

PHYSIOLOGIE DE LA FONCTION SEXUELLE FEMININE

E. HIRCH¹

Correspondance :
Dr Esther HIRCH
Hôpital Erasme (ULB)
Service d'Urologie
Route de Lennik 808
1070 Bruxelles

Il régnait jusqu'il y a peu un mystère autour de la sexualité féminine. Freud appelait d'ailleurs la femme «le continent noir» à cause du peu de connaissance sur la physiologie sexuelle féminine. Ceci est lié au fait que, contrairement à l'homme, sa sexualité se passe à l'interne. Ce n'est qu'au cours de la deuxième moitié du vingtième siècle qu'on s'est mis à l'étudier. C'est ainsi que Masters et Johnson ont osé s'attaquer à quelque chose de pas clarifié, de presque démoniaque à l'époque.

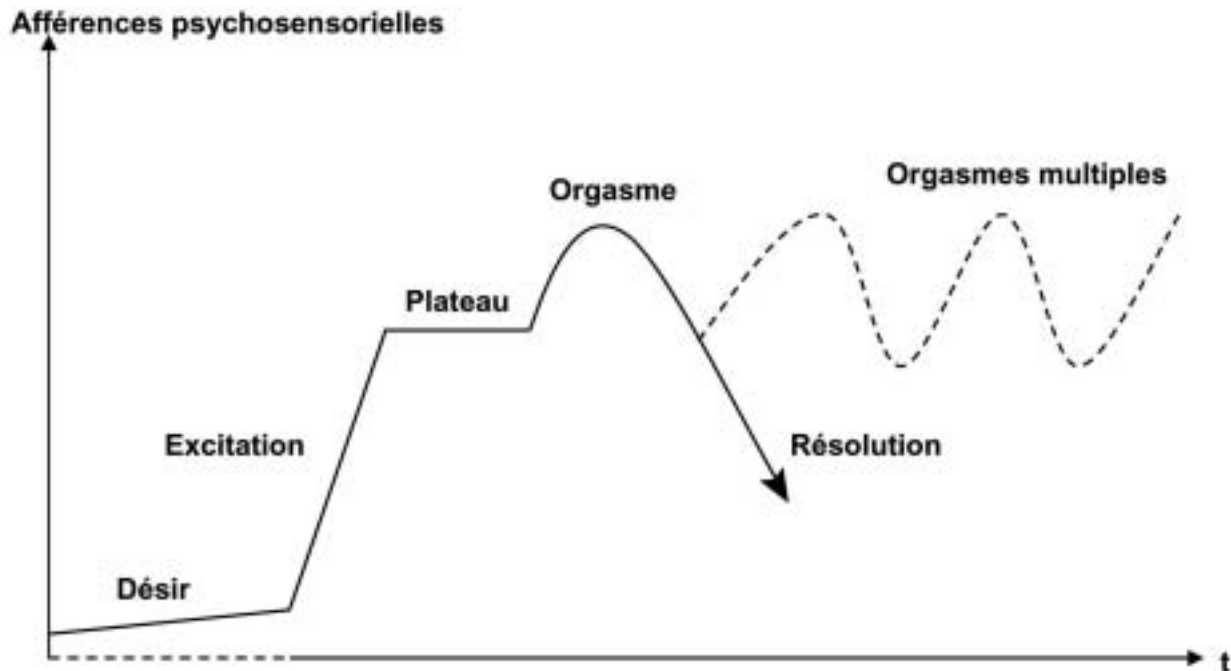
Sexualité à l'interne en effet car la femme est une caisse de résonance interne à cause de la présence de son utérus et de ses terminaisons nerveuses profondes. Si bien que la femme n'a pas toujours ses points de repères au corps. La jeune fille en particulier, si elle reconnaît en général bien les troubles liés aux règles ou aux mouvements intestinaux, par contre elle ne repère pas toujours les troubles liés à l'excitation, quand elle ne confond pas parfois les troubles liés aux règles et ceux liés à l'excitation. Par ailleurs, si la puberté chez le garçon c'est l'éjaculation – qui a donc un caractère automatique – chez la fille ce sont les menstruations. Et sa sexualité nécessite un long apprentissage, c'est le défi de la femme : développer sa sexualité.

Ce développement se fait de façon très diverse selon les femmes, ce qui signifie une grande diversité des sexualités féminines. Sa sexualité démarre donc de façon plus globale, plus diffuse, plus émotionnelle. Il n'y a pas cette focalisation corporelle précise comme chez les garçons. Ce qui n'en n'est pas moins intense si on considère les trances corporelles dans lesquelles se mettent des jeunes filles face à des idoles par exemple. Un avantage pour les femmes : sa sexualité étant développementale, celle-ci peut se développer à n'importe quel âge à condition cependant de partir d'elle-même pour s'apprendre (avec cependant plus de difficultés après la ménopause). Si elle attend d'être révélée par son prince charmant, de façon magique, elle est souvent déçue.

Examinons à présent la trajectoire générale de la réponse sexuelle de la femme (fig. 1).

¹ Service d'Urologie, Hôpital Erasme et Service de Psychiatrie, Hôpital Brugmann

Figure 1 – La réponse sexuelle chez la femme : vous notez la possibilité d'orgasmes multiples.



Nous constatons qu'elle est quasi-identique à celle de l'homme à l'exception de deux particularités :

- orgasmes multiples possibles à quelques secondes les uns des autres ;
- absence de phase réfractaire.

Une vue synthétique des systèmes de commande du comportement sexuel révèle un fonctionnement à deux vitesses : une vitesse lente et une vitesse rapide.

- *Le désir* est le premier temps de la trajectoire sexuelle. C'est un temps lent, une lente montée d'une excitation tranquille, s'étalant doucement aux fils des jours. Les intervenants chimiques sont plutôt des hormones, arrosant l'espace cérébral de messages diffus, voyageant paisiblement dans les voies fluviales du milieu intérieur : dopamine réalisant une certaine mise en tension, une attente tempérée par la sérotonine, LHRH et testostérone colorant cet éveil d'une tonalité sexuelle... C'est une phase de préparation à l'acte sexuel, une mise en condition, une phase de charge progressive, d'accumulation.

Petit à petit, on a « la tête à ça ». C'est également une période précieuse de mise en

phase avec le désir de son partenaire sexuel, une promenade main dans la main pour accorder ses pas. Le bon accord en cours de trajectoire sexuelle commence dès le stade du désir. Quand l'accumulation de cette énergie désirante est à son comble, la réaction sexuelle peut alors exploser, une étincelle suffit à mettre le feu aux poudres.

- *L'excitation* chez la femme correspond au phénomène de lubrification. Il s'agit d'une transsudation au départ des capillaires dilatés de la muqueuse vaginale et non une sécrétion glandulaire. C'est le même phénomène que l'érection masculine avec les mêmes mécanismes de commande neuro-hormonale. Les œstrogènes jouent un rôle important dans la lubrification. Le clitoris gonfle et durcit par congestion vasculaire du prépuce, du gland, des bulbes et des corps caverneux. Le gland du clitoris au plus fort de l'excitation se rétracte, remonte et se cache sous le capuchon : c'est un signe d'orgasme imminent. Les grandes lèvres s'effacent, s'écartent en découvrant l'entrée de la vulve. Les petites lèvres gonflent, s'épaississent, jusqu'à 2 ou 3 fois leur état au repos. La partie postérosupérieure (2/3 interne) du vagin s'allonge et s'élargit de 25% environ.

- En *phase de plateau*, le tiers antérior inférieur subit une congestion vasculaire intense. Les muscles bulbocaverneux se contractent, les bulbes s'engorgent et raffermissent, réduisant le diamètre de l'orifice d'entrée vaginale de 30%. Les muscles périvaginaux serrent la base du pénis. Le vagin prend une forme de poire : rétréci à l'entrée et élargi dans le fond. La réduction tonique du tiers externe du vagin s'accroît de plus en plus à mesure que l'orgasme se précise. On nomme « plate-forme orgasmique » l'ensemble constitué par le tiers externe du vagin ainsi contracté et la turgescence proéminente des petites lèvres.
- *L'orgasme féminin* débute quelques secondes avant la réponse musculaire. Celle-ci s'exécute comme chez l'homme par des contractions musculaires de 0,8 en 0,8 secondes, en général trois ou quatre, parfois plus. On notera que certaines femmes présentent lors de l'orgasme une distension du méat urétral ou un besoin d'uriner entraînant une miction involontaire si la vessie est pleine, soit pendant l'orgasme, soit immédiatement après. Il est à noter que la femme n'a pas comme l'homme un point de non-retour, c'est-à-dire ce moment d'irréversibilité de l'orgasme. C'est pourquoi, même au moment de l'imminence de l'orgasme, si la stimulation adéquate s'arrête, l'excitation retombe. Pour Masters et Johnson, il n'existait physiologiquement qu'un seul orgasme qu'il soit provoqué par stimulation directe, digitale, mécanique (vibromasseur) du clitoris ou par coït. La stimulation est enregistrée au niveau des corpuscules de volupté de Krause, très nombreux sur le clitoris lui-même et la région qui l'entoure. L'onde orgasmique débute au niveau des muscles de la plate-forme orgasmique et diffuse à tout le pelvis avec selon les cas sensation de bouffées de chaleur. Pour Fox, bientôt relayé par Perry et Whipple et par G. Tordjman, il existe bien deux types d'orgasmes différents de par les zones de contraction et de par la commande médullaire réflexe :

1 – un orgasme clitorido-vulvaire identique à la conception de Masters et Johnson, mettant en jeu des contractions régulières et involontaires de la plate-forme orgasmique (muscle pubo-coccygien, en particulier) avec effet de tente. La com-

mande réflexe intéresse les myélocytes ($S_2-S_3-S_4$) (nerf honteux interne),

2 – un orgasme profond, produit par stimulation coïtale ou digitale de la zone du fascia de Halban (« point G ») situé entre la muqueuse vaginale et le système vésico-urétral. Cet orgasme est commandé par les myélocytes $D_{12}-L_1-L_2$, et s'accompagne de contractions utérines régulières, ondulatoires, espacées d'une seconde. Il n'y a pas de contraction de la plate-forme orgasmique dans ce cas. Il y a souvent « éjaculation » par contraction des glandes périurétrales. Il n'y a pas d'effet de tente mais, à l'inverse, un « effet en A » par pincement du fond de la cavité vaginale.

Quoi qu'il en soit, qu'il y ait un ou plusieurs orgasmes (cf. orgasme « anal »), il peut être subjectivement vécu de diverses façons : orgasme « solitaire » de la masturbation, orgasme « partagé » du coït souvent beaucoup plus gratifiant, orgasme « simultané » survenant en phase avec l'orgasme de son partenaire, « micro-orgasme » à peine ressenti ou « super-orgasme » résonant dans les espaces infinis de l'Amour.

- *à la fin de l'orgasme* : résolution de la plate-forme orgasmique puis réduction des deux tiers internes en cinq à dix minutes.

Un riche réseau veineux maintient cependant autour du vagin une tension congestive longtemps après l'orgasme. Le phénomène explique peut-être l'insatiabilité de certaines femmes qui doivent décharger cette tension.

GLANDES ANNEXES ET ÉJACULATION FÉMININE – POINT G (fig. 2)

Un mot sur les glandes de Bartholin. Elles sécrètent une faible quantité de mucus en fin d'excitation (0,5 à 1,5 cc). Cette réaction est trop minime et de toute façon trop tardive pour jouer un rôle dans la lubrification. D'autres liquides sont émis : le mucus cervical (qui n'augmente pas au cours de l'excitation), des sécrétions glandulaires périurétrales minimes et le fluide d'éjaculation sécrété par certaines femmes au moment de l'orgasme. Cette éjaculation féminine provient des glandes périurétrales dont les glandes de Skene sont les plus connues. Ces glandes se situent au

Figure 2 – Le point G est localisé entre l'urètre et le vagin..



niveau du point G. Ce système glandulaire périurétral dérive du même tissu embryonnaire que celui qui donne la prostate chez l'homme. D'ailleurs, cet éjaculat se rapproche par sa constitution chimique des sécrétions prostatiques.

Le point G (Grafenberg spot) n'est en réalité pas un point mais une zone diffuse qui s'étale entre la face antérieure du vagin et l'urètre. Embryologiquement, elle correspond au fascia de Halban. Cette zone G a été et est encore controversée. Alzate a démontré qu'on pouvait déclencher l'orgasme par stimulation de la fourchette postérieure. Il apparaît donc que la zone du fascia de Halban situé entre la muqueuse vaginale et l'urètre est une zone qu'on peut qualifier de privilégiée car elle n'est pas la seule. De part sa situation profonde, elle est stimulée non pas par les frottements mais par les pressions. Et ce sont les variations de ces pressions en rythme et en intensité qui provoquent la réponse sexuelle. Cela a été démontré par une étude sur le réflexe vasculaire chez la femme par l'équipe du professeur Pierre Lavoisier de Lyon et ce à l'aide d'une sonde doppler placée sur le clitoris. La réponse vasculaire se produit à l'introduction comme à la sortie d'une sonde vaginale c'est-à-dire au moment des variations de pression. Par ailleurs, une étude a été effectuée par le professeur J.-Y. Desjardins en collaboration avec l'équipe lyonnaise. Ils ont demandé à cent femmes de se mettre un ballonnet dans le vagin et de contracter. Elles faisaient cela chez elles à la maison en s'introduisant une petite

sonde souple qu'elles remplissaient d'air pour gonfler le ballonnet. Dans celui-ci il y avait un dispositif pour enregistrer les pressions. Ils étaient partis de l'hypothèse que c'était la force des contractions qui pouvaient les amener à l'orgasme. Or, pas du tout. Les femmes qui déclenchaient un orgasme étaient celles chez qui on avait enregistré des variations de pression en rythme et en intensité et qui avaient en plus activé des fantasmes. Ils ont ainsi pu départager trois groupes de femmes :

- celles qui contractaient fort et qui n'arrivaient pas à l'orgasme même avec fantasmes,
- celles qui avaient ces variations en rythme et en intensité mais qui ne parvenaient pas à l'orgasme car pas de fantasmes,
- celles qui avaient ces variations plus des fantasmes et qui déclenchaient un orgasme.

Cela démontre que les deux dimensions, physiologique et intrapsychique sont aussi importantes l'une que l'autre et ces deux dimensions sont d'ailleurs en interaction constante.

Citons pour terminer la possibilité récente d'amplifier le « point G » par l'injection d'acide hyaluronique dans la paroi antérieure du vagin. Il est possible que cette technique ait un avenir prometteur.



RÉFÉRENCES

1. Tordjman G : La lubrification vaginale : approche physiologique. *Cahiers de Sexologie Clinique*.1988 ; **14** (85).
2. Vincent J.-D. *Biologie des passions*. Editions du Seuil, 1988.
3. Masters W.H. et Johnson U.E. *Les réactions sexuelles*. Robert Laffont, 1968.
4. Tordjman G, Sarmini H, Riou C, Funes A. Intérêt des neurotransmetteurs en sexologie. *Cahiers de Sexologie Clinique*. 1985 ; **11** (65).
5. Tordjman G. *La femme et son plaisir*. Londreys, 1986.
6. Marcotte L. et Crépault C. Les expulsions orgasmiques féminines. *Cahiers de Sexologie Clinique*. 1988 ; **14** (86).
7. Tordjman G. Utérus et sexualité : le rôle de l'utérus dans l'orgasme féminin. *Cahiers de Sexologie Clinique*. 1994 ; **20** (122).
8. Perry J.D et Talcott L.B. Le point Gräfenberg 15 ans après. *Cahiers de Sexologie Clinique*. 1993 ; **19** (118).
9. Lavoisier P, Aloui R, Schmidt M, Watrelot A. Le réflexe vasculaire chez la femme et son rôle dans la tumescence clitoridienne. *Sexologies*. 1993 ; **II** (8).
10. Benatar M.C. L'amplification du point G, une nouvelle approche thérapeutique des dysfonctions sexuelles féminines ? *Sexologies*. 2005 ; **XIV** (51).