



HAL
open science

De l'impuissance à la dysfonction érectile. Destins de la médicalisation de la sexualité

Alain Giami

► **To cite this version:**

Alain Giami. De l'impuissance à la dysfonction érectile. Destins de la médicalisation de la sexualité. Fassin, Didier, Memmi Dominique. Le gouvernement des corps, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, pp.77-108, 2004, Cas de figure. inserm-00519261

HAL Id: inserm-00519261

<https://inserm.hal.science/inserm-00519261>

Submitted on 19 Sep 2010

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Alain Giami

**De l'impuissance à la dysfonction érectile.
Destins de la médicalisation de la sexualité.**

In : D. Fassin, D. Memmi (eds). *Le gouvernement des corps*. pp. 77-108. Paris, éditions EHESS, 2004.

La médicalisation s'est imposée dans les sociétés occidentales à partir du XIX^e siècle comme l'un des dispositifs principaux de discours et de pratique sur la sexualité, et on peut même dire que le terme même de sexualité, apparu au milieu du XIX^e siècle, a été inscrit d'emblée dans le registre de la médicalisation¹. L'impuissance masculine et ses différents traitements représente l'un des exemples les plus illustratifs de ce processus de médicalisation. Ce chapitre traite des formes récentes de la médicalisation de l'impuissance masculine^{2 - 3}, depuis le début des années quatre-vingt. On y met en évidence le rôle et l'influence des différents acteurs et institutions – médicaux et non-médicaux - engagés à cette occasion, dans l'élaboration de la construction médicalisée de l'impuissance masculine. Ce processus est analysé à l'aide du "modèle séquentiel de la médicalisation" de P. Conrad et J. Schneider⁴. Ce processus n'est pas réductible au champ de la médecine, dans la mesure où des acteurs et institutions non-médicaux sont en présence aux cotés d'acteurs médicaux, et dans la mesure où ses conséquences débordent du champ de la médecine. On a ainsi tenté d'articuler la logique d'une construction sociale de l'impuissance masculine fondée sur l'intervention de différents acteurs et institutions avec son déroulement en séquences qui apparaissent ordonnées selon une chronologie. L'analyse de ce processus met en outre en évidence comment la construction de la nouvelle entité clinique désignée comme "dysfonction érectile" a été liée à partir d'un certain moment à l'élaboration et la commercialisation d'un nouveau médicament, le Viagra (citrates de sildénafil). Elle vise aussi à mettre en évidence les

¹ Sur ce point voir : Foucault, M. *Histoire de la sexualité : Tome 1, La volonté de savoir*. Paris, Gallimard, 1976 et Fassin, D. *Les politiques de la médicalisation*, pp. 1-13 in P. Aïach & D. Delanoë (eds). *L'ère de la médicalisation*, Paris, Anthropos, 1998.

² Tiefer, L. (1996). The medicalization of sexuality. *Annual Review of Sex Research*, N° 7, pp. 252-282. Cet article, qui se situe dans une perspective critique, constitue en outre une source d'informations majeure sur la littérature concernant l'impuissance masculine.

³ Jardin, A., Queneau, P., Giuliano, F. (eds.). (2000). *Progrès thérapeutiques : la médicalisation de la sexualité en question*. Paris, John Libbey, Eurotext.

⁴ Conrad, P., Schneider, J. (1980). *Deviance and Medicalization. From badness to sickness*. St. Louis, Mosby Company.

implications de ces conceptions et pratiques en ce qui concerne les normes sociales de la sexualité. Rappelons à ce propos que ce processus se déroule à partir du début des années 80, parallèlement au développement de l'épidémie de sida qui entraîne une autre forme de médicalisation de la sexualité, dans des mondes qui se sont complètement ignorés et qui ont contribué, chacun à sa façon, à redéfinir les normes sociales de l'activité sexuelle. Enfin on évoquera comment le processus de la médicalisation de l'impuissance masculine contient les germes de la dé-médicalisation. Les premières phases du processus se situent au plan international, et principalement américain, où la recherche scientifique sur la sexualité est la plus développée. Par contre, compte tenu des différences nationales entre les systèmes de santé, les phases d'institutionnalisation et de légitimation de l'impuissance masculine ont été analysées à partir de la situation française.

Le chapitre est fondé sur une analyse de la littérature scientifique, médicale et de santé publique portant sur les traitements de l'impuissance masculine, la lecture de la presse française et internationale, la participation à plusieurs congrès médicaux, la réalisation d'une enquête sociologique sur la profession de sexologue⁵ et sur des entretiens et des conversations informels. Il repose en outre, sur l'expérience personnelle de l'animation d'un Groupe de travail sur les traitements de l'impuissance, mis en place par le Directeur Général de la Santé en juin 1998⁶ et sur une audition demandée par le Comité Consultatif National d'Ethique⁷.

Le modèle séquentiel de la médicalisation

Le modèle séquentiel de la médicalisation élaboré par P. Conrad et J. Schneider comprend cinq phases. La première consiste en la *définition d'un comportement comme déviant* en dehors du champ de la médecine et en particulier dans le registre de la criminalité. La seconde phase réside dans *l'apparition et la mise en application des découvertes médicales*. Elle repose sur l'idée d'un *transfert de désignation* d'un registre à un autre et, pour Conrad et Schneider, il s'agit principalement du transfert du registre

⁵ Giami, A., de Colomby, P. (2001). Profession sexologue ? *Sociétés Contemporaine*, n°41-42, pp. 41-63.

⁶ Giami, A., Pietri, L. (1999). *Les traitements de l'impuissance*. Paris, La Documentation française.

⁷ CCNE (2000). Rapport "Médicalisation de la sexualité : le cas du Viagra. Réponse au Secrétaire d'Etat à la Santé". *Les cahiers du comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et la santé*, N° 23, pp. 21-23. & Giami, A. : "Libre Propos : Commentaires sur la réponse au Secrétaire d'Etat", *Ibid.* pp. 24-26

juridique et criminel vers le registre médical. Cette phase se situe principalement au sein du monde scientifique, et peut se lire dans les revues spécialisées. Ce type de diffusion n'assure pas nécessairement la promotion de la désignation médicale qui est réalisée au cours de la troisième phase. Celle-ci consiste en *l'expression des intérêts médicaux et non-médicaux*. De nouveaux acteurs apparaissent à cette étape et principalement des entrepreneurs scientifiques et des organisations scientifiques et professionnelles qui interviennent en fonction d'intérêts partagés avec des acteurs non-médicaux et notamment l'industrie pharmaceutique. L'action de ces entrepreneurs médicaux et non-médicaux apparaît complémentaire et elle se déploie dans différents secteurs de la société. Au cours de la quatrième phase, où il s'agit d'assurer la *légitimité de la désignation médicale*, les négociations avec les institutions de l'Etat commencent à se développer pour délimiter le territoire et la légitimité de l'intervention médicale. *L'institutionnalisation d'une désignation médicale* constitue la dernière phase. Celle-ci peut prendre deux formes. D'une part, la codification par laquelle la déviance entre dans le système des classifications médicales et, d'autre part, la bureaucratisation, qui est caractérisée par la création d'organisations spécialisées qui vont avoir pour fonction de soutenir le fonctionnement des acteurs professionnels dans la prise en charge médicalisée de la nouvelle entité et d'établir les nouvelles normes pratiques pour résister aux contestations de légitimité. Conrad et Schneider mettent l'accent sur le fait que la légitimité et l'institutionnalisation de la médicalisation de la déviance n'est jamais acquise et qu'elle reste menacée par le scepticisme de l'opinion publique et du sens commun qui constituent les soutiens les plus puissants à un retour à la situation antérieure ou à une évolution vers la démedicalisation. En ce qui concerne la dysfonction érectile, l'institutionnalisation de la légitimité rencontre des résistances de la part des institutions du système de santé.

La psychologisation de l'impuissance masculine

L'histoire des idées concernant l'impuissance masculine met bien en évidence que cette condition a été codifiée dans le registre médical, depuis l'apparition de la médecine antique et reprise ultérieurement dans les registre religieux et juridique⁸. Dès le milieu du XIX^e siècle, l'impuissance masculine est définie comme une catégorie médicale et

⁸ Pour une mise en perspective historique concernant les conceptions religieuses et juridiques de l'impuissance masculine voir : Darmon, P. (1979). *Le tribunal de l'impuissance*. Paris, Seuil et Iacub, M. (1999). Le mariage des impuissants. *Handicap. Revue de sciences humaines et sociales*, N° 83, pp. 31-44.

traitée par des médecins, et notamment des vénérologues, sous la forme d'une "perte de virilité" et comme cause de stérilité masculine ⁹, et par des psychiatres dans le cadre de la catégorie générale de "neurasthénie sexuelle" ¹⁰.

Les conceptions psychanalytiques

L'impuissance sexuelle a intéressé les psychanalystes dès le début de leurs investigations. En 1908, Ferenczi en a proposé la définition suivante : "L'impuissance psychosexuelle est un symptôme partiel d'une psychonévrose en accord avec la thèse de Freud, à savoir qu'il s'agit toujours de la manifestation symbolique du souvenir d'événements sexuels vécus dans la première enfance, puis refoulés dans l'inconscient, du désir inconscient visant à leur répétition, et du conflit psychique qui en résulte." ¹¹ Au cours des années 20, Stekel étudie "l'homme impuissant" en considérant que "presque tous les cas d'impuissance ont eu comme point de départ des troubles émotifs qui peuvent être complètement guéris par la psychothérapie" et que "la femme frigide et l'homme impuissant sont les succédanés d'une époque malade. L'impuissance est une maladie sociale qui ne peut être comprise qu'à une époque précise." (p. 17-18) ¹² Stekel formule le postulat selon lequel "la capacité d'érection de l'homme débute à la naissance et ne disparaît qu'avec la mort" et que "le maximum de la capacité sexuelle de l'homme ne dépend pas de son âge, mais de l'objet de son désir qui lui est proposé." (p. 56). Les psychanalystes avaient ainsi proposé deux types d'explication à l'impuissance masculine, avec d'une part, une conception intrapsychique fondée sur le recours à une étiologie du traumatisme infantile, et d'autre part, l'ouverture psychosociale de Stekel avec la prise en compte du partenaire et des normes sociales.

⁹ Dr. Belliol (1832). *De l'impuissance ou perte de virilité*. Paris, chez l'auteur, rue des Bons-Enfants. Roubaud, F. (1855). *Traité de l'impuissance et de la stérilité chez l'homme et chez la femme*. Paris, J.-B. Baillière. Acton, W. (1865). *The functions and disorders of the reproductive organs in childhood, youth, adult age, and advanced life considered in their physiological, social and moral response*. Philadelphia, Lindsay and Blakiston.

¹⁰ Beard, G. M. (1884). *Sexual neurasthenia [nervous exhaustion] : Its hygiene, causes, symptoms, and treatment, with chapter on diet for the nervous* (manuscrit posthume édité par A.D. Rockwell). New York, E.B. Treat.

¹¹ Ferenczi, S. (1908). Interprétation et traitement psychanalytique de l'impuissance psychosexuelle de l'homme. pp. 38-50. In : *Œuvres complètes*, Tome I, Paris, Payot. (tr. fr. 1968), cité par Christian Mormont (1985). *Théories et traitements psychologiques de l'impuissance érective*. *Acta Psychiatrica Belgica*, vol. 2, pp. 325-372.

¹² Stekel, W. (1950). *L'homme impuissant*. Paris, Gallimard. (tr.fr.).

Les travaux de Masters & Johnson

La psychologisation de l'impuissance masculine culmine au cours des années soixante et soixante-dix avec la publication des travaux de William Masters et Virginia Johnson. Ces deux chercheurs (l'un médecin et l'autre psychologue) ont apporté une contribution majeure à la connaissance de la psycho-physiologie des réactions sexuelles de l'homme et de la femme et établi des protocoles précis pour le traitement des mésententes sexuelles. Ils ont ainsi distingué *l'impuissance primaire* qui désigne "une absence totale d'érection ou une érection trop brève pour permettre d'accomplir l'acte sexuel" et *l'impuissance secondaire* qui est "le fait d'un homme qui a pu au moins une fois, pratiquer des rapports sexuels satisfaisants (...) jusqu'au jour où il connaît son premier échec. Nous considérons comme impuissant secondaire un homme qui échoue dans 25 % de ses tentatives de coït"¹³. L'impuissance masculine est, en outre distinguée, selon qu'elle est d'origine physique ou qu'elle relève de causes psychiques. Mais selon Masters et Johnson, l'étiologie psychogène constituait la cause la plus fréquente de l'impuissance masculine et pouvait concerner les impuissances primaires aussi bien que les impuissances secondaires. La question du couple et de la relation sexuelle est posée de façon centrale et explicite chez ces auteurs : "Le principe thérapeutique fondamental de la Fondation est de considérer la relation conjugale comme le sujet à traiter, par l'intermédiaire de ses deux composantes que sont l'homme et la femme. En d'autres termes nous disons que les problèmes sexuels sont les problèmes sexuels de la cellule conjugale et, en aucun cas, ne sont des problèmes personnels de l'un ou de l'autre époux." (*ibid.* p. 15).

Les travaux de Masters & Johnson se situent à la charnière entre la psychologisation et la médicalisation de l'impuissance masculine. Tout d'abord, ils entreprennent l'abandon du modèle psychanalytique de l'impuissance. Leurs travaux fondamentaux menés en laboratoire jettent les fondements d'un modèle psycho-physiologique de la réponse sexuelle humaine considérée comme une forme de comportement naturel qui contribue à la communication au sein du couple et à l'épanouissement des conjoints¹⁴. Ils établissent des critères distinctifs (primaire ou secondaire) reposant sur des mesures objectives (échec de l'érection dans 25 % des tentatives de coït). Ils élaborent ainsi une

¹³ Masters W. & Johnson V. (1970). *Les mésententes sexuelles et leur traitement*. Paris, Robert Laffont. (p. 131 et 147), tr.fr. 1971.

¹⁴ C'est à la même époque, au moment où le rapport sexuel est considéré comme base de communication, que J. Lacan écrit que "le rapport sexuel n'existe pas"

théorie de l'impuissance qui situe explicitement celle-ci comme incapacité à accomplir le coït hétérosexuel dans le contexte du couple marié, à l'exclusion d'autres pratiques et situations sexuelles ¹⁵.

Les principaux dysfonctionnements du couple sont interprétés comme cause et conséquence des dysfonctionnements de la fonction érotique. En l'absence de traitement pharmacologique efficace, ils développent une approche thérapeutique qui s'inscrit dans le registre des modifications comportementales. La production clinique des érections et le retour à l'érection ne constituent pas les objectifs immédiats du traitement qui est de l'ordre de l'apprentissage et de la modification comportementale. Un élève de Masters & Johnson prend explicitement position contre les ébauches de traitements pharmacologiques qui commencent à apparaître à cette époque : "le traitement médical n'aura pas comme but clinique précis de provoquer une érection. Le patient doit comprendre dès le début que le médecin n'est pas plus capable que lui de provoquer une érection au moyen de quelque secret pharmacologique." ¹⁶. *A posteriori* cette prise de position constitue une déclaration idéologique à l'encontre des innovations à venir.

L'ère des découvertes scientifiques et médicales

Dès la fin des années soixante-dix, un certain nombre de molécules visant à rétablir l'érection, sont testées ¹⁷ mais la majorité de ces traitements sont considérés comme peu efficaces ¹⁸. Les découvertes techniques et scientifiques les plus marquantes ont lieu au début des années quatre-vingt : découverte de l'action de la papavérine en injection intra-caverneuse (IIC) par un cardiologue français, Ronald Virag ¹⁹ ; découverte du rôle du monoxyde d'azote (NO) ²⁰ et de son application ultérieure à l'étude des processus

¹⁵ Les travaux de la deuxième époque de Masters & Johnson à la fin des années soixante-dix ont cependant posé le principe de l'équivalence généralisée de toutes les pratiques sexuelles pour l'obtention de l'orgasme et ont pris en compte des individus ne vivant pas en couple hétérosexuel. Sur ce point, voir : Giami, A. (1999). Cent ans d'hétérosexualité. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°128, pp. 38-45.

¹⁶ Trimmer, E. (1981). *Sexologie clinique*. Paris, Masson (p. 77).

¹⁷ Seagraves, RT. (1998). Pharmacological Era in the Treatment of Sexual Disorders. *Journal of Sex and Marital Therapy*, N° 24, pp. 67-68.

¹⁸ Garcia-Reboll L, Mulhall JP, Goldstein I (1997). Drugs for the treatment of impotence. *Drugs Aging*, 1997 Aug. 11(2) : 140-51.

¹⁹ Virag, R. (1982). Intracavernous injection of papaverine for erectile failure. *The Lancet*, 2, 938.

²⁰ Furchgott, R., Ignarro, LJ. (1987) *Proceedings of the National Academy of Sciences*, N° 84, pp. 9265-9268. L'équipe de chercheurs (Robert F. Furchgott, Louis J. Ignarro et Ferid Murad) qui a

neuro-vasculaires de l'érection ²¹. Les urologues s'emparent de ces nouveaux outils pour investir de façon plus marquée le champ de l'impuissance masculine et en redéfinir les contours aux plans de la recherche fondamentale et des traitements ²². Répondant à une interview du *New York Times* en février 2000, Irwin Goldstein, un urologue de l'Université de Boston et principal promoteur de la "dysfonction érectile" déclarait : "en l'absence de traitement, on n'a pas de maladie" ²³. Ces urologues entreprennent donc de reconceptualiser l'impuissance masculine de façon à inclure cette pathologie dans leur cadre de pensée et préparer le terrain aux nouveaux traitements qui apparaîtront au cours des années suivantes. Ce faisant, ces urologues se situent dans le contexte d'une évolution de l'urologie, alors caractérisée de façon majeure comme une branche de la chirurgie. Cette discipline s'ouvre ainsi à des conceptions et des pratiques empruntant de plus en plus à l'endocrinologie et aux traitements pharmacologiques et s'associe à l'andrologie. Ces nouvelles approches urologiques tranchent de façon radicale avec les approches urologiques du XIX^e siècle fondées sur l'idée de l'irritation de l'urètre.

La stratégie médico-scientifique va se déployer autour des axes suivants : définition de la nosographie, épidémiologie, mise au point de questionnaires d'évaluation et réalisation d'essais thérapeutiques des nouveaux médicaments. Les publications princeps portent, dans la majorité des cas, les signatures des membres du "groupe de Boston" ²⁴.

découvert le NO (monoxyde d'azote) a obtenu le prix Nobel de Médecine le 12 octobre 1998, année de la mise sur le marché du Viagra. Par ailleurs, le NO avait été retenu comme la "molécule de l'année" 1992 par la revue *Science*. Un roman de *fiction in science* porte le titre de "NO" (C. Djerassi, University of Georgia Press, 1998). On peut y lire sous le mode de la fiction les principales étapes de la construction socio-scientifique d'un produit analogue au Viagra ainsi que le détail des liens entre les universitaires, l'industrie des biotechnologies, les institutions de régulation (FDA) et le marché boursier.

²¹ Rajfer J, Aronson WJ, Bush PA, Dorey FJ, Ignarro LJ. (1992). Nitric Oxide as a mediator of relaxation of the corpus cavernosum in response to nonadrenergic, noncholinergic neurotransmission. *The New England Journal of Medicine*, 326 : 90-94.

²² Krane, R., Siroky, M., Goldstein, I. (1983). *Male sexual dysfunction*. Boston, Little, Brown & Company. Cet ouvrage synthétise les premières publications du "groupe de Boston" consacrées à l'impuissance.

²³ Hitt, J. (2000). The second sexual revolution. *The New York Times Magazine*, 20 février 2000.

²⁴ L'Université de Boston a constitué le berceau du renouvellement des conceptions urologiques de l'impuissance.

Nosographie : le trouble d'un organe

Dans un article de revue de la littérature intitulé *Impotence* (publié en 1989), les urologues du "groupe de Boston" estiment alors que dix millions d'américains souffrent d'impuissance. Ils prennent appui sur les découvertes scientifiques et techniques pour développer leur argument. "Au cours de la dernière décennie, la principale avancée dans la compréhension de l'impuissance a résidé dans l'observation selon laquelle l'état de contraction ou de relâchement des muscles lisses, régule le flot du sang dans les corps caverneux et détermine l'état de flaccidité ou d'érection du pénis. La capacité d'influer sur l'état des muscles lisses par l'injection intra-caverneuse d'agents pharmacologiques a conduit au développement de nouvelles procédures diagnostiques et thérapeutiques de l'impuissance." (p 1656) ²⁵. Ces urologues proposent d'abandonner le terme d'impuissance pour celui de "dysfonction érectile". Ils définissent celle-ci comme "l'incapacité persistante à obtenir ou à maintenir une érection d'une rigidité suffisante pour avoir un rapport sexuel. Le degré de dysfonction érectile est variable et peut se situer entre une diminution partielle de la rigidité pénienne ou de la capacité à maintenir une érection et le manque complet d'érection. Cette définition est restreinte à la capacité érectile du pénis et elle n'inclut pas les problèmes de libido, d'éjaculation et d'orgasme." ²⁶. Elle n'inclut pas non plus les retentissements psychologiques et relationnels de ce trouble qui caractérisaient les approches antérieures de l'impuissance.

La gravité de l'impuissance est mesurée à l'aide d'un ensemble de critères : la diminution ou la perte de la rigidité pénienne et le caractère temporaire ou permanent de celle-ci. Ces auteurs ne retiennent pas le critère de fréquence d'apparition, établi par Masters et Johnson. Ils abandonnent la centralité de la référence au partenaire comme étiologie et comme base du traitement. Le choix de nouveaux critères fondés sur l'évaluation du degré de rigidité de l'érection, renvoie directement aux nouvelles conceptions scientifiques qui sont ainsi transposées au niveau du diagnostic.

Des relations nouvelles sont ainsi établies entre les avancées scientifiques, la conception de l'étiologie fondée sur la neuroendocrinologie et les recommandations concernant les traitements existants et à venir. L'évolution majeure réside ainsi dans

²⁵ Krane,R., Goldstein, I., Saenz de Tejada, I. (1989). *Impotence. The New England Journal of Medicine*, 321, (24), 1648-1659.

²⁶ *Ibid.*

l'établissement d'une étiologie organique, fondement des traitements pharmacologiques : les molécules agissent sur le corps. L'érection en tant que processus physiologique est isolée du reste du fonctionnement et de la relation sexuelle. Les conceptions psychologiques de l'étiologie et la dimension comportementale des traitements sont abandonnées. Ce modèle s'inscrit pleinement dans le cadre du stéréotype de sens commun de la sexualité masculine dominé par l'urgence biologique et l'absence de référence à la relation et aux sentiments qui peuvent unir les partenaires. Quelques années plus tard, lorsque ce nouveau modèle organiciste sera appliqué à l'explication des dysfonctions sexuelles féminines, une violente controverse scientifique sera soulevée. Les chercheuses féministes refusent l'application d'un modèle organiciste, excluant les dimensions relationnelles et sentimentales, à l'explication de la sexualité féminine²⁷.

Ces travaux et les suivants (notamment ceux qui concernent les résultats des essais cliniques du Viagra) sont publiés dans les revues médicales les plus prestigieuses et non pas dans les revues sexologiques (très développées aux Etats-Unis depuis les années soixante²⁸) qui ont assuré la diffusion des théories psychologiques et des traitements comportementaux. Les urologues redonnent ainsi à l'impuissance ses lettres de noblesse médicale en la débarrassant de ses composantes psychologiques, de la référence à la globalité de la personne et à la relation. Ils ouvrent en même temps de nouvelles voies à l'urologie en réduisant l'influence du modèle fondé sur l'intervention chirurgicale.

Epidémiologie : la politique du nombre

L'épidémiologie des troubles sexuels était déjà bien établie avant l'arrivée des urologues dans le domaine de l'impuissance. En 1990, une revue critique de la littérature avait établi un consensus selon lequel la prévalence de l'impuissance se situait entre 3 et 9 % des hommes adultes²⁹. En 1987, Irwin Goldstein, et ses associés du "groupe de Boston", montent une enquête épidémiologique en population générale,

²⁷ Voir sur ce point le débat soulevé dans le *British Medical Journal* au moment de la parution d'un article de R. Moynihan, *The making of a disease: female sexual dysfunction*, *British Medical Journal*, 2003, 326: 45-47.

²⁸ Voir sur ce point : Zucker, K. (2002) From the Editor's Desk: Receiving the torch in the Era of Sexology Renaissance. *Archives of Sexual Behavior*, Vol. 31, n°1, pp. 1-6.

²⁹ Spector, IP, Carey, MP (1990). Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions : A critical review of the litterature. *Archives of Sexual Behavior*, 19, 389-408.

financée par des fonds fédéraux, auprès des hommes âgés de plus de quarante ans : la *Massachusetts Male Aging Study* (MMAS) dont les premiers résultats sont publiés dans une revue d'urologie ³⁰. Les résultats de cette enquête, qui situent à plus de 50 % la proportion d'hommes atteints de "dysfonction érectile", établissent une augmentation considérable de la prévalence de ce trouble. La prévalence totale de la dysfonction érectile est segmentée en degrés de gravité recueillis à l'aide d'un questionnaire auto-administré adressé aux hommes : "L'impuissance modérée constitue la catégorie la plus représentée avec une prévalence de 25,2 %, la suivante est l'impuissance minimale avec 17,2 % et la plus faible est l'impuissance complète avec 9,6 %." ³¹. Cette enquête fondée sur une nouvelle définition de l'impuissance permet ainsi de *tripler* l'estimation de sa prévalence moyenne reconnue précédemment par les mêmes urologues (trente millions d'hommes seraient désormais concernés aux Etats-Unis) et d'établir que les principaux facteurs de risque de l'impuissance sont d'origine organique. La MMAS s'impose comme l'unique base de référence épidémiologique de la grande majorité des publications de ce domaine ³².

Essais cliniques

La mise au point d'un traitement pharmaceutique passe nécessairement par toute une série d'essais cliniques de différentes phases visant à évaluer la tolérance et la toxicité, le dosage et l'efficacité d'une molécule dans le cadre d'une indication spécifique. Les essais cliniques contribuent à la construction des caractéristiques du produit et dessinent son profil. Le sildénafil doit donc être construit comme un médicament et pas comme un aphrodisiaque et les essais vont contribuer à sa définition comme traitement d'une maladie spécifique.

La tolérance et l'efficacité du sildénafil ont été mises en évidence en 1996 ³³ par une équipe de chercheurs du laboratoire britannique de la firme Pfizer (*Pfizer Central Research*, Sandwich, Royaume-Uni). Dans cet essai, des "volontaires sains" (c'est-à-dire

³⁰ Feldman, H., Goldstein, I., Hatzichristou, D., Krane, R., McKinlay, J. (1994). Impotence and its medical and psychosocial correlates : results of the Massachusetts Male Aging Study. *The Journal of Urology*, 151, 54-61.

³¹ *Ibid.* p. 55.

³² Pour une discussion de la construction de l'épidémiologie de la dysfonction érectile voir : Giami, A. : Socio-épidémiologie de l'impuissance masculine. *Andrologie*, 1999, 9, (2), pp. 177-190.

³³ Boolell M, Allen MJ, Ballard SA, Gepi-Attee S, Muirhead GJ, Naylor AM, Osterloh IH, Gingell C. (1996) Sildenafil: an orally active type 5 cyclic GMP specific phosphodiesterase inhibitor for the treatment of penile erectile dysfunction. *Int J Impot Res*, 8(2):47-52

des hommes chez qui la dysfonction érectile n'a pas été diagnostiquée) ont été inclus uniquement lors de la phase d'évaluation de la tolérance au sildénafil (pharmacocinétique) dans laquelle l'évaluation de l'amélioration des érections ne faisait pas partie du protocole ³⁴. Par la suite, seuls des hommes ayant une dysfonction érectile diagnostiquée ont participé aux essais d'efficacité. Celle-ci a été tout d'abord évaluée sur un groupe de douze hommes ayant une dysfonction érectile depuis au moins six mois et *en l'absence de toute cause organique* à partir de l'administration d'une "stimulation sexuelle visuelle" d'une durée de deux heures (magazines et cassettes vidéo érotiques), trente minutes après l'administration du produit : "L'efficacité du médicament sur l'activité érectile du pénis a été évaluée à l'aide d'une mesure de la rigidité pénienne à la base du pénis (pléthysmographie pénienne : RigiScan, Dacomed Corporation)" (p. 49). Cet essai met en évidence l'amélioration de la rigidité des érections, en présence d'un stimulus sexuel visuel et permet seulement de faire l'hypothèse que l'amélioration de l'érection obtenue à l'aide du traitement permettra la restauration de la pénétration génitale en présence d'un "stimulus physiologique", c'est-à-dire, une femme... L'évaluation de l'efficacité du traitement ne porte donc, à ce stade des essais, que sur le rétablissement d'une "fonction érectile normale" chez des hommes ayant une dysfonction érectile (les seuls ayant fait l'objet d'une évaluation de l'efficacité du produit) et pas sur la restauration de l'activité sexuelle. Par ailleurs, la description du mécanisme d'action du sildénafil peut laisser penser que cette efficacité va bien au-delà de ces hommes : "Le mécanisme d'action du sildénafil suggère qu'il induit ou augmente les érections en présence d'une stimulation sexuelle mais qu'il ne produira pas d'érections en l'absence d'un stimulus physiologique ou sexuel." (p. 52). Pour que l'évaluation de l'efficacité du sildénafil soit réalisée en milieu naturel, il manquait encore un questionnaire d'évaluation rempli par les volontaires.

Questionnaire d'évaluation

En 1997, le "*International Index of Erectile Function*" (IIEF) est élaboré avec le soutien de la firme Pfizer qui commercialise le Viagra ³⁵. Alors que des dizaines de questionnaires

³⁴ Un responsable médical des laboratoires Pfizer, nous a affirmé que la non-inclusion de "volontaires sains" dans les essais d'efficacité, c'est-à-dire d'hommes sans dysfonction érectile, résultait d'une stratégie très claire de la part du laboratoire. Il ne fallait en aucun cas pouvoir suggérer que le Viagra pût être utilisé comme un aphrodisiaque, mais établir son efficacité dans le traitement d'une maladie (Communication personnelle, juillet 1998).

³⁵ Rosen, RC, Riley, A., Wagner, G., Osterloh, IH, Kirkpatrick, J., Mishra, A. (1997). The International Index of Erectile Function. *Urology*, 49 : 822-830. Ray Rosen est un sexologue qui a

permettant d'évaluer l'activité sexuelle et les dysfonctions sexuelles existaient déjà sur le marché ³⁶, ces chercheurs mettent en avant l'objectif premier de résoudre les difficultés d'établissement du diagnostic et d'évaluer les résultats des essais thérapeutiques des nouveaux traitements de l'impuissance : "Aucun des outils existants n'a démontré sa validité sélective ni une sensibilité suffisante pour évaluer les résultats des traitements dans des essais cliniques multinationaux." (p. 823). Au final, l'IIEF est un questionnaire comprenant 15 questions permettant d'évaluer la fonction érectile, "facile d'utilisation dans les essais et le contexte clinique". Ce questionnaire propose une approche objectiviste de l'évaluation de la fonction érectile en y incluant deux questions sur la satisfaction dans la vie sexuelle et la relation avec la partenaire.

On observe un premier glissement des conceptions. Alors que la "dysfonction érectile" a été bien isolée de l'ensemble de la "réaction sexuelle" par les urologues, l'IIEF réintroduit la question de l'activité sexuelle au moyen de l'évaluation de la satisfaction, qui ne peut porter que sur l'ensemble de la "réaction sexuelle" et de la relation avec la partenaire, à moins de considérer que l'érection est l'unique indicateur de satisfaction sexuelle masculine... Ce n'est pas seulement le fonctionnement de l'organe qui est évalué, mais bien l'ensemble de l'activité sexuelle de l'homme. Ce questionnaire, traduit et validé dans une dizaine de langues, sera par la suite utilisé lors des essais cliniques du Viagra.

Deux mois après l'approbation du Viagra par la *Food and Drug Administration* (FDA), le premier essai multicentrique d'efficacité du Viagra est publié ³⁷, avec le soutien de la firme pharmaceutique Pfizer, promoteur du médicament. Cet essai met en évidence l'efficacité du médicament et sa bonne tolérance par les sujets en "situation naturelle". Les conditions d'inclusion dans l'essai étaient les suivantes : "Dans les deux essais, nous avons étudié un total de 861 hommes âgés de 18 ans ou plus avec un diagnostic clinique de dysfonction érectile d'au moins six mois, dans 37 centres aux Etats-Unis.

développé des modèles de traitements intégrés des troubles sexuels. Gorm Wagner est un physiologiste danois. Il a été le fondateur de l'ISIR (cf. infra).

³⁶ Sur ce point voir : Davis, C., Yarber, W., Bauserman, R., Schreer, G., Davis, S. (1998). *Handbook of Sexuality-Related Measures*. Sage, Thousand Oaks, London, New Delhi.

³⁷ Goldstein, I., Lue, T., Padma-Nathan, H., Rosen, R., Steers, W., Wicker, P. for the sildenafil Study Group (1998). Oral Sildenafil in the treatment of erectile dysfunction *The New England Journal of Medicine* 338 (20) : 1397-1404. Il faut noter que la publication des résultats de l'essai multicentrique, dont le protocole est construit selon les normes de la FDA, intervient après l'approbation par celle-ci. Ainsi l'autorisation de mise sur le marché américain a été fondée sur des résultats non encore publiés.

Chaque homme devait se trouver dans une relation stable avec une partenaire de sexe féminin, qui avait commencé au moins six mois auparavant." Les homosexuels et les hommes ne vivant pas en couple n'ont pas été inclus dans l'essai.

Les résultats mettent en évidence que l'efficacité du médicament ne varie pas en fonction de l'étiologie du trouble (organique ou psychogène). Le médicament est donc efficace pour toutes les formes de "dysfonction érectile", quelle qu'en soit l'étiologie. Ce qui amène les auteurs à affirmer que "chez la plupart des hommes la dysfonction érectile est un problème multifactoriel" (p. 1402) et que l'absence d'un type d'étiologie n'implique pas nécessairement que l'autre est prédominante. Autant ratisser le plus large possible....

L'utilisation de l'IIEF permet aux auteurs de considérer que "le sildénafil améliore la fonction sexuelle des hommes ayant une dysfonction érectile." (p. 1401). Ils prennent bien soin d'affirmer que "le sildénafil est supposé restaurer la *réponse érectile naturelle* à une stimulation sexuelle et ne pas susciter d'érections en l'absence de telles stimulations." (p.1398). Le sildénafil se démarque ainsi des autres traitements pharmacologiques existants (la Papavérine notamment) qui provoquent des érections en dehors de toute stimulation sexuelle. Mais, surtout, compte tenu de la facilité d'utilisation du Viagra (par voie orale) et pour parer aux critiques qui pourraient être suscitées par le discours des médias, on affirme avec force que ce médicament n'est pas un aphrodisiaque ³⁸. Son efficacité n'a pas été testée chez des hommes qui n'ont pas de dysfonction érectile et qui pourraient souhaiter augmenter leurs performances sexuelles. Les partenaires de sexe féminin ont été interrogées pour vérifier l'efficacité du traitement, mais "seulement 25 % des partenaires ont rempli le questionnaire en option" (p. 1402). Parmi les qualités du sildénafil, les auteurs remarquent qu'il permet une "administration discrète" ... par rapport à la partenaire. Le glissement normatif se précise : alors que les premiers essais d'efficacité évaluaient la restauration et l'amélioration du fonctionnement érectile, l'essai clinique majeur aborde l'ensemble de la "fonction sexuelle", propose une évaluation de la satisfaction et tente de prendre en compte les partenaires féminines, tout en précisant qu'il peut être utilisé en l'absence d'information de celles-ci. Le traitement pharmacologique de la "dysfonction érectile" apparaît ainsi comme un traitement de l'activité sexuelle.

³⁸ Le Laboratoire Pfizer a placé la gestion du Viagra dans sa division "Urologie".

La légitimation et la diffusion de la médicalisation de l'impuissance

La légitimation de la médicalisation de l'impuissance est soutenue par une intense activité organisationnelle. Le processus de légitimation va consister principalement en une institutionnalisation de la communauté scientifique de l'impuissance masculine et une diffusion internationale des idées des urologues en direction des professionnels du monde médical et sexologique. Trois phases clés sont à retenir.

Création de sociétés savantes

Dès 1982, l'*International Society for Impotence Research* (ISIR) est créée avec "l'objectif de promouvoir la recherche et les échanges dans la connaissance de l'entité clinique : impuissance, parmi la communauté scientifique internationale. L'orientation principale de l'ISIR vise à l'étude scientifique fondamentale de l'érection, des défauts du mécanisme érectile et des aspects cliniques liés au diagnostic et au traitement de la dysfonction érectile. Les objectifs de l'ISIR sont les suivants : établir une société scientifique qui encouragera les critères les plus élevés dans la pratique, la formation et la recherche dans le domaine de l'impuissance, au bénéfice du public ; promouvoir les publications et encourager les contributions à la littérature médicale et scientifique ; ne s'engager dans aucune activité motivée par le profit ; s'assurer qu'aucune des activités de cette société ne soit de nature politique." ³⁹. Depuis sa création, l'ISIR organise régulièrement des conférences internationales sur l'impuissance. L'*International Journal of Impotence Research*, la revue officielle de l'ISIR, est créée en 1989. Son objectif scientifique est de "concentrer [nos] intérêts sur la fonction normale et pathologique d'un simple organe". Bien avant l'engagement massif de l'industrie pharmaceutique, la création de cette société scientifique s'inscrit dans l'idéal scientifique le plus traditionnel. Ses fondateurs affirment s'engager dans un travail de déverrouillage de la recherche et de lutter contre les tabous qui s'opposent à la connaissance, tout en se mettant au service du public. La création de la revue permet ainsi la diffusion des idées de cette communauté dans le monde médical et scientifique. Il faut cependant noter que l'ISIR deviendra l'*International Society for Sexual and Impotence Research* (ISSIR) en l'an 2000, exprimant ainsi une stratégie d'ouverture à l'ensemble des aspects de la sexualité et en particulier à la sexualité féminine et confirmant ainsi le glissement (du traitement de la "dysfonction érectile" vers la restauration de l'activité sexuelle globale) opéré lors des essais cliniques de 1997. Cependant la principale société scientifique

³⁹ International Society for Impotence Research : www.urolog.nl/artsen/isir/

d'étude de l'érection n'a toujours pas remplacé le terme d'impuissance par celui de dysfonction érectile...

Conférence de consensus

La conférence de consensus organisée par le *National Institute of Health* (NIH) les 7, 8 et 9 décembre 1992 marque le recours des entrepreneurs du domaine de l'impuissance aux institutions publiques de légitimation de la science et la médecine. Les règles de fonctionnement des conférences de consensus et de développement du NIH stipulent que "les communiqués officiels du NIH sont préparés par un groupe d'experts non-militants, n'appartenant pas à l'administration fédérale et sont fondés : (1) sur des présentations de chercheurs travaillant dans le domaine qui fait l'objet de la demande de consensus, au cours d'une séance publique de deux jours ; (2) les questions et les réponses des participants à la discussion ; (3) les délibérations à huis clos du groupe d'experts. Le communiqué est un rapport indépendant du groupe d'experts et non une déclaration de politique du NIH ni du gouvernement fédéral." ⁴⁰ .

Le communiqué officiel du NIH reprend les idées principales élaborées par le "groupe de Boston". Ces idées, discutées et validées par des experts médicaux de provenances diverses, commencent ainsi à sortir du cercle restreint du "groupe de Boston" et de l'*International Society of Impotence Research*. Dès 1992, la communauté scientifique et médicale des Etats-Unis reconnaît la validité de ces idées nouvelles, propose le développement de la médicalisation de l'impuissance et leur donne une certaine légitimité ⁴¹. Le communiqué du NIH, qui porte le titre : *Impotence* alors qu'il plaide pour le remplacement de ce terme par celui de dysfonction érectile, sera abondamment cité comme source de légitimation par les urologues et les chercheurs travaillant dans ce domaine.

Ouverture aux professionnels et soutien de l'industrie

En 1999, une "Consultation Internationale sur la Dysfonction Erectile" est organisée à Paris. Cette consultation qui est placée sous les auspices de l'OMS et de la Société Internationale d'Urologie est organisée par Saad Houry un urologue de l'Hôpital de la

⁴⁰ <http://text.nlm.nih.gov/nih/cdc/www/about.html>.

⁴¹ Le document du NIH a fait l'objet d'un débat dans un numéro du *International Journal of Impotence Research* (Volume 5, n°4, Décembre 1993). Leonore Tiefer en résume en quelques mots les enjeux : "En simplifiant à peine, les urologues ont aimé ce rapport alors que les sexologues ont dit qu'il présentait des lacunes importantes." (Tiefer, *op.cit.*, p. 277).

Pitié-Salpêtrière et placée sous la présidence d'Alain Jardin (Professeur d'Urologie et chef du service d'Urologie à l'Hôpital de Bicêtre). Le groupe des urologues français (comprenant en outre François Giuliano, Maître de conférences en thérapeutique et principal investigateur des essais sur le Viagra et d'autres molécules en France) cherche ainsi à équilibrer l'influence des urologues américains en donnant une dimension internationale à la réflexion et en cherchant à placer les idées des urologues européens⁴². L'industrie pharmaceutique soutient cette conférence en organisant des symposiums satellites sur les différentes molécules en cours d'expérimentation et en finançant le déplacement et le séjour de la majorité des congressistes. Les recommandations du comité scientifique international de cette conférence établissent que "lorsqu'ils sont indiqués, les traitements par voie orale seront probablement le traitement de première intention pour la majorité des patients, en raison de leurs bénéfices potentiels et de leur nature non invasive."⁴³. Cette conférence marque le renforcement de l'internationalisation de la médicalisation de l'impuissance et de l'alliance entre les urologues et l'industrie pharmaceutique. Le soutien formel de l'OMS renforce la légitimité de ce processus.

La tenue de la 15^e Conférence de la *World Association of Sexology* (WAS) qui a réuni près de 2500 participants venus du monde entier, à Paris en juin 2001 marque le point d'orgue de l'entrée en force de l'industrie pharmaceutique et des urologues dans le monde de la sexologie. Alors que la WAS est traditionnellement un lieu d'échanges qui équilibre les communications des sexologues médecins et non-médecins, qui aborde les questions d'éducation sexuelle, de prévention et qui plaide pour un concept global de santé sexuelle, la conférence de Paris a accordé les meilleures plages horaires et les salles les plus vastes (bénéficiant de la traduction simultanée en français, anglais et espagnol) aux présentations consacrées aux traitements des troubles sexuels, au détriment des présentations de prévention et d'éducation sexuelle qui drainent habituellement la majorité des participants d'Amérique Latine et d'Asie.

Au plan français, la diffusion des idées et des recommandations cliniques fait l'objet d'une alliance entre l'industrie pharmaceutique et les sociétés médicales. Henri Navratil, un professeur d'urologie de Montpellier, fondateur de la Société d'Andrologie

⁴² Les urologues français préfèrent le terme *d'insuffisance érectile* à celui de dysfonction érectile.

⁴³ Jardin, A., Wagner, G., Khoury, S., Giuliano, F., Padma-Nathan, H., Rosen, R. (2000). *Erectile Dysfunction (1st international Consultation on Erectile Dysfunction)*. Paris. Recommandations du Comité Scientifique International p. 11.

de Langue Française (SALF) structure le regroupement de la SALF, de l'Association Française d'Urologie (AFU) et de l'Association Inter Hospitalo Universitaire de Sexologie (AIHUS) pour organiser la formation des médecins dans le cadre du programme "Objectif Dysfonctions Erectiles" lancé en juillet 1998 à Paris sous l'égide de Pfizer. Les principaux membres de ces sociétés constituent le comité scientifique du programme. Plusieurs milliers de médecins spécialistes et généralistes bénéficient des soirées de formation organisées avant la mise sur le marché du Viagra. On retrouve avec le Viagra la situation qui prévaut pour les psychotropes, où l'industrie pharmaceutique contrôle de façon quasi exclusive l'information et la formation des médecins ⁴⁴.

La légitimation de la conception médicalisée de l'impuissance a emprunté tout d'abord le chemin d'une institutionnalisation des réseaux de chercheurs avec la création de sociétés et de revues scientifiques. Le groupe des urologues entrepreneurs a ensuite sollicité les instances médico-scientifiques officielles américaines qui ont donné leur approbation au programme scientifique et qui ont émis des recommandations en matière de diagnostic et de traitement. C'est au moment de la préparation du lancement du médicament que les chercheurs et l'industrie pharmaceutique se rencontrent. Jusqu'à ce moment, la fabrication de la molécule était restée dans le giron de l'industrie, la mise en place des essais d'efficacité et de leur évaluation nécessite les savoir-faire des spécialistes de l'impuissance. Il est donc excessif d'affirmer que les médicaments des troubles sexuels sont une "invention de l'industrie pharmaceutique" ⁴⁵ : ils résultent d'un intense soutien financier et politique de l'industrie pharmaceutique aux chercheurs engagés depuis longtemps dans la recherche en ce domaine. À partir de ce moment, les intérêts de l'industrie et des chercheurs convergent dans une entreprise commune. Par la suite, les chercheurs travaillent avec le soutien de l'industrie pharmaceutique et ils bénéficient de son soutien pour la diffusion des idées, en développant les recommandations pratiques (diagnostic et thérapeutique) et la formation des professionnels placés en première ligne de la prescription des traitements. Le terme de "dysfonction érectile" s'impose dans les situations qui sont contrôlées par l'industrie pharmaceutique, alors que le terme d'impuissance continue à résister dans le monde médical.

⁴⁴ Sur ce point voir : Zarifian, E. (1996). *Le Prix du bien-être*. Paris, Odile Jacob.

⁴⁵ R. Moynihan, *op. cit.*

Santé Publique : confrontation à l'Etat et limites de la logique médicale

Les résultats de l'enquête épidémiologique MMAS ont permis l'extrapolation selon laquelle plus de trente millions d'hommes américains seraient atteints de "dysfonction érectile". Depuis la publication de ces résultats, les promoteurs de la "dysfonction érectile" affirment couramment que celle-ci constitue un "problème majeur de santé publique"⁴⁶, "que cette maladie a une prévalence élevée, que son incidence augmente avec l'âge, qu'il s'agit d'une maladie évolutive et qu'elle est actuellement sous-traitée"⁴⁷. Le même discours a été développé à propos du traitement de la dépression⁴⁸

Les institutions de l'Etat en charge de la Santé Publique interviennent dans cette question à plusieurs niveaux. D'une part, en donnant l'autorisation de mise sur le marché du médicament en fonction du Service Médical Rendu (SMR), en autorisant le remboursement du médicament sur demande du laboratoire pharmaceutique et en négociant son prix public, en assurant la pharmacovigilance (surveillance des risques associés à un médicament et de l'adéquation des prescriptions avec le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP)) et en contrôlant la publicité faite par les laboratoires. D'autre part, l'Etat est intervenu au niveau du "débat de société" par l'intermédiaire du Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE) sollicité sur cette question.

L'intervention de l'Etat porte habituellement et principalement sur la gestion du médicament, mais dans le cas des traitements de l'impuissance et du Viagra, les plus hautes autorités sanitaires (le Secrétaire d'Etat à la Santé et le Directeur Général de la Santé) ont ouvertement posé les enjeux de société et de la question des normes sociales soulevées par ce "nouveau médicament innovant". La réflexion de ces autorités et leur action ne se sont pas limitées à la question du Service Médical Rendu ni à celle du coût engendré par la mise sur le marché de ce médicament (ce qui avait fait l'objet d'une grande inquiétude dans d'autres sphères de l'administration)⁴⁹.

⁴⁶ Cette expression a été largement employée à propos de l'épidémie de VIH-sida.

⁴⁷ Shabsigh, R., L. Alexandre, Nielsen, H., Fitzpatrick, J., Melchior, H. (2000). Economical aspects of Erectile Dysfunction. In : A., Jardin, G., Wagner, S., Khoury, F., Giuliano, H. Padma-Nathan, R. Rosen (2000). *Op. cit.* . pp. 55-64.

⁴⁸ Ehrenberg, A.. *La fatigue d'être soi. Dépression et Société*, Paris, Odile Jacob, 1998.

⁴⁹ La décision de confier la présidence du Groupe de Travail sur l'impuissance à un chercheur du secteur public, non-médecin ("non-prescripteur") témoigne de cette mise en perspective sociétale.

L'Etat est interpellé par les différents acteurs ou groupes d'acteurs qui ont des intérêts dans la question du médicament. Ceci peut prendre la forme de la demande d'accès au remboursement par l'Assurance Maladie, par le laboratoire et à la négociation du prix de vente du médicament. Le *lobbying* mené par l'industrie pharmaceutique, comme stratégie d'influence du pouvoir, entre aussi dans cette dimension. Ce qui a été le cas avec l'organisation d'un colloque consacré à la "prise en charge des troubles de la sexualité dans le système de santé", à l'Assemblée Nationale (25 Avril 2001) financé par le laboratoire Pfizer.

Le *lobbying* politique et institutionnel ne constitue pas la seule dimension de la stratégie de communication des laboratoires pharmaceutiques. Celle-ci est complétée par des campagnes d'information et de sensibilisation des médecins et, en l'absence de possibilité légale de communication directe aux consommateurs, par des campagnes d'information et "d'éducation du patient" menées à grands frais dans la presse quotidienne et hebdomadaire. L'ensemble de ces débats est en outre relayé par la presse.

La confrontation à l'Etat introduit une nouvelle logique dans le processus de médicalisation de l'impuissance, différente de celles des cliniciens, des chercheurs, des professionnels et de l'industrie pharmaceutique. Le débat qui était principalement situé à l'intérieur du champ médico-scientifique et clinique, stimulé par l'industrie pharmaceutique, s'est trouvé à partir de ce moment confronté aux positions de différentes institutions de l'Etat.

Les débats qui se sont déroulés autour du remboursement des traitements de l'impuissance par l'Assurance Maladie ont permis l'explicitation de positions divergentes entre d'une part, les cliniciens (principalement les urologues et les sexologues) et l'industrie pharmaceutique, et d'autre part, des représentants des institutions de l'Etat. Ces débats ont été vécus globalement par les cliniciens⁵⁰, comme une tentative de limiter le volume de prescriptions qu'ils considèrent comme légitimes du fait de la construction médicalisée de l'impuissance masculine et de l'existence de traitements efficaces et bien tolérés apportant un Service Médical Rendu supérieur à celui des médicaments existants antérieurement sur le marché. Les pouvoirs publics se sont montrés pour leur part inquiets des coûts engendrés par l'augmentation

⁵⁰ Les principaux représentants des cliniciens impliqués dans ce domaine ont été sollicités pour participer au Groupe de travail de la DGS.

potentielle du nombre de patients traités et des examens complémentaires en cardiologie. "L'introduction du Viagra n'aurait donc aucune incidence sur les finances de la Sécurité sociale? C'est oublier qu'il va entraîner des consultations médicales supplémentaires, puisque ce médicament ne peut être délivré que sur ordonnance (renouvelable tous les six mois). De surcroît, il va générer des examens (électrocardiogrammes, par exemple) pour éviter tout accident parmi les insuffisants cardiaques. Le risque de dérapage financier est d'autant plus grand que ce produit hors norme va immanquablement susciter une demande dépassant largement la sphère des hommes souffrant de réels troubles de l'érection."⁵¹. Au travers de ces débats, c'est la construction sociale même de l'impuissance masculine qui va se trouver modifiée du fait de l'apparition de nouveaux acteurs. Par ailleurs, les problèmes actuels de gestion du système de santé ressurgissent avec force.

La prescription du Viagra

L'Autorisation de Mise sur le Marché du Viagra (AMM) stipule précisément que le Viagra ne peut être distribué que sur prescription médicale. La question de la vente de ce produit en dehors de toute prescription est donc réglée : le Viagra est considéré comme un médicament à part entière.

Au cours de l'été 1998, Bernard Kouchner, Secrétaire d'Etat à la Santé, avait évoqué l'idée, très rapidement diffusée dans la presse, selon laquelle, le Viagra, compte tenu de la supposée complexité de sa prescription fondée sur une évaluation sérieuse des risques cardio-vasculaires et de la nécessité d'un interrogatoire détaillé de la vie sexuelle du patient, ne devrait être prescrit que par des médecins spécialistes. Face aux réactions immédiates des syndicats de médecins généralistes, qui ont défendu l'idée selon laquelle ils étaient les mieux placés pour traiter le patient "dans sa globalité", cette position a été rapidement abandonnée. D'autant plus que les médecins généralistes sont apparus dès les premiers mois de la mise sur le marché, comme les principaux prescripteurs du Viagra.

Dans ce débat, le Secrétaire d'Etat à la Santé prend appui sur les positions médicales les plus dures qui affirment le principe de la "complexité" du diagnostic et du traitement et qui sont développées à propos des traitements par injections intracaverneuses⁵². Les

⁵¹ *Le Monde*, 17 octobre 1998.

⁵² Le discours de la complexité du traitement de l'impuissance masculine est développé par l'un des laboratoires qui commercialisent les injections d'alprostadil, en réponse au discours de la

représentants des médecins généralistes s'alignent pour leur part sur les positions qui revendiquent la simplicité du traitement par voie orale et la globalité de l'approche en médecine générale.

La discrimination des patients selon l'étiologie

Le remboursement des traitements de l'impuissance masculine a été globalement accepté dans son principe par les instances qui ont eu à donner un avis sur cette question. C'est sur la question des critères et des modalités du remboursement que ces instances ont pris des positions différentes. La formulation et la sélection de ces critères résultent de raisonnements et de discussions complexes prenant en compte l'étiologie de l'impuissance, le retentissement subjectif et la souffrance associée au trouble, la qualité de vie ainsi que des arguments d'ordre économique et administratif.

Le Groupe de travail sur les traitements de l'impuissance a défendu l'idée selon laquelle le "retentissement subjectif et la souffrance associée à la dysfonction érectile" devait constituer le principal critère ouvrant droit au remboursement, indépendamment de l'étiologie : "La gravité de la dysfonction érectile ressentie par le sujet résulte de sa souffrance et n'est pas directement dépendante de la nature de l'atteinte érectile ni proportionnelle à celle-ci." ⁵³. La discussion, suscitée par une demande d'accès au remboursement des laboratoires qui commercialisent les IIC, a bien évidemment tenu compte de la situation nouvelle occasionnée par la mise sur le marché du Viagra. Elle a pris en compte des arguments d'ordre économique, éthique et clinique et les membres du Groupe ont refusé d'établir une hiérarchie entre les étiologies, source de discrimination lors du remboursement : "Prenant en compte les nécessités actuelles d'économies dans le domaine de l'Assurance Maladie, l'augmentation prévisible des demandes de traitements de l'impuissance masculine, et le maintien de l'égalité de tous face à un remboursement éventuel, le Groupe a renoncé à l'idée généreuse, mais probablement très coûteuse, du remboursement de principe des traitements pharmacologiques des troubles de l'érection (I.I.C.). Il suggère de retenir un certain nombre d'affections (maladies chroniques invalidantes, somatiques ou psychiatriques, traumatismes médullaires, complications iatrogéniques) pour

"simplicité" du traitement de première intention offert par le Viagra. Voir sur ce point : *Le médecin face aux troubles de l'érection de son patient*. Laboratoires Schwartz-Pharma. Paris, 1998.

⁵³ Giami, A., Pietri, L. (1999). *Les traitements de l'impuissance*. Paris, La Documentation française. p. 30.

lesquelles le traitement d'une dysfonction érectile, faisant l'objet d'une demande par le patient, pourrait ouvrir droit au remboursement." ⁵⁴

L'avis rendu quelques mois plus tard par le CCNE, qui porte explicitement sur le Viagra, s'aligne sur une position différente. Il recommande le remboursement des traitements en cas d'affection médicale associée : "S'il estime légitime que la société puisse aider au remboursement du sildénafil dans les cas où il est évident que la dysfonction érectile est organiquement perturbée (affection chirurgicale ou médicale), en revanche, il ne considère pas que la société doive prendre en charge toute perturbation de la vie sexuelle d'un individu ou d'un couple, en l'absence de pathologie identifiée connue, l'âge ne devant pas être assimilé à une pathologie." ⁵⁵. Le CCNE fixe ainsi des limites à la prise en charge de la "médicalisation de la sexualité" par la collectivité et se situe ainsi, de façon certes restrictive, dans le registre le plus radical des théories urologiques de la dysfonction érectile, théories déjà nuancées par les urologues eux-mêmes et par les cliniciens. Il établit une hiérarchie entre les troubles de l'érection, en fonction de leur étiologie. Le CCNE entend par ailleurs fixer clairement les limites entre les prescriptions légitimes "médicalement encadrées" et le "mésusage" du Viagra, en dehors de ses indications strictes. Si la collectivité doit participer au traitement d'une maladie dûment répertoriée, en revanche elle ne doit pas subventionner l'utilisation d'un *médicament de confort* ni l'amélioration des performances sexuelles. La position du CCNE servira de fondement à l'Arrêté du 15 janvier 2001 autorisant le remboursement de l'alprostadil en IIC comme "médicament d'exception". Contrairement au Royaume-Uni où une telle recommandation, émise par le gouvernement, et considérée comme la porte ouverte au "rationnement" de l'accès aux soins, avait provoqué un scandale, la presse française a plutôt insisté sur le côté positif de la légitimité du remboursement ⁵⁶.

⁵⁴ *Ibid.* p. 30.

⁵⁵ CCNE (2000). Rapport "Médicalisation de la sexualité : le cas du Viagra. Réponse au Secrétaire d'Etat à la Santé". *Les cahiers du comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et la santé*, N° 23, pp. 21-23.

⁵⁶ C'est la position qui a été proposée au Royaume-Uni par le Secrétaire d'Etat à la Santé, Frank Dobson en Septembre 1998 et qui a été considérée comme le premier pas vers le "rationnement de l'accès aux soins". Beecham, L. (1998). Viagra special report. Viagra falls : the debate over rationing continues. *British Medical Journal*, vol 317, p. 836. En réponse à cette prise de position, le *General Practitioners Committee* a considéré qu'il est "cruel et non-éthique d'établir une distinction entre les patients sur la base de la cause de leur dysfonction érectile." Chisholm, J. (1999). Viagra: a botched test case for rationing. *British Medical Journal*, vol. 318, pp. 273-274.

Ainsi deux conceptions du caractère médical de l'impuissance masculine, l'une extensive, exprimée par un groupe d'experts, incluant les impuissances psychogènes et instaurant la souffrance et le retentissement psychologique comme "principe d'équivalence" entre tous les patients, et l'autre, exprimée par un comité d'éthique, plus restrictive, fondée sur le caractère objectivement mesurable d'une maladie et excluant les étiologies psychogènes et le retentissement psychologique, sont confrontées à l'occasion du débat sur le remboursement. Il est intéressant de noter que le CCNE a adopté une position fondée sur un argument technique et contraire au principe d'égalité, alors que le groupe d'experts a fondé sa position sur le principe d'égalité.

Traitement d'une maladie et médicament de confort

Alors que les cliniciens et le laboratoire pharmaceutique ont mis l'accent sur la dimension de traitement "efficace et bien toléré" et sur les risques cardio-vasculaires pouvant être associés à l'utilisation de ce médicament, le CCNE a introduit dans le débat les notions de *médicament de confort*, d'amélioration de la qualité de vie et de *mésusage*⁵⁷. "Il y a lieu de s'interroger sur les non-dits de positions qui souhaitent faciliter l'usage de ce médicament ou au contraire le censurer. Il peut être observé un phénomène de glissement de la commercialisation d'une substance, active pour des sujets dans une situation pathologique donnée, vers un médicament dit de *confort*, au bénéfice d'un plus grand nombre d'individus qui ne sont pas dans des situations forcément pathologiques."⁵⁸

Au-delà de l'établissement d'une hiérarchie entre les étiologies, attribuant des critères de légitimité de l'impuissance, l'avis du CCNE introduit l'idée selon laquelle certaines formes de dysfonction érectile résulteraient de la création d'une "pathologie nouvelle" : "A ce titre, une certaine médiatisation peut induire ou créer une pathologie nouvelle, laquelle bénéficierait à de grandes entreprises pharmaceutiques."⁵⁹. Le CCNE met directement en cause les stratégies de l'industrie pharmaceutique. Il conclut enfin son avis en remettant en question les conséquences de la "médiatisation" susceptible de créer de "nouveaux besoins auxquels la société serait obligée de répondre". On peut donc interpréter l'avis du CCNE comme l'expression d'une position qui, d'une part,

⁵⁷ Aux Etats-Unis, le Viagra a été considéré, dans le même ordre d'idées, comme une *Lifestyle Drug*, un médicament pouvant contribuer à la gestion de la vie quotidienne.

⁵⁸ CCNE (2000). *Idem*, p. 23.

⁵⁹ *Ibid.*

établit une hiérarchie entre les différentes étiologies de l'impuissance et, d'autre part, remet en cause l'idée centrale de la médicalisation de l'impuissance selon laquelle l'impuissance est une "maladie dûment répertoriée" et le Viagra un traitement "efficace et bien toléré" dont la prescription correspondrait bien à son indication médicale. La position adoptée par le CCNE remet finalement en cause l'unification de la nouvelle entité clinique opérée par les promoteurs de la notion de "dysfonction érectile" qui inclut tous les degrés de gravité de ce trouble, en lui opposant les formes d'impuissance "réelles", c'est-à-dire associées à une pathologie organique, à celles plus légères qui résulteraient de la création d'une nouvelle maladie. Mais au fond, les rapporteurs du CCNE s'inscrivent de plain-pied dans la nouvelle conception de l'impuissance fondée sur la reconnaissance de l'étiologie organique.

Médecins et patients

Les difficultés de communication entre médecin et patient

Le colloque organisé à l'Assemblée Nationale le 25 Avril 2001 a eu comme objectif principal de rappeler la légitimité médicale de la "dysfonction érectile", l'importance de sa prévalence en France et de plaider en faveur du remboursement du Viagra. La logistique de cette journée (accueil des participants, fabrication et diffusion du document, préparation des diapositives des intervenants, invitation à déjeuner dans un grand restaurant parisien) a été assurée par le Laboratoire Pfizer. Cette réunion regroupait les intervenants habituels du programme de formation de Pfizer (urologues, psychiatres et sexologues), des élus nationaux et des représentants des institutions du gouvernement. Mais surtout, le colloque est l'occasion de répondre aux critiques émises par les institutions du gouvernement et de l'Etat. Ainsi François Giuliano a t'il rappelé sur la base des données de l'observatoire Thalès que la majorité des patients recevant du Viagra ont souvent des pathologies associées à leur "dysfonction érectile". Le diagnostic de ce trouble peut en permettre le dépistage, d'où son intérêt, affirme t-il, pour la "santé publique". D'autres intervenants tels Jacques Buvat (président de l'ADIRS) et Marie Chevret-Measson (tous deux habitués des symposiums organisés par l'industrie pharmaceutique) développent l'argument des difficultés de communication entre les médecins et les patients, établies sur la base d'enquêtes de marketing, non publiées dans des revues scientifiques.

Les "difficultés de communication" entre le médecin et le patient apparaissent comme un obstacle au développement normal des traitements d'une maladie, supposée très répandue dans la population.

Les données scientifiques présentées au cours de ce colloque justifient les grandes campagnes de communication publique lancées, de façon directe et indirecte, par l'industrie. La première de ces campagnes, lancée au printemps 2000 est destinée aux médecins (dans les magazines médicaux et sous forme de brochure d'information), et elle est placée sous le logo de la firme Pfizer. La lettre d'accompagnement de la brochure, signée par le directeur médical de Pfizer France, recommande au médecin "qu'il prenne l'initiative d'aborder le sujet, qu'il sache les écouter et qu'il leur propose des solutions". Cette campagne explicite un changement de dénomination par rapport aux brochures diffusées en 1998, au moment du lancement du Viagra. Alors qu'en 1998, la brochure était intitulée "Troubles de l'érection, parlons-en bien", les campagnes de l'année 2000 s'interrogent sur "Pourquoi faut-il interroger votre patient sur sa sexualité ?" et propose "d'aborder les problèmes sexuels de votre patient au cours de la consultation". Cette dernière brochure développe un arbre de décision aboutissant à la "prise en charge thérapeutique du trouble de l'érection". Les médecins ne sont donc plus en situation d'impuissance thérapeutique et il suffit de les informer sur la conduite à tenir.

Une campagne européenne d'éducation du patient a été lancée au cours de l'hiver 2001 par l'Association pour le Développement de l'Information et de la Recherche sur la Sexualité (ADIRS). Cette campagne, pourtant financée par l'industrie pharmaceutique⁶⁰, ne comporte jamais le nom des sponsors, ni le nom du médicament. Elle répond, terme à terme, aux campagnes destinées aux médecins, en incitant les "patients" à "en parler avec votre médecin"⁶¹ sur le thème de "comment dire à votre médecin que vous souffrez de troubles de l'érection". Elle prend en outre appui sur les données élaborées par l'observatoire Thalès selon lesquelles plus de 80 % des prescriptions de Viagra ont été effectuées à la demande du patient.

⁶⁰ Voir sur ce point : "Les laboratoires pharmaceutiques "éduquent" les consommateurs", *Le Monde*, 24 mars 2000 et "Finie la panne pour les labos". *CB News*, 23 avril 2001

⁶¹ *Swing Magazine*, une revue destinée aux couples échangistes reprend ce slogan à sa façon en proposant un site minitel à 1F29 la minute (3615 SWG2) sur lequel "vous pouvez enfin exprimer votre sexualité en toute liberté" (*Swing Magazine*, n° 113, septembre 2001).

Ainsi l'industrie pharmaceutique agit-elle à tous les niveaux de l'espace public et envers les différents segments de population concernés. Les messages de cette campagne peuvent être interprétés, à un premier niveau, comme une forme de publicité directe visant à augmenter le degré de visibilité d'un médicament dont la notoriété est telle qu'il n'est même plus besoin d'évoquer son nom. On peut aussi interpréter celle-ci comme un effort pour rappeler que le Viagra peut être obtenu seulement par prescription dans un contexte où les auto-médications via Internet inquiètent les responsables de la santé publique. Enfin, au travers de ces différentes campagnes d'information orchestrées par l'industrie pharmaceutique, celle-ci se place en position de représentant des intérêts des médecins et des patients, en apparaissant répondre à des besoins non exprimés.

L'espace public : médicament ou aphrodisiaque ?

Le discours tenu dans les médias apporte une note supplémentaire à la construction sociale de l'impuissance et du Viagra. Si certains "magazines de santé" reprennent les termes médicaux de l'indication du Viagra pour l'impuissance masculine et la place de la sexualité au sein du couple, une grande partie de la presse-magazine développe le thème de la "révolution sexuelle" et de la sexualité récréative plutôt que celui de la restauration d'une activité sexuelle normale, de l'érection plutôt que de l'impuissance, et de l'aphrodisiaque plutôt que du médicament. Par ailleurs, le Viagra et les "troubles de la sexualité" apparaissent sous forme de publicité payante dans la presse médicale et la presse grand public dans les pays où cela est autorisé. Enfin le Viagra n'apparaît pas uniquement dans l'espace public sous forme de discours, il fait l'objet de vente à distance, avec ou sans prescription, via Internet et au même titre que d'autres médicaments de confort. L'image de l'impuissance et du Viagra continue donc à évoluer et à se complexifier sous l'influence de l'implication d'acteurs non-médicaux. Un nouveau débat mettant en scène la presse, les représentants de la profession médicale et de l'industrie pharmaceutique se développe, au bénéfice de celle-ci ⁶².

Vers la démedicalisation ?

La médicalisation de l'impuissance masculine contient les germes de la démedicalisation des traitements pharmacologiques de l'impuissance masculine et plus

⁶² Stipp, D., Whitaker, R. (1998). The selling of impotence. *Fortune*, Vol. 137, N° 5 p. 114. & Dellcayre, A. (1998). Viagra: les dessous d'un lancement. *Stratégies*, 9 octobre 1998.

globalement de l'ensemble des problèmes liés à la sexualité. L'existence de médicaments "efficaces et bien tolérés" et d'usage simple, pouvant aider à résoudre des problèmes communs de la vie quotidienne, remet effectivement en question la nécessité d'une prescription médicale.

Le principal argument avancé par les médecins et par l'industrie pharmaceutique à l'appui de la nécessité de la prescription est qu'il existe des risques et des effets indésirables associés à des contre-indications du Viagra. On se souvient du thème des "morts du Viagra" qui avait émergé lors du lancement du médicament, dans la littérature spécialisée et dans les médias. Le Viagra, *pharmakon* moderne, apparaissait alors comme un remède et un poison et l'encadrement médical de la prescription visait à protéger les éventuels sujets à risque et peut être aussi le laboratoire contre d'éventuels procès. La question des risques graves associés à la consommation de Viagra a disparu de la presse médicale et de la presse grand public.

Lors du colloque organisé à l'Assemblée Nationale le 25 avril 2001, Joël Ménard, l'ancien Directeur Général de la Santé, spécialiste mondialement reconnu de l'hypertension préconisait, à titre personnel, la vente du Viagra en auto-prescription (*Over the Counter*). Selon lui, la Société, et l'Assurance Maladie n'ont pas pour fonction de normaliser l'activité sexuelle de la population en définissant les règles d'accès à la consommation d'un tel produit, *a fortiori* lorsque celui-ci ne présente que des risques mineurs.

Cette prise de position renvoie cependant à une situation bien réelle. Le Viagra est accessible depuis l'obtention de son agrément, en auto-prescription dans de nombreux pays (tel le Brésil ou la Thaïlande par exemple) et via Internet. Il est déjà utilisé comme drogue récréative⁶³ et souvent associé à des substances psychoactives illicites. Des organisations *gay* ont bien recommandé de ne pas consommer de Viagra avec des *poppers*, un dérivé nitré fortement contre-indiqué en interaction avec le sildénafil.

Les "problèmes de société" soulevés par le CCNE sur "la médiatisation de nouveaux besoins auxquels la société serait obligée de répondre" n'avaient pas évoqué la distribution du Viagra par Internet ni son usage en auto-prescription. L'encadrement médical de la prescription recommandé par le CCNE ne portait que sur le

⁶³ Aldridge, J., Measham, F. (1999). Sildénafil (Viagra) is used as a recreational drug in England. *British Medical Journal*, Vol 318, p. 669. Trebay, G. (1999). Longer, Harder, Faster : From sex parties to raves, for both men and women, it's not Bob Dole's Viagra anymore. *The Village Voice*. November 2, 1999, pp. 36-44

remboursement potentiel de prescriptions médicales concernant des formes légères ou psychogènes des troubles de l'érection. Les principales réactions médicales à l'offre du Viagra sur Internet expriment une inquiétude par rapport au développement de cette situation et sans considération des risques potentiels. Le développement des prescriptions "en ligne" échappe ainsi au contrôle des médecins. La facilité d'usage de ce type de médicament, l'absence de risques associés et son coût élevé qui ne pourra pas être pris en charge par les systèmes d'Assurance Maladie préfigurent son usage en auto-médication sous forme d'aphrodisiaque ou plus précisément de médicament aidant à la gestion rationnelle des actes de la vie quotidienne. Les représentants des médecins recommandent des mesures de contrôle accru des prescriptions de Viagra ⁶⁴.

Conclusion

La médicalisation actuelle de l'impuissance masculine repose ainsi sur un processus qui a commencé au début des années quatre-vingt avec des découvertes scientifiques fondamentales et la découverte des effets de la Papavérine sur l'érection. Un groupe de médecins urologues entrepreneurs a ensuite entrepris de reconceptualiser l'impuissance masculine dans le champ de la médecine organiciste en abandonnant les conceptions psychologiques qui prévalaient au cours des décennies précédentes et en prenant des distances avec l'approche chirurgicale, alors centrale en urologie. Les mêmes urologues ont ensuite occupé le terrain de l'épidémiologie et ont établi de nouvelles données de la prévalence de l'impuissance. 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 sur la réalisation des essais cliniques mettant en évidence la tolérance et l'efficacité du médicament.

Alors que le travail de reconceptualisation de l'impuissance et l'enquête épidémiologique ont été financés par des fonds publics et universitaires, l'élaboration du questionnaire 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

⁶⁴ Editorial (1999). Viagra's licence and the Internet. *The Lancet*, Vol. 352, p. 751. Armstrong, K., Schwartz, J., Asch, D. (1999). Direct sale of Sildénafil (Viagra) to consumers over the Internet. *The New England Journal of Medicine*, Vol. 341, pp. 1389-1392. Kahan, SE, Seftel, AD, Resnick, MI. (2000). Sildenafil and the Internet. *Journal of Urology*, Vol. 163, pp. 919-923.

et les médecins qui avaient commencé à travailler sur l'impuissance depuis de nombreuses années.

La réalisation des essais cliniques a conduit les médecins qui ont élaboré le modèle de la dysfonction érectile organique à nuancer leur propos en reconnaissant l'existence d'une forme d'étiologie psychogène "chez la plupart des hommes", qui est de plus accessible au nouveau traitement. Ce qui constitue un pas de côté par rapport aux textes du début des années quatre-vingt-dix qui mettaient fortement l'accent sur les étiologies et les facteurs de risque organiques. La présence de facteurs de risque psycho-sociaux est donc implicitement reconnue. Une analyse secondaire de la MMAS, publiée en 2000, a mis en évidence que "l'importance des facteurs de risque psycho-sociaux ne doit pas être sous-estimée." ⁶⁵. L'abandon des théories étiologiques psychogènes n'est donc pas total dans le processus de médicalisation de l'impuissance.

La "dysfonction érectile" est-elle différente de l'impuissance ? Tout d'abord, il faut noter que la majorité des auteurs emploient tour à tour, selon les circonstances l'un ou l'autre terme. Le terme d'impuissance est désormais considéré comme "péjoratif" et "inapproprié" dans la mesure où il peut englober l'ensemble du cycle de la réponse sexuelle de l'homme, alors que le terme de "dysfonction érectile" ne prend en compte que le mécanisme de l'érection, seule cible du traitement. 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 "à la limite du fonctionnement sexuel normal" ⁶⁶. La conception de la dysfonction érectile innove en établissant une échelle des degrés de gravité (de la 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 y incluant les formes les plus légères.

Au terme de ce trajet qui a commencé au début des années quatre-vingt, nous avons retracé l'évolution des idées médicales, scientifiques et sociales concernant

⁶⁵ Araujo, A., Johannes, C., Feldman, H., Derby, C., McKinley, J. (2000). Relation between Psychosocial Risk Factors and Incident Erectile Dysfunction: Prospective Results from the Massachusetts Male Aging Study. *American Journal of Epidemiology*. Vol. 152, n°6, pp. 533-541.

⁶⁶ Kaplan, HS. (1974). *The New Sex Therapy*. Times Books, New York.

l'impuissance masculine et sa transformation progressive, bien que pas encore totalement acquise, en "dysfonction érectile". Si les scientifiques et les médecins (et principalement les urologues) ont joué un rôle fondamental dans cette évolution conceptuelle, 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.

Le Viagra et la sexualité

Le développement du Viagra doit en outre être compris comme un phénomène culturel à différents plans. Il s'agit du renouvellement des discours publics sur la sexualité, qui au sortir des "années-sida" redeviennent porteurs d'un certain optimisme. Les conceptions de la sexualité qui ont été développées à l'occasion des différents travaux médico-scientifiques sur l'impuissance masculine tranchent avec les conceptions développées à la même époque dans le contexte de l'épidémie de sida. Alors que les discours de la prévention du VIH portent principalement sur l'activité sexuelle des "jeunes", des multipartenaires, des homosexuels masculins et des pratiques sexuelles à risque (telle la pénétration anale) et visent à la réduction de ces différentes pratiques⁶⁷, les discours de la dysfonction érectile portent pour leur part sur les hommes âgés (de plus de quarante ans), le couple stable hétérosexuel et la pénétration génitale, et visent à la stimulation de cette pratique dans le cadre du couple. Deux approches de la sexualité qui s'ignorent mutuellement et qui apparaissent en dernière analyse complémentaires. D'un côté donc, le couple conjugal hétérosexuel et de l'autre, les activités extra-conjugales (y compris les relations homosexuelles). Le risque de l'impuissance guette la sexualité conjugale alors que celui des maladies sexuellement transmissibles, menace la vie sexuelle récréative et non conjugale.

Parmi plusieurs perspectives, l'industrie pharmaceutique a choisi de "packager" le Viagra comme un médicament "efficace et bien toléré" relevant de la division "urologie", pouvant être obtenu uniquement par prescription médicale pour le

⁶⁷ Giami, A., Schiltz, M.-A. Representations of sexuality and relations between partners: Sex research in France in the era of AIDS. *Annual Review of Sex Research*, 1996, vol. 7, pp. 125-157.

traitement d'une maladie et visant à restaurer une "activité sexuelle naturelle et normale" dans le cadre du couple hétérosexuel. Le discours tenu dans les médias a donné une configuration différente à ce produit en le désignant comme un aphrodisiaque pouvant être destiné à une activité sexuelle récréative. Une troisième voie est aussi ouverte, qui consiste à considérer ce type de médicament comme un médicament de confort visant à l'amélioration de la qualité de vie et à la gestion des comportements quotidiens. Ces deux dernières perspectives constituent une remise en question de la fonction de la médecine qui au-delà du traitement des maladies contribue à la Santé (dans le sens du concept de santé défini par l'OMS comme une forme de "bien être physique, psychique et social"). Ainsi et paradoxalement, la médicalisation de l'impuissance masculine ouvre t-elle la voie à la démedicalisation de la sexualité en excluant les médecins et en plaçant l'élaboration des normes de santé et de sexualité sous le contrôle de l'industrie pharmaceutique.