



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

Comprendre l'orgasme féminin afin de mieux appréhender le trouble de l'orgasme chez la femme



Understanding female orgasm to better apprehend the orgasm disorder in women

F. Adam^{a,*}, M. Thoveron^b, J. Day^a, P. de Sutter^a

^a Université catholique de Louvain, institut de recherche en sciences psychologiques (IPSY), place de l'Université 1, 1348 Louvain-la-Neuve, Belgique

^b Université catholique de Louvain, place de l'Université 1, 1348 Louvain-la-Neuve, Belgique

Disponible sur Internet le 23 octobre 2015

MOTS CLÉS

Orgasme ;
Trouble de l'orgasme ;
Anorgasmie ;
Difficultés sexuelles féminines ;
Définition

Résumé

Objectifs. – Le premier objectif de cet article est de comprendre l'évolution du concept d'orgasme à travers le temps. Ensuite, plusieurs modèles de la réponse sexuelle féminine seront présentés en vue de proposer une définition de l'orgasme féminin. Finalement, le trouble de l'orgasme sera développé sur base des définitions proposées par les différentes versions du DSM tout en y apportant un regard critique.

Matériel et méthode. – Analyse de la littérature de 1950 à 2013 dans la base de données Scopus avec comme mots clés : *anorgasmia*, *female* et *sexual dysfunction*.

Résultats. – Les données suggèrent qu'il n'existe à ce jour aucune définition universellement acceptée de l'orgasme féminin (Mah et Binik, 2001). De nombreuses études portent sur les facteurs physiologiques de l'orgasme tandis que les facteurs psychologiques semblent moins investigués. L'absence de définition satisfaisante de l'orgasme peut être attribuée à la compréhension limitée des mécanismes qui le sous-tendent et au fait que les chercheurs sont tributaires de la subjectivité de l'auto-évaluation de l'expérience des femmes. Cette subjectivité étant inhérente au ressenti du vécu. Dans ce sens, certaines femmes sont incapables de dire si elles ont déjà vécu un orgasme, ne serait-ce qu'une fois dans leur vie, même si elles l'ont déjà atteint. Dans certains cas, parce qu'elles n'en ont réellement pas vécu. Dans d'autres cas, parce qu'elles ne l'ont pas interprété comme un orgasme. L'orgasme reste donc un concept complexe à appréhender. Par ailleurs, le trouble de l'orgasme ou *anorgasmie* représente la deuxième difficulté sexuelle la plus fréquemment rencontrée par les femmes avec des prévalences allant de 25 (Lewis et al., 2010) à 31% (Hayes et al., 2006).

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : francoise.adam@uclouvain.be (F. Adam).

KEYWORDS

Orgasme;
 Female orgasm disorder;
 Anorgasmia;
 Female sexual dysfunction;
 Définition

Conclusion. – Il serait intéressant dans les études futures d'investiguer la manière dont les femmes expérimentent au niveau cognitif et émotionnel les relations sexuelles avec leur partenaire. Cela devrait permettre de mieux comprendre et définir l'orgasme féminin mais aussi d'améliorer les prises en charge du trouble de l'orgasme.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary

Objectives. – The initial section of this article gives an historical perspective to the concept of orgasm. Various models of the female sexual response are then presented, with the objective of seeking a definition of the female orgasm. Finally, the concept of female orgasmic dysfunction is explored through the differing versions of DSM whilst providing a critical overview.

Sources and methodology. – Analysis of the literature from 1950 to 2013 using the Scopus database with the keywords: anorgasmia; female and sexual dysfunction.

Outcome. – The data suggests there is no universally accepted definition of the female orgasm to date (Mah and Binik, 2001). Numerous studies focus on the physiological aspect of the orgasm whilst the psychological factors are researched to a lesser degree. The lack of a satisfactory definition of the orgasm may be attributed to the limited understanding of its underlying mechanisms, and to the fact that the researchers are dependent on the women's subjective self-evaluation of the experience. Thus, the subject is complex, with some women incapable of giving expression to their orgasmic experience or even recognising such climax. In some cases, this is because they have indeed never experienced one; in other cases, because they have not thought of it as an orgasm. Orgasmic dysfunction or anorgasmia is the second sexual problem most frequently encountered by women with a prevalence ranging from 25 (Lewis et al., 2010) to 31% (Hayes et al., 2006).

Conclusion. – It would be interesting for future studies to research the ways in which women experience at the cognitive and emotional level their sexual relations with their partner. This should enable us to better understand and define the female orgasm but also to improve support for orgasmic dysfunction.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Conception de l'orgasme à travers le temps

Il faut remonter à l'Antiquité pour trouver une période de l'histoire où la jouissance féminine ne fait pas débat : certaines femmes jouissaient sans faire de distinctions entre « jouissance » vaginale et clitoridienne, quant aux autres, elles ignoraient simplement l'existence de celle-ci (Colson, 2010). À cette époque, rien ne pouvait laisser présager les débats qui allaient remuer la planète entière au sujet du plaisir féminin.

Au XVII^e siècle, l'Europe se lance dans un processus scientifique, ce qui représente une avancée considérable car les pensées mythiques et religieuses étaient légion jusqu'alors (Porto, 2009). Les progrès de la médecine sont tels que Leeuwenhoek découvre l'existence des spermatozoïdes ce qui bouleverse les philosophes et chercheurs (Brenot, 2007). Ces découvertes mettent en évidence que le plaisir sexuel féminin n'est pas nécessaire à la reproduction, ce qui va à l'encontre des pensées de l'époque. Dès lors, les débats vont porter sur l'utilité de la jouissance féminine et du clitoris et ce, jusqu'à évoquer sa nocivité (Chaperon, 2007). Le XVIII^e siècle va être marqué par une intense et insensée répression de cette jouissance (Lignac, 1772). Au début du XIX^e siècle, le clitoris est identifié comme le siège de l'hystérie et à cette époque, deux écoles vont s'opposer, en préconisant des traitements radicalement différents pour traiter l'hystérie : d'une part, l'excision, de l'autre,

la masturbation (Chaperon, 2007). Ce n'est que vers la fin du XIX^e siècle que les féministes vont tout doucement commencer à se faire entendre, revendiquant leurs droits civiques au notamment leur droit à la jouissance sexuelle (Colson, 2010).

Une conception vaginale de l'orgasme

Si la jouissance sexuelle existe depuis toujours, il faut attendre le début du XX^e siècle pour voir apparaître le mot « orgasme » introduit par Sigmund Freud (1905), médecin fondateur de la psychanalyse. D'après lui, il n'existait pas un orgasme féminin unique mais plutôt une hiérarchie et une dualité entre deux orgasmes distincts : l'orgasme « clitoridien » et l'orgasme « vaginal ». L'orgasme clitoridien, qu'il soit atteint lors de la masturbation ou lors d'un rapport sexuel avec un partenaire, était perçu comme infantile et immature et devait être mis de côté par la femme afin d'accéder à l'orgasme vaginal synonyme d'une sexualité adulte. À cette époque, une vision vaginale de l'orgasme féminin prédominait largement. Chaperon (2002) nous explique qu'à l'inverse, l'école anglaise composée de Mélanie Klein, Karen Horney ou encore Ernest Jones rejette les caractéristiques attribuées à la sexualité féminine mature de Freud. De plus, elle évoque puis revendique une conscience du vagin très rapide dans la vie des

femmes et l'existence d'une libido propre à la sexualité féminine.

Une conception clitoridienne de l'orgasme

Les rapports d'Alfred Kinsey, *Sexual behavior in the human male* (1948) et *Sexual behavior in the human female* (1953), vont marquer un grand tournant vers la sexologie moderne. En effet, il est le premier chercheur à proposer une approche basée sur une démarche descriptive en partant d'un large échantillon de la population. Néanmoins, plusieurs points de ce rapport vont être fortement critiqués comme par exemple le fait qu'il rejette les accusations faites jusqu'alors à la masturbation. Il constate que les femmes qui pratiquent la masturbation atteignent plus facilement l'orgasme lors des relations sexuelles avec un partenaire. Dès lors, il revendique l'existence d'une sexualité féminine propre où la place donnée à l'orgasme vaginal est minimisée, ce qui remet en cause les idées psychanalytiques de l'époque (Kinsey et al., 1953).

Dans cette même perspective, Masters et Johnson (1966) vont être les premiers à étudier de manière scientifique les réponses physiologiques sexuelles masculines et féminines dans leur traité intitulé *Human sexual response*. Ils se sont plus particulièrement intéressés à la phase d'orgasme. Ils ont pu observer que la plupart des femmes utilisaient la stimulation du clitoris pour atteindre l'orgasme. Plusieurs études (Fisher, 1973 ; Hite, 1976) ont confirmé ces mêmes résultats. Tout d'abord, Fisher (1973) a rapporté que 63% des femmes peuvent atteindre l'orgasme par la stimulation du clitoris durant les relations sexuelles dyadiques. Ensuite, Hite (1976) a également observé que 95% des femmes atteignent l'orgasme de manière régulière avec une stimulation clitoridienne contre seulement 26% quand celle-ci est absente. Masters et Johnson (1966) ont aussi souligné que d'autres stimulations pouvaient également contribuer à l'atteinte de l'orgasme telle que la stimulation des seins. De plus, ils soutenaient déjà l'existence d'un axe neuro-physiologique qui, une fois mobilisé, mènerait les femmes à l'orgasme (Colson, 2010).

La polémique du point G

À l'époque de Masters et Johnson, Gräfenberg (1950) étudie le « point G », connu depuis toujours en Orient par les taoïstes et les tantriques. Il le décrit comme une région localisée sur la face antérieure du vagin, à proximité de l'urètre, dont la stimulation lors de la pénétration semble aider les femmes à atteindre l'orgasme. Il faut attendre le début des années 1980, pour qu'Addiego et al. (1981) déclarent avoir mis en avant une zone de quelques centimètres au niveau du tiers inférieur de la face antérieure du vagin, présentant une grande sensibilité. La stimulation de cette zone, qu'ils vont appeler « point G » en hommage à Grafenberg, semble générer l'excitation sexuelle, l'orgasme et une forme d'éjaculation féminine. Suite à cette recherche, l'étude du « point G » va connaître un essor important et une diffusion médiatique mondiale. Mais à nouveau, les chercheurs ont du mal à s'entendre car si tous concèdent que le « point G » se trouve à proximité de l'urètre, il n'existe pas de consensus sur sa localisation précise (Colson, 2010).

Alzate (1985) a pu cependant observer que le vagin était sensible lors des pressions vaginales. Malgré ces avancées, la conception clitoridienne de l'orgasme féminin prédominait largement les idées de l'époque.

Une réconciliation anatomofonctionnelle unique

Il faut attendre la fin du XX^e siècle pour que l'australienne Helen O'Connell (1998) et son équipe réconcilient les conceptions clitoridienne et vaginale. Dans un premier temps, ils vont décrire de façon exhaustive la structure du clitoris constituée d'une double arche. La première est constituée par deux corps caverneux latéraux d'une quinzaine de centimètres qui se rejoignent sur le haut de la vulve pour former le raphé dont le gland du clitoris est la partie externe visible. La seconde est constituée par deux bulbes entourant les parois vaginales latérales. Les deux arches se rejoignent partageant leur vascularisation mais ne mélangeant pas pour autant leurs éléments tissulaires. La résonance magnétique nucléaire va permettre de préciser cette description et confirmer le développement d'une structure du clitoris en trois dimensions vue la forte dépendance des structures entre elles appelée « le complexe clitoro-uréthro-vaginal » (O'Connell et Delancey, 2005 ; O'Connell et al., 2008).

C'est à la suite de ces différentes études portant sur le clitoris et sur le point G que Buisson et al. (2010) suggèrent que l'orgasme définit comme « vaginal » n'est en réalité qu'un orgasme ayant pour origine le clitoris. En effet, une échographie effectuée durant le coït montrerait que lors de la pénétration, le pénis crée une compression sur l'ensemble du complexe clitoro-uréthro-vaginal à travers la paroi vaginale. Par cette découverte, c'est toute une façon de penser l'orgasme qui doit être revue. Il n'existe plus deux orgasmes distincts, clitoridien ou vaginal, mais bien un seul orgasme obtenu par des stimulations différentes : clitoridiennes, vaginales ou autres.

Définition de l'orgasme

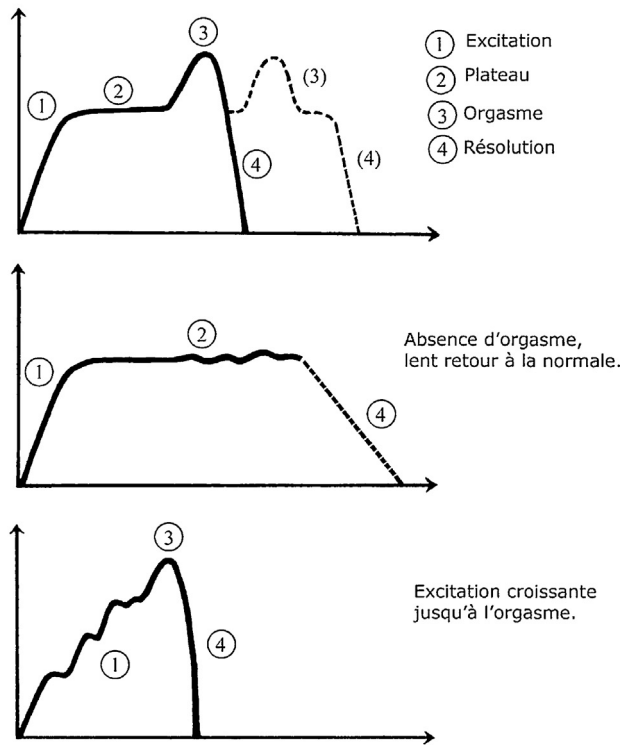
Dans la littérature, deux modèles sont généralement cités pour expliquer la réponse sexuelle féminine : le modèle linéaire de Masters & Johnson et le modèle circulaire de Basson.

Le modèle linéaire de Masters & Johnson

Masters et Johnson (1966) ont proposé un modèle linéaire basé essentiellement sur la biologie humaine et sur les réactions physiologiques observées lors du coït caractérisées par quatre phases successives : l'excitation, le plateau, l'orgasme et la résolution (Fig. 1).

Sur base de leurs observations, l'orgasme se définit par des contractions plus ou moins longues et puissantes du tiers inférieur du vagin, toutes les 0,8 secondes accompagnées du ballonnement des deux tiers supérieurs du vagin. Si les résultats de leur étude sur l'orgasme donnent des réponses assez semblables pour les deux sexes, quelques différences apparaissent. Premièrement, la phase de plateau semble plus incertaine et parfois s'interrompre chez la femme. À

Cycle féminin de réponse sexuelle et ses trois variantes les plus fréquentes - pas de période réfractaire.



D'après W. H. Masters et V. E. Johnson, *Human Sexual Response*, 1966.

Figure 1 Modèle de la réponse sexuelle féminine proposé par Masters et Johnson.

l'inverse, lorsque la phase de plateau se maintient chez la femme, elle dure souvent bien plus longtemps que chez les hommes avant de mener à l'orgasme. Il existe aussi certaines femmes qui ont la capacité d'obtenir des orgasmes multiples (en pointillé dans le premier graphe). Le deuxième graphe montre que parfois, il arrive que la femme n'atteigne pas l'orgasme : la phase de plateau se prolongeant plus longtemps et s'interrompant par la phase de résolution sans orgasme préalable. Dans le dernier graphe, Masters et Johnson mettent en avant que l'excitation sexuelle de la femme peut aussi monter de façon exponentielle jusqu'à l'atteinte l'orgasme. Force est de constater que ce modèle offre peu de souplesse vue la succession de phases strictement linéaires. [Masters et Johnson \(1966\)](#) évoquent néanmoins la possibilité que certains facteurs psychologiques puissent modifier ou faire varier la réponse sexuelle de la femme. Dès lors, ils soulignent que la réponse sexuelle peut varier d'une femme à l'autre mais aussi qu'une même femme peut présenter des réponses sexuelles différentes selon les situations.

[Hite \(1976\)](#) a par la suite complété la définition de [Masters et Johnson \(1966\)](#) en observant que la réponse orgasmique n'était pas limitée à la région génitopelvienne. Celle-ci s'accompagne également de transpiration, de spasmes musculaires, d'une rigidité corporelle, d'une hyperventilation, de gémissements, de mouvements pelviens et de frémissements. Dans cette même perspective, d'autres auteurs ([Bohlen et al., 1982](#)) ont aussi rapporté des changements physiologiques lors de l'atteinte de l'orgasme :

une augmentation considérable de la fréquence cardiaque et de la respiration, de la tension artérielle et des tensions musculaires ainsi que des rougeurs sexuelles à leur maximum.

Le modèle circulaire de Basson

[Basson \(2001\)](#) conteste la vision linéaire de Masters et Johnson car trop centrée sur une conception masculine de la sexualité et propose un modèle circulaire qui met en avant l'expression plus complexe et plus sinueuse de la réponse sexuelle des femmes. [Basson \(2002a\)](#) cherche à attirer l'attention sur l'importance des aspects émotionnels. En effet, elle souligne que la réponse sexuelle féminine se compose à la fois d'une excitation génitale (aspects physiologiques) mais aussi d'une excitation subjective (aspects psychologiques) déterminante. Celle-ci relèverait de l'évaluation subjective des stimuli sexuels et de leur contexte.

Ce modèle suggère que la recherche de stimuli sexuels chez la femme est motivée par une intimité émotionnelle mais aussi par la tendresse, l'amour et la satisfaction émotionnelle. Dans un contexte d'intimité émotionnelle, les stimuli sexuels vont permettre aux femmes d'atteindre un certain degré d'excitation sexuelle que la femme peut percevoir tant au niveau psychologique (excitation subjective) que physiologique (excitation génitale) ([Basson, 2002b](#)). Si l'évaluation subjective de l'excitation n'est pas interprétée comme sexuelle ou si elle est perçue comme désagréable (honte, culpabilité, peur), cela risque d'inhiber la réponse sexuelle féminine. Par contre, si l'évaluation subjective de l'excitation est interprétée de manière agréable, érotique et/ou sexuelle, cela va augmenter l'excitation et renforcer le désir à poursuivre l'activité sexuelle ([Basson, 2002a](#)). Enfin, la satisfaction physique et émotionnelle, dont l'orgasme est l'indicateur le plus fort, va accroître l'intimité émotionnelle et favoriser l'ouverture et la disposition lors des futures rencontres intimes ([Basson, 2001](#)). Ce modèle met en lumière l'évolution de l'excitation sexuelle féminine au cours des activités sexuelles et reflète la complexité de l'expérience subjective inhérente à l'orgasme.

D'autres auteurs ([Rosen et Beck, 1988](#) ; [Mah et Binik, 2001](#)) soutiennent également ce modèle en insistant sur le rôle essentiel des aspects subjectifs de l'expérience sexuelle chez la femme et soulignent toute l'importance que l'évaluation subjective des stimulations soit interprétée comme érotique pour mener à l'orgasme.

Définition de l'orgasme aujourd'hui

La définition de l'orgasme de [Masters et Johnson \(1966\)](#) est actuellement considérée comme incomplète car trop centrée sur les aspects physiologiques de l'excitation génitale caractéristique de l'orgasme. Cependant, cette définition a permis de donner des critères diagnostiques précis pour les dysfonctions sexuelles. Le DSM-IV-TR ([APA, 2005](#)), établi sur la base des travaux de Masters et Johnson, définit l'orgasme comme : « une acmé du plaisir sexuel, accompagnée d'un relâchement de la tension sexuelle et de contractions rythmiques des muscles périnéaux et des organes reproducteurs pelviens [...]. Chez la femme, on constate des contractions

de la paroi du tiers externe du vagin (qui ne sont pas toujours ressenties). Pour les deux sexes, survient une contraction rythmique du sphincter anal » (APA, 2005, p. 618).

Cette définition de l'orgasme s'attarde surtout sur les modifications génitales et périphériques se produisant durant le coït. Cependant, il est important de ne pas sous-estimer la dimension subjective de l'excitation sexuelle en prenant en compte les aspects émotionnels et cognitifs de l'orgasme (Lopès et Poudat, 2007). En 1988, Rosen et Beck soulignaient déjà que les aspects physiologiques ne suffisaient pas pour parler de l'orgasme comme d'une « expérience sexuelle ». Ils supposaient également que la dimension subjective jouait un rôle clef pour donner à la réponse physiologique, un vécu érotique et/ou sexuel. Plus concrètement, Mah et Binik (2001) expliquent que les contractions pelviennes doivent être perçues comme érotiquement agréables et désirables pour être identifiées comme partie intégrante de l'orgasme. Pourtant, les publications de ces dernières années semblent davantage s'intéresser aux facteurs physiologiques au détriment des facteurs plus « subjectifs » de l'expérience sexuelle (Porto, 2009). De plus, il n'existe pas d'échelle pour mesurer la subjectivité de l'expérience orgasmique (Mah et Binik, 2002).

Les tentatives de proposer une définition universellement acceptée de l'orgasme ont pour l'instant rencontré peu de succès (Mah et Binik, 2001). Cette absence de définition a été attribuée à la compréhension limitée des mécanismes qui sous-tendent l'orgasme et au fait que les chercheurs sont tributaires des aspects subjectifs de l'auto-évaluation de l'expérience (Meston et al., 2004). Cependant, la définition de Meston et al. (2004) semble être la plus couramment utilisée dans la littérature car les chercheurs sont d'accord sur le fait que l'orgasme est caractérisé par « un pic variable et bref d'intense plaisir qui crée un changement de l'état de conscience, habituellement suivi d'un soulagement de la tension sexuelle, de contractions rythmiques des muscles du périnée, des organes reproducteurs, des parois postérieures du vagin et du sphincter » (p. 174). Cette définition présente l'avantage de considérer l'orgasme féminin selon des aspects physiologiques et psychologiques malgré qu'elle donne très peu de précisions concernant les aspects cognitifs et émotionnels responsables de l'atteinte de l'orgasme.

Dans cette perspective, Graham (2010) recommande d'étudier plus spécifiquement les aspects subjectifs de l'orgasme car c'est généralement pour ces raisons que les femmes viennent consulter en sexothérapie. D'après la revue de la littérature effectuée par Mah et Binik (2001), l'origine de l'orgasme féminin serait multidimensionnelle et sa complexité demande de concevoir une analyse qui prenne en compte les facteurs biologiques (e.g. effets des drogues, rôle des neurotransmetteurs et des hormones, implication de l'hémisphère droit et de la musculature du périnée), environnementaux (e.g. âge, religion, niveau d'éducation, qualité des stimulations sexuelles, expériences précoces d'orgasme), comportementaux (e.g. participation active durant les activités sexuelles, la fréquence des relations sexuelles, masturbation), cognitifs (e.g. perception érotique de l'expérience, conscience de son excitation sexuelle, pensées érotiques) et émotionnels (e.g. plaisir durant l'orgasme, joie, amour, relaxation, satisfaction conjugale et sexuelle) comme responsables de l'atteinte de l'orgasme.

Actuellement, l'orgasme reste un concept difficile à définir. Cependant, de nombreuses femmes rapportent une incapacité d'atteindre l'orgasme depuis toujours ou de manière passagère. Cette difficulté sexuelle peut engendrer une réelle souffrance personnelle mais également avoir des effets au sein du couple. La complexité de conceptualiser l'orgasme peut aussi s'expliquer, en partie, par l'origine des travaux qui tentent d'y parvenir. Ceux-ci relevant de mesures physiologiques, d'analyses quantitatives ou de cas cliniques, suivant qu'ils sont réalisés par des chercheurs, des épidémiologistes ou des cliniciens. Les démarches n'étant pas les mêmes, il n'est par conséquent pas toujours évident de poser un diagnostic précis. En effet, les définitions manquent de précision et reposent souvent sur l'avis subjectif du clinicien. Dans cette perspective, la prochaine partie abordera différentes définitions du trouble de l'orgasme en vue de guider les cliniciens dans leur diagnostic.

Définition du trouble de l'orgasme

Le trouble de l'orgasme ou *anorgasmie* représente la deuxième difficulté sexuelle la plus fréquemment rencontrée par les femmes avec une prévalence de 25 (Lewis et al., 2010) à 31 % (Hayes et al., 2006). Cette difficulté sexuelle est beaucoup plus rare chez l'homme avec une prévalence allant de 8 à 14 % (Laumann et al., 1999 ; Bejin, 1997). Cela peut s'expliquer notamment par le fait que les femmes ne possèdent pas de « signes » objectifs équivalents à l'éjaculation. Il est donc difficile pour certaines femmes de reconnaître si l'orgasme s'est produit ou non ou si elles ont déjà atteint l'orgasme une fois dans leur vie (Bancroft, 2009 ; Meston et al., 2004). Dès lors, les chiffres sur la prévalence de ce trouble sont très variables d'une étude à l'autre.

D'autres études rapportent des résultats similaires avec une prévalence de 29 % sur un échantillon de 329 femmes américaines (18 à 73 ans) fréquentant un service de gynécologie (Rosen et al., 1993) et 23 % sur un échantillon de 104 femmes britanniques (18 à 65 ans et plus) qui consultent leur généraliste (Read et al., 1997). Le DSM-IV-TR (APA, 2000) estime également la prévalence à 25 % pour le trouble de l'orgasme féminin au sein de la population américaine (18 à 59 ans). Dans le DSM-V (APA, 2013), la prévalence est de 10 à 42 % en précisant que ces chiffres varient en fonction de certains critères de recherche (âge, culture, durée de la dysfonction, sévérité des symptômes) sans tenir compte de la présence de détresse sexuelle. Une récente étude américaine de Shifren et al. (2008) portant sur un large échantillon rapporte que seulement une petite proportion de femmes souffrant de ce trouble présente également une détresse sexuelle. D'après leurs résultats, 21,8 % des femmes ont « peu d'orgasme » dont 3,4 à 5,8 % associés à la détresse sexuelle.

La difficulté d'atteindre l'orgasme est reconnue comme une dysfonction sexuelle depuis son apparition dans la troisième édition du *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (American Psychiatric Association, 1980). Le DSM-III se basait sur la réponse sexuelle développée par Masters et Johnson (1966) pour classifier les difficultés sexuelles. Cette dysfonction était appelée « inhibition de l'orgasme » et était définie comme une inhibition permanente de l'orgasme. Ensuite, ce trouble a reçu la dénomination dans le DSM

IV (APA, 1994) de « *Female orgasmic disorder* » (trouble de l'orgasme chez la femme F52.3 [302.731]).

Dans le DSM-IV-TR (APA, 2000), cette dysfonction sexuelle relève de l'axe I et plus particulièrement des troubles sexuels et troubles de l'identité sexuelle. Il est défini comme « l'absence ou le retard, répété ou persistant, de l'orgasme après une phase d'excitation sexuelle normale. Il existe chez la femme une grande variabilité dans le type ou l'intensité de la stimulation nécessaire pour déclencher un orgasme. Le diagnostic d'un trouble de l'orgasme chez la femme doit reposer sur le jugement du clinicien, qui estime que la capacité orgasmique de la femme est inférieure à ce qu'elle devrait être étant donné son âge, son expérience sexuelle et l'adéquation de la stimulation sexuelle reçue (critère A). La perturbation doit être à l'origine d'une souffrance subjective marquée ou de difficultés interpersonnelles (critère B). La dysfonction n'est pas mieux expliquée par un autre trouble de l'axe I (à part une autre dysfonction sexuelle) et n'est pas due exclusivement aux effets physiologiques directs d'une substance (y compris des médicaments) ou d'une affection médicale générale (critère C) » (APA, 2000, p. 632).

Depuis 2004, cette définition a fait l'objet de nombreuses critiques et recommandations. Premièrement, le fait que l'orgasme « survient après une phase d'excitation sexuelle normale » engendre de la confusion auprès des cliniciens (Graham, 2010). D'après Meston (2003), cette notion « d'excitation sexuelle normale » devrait être évaluée avant de poser un diagnostic de trouble de l'orgasme car le trouble de l'excitation est souvent associé au trouble de l'orgasme et inversement, le trouble de l'orgasme est fréquemment en lien avec des difficultés à maintenir une excitation sexuelle. Deuxièmement, les critères du trouble de l'orgasme ne se définissent pas seulement par « l'absence ou le retard, répété ou persistant, de l'orgasme » mais peut être aussi marqué par une réduction de l'intensité des sensations orgasmiques (Basson et al., 2003). Ensuite, les critères de durée et/ou de sévérité ne sont pas toujours clairs pour diagnostiquer les dysfonctions sexuelles. C'est pourquoi, plusieurs auteurs (Balon et al., 2007 ; Segraves et al., 2007) proposent qu'un diagnostic de trouble de l'orgasme puisse être posé si la difficulté est présente depuis au moins six mois et rencontrée dans au moins 75 % des activités sexuelles.

Une autre critique porte sur l'ambiguïté de « l'adéquation de la stimulation sexuelle reçue ». Dans cette perspective, Basson et al. (2004) ont reformulé la définition de trouble de l'orgasme en supprimant ce terme et en insistant davantage sur l'évaluation subjective de la femme : « Malgré un jugement d'un haut degré d'excitation sexuelle, il existe un manque d'orgasme, marqué par une diminution de l'intensité des sensations orgasmiques ou par un retard persistant de l'orgasme quelle que soit la stimulation » (p. 30). Ces auteurs insistent sur l'importance de considérer si les stimuli érotiques et sexuels sont vécus de manière agréable et permettent à la femme de ressentir de l'excitation subjective.

Face à ces différentes limites, il s'avère donc essentiel de concrétiser au maximum les plaintes des patientes afin de poser un diagnostic précis. Dans ce sens, Basson et al. (2004) spécifient la définition du DSM-IV-TR (APA, 2000) en donnant certaines recommandations à prendre en

compte pour l'évaluation de cette difficulté sexuelle : « Est-ce que l'orgasme est absent ou retardé ? Est-il de plus faible intensité ? Est-ce que la femme reçoit assez de stimulations érotiques et sexuelles de son partenaire ? Que se passe-t-il dans un contexte d'auto-stimulation (masturbation) ? Est-ce que la confiance et la sécurité dont la femme a besoin sont suffisantes pour se laisser aller au plaisir ? Éprouve-t-elle de la peur à lâcher le contrôle ? Anticipe-t-elle les conséquences de ne pas atteindre l'orgasme ? Toutes ces informations sont bien sûr précieuses car elles vont guider les interventions sexothérapeutiques.

Le DSM-IV-TR (APA, 2000) propose également des sous-types pour préciser « le mode de début (de tout temps ou acquis), le contexte (généralisé ou situationnel) et les facteurs étiologiques (facteurs psychologiques ou combinaison de facteurs) » (p. 632). La plupart des études portant sur le trouble de l'orgasme féminin différencient l'anorgasmie « primaire » de l'anorgasmie « secondaire ». Le terme d'anorgasmie « primaire » est généralement utilisé pour parler des femmes qui n'ont jamais atteint l'orgasme dans leur vie quelles que soient les circonstances y compris lors de la masturbation. L'anorgasmie primaire correspond aux critères diagnostiques du trouble de l'orgasme de « tout temps » (présent depuis le début des activités sexuelles) et de type « généralisé » (présent en toutes circonstances et ne dépend pas d'un type de stimulation, ni d'une certaine situation, ni d'un partenaire). Par contre, l'anorgasmie va être dite « secondaire » si la femme a déjà atteint l'orgasme au cours de sa vie sexuelle mais qu'elle rencontre une période de difficulté orgasmique tel que décrit par les critères diagnostiques du trouble de l'orgasme « acquis » (apparu au cours de la vie sexuelle à la suite d'une période de fonctionnement normal) et « situationnel » (présente uniquement lors de certaines stimulations, dans certaines situations ou avec certains partenaires).

Notons enfin que la capacité d'atteindre l'orgasme s'accroît avec l'expérience sexuelle et donc avec l'âge. Dans ce sens, il faut aussi préciser que l'anorgasmie primaire est bien plus fréquente que l'anorgasmie secondaire car lorsqu'une femme est capable d'atteindre l'orgasme, « il est très rare qu'elle perde cette capacité » (APA, 2000, p. 632). De plus, cette difficulté sexuelle aurait des effets négatifs sur la qualité de la vie des femmes notamment sur la détresse personnelle et les tensions au sein du couple (IsHak et al., 2010).

Depuis 2004, la définition du trouble de l'orgasme a fait l'objet de nombreuses critiques et a subi une évolution importante. Dans cette perspective, le DSM-V (APA, 2013) a tenté d'intégrer au mieux ces différentes recommandations. Actuellement, le trouble de l'orgasme se définit comme une difficulté d'atteindre l'orgasme et/ou une réduction marquée de l'intensité des sensations orgasmiques (critère A). En considérant que les femmes présentent de grandes différences dans les stimulations et l'intensité nécessaire pour atteindre l'orgasme, le vécu subjectif de l'orgasme peut être extrêmement varié d'une situation à l'autre. Un diagnostic de trouble de l'orgasme est posé si les symptômes du critère A sont présents depuis six mois dans 75 à 100 % des situations sexuelles (critère B). Ces symptômes engendrent une détresse significative chez la personne (critère C). Finalement, le dysfonctionnement sexuel n'est pas

mieux expliqué par un trouble mental non sexuel ou en raison de graves problèmes conjugaux (violence conjugale), ou d'autres facteurs de stress et n'est pas causé par l'effet de substances/médicaments ou d'une affection médicale (critère D). Les changements apportés portent essentiellement sur les critères A et B qui prennent davantage en compte le contexte, le vécu subjectif de la femme, la relation avec le partenaire et propose des critères plus précis de durée et de sévérité de la problématique. Le DSM-V semble donner une place prépondérante à la diminution de la sensation orgasmique pour classer les troubles de l'orgasme chez la femme ainsi qu'au délai nécessaire pour l'atteindre. Cette nouvelle version tient compte également de la souffrance et de la détresse sexuelle du patient qui est évalué par le clinicien.

Si jusqu'à présent la définition du DSM-IV-TR (APA, 2000) semble être la plus utilisée dans la littérature scientifique, la publication récente du DSM-V (APA, 2013) va probablement orienter les travaux futurs vers une conception de l'orgasme où la souffrance, la détresse psychologique et l'appréciation du clinicien tiendront une place plus importante et prépondérante. Néanmoins, force est de constater que la définition en termes de critères diagnostiques donne très peu d'informations concernant les stratégies sexothérapeutiques à mettre en place.

Conclusion

Il est intéressant pour le clinicien de comprendre l'évolution du concept d'orgasme car il permet de mieux appréhender le trouble de l'orgasme. Tout d'abord, les débats à propos de la jouissance féminine ainsi que l'utilité du clitoris montrent que le plaisir sexuel féminin a souvent fait l'objet de répression. De plus, la conception vaginale de l'orgasme perçue comme plus « mature » ainsi que la vision « nocive » de la masturbation ont probablement joué un rôle défavorable sur l'atteinte de l'orgasme. Ces différentes raisons pourraient expliquer pourquoi encore aujourd'hui de nombreuses femmes méconnaissent leur fonctionnement sexuel.

Les recherches du XX^e siècle dans le domaine de la sexologie (Masters et Johnson, 1966 ; Kinsey et al., 1948, 1953 ; Hite, 1976 ; O'Connell et al., 1998) ont réellement marqué un tournant dans la compréhension physiologique de l'orgasme féminin. Cela a permis de réconcilier la conception vaginale et clitoridienne de l'orgasme en une vision plus globale, le complexe « clitorio-uréthro-vaginal ». Ces découvertes mettent en avant l'importance des multiples stimulations dans l'atteinte de l'orgasme (clitoridiennes, vaginales, seins...). Par ailleurs, le modèle de la réponse sexuelle féminine de Basson (2001, 2002a) explique que l'excitation sexuelle subjective joue un rôle considérable dans l'atteinte de l'orgasme. Il semblerait effectivement que dans un contexte d'intimité émotionnelle, la femme aura plus de facilité à percevoir les stimuli de manière érotique et/ou sexuelle, ce qui va constituer les ingrédients favorables à l'atteinte de l'orgasme. Le vécu subjectif de l'orgasme semble être une dimension essentielle à investiguer si nous voulons mieux comprendre les mécanismes psychologiques sous-tendus par l'orgasme. De nombreux auteurs (Graham, 2010 ; Lopès et Poudat, 2007 ; Rosen et Beck, 1988 ; Mah et Binik, 2001 ; Porto, 2009 ; Meston et al.,

2004) font des suggestions dans ce sens, mais force est de constater qu'actuellement les aspects physiologiques de l'orgasme n'expliquent pas tout et les aspects psychologiques n'ont été que peu investis.

Dans cette même perspective, la définition de l'orgasme reflète les recherches actuelles et porte généralement sur les aspects physiologiques de l'orgasme en négligeant les aspects psychologiques, c'est-à-dire les émotions, les cognitions et les comportements favorables à l'orgasme. Au vu du manque de compréhension des mécanismes psychologiques sous-tendus par l'orgasme, il est toujours difficile pour le clinicien de poser un diagnostic précis. En effet, la définition du trouble de l'orgasme, fortement critiquée, a été revue au cours des différentes versions du DSM et reste toujours centrée sur les aspects physiologiques. De plus, la définition du trouble de l'orgasme en termes de critères diagnostiques donne peu de précisions concernant les stratégies sexothérapeutiques à mettre en place dans les prises en charge de cette difficulté sexuelle. Dès lors, Basson et al. (2004) proposent de concrétiser le trouble de l'orgasme au-delà des définitions en termes de critères diagnostiques.

Il serait intéressant dans les études futures d'investiguer la manière dont les femmes expérimentent au niveau cognitif et émotionnel les relations sexuelles avec leur partenaire. Cela devrait permettre de mieux comprendre et définir l'orgasme féminin mais aussi d'améliorer les prises en charge du trouble de l'orgasme.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- Addiego F, Belzer E, Comolli J, Moger W, Perry J, Whipple B. *Female ejaculation: a case study*. *J Sex Res* 1981;17:1–13.
- Alzate H. *Vaginal eroticism and female orgasm: a current appraisal*. *J Sex Marital Ther* 1985;11(4):271–84.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1980.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
- American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. 4^e éd. Issy-les-Moulineaux: Éditions Masson; 2005 [texte révisé].
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Washington, DC: APA; 2013.
- Balon R, Segraves RT, Clayton A. *Issues for DSM-V: sexual dysfunction, disorder, or variation along normal distribution: toward rethinking DSM criteria of sexual dysfunctions*. *Am J Psychiatry* 2007;164:198–200.
- Bancroft J. *Human sexuality and its problems*. 3rd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone/Elsevier; 2009.
- Basson R. *Female sexual response: the role of drugs in the management of sexual dysfunction*. *J Obstet Gynaecol* 2001;98:350–3.
- Basson R. *A model of women's sexual arousal*. *J Sex Marital Ther* 2002a;28:1–10.

- Basson R. Rethinking low sexual desire in women. *J Obstet Gynaecol* 2002b;109:357–62.
- Basson R, Leiblum S, Brotto L, Derogatis L, Fourcroy J, Fugl-Meyer K, et al. Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2003;24:221–9.
- Basson R, Althof S, Davis S, Fugl-Meyer K, Goldstein I, Leiblum S, et al. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *J Sex Med* 2004;1:24–34.
- Bejin A. L'orgasme de l'homme adulte. Quelques résultats des études quantitatives récentes sur le comportement sexuel, notamment en France. *Andrologie* 1997;7:336–42.
- Bohlen JG, Held JP, Sanderson MO, Ahlgren A. The female orgasm: pelvic contractions. *Arch Sex Behav* 1982;11(5):367–86.
- Brenot P. Les médecins français et la masturbation avant 1945. *Sexologies* 2007;16:212–8.
- Buisson O, Foldes P, Jannini E, Mimoun S. The sonography of the coitus in one volunteer couple. *J Sex Med* 2010;7:2750–4.
- Chaperon S. Kinsey en France : les sexualités féminine et masculine en débat. *Le mouvement social* 2002;198(1):91–110.
- Chaperon S. De l'anaphrodisie à la frigidity : jalons pour une histoire. *Sexologies* 2007;16:189–94.
- Colson M. L'orgasme des femmes, mythes, défis et controverses. *Sexologies* 2010;19:39–47.
- Fisher S. *The female orgasm*. New York: Basic Books; 1973.
- Freud S. *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Paris: Gallimars; 1905.
- Gräfenberg E. The role of the urethra in female orgasm. *Int J Sexol* 1950;3:145–8.
- Graham C. The DSM diagnostic criteria for female orgasmic disorder. *Arch Sex Behav* 2010;39:256–70.
- Hayes R, Bennett C, Fairley C, Dennerstein L. What can prevalence studies tell us about female sexual difficulty and dysfunction? *J Sex Med* 2006;3:589–95.
- Hite S. *The Hite Report*. New-York: Mac Millan; 1976.
- IsHak WW, Bokarius A, Jeffrey JK, Davis MC, Bakhta Y. Disorders of orgasm in women: a literature review of etiology and current treatments. *J Sex Med* 2010;7(10):3254–68.
- Kinsey A, Pomeroy W, Martin C, Gebhard P. *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia: W.B. Saunders; 1948.
- Kinsey A, Pomeroy W, Martin C, Gebhard P. *Sexual behavior in the human female*. Philadelphia: W.B. Saunders; 1953.
- Laumann E, Paik A, Rosen R. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *J Am Med Assoc* 1999;281(6):537–44.
- Lewis R, Fugl-Meyer K, Corona G, Hayes R, Laumann E, Moreira E Jr, et al. Definitions/epidemiology/risk factors for sexual dysfunction. *J Sex Med* 2010;7:1598–607.
- Lignac M. *De l'homme et de la femme considérés physiquement dans l'état du mariage*. Lille: J.-B. Henry; 1772.
- Lopès P, Poudat F-X. *Manuel de sexologie*. Issy-les-Moulineaux: Éditions Masson; 2007.
- Mah K, Binik Y. The nature of human orgasm: a critical review of major trends. *Clin Psychol Rev* 2001;21(6):823–56.
- Mah K, Binik Y. Do all orgasms feel alike? Evaluating a two-dimensional model of the orgasm experience across gender and sexual context. *J Sex Res* 2002;39(2):104–13.
- Masters W, Johnson V. *Human sexual response*. Boston: Little Brown; 1966.
- Meston C. Validation of the female sexual function index (FSFI) in women with female orgasmic disorder and in women with hypoactive sexual desire disorder. *J Sex Marital Ther* 2003;29(1):39–46.
- Meston CM, Levin RJ, Sipski ML, Hull EM, Heiman JR. Women's orgasm. *Annu Rev Sex Res* 2004;15:173–257.
- O'Connell H, Delancey J. Clitoral anatomy in nulliparous, healthy, premenopausal volunteers using unenhanced magnetic resonance imaging. *J Urol* 2005;173(6):2060–3.
- O'Connell H, Hutson J, Anderson C, Plenter R. Anatomical relationship between urethra and clitoris. *J Urol* 1998;159:1892–7.
- O'Connell H, Eizenberg N, Rahman M, Cleeve M. The anatomy of the distal vagina: towards unity. *J Sex Med* 2008;5:1883–91.
- Porto R. Genèse de la perte de sens dans la médecine et la sexologie contemporaines. *Sexologies* 2009;18:22–7.
- Read S, King M, Watson J. Sexual dysfunction in primary medical care: prevalence, characteristics and detection by the general practitioner. *J Public Health Med* 1997;19:387–91.
- Rosen R, Beck J. *Patterns of sexual arousal: psychophysiological processes and clinical applications*. New-York: Guilford; 1988.
- Rosen R, Taylor J, Leiblum S, Bachmann G. Prevalence of sexual dysfunction in women: results of a survey study of 329 women in an outpatient gynecological clinic. *J Sex Marital Ther* 1993;19(3):171–88.
- Segraves RT, Balon R, Clayton A. Proposal for changes in diagnostic criteria for sexual dysfunctions. *J Sex Med* 2007;4:567–80.
- Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in United States women. *Obstet Gynecol* 2008;112:970–97.