

Le plaisir f

> **Orgasmes multiples, point G, éjaculations féminines, excitation vaginale ou clitoridienne: la sexualité des femmes est beaucoup plus riche et variée que celle des hommes. Explications du nouveau responsable de la Consultation de gynécologie psychosomatique et sexologie, Francesco Bianchi-Demicheli**

12

> **La sexualité féminine est encore largement méconnue. Plusieurs études auxquelles collaborent des chercheurs genevois se penchent sur le désir sexuel chez les femmes à l'aide de l'imagerie cérébrale**

> **La sexologie genevoise bénéficie depuis quatre décennies d'un rayonnement international. Rencontre avec Georges Abraham, cofondateur, avec Willy Pasini, de la première unité universitaire de sexologie européenne**

Dossier réalisé par Vincent Monnet et Anton Vos
Photographies: Olivier Vogelsang

féminin

«Il n'y a pas un orgasme supérieur à l'autre»

La Consultation de gynécologie psychosomatique et sexologie à Genève a un nouveau chef en la personne du docteur Francesco Bianchi-Demicheli. Sa spécialité: la sexualité féminine. L'occasion de faire le point sur un sujet controversé

La sexualité féminine a souffert durant des millénaires d'une oppression sans pitié. Aujourd'hui, elle se libère de son carcan et, au lieu du néant ou du diable, les sexologues y découvrent une richesse et une diversité surprenantes, obligeant la notion de «normalité» à devenir très élastique. Signe de l'intérêt que suscite le sujet, le nombre de controverses scientifiques entourant l'excitation et l'orgasme féminin est important. Fraîchement arrivé à la tête de la Consultation de gynécologie psychosomatique et sexologie à Genève, le docteur Francesco Bianchi-Demicheli fait le point en regard des dernières connaissances scientifiques. L'occasion également de trier le bon grain de l'ivraie face à l'avalanche d'informations plus ou moins fausses déversées chaque jour sur le sujet par la presse féminine.

«On a accepté le fait que la femme ressent un plaisir sexuel comparable à celui de l'homme que très récemment, explique Francesco Bianchi-Demicheli. Toutefois, si le plaisir est comparable, la sexualité féminine reste beaucoup plus complexe.»

Les controverses scientifiques sont là pour le montrer. Que ce soit pour le légendaire point G, l'excitation clitoridienne ou vaginale, la multiplicité des orgasmes et même pour le phénomène rare et spectaculaire de

l'éjaculation féminine (lire les encadrés ci-contre), il existe des différences très importantes non seulement entre les femmes, mais aussi selon le moment, la situation et l'âge considérés. Certaines ont expérimenté des orgasmes multiples et d'autres jamais. Mais, à l'occasion d'un changement de partenaire, par exemple, une femme peut subitement devenir multi-orgasmique sans l'avoir jamais été auparavant.

«Certains chercheurs ont tenté de modéliser les différences qui existent dans la sexualité des hommes et des femmes, poursuit

Francesco Bianchi-Demicheli. On peut admettre, bien que cela soit discutable, que l'homme ait un désir sexuel capable de s'éveiller à tout moment. Chez la femme, cela se passe autrement. Elle a davantage besoin d'intimité, d'un bien-être avec son partenaire pour faire naître le désir. Il lui faut un climat sentimental particulier. De plus, une femme sera nettement plus disposée à avoir un autre rapport avec un homme si elle a été satisfaite, non seulement pendant l'acte, mais aussi après, c'est-à-dire au cours de ce moment de tendresse qui suit les ébats amoureux. Curieusement, c'est aussi le

Les orgasmes multiples

► Les études indiquent que 17% des femmes peuvent ressentir plusieurs orgasmes de suite, sans pause. Contrairement à l'homme qui, dans la très grande majorité des cas, passe, après la jouissance, par une période réfractaire plus ou moins longue (de quelques secondes jusqu'à plusieurs jours, selon l'âge et le degré d'excitation), les femmes peuvent être multi-orgasmiques. Certaines, assez rares, peuvent atteindre le climax plus d'une trentaine de fois par jour.

► La proportion de 17% est toutefois discutable, puisqu'elle ne comprend que les femmes ayant effectivement vécu une telle expérience. Selon Francesco Bianchi-Demicheli, ce chiffre pourrait atteindre 40%, à l'appui de résultats de certaines études cliniques, si l'on tient compte

des femmes multi-orgasmiques qui s'ignorent: celles qui n'ont pas encore exploré leur sexualité jusqu'au bout ou qui n'ont peut-être pas encore rencontré le partenaire susceptible de leur apporter ce genre de sensations. Il existe d'ailleurs des femmes qui sont passées de l'état anorgasmique à multi-orgasmique uniquement en changeant de partenaire.

Clitoridienne ou vaginale?

► Sigmund Freud prétendait qu'une femme n'était pas mûre tant qu'elle n'avait pas de plaisir vaginal. Aujourd'hui encore, il existe certaines écoles de pensée qui prétendent la même chose. Pour Francesco Bianchi-Demicheli, il s'agit de revoir cette vision en tenant compte des connaissances scientifiques actuelles. Ces dernières indiquent que la différence entre l'orgasme clitoridien et vaginal n'a

moment où beaucoup d'hommes choisissent de partir. De fuir comme des voleurs, comme le disent beaucoup de mes patientes. Peu de sexologues s'intéressent à ce qui se passe après le coït. Pourtant, c'est un moment où la femme se ressource tout en faisant une lecture cognitive et émotionnelle de l'évène-

ment. Son désir pour un nouveau rapport sexuel se nourrit de ces instants.»

Concernant l'acte sexuel lui-même, le sexologue genevois s'élève contre toutes les «recettes» et autres «trucs» vendus par la presse féminine pour atteindre le «septième ciel», de vivre des orgasmes

incomparables, etc. Pour lui, il n'existe pas de hiérarchie dans les orgasmes, l'un n'est pas supérieur à l'autre. Et le fait que celui-ci soit vaginal ou clitoridien n'a rien à voir avec la maturité de la femme, contrairement à ce que la psychanalyse a laissé entendre à ses débuts. De même, expérimenter des orgasmes multiples n'est pas forcément plus satisfaisant que de se contenter d'un seul. Tous les types de jouissance se valent. La satisfaction d'une femme ne se mesure d'ailleurs pas au nombre d'orgasmes qu'elle peut vivre. «On confond souvent la satisfaction globale que l'on retire d'une relation avec ce que peut être le plaisir de l'orgasme, note Francesco Bianchi-Demicheli. Evidemment, l'idéal serait d'être amoureux et d'avoir un plaisir physique avec la même personne. Cela existe. Mais il est tout aussi possible qu'une femme puisse jouir plusieurs fois sans être satisfaite dans sa relation. Ou, au contraire, n'avoir jamais d'orgasmes et être heureuse avec son partenaire. On le voit, la palette des comportements est très large. Il est d'ailleurs difficile de définir une normalité à partir de laquelle on peut reconnaître des pathologies. A mes yeux, tant qu'il n'y a pas de souffrance, il n'y a pas de pathologie.» ■



rien à voir avec la maturité ou un quelconque degré de féminité. Du point de vue de la réponse du cerveau, qui est le siège du plaisir et des sensations, rien ne distingue les deux types d'orgasmes.

► S'il existe des femmes plutôt «clitoridiennes» ou plutôt «vaginales», c'est certainement dû au développement tout au long de la vie de réseaux neuronaux sous l'action de stimuli plutôt que d'autres. Certains de ces réseaux sont d'ailleurs déjà présents à la naissance pour des raisons autres que sexuelles.

Le point G

► La controverse se poursuit aujourd'hui sur l'existence du point G (décrit pour la première fois par le médecin allemand Ernest Grafenberg en 1953). Du point de vue anatomique, il serait localisé quelque part dans le tiers inférieur du vagin.

On retrouve en effet chez certaines femmes des résidus des cellules embryonnaires prostatiques – un vestige de prostate pourrait-on dire – autour de l'urètre à peu près à la même hauteur que le point G. Leur quantité varie d'une femme à l'autre. Quelques études ont découvert une plus grande concentration de fibres nerveuses à cet endroit, d'autres n'ont rien trouvé.

► Les choses sont nettement plus claires du point de vue clinique. La littérature scientifique abonde en témoignages sur le sujet. Seulement, toutes les femmes n'y sont sensibles, et celles qui le sont ne le sont pas toujours. En d'autres termes, ce n'est pas un bouton que l'on presse et qui s'active de façon automatique. La condition préalable pour qu'il fonctionne est que la femme soit déjà en état d'excitation. Ce facteur peut aussi

varier selon le partenaire sexuel ou l'état d'esprit. Mais si toutes les conditions sont remplies, les femmes semblent alors ressentir des sensations beaucoup plus intenses dans la région du point G.

Ejaculations féminines

► Certaines femmes voient leurs orgasmes accompagnés d'éjaculations de liquide. Et ce en des quantités parfois beaucoup plus importantes que chez un homme. A tel point que les femmes concernées en éprouvent souvent de la honte. Elles pensent être incontinentes. Il est vrai que le liquide est éjecté par l'urètre (et non par le vagin), mais il est différent de l'urine dans sa composition. De même, il se distingue du liquide sécrété durant l'excitation. La question demeure donc ouverte.

Un nombre croissant d'études démontrent le rôle prépondérant du système nerveux central dans la fonction sexuelle de la femme

«*Si l'on veut en savoir davantage sur le plaisir sexuel féminin, il faut concentrer la recherche sur le cerveau.*» Pour Francesco Bianchi-Demicheli, responsable de la Consultation de gynécologie psychosomatique et sexologie à Genève, cela ne fait aucun doute: c'est dans le système nerveux central que se trouvent les clés de la compréhension de l'orgasme féminin. «*C'est pour cela que l'on observe autant de différences chez les femmes, que les mêmes stimulations peuvent engendrer des réponses très variables d'une personne à*

l'autre ou selon le moment et l'humeur, explique-t-il. Les sexologues ont eu trop tendance à ne s'intéresser qu'à la périphérie (point G, orgasme clitoridien ou vaginal...) en oubliant que la sexualité est en réalité gérée par le cerveau.»

De plus en plus d'études tendent à renforcer cette vision. L'une des plus spectaculaires a été publiée dans la revue *Archives of Sexual Behaviour* du mois d'avril 1992. Beverly Whipple, de l'Université du New Jersey, et ses collègues y présentent l'exemple de

femmes atteignant l'orgasme par la seule pensée (autosuggestion d'images érotiques) sans aucune stimulation physique. Les chercheurs ont également observé que les caractéristiques de ces orgasmes (augmentation de la pression sanguine, du rythme cardiaque et du diamètre de la pupille) sont comparables à celles des orgasmes provoqués par la masturbation. «*Sur la base de ces résultats, nous affirmons que la stimulation physique des parties génitales n'est à l'évidence pas nécessaire pour reproduire un*

Le cerveau, organe



état correspondant à celui d'un orgasme et qu'il est justifié de redéfinir la nature de celui-ci», concluent-ils. Dans la même veine, une étude plus ancienne, menée en 1976, rapporte des cas d'orgasmes nocturnes.

Toutefois, en majorité, le plaisir sexuel est induit par stimulation physique. Mais même dans ce cas, on sait que les zones érogènes ne se limitent pas aux parties génitales. Bien d'autres régions du corps peuvent provoquer une excitation sexuelle. Certains résultats per-

Un homme spécialiste de l'orgasme féminin?

Francesco Bianchi-Demicheli, responsable de la Consultation de gynécologie psychosomatique et sexologie, s'est spécialisé dans la sexualité féminine. Il est souvent questionné sur sa légitimité, en tant qu'homme, à s'exprimer sur ce sujet. Voici sa réponse: «Il existe des hommes qui ne comprennent pas la sexualité féminine. Mais il y en a d'autres qui la comprennent bien. De même, il existe des femmes qui n'y entendent que peu sur le fonctionnement de leur sexualité. Le fait que je sois un homme ne signifie pas que je ne puisse

pas parler de sexualité féminine. Je suis chercheur et clinicien et cela fait des années que je m'occupe exclusivement des femmes. Je m'y intéresse et je possède une longue expérience dans ce domaine. Je peux donc fournir des réponses éclairées et légitimes sur la question.»

sexuel

mettent même de penser que le corps entier est une zone érogène, et que c'est le traitement des stimulations par le cerveau qui détermine la réponse (ou l'absence de réponse) sexuelle. «L'orgasme ne dépendrait pas uniquement des mécanismes ascendants (bottom-up) de traitement de l'information reçue de la périphérie pendant la stimulation sexuelle, mais également de mécanismes associatifs cognitifs descendants (top-down) pouvant inhiber ou activer la réponse sexuelle», écrit Francesco Bianchi-Demicheli dans la *Revue médicale suisse* du 22 mars. La recherche sur la transmission des signaux entre le système nerveux central et la périphérie dans le cas de la stimulation sexuelle a également réservé

des surprises. Dans l'article paru dans la revue *Brain Research* du 22 octobre 2004, une équipe de l'Université du New Jersey expose le cas de femmes qui, malgré une lésion complète de la moelle épinière, ressentent des sensations vaginales. Certaines d'entre elles ont même atteint l'orgasme par masturbation. En s'appuyant sur l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle, les chercheurs suggèrent que la transmission de la stimulation passe par le nerf vague – une fibre nerveuse impliquée dans la régulation végétative (digestion, fréquence cardiaque, etc.) .

Tempête électrique de plaisir

La localisation de régions du cerveau spécialisées dans l'orgasme féminin semble toutefois plus ardue. «Peu de recherches ont été menées sur le sujet, note Francesco Bianchi-Demicheli. Des orgasmes ont néanmoins été suivis par imagerie cérébrale. On a remarqué que durant l'excitation certains noyaux s'allument un peu partout dans le cerveau et, au moment de l'orgasme, l'activité se généralise de manière impressionnante à un grand nombre de réseaux et structures neuronales dans les deux hémisphères: une véritable tempête électrique de plaisir suivie par un retour au calme.»

L'orgasme féminin passe donc sans doute par l'activation de réseaux neuronaux spécifiques et complexes et les pathologies touchant le cerveau sont susceptibles de les perturber. Plusieurs études épidémiologiques ont notamment montré que les personnes dépressives présentent davantage de troubles de la fonction sexuelle que la population normale. De plus, la majorité des traitements antidépresseurs ont des effets néfastes sur la libido, même si les études sur ce sujet ont de la peine à identifier avec précision par quel mécanisme précis. Il n'en va pas autrement pour les femmes épileptiques. Un article paru dans la revue *Epilepsy Behavior* du 7 décembre 2005 montre qu'environ 20 à 30% des femmes souffrant de cette affection présentent des troubles sexuels concernant la libido, l'excitation et l'orgasme. L'auteure, Cynthia Harden de l'Université de Cornell, précise que ces dysfonctionnements peuvent également venir de facteurs psychosociaux liés à la maladie comme la dépression et la peur de faire une crise durant un rapport sexuel. Mais elle pointe aussi les médicaments antiépileptiques, particulièrement ceux qui agissent sur la sérotonine. ■

L'orgasme féminin passe sans doute par l'activation de réseaux neuronaux spécifiques et complexes

Troubles du désir, une affection toute relative

Le désir sexuel, chez les femmes, ne précède pas toujours l'excitation. Il peut venir après ou même rester absent durant l'acte sexuel sans empêcher la femme de parvenir à l'orgasme

Tous les sexologues s'accordent sur ce point, c'est le manque de désir sexuel qui amène le plus de patientes dans leur cabinet de consultation. Les causes de cette affection sont multiples. C'est même le trouble sexuel qui en a le plus, et de loin.

«Le manque de désir peut être l'aboutissement d'un dysfonctionnement psychologique ou physique très variable, explique Ursula Pasini, psychologue-psychothérapeute, thérapeute de couple, sexologue et coordinatrice de la formation continue universitaire en sexologie clinique (lire ci-dessous). En d'autres termes, la patiente évite inconsciemment d'éprouver du désir sexuel, car cela réveillerait d'autres sentiments ou sensations désagréables liés à des événements du passé. Ceux-ci peuvent être graves, comme des abus sexuels, qui sont plus fréquents que l'on pense, ou plus anodins, comme des associations involontaires surve-

nues au cours de l'enfance entre la sexualité et la mort par exemple. Dans ces cas, cela se révèle paralysant pour la patiente.»

Les troubles du désir peuvent également être des effets secondaires de maladies très représentatives de l'époque contemporaine. La dépression, le stress, le surmenage ou encore la prise de certains médicaments sont en effet connus pour leur action néfaste sur la libido.

Mais il existe aussi une cause plus profonde, liée à une différence entre l'homme et la femme. En moyenne – car tous les cas de figure sont possibles – l'homme est plus demandeur. Résultat, il arrive que la femme culpabilise en raison de son manque d'enthousiasme à répondre aux avances de son partenaire.

«Le manque d'envie de la femme n'était pas une raison de renoncer à l'acte»

«Auparavant, le manque de désir chez la femme ne posait pas de problème, précise Ursula Pasini. On pensait que les choses étaient ainsi: l'homme éprouve un désir sexuel qu'il est en droit d'assouvir quand il le souhaite et sa partenaire doit remplir son devoir conjugal. Le manque d'envie de la femme n'était pas une raison de renoncer, mais était plutôt considéré comme une donnée de la nature. Avec l'avènement des droits de la femme, l'idée du consentement mutuel a fait son chemin. Du coup il faut gérer l'en-

18

Un siècle de sexologie

1898: Parution de *Studies in the Psychology of Sex* de Havelock Ellis (USA), ouvrage fondateur de la sexologie scientifique (28 volumes), mais qui sera largement récusé par la pensée freudienne.

1905: Publication des *Trois Essais sur la théorie de la sexualité* de Sigmund Freud, fondement de sa théorie psycho-sexuelle qui prétend que la libido (l'énergie sexuelle) sous-tend toute activité humaine.

1919: Magnus Hirschfeld ouvre le premier institut de sexologie à Berlin, insti-

tut qui sera détruit par les nazis en 1933.

1928: Copenhague accueille la première réunion de la Ligue mondiale pour la réforme sexuelle dont le but est de lutter pour l'égalité sociale et juridique des sexes, le droit à la contraception et à l'éducation sexuelle. La même année, le gynécologue berlinois Ernst Graffenberg, qui est aussi le «père» du «point G», invente le stérilet.

1940: Avec *Le Monde du sexe* (1940) et plus tard sa trilogie *Sexus* (1949),

Plexus (1952) et *Nexus* (1959), l'écrivain Henri Miller devient l'instigateur de la révolution sexuelle.

1947: Alfred Charles Kinsey, professeur de zoologie à l'Université de l'Indiana, fonde l'Institute for Sex Research. L'année suivante, il publie le rapport qui va le rendre célèbre dans le monde entier (*Sexual Behavior in the Human Male*). Sur la base d'une enquête menée auprès de 12 000 Américains, ce travail révèle que 90% des hommes disent pratiquer la masturbation; 50 % reconnaissent avoir



vie des deux partenaires, et plus d'un seul. La question de savoir quand on fait l'amour n'est plus si triviale et peut déstabiliser autant l'homme que la femme.»

Ce manque de désir relatif, qui apparaît en cas de différence de tempérament sexuel entre les partenaires, n'est pas forcément une pathologie. Il est au contraire plutôt attendu. Le taux d'hormones sexuelles est – en moyenne – dix fois plus important chez les hommes que chez les femmes (lire encadré ci-dessous). Cela se traduit par une importance de la sexualité (et donc du désir) beaucoup plus grande dans la vie de la plupart des hommes que dans celle des femmes.

A la base de la sexualité

Des observations relativement récentes ont également montré que le désir ne joue pas exactement le même rôle dans la sexualité de la femme que dans celle de l'homme, contrairement à ce que laissent entendre les modèles théoriques. Selon Helen Kaplan, qui a conceptualisé pour la première fois cette notion, le désir est en effet à la base de tout le processus sexuel. Selon elle, le déroulement des événements, chez l'homme comme chez la femme, serait linéaire: d'abord le désir, suivi de l'excitation puis de l'orgasme. Un tel schéma explique comment un désordre du désir est de nature à affecter la qualité de la réponse sexuelle, que ce soit au niveau de la phase d'excitation ou de celle de l'orgasme. Mais il ne correspond pas toujours à la réalité.

«L'étude de la sexualité féminine, beaucoup plus riche et diversifiée que celle de l'homme, nous enseigne que le désir apparaît →

des liaisons extraconjugales; plus d'un tiers ont eu au moins un rapport homosexuel ayant mené à l'orgasme; 10% des répondants étaient exclusivement ou presque exclusivement homosexuels.

1949: Simone de Beauvoir publie *Le Deuxième Sexe*, tandis que le gynécologue new-yorkais Robert Latou Dickinson (1861-1950) signe son *Atlas of Human Sex Anatomy*, ouvrage d'avant-garde qui confirme l'hégémonie américaine sur la sexologie occidentale.

1953: Alfred Charles Kinsey publie son étude sur la sexualité féminine (*Sexual Behavior in the Human Female*). Ce document révèle que 62 % des femmes déclarent se masturber; que près de la moitié avouent avoir eu des relations sexuelles avant le mariage; que 26 % entretiennent une liaison en dehors de leur mariage.

1956: Découverte de la pilule contraceptive par J. Roch et G. Pincus. Avec la commercialisation de ce produit au cours des années 1960, procréation et sexualité deviennent dissociables.

1966: le gynécologue William H. Masters et sa femme Virginia Johnson, psychologue de formation, publient leurs observations sur les réactions physiologiques durant l'activité sexuelle dans *Human Sexual Responses*. Pour la première fois, la sexualité est étudiée et contrôlée scientifiquement in vivo sur un large échantillon de 694 personnes. Les résultats de cette étude assurent une prédominance durable des thérapies du comportement sur l'analyse freudienne de l'inconscient en matière de sexologie.

Suite en page 22

PHOTOALTO

parfois après le début de la stimulation sexuelle, explique Francesco Bianchi-Demicheli, responsable de la Consultation de gynécologie psychosomatique et sexologie. *Autrement dit, une femme peut aussi s'exciter et avoir un orgasme sans pour autant avoir ressenti de désir préalable. Et puis le désir peut être satisfaisant en lui-même, sans que cela se termine par un orgasme.*

«Selon certaines recherches, menées par des membres de la Société internationale des études sur la santé sexuelle des femmes*, beaucoup de femmes n'éprouveraient aucun désir sexuel avant un rapport mais une émergence de plaisir sexuel – avec ou sans orgasme –, jugée totalement satisfaisante», renchérit Ursula Pasini.

Mesurer le désir

Ces constatations ont poussé Francesco Bianchi-Demicheli à creuser la question du désir, une notion finalement assez méconnue. «Les chercheurs ont beaucoup étudié le plaisir, mais jamais le désir», estime-t-il. Lui et son équipe vont donc tenter de mesurer ce sentiment directement dans le cerveau des femmes grâce à l'imagerie par résonance magnétique. Soutenue par le fonds Maurice Chalumeau, cette étude sera menée à Genève. Elle consistera à comparer des femmes présentant des troubles du désir avec d'autres considérées comme normales de ce point de vue. Une fois placées dans le scanner à résonance magnétique, les volontaires seront soumises à des stimuli visuels explicites ou «romantiques» ainsi qu'à d'autres d'ordre émotionnel dont on connaît déjà les réponses cérébrales (tristesse, peur, joie, etc.). Le protocole d'expérience est dressé de manière à pouvoir extraire de la réponse cérébrale ce qui est purement sexuel.

«En d'autres termes, nous allons essayer de débusquer la libido, précise le sexologue. Ce n'est pas rien si l'on pense qu'elle est la base de toute la psychanalyse. C'est ce qui rend cette recherche particulièrement fascinante.» Pour l'heure, le projet de recherche en est à la phase d'acceptation par les différents comités d'éthique. Les chercheurs commenceront à recruter les volontaires dès qu'il recevront le feu vert. Avis aux amatrices. ■

* www.isswsh.org/

Formation continue en sexologie clinique

► Depuis cinq ans, il existe à l'Université de Genève un Certificat de formation continue en sexologie clinique. Celui-ci a été lancé par des professeurs des Facultés de médecine, de droit, de psychologie et sciences de l'éducation, de sciences économiques et sociales, de théologie et de lettres. La troisième promotion va terminer son cursus en automne 2007. En moyenne, plus d'une trentaine de personnes sont inscrites à ce certificat.

► La formation s'adresse aux professionnels de la santé et du social bénéficiant d'une base universitaire et de deux ans d'expérience. Dans les faits, un tiers des participants est formé de médecins, un autre tiers de psychologues et le reste d'infirmiers-ères, de physiothérapeutes, de sages-femmes, de théologiens, etc.

► L'enseignement est plurifacultaire et regroupe une cinquantaine d'orateurs. Il fournit une connaissance de base en sexologie qui demande des approfondissements supplémentaires notamment si l'on veut acquérir différentes techniques thérapeutiques.

► L'objectif des responsables de ce certificat est de former des professionnels et de diffuser la connaissance. D'un côté, un réseau de compétences interdisciplinaires très riche se constitue promotion après promotion (psychiatres, thérapeutes de couples, urologues, gynécologues, psy-

chologues, physiothérapeutes, etc.). De l'autre, la formation attire des représentants de tous les cantons romands. Cela permet d'implanter cette connaissance aux quatre coins de la région et évite, entre autres, aux patients de devoir se rendre à Genève ou à Lausanne pour consulter.

► Au total, la formation comprend vingt jours d'enseignement étalés sur deux ans et répartis en sept modules: santé sexuelle, fonctions et dysfonctions sexuelles, thérapies sexuelles, sexologie médicale, sexologie légale et contrôle social, formes de conjugalités et thérapies de couple, langages de l'amour.

► Coût: 5500 francs pour deux ans.

www.unige.ch/formcont/AAAdiplomant/sexologieclinique.html





La libido des femmes est très dépendante d'une hormone masculine que les ovaires produisent en quantités non négligeables

La testostérone, clé du désir

C'est un paradoxe: l'hormone principale impliquée dans le désir sexuel féminin est la testostérone. Les ovaires produisent en effet cette substance à un taux non négligeable, plus élevé que celui de l'œstrogène, d'ailleurs, qui est, avec la progestérone, la principale hormone féminine. «On a observé chez les femmes qu'une chute de la production de la testostérone entraîne rapidement des plaintes concernant une diminution de la libido, explique Dominique de Ziegler, professeur adjoint au Département de gynécologie et d'obstétrique. Cela peut se produire à la suite d'une ablation des ovaires, d'une chimiothérapie ou d'une radiothérapie. Cela dit, cette baisse n'est pas toujours liée à la testostérone. C'est d'autant plus vrai qu'il est difficile de mesurer la corrélation entre les deux, notamment en raison des petites quantités d'hormones en jeu.» Cela n'empêche pas le médecin genevois de proposer à ses patientes un remède à base de testostérone. Avec un certain succès. «Nous prescrivons une crème vaginale que le pharmacien fabrique sur demande, précise Dominique de Ziegler. Nous proposons également un patch à la testostérone, originellement destiné aux hommes, mais qui peut être porté deux heures par jour par les femmes afin de limiter la dose reçue. (Une firme américaine tente actuellement de commercialiser un patch adapté aux besoins des femmes.) Nos

mesures montrent que ces traitements font remonter le taux de l'hormone à des niveaux proches de la normale et les patientes s'estiment satisfaites.»

Le médecin met néanmoins en garde contre toute une série de traitements qui circulent sur le marché et qui peuvent s'avérer dangereux. Ainsi, les succédanés de testostérone administrables par voie orale et divers produits dopants ne doivent en aucun cas être consommés dans le but de retrouver son désir sexuel.

Plaisir hormonal

Le plaisir sexuel – à ne pas confondre avec désir sexuel, qui peut exister indépendamment de la réalisation de l'acte sexuel – est également piloté par des hormones bien que l'on connaisse moins bien les mécanismes impliqués. L'œstrogène et la progestérone y jouent un rôle, mais de manière plutôt mécanique. Ce sont elles qui ont modelé le corps féminin et qui maintiennent les organes génitaux en état de marche. Leur manque peut, entre autres, entraîner un amincissement des muqueuses vaginales, augmenter les risques d'inflammation et donc de douleur. Ce qui diminue d'autant le plaisir.

L'orgasme, quant à lui, est également accompagné par un relâchement d'hormones. Durant cette phase, le cerveau est littéralement submergé par les endorphines qui entraînent un sentiment de bonheur et d'euphorie. Il semblerait que l'ocytocine soit également produite en plus grandes quantités à ce moment. Cette hormone serait donc

Durant l'orgasme, le cerveau est submergé par les endorphines

également liée à la notion de plaisir, mais les recherches dans ce domaine ne sont encore que frémissantes. L'ocytocine, connue d'abord pour son rôle dans la contraction de l'utérus lors de l'accouchement, possède d'ailleurs de nombreuses autres fonctions dans des domaines comme l'allaitement, le stress, l'affection... ■

Le sexe après l'accouchement

Sylvain Meyer, médecin-chef à l'Hôpital de Morges et professeur d'urogynécologie au CHUV, porte un soin particulier à la réponse sexuelle des femmes ayant accouché. Il y consacre un chapitre important dans un ouvrage paru récemment. Rencontre

Campus: Quels effets l'accouchement par voie basse peut-il avoir sur les tissus et organes impliqués dans la réponse sexuelle?

► *Sylvain Meyer*: Le passage de l'enfant peut tout d'abord occasionner une rupture de la sangle pubo-rectale, c'est-à-dire une partie de la musculature du plancher pelvien. Des études par résonance magnétique montrent qu'environ 20% des femmes qui accouchent présentent des lésions à cet endroit. Cependant, ces atteintes n'ont pas de conséquences sur la fonction sexuelle. La naissance d'un bébé peut aussi provoquer l'étirement du nerf honteux qui

perd ainsi sa conduction. Du coup, la tonicité des muscles du périnée diminue. Il arrive aussi que des femmes souffrent de béance vulvaire, la vulve n'étant plus capable d'assurer la coaptation du pénis lors de la pénétration. Finalement, on rencontre aussi des lésions des petits mécanorécepteurs de la paroi antérieure du vagin qui peut conduire à une insensibilité de la région du point G. En général, nous observons une combinaison de un ou plusieurs de ces quatre facteurs. Ces affections peuvent, chez une partie des patientes, diminuer ou éliminer les sensations érotiques, rendre l'orgasme difficile, voire impossible à

atteindre. Je précise que les sensations clitoridiennes ne sont pratiquement jamais altérées par l'accouchement.

Comment peut-on traiter ces problèmes?

► L'une des interventions est la plastie vaginale. Cela signifie que l'on peut remodeler le vagin en cas de rupture de la sangle pubo-rectale ou de béance vulvaire. Cela se fait depuis longtemps et ce genre d'intervention est remboursé par l'assurance maladie. Les femmes en sont satisfaites, plusieurs études le confirment. En remodelant le vagin, on fait en sorte que le pénis soit dirigé de manière plus intense contre la paroi antérieure du conduit, ce qui peut stimuler davantage cette région. C'est un avantage, pour autant que l'on considère la pénétration comme le nec plus ultra de la relation sexuelle. Ce qui n'est pas le cas de tout le monde.

Cela dit, d'autres femmes ayant accouché rapportent des troubles de l'orgasme sans que l'on puisse détecter des

Un siècle de sexologie (suite)

1970: A Genève, Georges Abraham et Willy Pasini mettent en place le premier enseignement universitaire structuré de sexologie clinique.

1974: Lors d'un symposium international réunissant des sexologues et des experts en santé publique autour de l'enseignement et des thérapies sexuelles, l'Organisation mondiale de la santé définit la notion de «santé sexuelle». Cette dernière correspondrait à «l'intégration des aspects somatiques, affectifs, intellectuels et sociaux de l'être sexué de façon à parvenir à un enrichis-

sement et à un épanouissement de la personnalité humaine, de la communication et de l'amour».

1976: Publication du rapport *Hite*. Sur la base d'une vaste étude auprès de 3000 femmes, Shere Hite montre que la sexualité féminine n'est pas le simple miroir de la sexualité masculine. Selon ses résultats, 88% des femmes déclarent avoir des orgasmes, contre 11,6% qui n'en ont jamais; 52% ont des orgasmes liés au coït; 29% n'ont pas d'orgasmes dus au coït et 19% ont des orgasmes durant le coït avec stimulation manuelle du clitoris.

1990: Création à Genève de la Fédération européenne de sexologie sous l'impulsion du professeur Willy Pasini. Cet organisme, qui rassemble une cinquantaine de sociétés scientifiques, cherche à coordonner leurs activités, à encourager la recherche et à promouvoir les enseignements dans la perspective de la construction européenne.

1998: Mise sur le marché du Viagra, premier médicament facilitateur de l'érection, qui inaugure l'ère de la chimiothérapie dans le traitement des dysfonctions sexuelles.



lésions organiques. Dans ce cas, il s'agit probablement des fibres sensibles sur la paroi antérieure du vagin qui ont été touchées. Récemment, j'ai expérimenté une nouvelle technique. Elle consiste à

que trois fois et, deux fois, les femmes ont observé une réponse satisfaisante. On ne sait pas pourquoi cela peut fonctionner, mais on pense qu'en regonflant le point G, celui-ci devient turgescent et pourrait bien réveiller des mécanismes neuronaux qui ont été désactivés.

«Après l'accouchement, la plupart des femmes entrent dans le rôle de mère et oublie celui de maîtresse»

regonfler la région du point G avec une substance habituellement utilisée dans la chirurgie esthétique pour masquer les rides. Il n'existe aucune littérature scientifique sur ce sujet. Je ne l'ai testé

quelque peu celui de maîtresse. Leur désir sexuel diminue et il leur faut entre six et douze mois pour que les choses redeviennent comme avant. C'est une grande richesse de pouvoir passer d'un

mode à l'autre. L'homme, lui, est plutôt monofonctionnel. C'est pour cela qu'il interprète souvent, à tort, cette période durant laquelle sa partenaire n'exprime pas d'envie pour des rapports sexuels comme un signe de désamour.

Est-ce nouveau de la part des gynécologues de s'intéresser aux sensations sexuelles des femmes après l'accouchement?

› Le corps médical a longtemps psychiatrisé le problème. On disait aux femmes qui se plaignaient de troubles d'ordre sexuel que c'était normal car elles étaient devenues mères, qu'un événement comme la naissance d'un enfant faisait ressortir des conflits intérieurs, etc. Aux femmes qui ne faisaient que poser des questions, on répondait d'aller voir le psychiatre. Ces propos, parfois ressentis comme insultants, voire dégradants, trahissaient l'ignorance que l'on avait de cette problématique à cette époque. ■

«Osons en parler!», par Sylvain Meyer, Ed Favre, 2005

L'orgasme un heureux accident

«*Pendant les huit premières semaines de la gestation, l'embryon mâle et l'embryon femelle ont la même structure anatomique. L'orgasme existe chez la femme parce que l'homme en aura besoin plus tard, de même que l'homme a des seins parce que la femme en aura besoin plus tard.*» L'auteur de cette réflexion, parue récemment dans le quotidien britannique *The Guardian*, est Elisabeth Lloyd, biologiste et professeure d'histoire et de philosophie des sciences à l'Université d'Indiana aux États-Unis. C'est la conclusion à laquelle elle est arrivée dans un livre sorti de presse en mai 2005. Cet ouvrage, qui s'est attiré les foudres des féministes, de la communauté scientifique et des religieux, s'attache à évaluer ce que la science sait exactement sur la fonction de l'orgasme féminin du point de vue de l'évolution. En d'autres termes, l'orgasme féminin est-il une adaptation biologique qui apporterait un avantage du point de vue de la reproduction? Et si oui, lequel?

Elisabeth Lloyd a passé en revue vingt théories exposées dans la littérature scientifique. Elle s'est aperçue que celles-ci ne sont absolument pas étayées par les faits, qu'elles n'ont aucun fondement scientifique. La plus communément

admise depuis une douzaine d'années affirme que l'orgasme féminin produit des contractions qui aspirent le sperme pour aider à la conception. «*Les données manquent vraiment de rigueur, explique-t-elle dans le Guardian. Par exemple, dans un des tableaux présentant cette théorie, 73% des données proviennent d'une seule et même femme. Il est franchement scandaleux que l'on enseigne depuis douze ans cette théorie aux États-Unis, au Canada et au Royaume-Uni comme étant avérée.*»

La biologiste précise que le plaisir sexuel, lui, est le résultat de l'adaptation. Le clitoris, par exemple, favorise le rapport, facilite l'excitation, la lubrification, etc. Tout ce qui fait qu'une femme a envie d'avoir des rapports sexuels est adaptatif. «*Mais rien ne prouve que le réflexe physique de l'orgasme le soit, affirme-t-elle. Si c'était le cas, il y aurait une corrélation entre orgasme et taux de reproduction. A l'échelle de l'évolution, toutes les femmes devraient avoir des orgasmes. Or, ce n'est pas le cas.*»

Du coup, pour la biologiste, qui est proche du grand penseur de l'évolution Stephen Jay Gould décédé en 2002, l'hypothèse la plus satisfaisante consiste à dire que l'orgasme est quelque chose



que la nature a oublié de désactiver. Un «heureux accident».

«*The Case of the Female Orgasm: Bias in the Science of Evolution*», par Elisabeth Lloyd, Harvard University Press, 2005

Physiologie de l'orgasme

«Au sens physiologique, l'orgasme survient au plus fort de l'excitation et reflète l'expression d'un plaisir intense. Chez la femme, lorsque l'excitation érotique s'intensifie et que la tension sexuelle et musculaire augmente, le premier tiers du vagin se gonfle, resserre l'ouverture et les deux tiers du fond du vagin s'arrondissent. Le pic de l'orgasme féminin est caractérisé par 3 à 15 contractions involontaires du tiers externe du vagin et de fortes contractions de l'utérus et des sphincters interne et externe de l'anus. Ces contractions se produisent à des intervalles de 0,85 seconde. Au pic de l'orgasme, d'autres manifestations

périphériques peuvent aussi apparaître telles que l'augmentation de la tension artérielle (+20-40 mmHg; systolique et diastolique), de la fréquence cardiaque qui peut atteindre 160 battements par minute ou encore la dilatation des pupilles. Des contractions volontaires et involontaires des grands muscles, comme les muscles faciaux et un spasme carpo-pédal sont aussi souvent associés. Cependant, l'ensemble de ces réactions physiologiques est variable d'une femme à l'autre. Une même femme peut également ressentir des orgasmes différents selon le partenaire et le moment, soulignant ainsi le rôle fondamental

de la pensée dans le ressenti de l'orgasme. Ces variations inter- et intra-individuelles peuvent être en fonction de l'âge (à partir de 40 ans, les femmes ont plus d'orgasmes qu'entre 18 et 29 ans), du degré d'excitation, du partenaire, du contexte, de l'éducation et de la culture. La durée d'un orgasme est généralement de quelques secondes (entre 3 et 25), mais peut aussi aller jusqu'à deux minutes.» ■

Tiré de l'article «*Le cerveau au coeur du plaisir féminin*», par Stéphanie Ortigue et Francesco Bianchi-Demicheli, paru dans la «*Revue médicale suisse*» du 22 mars 2006.

Georges Abraham compte parmi les pionniers de la sexologie moderne. Cofondateur de la première unité universitaire de sexologie européenne, il a largement contribué au rayonnement dont Genève bénéficie depuis plus de quatre décennies dans ce domaine

La sexologie genevoise, fruit de la passion et du hasard

Genève tient une place particulière dans l'histoire de la sexologie contemporaine. Première ville d'Europe à avoir mis sur pied un enseignement universitaire structuré en matière de sexologie clinique en 1970, elle accueille depuis 1990 le siège de la Fédération européenne de sexologie. Régulièrement consultés par des instances internationales, ses chercheurs ont par ailleurs tenu un rôle important dans l'adoption par l'OMS, en 1974, de la première définition générale de la «santé sexuelle».

Deux hommes incarnent plus particulièrement cette réussite: Willy Pasini, qui poursuit aujourd'hui sa carrière au sein de l'Université de Milan, et Georges Abraham qui, après avoir longtemps enseigné à Genève, à Marseille et à Turin, profite aujourd'hui de sa retraite académique. Deux chercheurs qui ont profité d'un concours de circonstances plutôt singulier. Le 6 juin 1970, lorsque s'éteint Maurice Chalumeau, homosexuel fortuné ne laissant aucun héritier, Willy Pasini et Georges Abraham sont loin de se douter que cet événement va radicalement modifier le cours de leur existence.

Souhaitant témoigner de sa reconnaissance à William Geisendorf, doyen de la Faculté de médecine et promoteur du planning familial à Genève, le vieil original choisit de léguer près de 4 millions de dollars à l'Université dans le but de créer un centre d'étude sur les «minorités érotiques».

Un «mini-rapport Kinsey»

Un peu farouche, l'alma mater hésite à se lancer dans l'entreprise, mais elle finit par céder aux arguments du pro-

fesseur Geisendorf, lequel avance que pour tenter de mieux comprendre les minorités sexuelles, il faut d'abord apprendre à connaître la réalité vécue par la majorité. C'est ainsi que naît l'unité dite «psychosomatique et sexologique», qui ne connaît alors pratiquement pas d'équivalent, si ce n'est sur le continent américain. En plus des consultations, mandat lui est confié de mettre sur pied des projets de recherche, ainsi qu'un cursus d'enseignement académique. Jeune →



La sexualité féminine: un «continent noir»

La révolution sexuelle des années 1970, l'avènement de la pilule et l'évolution des mœurs laissent supposer de grands changements dans la sexualité féminine. L'expérience de praticien du docteur Abraham le pousse pourtant à un constat radicalement différent. Si d'incontestables progrès ont été réalisés s'agissant des hommes, ne serait-ce que grâce au Viagra, la science peine en effet encore à cerner le fonctionnement de la sexualité féminine.

«Lorsque nous avons commencé à organiser des consultations à Genève, la majorité des hommes qui venait nous voir souffrait de problèmes liés à diverses formes d'éjaculation précoce, explique Georges Abraham. On savait qu'il existait également des éjaculateurs lents et difficiles, mais on ne les voyaient pratiquement jamais. Aujourd'hui, on constate exactement l'inverse. Du côté de la femme, par contre, il n'y a pas de grand changement. Bien sûr, elle est plus émancipée et elle a davantage de poids dans la relation de couple, si bien que c'est souvent elle qui décide quand et comment se déroule un rapport sexuel. Mais, en dehors de ces données culturelles, rien n'a vraiment évolué depuis Freud qui, pour évoquer la sexualité féminine, parlait d'un continent noir.»

Cette plus grande complexité s'expliquerait notam-

ment, selon le professeur, par une différence fondamentale dans la fonction recouverte par l'orgasme chez l'homme et chez la femme. Pour le premier en effet, l'orgasme est quasiment obligatoire au cours d'un rapport sexuel puisque c'est lui qui permet l'éjection du sperme. L'orgasme féminin n'est en revanche lié à aucune nécessité biologique et il n'est pas indispensable à une relation sexuelle en dehors de sa valeur érotique. *«Cette configuration place les femmes dans une situation d'infériorité apparente, commente Georges Abraham. Mais plus qu'un handicap, c'est un formidable stimulus qui doit nous pousser à parcourir des chemins vers la sexualité qui n'ont pas encore été entrevus.»*

assistant dans le service du docteur Gaston Garrone, alors directeur du Département de psychiatrie, Willy Pasini se porte volontaire pour participer à l'expérience. A ses côtés, Georges Abraham dispose d'une expérience de huit années à l'Hôpital psychiatrique de Malévoz en Valais. Dans ce cadre, le psychiatre a notamment eu l'opportunité d'effectuer une sorte de «mini-rapport Kinsey», en s'intéressant à la vie sexuelle de patients internés durant de longues périodes. *«Infirmiers, infirmières, nonnes, patients: tout le monde a participé à l'expérience avec une certaine désinvolture, explique le professeur. Ce qui m'a permis de rassembler un nombre conséquent d'informations sur ce sujet encore largement méconnu.»* Ce premier travail scientifique, plutôt novateur pour l'époque, est très bien reçu par la communauté scientifique. Il offre à Georges Abraham une notoriété que confirme bientôt un premier ouvrage publié à Paris et intitulé *Sexologie clinique* (Douin, 1967). *«Psychiatre de forma-*

tion, je n'avais pas de vocation particulière pour la sexologie, commente le professeur. L'idée est venue comme ça, par une sorte d'intuition. Et c'était le bon moment.» C'est donc assez naturellement qu'il se voit proposer de participer au projet genevois.

Commis voyageurs

«Durant les premières années, Willy Pasini et moi sommes devenus des sortes de commis voyageurs de la sexologie, se souvient le professeur. Nous passions énormément de temps à l'étranger, car nous avons tout à apprendre à cette époque-là.» Pour donner davantage de corps aux recherches et à l'enseignement progressivement mis sur pied à Genève, le duo de chercheurs commence par arpenter les Etats-Unis qui disposent en la matière comme en d'autres d'une bonne longueur d'avance sur le Vieux Continent. A New York, Georges Abraham et Willy Pasini côtoient l'ancienne psychanalyste Helen Kaplan. En Californie, ils visitent diffé-

rents centres menant des études comportementalistes, tandis qu'à Saint-Louis, ils profitent des lumières du célèbre couple formé par le gynécologue William H. Masters et sa femme Virginia Johnson, psychologue de formation.

La méthode est fructueuse. Hors des Etats-Unis, les deux chercheurs font bientôt figure de spécialistes. On les demande un peu partout, en Amérique latine, en Asie, en Europe. *«A la manière de missionnaires, nous prominions notre bâton de pèlerin pour répandre la bonne parole, s'amuse Georges Abraham. Mais, contrairement à des gens comme Kinsey dont le but avéré était de libérer la sexualité de toute forme d'oppression, notre objectif consistait surtout à conforter la sexologie en tant que discipline médicale à part entière. Car à cette époque, les facultés de médecine jugeaient généralement que ces questions n'étaient pas dignes d'un grand intérêt.»*

Cultivant l'art de se trouver au bon endroit au bon moment, l'équipe genevoise est appelée à la rescousse pour organiser le premier Congrès mondial de sexologie qui se tient à Paris en 1974. Dans la foulée, ils participent également au deuxième, qui se déroule au Canada. C'est l'occasion de nouer des contacts durables avec une région également pionnière en matière de sexologie et en particulier avec l'équipe du professeur Jean-Yves Desjardins, prêtre détroqué et docteur en psychologie devenu le pre-



mier directeur du Département de sociologie de l'Université du Québec au tout début des années 1970.

Raviver la flamme

«Au moment où Simone Weil à été nommée ministre de la Santé, elle a envoyé des recommandations aux différentes universités françaises afin qu'elles mettent sur pied des cours de sexologie à destination des jeunes médecins, complète Georges Abraham. Peu de facultés ont réagi à l'époque, mais celle de Marseille a mordu à l'hameçon. Comme ils manquaient terriblement d'expérience dans ce domaine, ils se sont également

turnés vers nous pour mettre sur place un cursus. J'ai ensuite donné ces cours pendant une dizaine d'années, avec des élèves comme l'éthologue Boris Cyrulnik ou Robert Porto, l'actuel président de la Fédération européenne de sexologie.»

C'est d'ailleurs à Genève, et à l'initiative du docteur Pasini, que cet organisme qui rassemble une cinquantaine de sociétés scientifiques voit le jour en 1990 confirmant une nouvelle fois le rôle moteur joué par «l'école» genevoise. «Ces dernières années, la sexologie genevoise a peut-être connu un petit passage à vide, comme cela se produit souvent avec les fins de règne, conclut

Georges Abraham. Mais l'arrivée du professeur Bianchi-Demicheli en octobre dernier confirme que la flamme n'est pas morte. C'est à lui qu'il revient de la raviver.» ■

** En 1974, se tient à Genève le Symposium international de l'Organisation mondiale de la santé. Il réunit des sexologues et des experts en santé publique autour de l'enseignement et des thérapies sexuelles. Outre une proposition visant à faire de la sexologie une discipline autonome, les participants s'entendent pour définir la notion de santé sexuelle comme «l'intégration des aspects somatiques, affectifs, intellectuels et sociaux de l'être sexué de façon à parvenir à un enrichissement et à un épanouissement de la personnalité humaine, de la communication et de l'amour».*