

# La médicalisation de la sexualité :

## Aspects sociologiques et historiques

A. GIAMI

*INSERM U 292 Hôpital de Bicêtre*

### RÉSUMÉ :

L'article présente des éléments de réflexion historiques et sociologiques sur le processus de médicalisation de la sexualité. Ce processus est défini comme :

- un mode de production de connaissances fondamentales sur la sexualité fondé sur une conception biologique et naturalisée du corps et de la santé;
- une pratique clinique fondée sur le diagnostic, le recours à des technologies d'examens réalisés dans le cadre d'une relation médecin-patient;
- une relation étroite entre la médecine et la moralité qui repose sur des normes sociales et notamment sur l'impératif moral de la santé. A partir de l'étude de la masturbation, de la stérilisation et de l'homosexualité, on montre comment, à l'heure actuelle, la médicalisation de la sexualité comporte deux aspects complémentaires : d'une part, la stimulation de formes d'activité sexuelle socialement valorisées (traitement pharmacologique des dysfonctions érectiles) et d'autre part, l'inhibition de formes d'activité sexuelle considérées comme déviantes (traitement des déviants sexuels). Enfin, on interroge les modifications susceptibles d'influencer le cadre de la consultation médicale.

Au printemps 1998 deux événements ont placé aux devants de l'actualité la question de la médicalisation de la sexualité. Tout d'abord le 27 Avril 1998, on a assisté à l'autorisation du sildenafil par la Food and Drug Administration. Ce qui a suscité aux États-Unis et dans les autres pays où cette molécule a été mise sur le marché un très fort engouement de la part des consommateurs. Par ailleurs, le Parlement français a adopté le 4 Juin 1998 un texte qui instaure un suivi socio-judiciaire des personnes condamnées pour affaires de mœurs qui permet leur prise en charge sociale et thérapeutique à la sortie de prison. Ces deux événements constituent deux aspects différents mais complémentaires des réponses sociales que la médecine peut apporter aux problèmes posés par l'activité sexuelle, que celle-ci soit frappée d'incapacité - temporaire ou permanente - en cas de "dysfonction érectile" ou bien qu'elle s'exerce sous forme d'exercice violent, en violation des normes communément admises et partagées à l'heure actuelle par la collectivité.

Dans ces deux cas, c'est l'institution médicale, armée, le cas échéant, des dernières molécules innovantes élaborées par l'industrie pharmaceutique qui est convoquée par les individus qui expriment leur plainte ou par la collectivité (par voie réglementaire, sous forme d'injonction judiciaire) pour intervenir à l'aide de moyens de stimulation ou d'inhibition afin de rétablir une forme d'activité sexuelle socialement valorisée. Ces événements nous montrent comment la médicalisation de la sexualité

*Mots-clé : comportement sexuel, normes sociales, dysfonctions sexuelles, abus sexuels.*

té en tant que recours à la médecine pour réguler l'activité sexuelle s'inscrit dans un processus plus global de régulation des comportements légitimé par l'institution médicale et sanitaire. Il convient donc de s'interroger sur les caractéristiques de ce processus de médicalisation de la sexualité.

## **I. QUE FAUT-IL ENTENDRE PAR MÉDICALISATION DE LA SEXUALITÉ ?**

Dans un article récent, la psychologue américaine Leonore Tiefer [28] définit la médicalisation de la sexualité comme :

- un mode de production de connaissances fondamentales sur la sexualité fondé sur une conception biologique et naturalisée du corps et de la santé;
- une pratique clinique fondée sur le diagnostic, le recours à des technologies d'examens réalisés dans le cadre d'une relation médecin-patient;
- une relation étroite entre la médecine et la moralité qui repose sur des normes sociales et notamment sur l'impératif moral de la santé. Face au constat de la médicalisation de la sexualité, Tiefer rappelle que deux attitudes ont été élaborées. D'une part, celle qui est représentée par John Bancroft, le Directeur de l'Institut Kinsey à Bloomington (Indiana) qui repose sur une acceptation du principe de la médicalisation de la sexualité et qui vise à la critique de "l'excès de médicalisation" qui s'opère au détriment des approches psychologiques et relationnelles des troubles de la sexualité. D'autre part, celle que revendique L. Tiefer qui analyse et critique les fondements mêmes de la médicalisation de la sexualité, comme mode d'approche hégémonique de la sexualité avec ses fondements théoriques et épistémologiques et ses conséquences sociales, en ce qui concerne la normalisation des conduites.

Le processus de médicalisation de la sexualité porte sur tout un ensemble d'aspects qui concernent de près ou de loin l'activité sexuelle, ses déterminants et ses conséquences. L'analyse de la médicalisation de la sexualité se doit de prendre en compte les approches médicalisées visant à inhiber les comporte-

ments sexuels déviants [1], les techniques qui ont conduit à la dissociation entre la procréation et l'activité sexuelle (pilule contraceptive), les approches visant à la prévention de certaines des conséquences de l'activité sexuelle (prévention et traitement de l'infection à VIH, Maladies Sexuellement Transmissibles) qui ont donné lieu à la conception nouvelle de la sexualité à moindre risque (safer sex), le traitement des transsexuels [16], la pratique de la stérilisation. Cette liste n'est évidemment pas exhaustive. Par ailleurs, selon les époques et les circonstances, l'approche médicalisée de la sexualité portera préférentiellement sur les hommes et/ou sur les femmes.

La médicalisation de la sexualité prend place dans un processus culturel plus général de médicalisation de la société. Conrad [3], a défini «la médicalisation comme le fait de définir un problème en termes médicaux, d'utiliser un langage médical pour décrire un problème, d'adopter un cadre de pensée médical pour comprendre un problème, ou d'utiliser des formes d'intervention médicales pour le «traiter». D. Fassin se situe dans une perspective dynamique en prenant en compte le fait que la médicalisation consiste à conférer une nature médicale à des représentations et des pratiques qui n'étaient jusqu'alors pas appréhendées en ces termes. Elle est avant tout la redéfinition d'un problème existant dans un langage médical. La construction médicalisée d'un problème reflète donc les évolutions culturelles. Fassin observe, par ailleurs, que la médicalisation réside aussi dans le passage de la reconnaissance d'un problème comme médical, à son inscription dans l'espace collectif sous la forme notamment de politique de santé publique, ce qui donne ainsi à la médicalisation sa dimension politique. Enfin, la médicalisation de la sexualité s'inscrit dans les stratégies de groupes professionnels.

Compte tenu de ces différentes dimensions, la médicalisation de la sexualité constitue un ensemble de processus qui peuvent être analysés à plusieurs niveaux.

1 - Elle repose principalement sur des conceptions biologiques, physiologiques et physiopathologiques de différents segments de l'activité sexuelle qui constituent celle-ci comme un

domaine de la médecine, et dans certains pays comme une spécialité médicale - la sexologie. La connaissance physiologique des processus de l'excitation sexuelle, de l'orgasme et de l'identité sexuelle a connu un très fort développement depuis le début des années soixante avec les travaux de Masters and Johnson [18], qui se poursuit et s'amplifie actuellement sous l'impulsion des découvertes pharmacologiques. Ces nouvelles conceptions modifient le statut culturel de la sexualité en faisant de celle-ci une composante à part entière de la santé et en déplaçant les critères de normativité.

2 - La médicalisation de la sexualité est un enjeu au sein de la profession médicale [9] d'une part, entre médecins généralistes et spécialistes (psychiatres, gynécologues, urologues, endocrinologues, sexologues principalement) et, d'autre part, entre médecins et non-médecins (psychologues, principalement). En France, la situation est marquée actuellement par un début de reconnaissance officielle de la sexologie médicale, définie par le Conseil National de l'Ordre des Médecins comme une "pratique psycho-médicale nécessitant une approche globale de l'homme, suivie souvent d'une prise en charge pluridisciplinaire, - qui - s'inscrit dans l'évolution de nos sociétés". Dans d'autres pays, comme le Québec notamment, la sexologie n'a pas le statut d'une pratique médicale et les sexologues, formés dans une faculté de sciences humaines, interviennent au plan clinique et au plan éducatif [5]. L'évolution des approches pharmacologiques des troubles de la sexualité est susceptible, à terme, de renforcer le versant médical de la sexologie et de faire de celle-ci une discipline médicale à part entière, disposant d'enseignements consistants en Faculté de Médecine. La question de la pluridisciplinarité se pose tant au plan de la collaboration entre praticiens de formations différentes qu'à celui de l'utilisation de techniques différentes par un même praticien [23].

3 - La médicalisation de la sexualité associe des définitions des «maladies» et les traitements qui leur sont associés. Elle est fondée en pratique sur des techniques de diagnostic et de traitement qui associent à des degrés divers les approches pharmacologiques, chirurgicales, psychologiques et psychosociales. Récemment,

avec le développement de l'épidémie de VIH-sida, le champ des interventions sur l'activité sexuelle fondées sur une conception médicale en santé publique s'est élargi grâce aux apports de l'épidémiologie des comportements sexuels [12] et les interventions préventives qui en découlent se déroulent sur un mode collectif par le biais des moyens de communication de masse. Ainsi la médicalisation de la sexualité n'est pas réduite au champ de la pratique clinique, elle s'ouvre au champ de la santé publique par le biais de la définition des comportements à risque.

4 - La médicalisation de la sexualité prend place dans l'évolution des moeurs et des normes sociales qui définissent les comportements et les pratiques licites ou illicites, normaux ou déviants, sains ou malsains [24-26]. Elle se situe ainsi aux côtés d'autres discours et institutions qui contribuent à la régulation sociale de la sexualité tels que l'institution juridique [19], la religion [25], l'éducation [11] mais aussi les arts et la pornographie. La médicalisation de la sexualité contribue à sa façon à la production de la morale sexuelle.

Dans ce bref essai, je vais tout d'abord remettre en perspective historique le processus de la médicalisation de la sexualité, montrer comment ce processus vise autant la gestion des manques, des excès et des déviations de l'activité sexuelle et, enfin évoquer quelques problèmes qui se posent à la pratique médicale.

## **II. PERSPECTIVE HISTORIQUE DE LA MÉDICALISATION DE LA SEXUALITÉ**

Le processus de médicalisation s'inscrit dans une longue histoire et il a porté successivement sur différents aspects de l'activité sexuelle. Michel Foucault [8] a rappelé comment déjà dans le discours Hippocratique, l'excès d'activité sexuelle a été considéré comme la cause de certaines maladies comme la phtisie. Rappelons pour mémoire certains des thèmes les plus significatifs de l'intervention médicale sur la sexualité.

### **1. La masturbation**

Dès le milieu du XVIII<sup>e</sup> siècle, le médecin genevois Tissot dénonce dans son livre :

«*L'onanisme. Dissertation sur les maladies produites par la masturbation*» (1760), le caractère néfaste de la pratique masturbatoire. Dupras note qu'avec ce livre, Tissot inaugure ainsi le courant de pensée de la sexologie hygiéniste [4]. Thomas Szasz [27] rappelle comment Esquirol décerna ses lettres de noblesse à l'hypothèse de la folie masturbatoire. «*L'onanisme est un grave symptôme de folie ; à moins qu'on ne puisse l'arrêter d'un seul coup, elle reste un obstacle insurmontable à toute guérison. En diminuant les capacités de résistance du patient, elle le réduit à un état de stupidité, à la tuberculose, à la prostration et à la mort*» (Esquirol, cité par Szasz, 1976). En considérant la masturbation comme une maladie, et notamment comme une maladie mentale, certains médecins ont élaboré des remèdes et des traitements pour soigner cette "affection". Au milieu des années 70, la masturbation a été considérée comme «l'étape naturelle de la maturation psychosexuelle (Tordjman, 1975). Plus récemment, la masturbation, individuelle ou collective a fait l'objet de recommandations dans le cadre des messages de prévention contre l'infection à VIH.

## 2. Castrations et stérilisations

La chirurgie a été utilisée à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle et jusqu'au milieu du XX<sup>e</sup> siècle pour inhiber l'activité sexuelle de sujets considérés comme déviants ainsi que leurs capacités reproductives. Erlich [6] rappelle que «en 1894 Pilcher, directeur de la Winfield State Training School, institution sanitaire du Kansas hébergeant quelque 400 arriérés mentaux fait castrer certains de ses pensionnaires masturbateurs et hyperagressifs». 300 adolescents sont ainsi «délivrés de leurs tendances asociales» entre 1923 et 1950. En France, en 1900, H. Thulié, publie sous le titre *Le dressage des jeunes dégénérés, ou orthophrénopédie*, un ouvrage dans lequel il écrit : «Le dégénéré est un danger social, danger immédiat et danger futur, en ce sens qu'il reproduit un dégénéré, c'est à dire une non-valeur, et par suite un nouvel être dangereux (...) ses liaisons sexuelles sont destinées à produire des monstres comme lui (...) car ces dégénérés n'ont pas l'instinct de prévoyance. Le meilleur moyen serait la castration pour les garçons, l'ovariectomie pour

les filles ; et qu'on ne s'apitoie pas, car à l'âge où elle serait pratiquée l'enfant n'aurait rien à regretter, ne connaissant rien encore». L'auteur regrettait que pour des raisons morales, ces interventions bénéfiques fussent impossibles (cité in Perron, 1994, [20] p. 30). Pour de nombreux auteurs de cette époque, les castrations et les ovariectomies présentent le double avantage d'inhiber l'activité sexuelle et d'empêcher la procréation des personnes qui ont subi ces interventions. Ces positions n'ont pas complètement disparu à l'heure actuelle : la castration est recommandée dans certains états pour «traiter» les criminels sexuels. Dans certains pays, la stérilisation «volontaire» mais fortement encouragée par les politiques de planification permet de pallier l'absence d'éducation sexuelle et le contrôle individuel sur la régulation des naissances.

## 3. Les perversions sexuelles et l'homosexualité

Vers la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, le processus de la médicalisation va se complexifier et se diversifier. L'intérêt de la médecine se porte sur «les singularités du comportement sexuel (qui) correspondent à des variétés partielles d'aliénation mentale»[17]. Il se développe et culmine avec Krafft-Ebing qui dresse un catalogue détaillé des perversions sexuelles. C'est vers 1870 que la médecine commence à s'intéresser à l'homosexualité. Westphal est considéré comme le premier à avoir rompu avec l'opinion générale de l'époque «en ne rattachant ni au vice ni à la folie, la disposition innée qu'il décrit sous le nom d'inversion sexuelle congénitale, avec conscience du caractère morbide de ce phénomène» (Heine [15] p.21). L'homosexualité commence à être considérée comme une «anomalie». Cependant, l'homosexualité constitue un cas particulier au regard du processus de médicalisation. Entrée précocement dans le registre des anomalies sexuelles sous la forme de «l'inversion», l'homosexualité est exclue de la classification des maladies mentales (DSM IIIR) en 1983 [10]. Au début des années 80, l'homosexualité est considérée aux États-Unis comme un «style de vie» [21] mais l'émergence de l'épidémie de VIH-sida contribue au développement d'une nouvelle forme de médicalisation de l'homosexualité. Dans un

premier temps, on a attribué à celle-ci l'origine de l'immunodéficience acquise et par la suite l'homosexualité redéfinie comme «activité sexuelle entre personnes du même sexe» (same gender sex) a été considérée comme un facteur de risque pour l'infection à VIH [14]. Les migrations du statut de l'homosexualité au regard de la médicalisation, tour à tour considérée du point de vue de l'explication de sa genèse (congénitale, ou génétique) ou comme la cause de maladies illustrent bien le caractère historiquement daté et évolutif du processus de médicalisation de la sexualité.

### **III. LE DOUBLE MOUVEMENT DE LA MÉDICALISATION DE LA SEXUALITÉ**

On assiste, d'une part, à un processus qui repose sur la description médicalisée de comportements déviants et à leur transformation en entités pathologiques susceptibles d'être l'objet de traitements en vue de leur éradication et, à l'entreprise d'inhiber l'activité sexuelle de déviants de différentes caractéristiques (malades mentaux, arriérés, criminels sexuels).

On assiste d'autre part, quasiment à la même période, à l'émergence du courant de la «modernisation de la sexualité», représenté en premier lieu par Havelock Ellis qui va reconnaître le bien-fondé et le caractère positif des impulsions sexuelles et de la variété de leurs modes de satisfaction [22]. Ce courant se poursuivra ultérieurement avec les travaux de Kinsey et ceux de Masters et Johnson qui contribueront à la définition d'une norme du «bon» fonctionnement sexuel. Il aboutira en 1975 à l'élaboration par l'OMS du concept de santé sexuelle, défini comme :

1. la capacité à jouir du comportement sexuel et reproductif et à le contrôler en accord avec une éthique sociale et personnelle;
2. la liberté par rapport à la peur, la honte, la culpabilité, les fausses croyances et d'autres facteurs psychologiques qui inhibent les réponses sexuelles et des handicaps aux relations sexuelles;
3. la liberté par rapport à des désordres organiques, des maladies ou des déficiences qui interfèrent avec les fonctions sexuelles et reproductives.

La notion de santé sexuelle implique une approche positive de la sexualité humaine et l'objectif des prises en charge («sexual health care») devrait favoriser la qualité de vie et des relations personnelles et ne pas simplement résider dans l'aide psychologique ou les soins relatifs à la procréation ou aux maladies sexuellement transmissibles.

Le développement de la pensée sexologique est marqué par une variété de courants qui reposent sur des attitudes fondamentalement différentes à l'égard de la sexualité et de ses multiples formes d'expression. La médicalisation de la sexualité peut autant contribuer à la répression de conduites sexuelles considérées comme déviantes, pathologiques ou néfastes pour les individus et la société et à la stimulation des conduites sexuelles considérées comme normales et socialement désirables (l'activité sexuelle au sein d'un couple hétérosexuel stable). Dans ce dernier cas, les limitations à ce type d'activité sexuelle sont désormais définies comme des pathologies qu'il convient de soigner.

### **IV. LES ASPECTS ACTUELS DE LA MÉDICALISATION DE LA SEXUALITÉ**

L'annonce de l'autorisation du sildénafil - Viagra, le 27 Avril 1998 a suscité un immense intérêt dans les médias du monde entier. Aux États-Unis, dans le mois qui a suivi, plus de cinq cent mille prescriptions ont été délivrées pour ce médicament. Cet intérêt du public rejoint les attentes des milieux professionnels concernés et les préoccupations des responsables de la santé publique qui s'interrogent sur les conséquences psycho-sociales et sur les conditions de remboursement éventuel de cette substance par les systèmes d'assurance maladie.

La mise au point d'un traitement «efficace et bien toléré pour les hommes qui ont des dysfonctions érectiles» [13] constitue actuellement la face la plus visible et la plus populaire du processus de la médicalisation de la sexualité. L'apparition de traitements médico-pharmacologiques visant à favoriser l'activité sexuelle des hommes, au début des années 80 [29] se situe dans le prolongement de la découverte de

la pilule anticonceptionnelle qui avait contribué à dissocier l'activité sexuelle de la procréation et qui avait été considérée comme une «révolution». Ces traitements s'inscrivent dans l'évolution des approches modernes de la sexualité dont on a vu qu'elles étaient fondées sur le postulat du caractère globalement positif de la sexualité.

L'engouement du public témoigne de l'adhésion à un modèle de prise en charge fondé sur les dimensions organiques de l'activité sexuelle et donnant rapidement des résultats efficaces. Il faut cependant noter que la capacité à avoir des érections est dissociée de l'ensemble du déroulement de l'activité sexuelle et du contexte relationnel dans lequel celle-ci se déroule. L'efficacité thérapeutique des traitements des «dysfonctions érectiles» ne concerne en principe que l'érection. La durée des érections, la capacité à éjaculer et à avoir l'expérience de l'orgasme n'entrent plus dans les critères d'évaluation des traitements de l'impuissance masculine. On observe ici un nouvel aspect de la médicalisation : la dissociation des différentes phases du rapport sexuel telles qu'elles avaient été décrites par Masters et Johnson en 1966 [18]. Cette dissociation de l'érection avec les autres phases du rapport sexuel amplifie la dissociation médicalisée entre l'activité sexuelle et la procréation initiée avec l'avènement de la pilule contraceptive. Par ailleurs, la focalisation sur les dysfonctions érectiles constitue une forme de réponse médicalisée à ce qui apparaît comme le symptôme d'un «malaise à vivre».

À l'opposé, l'époque actuelle n'a pas abandonné l'objectif de contribuer efficacement à l'inhibition des «comportements sexuels déviants» [1]. La prise en charge et le traitement médical des personnes ayant commis des abus ou des crimes sexuels suscite un débat de société. En France le Comité Consultatif National d'Éthique a rendu le 20 Décembre 1996 des «Recommandations sur un projet de Loi «renforçant la prévention et la répression des atteintes sexuelles contre les mineurs» [2]. Le texte montre bien qu'il s'agit «d'une intrication de moyens relevant du juridique, du scientifique et du médical. La complexité du dispositif envisagé se traduit ainsi dans l'expression

«peine de suivi médico-social». Ainsi cette sanction, autoritairement prononcée s'exécute sous la forme de «soins».

La médecine est ainsi convoquée par les instances juridiques afin de «traiter» de façon complémentaire un problème social.

Les finalités de ces deux catégories de traitements apparaissent à première vue opposées. Dans le cas du sildénafil, il s'agit d'accompagner le processus de l'excitation sexuelle en renforçant la qualité des érections ; dans le cas des traitements hormonaux des abus sexuels, il s'agit de réduire l'activité de la testostérone pour inhiber le comportement sexuel. Dans les deux cas, on est confrontés à l'arrivée de traitements pharmacologiques qui apparaissent dotés d'une certaine efficacité mais qui soulèvent des problèmes psycho-sociaux et éthiques quant à leur utilisation. Dans les deux cas, les traitements pharmacologiques sont susceptibles d'être accompagnés par des approches psychothérapeutiques de soutien. Mais dans le cas des traitements visant à inhiber l'activité sexuelle des déviants et des criminels sexuels, la demande de traitement peut émaner de la part de l'individu lui-même s'il souffre de sa condition ou de la société sous forme d'une injonction judiciaire. Dans le cas des médicaments inducteurs ou facilitateurs d'érection, la demande émane principalement du sujet lui-même et dans certains cas en accord avec son ou sa partenaire privilégié. Ces deux types d'intervention pharmacologique sur l'activité sexuelle constituent en dernière analyse les deux faces de la même question de la médicalisation de la sexualité.

## **V. LA RELATION MÉDECIN-MALADE DÉSTABILISÉE ?**

Les problèmes qui sont soulevés par ces approches se situent au coeur même de la pratique médicale concernant la sexualité : ils interrogent la relation médecin-malade ainsi que les valeurs idéologiques et sociales des médecins.

1. La relation médecin-patient fondée sur la demande ou la plainte du patient et la mise en oeuvre du traitement et éventuellement de la prescription par le médecin est désta-

bilisée. Dans le cas des dysfonctions érectiles, le patient apparaît désormais à même de faire le diagnostic et d'établir la nature de la prescription. Il s'agit d'identifier les liens entre l'origine de la demande, les motifs de consultation, la définition des indications pour de tels traitements. Confronté à des demandes pressantes de certains patients, le rôle du médecin peut-il être réduit à une simple réponse technique ? Le traitement apparaît ainsi négocié entre le médecin et le «malade» informé, parfois au moins autant que le médecin, des caractéristiques des substances disponibles sur le marché.

2. Les valeurs et les normes personnelles du médecin risquent d'influencer sa réponse aux demandes des patients. Pourra-t-on invoquer la clause de conscience, comme cela a été fait pour l'I.V.G., pour refuser de répondre aux demandes de tel ou tel patient pour lequel on considérera qu'il n'est pas approprié de stimuler son activité sexuelle ? Les médecins sont-ils suffisamment formés pour entendre et explorer la demande des patients concernant leur vie sexuelle et affective, au delà du symptôme qui leur est proposé ?
3. Dans le cas des injonctions thérapeutiques, la question du consentement du patient se pose avec acuité. Le Comité Consultatif National d'Éthique a rappelé la nécessité de l'information et du consentement du patient tant sur le plan de l'éthique médicale que sur le plan de l'efficacité des traitements.
4. Dans les deux cas, la relation médecin-malade est déstabilisée par l'intervention d'un tiers, qu'il s'agisse de l'injonction judiciaire ou de l'information diffusée par les médias et qui préforme la demande du «malade».

Par ailleurs, dans les deux cas, il s'agit de la redéfinition de problèmes liés à l'activité sexuelle en termes médicaux. Dans le cas des abus sexuels, c'est un délit ou un crime qui est transformé en maladie. Dans le cas de la «dysfonction érectile», c'est l'échec de la réaction sexuelle qui est pathologisé.

La médicalisation de la sexualité considérée dans son ensemble est actuellement en plein développement. Elle permet à la société et aux

individus de résoudre certains des problèmes liés à l'activité sexuelle et ses conséquences. Elle pose cependant avec acuité la question de l'influence des normes et des valeurs des praticiens dans l'acte de prescrire. Elle met en question l'éthique médicale fondée sur la notion de consentement. A terme, la médicalisation de la sexualité va certainement contribuer à modifier en profondeur l'expérience de la sexualité.

## RÉFÉRENCES

1. BRADFORD, J.M.W., GREENBERG, D.M. . Pharmacological treatment of deviant sexual behaviour, *Ann. Rev. of Sex Research*, 1996, 7, 283-306.
2. Comité National Consultatif d'éthique . Recommandations sur un projet de Loi renforçant la prévention et la répression des atteintes sexuelles contre les mineurs. 1996, 51, 20 Dec. 1996.
3. CONRAD, P. Medicalization and social control. *Ann. Rev. of Sociology*, 1992, 18, 209-232.
4. DUPRAS, A. L'apport du Dr. Tissot au développement de la sexologie. *Sexologies - Revue Eur. Se. Med.*, 1997, 6 (24), 29-32.
5. DUPRAS, A. (ed.). La sexologie au Québec. Longueuil (Québec), Ed. Iris, 1989.
6. ERLICH, M. Les mutilations sexuelles. Paris, P.U.F. Que Sais-je, n° 2581, 1991.
7. FASSIN, D. Avant propos : les politiques de la médicalisation pp. 1-13 in P. Aïach, D. Delanoë, (eds). *L'ère de la médicalisation*. Paris, Anthropos. 1998.
8. FOUCAULT, M. Histoire de la sexualité : Tome 2: L'usage des plaisirs. Paris, Gallimard, 1984.
9. FREIDSON, E. La profession médicale. Paris, Payot (tr. fr.), 1984.
10. GARRABÉ, J. Dictionnaire taxinomique de psychiatrie. Paris, Masson, 1989.
11. GIAMI, A. Pour une critique de l'éducation sexuelle. Approches idéologique, historique et clinique. Thèse pour le doctorat de 3° cycle en psychologie: Université Paris 1978, 7, 374 p.
12. GIAMI A. Le questionnaire ACSF : l'influence d'une représentation épidémiologique de la sexualité. *Population*, 1993, n° 5, pp. 1229-1256.
13. GOLDSTEIN, I., LUE, T., PADMA-NATHAN, H., ROSEN, R., STEERS, W., WICKER, P. for the sildenafil Study Group. Oral Sildenafil in the treatment of erectile dysfunction. *N. England J. of Med.*, 1998, 338 (20) 1397-1404.
14. GRMEK, M. Histoire du sida. Paris, Payot, 1989.
15. HEINE, M. Recueil de confessions et observations psycho-sexuelles tirées de la littérature médicale et présentées avec un avant-propos. Paris, éditions du

Terrain Vague, 1957.

16. HIRSCHAUER, S. The Medicalization of Gender Migration. *The Int. J. of Transgenderism*, 1997, 1 (1).
17. LANTERI LAURA, G. *Lecture des perversions. Histoire de leur appropriation médicale.* Paris, Masson, 1979.
18. MASTERS W., JOHNSON V. *Human sexual response.* Boston, Little Brown and C°, 1966.
19. MOSSUZ-LAVAU J. *Les lois de l'amour. Les politiques de la sexualité en France (1950-1990).* Paris, Payot, 1991.
20. PERRON, R. Représentations et images pp. 27-45, In : R. Misès, R. Perron, R. Salbreux (eds), *Retards et troubles de l'intelligence de l'enfant.* Paris, ESF éditeur 1994.
21. POLLAK, M. Les vertus de la banalité. *Le Débat*, 1981, pp. 132-143.
22. ROBINSON P. *The modernization of sex.* New York, Harper and Row, 1976.
23. ROSEN, R., LEIBLUM, S. Treatment of sexual disorders in the 1990s : An integrated approach. *J. of Consulting and Clinical Psychology*, 1995, 63 (6), 877-890.
24. SCHMIDT, G. *Sex Therapy 1970-1994.* *Nordisk Sexology*, 1994, 12, 178-183.
25. SEVEGRAND.M. *Les enfants du bon Dieu. Les catholiques français et la procréation au XX<sup>e</sup> siècle.* Paris, Albin Michel, 1995.
26. SIMON W. Deviance as history : The Future of Perversion. *Archives of Sexual Behavior*, 1994, 23 (1), 1-20.
27. SZASZ, TH. *Fabriquer la folie.* Paris, Payot 1976.
28. TIEFER, L. The medicalization of sexuality : conceptual, normative and professional issues. *Annual Review of Sex Research*, 1996, 7, 252-282.
29. VIRAG, R. Intracavernous injection of papaverine for erectile failure. *The Lancet*, 1982, 2, 938

**and medical technologies; a strong relation between medicine and sexual morality. The paper is based on a study of the medical treatment of masturbation, sterilization and homosexuality in a historical perspective. Then the paper, shows how, currently, the process of medicalization of sexuality is twofold : on one hand stimulation of «normal» sexual activity (pharmacological treatment of sexual dysfunction) and inhibition of deviant sexual behavior (sexual abusers). At last, the paper, gives a short view on the potential transformations of the patient-doctor interaction.**

*Key-words : sexual behavior, social norms, sexual dysfunction, sexual abuse.*

## ABSTRACT

### **Medicalization of sexuality : sociological and historical aspects**

A. GIAMI

**The paper gives an introduction to a discussion about the process of medicalization of sexuality. This process is defined as : a social construction of knowledge on sexuality based on a biological conception of the body and health ; clinical practice based on diagnosis**