



Nous avons lancé cette [enquête en ligne](#) en avril 2014.

Vous trouverez ci-dessous, en seconde partie, le texte de la description complète de l'enquête, texte de référence pour notre construction de l'enquête en ligne.

Mai 2014, le point après un mois

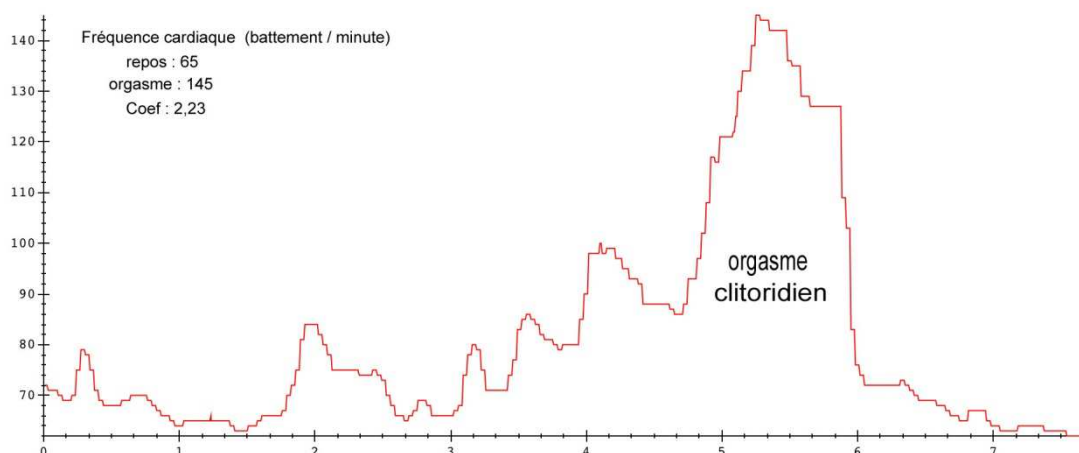
Nous avons reçu plus 56 réponses valides ! Ce qui est très encourageant.

Mais les 3/4 sont des hommes ! Les femmes auraient du mal à parler de leur plaisirs ...

Les réponses avec enregistrement via smartphones sont peu nombreuses et souvent incomplètes. Nous préparons un tutoriel pour guider les participants dans le maniement de l'application et l'envoi des courbes.

La [version anglaise](#) est en ligne, avec déjà quelques réponses ; la version espagnole est prévu début juin.

Nous avons reçu cette courbe enregistrée lors d'un orgasme clitoridien, qui corrobore notre hypothèse de l'orage orthosympathique (accélérateur). Il nous faut encore de nombreuses courbes pour valider et affiner nos hypothèses. Vous pouvez utiliser cette courbe comme illustration de vos articles (téléchargement depuis la [Salle de presse](#)).



Les réponses aux questions les plus fréquentes

Quel est l'intérêt de votre enquête ?

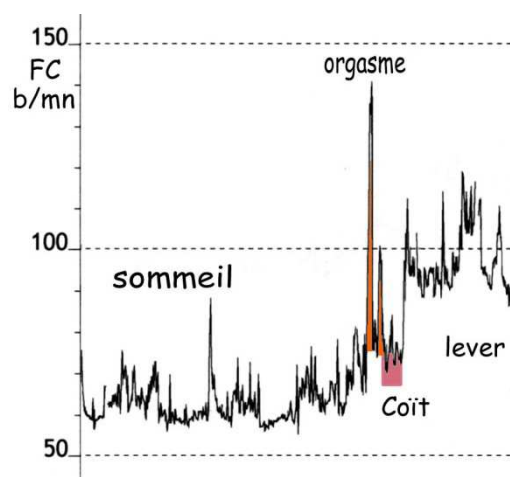
Mieux comprendre l'orgasme et les différents plaisirs sexuels. Pour l'instant, il n'y a pas de définition cohérente de l'orgasme, donc chacun s'autodétermine. La sexologie médicale considère essentiellement l'orgasme vaginal et simultané à celui de l'homme. Au passage, l'expression *orgasme vaginal* a été inventée par Freud en 1905. Pourtant, jusqu'au 19ème siècle, tous les écrits médicaux désignaient le clitoris comme le principal organe du plaisir féminin. Ce qui fait de Freud le grand exciseur psychique ! (cf *La fabuleuse histoire du clitoris*)

Dans notre hypothèse, le brusque doublement du rythme cardiaque correspond pour la femme à l'orgasme clitoridien et pour l'homme à l'éjaculation. Mais que se passe-t-il lors des autres plaisirs sexuels ? L'étude des variations de la fréquence cardiaque devrait nous renseigner.

Ne vise-t-elle à confirmer des résultats déjà établis ?

Oui et non. Masters & Johnson (1950) ont décrit ce court doublement du rythme cardiaque. Mais d'une part, ils ont triché : en effet, avant eux, Kinsey (USA, env 1940) avait écrit que l'orgasme féminin était essentiellement clitoridien, dans l'Amérique puritaine, Kinsey s'est fait laminé par les critiques. Idem pour Dickison quelques années plus tard. Masters & Johnson ont donc choisi de ne parler que de **l'orgasme coïtal** pour garder une visibilité, tout en concluant que pour la femme, l'orgasme est essentiellement clitoridien.

D'autre part, dans la sexologie médicale, leurs travaux sont souvent cités mais toujours pervertis, et l'orage orthosympathique (accélérateur) est pratiquement oublié : par exemple, dans le cas du holter médical que nous citons, le cardiologue a identifié le pic comme un bug. Lorsque que la patiente lui a parlé d'orgasme, il ne l'a pas cru !



Dans notre hypothèse, le brusque doublement du rythme cardiaque correspond à l'orgasme clitoridien. Mais que se passe-t-il lors du long plaisir vaginal ?

Le fait de vous adresser à ceux qui possèdent un cardiofréquencemètre ne va-t-il pas biaiser votre échantillon avec une surreprésentation de sportifs ?

Tout à fait ! On étudie un système de prêt mais c'est difficile. Lorsque vous prêtez un livre, est-ce qu'on vous le rend ? Idem pour mes cardiofréquencemètres.

N'avez-vous pas de financements pour fournir des cardiofréquencemètres à des volontaires non-sportifs ?

Non, nous sommes deux thérapeutes indépendants. De plus, nous sommes à contre courant donc toutes les portes se ferment. La gynécologue Odile Buisson, dans son 1er livre, écrit que lorsqu'elle a commencé à explorer l'anatomie du clitoris par échographie, les portes de la fac de médecine se sont fermées pour elle !



N'y a-t-il pas d'autres pics à mesurer que la fréquence cardiaque ? L'activité nerveuse ? Hormonale ? La tension ?

Masters & Johnson l'avait fait ... en laboratoire. Donc pour nous, c'est juste impossible. Le cardiofréquencemètre est le seul outil suffisamment répandu pour que nous nous lancions dans cette folle aventure.

Quant à l'orgasme, pourquoi ne pas en mesurer différents types, comme l'orgasme prostatique chez l'homme vs l'orgasme non-prostatique ?

Notre enquête s'adresse à tous les genres, tous les âges et toutes les pratiques sexuelles

L'orgasme prostatique est dans notre [formulaire](#) à la rubrique "circonstances de cet orgasme" Cela fait partie des objectifs secondaires. Vu la diversité des comportements humains, il est intéressant de les quantifier.

Lors des congrès de sexologie médicale, le terme "orgasme prostatiques" n'est jamais évoqué, sauf dans le traitement des paraplégiques ! Donc la médecine sait qu'il existe, mais le cantonne aux handicapés.

La médecine sexologique est trop souvent dans une approche nataliste donc uniquement pénétrative !

Quel est la valeur scientifique de votre enquête ?

D'un point de vue scientifique, c'est un sondage, les volontaires font les mesures chez eux et nous les transmettent via des formulaires de réponses. Les sources d'incertitude sont nombreuses : mauvaise compréhension des consignes, échantillonnage non représentatif de la population, avec une sur-représentation des sportifs et des personnes intéressées par le thème de la sexualité.

Cette enquête sera donc indicative, comme pour le [Rapport Hite](#), les livres de la journaliste [Élisa Brune](#) et du psychiatre [Philippe Brenot](#).

Texte de référence pour notre construction de l'enquête en ligne

Problématique

La définition actuelle de l'orgasme est le ***point culminant de plaisir***, définition qui fait référence au seul ressenti subjectif.

L'orgasme est-il aussi un processus physiologique identifiable ?

La consultation de la littérature ne nous éclaire pas vraiment. Hippocrate comparait l'orgasme à une *crise d'épilepsie*. Puis, à partir de 1550, après que Colombo ait décrit l'anatomie du clitoris et l'ait désigné comme l'organe du plaisir féminin, le terme le plus employé est le *spasme vénérien*, pour l'homme comme pour la femme. Ces expressions évoquent un événement court avec des spasmes.

Le mot *orgasme* est apparu dans la langue française au début du 19ème siècle, il a surtout été vulgarisé par Freud lorsqu'il a inventé le terme *orgasme vaginal* (1905).

A partir de 1950, Masters et Johnson étudient les réactions sexuelles humaines. Ils observent dans leur laboratoire 694 couples et près de 10 000 orgasmes. Ils sont les premiers à décrire le processus de l'orgasme masculin et féminin, avec des spasmes pelviens qui peuvent s'étendre à tout le corps. Ces spasmes sont la résultante d'un **orage orthosympathique** (système neurovégétatif accélérateur) avec les signes physiologiques associés :

- La fréquence respiratoire augmente, passe de 14 respirations par minute au repos à un maximum de 40.
- La tension artérielle, autour de 130 mmHg au repos, augmente brutalement au-dessus de 200.
- La fréquence cardiaque, autour de 65 battements par minute au repos, passe brutalement au-dessus de 130, pouvant atteindre, chez certains sujets, des pics à 180.
- La peau présente des rougeurs sur le torse, le visage ...
- Les pupilles se dilatent.

Récemment, l'imagerie cérébrale permet d'identifier des zones impliquées dans le plaisir sexuel. Mais, en l'absence de définition cohérente de l'orgasme, il est difficile de savoir si ces études scannent le bref orgasme ou d'autres plaisirs sexuels, comme le long plaisir vaginal.

Nous faisons l'hypothèse que le **brutal doublement de la fréquence cardiaque** est le signe clinique probablement le plus constant et mais aussi le plus facile à objectiver.

Une première collecte informelle d'une vingtaine de résultats corrobore le brusque et court doublement de la fréquence cardiaque, tant, lors de l'orgasme-éjaculation de

l'homme que lors de l'orgasme d'origine clitoridienne pour la femme. Nous avons un enregistrement d'un holter cardiaque permettant de voir cette brève accélération cardiaque. Etrangement, le cardiologue l'a identifié comme un bug, il est même resté sceptique aux dires de la patiente, ce qui montre à quel point les travaux de Masters et Johnson sont largement méconnus actuellement.

Afin de confirmer ces résultats, nous souhaitons étendre les mesures à toutes les zones érogènes susceptibles de déclencher un orgasme : l'ensemble du vagin, le point G, le col utérin, l'anus, les mamelons, ...

Il semble que tous les plaisirs sexuels n'aboutissent pas à un orgasme, comme souvent par exemple le long plaisir vaginal. Cette étude permettra d'avancer dans la compréhension des différents processus des plaisirs sexuels. Certains plaisirs sont sous contrôle parasympathique (système neurovégétatif ralentisseur) comme pour l'homme, avant l'éjaculation, qu'en est-il pour la femme ?

Une meilleure connaissance du processus de l'orgasme sera un apport pour la science. Cela permettra peut-être d'identifier d'autres plaisirs sexuels, différents de l'orgasme mais tout aussi importants. Ce nouvel éclairage aura probablement de nombreuses implications dans la thérapie sexuelle.

Mesure de la fréquence cardiaque : appareils de mesure

Du fait de l'intimité de la survenue de l'orgasme, qu'il s'agisse de pratique solitaire ou en couple, nous vous proposons d'utiliser des systèmes de mesure voire d'enregistrement que les personnes utiliseront de manière autonome :

- Cardiofréquencemètre de sportif (ceinture thoracique + bracelet récepteur) premier prix 20 € en lecture instantanée.
- Version pour Smartphone (ceinture thoracique + réception sur Smartphone) avec enregistrement, à partir de 30 €.
- Holter cardiaque : suite à cet examen médical sur 24h, vous pouvez avoir une activité sexuelle en notant l'heure, puis vous demandez à votre cardiologue le résultat sous forme de courbe. Avec le repère de l'heure, vous identifiez la partie de la courbe correspondant à votre activité sexuelle.

Les cardiofréquencemètres sont déjà nombreux chez les sportifs qui pourront donc participer plus facilement à l'enquête. Pour ceux qui n'en ont pas, vous pouvez en acheter, la dépense est modérée, vous pouvez vous organiser par petit groupes d'amis.

Nous étudions un partenariat avec un fabricant.

Recueil des données

Dans les premiers résultats que nous avons collectés, les orgasmes par masturbation sont les plus fréquents, tant pour les hommes que pour les femmes (orgasme clitoridien). Ceux qui ont tenté de mesurer la FC lors de l'orgasme vaginal sont moins nombreux et surtout

ils n'ont pas réussi. Les couples ont évoqué différentes raisons : difficultés d'anticipation pour la pose de la ceinture thoracique, acte peu érotique, et surtout orgasmes vaginaux inconstants, difficultés de lecture pendant l'acte. D'ailleurs aucun orgasme vaginal n'a pu être objectivé dans ces premiers résultats.

La première étape consiste à valider le bref doublement de la fréquence cardiaque (FC) par la mesure de la fréquence au repos et pendant l'orgasme :

- Mesure de l'augmentation de la FC : $\frac{\text{FC orgasme}}{\text{FC repos}}$ selon les sujets

La FC varie aussi avec l'effort, avec les variations moins brutales. La FC de repos se mesure après 15 mn allongé ou dans un fauteuil. Masters et Johnson avaient pris comme référence la FC au repos.

Si vous avez des questions, contactez nous, le sujet nous passionne ...