverses au sein de la relation sexuelle ou des conditions de vie de la femme (...) ne sont pas la preuve d'une dysfonction du système de la réponse sexuelle"^{xvi}. Cette position de bon sens vient en contrepoint de la nouvelle nomenclature des troubles de la fonction sexuelle féminine qui ont défini le "désir hypo-actif" comme l'un des principaux troubles sexuels de la femme^{xvii}. L'absence de désir ou de disponibilité sexuelle de la femme ne doit donc pas être systématiquement considéré comme une forme pathologique, et bien au contraire, dans un certain nombre de situations ce serait la seule forme de réponse adaptée.

Avec cette idée, on atteint le point extrême de la différenciation entre la sexualité masculine et féminine : le retrait et la baisse d'intérêt pour la sexualité serait "normal" et "adapté" pour la femme, dans certaines situations, alors qu'il n'est même pas envisageable comme une réaction positive pour l'homme. Le caractère potentiellement "adaptatif" ou même "normal" des "troubles érectiles" ou plutôt de la diminution de la fréquence ou de la rigidité ou du maintien des érections chez les hommes n'a pas été discuté parmi les cliniciens et les chercheurs biomédicaux. L'absence ou la diminution de la qualité des érections est implicitement supposée constituer un "problème" ou un "trouble" en soi chez les hommes, quelle que soit la situation ou le contexte relationnel dans lequel ils se trouvent. C'est la "double morale sexuelle implicite"

sous-jacente à cette position qui reste critiquable au regard du principe de l'égalité entre les sexes.

Les perspectives les plus récentes de la recherche sur les troubles de l'érection abondent encore plus dans ce sens : l'absence ou la diminution des érections est désormais considérée comme le signe d'une "dysfonction endothéliale" et constitue le "symptôme sentinelle" de toute une série de troubles cardio-vasculaires. Au delà de son utilité pour la vie sexuelle, l'érection devient un indicateur central de l'état de santé des hommes et en particulier des hommes vieillissants^{xviii}. Ainsi alors que l'on considère que la baisse d'activité sexuelle et de désir chez la femme puisse être une réaction adaptée à une situation, l'absence d'érection masculine devient un problème majeur de la santé des hommes... même si ces derniers ne se plaignent pas toujours ni très souvent de la diminution de leur libido.

Alain Giami

1 Inserm, U822, Le Kremlin Bicêtre, F-94276, France

2 INED, Le Kremlin Bicêtre, F-94276, France

3 Université Paris-Sud 11, Faculté de médecine, IFR69, Le Kremlin Bicêtre, F-94276, France

Références

ⁱ Krane, R., Goldstein, I., Saenz de Tejada, I. (1989). Impotence. *The New England Journal of Medicine*, 321, (24), 1648-1659.

ⁱⁱ Connell, R.W. (1995). *Masculinities*. Cambridge, Polity Press

ⁱⁱⁱ Lanteri Laura, G. (1979). Lecture des perversions. Histoire de leur appropriation médicale. Paris, Masson. "Le discours scientifique est à la fois connaissance (vraie ou présumée vraie) des phénomènes et connaissance des opinions (sociales) sur ces mêmes phénomènes. Prétendre ne s'intéresser qu'à la connaissance des phénomènes, c'est adopter à l'avance un parti sur la connaissance des opinions, car c'est admettre avant tout examen que les opinions se réduisent à des connaissances fallacieuses ou imparfaites, destinées à disparaître quand se montre la connaissance vraie. ... En matière de perversions, nous ne pouvons oublier que c'est la *doxa* qui délimite le champ des phénomènes dont l'*épistémé* traitera : l'opinion vient indiquer le domaine des comportements pervers, et la connaissance reste à cet égard tributaire de l'opinion, même si elle modifie en cours de route l'étendue de ce champ. C'est pourquoi, en nous astreignant avec vigilance aux distinctions nécessaires, nous devons tout à la fois élucider un certain nombre de théories psychopathologiques des perversions et comprendre leurs rapports avec les représentations sociales qui aident notre culture à s'accommoder de l'existence des perversions et de la présence des pervers. p. 15

^{iv} Gilman, S. (1985). *Difference and Pathology - Stereotypes of sexuality, race and madness*. Ithaca, N.Y. Cornell University Press. Laqueur, Th. (2005), *Le sexe en solitaire*. Paris, Gallimard.

Mis en forme :
Anglais
(Royaume-Uni)

^v Bland, L., Doan, L. (Eds.). (1999). *Sexology in culture. Labelling bodies and desires*. Cambridge, Polity Press.

Mis en forme :
Anglais
(Royaume-Uni)

^{vi} Ericksen, J., & Steffen, S. (1999). *Kiss and Tell. Surveying Sex in the Twentieth Century*. Cambridge, Harvard University Press. Giami, A. (1993) Le questionnaire ACSF : l'influence d'une représentation épidémiologique de la sexualité. *Population*, n° 5, pp. 1229-1256. Stanley, L. (1995). *Sex Surveyed 1949-1994. From Mass-Observation's "Little Kinsey" to the National Survey and the Hite Reports*. London, Taylor and Francis.

^{vii} Giami, A. (2002). Sexual health : the emergence, development and diversity of a concept. *Annual Review of Sex Research*, 2002, vol. XIII, pp. 1-35.

^{viii} Giami, A. (1991). De Kinsey au sida : l'évolution de la construction du comportement sexuel dans les enquêtes quantitatives. *Sciences Sociales et Santé*. vol IX, n° 4, pp. 23-56.

^{ix} Gagnon, J. Simon, W. (1973). *Sexual Conduct*. Chicago, Aldine.

^x Giami, A. (1993). *op. cit.*

^{xi} Masters, W., Johnson, V. (1966). *Human Sexual Response*. Boston, Little Brown and C°.

Mis en forme :
Anglais
(Royaume-Uni)

^{xii} Zwang, G. (1972). *La fonction érotique*. Paris, Robert Laffont. (3 volumes).

^{xiii} Jardin, A., Wagner, G., Khoury, S., Giuliano, F., Padma-Nathan, H., Rosen, R. (2000). *Erectile Dysfunction (1st international Consultation on Erectile Dysfunction)*. Paris.

^{xiv} Selon Alain Jardin, ancien chef de service d'urologie de l'hôpital de Bicêtre, ce développement apparaît cependant encore très limité (Le Monde, 25 Février 2005).

^{xv} Rappelons que le mariage de Marie Stopes avec Reginald Gates a été annulé en 1916, pour n'avoir pas été consommé.

^{xvi} Stopes, M. (1936). *Married Love*. London, Putnam, (p. 51). Il s'agit de la 22° édition d'un ouvrage publié en 1918 pour la première fois.

^{xvii} Kinsey A., Pomeroy W., Martin C., Gebhard P. (1948). *Sexual Behavior in the Human Male*. Philadelphia, Saunders.

^{xviii} Op.cit. (2° édition), p. 160.

^{xix} Kinsey A., Pomeroy W., Martin C., Gebhard P. (1953). *Sexual Behavior in the Human Female*. Philadelphia, Saunders.

^{xx} Robinson, P. (1976). *The Modernization of Sex*. New York, Haper & Row.

^{xxi} Boyle, M. (1993). Sexual dysfunction or Heterosexual Dysfunction ? pp. 203-218 in : Sue Wilkinson and Celia Kitzinger (eds). *Heterosexuality. A Feminist and Psychology Reader*. London, Sage (p. 214).

^{xxii} Boyle, M. *op. cit.* p. 215.

^{xxiii} *Trésor de la Langue Française* sur Internet.

<http://atilf.atilf.fr/dendien/scripts/tlfiv5/advanced.exe?8;s=2673886140;>

^{xxiv} Brenot Ph. (2004). *Dictionnaire de la sexualité humaine*. Bordeaux. L'esprit du temps, Pfizer.

^{xxv} Giami, A. (2004). De l'impuissance à la dysfonction érectile. Destins de la médicalisation de la sexualité. pp. 77-108. In : D. Fassin, D. Memmi (eds). *Le gouvernement des corps*. Paris, éditions EHESS.

^{xxvi} NIH Consensus Conference (1993). Impotence - NIH Consensus Development Panel on Impotence. *Journal of the American Medical Association*, 270, (1), 83-90.

^{xxvii} Hitt, J. (2000). The second sexual revolution. *The New York Times Magazine*, 20 février 2000.

^{xxviii} West, S., Vinikoor, L., Zolnoun, D. (2004). A Systematic Review of the Literature on Female Sexual Dysfunction Prevalence and Predictors. *Annual Review of Sex Research*, 2004, Vol. 15, pp. 40-172.

^{xxix} Bancroft, J., Loftus, J., Long, JS. (2003). Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. *Archives of Sexual Behavior*, 32(3):193-208. Basson, R. et al. (2000). Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *Journal of Urology*, 163(3):888-93.

Mis en forme :
Anglais
(Royaume-Uni)

^{xxx} Tiefer, L. (1998). Doing the Viagra Tango. *Radical Philosophy*, n° 92, pp. 2-5.

^{xxxi} Kaschak, E., Tiefer, L. (eds.) (2001). *A New View of Women's Sexual Problems*. Binghamton, N.Y. : Haworth Press.

^{xxxii} Moynihan, R. (2003). The making of a disease: Female Sexual Dysfunction. *British Medical Journal*, 326: 45-47.

^{xxxiii} Tiefer, L. (2004). Showdown in Gaithersburg: The New View Report on the FDA Advisory Committee Hearing on Procter & Gamble's Testosterone Patch, "Intrinsa," held on December 2, 2004. Communication personnelle.

^{xxxiv} Rosen, RC, Riley, A., Wagner, G., Osterloh, IH, Kirkpatrick, J., Mishra, A. (1997). The International Index of Erectile Function. *Urology*, N° 49, pp. 822-830.

^{xxxv} Sur ce point voir : Davis, C., Yarber, W., Bauserman, R., Schreer, G., Davis, S. (1998). *Handbook of Sexuality-Related Measures*. Thousand Oaks, London, New Delhi, Sage,

^{xxxvi} Rosen RC et al. *op. cit.* p. 823.

^{xxxvii} Rosen, R. C., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C. M., Shabsigh, R., Ferguson, D., & D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26, 191-208.

^{xxxviii} Rosen, RC. et al. *op. cit.* p. 193.

^{xxxix} Bancroft, J., Graham, C., McCord, C. (2001). Conceptualizing women's sexual problems. *Journal of Sex & Marital Therapy*, N° 27, pp. 95-104.

^{xl} Giami A, de Colomby P. (2001). Profession sexologue ? *Sociétés Contemporaines*. n° 41-42, pp. 41-63.

^{xli} En France, le débat est quasiment inexistant ou ne fait qu'enregistrer les discussions nord-américaines peu accessibles aux cliniciens francophones, qui maîtrisent rarement la langue anglaise.

^{xlii} On peut prendre la mesure de ce débat en lisant les réponses électroniques envoyées par les lecteurs à la suite de la publication d'un article dans le *British Medical Journal* : Moynihan R. *op. cit.*

^{xliii} Le manifeste du groupe "New views of Women's sexual problems" exprime de façon très claire l'opposition de ses membres à la classification officielle des troubles sexuels: "We believe that a fundamental barrier to understanding women's sexuality is the medical classification scheme in current use, developed by the American Psychiatric Association (APA) for its Diagnostic and Statistical Manual of Disorders (DSM) in 1980, and revised in 1987 and 1994". In : *Electronic Journal of Human Sexuality*, Volume 3, November 15, 2000. <http://www.ejhs.org/volume3/newview.htm>

^{xliv} Bancroft J. et al. (2003) *op. cit.* p. 194

^{xlv} Bancroft J. (2002). Sexual effects of androgens in women : some theoretical considerations. *Fertility & Sterility*, Vol 77, n° 4 Suppl. 4, pp. S55-59.

^{xlvi} Bancroft et al. (2003). *op. cit.* p. 194.

^{xlvii} Rosen, R., Leiblum, S. (1995). Hypoactive sexual desire. *The psychiatric clinics of North America*. Vol. 18, (1), pp. 107-121

^{xlviii} Bondil, P. (2004). *La dysfonction érectile*. Paris, John Libbey.