



Article scientifique

Article

2015

Published version

Open Access

This is the published version of the publication, made available in accordance with the publisher's policy.

Cet obscur sujet du désir. Médicaliser les troubles de la sexualité féminine en Occident

Gardey, Delphine; Hasdeu, Iulia

How to cite

GARDEY, Delphine, HASDEU, Iulia. Cet obscur sujet du désir. Médicaliser les troubles de la sexualité féminine en Occident. In: Travail, genre et sociétés, 2015, n° 34, p. 73–92. doi: 10.3917/tgs.034.0073

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:79903>

Publication DOI: [10.3917/tgs.034.0073](https://doi.org/10.3917/tgs.034.0073)

CET OBSCUR SUJET DU DÉSIR

Médicaliser les troubles de la sexualité féminine en Occident

Delphine Gardey, Iulia Hasdeu

La Découverte | « Travail, genre et sociétés »

2015/2 n° 34 | pages 73 à 92

ISSN 1294-6303

ISBN 9782707188045

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/revue-travail-genre-et-societes-2015-2-page-73.htm>

!Pour citer cet article :

Delphine Gardey, Iulia Hasdeu, « Cet obscur sujet du désir. Medicaliser les troubles de la sexualité féminine en Occident », *Travail, genre et sociétés* 2015/2 (n° 34), p. 73-92.

DOI 10.3917/tgs.034.0073

Distribution électronique Cairn.info pour La Découverte.

© La Découverte. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

CET OBSCUR SUJET DU DÉSIR

MÉDICALISER LES TROUBLES DE LA SEXUALITÉ FÉMININE EN OCCIDENT

Delphine Gardey et Iulia Hasdeu

« Il n'y a pas d'explication de la sexualité qui la réduise à autre chose qu'elle-même, car elle était déjà autre chose qu'elle-même, et, si l'on veut, notre être entier »
[Merleau-Ponty, 1945, p. 209¹]

Dans le film *Cet obscur objet du désir*, réalisé en 1977 par Luis Buñuel, Conchita (tantôt Angela Molina, tantôt Carole Bouquet) est objet fantasmatique du désir masculin et manifestation de ce que le désir est possiblement sans objet. Machinerie érotique manifestement orientée du point de vue du personnage masculin, le dispositif est autrement mystérieux et sujet à interprétation. Dans les faits, les deux facettes de Conchita résistent au désir masculin. Le sujet féminin de « cet obscur objet du désir » s'incarne finalement dans deux femmes associées pour ne pas désirer... cet homme (tout homme ?)².

De l'objet au sujet, le chemin est long et, en matière du désir et de sexualité, sûrement complexe. Passer de l'obscurité à la clarté est justement l'un des objectifs principaux pour lesquels les savoirs biomédicaux opèrent et se mobilisent.

En matière de sexualité humaine, certains prétendent aujourd'hui être en mesure d'éclairer la cartographie du désir, son fonctionnement et ses éventuelles dysfonctions. Le « cadrage » neuroscientifique de la sexualité humaine est à cet égard d'une efficacité lumineuse. Les protocoles se sont routinisés et démultipliés depuis les premières expériences datant de la fin des années 1980 [Dussauge, 2013]. On demande à des sujets sélectionnés d'effectuer une série de tâches (telles que

¹ Maurice Merleau-Ponty, *Phénoménologie de la perception*, Paris, Gallimard, 1945.

² Charles Tesson, *Luis Buñuel*, Éditions Cahiers du cinéma, Paris, 1995.

regarder des images pornographiques) cependant qu'on enregistre leur activité cérébrale. Pour l'essentiel, les expériences reposent sur des sujets masculins jeunes, en bonne santé et dont l'hétérosexualité comme norme implicite n'est pas questionnée. L'activité cérébrale de ces groupes de sujets (« sexuellement stimulés ») est confrontée par des méthodes statistiques à un groupe de contrôle et fait l'objet de représentations visuelles qui la matérialisent³. La sexualité est ainsi définie comme une activité « *brain-sexual* »⁴ indépendante de tout environnement, de tout contexte affectif, culturel ou social.

³ Ce type de protocole est actuellement en vigueur dans des enquêtes portant sur les émotions et les comportements sexuels conduites en Faculté de psychologie à l'Université de Genève (*Laboratory for the Study of Emotion Elicitation and Expression*).

⁴ Cérébralo-sexuelle.

Entre Buñuel et les neurosciences, un même mot (le désir), un même objet (la sexualité), un abîme quant à ce que le « désir » et la sexualité sont au monde et aux individus.

Dans cet article nous nous intéressons à la définition et la conceptualisation de la sexualité féminine dans le monde occidental du milieu du XIX^e siècle à nos jours. Plus précisément, il s'agit d'envisager la façon dont les savoirs et les pratiques médicales rendent compte du désir féminin, de la sexualité féminine et de leurs défaillances ou dysfonctions. D'objets du désir, les femmes, un jour, deviennent sujets. Il devient alors possible de revendiquer le désir et le plaisir au féminin comme un fait, un bien et un droit. Si l'histoire longue des savoirs sur la sexualité regorge de pathologies féminines (hystérie, nymphomanie, frigidité), les notions de « dysfonctions » ou de « défaillances » adviennent une fois la normalité du plaisir au féminin (et plus particulièrement de la physiologie de l'orgasme) admise. Pour que les « défaillances » soient, il faut que le plaisir féminin comme norme culturelle, sociale et médicale de la sexualité ait été. Symétriquement, il convient que le « normal » de la sexualité puisse relever du médical. Ce dernier point témoigne d'une définition de la santé qui comprend l'activité sexuelle et en fait l'élément d'un bien-être plus général, profitable à l'individu, fût-il de sexe féminin. Ainsi, le « droit à la jouissance » intègre le droit à réparation en cas de défaillance sexuelle cependant que le « droit à la sexualité » inclut une définition culturelle nouvelle de la sexualité comme forme du bien-être et comme « santé » [Giami, 2007].

Comment la sexualité féminine, le plaisir féminin – mais aussi ses « pathologies », « défaillances » ou « troubles » – sont-ils devenus un objet de préoccupation, d'expertise et de prise en charge médicale ? En opérant du passé au présent, il s'agit d'interroger certaines circularités discursives et pratiques. Quelle est la part attribuée à la biologie et à la culture, à la physiologie ou à la « psyché » dans la définition de la sexualité féminine dans l'espace occidental ? Quelles ont été les formalisations médicales successives des mécanismes sexuels et comment témoigner de leurs ambitions universalistes ou de leurs spécifications de genre ? Notre démarche s'inscrit dans

le cadre de la critique féministe des sciences et des techniques qui se propose de déconstruire ce qui est donné comme nature à propos des corps sexués pour rendre compte des pratiques et des savoirs médicaux en tant que production⁵. Il s'agit autant de s'intéresser aux élaborations conceptuelles et métaphoriques qu'à certaines pratiques concrètes qui les façonnent (dispositifs et équipements de recherche, produits pharmaceutiques, sociétés médicales et scientifiques, etc.). Issu d'une recherche encore en cours sur les traitements contemporains des dysfonctions sexuelles féminines, cet article pose quelques jalons critiques qui permettent de les situer dans un paysage biomédical, culturel, social et politique de plus long terme⁶. Il existe aujourd'hui comme hier différentes façons de concevoir les troubles de la sexualité féminine et de médicaliser leur traitement⁷. Quelles sont, en matière de dysfonction de la fonction sexuelle féminine, les options historiquement disponibles et historiquement constituées ? De quelles normes sociales et médicales l'accomplissement de la sexualité féminine est-il tributaire ? Où siège, à chacune de ces étapes, le désir féminin, comment est-il défini et comment conçoit-on ses « mécanismes » ?

Il s'agit finalement de situer et de caractériser le modèle biologique contemporain de la sexualité et de rendre compte de la façon dont il contribue à définir devoir-être et devoir-faire dans la sphère tant intime que sociale.

LA SEXUALITÉ FÉMININE : CET OBSCUR OBJET DE LA SCIENCE MÉDICALE (1850-1910)

De même qu'il est plusieurs commencements dans l'histoire des savoirs sur le sexe, il est possible de témoigner de plusieurs moments fondateurs dans l'histoire de l'apparition du plaisir et du désir féminins dans la littérature médicale. Si la sexologie en tant que « science de la sexualité » se constitue au début des années 1910 dans son acception « moderne », médecins, psychiatres et criminologues s'intéressent à la sexualité humaine dès le milieu du XIX^e siècle [Chaperon, 2012]. Il est possible de suivre la lecture que propose André Béjin [1982] de cette littérature savante. Pour l'essentiel, les *corpus* produits en Europe entre 1844 et 1888 se caractérisent par une démarche (la nosographie) et une perspective (plutôt négative) sur un phénomène (la sexualité) dont il s'agit pour l'essentiel de repérer les maux et les formes pathologiques. Au bordel, à l'asile, en prison, médecins et aliénistes poursuivent et décrivent maladies vénériennes, aberrations, dégénérescence, traits criminels et « perversions ». Ils recensent l'anormal. Les travaux d'Alain Corbin [2008] et de Sylvie Chaperon [2008] modèrent cette première description même si elle demeure correcte pour l'essentiel. Des médecins s'intéressent tôt à l'hygiène conjugale et font tomber dans leur

⁵ Les auteurs de ces travaux sont aujourd'hui nombreux et de langue anglaise principalement, pour des lectures en français nous renvoyons à Delphine Gardey et Ilana Löwy [2000] et à la traduction de Anne Fausto-Sterling [2012].

⁶ « Désirs en échec ? Expérience et traitement des défaillances de la sexualité féminine : la construction d'un problème médical et social », recherche dirigée par Delphine Gardey, co-dirigée par Bruno Strasser et financée par le Fonds Maurice Chalumeau. Collaboratrices principales : Iulia Hasdeu et Marilène Vuille. Institut des Études Genre, Université de Genève.

⁷ Pour une réflexion sur les formes historiques de médicalisation, voir Francesco Panese et Vincent Barras [2008] ; sur la médicalisation de la sexologie, voir Alain Giami [2000 et 2009].

giron les « échanges » conjugaux au moment (sous le Second Empire en France) où il s'agit de valoriser le mariage d'amour contre le mariage arrangé. « Le plaisir d'amour » devient le « baromètre du bonheur conjugal » ; « la satisfaction de l'épouse, un enjeu » [Chaperon, 2012, p. 38]. À partir de 1850, les physiologistes commencent à décrire et recenser les effets bénéfiques du coït, élément clef de la reproduction. Un coït sans plaisir devient un signe clinique. La sexualité une fonction.

Pour l'essentiel, les médecins considèrent durant la seconde moitié du XIX^e siècle, que l'appétit sexuel est moins marqué chez la femme que chez l'homme. Le modèle sexuel qui domine est masculin. La sexualité des femmes est « conduite » par l'homme dont elle dépend. Cette « science » de la sexualité maritale évolue sous la contrainte et le poids social et moral de la question « génésique » qui se trouve idéologiquement en phase avec le nationalisme et l'impérialisme colonial de l'Europe de cette époque. La puissance sexuelle intéresse en tant que « capacité de génération ». L'« harmonie des plaisirs » ne saurait mettre en péril les obligations à l'endroit de la famille, de la société, de la nation. Du côté des pathologies féminines les plus courantes, le vaginisme et la frigidity constituent des troubles notables contre lesquels des thérapeutiques éclectiques sont mises en œuvre : régimes alimentaires, changement de mode de vie, action sur le moral. Félix Roubaud fait en 1855 de la frigidity une maladie typiquement féminine [Chaperon, 2012, p. 111]. Dans le dernier tiers du XIX^e siècle, le mariage est souvent considéré comme un remède aux problèmes sexuels des femmes alors que certains médecins constatent qu'il est la cause de ces maux.

Ce n'est qu'à la fin du XIX^e siècle, et notamment, du fait de la circulation (longtemps discrète) des travaux du psychiatre viennois Richard Von Krafft-Ebing, que la sexualité est peu à peu détachée de ce qu'on nomme alors « l'instinct génésique ». L'« orgasme » fait son apparition dans les textes de langue française, dans cette acception neuve qui consiste à rendre compte, chez l'homme, de la phase de l'érection qui précède l'éjaculation. Le concept de « *libido sexualis* » [Krafft-Ebing, 1888] ouvre la porte à une définition nouvelle de la sexualité comme activité en soi, indépendante de la reproduction, même s'il renvoie à la pathologie (déclinée comme dégénérescence). En dépit de ces transformations notables, les médecins s'intéressent peu à la sexualité « ordinaire » des femmes. La sexualité au sens moderne, en tant qu'activité érotique, se décline exclusivement au masculin [Chaperon, 2012, p. 193].

Du point de vue de la clinique, des applications « littérales » de la prise en considération de la physiologie de l'orgasme se traduisent par l'intervention de certains médecins sur le corps et le sexe des femmes (mesures de contrition,

masturbation par un tiers, clitorectomie⁸). Le féminin est alternativement considéré comme relevant de l'excès ou du manque. Les travaux de Rachel Maines [2009] mettent en évidence les usages médicaux de l'orgasme. Thérapeutique de l'hystérie, l'orgasme est prescrit et pratiqué par les médecins sur leurs patientes tout au long du XIX^e siècle. À la fin du siècle, l'électrothérapie, l'hydrothérapie, les vibromasseurs ou la délégation des « massages » aux personnels féminins succèdent à ces attouchements « professionnels ». Pour Rachel Maines, « le modèle androcentrique de la sexualité » (pénétration vaginale, jouissance partagée) est producteur de ces pathologies féminines. Les médecins soignent la faillite d'une « érotique hétérosexuelle conjugale » sur le corps des femmes. Le geste érotique/médical des médecins se substitue à la sexualité conjugale dont il accomplit la nouvelle norme sexuelle. Souhaitable parce que fonctionnel et thérapeutique, l'orgasme est pour l'heure davantage un horizon qu'une réalité qui semble peu partagée, si l'on en croit les témoignages des médecins, des psychiatres et, bientôt, des psychanalystes à propos de leur clientèle féminine.

OPTIMISME, RÉVOLUTION PSYCHANALYTIQUE ET « CONTINENT NOIR » DU FÉMININ (1910-1945)

La nouvelle science de la sexualité qui se développe au début du XX^e siècle a pour trait principal, comme le souligne Alain Giami, de témoigner pour la première fois d'une sorte « d'optimisme sexuel ». Henri Havelock-Ellis [1936]⁹, Albert Moll ou Sigmund Freud sont les premiers à poser la sexualité comme épanouissement individuel. « La satisfaction de la pulsion »¹⁰ est conçue comme une « finalité normale de la vie sexuelle » [Giami, 2007]. Cette perspective englobe, au-delà des adultes (hommes et femmes), les enfants. Freud place la sexualité au cœur de la vie psychique, en fait un élément clef de la construction de l'individu et de la culture, et l'étend du génital au corps *via* les zones érogènes. Il montre comment l'ignorance et la répression de la sexualité altèrent le développement de l'enfant et rend compte de ce que la frustration sexuelle est la cause de troubles psychiques chez nombre de ses patient-e-s. Cette dénonciation de la répression sexuelle, caractéristique du « premier Freud », celui des *Trois essais sur la sexualité* [1905], sera poursuivie, amplifiée et réévaluée par des auteurs aussi variés que Wilhelm Reich, Otto Gross, Herbert Marcuse ou Michel Foucault.

Bien que réfutant un modèle fonctionnaliste et organiciste (d'où son extraordinaire audace), la vision freudienne de la sexualité place sa finalité dans la reproduction physique et sociale par la famille conjugale : l'envie de pénis de la femme mariée se rassasie, par exemple, par la maternité. En cela

⁸ Sur ce dernier point voir Sylvie Chaperon [2012] et sur ces pratiques en Grande-Bretagne à l'époque victorienne, Andrew Scull et Diane Favreau [1987].

⁹ Qui publie entre 1897 et 1928 les sept volumes de son *Studies in the Psychology of Sex*. Seul le premier volume est publié en Grande-Bretagne. Un procès oblige à la poursuite de la publication aux États-Unis.

¹⁰ Sur la complexité de cette notion chez Freud et depuis, voir Jean Laplanche [1999 et 2006].

¹¹ Ce dernier publie également en 1905 son livre-manifeste de l'hygiénisme eugéniste destiné à un grand public [Forel, 1905].

¹² Telles Margaret Sanger, Dora Russell, Marie Stopes ou Alexandra Kollontai.

¹³ Fondatrice des cliniques de planning familial en Grande-Bretagne.

¹⁴ Et sont majoritairement des femmes, de Hélène Deutsch à Françoise Dolto.

¹⁵ L'excision est défendue et expliquée dans des textes ultérieurs, voir Marie Bonaparte [1948 et 1957].

Freud ne rompt pas complètement avec une vision naturaliste de la sexualité défendue par le psychiatre et biologiste suisse Auguste Forel¹¹. Le mouvement en faveur de la « réforme sexuelle », qu'il lance en 1921 aux côtés de Magnus Hirschfeld et Henri Havelock-Ellis, réunit personnalités progressistes, néo-malthusiens et féministes¹². Devenu la Ligue mondiale pour la réforme sexuelle, ce mouvement entend faire pression sur les gouvernements européens en faveur des libertés sexuelles et du contrôle des naissances [Tamagne, 2005]. À la fin des années 1920, paraît le livre *La vie sexuelle des sauvages* de Bronislaw Malinowski [1929]. Ce dernier, inspiré par l'observation des mœurs des habitants des îles Trobriand, y défend la promiscuité sexuelle entre les sexes avant le mariage. Préfacé par Henri Havelock-Ellis, lu et commenté publiquement par Sigmund Freud ou Marie Stopes¹³, l'ouvrage contribue à l'émergence d'une connaissance de la sexualité objectivable et scientifique, libérée des conventions et normes victoriennes. L'heure est bien à « l'amour sexuel » [Forel, 1905], au réformisme et au savoir.

Le changement inauguré au début du XX^e siècle est notable, même s'il relève plus de la potentialité que de la réalité tant du côté des conduites sexuelles que des normes morales et sociales en vigueur. Pour la psychanalyse, la sexualité tombe dans l'ordre de la « vie normale » cependant que les frontières entre normal et pathologique, santé et maladie sont brouillées. Si la normalité sexuelle est détachée de l'accomplissement de la sexualité reproductive, les psychanalystes de cette période (et des périodes ultérieures) qui s'écartent du modèle freudien de la sexualité féminine¹⁴ ne parviennent pas à la décentrer de son cadre conjugal et hétérosexuel. La place de la sexualité clitoridienne dans l'accomplissement sexuel de la femme adulte demeure problématique, de même que plus généralement le clitoris comme organe symbolique et concret. En France, Marie Bonaparte, patiente et disciple de Freud, sa première traductrice en français, également fondatrice de la société de psychanalyse française en 1926, fait procéder à une résection de son clitoris afin de favoriser l'orgasme vaginal¹⁵.

Bien que principalement constituée par une clientèle féminine, la thérapeutique semble échouer à percée les « mystères » de la sexualité féminine. Pour la pensée freudienne, les filles, qui doivent changer d'objet du désir (la mère en phase orale et anale ; le père en phase œdipienne) et quitter le plaisir clitoridien pour le plaisir vaginal et la sublimation maternelle, compliquent et obscurcissent la pensée et la pratique analytique. C'est le constat que fait Freud à la fin de sa vie, se déclarant désarmé devant ce « continent noir » de la sexualité féminine [Freud, 1924, 1931 et 1933]. Un continent caractérisé par frigidity, masochisme, hystérie, retour à l'état précœdipien, envie de pénis, ignorance du vagin [Irigaray, 1974]. Le

cadrage androcentré de l'orgasme féminin (l'équivalence posée, suivant les termes de Rachel Maines, entre sexualité et pénétration) demeure un trait durable de l'époque et de la culture psychanalytique. Dissocier l'orgasme du coït, de l'échange hétérosexuel et du vaginal est une entreprise qui semble médicalement, culturellement et politiquement impossible, en dépit des pratiques sexuelles effectives des femmes (masturbation, orgasme clitoridien, lesbianisme). Témoin de ces pratiques, le vibromasseur sort du cabinet du médecin pour devenir un objet de consommation diffusé par correspondance dans les années 1920-1930 aux États-Unis. Des consommatrices des classes moyennes et supérieures accèdent à cette technologie du plaisir dont les mérites sont promus avec force euphémisme entre deux appareils ménagers. Le vibromasseur dont les usages sexuels sont désormais connus disparaît ensuite de la scène commerciale avant d'y revenir à partir des années 1960 en tant qu'instrument explicitement érotique [Maines, 2009].

VERS UNE PHYSIOLOGIE ÉGALITAIRE DE LA SEXUALITÉ ET UNE NOUVELLE SCIENCE DE L'ORGASME (1945-1960)

Les sciences du sexe sont transformées dans les années 1930 et 1940 par les travaux de l'entomologiste et zoologue Alfred Charles Kinsey. Ce dernier entreprend, dès 1938, une gigantesque enquête¹⁶ sur le comportement sexuel humain [Muchembled, 2005 ; Chaperon, 2002]. Il fonde en 1947 à l'Université de l'Indiana un *Institute for Sex Research* et fait paraître en deux tomes, l'un consacré à la sexualité masculine, l'autre à la sexualité féminine, les résultats de cette enquête [Kinsey *et al.*, 1948 ; 1953]¹⁷.

La portée des enquêtes conduites sous la direction d'Alfred Kinsey est considérable. En dépit de la morale puritaine de la société américaine et du tout répressif¹⁸, elle révèle le caractère ordinaire de nombre de pratiques sexuelles considérées comme perversions ou pathologies. La réalité des relations sexuelles hors mariage, de la masturbation, de l'homosexualité, de la bisexualité éclate au grand jour. Kinsey abolit ainsi et autrement les frontières entre le normal et le « pathologique », notamment du côté de la croyance en une frontière intangible séparant les homosexuels des hétérosexuels [Lhomond et Michaels, 2000].

Plus encore, alors que durant la majeure partie du XIX^e siècle on recherche surtout les différences entre les hommes et les femmes¹⁹, à partir des travaux d'Alfred Kinsey, le paradigme dominant est celui d'une sexualité « semblable ». Chez Kinsey s'élabore une conception physiologique de la sexualité qui est profondément égalitaire. Du point de vue anatomique et physiologique tout est identique. Le sexe devient une

¹⁶ Environ 18 000 sujets ont répondu en entretien face à face au questionnaire de Kinsey contribuant ainsi à la plus grande collection de *sex stories*.

¹⁷ Les deux ouvrages sont rapidement traduits en français.

¹⁸ Et en dépit et à cause de la biographie sexuelle complexe de Kinsey.

¹⁹ Comme, par exemple, dans les travaux du britannique Henri Havelock Ellis.

réponse physiologique dont les traits sont comparables chez les hommes et les femmes, les hétérosexuels et les homosexuels [Irvine, 1990a]. Comme l'indique Kinsey :

« Bien que les différences supposées entre les comportements sexuels masculins et féminins soient couramment admises et souvent invoquées, nous sommes personnellement dans l'impossibilité de leur découvrir une base anatomique ou physiologique. [...] Femmes et hommes se comportent de façon absolument semblable » [Kinsey *et al.*, 1954, p. 571].

Cette « ressemblance » est donnée comme un facteur d'inter-compréhension et la source d'une harmonisation possible des plaisirs. Ainsi, cette nouvelle conceptualisation médicale de la sexualité ne porte-t-elle pas atteinte à l'institution du mariage ni à la matrice hétérosexuelle de la sexualité.

La conviction qui sous-tend les travaux de William Masters (1915-2001) et Virginia Johnson (1925-2013) est du même ordre. Ces deux scientifiques²⁰ mettent en place un dispositif inédit, étudiant la sexualité des couples en condition de laboratoire. Sur la base de leurs observations, ils établissent un modèle caractéristique et universel de l'activité sexuelle. Ce qu'ils nomment la « réponse sexuelle », se décline en quatre phases : l'excitation ; le plateau ; l'orgasme et la résolution. Les données « scientifiques » collectées objectivent une physiologie de la sexualité indépendante des sujets (hommes ou femmes) et de leur sexualité (hétéro ou homosexuelle). Ce « fonctionnalisme » sexuel résonne avec le fonctionnalisme systémique de la pensée sociologique américaine de l'époque d'un Talcott Parsons. Ce que font les années 1950 et cette nouvelle « sexologie moderne », c'est non seulement définir une physiologie de la sexualité (universelle) ; ancrer la sexualité dans la spécificité humaine (*versus* l'animal) ; définir l'activité sexuelle normale par l'orgasme (hétérosexuel) ; définir une science de la sexualité qui prend la forme d'une orgasmothérapie ; mais encore, et pour l'essentiel, établir une définition égalitaire (en termes physiologiques) des mécanismes de la sexualité masculine et féminine [Irvine, 1990a et b]²¹.

Le plaisir apparaît ici comme la finalité nouvelle et légitime de l'activité sexuelle puisqu'il s'inscrit dans l'ordre biologique. Comme le souligne Alain Giami, Masters et Johnson attribuent « à l'activité sexuelle sa propre finalité érotique au plan biologique et psychophysiologique » [Giami, 2009, p. 57]. Ils contribuent ainsi à l'autonomisation de la fonction sexuelle par rapport aux fonctions reproductives et à la définition d'une dimension pragmatique en même temps qu'hédoniste du sexuel. Leurs travaux anticipent le fait que « la révolution sexuelle » est plus que la révolution contraceptive, c'est aussi la « découverte » de l'orgasme [Muchembled, 2005]. Par ailleurs, William Masters et Virginia Johnson [1966] proposent la « première analyse scientifique de la jouissance féminine » détaillée par des expériences en laboratoire. Bien que ces observations, produisant le « fait scientifique » de l'orgasme

²⁰ Le premier gynécologue, la seconde psychologue.

²¹ En ce sens, la révolution sexologique précède ou accompagnela « révolution sexuelle ». Son modèle universel se rapproche aussi de la conception universalisante du contrôle volontaire des naissances qui se matérialise dans la pilule contraceptive comme médicament standard [Marks, 2001].

féminin, entrent en contradiction avec l'affirmation d'une homologie entre l'expérience physiologique de l'orgasme chez l'homme et chez la femme, le paradigme de cette équivalence est maintenu. Ainsi, jusqu'aux années 1980 et au-delà, le modèle de William Masters et Virginia Johnson sert-il de base à la réinterprétation de la fonctionnalité et des défaillances de la sexualité féminine. Les approches ultérieures attribuent une place plus ou moins spécifiée aux sensations qui accompagnent l'activité sexuelle et à ce qui diffère ou non (du fait de différences entre les appareils génitaux mâles et femelles) entre l'expérience masculine et l'expérience féminine de l'excitation et de l'orgasme [Vuille, 2014].

« DYSFONCTIONS » FÉMININES À L'HEURE DE LA « SEXUALITÉ HEUREUSE »²² (1960-1970)

William Masters et Virginia Johnson fondent véritablement la sexologie clinique. Un savoir théorique et des pratiques qui visent pour l'essentiel l'ordinaire de la sexualité et ses dysfonctions « légères ». Le conjugal et l'orgasme, le couple hétérosexuel sont les cibles essentielles de cette clinique du sexe. En tant que « science de la conjugalité » [Burgnard, 2012], la sexologie se concentre sur les problèmes des couples et les troubles mineurs et courants qui affectent la fonction érotique de la sexualité (troubles de l'érection, éjaculation, troubles du désir, de l'excitation, frigidité et troubles de l'orgasme) [Giami, 2001]. Dès lors, sa clientèle potentielle est large²³. Son atout et les raisons de son succès auprès du public²⁴ tiennent à ce qu'elle propose des thérapeutiques ciblées qui sont « faciles » à mettre en œuvre. C'est sa force par rapport à la psychanalyse dont les cures sont nécessairement plus longues et plus incertaines [Béjin, 1982].

Empruntant à la psychanalyse mais s'en différenciant [Béjin, 1982], la sexologie clinique établit de nouveaux partages entre le psychique, le psychologique et le physiologique. Un exemple peut en être trouvé vers 1970 dans le manuel édité par la nouvelle école sexologique de Genève [Geisendorf et Pasini, 1974; Abraham et Pasini, 1974]. Pour Michel Gressot, qui contribue dans ce volume, « le point de vue sexologique et le point de vue psychanalytique appartiennent à des plans distincts ». Le premier s'énonce surtout en termes de « réactions du comportement » tandis que le second « cherche principalement à rendre compte du métabolisme psychique au niveau de l'intériorité subjective » [Gressot, 1974, p. 25]. Il s'agit d'aborder la sexualité en tant que fonction naturelle, une fonction jugée « nécessaire à la santé individuelle et familiale ». Dans ce contexte, l'objet de la sexologie clinique c'est la physiologie plutôt que l'anatomie : on adopte des « approches brèves » pour des « dysfonctions courantes » [Geisendorf et Pasini, 1974, p. 1]. Le traitement suit la pro-

²² Nous jouons ici sur un parallèle avec une expression contemporaine : celle de la « maternité heureuse ».

²³ En ce sens, la sexologie participe de l'édification en Occident d'une forme de « démocratie sexuelle » [Béjin, 1984].

²⁴ Ce succès est plus important aux États-Unis qu'en France ou en Suisse.

cédures établies : (a) une investigation somatique et endocrinologique (si nécessaire) ; (b) une évaluation psychodynamique de la signification du symptôme sexuel chez le patient et le couple ; (c) une thérapie selon une approche éclectique [*ibid.*]. L'éclectisme est une ressource et une force du modèle. Ajouté à la brièveté des thérapies et la mobilisation de pratiques cliniques variées, ces éléments assurent la longue durée du modèle de William Masters et Virginia Johnson. William Geisendorf et Willy Pasini recommandent ainsi « suivant les besoins », le recours à la « psychothérapie individuelle et de groupe », « l'hypnose » ou la « pharmacologie » [*ibid.*, p. 2].

Dernier point notable de cette démarche, elle s'intéresse au couple et à la relation hétérosexuelle. C'est dans la déprogrammation et la reprogrammation des comportements²⁵ des partenaires que se loge une partie de la réussite et de l'objectif : parvenir à un orgasme partagé dans le coït. De ce point de vue, la prise en charge des troubles sexuels féminins relève d'une approche qui cadre la relation plutôt que la personne.

²⁵ Rejoignant le modèle pavlovien au fondement de « l'accouchement sans douleur » [Vuille, 2015, dans ce volume].

LES MÉDECINS, LES SEXOLOGUES ET LA « RÉVOLUTION SEXUELLE » (1970-1980)

Avec ce qu'il est convenu d'appeler la « révolution sexuelle » [Giami et Hekma, 2015], un pas supplémentaire est franchi. On assiste à une désindexation de la reproduction de l'institution du mariage et de la conjugalité [Kellerhals, 1985 ; Théry, 1993] et à une consécration de l'optimisme et de la liberté sexuels [Giami, 2004]. La pilule contraceptive et le droit à l'avortement changent la donne pour les femmes, la peur des grossesses non-désirées exerçant une pression moindre sur les rapports sexuels [Bajos et Ferrand, 2002]. À l'heure du slogan « Faites l'amour pas la guerre », tout semble possible. Les mouvements féministes, gays et lesbiens encouragent la reconnaissance publique des rapports entre partenaires de même sexe. La sexualité sort de la sphère privée et envahit la sphère publique, contribuant à redéfinir ce qui relève du politique²⁶. Enfin, alors que le « coït légitime » était réservé à l'homme hétérosexuel marié, le droit à l'orgasme s'étend aux femmes et aux différents âges de la vie [Béjin, 1982], préfigurant une transformation notable des comportements sexuels dans les décennies suivantes [Bajos et Bozon, 2008].

²⁶ Pour une synthèse sur cette question, voir Lorena Parini [2012].

Valeurs et positionnements du corps médical diffèrent durant les années 1970-1980. Une partie des milieux médicaux fait preuve d'une certaine sympathie à l'égard des mouvements féministes, de l'amour libre, de la vie en communauté et de l'homosexualité. La médicalisation de la contraception (*via* la généralisation de la contraception hormonale) témoigne elle-même, non sans difficultés et résistances, du fait que médicalisation et émancipation peuvent aller de pair. Alors que certains gynécologues pratiquent des avortements clan-

destins, d'autres s'opposent fortement et durablement aux droits contraceptifs et à l'avortement [Gaudillière, 2006]. Le corps médical est ainsi engagé dans la recomposition des normes médicales et sociales sous un jour plus complexe que le récit héroïque de l'alliance entre progrès et médecine ne le laisse généralement entrevoir.

En ce qui concerne la sexologie, les ambivalences sont manifestes. L'objet de la sexologie est de venir en aide aux couples dans une approche pragmatique inspirée par la psychologie behavioriste. La dimension plus individualiste de cette période et la façon dont les normes sexuelles s'y trouvent redéfinies avec la revendication publique de l'amour libre posent des problèmes aux institutions existantes, souvent axées sur le couple. Plusieurs personnalités de la sexologie française de cette époque sont à la fois proches du milieu féministe, du planning familial et des approches cliniques existantes aux États-Unis. C'est le cas des médecins Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, Hélène Michel-Wolfromm²⁷, Charles Gellman, Gilbert Tordjman ou Michel Meignant [Bonierbale et Waynberg, 2007].

Pour ces acteurs, faire entrer le « sexuel » dans le champ de la santé apparaît comme un élément de progrès. « Droit à la sexualité », accomplissement sexuel, bien-être et santé sont pour eux liés. Le psychiatre et sexologue italien Willy Pasini exerçant à Genève, appelé à siéger comme expert à l'Organisation mondiale de la santé (OMS), travaille à inscrire ce droit dans les textes à une époque où les politiques de l'OMS s'intéressent pour l'essentiel au planning familial et à la prévention des maladies sexuellement transmissibles. Bien qu'audacieuse, la démarche, n'invalide pas le cadrage hétéronormé des pratiques cliniques en sexologie. Lors de l'une des premières réunions de la Société française de sexologie clinique, en 1974, des militants du Front homosexuel d'action révolutionnaire interrompent les travaux aux cris de « sexoflics ! » et « à bas la médecine ! », obligeant à l'intervention de la police [Bonierbale et Waynberg, 2007, p. 249].

Le caractère androcentré des représentations et des formalisations médicales et notamment psychanalytiques de la sexualité féminine est un autre enjeu de la période. Anne Koedt, fondatrice du mouvement féministe radical à New York, s'appuie sur William Masters et Virginia Johnson pour déconstruire ce qu'elle appelle « le mythe de l'orgasme vaginal » [Koedt, 1970]. Elle y dénonce la méconnaissance généralisée du plaisir féminin et les schémas « patriarcaux » de la psychanalyse et de la sexologie.

²⁷ Auteure de la préface en français du livre de William Masters et Virginia Johnson [1966].

DES « TROUBLES SEXUELS » QUI DEVIENNENT « PATHOLOGIES » (1980-2000)

Les deux périodes qui suivent témoignent du développement parallèle de plusieurs logiques : extension et vulgarisation des savoirs sexologiques, diffusion de l'orgasme comme norme sociale, pathologisation de la baisse ou de l'absence de désir féminin, essor d'une nouvelle pharmacopée du sexe, développement des technologies d'exploration médicale des fondements neuro-cérébraux supposés de la sexualité²⁸.

Les savoirs sexologiques se développent en parallèle dans la sphère publique et médicale dans le dernier tiers du XX^e siècle. La sexologie se vit d'abord comme une entreprise d'éducation visant la déprogrammation des comportements qui conduisent aux blocages et dysfonctions de la sexualité. Cette entreprise d'éducation et de vulgarisation prend les traits mixtes de services au public (éducation sexuelle des adolescents ; planning familial ; formation des sages-femmes) et d'entreprises commerciales rentables (avec l'émergence de véritables « stars » de la sexologie). En même temps qu'elle s'établit dans le paysage international²⁹, la sexologie clinique pénètre dans la sphère de la médecine générale, les disciplines paramédicales et s'installe dans les milieux universitaires et hospitaliers en Italie, en France et en Suisse.

Sans revendiquer explicitement un intérêt particulier pour les femmes, la sexologie diffuse un discours médical qui est censé contribuer à transformer les femmes en leur apprenant une sexualité « moderne ». En 1973, la télévision française invite des sexologues et des femmes pour parler « frigidité » pendant une heure³⁰. La sexologie vise les femmes pour elles-mêmes mais aussi pour soigner la relation sexuelle et atteindre les hommes. Les « problèmes » des femmes les concernent. Comme le constate récemment une sexologue praticienne : « les femmes ne savent pas que la baisse de libido est un problème » et de poursuivre : « elles ne connaissent pas leur corps »³¹. Ces discours contribuent à façonner une norme « médicale » de la jouissance féminine qui conditionne à son tour ce qui est attendu des femmes dans le cadre de la sexualité hétérosexuelle.

Comme l'avait annoncé de façon prémonitoire André Béjin, l'hédonisme sexuel opère comme une norme à laquelle les femmes sont sommées de se conformer. Le corollaire semble être que « nous sommes tous » [...] des « dysfunctionnants sexuels » virtuels ou actuels [Béjin, 1982, p. 168]. Si ce point conduit à une extension non négligeable de la clientèle potentielle des sexologues, quelles sont les modalités médicales du façonnement de ces nouveaux symptômes et de ces nouvelles patientes ?

Du côté des savoirs médicaux, une nouvelle sous-catégorie diagnostique, le « trouble du désir sexuel hypoactif »³², fait

²⁸ Ultra-sons, imagerie par résonance magnétique fonctionnelle(IRMf).

²⁹ Ainsi, en 1974, se tient à Paris le Congrès international de sexologie, précédé et suivi par des voyages d'études aux États-Unis, la mise en place d'unités médicalisées de « gynécologie psychosomatique » et des formations de sexologie clinique, ainsi que la création de plusieurs associations professionnelles nationales et internationales. [Geisendorf et Pasini, 1974].

³⁰ <<http://www.ina.fr/video/CPF86603046>>

³¹ Entretien réalisé dans le cadre de l'enquête, novembre 2014.

³² *Hypoactive sexual desire disorder* (HSDD).

son entrée en 1980 dans le manuel de référence des maladies psychiatriques sous l'influence des psychiatres et sexologues Harold Lief et Helen Kaplan³³. Cette nouvelle édition marque un tournant culturel et médical majeur, les critères diagnostiques, étayés sur une base qui se veut descriptive et a-théorique, consistant, notamment, en la pathologisation des émotions ordinaires [Demazeux, 2013].

À cette date, le désir est neutre du point de vue du genre et « unifié »³⁴. Le modèle de Masters et Johnson y est dominant³⁵. Les recherches d'Helen Kaplan contribuent à déstabiliser ces prémisses, tant du point de vue du respect du cycle de la réponse sexuelle que de l'unité du désir. Professeure de psychiatrie à New York où elle dirige un programme d'enseignement de la sexualité humaine, elle se propose de décrire la spécificité du désir comme un mécanisme en trois phases (désir-excitation-orgasme)³⁶ qui contribue à dissocier le désir (comme étape initiale et indifférente à l'identité sexuelle de la personne) du processus sexuel fonctionnel [Kaplan, 1979 et 1983]. Une conséquence en est la multiplication des dysfonctions sexuelles ; une autre, plus tardive, la différenciation des troubles féminins et masculins [Vuille, 2014]. Le désir féminin se voyant notamment scindé entre troubles de l'initiation (intérêt, fantasmes, etc.) et troubles de l'activité sexuelle.

FÉMINISATION, BIOLOGISATION ET CÉRÉBRALISATION DE LA SEXUALITÉ : LES ANNÉES 2000

Si Masters et Johnson, et Helen Kaplan n'étaient pas centralement préoccupés par le désir « au féminin », l'expérience sexuelle des femmes est prise en compte de façon plus substantielle au tournant du XXI^e siècle. Après Beverly Whipple³⁷, co-auteure du *best-seller* « le Point G » [Ladas, Whipple et Perry, 1982], Rosemary Basson³⁸ se propose de reconsidérer la sexualité féminine et ses dysfonctionnements par une approche psycho-sociale plus complexe fondée sur son expérience clinique. Avec de nombreuses co-auteures, elle produit un rapport qui milite en faveur d'une approche « multicausale et multidimensionnelle » de la sexualité féminine « combinant des déterminants biologiques, psychologiques et interpersonnels » [Basson *et al.*, 2000, p. 889]. En reprenant des données des recherches du début des années 1990, le rapport établit (sans références précises à des études épidémiologiques) que 40 % des femmes américaines souffrent de troubles sexuels. Il propose sous l'intitulé « FSD » (dysfonctions sexuelles féminines)³⁹, une classification consensuelle de l'ensemble de ces troubles psychiques et organiques. Les « FSD » intègrent les troubles du désir⁴⁰, de l'excitation⁴¹, l'anorgasmie, la dyspareunie (douleur à la pénétration) ou le vaginisme (contraction des muscles du vagin qui empêche la pénétration). Comme dans

³³ *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*, DSM-III (3^e édition).

³⁴ Pour une histoire de l'évolution de ces critères diagnostics et catégories nosologiques, voir Marilène Vuille [2014].

³⁵ Tout comme sont prégnantes les influences de la psychanalyse et de la psychiatrie.

³⁶ Et non plus quatre comme chez William Masters et Virginia Johnson.

³⁷ Infirmière de profession, professeure de sexologie à Rutgers University.

³⁸ Psychiatre, alors professeure de médecine sexuelle à Columbia University et auteure du rapport dit Basson [2000].

³⁹ *Female Sexual Dysfunction* (FSD).

⁴⁰ *Hypoactive Sexual Desire Disorder* (HSDD).

⁴¹ *Female Sexual Arousal Disorder* (FSAD).

d'autres contextes, ce travail nosologique contribue à coédifier les « problèmes » et la nature (médicamenteuse, notamment) des réponses qu'il convient de leur apporter.

Le rapport produit d'autres effets paradoxaux. Bien qu'intéressée par la prise en compte des dimensions sociales et émotionnelles de la vie sexuelle, la perspective de Rosemary Basson tend à renaturaliser la sexualité féminine. Contestant le modèle des phases successives, elle développe une conception « circulaire » de la réponse sexuelle qui tend à faire des femmes des partenaires neutres sexuellement (sans « désir ») dont l'activité sexuelle se trouve liée à (ou dépendante de) l'interaction sexuelle et émotionnelle avec le partenaire masculin [Vuille, 2014]. À l'opposé, déplorant la méconnaissance anatomique et physiologique de la région périnéale ainsi que celle des mécanismes neurophysiologiques de l'excitation et de l'orgasme féminin, ces recherches participent d'un regain d'intérêt pour la physiologie du clitoris, et du retour sur la scène sexuelle, scientifique et politique de ce « perpétuel inconnu » dont on proclame alors la « découverte ».

Ainsi, Helen O'Connell⁴² met-elle en évidence en 1998, l'innervation du clitoris⁴³. Quelques années plus tard, son équipe réalise un premier IRMf de cet organe [O'Connell *et alii*, 1998 ; 2005]. Enfin, les Français Odile Buisson et Pierre Foldes⁴⁴ réalisent en 2009 une échographie du clitoris pendant le coït, mettant en évidence ses variations de volume et de vascularisation [Buisson, 2010]. Ce retour du clitoris (et du point G) nous renvoie non sans ironie à la quête et aux difficultés de la patiente et analyste Marie Bonaparte.

La scène médicale des années 2000 est cependant très différente de celles des années 1920. Le recul de la psychanalyse et de la psyché y est notable. L'avantage pris par la biologie, et en particulier les dimensions organiques (matérialisées et matérialisables) des mécanismes sexuels, évident. Les nouveaux acteurs que sont les gynécologues ou les urologues et les nouveaux artefacts que constituent les technologies d'imagerie médicale témoignent d'une reconfiguration institutionnelle, scientifique et instrumentale plus vaste. La « nouvelle médecine sexuelle » repose sur la recomposition des spécialités médicales tout autant que sur la standardisation des méthodes diagnostiques et thérapeutiques (précédemment évoquées) et la recherche de « médicaments-solution ». Cette reconfiguration est cristallisée dans le cas emblématique que constitue le Viagra, élément clef de la reformulation médicale et sociale de l'impuissance sexuelle masculine en « dysfonction érectile » [Bajos et Bozon, 1999 ; Giami, 2004 ; Fishman et Mamo, 2001]. Le médicament est ici tout autant la « nature » que la solution du problème. Il définit la maladie et le patient. Il justifie aussi la vocation d'une médecine sexuelle qui « traite » les pathologies tout en se préoccupant du bien-être.

⁴² Urologue au *Royal Melbourne Hospital* (Australie).

⁴³ De nouveaux agencements dont témoignent, par exemple, *l'International Society for Sexual Medicine*, *l'European Federation of Sexology* ou *la World Association for Sexual Health*.

⁴⁴ Respectivement gynécologues et chirurgien urologue, spécialisé dans la réparation chirurgicale du clitoris [Villani, 2015, dans ce volume].

Soin et récréation peuvent aller de pair dans un espace désormais normé de la performance sexuelle au masculin.

Le féminin n'échappe pas à ce cadrage. Un trait de la période contemporaine est bien à la prolifération de la pharmacopée du désir dans un contexte prometteur et concurrentiel. La dynamique est autant du côté du marché que des savoirs. L'un et l'autre semblent inextricablement liés. Après le succès du Viagra, on ne compte plus les tentatives de trouver des remédiations médicamenteuses au désir sexuel défaillant des femmes. Se déclinant sous forme de sprays transdermiques, gels vaginaux, patchs – tels le LibiGel® (Biosante) et le Luramist® (Vivus) – des remèdes se multiplient⁴⁵. Commercialisés dans un premier temps sans l'aval des autorités sanitaires⁴⁶, ils sont disponibles dès 2000 sur internet. Une étape parmi d'autres : en 2006, *Procter & Gamble* obtient l'autorisation de diffuser le patch de testostérone *Intrinsa*® en Europe⁴⁷.

Cet encapsulage biochimique et pharmaceutique des troubles féminins de la sexualité est sensible à un nouveau changement de paradigme qu'elle contribue à son tour à renforcer. La place occupée par les neurosciences et l'imagerie médicale dans les sciences du vivant au cours des années 2000 contribue à déplacer le siège de la sexualité de l'appareil génital vers le cerveau⁴⁸. Le cerveau « visibilisé » [Dussauge et Kaiser, 2012] devient le lieu de matérialisation des mécanismes de la sexualité. Les investigations se multiplient à un rythme effréné sans nécessairement que les questions posées soient modifiées. L'imagerie neuronale du désir est un marché scientifique (et culturel) en pleine expansion qui tolère ses propres contradictions et ses propres (ré)itérations et circularités. Si, les protocoles d'enquête en neurosciences, longtemps agnostiques quant au genre et à la sexualité des sujets observés, tiennent désormais compte du fait qu'il existe des sujets féminins et des personnes non hétérosexuelles, la conception neurophysiologique de la sexualité en est peu modifiée⁴⁹. Les neurosciences de la sexualité répètent deux tendances historiquement contradictoires de la sexologie : d'un côté, le modèle des années 1950-1960 qui assume qu'il n'y a pas de différence entre hommes et femmes ; de l'autre l'insistance sur ces différences.

La centralité de l'approche neuronale a pourtant des incidences en matière de pharmacopée. Désormais, l'heure est moins aux hormones qu'aux neurotransmetteurs. Ainsi, la flibansérine, un antidépresseur qui agit sur la sécrétion de la dopamine et de la sérotonine⁵⁰ est-elle la meilleure candidate pour jouer le rôle de « viagra féminin ». Présentée dans les médias en ces termes sous la marque *Girosa*®⁵¹, cette « pilule rose » a échoué à plusieurs tests d'accréditation dans la période récente [Lutz, 2012]. Elle vient d'être présentée pour homologation par la FDA (*Food and Drug Administration*), cette

⁴⁵ En premier aux États-Unis.

⁴⁶ *Food and Drug Administration* (FDA).

⁴⁷ Les indications concernent uniquement les femmes pour lesquelles une ménopause clinique a été induite.

⁴⁸ A propos de ce déplacement, dans un autre contexte, voir Cynthia Kraus [2011].

⁴⁹ « Dans le monde de la sexualité neuronale, les gens peuvent être bisexuels mais le désir ne le peut pas. » [Dussauge, 2013, p. 31].

⁵⁰ Des neurotransmetteurs jugés responsables du bien-être.

⁵¹ Son appellation commerciale a été anticipée par les laboratoires *Bohringer Ingelheim* de façon à optimiser le placement sur un marché estimé à deux milliards de dollars <<http://www.fda.gov/downloads/Adviser.../UCM215437.pdf>>

⁵² *Sprout Pharmaceuticals* annonce la commercialisation de ce médicament <<http://sproutpharma.com/sprout-pharmaceuticals-resubmits-flibanserine-new-drug-application-for-the-treatment-of-hypoactive-sexual-desire-disorder-in-premenopausal-women/>>.

⁵³ <http://www.drugs.com/nda/flibanserine_150217.html>.

⁵⁴ Viagra® (sildénafil, vasodilatateur périphérique) mis légalement sur le marché en 1998 aux États-Unis et en 1999 en Europe par Pfizer pour traiter la « dysfonction érectile masculine ».

⁵⁵ <<http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/female-sexual-dysfunction/basics/treatment/con-20027721>>.

fois, pour le traitement des femmes préménopausées souffrant de troubles hypoactifs de la sexualité⁵². Ses promoteurs mettent en avant l'activité neuro-cérébrale d'une substance dont ils assurent qu'elle « rétablit le contrôle du cortex préfrontal sur les structures motivationnelles de récompense qui sont responsables de la manifestation du désir sexuel »⁵³.

Le succès anticipé de la flibansérine mise sur celui, passé, du Viagra⁵⁴. La pression commerciale exercée par les compagnies pharmaceutiques [Moynihan, 2003 ; Fishman, 2004 ; Tiefer, 1996], les liens qu'elles tissent avec les praticiens, l'emprise médiatique dont ces produits peuvent se prévaloir, témoignent de l'émergence de nouveaux marchés et d'une forme de commodification de la sexualité féminine. Cette dernière apparaît clairement comme un enjeu commercial parmi d'autres. De ce point de vue, le cadrage neuronal et pharmaceutique et le réductionnisme biologique qu'ils sont susceptibles de véhiculer cohabitent avec une sorte de « bazar contemporain ». Vidéoconférences, livres grand public, émissions télévisées, rubriques de magazines féminins, tabloïds distribués gratuitement en grandes surfaces, forums internet et médias sociaux participe d'une scène *new age* de la défaillance (et de la performance ?) sexuelle au féminin. « Sex-perts » et remédiations en tous genres se proposent d'expliquer la « baisse du désir » des femmes en mobilisant des solutions thérapeutiques aussi diverses que : « en parler » ; « apprendre à se connaître » ; « avoir un style de vie sain » ; « chercher conseil auprès d'un-e thérapeute spécialisé-e dans les problèmes sexuels et relationnels » ; « utiliser un lubrifiant durant les rapports sexuels » ; « utiliser des *sex-toys* » se soigner par la nutrition et la prise d'hormone naturelle ou de synthèse⁵⁵.

* *
*

Alors qu'au XIX^e siècle, c'était le tout de la féminité qui se voyait pathologisé, la pensée médicale de la sexualité évolue entre les deux guerres et au cours des années 1950 vers un paradigme fonctionnaliste universalisant, avant que la féminisation des modalités – désormais rebiologisée – de la réponse sexuelle des femmes ne revienne à l'ordre du jour. Unifié par la sexologie clinique du milieu du XX^e siècle, le désir est aujourd'hui de plus en plus genré et fait l'objet de descriptions et de remédiations spécifiques. « Le fractionnement du désir et la distribution de ces segments dans un schéma circulaire de l'activité sexuelle facilitent également sa biologie et celle de ses "troubles". Il permet de rabattre chaque composant du désir sur des mécanismes de neuro-transmission spécifiques et, par conséquent, d'expliquer le

manque de désir ou sa faiblesse par un défaut d'activation des systèmes neuronaux » [Vuille, 2014].

Participant de ce contexte épistémique et social, les techniques d'imagerie cérébrale semblent matérialiser l'accomplissement de cette promesse toute « scientifique » de rendre enfin visible le désir sexuel féminin, afin que soit percé le mystère qui masque ce « continent noir », cet obscur objet/sujet du désir. La sexualité y est étudiée comme un phénomène naturel universel, indépendant de la spécificité des pratiques et des expériences sexuelles. La conception de la sexualité qui y prévaut est essentialisée et « pure ». Cette ultime étape de la conceptualisation médicale de la sexualité humaine⁵⁶ contribue à son tour à la décontextualisation et à la dépolitisation de l'expérience de la sexualité. En dépit de sa puissance culturelle et sociale, ce cadrage ne parvient pourtant pas à s'imposer entièrement tant les déterminants du « problème » que constituent les troubles féminins de la sexualité et de ses remédiations sont aussi, et parallèlement, façonnés par des pratiques commerciales et la commodification conjointe de véritables « niches de marché » de savoirs et de pratiques vernaculaires et savantes. Le désir féminin semble aujourd'hui autant l'objet transparent fantasmé du savoir médical, qu'un obscur objet de marchandise.

⁵⁶ Pour une réflexion plus générale, voir Cynthia Kraus [2012] et Émilie Bovet *et al.* [2013].

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAHAM Georges et PASINI Willy (dir.), 1974, *Introduction à la sexologie médicale*, Paris, Payot.
- BAJOS Nathalie et BOZON Michel (dir.), 1999, « La sexualité à l'épreuve de la médicalisation : le cas du Viagra », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, vol. 128, pp. 34-37.
- BAJOS Nathalie et BOZON Michel (dir.), 2008, *Enquête sur la sexualité en France*, Paris, Ined.
- BAJOS Nathalie et FERRAND Michèle, 2002, *De la contraception à l'avortement, sociologie des grossesses non prévues*, Paris, Inserm.
- BASSON Rosemary, BERMAN J., BURNETT A., DEROGATIS L., FERGUSON D., FOURCROY J. *et al.*, 2000, « Report of the International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: Definitions and Classifications », *The Journal of Urology*, vol. 263, n° 3, pp. 888-893.
- BÉJIN André, 1982, « Crépuscule des psychanalystes, matin des sexologues », *Communications*, n° 35, pp. 159-177.
- BÉJIN André, 1984, « Le pouvoir des sexologues et la démocratie sexuelle », *Communications*, n° 35, pp. 178-192.
- BONAPARTE Marie, 1948, « Notes sur l'excision », *Revue française de psychanalyse*, vol. XII, pp. 213-231
- BONAPARTE Marie, 1957, *Sexualité de la femme*, Paris, PUF.
- BONIERBALE Mireille et WAYNBERG Jacques, 2007, « 70 ans de sexologie française », *Sexologies*, n° 16, pp. 238-258.
- BOVET Emilie, KRAUS Cynthia, PANESE Franceso, PIDOUX Vincent et STÜCKLIN Nicolas, 2013, « Les neurosciences à l'épreuve de la clinique et des sciences sociales », *Revue d'anthropologie et des connaissances*, n° 3, pp. 555-566.

- BUISSON Odile, 2010, *Qui a peur du point G ?* Paris, Éditions Gawsewitch.
- BURGNARD Sylvie, 2012, *Produire, diffuser et contester les savoirs sur le sexe. Une sociohistoire de la sexualité dans la Genève des années 1970*, thèse de sociologie, Faculté des sciences économiques et sociales, Université de Genève.
- CHAPERON Sylvie, 2002, « Kinsey en France, les sexualités masculine et féminine en débat », *Le Mouvement social*, n° 198, pp. 91-110.
- CHAPERON Sylvie, 2008, *La médecine du sexe et les femmes. Anthologie des perversions féminines au 19^e siècle*, Paris, La Musardine.
- CHAPERON Sylvie, 2012, *Les origines de la sexologie, 1850-1900*, Paris, Éditions Audibert.
- CORBIN Alain, 2008, *L'harmonie des plaisirs*, Paris, Perrin.
- DEMAZEUX Steeves, 2013, *Qu'est-ce que le DSM ? Genèse et transformations de la bible américaine de la psychiatrie*, Paris, Ithaque.
- DUSSAUGE Isabelle, 2013, « The Experimental Neuro-framing of Sexuality », in BERNER Boel et KRUSE Corinna (dir.), *Investigating Technologies in Practice, Linköping Studies in Technology and Social Change*, Linköping, pp. 27-55.
- DUSSAUGE Isabelle et KAISER Anelis, 2012, « Requeering the Brain », in BLUHM Robyn, JACOBSON Anne Jaap et MAIBOM Heidi Lene (dir.), *Neurofeminism: Issues at the Intersection of Feminist Theory and Cognitive Science*, Palgrave Macmillan, pp. 121-144.
- FAUSTO-STERLING Anne, 2012, *Corps en tous genres. La dualité des sexes à l'épreuve de la science*, Paris, La Découverte / Institut Émilie du Châtelet (*Sexing the Body*, Basic Books, 2000)
- FISHMAN Jennifer, 2004, « Manufacturing Desire: the Commodification of Female Sexual Dysfunction », *Social Studies of Science*, 34/2, April, pp. 187-218.
- FISHMAN Jennifer et MAMO Laura, 2001, « Potency in All the Right Places: Viagra as a Technology of the Gendered Body », *Body & Society*, n° 7, pp. 13-35.
- FOREL Auguste, 1905, *Die sexuelle Frage: eine naturwissenschaftliche, psychologische, hygienische und soziologische Studie für Gebildete*, München, Reinhardt. (1906, *La question sexuelle exposée aux adultes cultivés*, Paris, Steinheil).
- FREUD Sigmund, 1905, *Drei Abhandlungen zur sexualtheorie*, Leipzig und Wien, Deuticke. (1915, *Trois essais sur la sexualité*, Paris, Gallimard).
- FREUD Sigmund, 1924, « Das ökonomische Problem des Masochismus », *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, vol. 10, n° 2, pp. 121-133 (1973, in *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF).
- FREUD Sigmund, 1931, « Über die weibliche sexualität », *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, vol. 17, n° 3, pp. 317-332 (1969, « Sur la sexualité féminine », *La vie sexuelle*, Paris, PUF, pp. 139-155).
- FREUD Sigmund, 1933, « Die Feminität » in *Neue Folge des Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*, Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Wien (1936, « La féminité » in *Nouvelles conférences sur la psychanalyse*, Paris, Gallimard).
- GARDEY Delphine et LÖWY Ilana (dir.), 2000, *L'invention du naturel. Les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*, Paris, Éditions des archives contemporaines.
- GAUDILLIERE Jean-Paul, 2006, « Intellectuels engagés et experts : biologistes et médecins dans la bataille de l'avortement », *Nature, Sciences, Société*, vol. 14, n° 3, pp. 239-248.
- GEISENDORF William et PASINI Willy (dir.), 1974, *Sexologie 1970-1973*, Genève, Édition Médecine et Hygiène.
- GIAMI Alain, 2000, « Médicalisation de la société et médicalisation de la sexualité » in JARDIN Alain, QUENEAU Patrice et GIULIANO François (dir.),

Cet obscur sujet du désir

Progrès thérapeutiques : la médicalisation de la sexualité en question, Editions John Libbey Eurotext, Montrouge, pp. 121-130.

GIAMI Alain, 2001, « Profession sexologue ? », *Sociétés contemporaines*, vol. 1-2, n° 41-42, pp. 41-63.

GIAMI Alain 2004, « De l'impuissance à la dysfonction érectile. Destins de la médicalisation de la sexualité », in FASSIN Didier et MEMMI Dominique (dir.), *Le gouvernement des corps*, Paris, Éditions de l'EHESS, pp. 77-108.

GIAMI Alain, 2007, « Santé sexuelle : la médicalisation de la sexualité et du bien être », *Le Journal des Psychologues*, vol. 7, n° 250, pp. 56-60.

GIAMI Alain, 2009, « Les formes contemporaines de la médicalisation de la sexualité », in SANNI Yaya (dir.) *Pouvoir médical et santé totalitaire : conséquence socio-anthropologiques et éthiques*, Québec, Presses Université de Laval, pp. 225-249.

GIAMI Alain, 2014, Communication à la journée d'étude « Who's Sexual Health », Institut des Etudes Genre, Genève, Swiss Network for International Studies.

GIAMI Alain et HEKMA Gert (dir.), 2015, *Les révolutions sexuelles*, Paris, La Musardine.

GRESSOT Michel, 1974, « Symptômes sexopathiques et perturbation subjective », in GEISENDORF William et PASINI Willy (dir.), *op. cit.* pp. 25-28.

HAVELOCK-ELLIS Henri, 1936, *Studies in the Psychology of Sex*, 7 vol, New York, Random House.

HIRT Caroline, 2005, *La baisse ou l'absence du désir sexuel après l'accouchement : analyse de la construction d'un problème social*, Mémoire de licence en ethnologie, Université de Neuchâtel.

IRIGARAY Luce, 1974, « Psychanalyse et sexualité féminine », *Les Cahiers du GRIF*, vol. 3, n° 3, pp. 51-65.

IRVINE Janice, 1990a, « From Difference to Sameness: Gender Ideology in Sexual Science », *The Journal of Sex Research*, vol. 27, n° 1, *Feminist Perspectives on Sexuality*, pp. 7-24.

IRVINE Janice, 1990b, *Disorders of Desire: Sex and Gender in Modern American Sexology*, Philadelphia, Temple University Press.

KAPLAN Helen, 1979, *Disorders of Sexual Desire and Other New Concepts and Techniques in Sex Therapy*, New York, Brunner/Hazel Publications.

KAPLAN Helen, 1983, *The Evaluation of Sexual Disorders: Psychological and Medical Aspects*, New York, Brunner.

KELLERHALS Jean, 1985, « Dimensions contemporaines du désir d'enfants : aspects sociologiques », *Revue de pédiatrie*, vol. XXI, n° 6, pp. 265-272.

KINSEY Alfred, POMEROY Wardell et MARTIN Clyde, 1948, *Sexual Behavior in the Human Male*, Philadelphia, Saunders (1948, *Comportement sexuel de l'homme*, Paris, Éditions du Pavois).

KINSEY Alfred, POMEROY Wardell, MARTIN Clyde et GERHARD Paul, 1953, *Sexual Behavior in the Human Female*, Philadelphia, Saunders (1954, *Comportement sexuel de la femme*, Paris, Amiot/Dumont).

KOEDT Anne, 1970, « The Myth of the Vaginal Orgasm » in *Notes from the Second Year* (1970, « Le mythe de l'orgasme vaginal », *Partisans*, Libération des femmes, Année zéro).

KRAFFT-EBING Richard Von, 1888, *Eine klinisch-forensische Studie. Psychopathia sexualis. Mit besonderer Berücksichtigung der conträren Sexualempfindungen*, Stuttgart, Enke (1895, *Étude médico-légale, Psychopathia sexualis, avec recherches spéciales sur l'inversion sexuelle*, Paris, Carré).

KRAUS Cynthia, 2011, « I am my Brain or my Genitals? », *Gesnerus*, vol. 68, n° 1, pp. 80-106.

KRAUS Cynthia, 2012, « Critical Studies of the Sexed Brain: A Critique of What and for Whom? », *Neuroethics*, n° 5, pp. 247-259.

- LADAS KAHN Alice, WHIPPLE Beverly et PERRY John (dir.), 1982, *The G Spot and Other Recent Discoveries About Human Sexuality*, New York, Dell.
- LAPLANCHE Jean, 1999, *La sexualité humaine. Biologisme et biologie*, Le Plessis-Robinson, Les empêcheurs de penser en rond.
- LAPLANCHE Jean, 2006, *Problématiques VII : Le fourvoiement biologisant de la sexualité chez Freud* suivi de *Biologisme et biologie*, Paris, PUF.
- LHOMOND Brigitte et MICHAELS Stuart, 2000, « Homosexualité/hétérosexualité : les enquêtes sur les comportements sexuels en France et aux Etats-Unis », *Journal des anthropologues*, n° 82-83, pp. 91-111.
- LUTZ Andrea, 2012, *A la recherche de la pilule rose. La fabrication de la dysfonction sexuelle féminine*, Master en sciences sociales, Université de Lausanne.
- MAINES Rachel, 2009, *Technologies de l'orgasme. Le vibromasseur, l'« hystérie » et la satisfaction sexuelle des femmes*, Paris, Payot.
- MALINOWSKI Bronislaw, 1929, *The Sexual Life of Savages in North-Western Melanesia*, London, Routledge (*La vie sexuelle des sauvages de Nord-Ouest de Mélanésie*, Paris, Payot, 1970).
- MARKS Lara, 2001, *Sexual Chemistry: A History of the Contraceptive Pill*, New Haven, Yale University Press.
- MASTERS William et JOHNSON Virginia, 1966, *Human Sexual Response*, Little, Boston, Brown and Co. (1967, *Les réactions sexuelles*, Paris, Laffont).
- MOYNIHAN Ray, 2003, « The Making of a Disease: Female Sexual Dysfunction », *British Medical Journal*, vol. 326, n° 7379, pp. 45-47.
- MUCHEMBLED Robert, 2005, *L'orgasme et l'Occident. Une histoire du plaisir du 16^e siècle à nos jours*, Paris, Le Seuil.
- O'CONNELL Helen, JUSTON John, PLENTER R.J. et ANDERSON C.R., 1998, « Anatomical Relationship between Urethra and Clitoris », *Journal of Urology*, vol. 159, n° 6, pp. 1892-1897.
- O'CONNELL Helen, SANJEEVAN Kalavampara et HUSTON John, 2005, « Anatomy of the Clitoris », *Journal of Urology*, n° 174, pp. 1189-1195.
- PANESE Francesco et BARRAS Vincent, 2008, « Médicalisation de la "vie" et reconfigurations médicales », *Revue des Sciences Sociales*, n° 39, pp. 20-29.
- PARINI Lorena, 2012, « Le féminisme a-t-il redéfini les sexualités ? », in GARDEY Delphine (dir.), *Le féminisme a-t-il changé nos vies ?* Paris, Textuel, pp. 54-67.
- SCULL Andrew et FAVREAU Diane, 1987, « Médecine de la folie ou folie de médecins », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 68, pp. 31-44.
- TAMAGNE Florence, 2005, « La Ligue mondiale pour la réforme sexuelle : la science au service de l'émancipation sexuelle ? », *Clio*, n° 22, pp. 101-121
- THÉRY Irène, 1993, *Le dé mariage*, Paris, Odile Jacob.
- TIEFER Léonore, 1996, « The medicalization of sexuality : conceptual, normative and professional issues », *Annual Review of Sex Research*, n° 7, pp. 252-282.
- VUILLE Marilène, 2014, « Le désir sexuel des femmes, du DSM à la nouvelle médecine sexuelle », *Genre, sexualité & société* [En ligne], 12 | Automne 2014, mis en ligne le 01 décembre 2014, consulté le 26 mars 2015 <<http://gss.revues.org/3240>> ; DOI : 10.4000/gss.3240