



CHAPITRE 10

Les formes contemporaines de la médicalisation de la sexualité

Alain Giami

Depuis l'apparition en 1998 des nouveaux traitements pharmacologiques de l'impuissance masculine, et plus récemment de ceux qui sont destinés aux traitements des troubles du désir chez la femme, on a beaucoup reparlé de « médicalisation de la sexualité ». Or les attitudes vis-à-vis du « problème » de la médicalisation ne sont pas univoques. Suivant la position professionnelle, les conceptions et les intérêts que l'on défend et tente de promouvoir, la médicalisation n'est pas abordée de la même façon. Chacun peut considérer différemment ce qui doit en faire partie ou au contraire en être exclu. Par ailleurs, l'abord de la médicalisation de la sexualité change suivant qu'il s'agit de problèmes concernant les hommes ou de problèmes concernant les femmes, et selon que l'on est soi-même un homme ou une femme¹. Comme l'avait déjà remarqué l'historien Olivier Faure, « le terme de médicalisation désigne des réalités multiples, renvoie à des origines différentes et suscite des interprétations opposées. Bien plus qu'un objet de consensus, la notion de médicalisation est une inépuisable source de débat parmi les historiens, ce qui en fait la richesse, mais aussi l'ambiguïté. »

Sur le terrain, l'expression de « médicalisation de la sexualité » est actuellement utilisée et revendiquée de façon opposée. Des médecins et des chercheurs qui, souvent en association avec l'industrie pharmaceutique, développent et font la promotion de nouveaux médicaments et traitements,

1. Anne Fausto-Sterling, *Sexing the Body [...]*, a bien montré comment les conceptions théoriques de la sexualité élaborées par les chercheurs, les savants ou les experts, étaient fortement « ancrées » dans leur identité de genre, leur expérience et dans leurs attirances et orientations sexuelles autant que dans les savoirs dans lesquels ils ont été formés.

l'utilisent dans un sens positif. Dans cette posture, la médicalisation est considérée comme une avancée importante de la médecine scientifique (médecine fondée sur des preuves) dans un domaine encore insuffisamment exploré et en plein développement, celui de la médecine sexuelle². Dans cette première acception, le terme de médicalisation de la sexualité est donc synonyme de progrès. Le terme est employé par d'autres, sexologues, sexothérapeutes et psychothérapeutes dans un sens critique et péjoratif, et consiste dans la critique des transformations des représentations de la sexualité et des pratiques médicales, psychologiques et sexologiques qui sont occasionnées dans ce contexte. Ils y perçoivent une dénaturation des caractéristiques de la sexualité féminine, principalement³ et secondairement une réduction de la sexualité masculine à la seule fonction sexuelle, sous l'emprise des orientations stratégiques de l'industrie pharmaceutique. Dans cette deuxième acception, la médicalisation de la sexualité s'apparente davantage à une régression. Parmi les tenants de cette deuxième conception, une distinction peut s'opérer. Certains dénoncent globalement la médicalisation en elle-même⁴, tout comme la domination de la médecine et l'imposition d'une représentation biologiste peu soucieuse des éléments du contexte social et psychologique, consubstantiels à une certaine idée de la sexualité⁵. D'autres qui, s'ils ne remettent pas en cause la légitimité de la médicalisation (comme abord médical de ces problèmes), critiquent les phénomènes de *sur-médicalisation* de la sexualité qui sont en train de survenir avec la prise en charge bio-médicale des troubles sexuels des femmes⁶. Ils considèrent qu'il n'est pas approprié ou excessif de traiter ces problèmes de façon médicale (alors que certains d'entre eux sont eux-mêmes des médecins et plaident ainsi pour une autre façon d'aborder ces problèmes de façon médicale).

Le problème de la « médicalisation de la sexualité », qui fait florès actuellement, est donc l'enjeu de plusieurs lignes de débat qui opposent les professionnels de la santé et de la sexologie. La question porte sur des objets

-
2. Alain Jardin, Patrice Queneau et François Giuliano (ed.), *Progrès thérapeutiques*, 2000. Le *Journal of Sexual Medicine* est le meilleur indicateur de cette conception de la médicalisation de la sexualité.
 3. Leonore Tiefer, *The medicalization of sexuality*.
 4. Ces courants se situent dans la ligne tracée par Ivan Illitch dans son ouvrage *Némésis médicale*, dans lequel celui-ci considérait que les dégâts occasionnés par le développement de la médecine étaient devenus plus importants que ses bienfaits.
 5. Ce courant est représenté principalement par la coalition nord-américaine « New Views of Women Sexual Problems » dont le manifeste affirme explicitement l'objectif de critiquer la médicalisation du sexe. <http://www.fsd-alert.org/manifesto2.asp>.
 6. John Bancroft, Jeni Loftus et J. Scott Long, « Distress about sex ».

différents, suscite des visions contradictoires relatives à la fois aux évolutions de la sexualité, aux transformations qu'elle subit sous l'influence de l'industrie pharmaceutique et de la médecine, ou encore à la cohérence et même l'éthique des interventions professionnelles⁷.

L'usage du terme de médicalisation appliqué aux débats actuels concernant la sexualité est donc inscrit dans le monde social et les débats en cours sont fondés sur différentes représentations de la sexualité portées par des groupes différents ayant des objectifs professionnels et/ou idéologiques différents. Ces exemples font apparaître que les acteurs actuellement en présence dans les débats sociaux relatifs à la sexualité utilisent le même terme de « médicalisation » en renvoyant celui-ci à des significations et des représentations différentes. L'usage de ce terme dans le monde social diffère donc de celui qu'on peut observer dans le monde académique notamment en sociologie et en histoire. Or les professionnels de la santé utilisent le sens commun du terme de médicalisation et non l'une ou l'autre de ses définitions académiques. Nous pouvons alors parler d'un sens commun des professionnels. S'il existe une pluralité d'acceptions du sens commun professionnel de la médicalisation, c'est que ce dernier se fonde sur différentes représentations de la sexualité qui renvoient à une pluralité d'objectifs professionnels ou idéologiques ainsi qu'à des positions subjectives personnelles⁸. Ainsi, non seulement ces différentes représentations de la sexualité véhiculées par les professionnels nous permettent de comprendre les lignes de partage qui se sont opérées dans les débats sur la médicalisation de la sexualité, mais, en outre, elles rendent compte des points aveugles de chacune de ces conceptions de la médicalisation. Par exemple il n'est pas question de médicalisation de la sexualité dans le contexte de la prévention de l'infection du VIH alors même que ce domaine d'activité implique à la fois les comportements sexuels et des interventions médicalisées de différentes natures (prévention, recommandations, traitements, vaccins, circoncision masculine, etc.)⁹. De la même manière, il n'est pas plus question de médicalisation de la sexualité dans les traitements psychiatriques et pharmaceutiques des personnes ayant commis des délits et des crimes sexuels, ou à propos des traitements chirurgicaux, hormonaux et psychiatriques des personnes transsexuelles et transgenres.

7. J'ai traité l'ensemble des débats sur la médicalisation des troubles de la sexualité dans des travaux précédents. Cf. Alain Giami, *De l'impuissance à la dysfonction érectile [...]* et Alain Giami, *Fonction sexuelle masculine et sexualité féminine [...]*.

8. Voir Anne Fausto-Sterling, *op. cit.*

9. Graham Hart et Kaye Wellings, « Sexual behaviour and its medicalisation : in sickness and in health ».

L'étude de la « médicalisation de la sexualité », comme système de représentations polarisé, doit être fondée sur une analyse sociohistorique du champ de la sexualité et des prises en charge dont elle est l'objet dans le monde occidental. La sexualité étant entendue ici comme champ des mots et des concepts qui la définissent et la représentent.

C'est pourquoi, dans le présent travail, nous considérons que le champ et les processus de la « médicalisation de la sexualité » ne se réduisent pas au seul domaine des troubles sexuels ni aux seules conceptions et modes d'intervention de la médecine quand bien même ces derniers sont étendus à leurs différentes déclinaisons comme la médecine clinique, les essais thérapeutiques, la santé publique ou la prévention. Adopter une telle position empêcherait toute possibilité d'analyse et reviendrait de fait à épouser les représentations défendues par l'un ou l'autre groupe dans les débats actuels. L'approche développée dans ce texte s'appuie sur un travail déjà ancien de Robert Castel dans lequel celui-ci avait considéré que pour comprendre le dispositif de la santé mentale contemporain, il fallait nécessairement inclure « tout l'éventail des pratiques et des théories », en partant des pratiques d'hospitalisation carcérale, à la prescription de psychotropes, aux différentes psychothérapies et aux pratiques du développement personnel et des approches psycho-corporelles, très en vogue au début des années 1980 et portées par une idéologie de la contestation du système « psy »¹⁰. Dans cette acception, la contestation portée par des acteurs appartenant au système risque souvent d'apparaître comme une stratégie de minorité active face à des modèles dominants. Au contraire, la perspective que nous avons adoptée et qui se veut globale se doit d'étendre la compréhension du champ de la médicalisation à la psychologie et à la psychanalyse (dont on connaît le rôle dans le champ de la santé mentale notamment), aux différentes interventions éducatives qui se développent dans le domaine de la prévention et de la santé publique, mais aussi aux traitements développés dans le champ de la médecine pénale, dans le domaine des crimes et abus sexuels. Enfin, le rôle moteur de l'industrie pharmaceutique et sa participation au « disease mongering »¹¹ entre aussi dans la définition de cet univers. Une réflexion sur le développement de la médicalisation de la sexualité prend nécessairement en compte les contributions, les interactions et les articulations entre ces modes d'intervention.

10. Robert Castel, *La gestion des risques*.

11. Alan Cassels et Ray Moynihan, « Les nouvelles techniques publicitaires de l'industrie pharmaceutique [...] ».

LA MÉDICALISATION DE LA SEXUALITÉ : APPROCHES CONCEPTUELLES

L'expression « médicalisation de la sexualité » tend à accréditer l'idée qu'il existerait une essence de la sexualité située en dehors du champ de la médicalisation et que la médicalisation viendrait ainsi dénaturer la « sexualité ». Or l'analyse de l'histoire de la sexualité, depuis le milieu du XIX^e siècle, fait apparaître que le destin de la sexualité s'est inscrit de manière indissociable dans les développements de la science et de la médecine et des différentes approches médicales et psychologiques. Parler de « médicalisation de la sexualité » relèverait presque d'un pléonasme, dans la mesure où le concept de sexualité est apparu dans le registre de la physiologie et de la médecine (hors de la médecine, point de « sexualité »). Ce serait aussi ignorer que le terme « sexualité » est déjà à lui seul une représentation historiquement datée d'un ensemble de phénomènes désignés sous d'autres vocables au cours de l'histoire. Michel Foucault a bien montré comment le terme de « chair » était utilisé dans la pastorale chrétienne pour aborder les phénomènes désignés actuellement sous la définition de la sexualité tout en renvoyant à une « expérience » et une épistémé différentes¹². La médicalisation s'est alors déployée à partir des différents « foyers » des disciplines médicales chargées chacun à sa façon de traiter l'un des problèmes posés par les conduites sexuelles, qu'elles soient conjugales ou « perverses ». Plus récemment, Alain Corbin a analysé les phénomènes de la « vie sexuelle » à la période comprise entre les milieux du XVIII^e et du XIX^e siècle avant que n'apparaisse, dans le langage de la physiologie et de la médecine, le terme de « sexualité ». Corbin met ainsi en évidence une autre forme de compréhension médicale de la sexualité dans laquelle la médecine apparaît comptable d'une « juste mesure des plaisirs », en dehors des questions de procréation, et soutient l'idée de la nécessité du plaisir sexuel pour l'harmonie des couples et la bonne santé des individus¹³.

Mais, s'il faut tenir pour acquis que la sexualité moderne s'est bien développée dans le contexte scientifique et médical, le terme de médicalisation, tel qu'il est employé par les sociologues et les historiens qui se sont intéressés à cette question, permet de comprendre la genèse et les implications sociales, politiques et psychologiques qui ont présidé à l'élaboration des représentations médicales de la sexualité. Georges Lanteri Laura a abordé cette question sous l'angle de « l'appropriation médicale de la sexualité »,

12. Michel Foucault, *Les anormaux*.

13. Alain Corbin, *L'harmonie des plaisirs*.

mettant en évidence que l'implantation de la sexualité dans le champ de la médecine résulte d'un processus historique basé sur les pré-constructions opérées par l'idéologie dominante et la pénalisation de certaines conduites (l'homosexualité masculine en a constitué le paradigme)¹⁴. Thomas Szasz a pour sa part montré, à partir de l'exemple de la masturbation, comment la médicalisation de la sexualité a consisté en une appropriation progressive par la médecine de conduites et de personnalités traitées auparavant par la religion ou par la justice¹⁵. Arnold Davidson quant à lui a développé la notion de « style de raisonnement » appliqué à la psychiatrie et à la médecine. Le développement de représentations de la sexualité différentes et divergentes, élaborées en fonction de la répartition des tâches entre les médecines somaticiennes (telles que l'urologie et la vénérologie) et la psychiatrie permet d'expliquer comment s'est effectué le passage de la question du sexe inscrit dans le corps à celle de la personnalité et la subjectivité des auteurs de conduites déviantes¹⁶.

D'autres sociologues, inscrits dans le cadre d'une sociologie de la déviance, ont construit le processus de la médicalisation sous une forme dynamique en resituant l'institution de la médecine par rapport à d'autres institutions qui jouent un rôle central dans le monde social et dans la gestion du corps et des comportements : l'institution religieuse et l'institution juridique. Dans cette perspective, le processus de la médicalisation apparaît comme l'objet et le résultat d'un conflit entre l'institution médicale et ces autres institutions qui a pour finalité la désignation des phénomènes et le mode de réponse sociale et légitime à y apporter. Penser la médicalisation à l'intérieur d'une sociologie de la déviance implique un décentrement des conceptions de la médecine et de son rôle social, des conceptions de la maladie, ainsi que du rôle et du statut social attribués aux malades.

Dans ce contexte, Peter Conrad a défini « la médicalisation comme un processus selon lequel des problèmes non médicaux en arrivent à être définis comme des problèmes médicaux, le plus souvent en terme de maladies ou de troubles¹⁷ ». S'inscrivant dans une perspective sociohistorique, Conrad introduit l'idée selon laquelle la médicalisation constitue une forme de désignation, qui vient historiquement prendre la place et se substituer à d'autres formes de désignation établies par d'autres institutions de régulation et de contrôle social. Il explique les processus selon lesquels la société

14. Georges Lanteri Laura, *Lecture des perversions*.

15. Thomas Szasz, *Fabriquer la folie*.

16. Arnold Davidson, *The emergence of sexuality*.

17. Peter Conrad, « Medicalization and social control », p. 209.

occidentale a transformé un certain nombre d'états et de comportements « condamnés négativement par la société ».

Les « actes contre nature » initialement traités comme des péchés dans le contexte religieux ont été transformés en crimes ou délits dans le contexte judiciaire, puis plus récemment en maladies à soigner dans le registre de la médecine, avant de sortir du champ de la pathologie et être construits comme une forme d'identité sociale et de participation à une « communauté ». Conrad met ainsi en évidence une forme de circulation, historiquement déterminée, des processus de désignation de la déviance, qui permet de changer les représentations et les significations attribuées aux comportements déviants, ainsi que les formes de traitement social qui leur sont destinées. Ce processus a été porté par une transformation en profondeur de l'idéologie et du fonctionnement de la société moderne et de la manière dont les conduites sociales sont interprétées. Ce que Thomas Szasz a décrit de la façon suivante : « Avec la transformation de la conception religieuse de l'homme en une conception scientifique – en particulier par la psychiatrie – qui s'est élaborée systématiquement au cours du XIX^e siècle, on a assisté à un changement radical du point de vue qui considérait l'homme comme un agent responsable qui agit dans et sur le monde en un organisme réactif qui est agi par des “forces” biologiques et sociales¹⁸. »

Les travaux de la sexologue nord-américaine Leonore Tiefer occupent une place singulière dans la mesure où elle tente de se situer sur un double versant comme une conceptrice de la notion de médicalisation de la sexualité et en s'engageant dans les débats critiques dans une posture opposée à la médicalisation de la sexualité. Tiefer opère une double distinction. Premièrement elle analyse séparément la « médicalisation de la sexualité » et la « construction médicalisée de la sexualité ». « La première implique qu'il existe a priori un champ de comportements et de problèmes – la sexualité – qui se trouve placé dans le registre de la médecine au cours du processus historique et social de la médicalisation. La seconde implique que la cosmologie médicale moderne (ce que Foucault a appelé l'archéologie de la clinique) ait inventé une sexualité à son image¹⁹. » Deuxièmement, sur la base de cette distinction conceptuelle, Tiefer différencie également l'analyse de la médicalisation de la sexualité de celle de la médicalisation excessive de la sexualité. La médicalisation de la sexualité concerne alors la compréhension et les prises en charge des patients atteints de dysfonction érectile, de baisse

18. Thomas Szasz, *Ceremonial Chemistry* [...], p. 149.

19. Leonore Tiefer, « The medicalization of sexuality », p. 253.

du désir, d'éjaculation prématurée et de douleurs sexuelles tandis que *la* médicalisation excessive de la sexualité est définie comme un excès de diagnostic médical, de recours à des traitements médicaux ou chirurgicaux et de recherche des causes médicales aux problèmes sexuels. Tiefer se situe du point de vue d'une sexologue clinicienne qui défend une approche spécifique des troubles de la sexualité en opposant des « bonnes » et des « mauvaises » formes de médicalisation de la sexualité et en privilégiant les dimensions psycho-sociales de la sexualité qui constituent son propre objet professionnel²⁰.

Globalement, la médicalisation de la sexualité est donc pensée comme le résultat d'un processus historique et sociologique relativement complexe qui ne consiste pas en la simple appropriation médicale du phénomène naturel de la sexualité. Il s'agit davantage de la réinterprétation de modes de représentations existant antérieurement tels que le religieux et le juridique par le dispositif médico-scientifique.

L'étude de la médicalisation de la sexualité réside donc en premier lieu dans le décryptage de la façon dont la sexualité est construite et représentée dans un contexte marqué par l'émergence de la médecine moderne, le développement des sciences biologiques et médicales, l'organisation de la profession médicale et des professions de santé et le développement de la santé publique. Cette représentation médicale de la sexualité a été élaborée par rapport à d'autres modalités de désignation des phénomènes relevant de la reproduction, de l'érotique, de la conjugalité et de la déviance sociale, situés dans les registres moral, religieux et juridique. Elle a surtout consisté en la définition d'un ensemble de normes opposant le fonctionnement normal de la fonction et de l'activité sexuelle à ses formes minoritaires ou déviantes, les transformant ainsi en des formes pathologiques. La pathologisation des comportements et des subjectivités est une des formes centrales de la médicalisation mais la médicalisation de la sexualité ne se réduit pas à la pathologisation, elle porte aussi sur les formes dites normales de la sexualité.

En deuxième lieu, l'étude de la médicalisation réside dans l'analyse des transformations des représentations de la sexualité sous l'effet des recherches neurologiques, physiologiques et hormonales qui sont développées actuellement et qui remettent en cause le primat des explications psycho-sociales

20. Gori et Del Volgo (2005) s'inscrivent dans la même perspective en dénonçant la « médicalisation de l'existence » ou la « bio-médicalisation de l'humain » à partir du point de vue de la psychanalyse, en excluant ainsi *de facto* la psychanalyse du champ de la médicalisation et du champ de la dénonciation de la médicalisation.

de la sexualité. Cette nouvelle focalisation sur les traitements des troubles sexuels et l'émergence de la médecine sexuelle a pour effet d'occulter les situations dans lesquelles ce serait plutôt un déficit de médicalisation qui est en cause. Les interventions développées dans le domaine de la prévention du sida ne sont pas souvent représentées comme une forme de « médicalisation de la sexualité » alors que des associations de patients revendiquent le développement des traitements et vaccins efficaces et une plus grande accessibilité aux populations concernées. La dualité de ces modes d'appréciation de la « médicalisation de la sexualité » confirme que ces phénomènes font l'objet et sont l'objet de représentations bien différentes et même opposées.

LES DIFFÉRENTES FACETTES DE LA MÉDICALISATION DE LA SEXUALITÉ

L'analyse des différentes facettes de la médicalisation de la sexualité est liée en partie au développement historique. Cependant, même si notre analyse peut donner l'impression d'une évolution chronologique, il importe de penser que ces différentes facettes constituent des modèles stéréotypiques qui continuent à avoir une présence, une pertinence et une efficacité en tant que systèmes de représentations contemporains²¹.

L'ÉMERGENCE DE LA « SEXUALITÉ »

Le terme de sexualité apparu vers les années 1837-1838 a consisté en la redéfinition d'une normalité de la sexualité qui a placé la vie érotique sous le primat et l'hégémonie de la procréation. Hors de la procréation, toutes les activités sexuelles furent rejetées dans le champ des « perversions » et des « aberrations²² », et l'homosexualité masculine a été considérée comme le paradigme de la figure du pervers²³. Parallèlement à ce mouvement de la médecine et de la physiologie qui a regroupé sous un même concept la vie sexuelle (au sens du XVIII^e siècle) et la fonction reproductive, on a assisté simultanément à la lente émergence de leur dissociation et à la reconnaissance progressive de sa légitimité par la médecine.

21. Sur l'analyse des représentations de la sexualité et de la maladie comme des stéréotypes, voir le travail de Sander Gilman (1988).

22. Alain Giami, « Cent ans d'hétérosexualité ».

23. Harry Oosterhuis, *Stepchildren of nature*.

Cette évolution a bien été constatée par les dictionnaires. Selon le *Trésor de la Langue Française*, l'apparition du terme sexualité remonterait à 1838 dans le registre de la biologie : « caractère de ce qui est sexué, ensemble des caractères propres à chaque sexe ». On y définit la sexualité, dans le registre de la biologie, comme « l'ensemble des caractères physiques qui différencient les sexes, les individus mâles et femelles ; fait d'être sexué ; dans le registre de la physiologie, comme l'ensemble des mécanismes physiologiques qui concourent au rapprochement des sexes et à la reproduction de l'espèce ; chez l'être humain comme l'ensemble des tendances et des activités qui, à travers le rapprochement des corps, l'union des sexes (généralement accompagnés d'un échange psycho-affectif), recherchent le plaisir charnel, l'accomplissement global de la personnalité ; et enfin, dans le registre de la psychanalyse, comme l'ensemble des pulsions et des actes qui, dès la première enfance, tendent à obtenir des satisfactions sensuelles (autres que celles des besoins d'auto-conservation) en débordant la simple génitalité et en investissant toutes les zones érogènes²⁴ ». La seconde acception du terme, renvoyant à « l'ensemble des comportements relatifs à l'instinct sexuel, vie sexuelle », est datée de 1884. Le *Oxford English Dictionary* donne pour sa part l'exemple suivant, daté de 1889 : « en retirant les ovaires on ne détruit pas nécessairement la sexualité chez une femme ». Cet exemple confirme la conception naissante du terme de sexualité fondée sur son autonomisation par rapport à la fonction reproductive et il se confirme que c'est bien vers la fin du XIX^e siècle que cette autonomisation commence à s'opérer, dans le registre médical et *a fortiori* chez la femme, dont la vie sexuelle restait ancrée dans la fertilité et la maternité. Dans son édition de 1993, le *Nouveau Petit Robert* date l'apparition du deuxième sens du mot à 1924 et y associe le terme « libido ». Le renvoi au terme de *libido* témoigne de l'influence de la pensée freudienne et de la psychanalyse, qui a contribué à la diffusion et à la popularisation de ce terme.

La représentation médicale de la sexualité, fondée sur les sciences de la nature, a donc, dans un premier temps, associé l'activité sexuelle et la procréation comme la fonction normale et naturelle de la sexualité, et rejeté dans le champ de la pathologie et de la déviance les activités non

24. Trésor de la Langue Française informatisé consulté sur Internet : <http://atilf.atilf.fr/tlf.htm>.

reproductives considérées comme sexuelles et pouvant relever du champ de l'érotique²⁵.

Cette histoire démarre ainsi avec l'émergence et la définition de la notion de sexualité dans le dispositif médical où elle a été inscrite, en opposant « l'acte sexuel naturel » visant à la procréation dans le cadre du mariage à toutes les autres formes d'activité sexuelle non orientées vers la procréation, ayant cours en dehors du mariage. L'absence d'orientation vers la procréation et leur réalisation à l'extérieur du mariage constituent les principaux critères qui ont permis à ces pratiques d'être considérées comme des formes pathologiques (perversions, aberrations sexuelles, etc.), parfois comme des délits et souvent encore comme des péchés (« fraudes sexuelles »).

On fait ainsi l'hypothèse que la dissociation entre les aspects reproductifs et non reproductifs de la sexualité ainsi que le déroulement de la vie érotique ont été organisés, distribués et légitimés principalement en fonction de la finalité de l'activité sexuelle et des types de relations et du statut respectif des partenaires avec lesquels les relations sexuelles prennent place. Cette distribution des pratiques sexuelles, mais aussi des modes de communication entre les hommes et les femmes, et entre les hommes d'une part et, d'autre part, entre les femmes de différents statuts sociaux s'inscrit dans la longue histoire des « sexualités occidentales²⁶ ».

LA RECONNAISSANCE MÉDICALE DE LA DISSOCIATION ENTRE LA VIE ÉROTIQUE ET LA PROCRÉATION

La dissociation de l'érotique et de la reproduction n'est pas apparue au XIX^e siècle avec l'émergence d'un nouveau vocabulaire. Toute la littérature érotique et libertine²⁷ ainsi que le développement précoce, en France, de la régulation des naissances à l'aide de méthodes considérées comme non médicalisées mais fondées sur la connaissance des processus de la reproduction en apportent la preuve et décrivent les techniques utilisées pour cela²⁸. Cependant, c'est à partir du XVIII^e siècle que commence à se développer

25. Georges Lanteri Laura rappelle les controverses parmi les médecins et les psychiatres français du milieu du XIX^e siècle partagés entre la reconnaissance du bien-fondé de l'érotique et sa condamnation. Voir sur ce point : Alain Giami, « La médicalisation de la sexualité. Foucault et Lanteri Laura : un débat qui n'a pas eu lieu ».

26. Philippe Ariès et André Béjin, *Sexualités occidentales*.

27. Roger Vailland, « Esquisses pour un portrait du vrai libertin ».

28. Hélène Bergues, Philippe Ariès, Étienne Hélin et coll., *La prévention des naissances dans la famille*.

en France la mise en place progressive de la contraception non médicalisée au sein du mariage.

Dès le milieu du XIX^e siècle, des médecins des deux côtés de l'Atlantique – George Beard aux États-Unis, Pierre Briquet en France, et plus tard Sigmund Freud à Vienne – considèrent que la frustration sexuelle des femmes est à la racine des troubles mentaux dont celles-ci se plaignent (hystérie et neurasthénie). Si ces médecins considèrent que les frustrations sexuelles sont néfastes à la santé mentale des femmes, pour autant ils n'en viennent pas (encore) à considérer que la satisfaction sexuelle peut avoir un effet positif sur la vie mentale des individus. Ils préférèrent proposer des traitements médicaux (la stimulation de la vulve en vue de la production des orgasmes en situation clinique)²⁹ ou la résolution des conflits psychiques sur un mode symbolique qui sera proposée par Freud. Il faudra attendre l'œuvre de W. Reich, au début des années 1920, pour qu'un certain optimisme sexuel commence à s'exprimer et assister au développement de l'idée selon laquelle la satisfaction sexuelle est une composante à part entière de la santé.

La vie sexuelle va devenir progressivement une composante de l'épanouissement personnel et du bien-être et une forme d'expression de l'amour. Le changement majeur occasionné au début du XX^e siècle réside dans l'appropriation médicale de la dissociation entre activité procréative et non procréative. Cette dernière va progressivement être reconnue dans son caractère « naturel » et légitime. Cette dissociation va être mise en pratique de façon efficace grâce à l'élaboration de nouvelles techniques scientifiques qui vont être généralisées à la majorité de la population.

Ce processus prendra cependant un certain temps. La seconde révolution contraceptive³⁰ qui apparaît au milieu des années 1960 a pour effet de légitimer, de normaliser et d'instrumentaliser la pratique contraceptive au sein du couple conjugal, et de faciliter les relations sexuelles préconjugales et extraconjugales en les dégageant du risque de la grossesse illégitime. La diffusion et l'accès généralisé à la contraception orale s'inscrivent en outre dans une évolution du sentiment amoureux qui deviendra l'une des motivations principales du mariage, à partir des années 1950. La vie érotique (incluant le sentiment amoureux, la communication entre les conjoints et

29. Voir sur ce point l'ouvrage de Rachel Maines, *Technologies de l'orgasme*.

30. Henri Leridon, Yves Charbit, Philippe Collomb, Jean-Paul Sardon et Laurent Toulemon, *La seconde révolution contraceptive*.

les pratiques sexuelles non reproductives) fait alors son entrée comme élément constitutif et central de la vie sexuelle conjugale³¹.

Au cours de cette « révolution sexuelle³² », la médecine qui était autrefois (et jusqu'au milieu du XX^e siècle) alignée globalement sur les positions de la théologie morale catholique a changé de camp en reconnaissant successivement la légitimité de la contraception, puis la possibilité de l'avortement et, enfin, en excluant la masturbation et l'homosexualité (les deux principales formes d'activité sexuelle non reproductrice) du champ des pathologies mentales³³.

L'apparition de la contraception hormonale marque une rupture radicale dans le dispositif de la médicalisation. L'institution médicale reconnaît progressivement la légitimité de la démarche contraceptive et va placer son utilisation sous son contrôle. L'usage de la pilule contraceptive se diffuse et se généralise dans les pays industrialisés au même moment où se développent les premiers travaux sur la psycho-physiologie du « cycle de la réponse sexuelle humaine » et l'ouverture de la clinique de l'orgasme conjugal à Saint-Louis (Missouri) par William Masters et Virginia Johnson. La clinique de Masters & Johnson était principalement consacrée au traitement des couples mariés soucieux de rétablir et de développer la qualité de leur vie érotique et celle-ci devient ainsi l'objet d'une pratique médicalisée de type thérapeutique³⁴. Le caractère « naturel » et normal de l'orgasme, et sa légitimité comme finalité quasiment biologique du rapport sexuel conjugal, établi à partir de travaux scientifiques menés en laboratoire, sont reconnus plus lentement et plus progressivement par l'institution médicale. Il faudra attendre le développement des traitements pharmacologiques des troubles sexuels pour que l'orgasme, ou plutôt les difficultés ou l'inhibition de sa survenue, commence à occuper la recherche bio-médicale et devienne un objet de préoccupation médicale à part entière.

L'apparition du modèle de la « fonction érotique³⁵ » du couple redéfinit la fonction et la signification du couple conjugal, dans lequel vont alterner les phases de la sexualité reproductrice et de la sexualité érotique. La dissociation entre la vie reproductrice et la vie érotique s'inscrit alors au sein du couple conjugal. Le couple conjugal devient le lieu central de la vie

31. Michel Bozon, « La nouvelle place de la sexualité ».

32. Jeffrey Escoffier, *Sexual Revolution*.

33. Sur ce point voir : Ronald Bayer, *Homosexuality and American Psychiatry*, 1981.

34. William Masters et Virginia Johnson, *Human sexual response*.

35. Gérard Zwang, *La fonction érotique*.

érotique, alors que la procréation et la fondation d'une famille reste une finalité centrale du couple et du mariage. Le recours à la prostitution féminine comme forme d'initiation sexuelle masculine diminue fortement à partir de cette époque, chez les hommes nés à partir du début des années 1950. Pour les femmes de la même génération, le premier rapport sexuel ne coïncide plus avec l'installation dans un couple et le mariage³⁶.

On comprend dès lors que la fonction organisatrice de la dissociation entre rapport sexuel procréatif et non procréatif ait pu progressivement se modifier. La distinction entre le normal et le pathologique, centrale dans le processus de médicalisation, ne porte plus désormais, comme au milieu du XIX^e siècle, sur la dichotomie entre activité procréative et non procréative mais bien sur une hiérarchisation et une opposition entre diverses formes de conduites érotiques et de satisfaction sexuelle. On oppose ainsi des formes « saines » de satisfaction sexuelle à des formes « pathologiques », les paraphilies, terme nouveau servant à désigner les « perversions » et les « aberrations sexuelles » chères aux sexologues du XIX^e siècle et à Freud. Ce changement de critère entre le normal et le pathologique a pour conséquence de nous empêcher de penser la vie reproductive comme une activité sexuelle et une dimension de la vie érotique à part entière³⁷.

Parallèlement à cette situation, le champ de la « santé reproductive » s'est développé au plan de la santé publique internationale de manière autonome vis-à-vis de la sexualité mais aussi de la part des hommes dans la procréation. Ce champ a été construit comme le champ de la santé des femmes³⁸, ce qui commence à être considéré comme problématique. Cette dissociation efficace et radicale des deux fonctions associées au fonctionnement des organes génitaux constitue l'une des plus importantes transformations idéologiques liée aux registres de la science et de la médecine du XX^e siècle.

HOMOSEXUALITÉ : DE LA PSYCHIATRIE AU SIDA

L'homosexualité s'inscrit aussi dans l'évolution qui a consisté à reconnaître le bien-fondé et la normalité des pratiques et des activités sexuelles non reproductives. Elle a d'abord représenté une forme de sexualité « contre nature », avant d'être considérée jusque dans un passé récent comme un

36. Alfred Spira, Nathalie Bajos, et le groupe ACSF, *Les comportements sexuels en France*.

37. Sur ce point voir : Christine Coeffin-Driol et Alain Giami, « L'impact de l'infertilité et de ses traitements sur la vie sexuelle et la relation de couple ».

38. Sur ce point voir : Margaret Greene et Ann Biddlecom, « Absent and problematic men ».

délit dans un certain nombre de pays européens et comme une maladie mentale. À l'intérieur de chacune de ces catégorisations, le statut de l'homosexualité a suivi des destins particuliers en prenant des significations spécifiques selon les époques et les contextes et en devenant justiciable de peines ou de châtiments différents³⁹. Plus récemment, le destin médical de l'homosexualité a subi des changements importants. Celle-ci a été exclue du DSM en 1973 à la suite de discussions entre les organisations *gay* et les représentants des différents courants de la psychiatrie américaine : « En décidant d'exclure l'homosexualité de la nomenclature, l'American Psychiatric Association s'est non seulement placée en opposition aux modèles systématiques d'exclusion formelle et informelle qui empêchaient l'intégration complète des homosexuels dans la vie sociale, mais a privé la société civile d'une justification idéologique pour un certain nombre de ses pratiques discriminatoires⁴⁰. » L'exclusion de l'homosexualité du champ de la psychiatrie moderne témoigne de l'ancrage et de la fonction politique de cette discipline médicale, de sa soumission aux influences idéologiques et à l'air du temps et de sa fonction de légitimation des normes et des préjugés sociaux.

Quelques années après être sortie du champ de la psychiatrie et de la maladie mentale, l'homosexualité va entrer à nouveau dans le champ de la médicalisation par le biais de l'épidémie de sida, en devenant la première figure visible de cette maladie⁴¹ sous la forme d'un « style de vie » pouvant causer une maladie grave : le cancer *gay*. L'hypothèse dite du « style de vie » a constitué au début des années 1980 la première tentative d'explication causale du sida avant la découverte du virus de l'immunodéficience humaine acquise⁴². Mais au-delà de la représentation du sida sous les traits de l'homosexualité masculine, c'est toute la vie sexuelle non reproductive dite « récréative », la « promiscuité » et le « multipartenariat » qui sont tombés dans les filets de la pathologisation médicalisée.

Élaboré à partir des premières réponses à l'épidémie parmi les gays, le dispositif de lutte contre le VIH, notamment la prévention de l'infection à VIH, constitue l'une des plus importantes entreprises de médicalisation de la sexualité qui a eu lieu au cours du XX^e siècle, à l'échelle mondiale. L'objectif principal de la lutte contre le sida a consisté (et consiste toujours) en la « modification des comportements sexuels » et en l'acquisition de

39. Flora Leroy-Forgeot, *Histoire juridique de l'homosexualité en Europe*.

40. Ronald Bayer, *Homosexuality and American Psychiatry*.

41. Sander Gilman, *Disease and representation*.

42. Mirko Grmek, *Histoire du sida*.

comportements sexuels « protégés », c'est-à-dire évitant la transmission du virus. Il s'agit donc d'une entreprise de changements des comportements qui est fondée sur la rationalité scientifique et médicale, ainsi que sur les enseignements de la santé publique. Le dispositif de lutte contre le sida s'est inscrit dans le champ de la santé publique, en travaillant auprès des « groupes à risque » et en déployant des méthodes de communication sociale, de pédagogie et de *counselling*. On a commencé à évaluer les comportements sexuels en fonction du risque potentiel de contamination qu'ils présentaient, en distinguant les comportements à risque, les comportements à moindre risque et les comportements à très haut risque. On a ainsi établi une hiérarchie entre ces comportements, en distinguant les pratiques sexuelles génitales, orales ou anales en fonction de ce risque et en opposant la monogamie et le multi-partenariat selon les mêmes critères. Les significations de l'activité et des relations sexuelles ont donc changé et on en est venu à considérer que l'amour était un facteur de risque dans la mesure où l'on n'éprouve pas le besoin de se protéger de quelqu'un qu'on aime.

Autrefois, le multi-partenariat était considéré comme un problème moral lié à l'infidélité, alors que désormais le multi-partenariat sexuel est devenu un « facteur de risque ». On s'est beaucoup intéressé aux hommes homosexuels et pas du tout aux lesbiennes dans la mesure où celles-ci étaient censées ne pas être exposées aux risques de contamination par le VIH. Dans cette perspective, on a développé un intérêt soutenu sur les pratiques de pénétration anale (insertive ou réceptive) considérées comme les pratiques sexuelles à « très haut risque ». Cette stigmatisation des comportements sexuels anaux ainsi que la tentative de les réduire est à mettre en rapport avec la décriminalisation de la sodomie par la Cour suprême des États-Unis en 2003. Alors que l'on tente de réduire les pratiques anales au nom de la santé, on cesse de poursuivre au plan légal et criminel ceux qui sont supposés les pratiquer⁴³.

Les comportements minoritaires considérés comme déviant tels que la fréquentation de prostituées et la pratique de la sexualité en groupe sont devenus des problèmes de santé publique. La logique de la santé ne recoupe pas celle de la légalité, ni celle de la morale. Les questions morales sont retraduites en problèmes de santé. Le dispositif de lutte contre le sida a focalisé sur les jeunes et les multi-partenaires et a délaissé les personnes âgées

43. N'oublions pas que la question de la criminalisation des personnes porteuses du VIH, dans les cas de contamination de leur partenaire, est à l'ordre du jour en France. Ce qui met bien évidence, une fois de plus, les convergences entre médicalisation et pénalisation des comportements sexuels.

et les couples mariés hétérosexuels et monogames considérés comme moins exposés au risque. Dans cette perspective, la « lutte contre le sida » a moins pris en compte les questions de contraception et de procréation et n'a pas souvent envisagé les articulations et les contradictions entre les différentes formes de « protection » des rapports sexuels, et surtout des rapports hétérosexuels. On voit ainsi comment on a redessiné les contours de la sexualité à risque et de son encadrement sanitaire en excluant implicitement la banalité sexuelle du champ de la sexualité à risque, des interventions et des recommandations de la santé publique. L'histoire de la médicalisation de la sexualité sous l'angle du sida n'est cependant pas encore achevée. Les évolutions actuelles des politiques de prévention du VIH, qui entrent dans le paradigme de la réduction des risques, témoignent d'un déplacement de cette médicalisation avec le recours aux traitements pharmacologiques anti-rétroviraux post-exposition, de la circoncision masculine et, dans un avenir proche, des traitements préventifs pré-exposition.

Le cas de la prévention du VIH témoigne des migrations de la médicalisation de la sexualité, située dans un premier temps entre le recours à des méthodes éducatives et préventives fondées sur la prise de conscience du risque et la mise en pratique de techniques corporelles complexes et, dans un deuxième temps, le retour à des approches ancrées dans le modèle bio-médical fondées sur la persuasion des individus dans la perspective d'une gestion des populations.

LES TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUES DES TROUBLES SEXUELS

La médicalisation de l'impuissance masculine est un phénomène qui remonte à l'aube de la médecine⁴⁴. La forme contemporaine de cette médicalisation repose sur un processus qui a commencé au début des 1980 avec des découvertes scientifiques et notamment la découverte des effets de la Papavérine sur l'érection par l'urologue français Ronald Virag. Un groupe de médecins urologues de l'Université de Boston a ensuite entrepris de reconceptualiser l'impuissance masculine dans le champ de la médecine organiciste en dehors des conceptions psychologiques qui prévalaient au cours des décennies précédentes et en prenant des distances avec l'approche chirurgicale (appliquée à la pose de prothèses péniennes), alors centrale en urologie. Armés de nouveaux concepts (la dysfonction érectile) et de

44. Angus McLaren, *Impotence. A cultural history*.

nouveaux critères de gravité et de fréquence de survenue du trouble, les mêmes urologues ont occupé le terrain de l'épidémiologie et ont établi des données laissant apparaître une prévalence beaucoup plus élevée que celle qui était communément admise jusqu'alors. L'élaboration de la molécule du sildénafil, pour laquelle le laboratoire Pfizer a déposé le brevet en 1993, a ouvert des perspectives et des possibilités de financement de recherche qui ont conduit à la mise au point d'un instrument d'évaluation des effets des traitements et d'aide au diagnostic et à la réalisation des essais cliniques mettant en évidence la tolérance et l'efficacité du médicament.

L'élaboration de questionnaires d'évaluation et les essais cliniques marquent l'entrée en force de l'industrie pharmaceutique dans le champ de l'impuissance et son association avec les chercheurs et les médecins qui avaient commencé à travailler sur l'impuissance depuis de nombreuses années.

Le processus de reconceptualisation organiciste de l'impuissance masculine ne va pas pourtant être total. Dans leur ambition initiale, ces urologues auraient volontiers abandonné l'hypothèse psychogène pour imposer la théorie organique comme en témoignent les textes du début des années 1990 qui mettaient fortement l'accent sur les étiologies et les facteurs de risque organiques. Les essais cliniques qu'ils ont eux-mêmes réalisés les ont conduits à nuancer leur propos et à reconnaître la présence d'une forme irréductible d'étiologie psychogène « chez la plupart des hommes », qui reste accessible au nouveau traitement. La présence de facteurs de risque psychosociaux est finalement reconnue. Une façon de ne pas se couper d'une grande partie du marché...

La dysfonction érectile est-elle différente de l'impuissance ? Le terme d'impuissance est désormais considéré comme péjoratif. Il est également considéré comme inapproprié dans la mesure où il peut englober l'ensemble du cycle de la réponse sexuelle de l'homme, alors que le terme « dysfonction érectile » ne prend en compte que le mécanisme de l'érection, une partie seulement de ce cycle et seule cible du traitement.

Par ailleurs, l'impuissance, comme pathologie, ne concernait que les formes graves, c'est-à-dire « primaires », les épisodes d'impuissance secondaire, transitoire ou situationnelle, étaient considérés comme « la limite du fonctionnement sexuel normal⁴⁵ ». Les nouvelles conceptions de la dysfonction érectile innovent en établissant une échelle des degrés de gravité (de la

45. Helen Kaplan, *The New Sex Therapy*.

plus légère à la plus sévère) et en incluant l'ensemble des hommes qui ont un moindre degré de ce dysfonctionnement dans le champ de la pathologie. L'étiologie de l'impuissance était considérée comme principalement psychogène alors que celle de la dysfonction érectile est principalement organique. La dysfonction érectile se distingue donc de l'impuissance par une réduction de son domaine à l'érection et à l'étiologie organique et par une extension de la prévalence en incluant les formes les plus légères aux côtés de ses formes moyennes et graves.

Si les scientifiques et les médecins (et principalement les urologues) ont joué un rôle fondamental dans cette évolution conceptuelle de l'impuissance masculine, l'industrie pharmaceutique a très rapidement donné forme à un médicament et à de nouveaux traitements pour cette nouvelle entité clinique. L'industrie pharmaceutique a ensuite contribué à la diffusion de ces idées et à leur transformation. En choisissant de désigner l'ensemble de cette situation comme un « traitement efficace et bien toléré pour une maladie dûment répertoriée », l'industrie pharmaceutique a été confrontée aux instances de régulation de la distribution des médicaments qui ont encore contribué à l'évolution des idées et posé le problème des troubles sexuels au niveau de la santé publique.

La mise sur le marché du Viagra en 1998 a donné lieu à d'intenses campagnes de communication médiatique dans le monde développé. On a construit le Viagra – Viagra est ici entendu comme un dispositif discursif et non pas comme un médicament – comme le symbole d'une nouvelle révolution sexuelle, qui est venue contrecarrer le pessimisme des années marquées par le sida. Le Viagra représente un univers de la sexualité différent de celui mis en scène dans la rhétorique du sida et dans lequel il s'agit de « restaurer la sexualité naturelle et normale ». Dans cette perspective, le discours du Viagra s'adresse à un public différent : les hommes âgés de plus de quarante ans, le couple stable hétérosexuel et la pénétration génitale, et vise à la « restauration » de cette pratique dans le cadre du couple. De façon générale, il s'agit d'une redécouverte de la sexualité des seniors et de la sexualité conjugale, sexualité qui avait été oubliée dans le contexte de la lutte contre le sida car perçue comme n'étant pas à risque de contamination. Le Viagra est construit comme un médicament qui doit être prescrit par un médecin en vue de traiter une maladie : la dysfonction érectile. C'est le modèle clinique de la communication entre le médecin et le malade qui prédomine, même si le Viagra fait l'objet d'une intense campagne de communication médiatique qui occupe l'espace public. L'industrie

pharmaceutique s'adresse ici directement aux consommateurs, en même temps qu'elle s'adresse aux médecins à travers les canaux de la communication professionnelle. La propagande publicitaire fonctionne ainsi des deux côtés. La dimension publique de la communication publicitaire du Viagra laisse penser que son influence dépasse de loin les cadres stricts de la population à laquelle elle est censée s'adresser et ouvre des possibilités d'utilisation à d'autres groupes de la population plus engagés dans des activités sexuelles « récréatives » que préoccupés par la restauration d'une sexualité naturelle.

LA SANTÉ SEXUELLE

La dimension la plus récente de la médicalisation de la sexualité est marquée par la normalisation du plaisir sexuel et de l'orgasme et la reconnaissance de la place nécessaire de la vie sexuelle dans le bien-être et la santé. Le terme de santé sexuelle a été forgé vers 1974 lors d'une conférence réunie à Genève sous les auspices de l'OMS, sous l'impulsion du groupe professionnel des sexologues, très structuré au plan international⁴⁶. Ceci constitue un événement important dans la mesure où une organisation internationale s'est engagée dans un processus de légitimation de la dissociation entre l'activité sexuelle reproductive et non reproductive et entérine le principe de l'association entre la sexualité non reproductive, le bien-être et l'épanouissement personnel. Le concept de santé sexuelle institue et renforce le clivage entre les dimensions érotiques et reproductives de la sexualité, vise à légitimer l'exercice par les hommes et les femmes de la vie sexuelle non reproductive et à promouvoir l'idée selon laquelle la sexualité contribue à une meilleure santé et au bien-être, lorsqu'elle peut être vécue et pratiquée librement et sans contraintes, mais certainement pas sans règles précises. Dans sa dimension opérationnelle, le concept de santé sexuelle propose un schéma très précis d'interventions professionnelles (médicales, sanitaires et éducatives) visant à promouvoir, maintenir et développer la santé sexuelle des populations. La légitimité politique et morale de la sexualité non reproductive est cependant loin d'être acquise au plan international⁴⁷.

46. Il faut cependant rappeler que le terme de santé sexuelle avait été utilisé comme titre d'un ouvrage du sexologue français Georges Valensin paru en 1964. André Béjin a aussi utilisé ce terme, avec d'autres définitions, dans un article paru en 1982.

47. Lors de la réunion qui s'est tenue dans l'enceinte des Nations unies (ONU) à New York, le 2 mars 2005, les États-Unis ont proposé d'ajouter dans le texte qui sera adopté à l'issue de la réunion « Pékin + 10 » (plateforme d'action sur le statut des femmes) un amendement soulignant que la référence à la santé en matière de reproduction « ne constitue pas la garantie d'un droit universel à l'avortement » (Dépêche AFP : 3 mars 2005).

La santé sexuelle est l'intégration des aspects somatiques, émotionnels, intellectuels et sociaux du bien-être sexuel en ce qu'ils peuvent enrichir et développer la personnalité, la communication et l'amour. La notion de santé sexuelle implique une approche positive de la sexualité humaine. L'objectif de la santé sexuelle réside dans l'amélioration de la vie et des relations personnelles et pas uniquement dans le counselling et les soins concernant la procréation ou les MST⁴⁸.

La définition de la santé sexuelle s'inscrit de plain-pied dans le cadre du concept de santé en reprenant le principe selon lequel la santé sexuelle n'est pas réduite au traitement ou à l'absence de maladies ni à la procréation. La santé sexuelle apparaît dissociée de la procréation et de la contraception qui ont été intégrées dans le domaine de la santé reproductive (qui est gérée dans d'autres instances de l'OMS). Le concept de santé sexuelle se détache ainsi de l'univers de la vénéréologie et de la gynécologie. Par ailleurs, ce concept annexe dans le champ de la santé des dimensions telles que la « personnalité, la communication et l'amour » et se propose comme objectif « l'amélioration de la vie et des relations personnelles ». On note à cette occasion une ouverture du concept de santé vers des domaines habituellement régulés par la morale. Le processus de modernisation de la sexualité qui a instauré l'optimisme sexuel, et qui a traversé toute la première partie du XX^e siècle au plan des idées et de façon clandestine, trouve une légitimité sociale et culturelle en entrant dans le champ de la santé et en s'inscrivant dans le processus de la médicalisation. Avec cette définition de la santé sexuelle, la médicalisation du bien-être, déjà contenue en germe dans le concept de santé, vient occuper une place centrale. Ainsi, la santé sexuelle dévoile et renforce la dérive du concept de santé vers le bien-être et vers la médicalisation du bien-être.

CONCLUSION

Les différentes formes de médicalisation de la sexualité qui viennent d'être évoquées (invention de la sexualité, dissociation entre vie sexuelle et procréation, contraception, réponses à l'épidémie de sida, conceptions de l'homosexualité, traitements des troubles sexuels, santé sexuelle, etc.) sont apparues à différents moments de l'histoire du XX^e siècle. Chacune de ces approches représente une forme particulière de médicalisation, c'est-à-dire une forme de représentation médicalisée de la sexualité. Certaines de ces formes font l'objet d'une dénonciation de la part de groupes d'acteurs

48. Organisation mondiale de la santé, 1975.

engagés dans ces questions (organisations féministes, organisations gay), d'autres sont considérées comme acceptables (la contraception et la prévention du sida) et certaines ne sont pas considérées comme entrant dans le champ de la médicalisation de la sexualité et donc exemptées de critique.

La médicalisation de la sexualité s'inscrit dans des interventions, planifiées dans le cadre médical sur des situations qualifiées de sexuelles, et sur les acteurs qui y sont impliqués, qui peuvent prendre la forme d'interventions cliniques, thérapeutiques, mais aussi, en sortant du cadre strict des pratiques médicales, d'interventions préventives, psychothérapeutiques ou éducatives. Ces interventions peuvent se dérouler dans un cadre médical *stricto sensu*, ou prendre place dans un partenariat avec les institutions de la santé publique, de l'éducation à la santé ou de la justice pénale. L'ancrage de ces pratiques dans le registre de normalité/pathologie établi par la médecine oriente les objectifs de ces pratiques et interventions dans le sens de la restauration ou de la stimulation d'activités sexuelles déficientes, mais considérées comme normales, ou dans le sens de la diminution ou de la répression d'activités sexuelles physiques ou mentales considérées, soit du strict point de vue médical, soit du point de vue légal, comme déviantes ou excessives. On pense ici notamment à la notion d'addiction sexuelle définie comme une tendance irrépressible de l'individu à s'engager dans des activités sexuelles et pouvant faire l'objet de traitements favorisant le recadrage de celui-ci dans des niveaux d'activité sexuelle socialement acceptables.

Nous avons pu ainsi analyser le développement historique des différentes facettes de la médicalisation de la sexualité. Ces représentations constituent des modèles stéréotypiques qui s'accumulent les uns aux autres sans jamais se remplacer complètement et continuent, dans une certaine mesure, à avoir une présence et à exercer une influence sur les représentations et les pratiques sociales contemporaines de la sexualité.

Nous pouvons ainsi conclure sur la proposition principale de ce texte qui vise à considérer la médicalisation de la sexualité comme l'organisation des différentes représentations médicalisées de la sexualité. Cette médicalisation s'est d'abord structurée autour de la distinction et la séparation entre les activités procréatives et non procréatives, ce qui a fourni le concept nécessaire de sexualité pour asseoir un discours et une pratique. Puis, depuis le début du XX^e siècle, le principe organisateur de la représentation médicalisée de la sexualité s'est progressivement modifié en reconnaissant la légitimité des activités non procréatives. Dans son acception contemporaine, le terme de « sexualité » n'inclut plus nécessairement les fonctions de procréation, dans leur déroulement normal. La pathologisation porte désormais

sur les difficultés à développer et maintenir une vie érotique, gage d'une santé sexuelle satisfaisante et d'un bien-être. Alors que dans un premier temps la médicalisation a consisté en l'appropriation médicale d'un domaine de l'activité humaine, les développements plus récents font apparaître comment la santé est progressivement devenue le fondement et la justification des valeurs morales individuelles et collectives. La sexualité, représentée sous l'appareil idéologique et organisationnel de la santé sexuelle, se trouve au centre de ce processus.

BIBLIOGRAPHIE

- Ariès, Philippe, et André Béjin (1982), *Sexualités occidentales*, Paris, Seuil.
- Bancroft, John, Jeni Loftus et J. Scott Long (2003), « Distress about sex : a national survey of women in heterosexual relationships », *Archives of Sexual Behavior*, 32 (3), 193-208.
- Bayer, Ronald (1981), *Homosexuality and American Psychiatry. The Politics of Diagnosis*, New York, Basic Books.
- Bergues, Hélène, Jean Sutter, Alfred Sauvy, Michel Riquet, Louis Henry, Étienne Hélin et Philippe Ariès (1960), *La prévention des naissances dans la famille. Ses origines dans les temps modernes*, Paris, INED, PUF, Travaux et documents, Cahier n° 35.
- Bozon, Michel (1991), « La nouvelle place de la sexualité dans la constitution du couple », *Sciences sociales et santé*, 9 (4), p. 69-88.
- Cassels, Alan et Ray Moynihan (2006), « Les nouvelles techniques publicitaires de l'industrie pharmaceutique. Pour vendre des médicaments, inventons des maladies », *Le Monde diplomatique*, p. 34-35.
- Castel, Robert (1981), *La gestion des risques*, Paris, Editions de Minuit.
- Coeffin-Driol, Christine et Alain Giami (2004), « L'impact de l'infertilité et de ses traitements sur la vie sexuelle et la relation de couple : revue de la littérature », *Gynécologie, obstétrique et fertilité*, vol. 32, n°s 7-8, p. 624-637.
- Conrad, Peter (1992), « Medicalization and social control », *Annual Review of Sociology*, vol. 18, p. 209-232.
- Corbin, Alain (1978), *Les filles de noce*, Paris, Aubier-Montaigne.
- Corbin, Alain (2008), *L'harmonie des plaisirs. Les manières de jouir du siècle des Lumières à l'avènement de la sexologie*, Paris, Perrin.
- Davidson, Arnold (2001), *The Emergence of Sexuality. Historical epistemology and the formation of concepts*, Cambridge, Harvard University Press.
- Escoffier, Jeffrey (2003), *Sexual Revolution*, New York, Da Capo Press.
- Fausto-Sterling, Anne (2000), *Sexing the Body: Gender Politics and the Construction of Sexuality*, New York, Basic Books.
- Foucault, Michel (1999), *Les anormaux – Cours au Collège de France 1974-75*, Paris, Gallimard, Le Seuil, EHESS.

- Giami, Alain (1999), « Représentations et sexualité : psychologie sociale et pluridisciplinarité », dans Maria Andrea Loyola (dir.), *La sexualité dans les sciences humaines*, Paris, L'Harmattan.
- Giami, Alain (1999), « Cent ans d'hétérosexualité », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 128, p. 38-45.
- Giami, Alain (2004), « De l'impuissance à la dysfonction érectile. Destins de la médicalisation de la sexualité », dans Didier Fassin et Dominique Memmi (dir.), *Le gouvernement des corps*, Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.
- Giami, Alain (2005), « La médicalisation de la sexualité. Foucault et Lanteri Laura : un débat qui n'a pas eu lieu », *L'évolution psychiatrique*, n° 70, p. 283-300.
- Giami, Alain (2007), « Fonction sexuelle masculine et sexualité féminine. Permanence des représentations du genre en sexologie et en médecine sexuelle », *Communications*, n° 81, p. 135-151.
- Gilman, Sander (1988), *Disease and Representation*, Cornell, Cornell University Press.
- Gori, Roland, et Marie-José Del Volgo (2005), *La santé totalitaire. Essai sur la médicalisation de l'existence*. Paris, Denoël.
- Greene, Margaret et Ann Biddlecom (2000), « Absent and problematic men : Demographic accounts of male reproductive roles », *Population and Development Review*, vol. 26, p. 81-115.
- Grmek, Mirko (1989), *Histoire du sida*, Paris, Payot.
- Hart, Graham, et Kaye Wellings (2002), « Sexual behaviour and its medicalisation : in sickness and in health », *British Medical Journal*, vol. 324, n° 7342, p. 896-900
- Jardin, Alain, Patrice Queneau et François Giuliano (2000), *Progrès thérapeutiques : la médicalisation de la sexualité en question*, Paris, John Libbey.
- Kaplan, Helen (1974), *The New Sex Therapy*, New York, Times Books.
- Lanteri Laura, Georges (1979), *Lecture des perversions. Histoire de leur appropriation médicale*, Paris, Masson.
- Leridon, Henri, Yves Charbit, Philippe Collomb, Jean-Paul Sardon et Laurent Toulemon (1987), *La seconde révolution contraceptive. La régulation des naissances en France de 1950 à 1985*, Paris, Institut national d'études démographiques (Travaux et documents, n° 117).
- Leroy-Forgeot, Flora (1997), *Histoire juridique de l'homosexualité en Europe*, Paris, PUF.
- Maines, Rachel (2009), *Technologies de l'orgasme. Le vibromasseur, l'« hystérie » et la satisfaction sexuelle des femmes*. Paris, Payot (traduction française de l'édition parue en 1999).
- Masters, William et Virginia Johnson (1966), *Human Sexual Response*, Boston, Little Brown and C° (trad. franç. 1968).
- McLaren, Angus (2007), *Impotence. A cultural history*, Chicago, Chicago University Press.
- Oosterhuis, Harry (2000), *Stepchildren of nature. Krafft-Ebing, psychiatry and the making of sexual identity*, Chicago, The University of Chicago Press.

- Organisation mondiale de la santé (1975), « Education and treatment in human sexuality: The training of health professionals. Report of a WHO Meeting » (Technical Report Series n° 572). Dans Erwin Haerberle et Rolf Gindorf (ed.), *Sexology Today: A brief introduction*, Dusseldorf, DGSS.
- Spira, Alfred, Nathalie Bajos et le groupe ACSF (1993), *Les comportements sexuels en France*. Paris, la Documentation française.
- Szasz, Thomas (1974), *Ceremonial Chemistry*. New York, Doubleday & Co, Inc.
- Szasz, Thomas (1976), *Fabriquer la folie*, Paris, Payot.
- Tiefer, Leonore (1996), « The medicalization of sexuality: conceptual, normative and professional issues », *Annual Review of Sex Research*, vol. 7, p. 252-282.
- Vailland, Roger (1959), « Esquisses pour un portrait du vrai libertin », dans Jacques Haumont, *Anthologie libertine du XVIII^e siècle*, Paris, Les amis du club du livre du mois.
- Valensin, Georges (1964), *Santé sexuelle*, Paris, La Table ronde.
- Zwang, Gérard (1972), *La fonction érotique*, Paris, Robert Laffont.