Des perversions sexuelles aux troubles paraphiliques : comment le consentement s'est imposé comme la valeur centrale dans les classifications médicales

Alain Giami

Directeur de recherche émérite, CESP – Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), équipe « Genre, sexualité, santé »

Résumé : À travers une mise en perspective historique des deux principales classifications médicales : la Classification internationale des maladies (CIM) de l'OMS et le DSM de l'American Psychiatric Association, il a été mis en évidence un abandon progressif de la norme reproductive au profit de la valeur du consentement pour définir la normalité et les variations de l'activité sexuelle. Le chapitre montre comment l'on passe d'un registre de la fonction physiologique à celui d'une valeur morale et sociale pour définir la normalité sexuelle et donc la moralité de la sexualité. Il met en relief les articulations entre morale sexuelle et médicalisation de la sexualité.

Mots-clés : classifications internationales, DSM-5, CIM-11, sexualité, paraphilies, consentement

Introduction

Au-delà [1] de l'intérêt scientifique et technique porté à leur construction et à leur développement [2], les classifications internationales des maladies sont un objet d'étude

1. Ce chapitre reprend et développe des éléments présentés lors d'une présentation intitulée : *Change and Distress in the medicalization of sexuality*, présentée à la conférence *Classifying Sex : Debating DSM-5*. CRASSH Conference – University of Cambridge – 4 et 5 juillet 2013. Une première version de ce texte a ensuite été publiée : Giami, A. (2015). Between DSM and ICD : Paraphilias and the Transformation of Sexual Norms. *Archives of Sexual Behavior, 44*(5) 1127–1138. DOI 10.1007/s10508-015-0549-6.

2. Mezzich, J. et von Chranach, M. (éds.) (1988), *International Classification in Psychiatry. Unity and Diversity*, Cambridge, Cambridge University Press.

privilégié dans le champ des « *science studies* [3] » et de la philosophie des sciences [4]. Le DSM de l'American Psychiatric Association (APA) fait en outre l'objet de débats et controverses parmi les psychiatres et les chercheurs en santé mentale et la Classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui vient d'être validée par le *staff* de l'OMS (juin 2018) en attendant d'être validée par l'Assemblée générale des États membres en 2019. Dans ce contexte, les catégories qui prennent en compte les dimensions de la sexualité (dysfonctions sexuelles, orientation sexuelle, paraphilies, perversions sexuelles et troubles de l'identité de genre) constituent un objet de recherche spécifique qui se situe à l'interface de l'histoire, de la sociologie et de l'anthropologie de la sexualité [5]. Dans le contexte de la révision des deux plus importantes classifications internationales des maladies (DSM-4R vers le DSM-5 et CIM-10 – CIM-11) qui s'est déroulée entre les années 2010 et 2018, on assiste à un renouvellement des travaux scientifiques sur l'ensemble des classifications et des catégories qui traitent des problèmes liés à la fonction sexuelle, aux paraphilies et aux problèmes associés aux identités de genre [6]. Une grande partie de ces travaux abordent les problèmes liés à la sexualité et à l'identité de genre en termes de relations de genre et de stéréotypes de genre, c'est-à-dire en essayant d'identifier, dans ces catégories, comment les spécificités de genre (masculines et féminines) sont construites dans des logiques de complémentarité, d'opposition ou de subordination ainsi que les relations entre les sexes qui sont mises en scène dans ce cadre [7].

S'inscrivant dans la perspective de la littérature récente publiée dans ce domaine, ce chapitre est fondé sur l'idée selon laquelle les classifications et les catégories diagnostiques visant à établir le caractère pathologique de certaines conduites sexuelles sont à interpréter comme des représentations de la sexualité contemporaine et des relations de genre. Ce type d'analyse a déjà été développé par des historiens de la sexualité sur

3. Bowker, G. et Leigh Star, S. (1999), *Sorting Things out. Classification and its Consequences*, Cambridge, Massachussets, MIT Press – Young, A. (1995), *The harmony of Illusions : Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*, Princeton, Princeton University Press.

4. Demazeux, S. (2013), *Qu'est-ce que le DSM ? Genèse et transformations de la bible américaine de la psychiatrie*, Paris, Ithaque.

5. Gagnon, J. (1975), « Sex research and social change », *Archives of Sexual Behavior*, vol. 4, n° 2, p. 111-141 – Herdt, G. (éd.) (1994), *Third Sex, Third Gender – Beyond Sexual Dimorphism in Culture and History*, New York, Zone Books.

6. Angel, K. (2010), « The history of 'Female Sexual Dysfunction » as a mental disorder in the 20th century », *Current Opinion in Psychiatry*, 23, p. 536–541 – Angel, K. (2012), « Contested psychiatric ontology and feminist critique : Female Sexual Dysfunction » and the Diagnostic and Statistical Manual », *History of the Human Sciences*, vol. 25, n° 4, p. 3-24 – Angel, K. (2013), « Commentary on Spurgas's Interest, Arousal, and Shifting Diagnoses of Female Sexual Dysfunction », *Studies in Gender and Sexuality*, vol. 14, n° 3, p. 206-216 – De Block, A. et Adriaens, P. R. (2013), « Pathologizing sexual deviance : a history », *Journal of Sex Research*, vol. 50, n° 3-4, p. 276-298 – Drescher, J., Cohen-Kettenis, P. et Winter, S. (2012), « Minding the body : situating gender identity diagnoses in the ICD-11 », *International Review of Psychiatry*, vol. 24, n° 6, p. 568–577 – Duschinsky, R. et Chachamu, N. (2013), « Sexual dysfunction and paraphilias in the DSM-5 : pathology, heterogeneity, and gender », *Feminism & Psychology*, vol. 23, n° 1, p. 49-55 – Graham, C. A. (2007), « Medicalization of women's sexual problems : a different story ? », *Journal of Sexual and Marital Therapy*, vol. 33, n° 5, p. 443-447 doi : 10.1080/00926230701480307 – Hekma, G. (2011), « Sexual variations « , *in* Hekma, G. (éd.), *A Cultural History of Sexuality in the Modern Age*, Oxford, Berg p. 79-104 – Spurgas, A. K. (2013), « Interest, arousal, and shifting diagnoses of female sexual dysfunction, or : how women learn about desire », *Studies in Gender and Sexuality*, vol. 14, n° 3, p. 187-205 doi : 10.1080/15240657.2013.818854. Mazaleigue-Labaste, J. (2014), *Les Déséquilibres de l'amour. La genèse du concept de perversion sexuelle, de la Révolution française à Freud*, Montreuil-sous-Bois, Ithaque, coll. « philosophie, anthropologie, psychologie ».

7. Giami, A. (2007), « Fonction sexuelle masculine et sexualité féminine. Permanence des représentations du genre en sexologie et en médecine sexuelle », *Communications*, n° 81, p. 135-151.

d'autres objets comme les discours médicaux et littéraires du Moyen Âge [8], la psychiatrie du XIX^e siècle [9] et les relations entre la pornographie et le discours médical [10] ou encore les traitements pharmacologiques des troubles sexuels [11]. Ces catégories restent déterminées par les idéologies sociales : la *doxa* et leur caution scientifique vient souvent légitimer des présupposés moraux et idéologiques [12]. Les concepts développés dans ces classifications pour désigner les sentiments, les fantasmes, les attitudes ou les comportements sexuels « pathologiques » permettent ainsi d'observer le partage entre la normalité sexuelle et les déviances sexuelles (pathologies et/ou crimes) et le traitement social réservé à certaines conduites sexuelles déviantes au travers de leur médicalisation, de leur pathologisation ou de leur criminalisation [13].

L'introduction de la section 302, « Déviations et troubles sexuels » (« *Sexual deviations and disorders* »), dans la CIM-9 de l'OMS, adoptée en 1976, illustre bien l'influence des déterminants culturels de la construction de la catégorie des perversions sexuelles.

> « Les limites et les contours des inclinaisons et des comportements sexuels normaux n'ont pas été établis de façon absolue dans différentes sociétés et cultures mais servent globalement des objectifs sociaux et biologiques socialement approuvés. » (CIM-9, OMS, 1976.)

Enfin, on considère que ces classifications ne constituent pas uniquement une représentation de la nature des maladies mais qu'elles cristallisent les résultats de controverses entre les experts qui ont élaboré ces classifications et principalement des experts nord-américains dans le cas du DSM et des panels d'experts plus diversifiés et plus globalisés, ainsi que des responsables politiques dans le cas de la CIM [14].

Dans cette perspective, l'étude des catégories et des classifications médicales permet à la fois de comprendre en amont les dimensions sociales, politiques et idéologiques qui interviennent dans l'élaboration de catégories savantes et en aval les rôles, relations et conduites qui y sont représentés.

1 Objectifs

La révision simultanée des deux principales classifications nosographiques internationales constitue ainsi un moment privilégié d'observation du processus dynamique de construction des normes sociales de la sexualité au travers du processus de leur pathologisation ou de leur dépathologisation. Ce chapitre est centré sur l'évolution

8. Baldwin, J. W. (1994), *The Language of Sex : Five Voices from Northern France around 1200*, Chicago, University of Chicago Press.

9. Lanteri Laura, G. (1979), *Lecture des perversions. Histoire de leur appropriation médicale*, Paris, Masson.

10. Marcus, S. (1964), *The Other Victorians – A Study of Sexuality and Pornography in Mid-Nineteenth-Century England*, New York, Basic Books.

11. Fishman & Mamo (2001) ; Giami, A. (2007), *op.cit.*

12. Lanteri Laura, G. (1979), *op. cit.*

13. Conrad, P. (2007), *The Medicalization of Society*, Baltimore, The Johns Hopkins University Press – Laws, D. R. et O'Donohue, W. T. (éds.) (2008), *Sexual Deviance : Theory, Assessment and Treatment*, New York, Guilford Press – Tiefer, L. (1996), « The medicalization of sexuality : conceptual, normative and professional issues », *Annual Review of Sex Research*, n° 7, p. 252-282.

14. Hacking, I. (1999), *The Social Construction of What ?*, Harvard, Harvard University Press.

de la construction de la catégorie des « paraphilies » définie dans la CIM-10 comme « troubles de la préférence sexuelle ». Dans la mesure où la généalogie de la psychiatrisation des perversions et des déviations sexuelles a déjà été longuement analysée dans le champ du DSM [15], le présent chapitre est centré sur les évolutions de la CIM de l'OMS et, dans le contexte d'une « approche symétrique [16] », il utilise certains des concepts développés dans le DSM-5 comme éléments de comparaison et d'analyse des formes et des limites du consensus. Il présente une mise en perspective historique de l'évolution de cette catégorie dans les différentes classifications qui se sont succédées au cours du XX^{e} siècle. Cette évolution est marquée par l'abandon progressif de la notion de « déviation sexuelle » et de « perversion sexuelle » au profit de la notion de « paraphilie » et de « troubles de la préférence sexuelle » et avec une évolution plus récente entérinée dans la publication du DSM-5 et reprise dans la CIM-11 avec la notion de « troubles paraphiliques » (*paraphilic disorder*).

Au-delà de l'observation des changements de dénominations, de contenus des catégories et de définition de leurs dimensions, ce travail vise à montrer comment l'évolution du traitement social et médical des perversions sexuelles/paraphilies passe, au cours du XX^{e} siècle, d'un modèle de la pathologisation (et souvent de la criminalisation) des conduites sexuelles non-reproductives (tel qu'il a été développé initialement par des auteurs comme Krafft-Ebing) et analysé dans la théorie freudienne comme « perversion d'objet » ou « perversion de but [17] », à un modèle qui pathologise la question sociale et politique du consentement dans les relations sexuelles et les rapports de genre [18]. La centralité du critère du consentement des partenaires sexuels fait désormais l'objet d'un consensus fort parmi des auteurs aussi différents que Hekma [19], Moser et Kleinplatz [20], et parmi des experts qui ont contribué aux révisions tels que Krueger [21]. Ce chapitre met en évidence comment on passe d'une norme biologique (le caractère reproductif ou non-reproductif de certaines conduites sexuelles) à une norme sociale ayant valeur légale (le consentement) pour définir le caractère normal ou pathologique de conduites, sentiments, pulsions, ou relations sexuelles. Il discutera comment l'absence supposée de consentement d'un objet sexuel (humain ou non-humain) constitue un élément central du malaise (*distress*) pour soi même ou de la nuisance exercée sur autrui construits comme critères de définition du caractère pathologique d'une conduite.

2 Matériel et méthodes

Ce travail est fondé sur des sources multiples. Nous avons participé à différents congrès et sessions dans lesquels les travaux des groupes de travail étaient présentés et dis-

15. De Block, A. et Adriaens, P. R. (2013), art. cit. – Laws, D. R. et O'Donohue, W. T. (éds.) (2008), *op. cit.* – Demazeux, S. (2013), *op. cit.*

16. Latour, B. (1993), *We Have Never Been Modern*, Cambridge, Harvard University Press.

17. Bonnet, G. (2002), « Pour une nouvelle classification des perversions sexuelles (Elements for a new classification of sexual perversions) », *L'Evolution psychiatrique*, n° 67, p. 496-505.

18. Habib, C. (1998), *Le consentement amoureux*, Paris, Hachette, coll. « Littératures ».

19. Hekma, G. (2011), *op. cit.*

20. Moser, C. et Kleinplatz, P. (2005), « DSM-IV-TR and the paraphilias : an argument for removal », *Journal of Psychology and Human Sexuality*, vol. 17, n° 3-4, p. 91-109.

21. Krueger, R. B. (2010), « The DSM diagnostic criteria for sexual masochism », *Archives of Sexual Behavior*, vol. 39, n° 2, p. 346-356. – Krueger, R. B. (2010). « The DSM diagnostic criteria for sexual sadism », *Archives of Sexual Behavior*, vol. 39, n° 2, p. 325-345.

cutés [22]. Ainsi, nous avons pu observer les discussions et controverses suscitées par ces travaux. Nous avons par ailleurs participé directement à ces discussions dans le cadre d'une association internationale qui a produit des propositions sur la classification des paraphilies et avons été invité à participer à un groupe de travail de l'OMS qui s'est déroulé au cours de l'année 2012 pour la révision de la CIM-10. Dans ce contexte, nous avons pu observer *in vivo* les discussions officielles et parallèles, avoir des conversations informelles et des entretiens avec des sexologues et des psychiatres menés selon la méthode de l'« *expert interview* [23] ». Enfin, nous avons collecté et analysé les différentes classifications de l'OMS et les commentaires qui ont été produits, qui ont ensuite été comparés avec les documents et les discussions sur la CIM afin de mieux comprendre les influences respectives des deux classifications.

3 Contexte : la fabrication des classifications

3.1 L'APA et l'OMS

*L'*American Psychiatric Association (APA) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) constituent deux organisations qui présentent des différences importantes qui sont parfois revendiquées et même amplifiées par les membres de l'OMS [24]. L'American Psychiatric Association a été fondée en 1892 sous le nom d'American Medico-Psychological Association, avant de prendre le nom d'APA en 1921. Il s'agit d'une organisation privée qui regroupe plus de 36 000 professionnels dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale. Des agents de l'OMS ainsi que d'autres acteurs, des organisations professionnelles et des associations de consommateurs et de patients considèrent que l'APA travaille en conjonction avec l'industrie pharmaceutique et que la construction des catégories nosographiques est placée sous l'influence plus ou moins forte de celle-ci sous la forme du *disease mongering* [25]. La publication du DSM et des produits dérivés de cet ouvrage procure une source de revenus très importante à l'APA. Enfin l'APA est une organisation professionnelle basée aux États-Unis d'Amérique qui exerce une influence internationale, notamment au travers de son réseau de publications et de l'utilisation des différentes versions du DSM qui s'est imposée dans de nombreux pays. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) est une émanation de l'Organisation des Nations unies (ONU) qui a été créée en 1948. Elle élabore, grâce à l'aide de tout un réseau de services de santé publique, de comités d'experts et de comités nationaux, la Classification internationale des maladies qui en est à sa dixième version. Cette classification, qui existe dans sa version moderne depuis 1948, résulte de la continuation et de la mise à jour de la Classification internationale des

22. Conférence de l'International Academy of Sex Research, Los Angeles, 2013 – Congrès de l'American Psychiatric Association, San Francisco, 2013, Congrès de la World Association for Sexual Health, Porto Alegre, 2013, Prague, 2017.

23. Bogner, A., Littig, B. et Menz, W. (éds.) (2009), *Interviewing Experts*, London, Palgrave.

24. Reed, G. (2010), « Toward ICD-11 : improving the clinical utility of WHO's International Classification of Mental Disorders », *Professional Psychology : Research and Practice*, vol. 41, n° 6, p. 457-464.

25. Cosgrove, L., Krimsky, S. (2012), « A comparison of DSM-IV and DSM-5 panel members' financial associations with industry : a pernicious problem persists », PLoS Med (https ://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22427747). 2012–9(3) :e1001190 – Healy, D. (2002), *Le temps des antidépresseurs*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond.

causes de décès [26] de 1891 qui est révisée tous les vingt ans environ, au terme d'un long processus de consultation d'experts et de politiques et après la tenue d'essais cliniques de terrain (*field trials*). La révision de la CIM est validée en Assemblée générale des États membres de l'OMS et vise à aider aux diagnostics et à l'établissement des statistiques de santé publique et d'accès aux soins dans tous les pays. Au regard des questions qui nous occupent, la CIM présente l'avantage d'être une classification qui englobe toutes les maladies en y incluant, depuis 1948 seulement, un chapitre spécifique pour les troubles mentaux (dans lequel les troubles sexuels et les troubles de l'identité de genre ont été inclus progressivement), alors que le DSM est uniquement une classification des troubles mentaux.

En dépit de ces différences, les deux organisations semblent rechercher une certaine harmonisation entre la structure et les contenus des deux classifications. Cet objectif est réaffirmé dans la préface du DSM-5, qui pointe les complications pouvant résulter de l'existence simultanée de deux classifications et deux systèmes de codage des pathologies. Les divergences entre les deux classifications seraient liées à des controverses scientifiques mais aussi les conséquences de l'activité scientifique de comités indépendants. Au-delà de ces différences qui sont réduites à une dimension technique, le DSM-5 propose en annexe une table de correspondance entre les deux systèmes de codage [27]. Mais la rivalité entre ces organisations et les classifications qu'elles produisent est *in fine* d'ordre politique et culturel : qui aura le pouvoir de définir en dernière instance ce qu'est la santé et ce qu'est la maladie.

3.2 Les principes qui fondent la révision

Les processus de révision des deux grandes classifications internationales des maladies : le DSM-4 et la CIM-10 en cours de révision au cours des années 2010-2013 pour le DSM et qui vient de prendre fin en 2018 pour la CIM sont conduits *via* des consultations d'experts, la mise en place de groupes de travail spécialisés, de revues de la littérature et des « essais de terrain [28] ».

Deux principes orientent les travaux des experts chargés d'élaborer les propositions de révision de ces deux classifications. Il s'agit, d'une part, du concept d'« utilité clinique » qui fonde la rationalité et les objectifs pratiques de ces deux classifications. Pour les experts méthodologues qui accompagnent le processus de révision du DSM, l'« utilité clinique » est au service des professionnels de la psychiatrie et vise à les assister et à faciliter leur travail diagnostic. La spécificité clinique du raisonnement exclut toute prise en compte de facteurs non cliniques tels que la question des assurances maladies, pourtant bien présente dans le système de santé américain.

> « L'utilité clinique est l'étendue sur laquelle le DSM apporte une assistance à ceux qui sont chargés de formuler une décision clinique en leur fournissant les différentes fonctions cliniques d'un système de classifica-

26. Jablensky, A. (1988), « An overview of the prospects for ICD-10 », *in* Mezzich, J. et von Chranach, M. (éds.), *International Classification in Psychiatry. Unity and Diversity*, Cambridge, Cambridge University Press. p. 343-364.

27. American Psychiatric Association (2013), *op. cit.*

28. Zucker, K. (2013), « DSM-5 : call for commentaries on gender dysphoria, sexual dysfunctions and paraphilic disorders », *Archives of Sexual Behavior*, vol. 42, n° 5, p. 669-674.

> tion : ces fonctions apportent une assistance dans les domaines suivants : (1) conceptualiser les entités diagnostiques ; (2) apporter de l'information clinique aux praticiens, aux patients, à leurs familles et aux administrateurs des systèmes de santé ; (3) l'utilisation des catégories diagnostiques et des critères à mettre en œuvre dans la pratique clinique ; (4) choisir les interventions efficaces et améliorer les résultats cliniques ; (5) envisager les besoins cliniques à venir. Sont exclues du concept d'utilité clinique les préoccupations pratiques mais non-cliniques telles que les conséquences des classifications sur les questions de prise en charge par les systèmes d'assurance [29]. »

Cette utilité clinique est elle-même fondée sur des preuves scientifiques qui associent l'analyse de la littérature existante, des analyses secondaires de données cliniques existantes et des essais cliniques de terrain dans lesquels les critères sont testés afin d'améliorer la validité des diagnostics du DSM [30]. Cette approche illustre le déplacement des formes de la légitimation des classifications et des diagnostics qui passent sous l'influence des travaux de chercheurs et d'épidémiologistes, marquant ainsi le recul de l'influence des cliniciens qui prédominait jusqu'à la révision du DSM-III.

Les experts de la CIM ont une vision plus ouverte du processus et considèrent que la CIM a une « utilité clinique » qui s'ouvre, bien au-delà du champ de la psychiatrie clinique, vers la santé mentale et la santé publique dans son ensemble. Cette perspective est fondée sur la reconnaissance du fait que la majorité des personnes ayant des troubles mentaux et psychiatriques, à travers le monde, n'iront jamais voir un psychiatre. C'est ainsi que la CIM a une dimension pluridisciplinaire et surtout, que son usage concerne de nombreuses professions au-delà des psychiatres et des psychologues.

> « Le travail de révision doit avoir une dimension pluridisciplinaire. Comme on le sait, la majorité des personnes qui ont des troubles mentaux à travers le monde n'iront jamais consulter un psychiatre. Afin de mieux servir d'outil permettant de réduire le fardeau des maladies, la CIM-11 (troubles mentaux et comportementaux) devra pouvoir être utilisée par un éventail plus large de professionnels de santé. L'OMS considère tous les professionnels qui utiliseront la classification comme des acteurs de celle-ci. Ceci est reflété par la présence de nombreuses sociétés savantes et professionnelles dans le processus de révision, légitimes dans leur domaine (psychologie, travail social, infirmières, soins primaires en médecine [31]). »

Au-delà du principe de l'utilité clinique, un des experts participant à la révision de la CIM-10 a explicité certains des « principes sous-jacents » qui guident le travail de révision, en particulier dans le domaine des troubles sexuels. Parmi ces « principes sous-jacents », on retrouve l'aide à la recherche et à la surveillance en santé publique. On note, par ailleurs, la référence à la protection des personnes contre les violations des

29. First MB, P. H., Levine J. B., Williams J. B., Ustun B. et Peele R. (2004), « Clinical utility as a criterion for revising psychiatric diagnoses », *American Journal of Psychiatry*, vol. 16, n° 6, p. 946-954.

30. First MB, *et al.*, *op. cit.*

31. Reed, G. (2010), *op.cit.*

droits humains. Le Haut-commissariat aux droits humains des Nations unies considère que :

> « Tous les individus, y compris les lesbiennes, les gays, les bisexuels et les personnes transgenres (LGBT) ont le droit de bénéficier de la protection du droit international en matière de droits humains, qui incluent le respect du droit à la vie, la sécurité des personnes et le droit à la vie, le droit d'être protégé contre la torture, les arrestations arbitraires et la détention, le droit d'être protégé contre les discriminations, le droit à la liberté d'expression, d'association et d'assemblée pacifique [32]. »

Comme on peut le voir au travers de l'analyse des principes qui fondent les travaux des groupes de travail chargés de la révision, les deux organisations n'ont pas tout à fait les mêmes critères et peut-être pas les mêmes objectifs. Il est important d'avoir à l'esprit les critères mis en œuvre dans la révision des classifications afin de mieux comprendre si le travail de révision de la liste des paraphilies suit strictement ces principes ou révèle au contraire que d'autres critères et d'autres objectifs sont à l'œuvre. Par ailleurs, la différence structurelle existant entre la CIM et le DSM permet des possibilités d'évolution différentes pour chacune de ces deux classifications. La structure de la CIM, regroupant l'ensemble des maladies (troubles somatiques, troubles fonctionnels et troubles mentaux), permet d'envisager la possibilité de déclassifier les troubles de l'identité de genre ou même les paraphilies de la catégorie des troubles mentaux et de les placer dans une catégorie regroupant des affections somatiques. Ceci permettant de répondre positivement aux demandes des associations de personnes trans et aux constats émis par les instances européennes qui considèrent le diagnostic psychiatrique de transsexualisme comme une violation des droits humains [33].

3.3 Les critiques à l'encontre du DSM

Alors que les travaux des comités et des groupes de travail spécifiques sont fondés sur les concepts d'« utilité clinique » et de « validité scientifique [34] », les débats et controverses qui se développent à propos de la révision des catégories des troubles sexuels et des troubles de l'identité de genre, se situent parfois en dehors de ce champ spécifique et impliquent des médecins et des scientifiques, des représentants de l'industrie pharmaceutique mais aussi des représentants des associations de patients, des associations identitaires et des organisations de défense des droits humains.

Différentes observations menées sur l'élaboration de ces classifications font bien apparaître que l'« utilité clinique » et la « validité scientifique » ne sont pas les seuls éléments pris en compte pour la formalisation des critères diagnostiques et que par ailleurs, ceux-ci sont utilisés et réinterprétés, à des degrés divers, au plan international, en fonction des contextes sanitaires, politiques et culturels. De ce fait, les classifications médicales et psychiatriques des paraphilies combinent des facteurs médicaux et

32. Cochran, S. (2012), « Sexual orientation and gender related variations in the context of the International Classification of Diseases », paper presented at the *American Psychological Association*, 2012 Annual Convention, Orlando, Florida.

33. Giami, A. (2012), « Médicalisation et dépathologisation des identités trans : le poids des facteurs sociaux et économiques (Commentaire) », *Sciences sociales et santé*, vol. 30, n° 3, p. 59-69.

34. First M.B. *et al.* (2004), art. cit. – Reed, G. (2010), art. cit.

psychologiques qui apparaissent comme l'héritage combiné d'un passé psychiatrique, des facteurs relatifs à l'accès aux soins dans les systèmes d'assurance maladie mais aussi, de façon moins explicite, des références aux systèmes juridiques et aux normes de la morale sexuelle, par rapport auxquelles elles peuvent se situer en contradiction ou en complémentarité.

Ainsi au moment même de la publication du DSM-5 par l'APA, un des responsables du *National Institutes of Mental Health* (NIMH) a publié un communiqué dans lequel il dénonce très fortement les limites de la scientificité du DSM – pourtant revendiquée par les auteurs de cette classification – et argumente en faveur d'un déplacement épistémologique et pratique vers les sciences neurologiques :

> « Il est de plus en plus évident que la maladie mentale sera mieux comprise comme résultant de troubles de la structure et des fonctions du cerveau qui retentissent sur les domaines de la cognition, les émotions et le comportement [35]. »

Un autre type de controverse a été développé par Allen Frances, un ancien responsable de la révision du DSM-IV qui va jusqu'à recommander aux psychiatres cliniciens de ne pas utiliser le DSM-5. Frances considère que le DSM est « mal écrit et incohérent », qu'il va favoriser un « accroissement de faux diagnostics » et contribuer à la « pathologisation de comportements et d'états mentaux courants [36] ». Les controverses qui se déroulent à propos de la révision de la CIM-10 sont d'une autre nature car elles émanent souvent d'organisations non gouvernementales (ONG) qui représentent les intérêts des patients ou des usagers ou se situent dans la perspective des Droits de l'Homme. Ces controverses ont une dimension beaucoup plus internationale que celles qui sont développées autour du DSM, qui restent localisées aux États-Unis d'Amérique.

4 Des déviations sexuelles aux troubles paraphiliques : historique des notions

De nombreux auteurs ont écrit sur l'histoire des perversions sexuelles et leur transformation en « paraphilies » et en « troubles paraphiliques » dans le contexte de la psychiatrie, de la médecine légale et de la sexologie [37]. La médecine et la psychiatrie des déviations sexuelles ont précédé la médecine sexuelle des troubles sexuels. L'étude et la prise en charge des « excès sexuels » et des alternatives à la sexualité génitale

35. Insel, T. R. et Lieberman, J. A. (2013), DSM-5 and RDoC : Shared Interests [Press release] 13 May 2013. http ://www.nimh.nih.gov/news/science-news/2013/dsm-5-and-rdoc-shared-interests.shtml. (consulté le 27 juin 2014).

36. Frances, A. (2010), « Opening Pandoras Box : The 19 Worst Suggestions For DSM5. Commentary », *Psychiatric Times*. http ://www.psychiatrictimes.com/dsm-v/content/article/10168/1522341 (consulté le 22 février 2010).

37. Sur ce point voir : Béjin, A. (1982), « Le pouvoir des sexologues et la démocratie sexuelle », *Communications,* n° 35, p. 178-191 – Bland, L. et Doan, L. (éds.) (1998), *Sexology in Culture. Labelling Bodies and Desires*, Cambridge, Polity Press – De Block, A. et Adriaens, P. R. (2013), « Pathologizing sexual deviance : a history », *Journal of Sex Research*, vol. 50, n° 3-4, p. 276-298 – Hekma, G. (2011), *op. cit.* – Oosterhuis, H. (2000), *Stepchildren of Nature. Krafft-Ebing, Psychiatry and the Making of Sexual Identity*, Chicago, The University of Chicago Press.

et conjugale considérées comme « déviations » ont cédé la place à l'étude et la prise en charge des altérations et des insuffisances de la sexualité.

Les troubles et les problèmes liés à la sexualité font leur entrée dans la CIM alors désignée comme *International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death* en 1948, classification qui comprend pour la première fois une catégorie de troubles mentaux. L'usage du terme de « déviation sexuelle » apparaît avec la CIM-6 et se poursuivra à travers les CIM-7 (1955), CIM-8 (1965) et jusqu'à la publication de la CIM-9 (1990) qui introduira le terme de « troubles de la préférence sexuelle » et de « paraphilie », dans la perspective ouverte précédemment par le DSM-III en 1980. Le terme de « trouble paraphilique » (*paraphilic disorder*) fait son entrée en 2013 dans le DSM-5 et dans les propositions de révision de la CIM-11.

4.1 Les déviations sexuelles

La catégorie « déviations sexuelles » fait son entrée dans la CIM-6 (1948) comme une sous-catégorie de la catégorie « personnalités pathologiques ». Elle regroupe toute une série de conduites sexuelles non-reproductives telles que : exhibitionnisme, fétichisme, homosexualité, sexualité pathologique, sadisme, et sont différenciées des troubles de la fonction sexuelle (l'impuissance masculine notamment) qui sont catégorisés comme des « réactions pathologiques qui affectent le système urino-génital ». Toutes ces catégories sont directement inspirées des travaux de Krafft Ebing principalement et secondairement de Havelock Ellis. La pédophilie n'entrait pas dans cette catégorie, ce qui peut signifier que les questions de consentement n'étaient pas encore à l'ordre du jour des normes sociales de la sexualité et que la pédophilie était beaucoup plus tolérée qu'elle ne l'est de nos jours. La différence établie entre les « déviations sexuelles » et les « réactions pathologiques qui affectent le système urino-génital » porte principalement sur l'étiologie attribuée à une « personnalité pathologique », qui serait en quelque sorte la cause principale des comportements pathologisés (dans le cas des déviations sexuelles), alors que pour les troubles de la fonction sexuelle, la personnalité n'entre pas en ligne de compte dans l'étiologie de troubles qui ont une étiologie somatique ou fonctionnelle. Cette catégorie des « déviations sexuelles » sera reconduite telle quelle dans la CIM-7, approuvée en 1955, et servira de modèle conceptuel à la construction de la catégorie de « déviations sexuelles » du DSM-I (publié en 1952) et du DSM-II (publié en 1968) [38].

En 1965, la version CIM-8 apporte une modification dans la structure des thèmes qui constituent les déviations sexuelles. L'homosexualité (masculine et féminine) constitue désormais une sous-catégorie spécifique qui inclut la pédophilie, la sodomie, l'exhibitionnisme et d'autres conduites, telles que le transvestisme et le fétichisme qui seront regroupées ultérieurement sous l'angle des « troubles de l'identité de genre ». L'homosexualité continue de constituer le modèle paradigmatique de la conduite sexuelle déviante, non-reproductive et attribuée à des pathologies de la personnalité. Une deuxième catégorie « autres » inclut des thèmes comme érotomanie, masochisme, narcissisme, nécrophilie, nymphomanie, sadisme, voyeurisme qui, relevant des catégories de « bizarre », en mêlant des attirances érotiques envers des objets « inhabi-

38. De Block, A. et Adriaens, P. R. (2013), art. cit. – Laws, D. R. et O'Donohue, W. T. (éds.) (2008), *op. cit.*

tuels », ne permettent pas la pratique du coït reproductif ou des situations n'entrant pas dans les codes de la conjugalité hétérosexuelle. Il est bien spécifié que toutes ces activités n'entrent pas dans cette catégorie lorsqu'elles sont associées ou causées par des maladies somatiques. Les limitations de l'accomplissement de la fonction sexuelle (impuissance, frigidité, dysménorrhée et dyspareunie) sont considérées comme des troubles physiques avec une étiologie psychogène supposée. Contrairement à ce qui est écrit dans l'article de De Block et Adriaens (2013), la CIM-8 continue à influencer la construction du DSM-II : toutes les catégories des « déviations sexuelles » reprises dans le DSM-II sont déjà présentes dans la CIM-8 publiée antérieurement, en dépit d'un discours des auteurs du DSM-II, qui prétend adapter la classification des troubles mentaux à la situation américaine.

Le terme de « déviation sexuelle » reçoit finalement une définition précise en 1975 avec la publication de la CIM-9 et en vient à constituer la catégorie « troubles et déviations sexuelles » (catégorie 302), définie comme :

> « [...] les préférences ou les comportements sexuels anormaux qui font partie d'une demande de consultation. Les contours et les limites des préférences et des comportements sexuels normaux n'ont pas été définis de façon absolue dans différentes sociétés et cultures mais consistent principalement en ceux qui servent buts sociaux et biologiques socialement approuvés. L'activité sexuelle des personnes touchées est orientée principalement vers des personnes qui ne sont pas du sexe opposé, ou vers des actes sexuels qui ne sont pas associés avec le coït normal, ou vers le coït réalisé dans des circonstances anormales. Si le comportement anormal se révèle au cours d'une psychose ou bien d'une autre maladie mentale, le trouble doit alors être classé sous la rubrique de cette maladie. Il est fréquent qu'une ou plusieurs anomalies surviennent ensemble chez le même individu et dans ce cas on classe cette situation sous le registre de la déviation prédominante. Il est préférable de ne pas inclure dans cette catégorie les individus qui développent ces comportements déviants quand il ne leur est pas possible d'avoir les actes sexuels normaux. » (OMS, CIM-9, 1975.)

Le cœur de cette définition met en évidence que la catégorie des « déviations sexuelles » regroupe les activités sexuelles qui n'ont pas de fonction ou de finalité reproductive du fait du sexe du partenaire, de la nature des actes, ou des « circonstances anormales » dans lesquelles le coït est réalisé. Par ailleurs, alors que cette catégorie entre dans la catégorie de « troubles névrotiques, troubles de la personnalité, et autres troubles mentaux non psychotiques », la définition des déviations sexuelles implique l'idée que ces conduites n'entrent pas dans le cadre des « buts sociaux et biologiques approuvés » et des « conduites sexuelles normales ». La définition des « déviations sexuelles » qui est proposée dans cette classification constitue une sorte de trouble intermédiaire entre les transgressions de l'ordre social et la pathologisation de celles-ci, attribuée à des formes de personnalité non psychotiques. Mais la CIM-9 inclut toutefois des conditions telles que l'homosexualité, l'impuissance et la frigidité, qui constituent des formes d'aversion du coït hétérosexuel d'origine psychologique, d'une intensité suffisante pour conduire, non seulement à un évitement actif ou à une forte

anxiété et de la gêne au moment de l'accomplissement de ce type de des rapports sexuels. C'est la dernière occasion où la notion de conduite sexuelle non-reproductive apparaît aussi explicitement comme le principe organisateur de la catégorie des déviations sexuelles. Mais cette définition des « déviations sexuelles » n'aura qu'une durée de vie limitée car elle disparaîtra avec l'arrivée de la notion de « paraphilie », dans le DSM-III et le DSM-III R d'abord, et ensuite dans la CIM-9.

4.2 Les paraphilies

Le concept de paraphilie aurait été développé par Stekel dans son ouvrage sur les « aberrations sexuelles ». Dans la préface de cet ouvrage, Stekel distingue « les parapathies qui relèvent des névroses ; les paralogies qui entrent dans le registre des psychoses et les paraphilies dans celui des perversions » et distingue ainsi les paraphilies des autres catégories de troubles mentaux [39]. L'ouvrage *Sexual Aberrations* construit ainsi les paraphilies sur deux domaines principaux : le premier volume traite des multiples déclinaisons du fétichisme qui constituent la continuation des « conduites impulsives » et le second, du sadisme et du masochisme. Pour Stekel, l'homosexualité entre dans une autre catégorie dénommée « parapathies », dont l'origine proviendrait du refoulement social de l'attirance sexuelle pour les hommes [40]. Le terme de paraphilie est ultérieurement repris et popularisé par le sexologue américain John Money dans une acception supposée non-péjorative permettant de désigner les « intérêts sexuels inhabituels », définis comme « un embellissement sexo-érotique ou une alternative aux normes sociales officielles [41] ». Dans son ouvrage célèbre sur les *Love Maps* (les « cartes de l'amour »), John Money a élaboré une typologie des paraphilies selon leurs caractéristiques, mais il a surtout considéré que celles-ci résultaient d'une dissociation profonde entre le plaisir sexuel et l'amour. La définition de Money a ceci d'intéressant qu'elle se situe dans le contexte de la modernisation de la sexualité [42], dans lequel la ligne de démarcation entre la normalité et la pathologie sexuelle ne se situe plus dans la distinction entre activité sexuelle reproductive et activité sexuelle érotique non-reproductive, mais bien dans une distinction plus fine entre des façons de faire « habituelles » ou « communes » et celles qui relèvent d'intérêts sexuels « inhabituels », fondées sur une dissociation entre l'amour et le plaisir. Ainsi les « intérêts sexuels inhabituels » ont ceci « d'inhabituel » qu'ils ne sont pas centrés sur le coït hétérosexuel, n'entrent pas dans la norme hétérosexuelle et ne sont pas associés à l'amour. Dans cette perspective, la « santé sexuelle », telle qu'elle est définie par John Money, repose sur une association forte entre le plaisir sexuel et l'amour d'une part, et les « intérêts sexuels inhabituels » d'autre part. Money établit ainsi une dichotomie entre les formes d'activité sexuelle érotique et pas nécessairement reproductives « saines » et « malsaines » contrairement à Krafft Ebing pour qui toutes les activités sexuelles non reproductives entraient dans sa *Psychopathia Sexualis*. Par la suite, le

39. Stekel, W. (1930), *Disorders of the Instincts and the Emotions. Sexual Aberrations. The Phenomena of Fetishism in Relation to Sex*, New York, Liveright Publishing Corporation (1st german edition 1922) p. 5.

40. Stekel, W. (1951), *Onanisme et homosexualité. La parapathie homosexuelle* (Onanism and Homosexuality. The homosexual parapathia), Paris, Gallimard (traduction française de l'ouvrage publié en 1923).

41. Money, J. (1993), *Lovemaps. Clinical Concepts of Sexual/Erotic Health and Pathology, Paraphilia and Gender Transposition in Childhood, Adolescence and Maturity*, Buffalo, Prometheus Books.

42. Robinson, P. (1976), *The Modernization of Sex*, New York, Harper & Row.

psychanalyste américain Robert Stoller avait considéré que la haine ou la volonté de nuire était à la racine de toute excitation sexuelle et pas seulement de l'excitation qui se déploie pour les activités sexuelles perverses et qu'inversement, l'amour constituait le meilleur antidote pour le sexe [43]. Stoller contribue ainsi à brouiller encore plus les frontières entre les différentes formes de vie sexuelle. Les principaux théoriciens des perversions sexuelles et des paraphilies du XX^{e} siècle avaient déjà bien perçu que le critère de la reproduction (enfermement de la normalité sexuelle dans la sphère de l'hétéronormativité reproductive ou de la « repronormativité [44] » n'était plus suffisant pour comprendre la dynamique et l'économie des conduites sexuelles et qu'il était nécessaire d'introduire d'autres critères comme le « malaise personnel », la haine ou la volonté de nuire à l'autre ou à soi-même, ou encore la dimension criminologique de l'atteinte à l'intégrité des autres personnes. Globalement, l'introduction de la catégorie de paraphilies s'inscrit dans le mouvement des années 1970 et de la libération sexuelle qui a donné sa légitimité à la vie sexuelle non reproductive, dont on peut supposer qu'elle a conduit à la reconnaissance du bien fondé des pratiques sexuelles non-reproductives et de la diversité sexuelle tant qu'elles procurent du bien-être et viennent enrichir la vie érotique. Cette reconnaissance a concerné en premier lieu la vie sexuelle des personnes hétérosexuelles en dehors de la procréation, grâce au développement de la contraception hormonale [45], puis la dépathologisation de l'homosexualité par l'APA, qui est devenue un « style de vie » et une identité sociale [46], et enfin de la masturbation, qui est devenue le symbole de la pratique sexuelle permettant une meilleure connaissance de son corps érotique et plus tard, avec l'avènement de l'épidémie de VIH, le paradigme de la pratique sexuelle sans risques recommandée aux hommes gays [47]. Dans le contexte de ces évolutions et du changement des normes sociétales de la sexualité, la question du consentement est devenue centrale en tant que forme de régulation sociale des actes sexuels permettant ainsi de distinguer entre les pratiques sexuelles inhabituelles celles qui peuvent être considérées comme normales ou pas.

L'observation de la logique des évolutions de la CIM, marquées par des suppressions, des ajouts et des reformulations d'activités sexuelles, permet ainsi de mettre en évidence cette hypothèse en identifiant les différentes façons dont les paraphilies ont été définies dans les versions récentes de la CIM.

5 Les paraphilies entre le DSM-IIIR et la CIM-10

L'arrivée du concept de paraphilie dans la CIM-10 en 1990 s'inscrit dans une nouvelle évolution des classifications dans laquelle les travaux du DSM – et notamment la « révolution » du DSM-III publié en 1980 et du DSM-IIIr publié en 1987 – ont influencé les constructions de la CIM-10 dans le domaine des « troubles mentaux »

43. Stoller, R. (1984), *L'excitation sexuelle*, Paris, Payot – Stoller, R. (1989), *L'imagination érotique telle qu'on l'observe*, Paris, PUF (publication originale en anglais, 1985).

44. Franke, K. (2001), « Theorizing Yes : an essay on feminism, law and desire », *Columbia Law Review*, n° 101, p. 180.

45. Hekma, G. et Giami, A. (éds.) (2014), *Sexual Revolutions*, London, Palgrave (in press) – McLaren, A. (1999), *Twentieth-Century Sexuality. A History*, Oxford, Blackwell.

46. Bayer, R. (1981), *Homosexuality and American Psychiatry. The Politics of Diagnosis*, New York, Basic Books.

47. Laqueur, T. (2003), *Solitary Sex : a Cultural History of Masturbation*, New York, Zone Books.

et des « troubles sexuels ». Le décalage entre les calendriers des révisions de ces deux classifications modifie ainsi l'ordre des influences réciproques et donne désormais une certaine antériorité au DSM. Le terme de paraphilie est introduit dans le DSM-III (1980) comme une sous-catégorie d'une nouvelle catégorie « troubles psychosexuels ». La catégorie de paraphilies est reprise dans le DSM-IIIR avec quelques modifications, en y incluant : exhibitionnisme, fétichisme, frotteurisme, pédophilie, sadisme sexuel, masochisme sexuel, et paraphilies atypiques. La zoophilie est déplacée dans la sous-catégorie « *NOS* » (*No Otherwise Specified* – « Sans autre spécification ») au même titre que les scatologies téléphoniques, la nécrophilie, le partialisme, la coprophilie, la klismaphilie et l'urophilie. Le « transvestisme » est modifié en « fétichisme transvesti » et le « frotteurisme » est rajouté dans cette liste [48].

Le terme de paraphilie entre ensuite dans la CIM-10 de 1990 comme une sous-section de la catégorie F60-F69 « Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte », en tant que F65 « Troubles de la préférence sexuelle », aux côtés de deux autres catégories, F64 « Troubles de l'identité de genre » et F66 « Troubles psychologiques et comportementaux associés au développement et à l'orientation sexuelle ». Comme dans le DSM, les dysfonctions sexuelles, sont pour leur part séparées des troubles mentaux et apparaissent dans la section F50-F59 « Symptômes comportementaux associés à troubles physiologiques et des facteurs physiques » dans la catégorie F52 « Dysfonctions sexuelles, non causées par des troubles ou des maladies organiques [49]. » La distinction entre des troubles associés à des troubles de la personnalité et des troubles somatiques pouvant inclure une étiologie ou un retentissement psychogénique se renforce.

La liste des paraphilies (« Troubles de la préférence sexuelle ») est par ailleurs délestée de tout ce qui concerne directement l'homosexualité et les problèmes relatifs ou consécutifs à l'orientation sexuelle, qui rejoignent la catégorie F66 « Troubles psychologiques et comportementaux associés au développement et à l'orientation sexuelle ». Cette catégorie sera purement et simplement abandonnée dans le projet de la CIM-11 [50]. La catégorie F65 comprend les thèmes suivants : fétichisme, transvestisme fétichiste, exhibitionnisme, voyeurisme, pédophilie, sadomasochisme, troubles multiples de la préférence sexuelle, autres troubles de la préférence sexuelle et troubles de la préférence sexuelle non spécifiés. La CIM-10 ne propose pas de définition conceptuelle pour les « troubles de la préférence sexuelle ». Le fétichisme est la seule catégorie pour laquelle le malaise est mentionné comme une dimension à prendre en compte dans le diagnostic mais seulement lorsque la fréquence des conduites fétichistes devient si importante qu'elle interfère négativement sur la vie sociale de la personne [51]. En ex-

48. Milner, J. S. et Dopke, C. A. (2008), « Paraphilia not otherwise specified. Psychopathology and theory », *in* Laws, D.R. et O'Donohue, W.T. (éds.), *Sexual Deviance : Theory, Assessment and Treatment*, New York, Guilford Press. p. 394-423.

49. World Health Organization (1990), *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*, World Health Organization.

50. Cochran, S., Drescher, J., Kismödi, E., Giami, A., García-Moreno, C. et Reed, G. (2014), « Declassification of disease categories related to sexual orientation : rationale and evidence from the Working Group on Sexual Disorders and Sexual Health », *The Bulletin of the World Health Organization*, 92(9) : 672-679.

51. World Health Organization (1990), *op. cit.*

cluant l'homosexualité de la liste des paraphilies, la CIM-10 se situe désormais dans la ligne établie par le DSM-III et DSM-IIIr suite à la conférence de l'APA de 1973 [52].

L'absence de l'axe du malaise (*distress*) comme critère de définition d'une paraphilie comme trouble mental pose cependant un problème logique dans la mesure où la CIM-10 définit, par ailleurs, ces troubles comme étant caractérisés par des symptômes associés à du malaise personnel (*distress*) :

> « Le terme de trouble est utilisé tout au long de la classification pour éviter des problèmes encore plus importants liés à l'utilisation du terme de maladie. "Trouble" n'est pas un terme précis, mais il est utilisé ici pour signifier l'existence d'un ensemble de symptômes ou de comportements identifiables au plan clinique et associés à un sentiment de malaise qui interfère avec l'accomplissement des fonctions personnelles. Les déviances sociales ou les conflits lorsqu'ils sont présents en l'absence de dysfonction personnelle ne doivent pas être considérés comme des troubles mentaux tels qu'ils sont définis ici [53]. »

En résumé, la CIM-10, en résonance avec le DSM-III et le DSM-III-R supprime l'homosexualité de la classification des paraphilies. Elle maintient cependant, dans la classification des troubles sexuels, des conduites non-reproductives mais dont certaines sont associées à la question des identités de genre (transvestisme fétichiste) et d'autres conduites associées à des conduites pouvant engager d'autres personnes (fétichisme, exhibitionnisme, voyeurisme, pédophilie, sadomasochisme).

Le critère de pratique non-reproductive n'est donc plus suffisant pour définir les paraphilies dans la mesure où les homosexualités en sont désormais exclues. Il faut cependant noter que la majorité des paraphilies qui ont été retenues dans la classification ne concernent que des conduites effectuées par des hommes principalement, à tel point qu'on peut considérer qu'il s'agit de conduites masculines. Ce qui laisse penser à un biais de genre : les conduites non-consensuelles et « bizarres » seraient-elles le fait des hommes alors que la frigidité et la passivité resteraient l'apanage des femmes [54] ?

6 Les troubles paraphiliques : DSM-5 / CIM-11

Le DSM continue de garder l'antériorité dans les processus de révision. Le DSM-5 a été publié en mai 2013 à l'occasion du 166^{e} congrès de l'APA à San Francisco et a occasionné de nombreuses controverses [55]. La composition des groupes de travail de l'APA et de l'OMS a été rendue publique et a permis d'observer qu'une partie des membres de la *task force* de l'APA sont aussi membres du *working group* de l'OMS, notamment en ce qui concerne plus directement les paraphilies. Le psychiatre new-yorkais Richard Krueger, qui est un spécialiste renommé des paraphilies et de leur traitement, participe, par exemple, à ces deux groupes. Dans le groupe de travail du

52. Bayer, R. (1981), *op. cit.*
53. World Health Organization (1990), *op. cit.*, p. 11.
54. Angel, K. (2012), art. cit.
55. *cf.* supra.

DSM-5, il a été chargé de la préparation des catégories de sadisme sexuel et de masochisme sexuel [56], alors que dans le groupe de révision de la CIM-11, il coordonne le sous-groupe des paraphilies. L'influence du DSM-5 est très nette. Plus de 90 % des catégories diagnostiques sont communes aux deux classifications [57]. Le recrutement des mêmes experts constitue ainsi le moyen le plus efficace pour parvenir à l'homogénéisation des deux classifications.

Dans une présentation orale au congrès de l'APA à San Francisco, Krueger rappelle les définitions qu'il propose pour les paraphilies dans la CIM-11 :

> « Un trouble paraphilique comprend un schéma intense et persistant d'excitation sexuelle atypique, qui se manifeste par des pensées, des fantasmes, des pulsions et/ou des comportements sexuels. Si la cible de ce type d'excitation implique des objets dont l'âge ou le statut les mettent dans l'impossibilité de donner un consentement (par exemple : des enfants pré-pubères, une personne qui ne se doute pas qu'elle est observée par la fenêtre, ou un animal), alors dans ce cas on pose un diagnostic si la personne a agi sous l'impulsion de ce type d'excitation et/ou si elle se sent en état de malaise significatif de ce fait. Dans les cas des types d'excitation qui impliquent des adultes consentants ou un comportement solitaire, on peut diagnostiquer un trouble seulement si : (1) la personne se trouve en état de malaise significatif par la nature du type d'excitation et que ce malaise n'est pas seulement la conséquence d'un rejet ou la peur d'un tel rejet de la part des autres ; ou si (2) la nature de la paraphilie implique un risque important de blessure ou de mort (par exemple, l'asphyxophilie). Un type d'excitation qui n'implique pas des individus qui ne sont pas désireux ou capables de donner un consentement, et qui n'est pas associé à un malaise significatif ou un risque important de blessure ou de mort, n'est pas considéré comme un trouble. La CIM-11 va inclure l'absence de consentement, le malaise et la douleur comme des dimensions fondamentales [58]. »

Comme on peut le voir dans cette définition proposée par Krueger, les troubles paraphiliques sont caractérisés par la présence de trois critères : l'absence de consentement qui peut concerner un enfant, un animal ou un corps humain inanimé, le malaise (*distress*) qui atteint l'individu et le fait de faire mal ou de nuire à soi-même ou au partenaire. Par ailleurs, Krueger propose d'aligner la définition de la CIM-11 sur la définition multiaxiale du DSM-5 incluant la dimension du malaise comme caractéristique de la qualité de trouble. Cette définition marque une évolution dans le sens d'une plus grande tolérance sociale envers des pensées, des fantasmes, des pulsions et/ou des comportements sexuels « inhabituels ». Ainsi, toute une série de « comportements inhabituels » est désormais dépathologisée, c'est à dire exclue de la classification et, d'autre part, seuls sont retenus comme pathologiques, y compris en l'absence de malaise, les « pensées, fantasmes, pulsions ou comportements » qui « impliquent des

56. Krueger, R. B. (2010a), art. cit. – Krueger, R. B. (2010b), art. cit.

57. Demazeux, S. (2013), *op. cit.*

58. Krueger, R. B. (2013), « Sexual disorders and sexual health in the ICD-11 : parallels and contrasts with DSM-5 : paraphilic disorders ». *Paper presented at the American Psychiatric Association's Annual Meeting, May 21st*, 2013, San Francisco, California.

objets dans l'impossibilité de donner un consentement » tels des enfants pré-pubères, une personne qui ne se doute pas qu'elle est observée par la fenêtre, ou un animal). Dans le cas des situations qui n'impliquent pas ces « autres dont l'âge ou le statut les rend incapables de consentir », le trouble ne pourrait être diagnostiqué qu'en cas de malaise ou de risque pour la vie de la personne elle-même ou de son partenaire. Cette définition est cependant moins explicite que celle donnée dans le DSM-5, où il est énoncé que :

> « Un trouble paraphilique est une paraphilie qui cause du malaise ou des difficultés à la personne ou une paraphilie dont la satisfaction a causé du mal ou le risque de nuire à d'autres personnes. La présence d'une paraphilie est une condition nécessaire mais pas suffisante pour qu'il y ait un trouble paraphilique et la présence d'une paraphilie ne justifie pas en elle-même une intervention clinique [59]. »

Tableau 1 – Paraphilies retenues dans le DSM-5 et propositions pour la CIM-11

DSM-5 (mai 2013)	CIM-11 (Projet : juin 2018)
Exhibitionistic disorder	*Exhibitionistic disorder*
Voyeuristic disorder	*Voyeuristic disorder*
Frotteuristic disorder	*Pedophilic disorder*
Pedophilic disorder	*Coercive sexual sadism disorder*
Sexual masochism disorder	*Frotteuristic disorder*
Sexual sadism disorder	*Other paraphilic disorder involving non-consenting individuals*
	Paraphilic disorder involving solitary behaviour or consenting individuals
Fetishistic disorder	Élimination de la ICD-10
Transvestic disorder	*Fetishism*
Other Specified Paraphilic disorder	*Fetishistic transvestism*
Unspecified Paraphilic disorder	*Sadomasochism*

Ce tableau fait bien apparaître un noyau central de troubles paraphiliques qui constituent ce qui relèverait d'une pathologisation de l'absence de consentement ou de la coercition (trouble voyeuriste, trouble exhibitionniste, trouble frotteuriste, trouble pédophilique), impliquant des autres qui ne sont pas en situation de donner leur consentement et qui restent communes aux deux classifications. La CIM va même encore plus loin dans la pathologisation de ce type de conduites vu qu'il est proposé d'inclure le « trouble de coercition sexuelle sadique » (*coercive sexual sadism disorder*) qui a été rejeté dans le DSM-5 et fait l'objet d'importantes controverses de la part de chercheuses féministes qui ne souhaitaient pas que le viol soit pathologisé afin qu'il reste considéré comme un crime [60].

59. American Psychiatric Association (2013), *op. cit.*, p. 686.

60. Quinsey, V. (2010), « Coercive paraphilic disorder « , *Archives of Sexual Behavior*, vol. 39, n° 2, p. 405-410 – Tosh, J. (2011), « The medicalisation of rape : a discursive analysis of 'Paraphilic Coercive Disorder' and the psychiatrisation of sexuality », *Psychology of Women Section Review*, vol. 13, n° 2, p. 2-12.

Les propositions en vue de la CIM-11 répondent par ailleurs aux critiques de ceux qui considèrent que les pratiques et la culture BDSM ne sont pas des pathologies car elles sont fondées sur le libre-arbitre et le consentement des participants [61]. Le fétichisme, le transvestisme fétichiste et le sadomasochisme sont exclus du champ des troubles paraphiliques dans la mesure où ils ne comportent aucun des critères retenus pour designer ceux-ci et en particulier l'absence de consentement du partenaire et la survenue d'un malaise psychologique (*distress*). Cependant, alors que le DSM-5 ne considère plus que la survenue d'un comportement en l'absence de malaise soit suffisante pour caractériser un trouble, les documents préparatoires à la révision de la CIM-11 ne manifestent pas le même degré de tolérance à leur égard. Le DSM-5 témoigne de la fin de la prise en compte de certaines conduites sexuelles comme pathologiques en soi et considère qu'elles le sont seulement lorsqu'elles impliquent au moins du malaise (*distress*) chez ceux qui les commettent. La CIM propose de son côté de retenir un nombre moins important de conduites dites paraphiliques et principalement celles qui impliquent une absence de consentement de la part du partenaire. Dans ces cas, la conduite est considérée comme paraphilique de par sa nature même, y compris en l'absence de malaise. La CIM ne dépathologise pas ces conduites en soi. [62] Cela dit, il reste une catégorie de troubles paraphiliques qui n'impliquent pas de partenaire ou bien un partenaire consentant. La CIM n'entre pas dans le détail des conduites concernées qui restent associées à la survenue du malaise (*distress*).

7 Le consensus sur le consentement comme nouvelle normalité sexuelle

De façon paradoxale, ce sont les critiques libérales, c'est à dire celles qui visent à la dépathologisation des conduites *kinky* et notamment le BDSM et des autres formes de relations sadomasochistes volontaires, qui construisent leur argumentation sur la question du consentement et se placent ainsi comme les avocats les plus virulents en faveur de l'adoption du critère du consentement (ou de son absence) comme critère de pathologisation. Les auteurs qui expriment ces positions considèrent qu'un grand nombre de conduites considérées comme des paraphilies ou des déviations sexuelles dans les précédentes classifications (DSM et CIM) sont fondées sur le consentement réciproque et ne causent pas de douleur ou de nuisance (*harmful*). Ainsi, l'historien néerlandais Gert Hekma, qui se situe sur le plan de la morale plus que sur le plan médical, sanitaire ou criminologique, développe un argument en faveur du caractère non pathologique des perversions sexuelles et considère qu'« aucune relation sexuelle n'est une faute morale tant qu'elle ne constitue pas un abus, c'est-à-dire qu'elle ne va pas à l'encontre des désirs du partenaire [63] ». Interviewé par la philosophe Alice Dreger sur son travail dans le cadre de groupe de révision du DSM-5, le psychologue américain Ray Blanchard propose de hiérarchiser différents types de paraphilies en fonction de leur degré de nuisance :

61. Moser, C. et Kleinplatz, P. (2005), art. cit. – Reiersøl, O. et Skeid, S. (2006), « The ICD Diagnoses of Fetishism and Sadomasochism », *The Journal of Homosexuality*, vol. 50, n° 2-3, p. 243-262.

62. L'OMS a publié le 18 Juin 2018 les propositions pour une nouvelle classification internationale des maladies. On y note la création d'une nouvelle catégorie de « troubles associés à la santé sexuelle ».

63. Hekma, G. (2011), *op. cit.*, p. 81.

> « Nous avons essayé d'aller aussi loin que possible dans la dépathologisation des paraphilies légères et qui ne causent pas de nuisance, tout en considérant que les paraphilies graves, celles qui suscitent du malaise ou des difficultés chez les autres restent de façon légitime dans le champ des troubles. » (Interview avec Alice Dreger [64].)

Dans une perspective psychologique, Charles Moser et Peggy Kleinplatz développent l'argument en faveur de l'exclusion de toutes les paraphilies du champ de la pathologie. L'argument de Moser est fondé sur l'absence de preuves en faveur du caractère pathologique de ces conduites [65]. Moser considère que ce sont les diagnostics et la pathologisation de ces conduites qui causent du trouble et des nuisances à ceux qui s'y engagent. Moser suggère ainsi que le DSM-5 devrait retirer le masochisme sexuel et le sadisme sexuel consensuel de la classification. La seule limite apportée par Moser et Kleinplatz à l'abolition de la distinction entre paraphilie pathologique et conduite criminelle concerne la pédophilie :

> « Nous affirmons que le retrait de la pédophilie du DSM permettrait d'attirer l'attention sur le caractère criminel de ces conduites et éviter que ceux qui les commettent puissent faire état d'une maladie mentale leur permettant de dégager leur responsabilité pénale [66]. »

Conclusion / Perspectives ?

La lecture historique qui vient d'être réalisée ici fait apparaître les mouvements avec lesquels des éléments entrent et sortent d'une nomenclature en fonction des critères qui président à sa construction. On peut considérer que jusqu'à l'exclusion de l'homosexualité du DSM, et ensuite de la CIM, le critère principal d'inclusion dans la liste était fondé sur la dimension non-reproductive de la pratique, du comportement, à tel point que jusqu'en 1979, la CIM a continué d'inclure l'impuissance et la frigidité, en tant que conditions ne permettant pas le coït reproductif hétérosexuel, comme des déviations sexuelles. Ce n'est qu'avec l'exclusion de l'homosexualité qu'il a fallu trouver d'autres critères de différenciations entre les conduites sexuelles normales et déviantes et ce n'est que très progressivement que la notion de consentement s'est imposée comme critère principal de normativité sexuelle.

La publication de la version finale de la CIM-11 le 18 juin 2018 entérine les versions de travail précédentes et propose la création d'une catégorie de « troubles associés à la santé sexuelle ». La création de cette catégorie a pour principal objectif de dépsychiatriser les « troubles de l'identité de genre », rebaptisés « incongruence de genre », et désormais exclus de la catégorie de troubles mentaux [67]. Les troubles paraphiliques apparaissent aussi dans cette nouvelle catégorie mais ne sont dépsychiatrisés qu'en apparence car ils continuent à appartenir à la catégorie « parent » des troubles men-

64. Dreger, A. (2010). « Of Kinks, Crimes, and Kinds : The Paraphilias Proposal for the DSM-5 ». *Bioethics Forum Essay*, Hastings Center : https ://infogalactic.com/info/Hastings*Center.

65. Moser, C. et Kleinplatz, P. (2005), art. cit.

66. *Ibid.*

67. Giami, A. (2012) « Médicalisation et dépathologisation des identités trans : le poids des facteurs sociaux et économiques », *Sciences Sociales et Santé*, 30(3), 59-69.

taux. Ils entrent dans les « troubles associés à la santé sexuelle » tout en continuant à être codifiés dans le registre des troubles mentaux [68]. On peut ainsi observer une incertitude de la part du groupe de travail de l'OMS qui n'aurait pas osé dépathologiser complètement les perversions sexuelles. La présence du consentement n'apparaitrait donc pas suffisante pour normaliser complètement les conduites sexuelles non reproductives et la diversité des pratiques sexuelles [69].

Des normes qui peuvent être qualifiées de traditionnelles régissent toujours la sexualité. Elles constituent ce que l'anthropologue américaine Gayle Rubin appelle « *the charmed circle* [70] », « le cercle enchanté », c'est-à-dire l'ensemble des comportements sexuels socialement encouragés : hétérosexualité, conformité des comportements aux normes dominantes de genre, monogamie, et délimitation du périmètre des relations sexuelles « normales » au cadre d'un engagement sentimental ou d'une relation stable entre deux partenaires sont autant de prescriptions qui persistent et dominent, et pour le respect desquelles le contrôle social qui oscille entre la criminalisation ou la pathologisation reste encore très fort.

68. Sur ce point, voir le chapitre de David Simard, « La médicalisation de la sexualité et le Droit : perversions, santé sexuelle et droits sexuels ».

69. Stoller, R. (1989). *L'imagination érotique telle qu'on l'observe*, Paris, PUF.

70. Rubin, G. (1984) « Thinking Sex : Notes for a Radical Theory of the Politics of Sexuality », *in* Vance, C. (dir.), *Pleasure and Danger : Exploring Female Sexuality,* London, New York, Routledge & Kegan, Paul.