

UNIVERSITE DE GENEVE

FONDATION MAURICE CHALUMEAU

MEMOIRE POUR L'OBTENTION DU CERTIFICAT DE FORMATION CONTINUE

UNIVERSITAIRE DE SEXOLOGIE CLINIQUE 2005 - 2007

**« Apport de la formation en sexologie clinique pour la
pratique quotidienne en urologie »**

Alain Bitton, Urologue FMH

95 Route de Florissant

1206 Genève

Tél : +41 22 789 78 05

Fax : +41 22 789 78 06

Email : abitton@vtxnet.ch

Août 2007

Table des matières

Introduction

I. LE MERVEILLEUX MYSTERE DE L'ERECTION ET SES DYSFONCTIONNEMENTS

1 L'érection, comment ça marche ?

2 La dysfonction érectile: causes et répercussions sur la psyché masculine

*3 Les nouveaux traitements de la dysfonction érectile: la « bandaison » sur
commande ?*

4 Ce qu'en pensent les femmes

II. DESIR, PLAISIR ET LIBIDO : PEUT MIEUX FAIRE...

1 Eloge et déclinaison du plaisir

2 Sentiment amoureux et désir sexuel

3 Sa majesté, l'orgasme

4 Norme et performance : fiasco assuré

5 Les problèmes éjaculatoires : ces tueurs de la vie amoureuse

III. L'AMOUR AU MASCULIN

- 1 Que signifie aimer pour un homme ?*
- 2 Les hommes aiment-ils différemment des femmes ?*
- 3 L'homme a-t-il vraiment peur d'aimer ?*
- 4 Les raisons de la phobie amoureuse au masculin*

IV. L'APPARITION DES NOUVEAUX MEDICAMENTS ORAUX POUR TRAITER LA DYSFONCTION ERECTILE A-T'ELLE MODIFIE LE RAPPORT AU DESIR ET A L'AMOUR DES HOMMES ?

- 1 L'envers du décor*
- 2 Peur d'en parler ou enfin bonheur d'en parler ?*
- 3 Le Viagra, un sauveur ?*
- 4 L'apparition du Viagra (comme prototype des autres inhibiteurs de la 5-PDE a-t'il changé le rapport au désir des hommes ?*
- 5 Le mythe de la surpuissance*
- 6 Relativiser la surpuissance sexuelle et la surpuissance des médicaments afin de mieux parler de sexualité*

En guise de conclusion

Introduction

- La sexualité est un paramètre important de la qualité de vie. Pourtant aujourd'hui, se confondent sexualité, sexe et amour. On parle plus volontiers de sexe c'est certain, mais le thème de la sexualité reste encore tabou et l'amour encore une notion vague et un idéal à atteindre, difficile à cerner surtout pour les hommes. Mais quel est le chemin ou quels sont les chemins qui mènent à l'amour ? Pour aimer doit-on obligatoirement passer par une sexualité épanouie et inversement une sexualité satisfaisante conduit-elle inexorablement à l'amour ? L'amour romantique est-il uniquement un état psychotique accepté culturellement ?

- Bien qu'ayant une formation de base de chirurgien et ayant surtout travaillé en chirurgie fonctionnelle et de reconstruction urologique après traumatisme et cancer, mon installation en pratique privée m'a vite confronté à mon insuffisance en tant que chirurgien-urologue à prendre en charge efficacement les problèmes nombreux et complexes des troubles de la sexualité. En effet, je me suis senti quotidiennement alerté par une prise de conscience de plus en plus importante de l'impact que revêt la sexualité pour la vie de couple certes, mais surtout et aussi de l'angoisse qui hante de nombreux hommes notamment en cas de dysfonction sexuelle. L'angoisse d'en parler bien sûr mais surtout l'incapacité de mettre des mots, de verbaliser, de s'exprimer ou simplement d'essayer de comprendre les mécanismes normaux ou pathologiques de la fonction sexuelle. L'homme est-il uniquement centré, égocentré sur la mécanique et la fonction érectile ? Ou arrive t'il, cherche t'il du moins à intégrer

cette fonction érectile dans sa relation affective et amoureuse à l'autre ? Ces réflexions m'ont amené à me demander ce que cherchaient au fond les hommes. Poursuivent-ils le désir ? Le plaisir ? Uniquement le regain d'une fonction qui s'étiole ou se perd ? Faute de savoir, de pouvoir ou de vouloir aimer, l'homme dépense parfois tant d'énergie à regonfler son pénis. Ne devrait-il pas se concentrer sur l'amour plutôt que de chercher à parfaire sa fonction érectile et par là même son image de mâle ? Or, ne confond-on pas trop souvent amour et amour de soi ? Mais l'homme sait-il aimer ? Si oui, veut-il ou peut-il encore le faire ? Pourtant, la condition sine qua non ne semble - t'elle pas consister à faire l'effort de se pencher, assidûment, sur soi même afin de prendre conscience de ses conditionnements et ainsi d'intégrer au mieux sa part d'ombre ? Il s'agit en fait de devenir intime avec soi-même pour pouvoir être intime avec l'autre.

- Dans le présent mémoire, j'ai voulu essayer de développer ce thème permettant peut-être d'ouvrir des éléments de réponse à ces questions par le biais de quelques exemples illustrant une consultation en pratique quotidienne en urologie. Dans cette démarche, le fait d'avoir participé à une formation en sexologie clinique m'a non seulement aidé dans ma pratique quotidienne mais a profondément modifié ma perception de l'humain. Elle m'a permis de dépasser ma condition de médecin ou chirurgien d'organes afin d'intégrer le fonctionnel dans le sexuel. A cet égard, j'ai choisi de raconter l'histoire de l'homme - ou plutôt de plusieurs hommes, très différents, mais au fond très semblables – en quête de leur identité. Cette identité parfois perturbée pas seulement par un dysfonctionnement sexuel pouvant être le

reflet et le miroir d'un malaise plus profond, mais comme révélateur aussi de certains « monstres » reliquats du passé (pas toujours très simple d'ailleurs) alimenté par des mythes et des tabous encore très présents à l'esprit de beaucoup qu'il est difficile d'affronter et dont il est difficile de se dégager pour devenir soi.

- Le mémoire s'articule tout d'abord autour de la définition de l'érection et des troubles qui peuvent venir perturber la fonction érectile. Sera abordé ensuite les notions de plaisir, désir et libido sans lesquelles aucune relation amoureuse ne peut s'établir même en l'absence de toute perturbation physiologique. Vient tout naturellement le chapitre concernant la peur de l'homme face à la relation amoureuse afin de tenter de définir ce qui fait peur à l'homme : la femme ? le fait d'aimer ? d'être aimé ? la peur de s'engager et de perdre sa liberté ? La dysfonction érectile perturbe-t-elle la capacité de l'homme à aimer et à désirer d'une part au-delà de perturber son image et son estime. D'autre part, j'ai voulu essayer de comprendre dans quelle mesure les nouveaux médicaments oraux mis au point pour le traitement et la prise en charge des dysfonctionnements érectiles ont-ils modifié si ce n'est perturbé la façon dont l'homme aborde la sexualité, le désir et l'amour.

AVERTISSEMENT

Les cas décrits dans ce mémoire ne sont pas retranscrits tels quels. Ils représentent en fait des composites de situations vécues au cabinet lors des consultations. En effet, afin de préserver l'anonymat de mes patients ainsi que le secret professionnel, j'ai délibérément mélangé et transformé nom, situation, âge et profession. Reste valable la situation médicale décrite dans son contexte afin d'illustrer mon propos.

I. LE MERVEILLEUX MYSTERE DE L'ERECTION ET SES DYSFONCTIONNEMENTS

1. L'érection, comment ça marche ?

L'érection est pour l'homme un phénomène merveilleux et incompréhensible. Tous les matins, il se réveille avec une verge dure, sans comprendre ce qui lui arrive. Jusqu'à un certain âge où mystère de la nature, cette érection spontanée et salvatrice s'atténue, s'amenuise pour disparaître. Le phénomène de l'érection est parfaitement physiologique et l'anomalie serait plutôt la verge au repos. En effet, le corps n'a rien trouvé de mieux, afin de ré-oxygéner le pénis, que l'érection matinale permettant un afflux sanguin massif avec une oxygénation bénéfique. L'adolescent qui constate ses premières érections ne comprend pas comment cet organe ramolli, qui sert généralement à uriner, peut parfois, sans raison apparente, changer de taille et de volume. Les choses se compliquent encore lorsque, vessie pleine, il ressent un besoin d'uriner simultanément. Pourtant, le stimulus de l'érection ne vient pas du pénis, mais du cerveau qui, au niveau d'une zone très particulière (hypothalamus), va générer des influx et des stimuli qui, le long de la moelle épinière, vont rejoindre les nerfs érecteurs puis, les terminaisons nerveuses effectrices au niveau des corps caverneux et notamment de la cellule musculaire lisse. Depuis la découverte du Sildénafil en 1998, dont nous aurons l'occasion de parler ultérieurement, et d'autres médicaments permettant de maintenir l'érection, les chercheurs ont mieux compris

les mécanismes de l'érection et ont permis d'expliquer la chimie qui est à l'origine de ce phénomène merveilleux. Anatomiquement, le pénis est formé de 2 cylindres entourant l'urètre formé du corps membraneux. Les corps caverneux ont une structure très semblable, formant une éponge avec des connexions à travers les interstices. Ces 2 corps caverneux reliés entre eux sont chacun entouré d'une membrane épaisse et non extensible, la tunique albuginée. Au niveau de la jonction entre la terminaison nerveuse et la cellule musculaire lisse du corps caverneux, apparaît une libération d'un neurotransmetteur très particulier, le NO (oxyde nitrique) qui va, lors d'une cascade biochimique, aboutir à une augmentation du GMP cyclique, puissant vasodilatateur. La dilatation de la musculature lisse permet d'accepter une quantité phénoménale de sang artériel qui gonfle le pénis, aboutissant à une érection jusqu'à obtenir une pression maximale. Puis, après compression des veinules le long des membranes albuginées du corps caverneux, le phénomène se verrouille avec un mécanisme semblable à un système d'autoclave. Lorsque tous les systèmes nerveux, hormonaux, vasculaires, artériels et veineux sont parfaitement fonctionnels chez l'homme, le système est extrêmement efficace avec le maintien d'une érection, permettant un rapport sexuel. La détumescence est obtenue après libération massive d'adrénaline au moment de l'orgasme et de l'éjaculation qui permet, en tant que puissant vasoconstricteur, de diminuer la pression au niveau du corps caverneux et de permettre au pénis de regagner sa taille initiale.

2. La dysfonction érectile, causes et répercussions sur la psyché masculine.

- Même si la dysfonction érectile devient un véritable thème de discussion, elle reste un sujet tabou pour de nombreux hommes et parfois même pour le corps médical¹.

Nous pouvons considérer qu'en Suisse environ 400'000 personnes sont concernées par le problème pourtant seulement 40'000 d'entre elles vont consulter. Beaucoup de patients se cantonnent encore à des forums sur internet, l'obstacle psychologique restant de taille alors qu'aujourd'hui la consultation devrait permettre d'ouvrir le dialogue et de proposer après un bilan médical complet, un traitement efficace. La prévalence totale de la dysfonction érectile est de 20 % avec une proportion augmentant fortement avec l'âge. En effet, environ 10 % des hommes de 40 à 50 ans sont concernés et 20 % des hommes de 50 à 60 ans. Les statistiques pour 2025 parlent de 325 millions de personnes dans le monde touchées par la dysfonction érectile. La définition de l'OMS de « dysfonction érectile » est le terme clinique retenu pour décrire l'incapacité à maintenir ou à obtenir une érection pénienne suffisamment rigide pour permettre des relations sexuelles satisfaisantes et ce depuis au minimum 6 mois.

- Pendant longtemps, tout le monde pensait que tout se passait dans la tête. En effet, Hippocrate ne disait-il pas que la femme était l'origine de l'impuissance masculine.

1. Buvat J., Ratajczyk J., Lemaire A. Les problèmes d'érection: une souffrance encore trop souvent cachée. *Andrologie* 2002 ; 12 : 73-83

Aujourd'hui, nous pouvons considérer que 70 à 80 % des dysfonctionnements sont mixtes avec une large part attribuée aux problèmes organiques tels que tous les facteurs de risque cardio-vasculaires comme l'obésité, le tabagisme, l'hypercholestérolémie, le diabète, qui sont de véritables tueurs silencieux de l'érection en détruisant la fonction oxydative de la cellule endothéliale du corps caverneux. Bien évidemment, à partir d'un certain âge, le vieillissement du corps caverneux et la diminution de la production de l'oxyde nitrique qui est le neuro-modulateur principal du phénomène de l'érection va jouer un rôle prépondérant dans le dysfonctionnement. Chez le patient plus jeune, il s'agira plutôt d'une angoisse de l'échec, d'une volonté de performance, d'une immaturité sexuelle ou d'une sexualité fragile. Hormis le fait de représenter un véritable baromètre de l'état de santé du patient, la fonction érectile a une immense importance pour l'homme et tout phénomène de dysfonction aura un impact catastrophique non seulement sur le physique, mais psychologiquement. On en veut pour preuve le fait que dans la plupart des dysfonctionnements alors qu'il s'agit d'un problème organique voire mixte, c'est bien souvent le phénomène psychologique qui est au premier plan et qui empêche le patient de consulter. Il s'agirait peut-être du fait que l'homme a moins confiance que la femme dans les ressources de la vie et qu'il se sent moins fort et moins prêt à parler de ses problèmes ou de ses difficultés. Même si le terme retenu est celui de dysfonctionnement érectile et de dysfonctionnement sexuel chez l'homme, un homme atteint d'une difficulté érectile se sent véritablement

« impuissant », non seulement dans sa fonction mécanique, mais dans sa capacité à rendre l'autre et surtout la femme heureuse.

- La peur de l'échec semble être au centre des problèmes sexuels masculins en altérant la vie sexuelle de nombreux couples. Bien que le phénomène de l'érection soit pratiquement décérébré avec une réaction mécanique chez le sujet jeune pratiquement immédiate à une stimulation ou à un fantasme, le cerveau joue un véritable rôle puisque tout blocage psychologique peut détruire la fonction érectile. Nous comprenons aisément qu'une dysfonction érectile joue un rôle sur la psyché masculine et qu'inversement la psyché influe négativement ou positivement sur la capacité à maintenir une érection ou pas. Ce qui complique considérablement la sexualité humaine et bien souvent le regard sur soi et le regard de l'autre. L'homme, en tout état de cause, se construit en permanence sous le regard des femmes et une sexualité harmonieuse est bien souvent le ciment indispensable du couple. De plus, l'échec d'un médicament ou d'un traitement réputé efficace renvoie le malade à sa solitude et prélude souvent à l'abandon de toute thérapeutique par perte de confiance. Bien évidemment, le cerveau sous l'impulsion du regard de l'autre fabrique les craintes, les fantasmes et autres phobies qui l'assaillent dès que le sexe est mis en avant si on ose dire. La panne érectile est révélatrice de la manière dont le propriétaire de l'outil « pénis » vit le rapport à son corps d'une part et le rapport à l'autre d'autre part¹. Il suffit parfois d'un seul échec pour déclencher un processus d'évitement qui peut durer des dizaines d'années.

1. Virag Ronald, *Histoires de pénis*, Albin Michel, 2003

- A ce propos, il est un problème particulier qu'il faut mentionner : « le syndrome du petit pénis » qui hante beaucoup d'hommes et qui motive des consultations avec parfois des attentes « démesurées », c'est le cas de le dire. José, par exemple, patient de 46 ans, marié depuis 18 ans à une femme qu'il aime, et avec qui il a eu 2 enfants. Il vient me consulter pour un agrandissement pénien. Le motif de consultation n'est pas apparent mais ressort après environ 45 minutes d'entretien, alors que le patient me dit avoir été traité par un antidépresseur prescrit par son médecin de famille en raison d'une diminution de la libido associée à une fatigue et des troubles du sommeil. Le patient m'avoue que son épouse veut le quitter, qu'elle entretenait une relation extraconjugale depuis 2 ans sans qu'il soit au courant et qu'au fond, le responsable serait son petit pénis, qui ne l'aurait à ses dires jamais vraiment satisfaite. Après un examen complet, permettant de mesurer la taille du pénis et rassurant le patient sur la « norme » pour son âge (tablettes à l'appui), une sexothérapie d'appoint permettra de « redimensionner » les attentes du patient. Et puisque nous parlons taille, alors parlons-en : le vagin de la femme mesure quinze centimètres en moyenne, donc l'intérêt d'avoir un sexe plus long est inexistant, puisqu'aucune femme ne peut être pénétrée « totalement », la taille moyenne du pénis en érection se situant entre 10 et 12 cm. Pourtant, beaucoup d'hommes (et certaines femmes aussi d'ailleurs) sont persuadés que la taille de leur sexe est proportionnelle à la jouissance que la femme éprouvera. En effet, les hommes sont tellement focalisés sur leur pénis depuis leur plus tendre enfance que bien souvent ils oublient (volontairement ?) que la sexualité ne se résume pas à leur propre sexe.

Leur sexe étant le symbole de leur virilité, ils le connaissent, le mesurent, le comparent, en parlent et certains même « lui » parlent ! Le syndrome du petit pénis a été utilisé par la femme de José comme excuse afin de pouvoir le quitter plus facilement. Les situations cliniques nécessitant une intervention chirurgicale d'allongement pénien sont en fait relativement rares. Il s'agira par exemple de situations congénitales de cas de verge enfouie ou de troubles enzymatiques avec absence de développement des organes génitaux externes. Parfois, dans certaines situations d'hypertrophie pubienne, une réduction de graisse peut être accompagnée d'une section du ligament suspenseur de la verge avec un gonflement du pénis. Toutefois, il faut bien se rendre compte que ces situations sont rares, et que la chirurgie ne règle pas tout. Il sera capital lors de la consultation et des conseils prodigués au patient, que le clinicien soit sans équivoque : il ne faut surtout pas laisser croire au patient que le plaisir est directement fonctionnel de la taille de l'outil pénien. Nul doute que le syndrome du petit pénis des hommes et celui du manque de poitrine des femmes obéit au même principe archaïque, à la même crainte de montrer à l'autre un organe invalide ou insuffisamment développé pour séduire^{1,2}.

1. Pasini Willy & Baldini Maria Teresa, *Les 7 avantages de la beauté*, Odile Jacob, 2006

2. Stulhofer A. Quelle est l'importance de la taille du pénis pour les femmes qui ont une expérience hétérosexuelle ? *Archives of Sexual Behaviour* ; 2006,35 :5-6

- On cherche à être plus viril, à paraître plus attirant, pour pouvoir séduire plus facilement. Malheureusement, force est de reconnaître que pour l'instant les résultats des interventions proposées (non dénuées de tout risque de complication) ne sont pas toujours à la hauteur des fantasmes. Sans oublier le fait que lorsque l'homme maîtrise parfaitement cette partie de son anatomie, il a le sentiment qu'elle est la seule source de son plaisir à tel point qu'il en oublie parfois sa partenaire...

3. Les nouveaux traitements de la dysfonction érectile : la bandaison sur commande ?

- Comme le chantait Brassens, « *la bandaison, Papa, ça ne se commande pas* ». Ce qui est exprimé sans aucune précaution oratoire est sous-jacent à la demande de la plupart des hommes, c'est-à-dire, l'espoir d'une sexualité sans faille ou tout le moins sans défaillance. Le but est univoque, mais les motivations extrêmement variées. Un bref historique de la découverte et la mise sur le marché des premières pilules de l'érection comme le Viagra® (Sildénafil) nous montre que ces médicaments ont été mis au point après plusieurs études sur la contractilité de la cellule musculaire lisse cardiaque. Dès la mise sur le marché du Viagra®, beaucoup de personnes surtout dans le grand public ont eu l'impression qu'il s'agissait de pilules du désir permettant d'obtenir une érection à la demande. Ceci est faux. Il s'agit d'un véritable médicament qui n'a comme fonction que de pouvoir maintenir et entretenir la capacité érectile du corps caverneux. Par la suite, deux autres médicaments sont venus renforcer l'arsenal thérapeutique. Il s'agit du Levitra® (Vardénafil) et du Cialis® (Tadalafil). Hormis quelques différences concernant, la spécificité par rapport aux récepteurs, la durée d'action ou les effets secondaires, ces médicaments ont tous le même principe d'action par inhibition de la 5-phosphodiesterase (5-PDE), enzyme qui dégrade le GMP cyclique, permettant un renforcement de la relaxation de la cellule musculaire lisse et donc un prolongement de l'érection.

- Ces médicaments permettent-ils une érection sans faille chez tous les hommes ?

Ce que l'on peut dire, c'est que ces molécules permettent de traiter plus de 70% de tous les dysfonctionnements, toute cause confondue, avec d'excellents résultats. Les patients ayant une dysfonction érectile sévère, surtout les diabétiques ou les patients opérés d'une chirurgie pelvienne nécessiteront une alternative plus invasive telle que l'injection intracaverneuse d'une substance vasoactive ou parfois la mise en place d'implants péniens. Il faut bien dire que l'acceptation d'un traitement proposé pour régler un problème sexuel est essentiellement fonction de la motivation bien évidemment du patient mais surtout de celui qui le propose. Les débuts du Viagra® en 1998 ont vu arriver beaucoup de patients dans les cabinets médicaux (pas tous très jeunes d'ailleurs) pour se voir prescrire ces pilules. Paradoxalement, ce sont les patients de plus de 60 ans qui demandaient ces traitements. A l'encontre de ce que l'on pourrait croire, ces médicaments n'ont pas foncièrement changé l'approche de la sexualité. Ils ont eu le mérite de permettre une meilleure compréhension des mécanismes de l'érection et par voie de conséquence de parler beaucoup plus librement de sexualité, et par là même de pouvoir aider les hommes ainsi que leurs partenaires plus efficacement. En effet, un médicament prescrit chez un patient ayant un problème et qui n'a pas de volonté de guérir ne sera d'aucune efficacité. En outre, en-dehors des médicaments pour l'érection il faut citer tous les problèmes hormonaux qui peuvent diminuer la libido ou concourir à perturber l'action des inhibiteurs de la 5-phosphodiesterase¹.

1. Mortiniera N., Legros J.J. Existe-t'il une relation entre la déficience androgénique et la perturbation de la sexualité chez l'homme ? Méd Sex. 2007 ; 1 :38-46

Une évaluation clinique et biologique complète ainsi qu'une substitution permettra de potentialiser l'effet de ces médicaments. Il faut à ce titre souligner que la substitution androgénique par testostérone n'est absolument pas dangereuse, et parfois même recommandée, si les contraindications sont respectées et le patient suivi régulièrement.

4. Ce qu'en pensent les femmes

- Paradoxalement, lors du début de la prescription des inhibiteurs de la 5-phosphodiesterase, beaucoup de femmes étaient opposées à la prescription de ces médicaments chez leur mari ou leur partenaire. On peut arguer qu'il s'agisse de femmes post-ménopausées qui n'avaient plus trop envie d'avoir des rapports sexuels ou de femmes qui n'étaient pas trop portées sur le sexe. Toutefois, force est de constater que la femme a beaucoup de peine et de difficulté à accepter que la dysfonction érectile chez l'homme ne soit pas liée à sa capacité de séduction. Hormis les consultations (de plus en plus fréquents) de jeunes gens déboussolés et inexpérimentés par l'approche de la sexualité et surtout d'une femme plus libre et libérée, un phénomène très intéressant est représenté par le fait que l'homme découvre souvent qu'il a de meilleures érections avec une autre femme que celle qu'il aime ! La femme n'apprécie pas et cela se comprend. Pourtant, au lieu de venir en parler, beaucoup de femmes considèrent que le dysfonctionnement érectile de leur homme est lié à un dysfonctionnement de la libido avec une incapacité à aimer.

En pratique urologique, seuls 25% des hommes sont accompagnés de leur femme ou partenaire¹. C'est déjà beaucoup me direz-vous. En effet, ce sont bien souvent les femmes qui lisent les livres, écoutent les émissions et répercutent les possibilités offertes par la prise en charge des incapacités masculines. Toutefois, lorsqu'il s'agit de prescrire un médicament pour aider le patient à regagner son érection, beaucoup de femmes ont peur, d'une part en raison des possibles effets secondaires notamment sur le système cardio-vasculaire, et d'autre part, elles sont réticentes au fait qu'un homme doive prendre une pilule pour la désirer à nouveau. Ce phénomène est très joliment illustré dans le film de Claude Berri « La débandade » où l'on voit une femme, magnifiquement interprétée par Fanny Ardant, qui est tout à fait effarouchée par le fait qu'elle doive se soumettre « aux expériences » de son mari utilisant les injections intracaverneuses ou même la prise d'un comprimé pour regagner son érection². La femme est bien souvent inconsciente de l'aide phénoménale qu'elle peut et qu'elle doit apporter au patient afin de regagner confiance en lui en-dehors du fait qu'il doit regagner des érections de qualité quelle que soit la méthode ou le traitement utilisé³.

1. Buddeberg C ; Bitton A ; Eijsten A; Casella R. Erektile Dysfunktion – auch in der Sprechstunde ein Tabu? *Ars Medici* 14/2007 (in press)

2. Berri Claude. *La débandade*. Film audio DVD Pathé Renn Production, 1999

3. Bitton Alain. *Dysfonction érectile*. Le guide des 50 ans et plus, 2005/2007 (14) 82-86, Mancassola 2005

- Le handicap masculin est alors aujourd'hui révélé et bien souvent condamné. Il y a essentiellement deux raisons qui font que les femmes sont réticentes à la prise d'un traitement pour regagner l'érection : la peur des complications surtout cardiaques et le manque de spontanéité du phénomène érectile lié à un traitement et non plus au désir suscité. Pour répondre à ces angoisses, il faudra expliquer au patient et à son épouse ou compagne, si on arrive à la faire venir à la consultation, que les médicaments permettant de regagner la fonction érectile ne sont absolument pas dangereux pour le cœur ou pour le corps à condition que l'on ait respecté les recommandations d'emploi et les contre-indications, y compris les interactions médicamenteuses surtout chez les patients cardiaques ou hypertendus. Je me rappelle toujours du cas de ce couple d'âge moyen venu consulter pour un dysfonctionnement chez monsieur en même temps qu'un problème de prostate. Lorsque j'ai proposé un médicament pour la prostate accompagné d'un médicament pour les érections, la femme me dit d'un air tout à fait sérieux et presque autoritaire : *« j'espère, Docteur, que vous n'allez pas lui prescrire du Viagra®. Maintenant que j'ai la ménopause, je peux être un petit peu tranquille ! »* Ce cas assez typique est contrebalancé par beaucoup d'autres situations moins cocasses où la femme ne veut pas la pilule pour l'homme parce qu'elle a l'impression qu'elle n'est plus désirable. Dans d'autres situations, c'est l'homme qui veut la pilule parce qu'il ne veut plus la femme qui est avec lui et veut aller trouver d'autres femmes. Chacun doit alors s'interroger sur la banalisation du sexe présenté comme une activité ludique, traité comme un adjuvant et non pas comme partie prenante de la relation amoureuse.

- Bien souvent on entend dire que les médicaments permettant de regagner l'érection sont des substitutifs ludiques des pilules de l'amour. Il s'agit bien évidemment de traitement permettant de retrouver une érection de qualité chez un homme déjà diminué et anxieux. Cette connotation et ces préjugés sont à l'origine d'un problème, non seulement en Suisse mais dans d'autres pays en Europe, de difficultés rencontrés dans le remboursement de ces médicaments qui ne sont pas encore pris suffisamment au sérieux alors que le problème du dysfonctionnement érectile et du dysfonctionnement sexuel est un véritable problème pour l'homme qui souffre. Car derrière chaque homme qui vient consulter, il existe une souffrance d'un humain, d'un couple et une histoire qui se brise, parfois. Malheureusement, les patients tardent à consulter et au moment où l'on voit ces couples où même lorsque l'on arrive à redonner une érection, le fossé affectif et émotionnel s'est déjà creusé. Même si la femme bien souvent n'apprécie pas l'intrusion du médical et du comprimé dans son intimité, elle doit comprendre que pour un homme dont le dysfonctionnement est pour la plupart du temps un problème organique, le médicament et le bilan médical sont indispensables. J'en veux pour preuve des situations, comme après une chirurgie pour cancer de la prostate ou une chirurgie pelvienne dans laquelle sans aide médicamenteuse ou mécanique, l'érection est impossible en raison des lésions nerveuses et vasculaires occasionnées par la chirurgie. Les femmes se font difficilement à l'idée de ne pas provoquer l'érection de leur homme et la dichotomie sexe-amour ne se décline plus de la même façon. Le pouvoir de séduction doit nécessairement aboutir à une érection. On assiste alors à

une certaine collusion entre la crainte masculine de déchoir en montrant qu'on a besoin d'une aide et le veto féminin qui ne veut pas d'aide ou d'associé à provoquer la réaction sexuelle adéquate de son partenaire¹. Il est intéressant de noter que la possibilité aujourd'hui quasi « absolue » que nous avons de traiter l'impuissance masculine agit comme un révélateur de l'ensemble des problèmes de sexualité.

- Bien que ce chapitre soit consacré aux médicaments par voie orale, il existe d'autres traitements à disposition que nous avons brièvement mentionnés, notamment les injections de substances vaso-actives ou les prothèses ou implants péniers. Toutefois, la pilule est bien souvent préférée aux injections car elle est plus proche de la physiologie, elle nécessite le désir et l'érection ainsi améliorée cesse avec l'éjaculation contrairement à ce qui se passe avec l'injection de substances vaso-actives ou avec la prothèse. En outre, certains médicaments à durée d'action beaucoup plus longue comme le tadalafil (Cialis®) permettent de ne plus devoir reprogrammer en quelque sorte l'acte sexuel puisque la durée d'action du médicament permet lors de la prise d'une à deux pilules par semaine d'avoir des érections pratiquement à la demande et des rapports sexuels spontanés. Cette liberté permet de retrouver une certaine harmonie dans le jeu amoureux et dans les préliminaires². Il n'y a pas de doute que cela permettra également à la femme de ne plus voir la pilule comme un intrus.

1. Virag Ronald, *Histoires de pénis*, Albin Michel, 2003

2. Roumeguère T., Bitton A., Verheyden B., Roos E., Belger M., Dahl P., Schmitt H. Effectiveness of Tadalafil and impact on relationship. Abstract published during the 8th Congress of the European Federation of Sexology, Prague 2006

- Il m'est même arrivé certaines fois afin de court-circuiter ce genre de situation de conseiller à un homme de ne surtout pas révéler à son épouse ou sa compagne qu'il prenait une aide à l'érection surtout au début du traitement afin d'éviter le regard parfois culpabilisateur et « castrateur » de la femme. Une fois que les rapports (sexuels et affectifs) sont repris de manière tout à fait satisfaisants et harmonieux, le patient alors mis en confiance pourra révéler à sa compagne qu'il a reçu une petite aide du médecin et que les choses sont rentrées dans l'ordre. La démarche la plus difficile pourtant reste celle de ceux qui ont initié une relation grâce à un traitement sans l'avoir révélé et qui n'arrive toujours pas à le révéler à leur partenaire. Il s'agit parfois en quelque sorte d'un cercle vicieux puisqu'on n'ose pas dire à sa partenaire que l'érection est revenue à la normale grâce à un médicament sous peine de voir se briser la relation de confiance (parfois bien fragile) qui s'est réinstaurée. Pourtant la découverte d'une sorte de maîtrise technique de la reprise d'une érection offre à l'homme la possibilité de s'affirmer en tant qu'homme et de redonner du plaisir à sa partenaire.

II. DESIR, PLAISIR ET LIBIDO : PEUT MIEUX FAIRE...

1. Eloge et déclinaison du plaisir

Le désir est bien souvent lié au plaisir, mais pas uniquement et pas toujours. Pour certains ils sont indissociables¹. Il est vrai que chacun de nous pressent intuitivement qu'un désir très fort déclenchera invariablement du plaisir. L'humain recherche le plaisir avant de désirer. Le plaisir serait soit physique soit émotionnel. Hormis les nombreux plaisirs que peut nous offrir la vie, le plaisir physique dans l'acte sexuel est lié essentiellement à la capacité d'augmenter et de faire durer son excitation sexuelle ainsi que d'utiliser cette excitation sexuelle afin d'aboutir à un plaisir sexuel². La capacité d'augmenter et de faire durer l'excitation sexuelle permet de parvenir à une décharge éjaculatoire pour l'homme et à une vague de spasmes chez la femme. Il s'agit de réflexes orgastiques. *« Le lâcher-prise musculaire final qui accompagne fournit une sensation de plaisir physique appelée « orgaste »².* La sensation de volupté qui, au fur et à mesure que le corps se met en branle, se transforme en jouissance et qui correspond à un véritable plaisir final dans un abandon émotionnel total est appelé « orgasme »².

1. Cudicio P. Désir et plaisir féminins, étapes vers une délectable révolution. Méd. Sex. 2007 ; 1 :66-69

2. Parpaix François, *Pour être de meilleurs amants*, Robert Laffont, 2004

Hors, l'expérience prouve qu'il existe parfois des hommes et des femmes qui brûlent d'un désir ardent et qui n'atteignent que très rarement l'orgasme. En outre, orgasme et plaisir ne sont pas systématiquement liés. Comme le précise F. Parpaix, orgasme et plaisir qui constituent deux constituants du plaisir, sont souvent confondus à tort. Ainsi, il peut y avoir authentique excitation sexuelle comprenant éjaculation, spasmes... sans qu'il y ait plaisir émotionnel pour de nombreuses raisons qui peuvent être sentiment de peur, de culpabilité... Inversement, une émotion sexuelle très démonstrative ne signifie pas forcément qu'il y a eu excitation sexuelle authentique. La décharge sexuelle ne signifie donc pas obligatoirement orgasme. Comme le souligne F. Parpaix (p. 144), il y a une grande confusion entre amour et excitation sexuelle ; plaisir physique et plaisir émotionnel. Selon F. Parpaix, « *Le plaisir sexuel reste donc une perception agréable alliant une excitation sexuelle (vasocongestion et lubrification) et un sentiment de jouissance pendant la montée et l'explosion de l'excitation* ». On peut se demander si l'incapacité à prendre du plaisir sexuellement ne vient pas d'une certaine incapacité à prendre du plaisir tout court¹. Les interdits sont effet nombreux et de tous ordres (religieux, éducatif, culturel). Les pires sont bien ceux que l'on construit soi-même. Apprendre ou réapprendre à écouter ses sensations internes au quotidien ne peut être que bénéfique permettant de savourer un bon plat, un vin, une odeur ou un paysage, afin d'apprendre à se laisser également à s'octroyer du plaisir sexuel.

1. Dessouches D. Le désir n'a pas d'âge. Sondage CSA. Notre temps 1994 ; 293 : 7-12

Pourtant comme le précise F. Parpaix « *apprendre à se faire plaisir dans la vie, comme dans la sexualité, n'est pas la chose la mieux partagée du monde* ». Dans le déclenchement et l'obtention au plaisir sexuel la masturbation occupe pour l'homme comme pour la femme d'ailleurs une place à part. En dehors des mystères, interdits, silences, gênes et à priori négatifs, la masturbation est pour beaucoup un plaisir et un besoin nécessaire, fort heureusement. Pourtant, c'est un plaisir très particulier, presque limité, car l'imaginaire érotique est très pauvre, sous forme le plus souvent de flashes et qui aboutit plutôt à une décharge de la tension sexuelle.

- Nous avons pourtant, pour la plupart d'entre-nous, une haute idée de l'amour que nous espérons ou attendons de l'autre. Le plaisir serait meilleur quand on aime, dirait-on. Chez l'homme, le plaisir sexuel ne se réduit pas à l'orgasme. En effet, bien souvent, lorsque l'on demande à un homme à quel moment il ressent le plus grand plaisir sexuel, il répond qu'il s'agit du moment où il obtient une érection de qualité et qu'il peut la maintenir, indépendamment du rapport sexuel ! Pour l'homme, la sexualité est bien souvent ramenée – parfois même exclusivement – à l'outil pénien. Ces quelques grammes de chair semblent peser lourd dans l'estime de soi. Depuis la nuit des temps, il est vrai, le pénis a permis de valoriser, identifier et même de façonner la nature de son propriétaire. C'est que depuis l'Antiquité, le pénis a été érigé, si l'on peut dire, en tant que symbole de la vie, de la puissance et de la jouissance¹.

1. Salama Gérard & Demarta Nathalie, *Les hommes racontés par les femmes*, Plon, 2006

La capacité de s'observer en érection ou ce que l'on appelle parfois « le mythe du phallus », est un phénomène d'autant plus important qu'il dénote une crise existentielle en cas d'absence d'érection spontanée. Ainsi, certains hommes viennent trouver parfois le spécialiste pour la prescription de médicaments renforçant la fonction érectile, non pas pour avoir des rapports sexuels, mais plutôt afin de constater de nouveau le plaisir de s'observer en érection et ainsi de se rassurer quant à leur essence d'homme. Pour les femmes, c'est différent car leur plaisir est bien souvent multiple. A ce propos, une revue récente des études de prévalence des dysfonctions sexuelles féminines montre que 35% des femmes souffrent de problèmes d'orgasme¹.

- Pourtant, pour l'homme, le plaisir en tant que reflexe n'est pas forcément lié à l'amour. A ce propos je cite le cas d'un jeune patient, Frédéric, consultant pour une baisse de libido et une absence d'orgasme d'apparition assez brutale à la suite du départ de son amie après 6 ans de vie commune avec une entente parfaite sur le plan relationnel et sexuel. L'annonce du départ a eu lieu alors que le couple était sur le point de concrétiser leur union par un mariage. Frédéric n'a pas consulté immédiatement. Il s'est bien rendu compte qu'il y avait un problème psychologique évident.

1. Hayes R.D., Bennett C.M., Fairley C.K., Dennerstein L., What can the prevalence studies tell us about Female Sexual Difficulty and Dysfunction J Sex Med 2006 ; 3 :589-595

Les érections nocturnes et matinales étaient préservées et, bien qu'il ait eu des relations épisodiques avec d'autres femmes dans les 6 mois qui ont suivi la séparation, il n'a jamais réussi à atteindre l'orgasme. Comme il le dit très bien lui-même, *« j'ai l'impression de m'être anesthésié quand elle m'a quitté »*. Une psychothérapie l'aidera toutefois par la suite à réaliser qu'au départ de son amie, il a refusé tout sentiment, toute sensation, sans doute par peur de souffrir à nouveau. Après un bilan médical et biologique complet qui a permis d'exclure un problème organique, métabolique ou hormonal, c'est la psychothérapie, puis la sexothérapie qui ont permis de débloquent Frédéric. Ce cas illustre parfaitement la situation du patient qui réalise que parfois, l'organe sexuel par excellence n'est pas forcément l'organe génital, mais le cerveau qui, déconnecté de sa fonction de plaisir ou de désir, se trouve comme « castré ». Et le patient de remarquer lui-même : *« le cerveau est bien le principal organe du plaisir, bien plus que les zones érogènes physiques »*. Il semble bien que pour jouir il faut une mécanique qui fonctionne et un cerveau qui suit. Pour aimer, il faut surtout un cerveau. S'il existe parfois une différence d'intégration au niveau cérébral concernant l'aspect fantasmagorique des orgasmes chez l'homme et chez la femme, sur le plan physique la traduction du plaisir est assez semblable. Il s'agit d'une série de contractions rythmiques involontaires des muscles de la zone sexuelle. Toutefois, cette réalité physique ne rend pas compte de l'expérience émotionnelle qui l'accompagne et qui peut être variable d'un individu à l'autre. L'essentiel de l'orgasme n'est donc pas physique.

Comme le décrivent les neurobiologistes¹, au moment de l'orgasme, une hormone, l'ocytocine, est déversée dans la circulation. Sa durée de vie est de 2 à 3 minutes seulement. Elle accompagne le réflexe orgasmique et a d'autres fonctions. Hormis son utilité lors des contractions de l'accouchement ou de l'allaitement, elle a essentiellement une action sur deux groupes musculaires, ceux de l'utérus et de la zone génitale. Il est intéressant de noter qu'une même hormone peut ainsi participer tant aux mécanismes liés à la douleur qu'à ceux liés au plaisir. Douleur et plaisir n'étant peut-être pas si éloignés que l'on imagine. L'ocytocine participe également à l'orgasme masculin. En outre, un des éléments indispensables au réflexe de contraction musculaire rythmique et tonique caractéristique de l'orgasme est constitué par l'important et complexe groupe musculaire du périnée, soutenant les organes du petit bassin. Chez l'homme, on a remarqué depuis longtemps qu'un périnée faible entraînait une impossibilité de contrôle de l'éjaculation et parfois une éjaculation précoce. Nous en reparlerons.

- Prendre du plaisir est une chose, savoir en donner, une autre. Car tout le monde s'accorde sur le fait que, faire l'amour, ce n'est pas seulement prendre du plaisir, mais aussi et peut-être surtout, savoir en donner. Bien souvent, la jouissance s'en trouve d'ailleurs décuplée par le plaisir de l'autre.

1. Cyrulnik Boris, *De chair et d'âme*, Odile Jacob 2006

Savoir donner du plaisir, c'est tout d'abord savoir donner et apprendre à partager la relation. Il s'agit là très probablement du point crucial et le plus difficile à gérer dans la relation de couple. A partir du moment où un homme ou une femme sait donner, il/elle a acquit ou atteint une certaine maturité qui lui permet d'avancer sereinement dans sa relation. Cela sous-entend bien évidemment que l'autre sache recevoir, sans orgueil ni fausse modestie. Une question qui revient parfois lors de la consultation est de savoir si l'idéal est d'obtenir la jouissance simultanée. Il m'est arrivé certaines fois de recevoir en consultation l'un ou l'autre patient consultant pour « dysfonction érectile » en raison de l'impossibilité d'obtenir un orgasme simultanément avec leur partenaire. Pour beaucoup, l'orgasme simultané reste encore un idéal à atteindre pour le couple. En effet, il s'agirait même d'une attente toujours très répandue (36% dans une enquête menée sur la population française en 2004) mais d'avantage chez les hommes (42%) que chez les femmes (30%) qui sont peut-être plus réalistes que leurs partenaires^{1,2}. Pourtant, de nombreux sexologues critiquent cette recherche de plaisir au même moment. Il est, d'une part extrêmement difficile de déclencher un orgasme à un instant prévu. En outre, il est plus simple de « profiter » du plaisir de l'autre quand on est soi-même dans un état de post-orgasme ou relâché. On est donc beaucoup plus attentif au plaisir de l'autre et plus ouvert à la stimulation.

1. Colson M.H., Lemaire A. Les points cardinaux de la sexualité, enquête sur la sexualité des Français en 2004. Médecine Sexuelle. 2007 1 :22-25

2. Colson M.H., Lemaire A., Pinton P., Klein P., Hamidi K. Sexual Behaviors and Mental Perception, Satisfaction and Expectations of Sex Life in Men and Women in France, J Sex Med. 2006; 3:121-132

2. Sentiment amoureux et désir sexuel

- Globalement, l'on peut dire que la sexualité chez l'homme correspond à quatre phases :

1. Le désir ou libido qui correspond à l'intérêt porté à la relation sexuelle ou l'attirance vers le partenaire. Habituellement le terme de libido est réservé par les spécialistes afin de décrire « la manifestation dynamique de la pulsion sexuelle dans la vie psychique ». Comme le précise R. Virag¹, Freud a offert aux hommes le mot commode de libido pour parler de leur sexualité.

2. L'excitation, qui chez l'homme est surtout liée à des stimulations visuelles, olfactives, tactiles, ou à des fantasmes. L'excitation aboutit par le biais d'une stimulation neuro-humorale à l'érection.

3. L'orgasme correspond au paroxysme de l'acte sexuel aboutissant, en principe à l'éjaculation génératrice de plaisir.

4. La résolution ou période réfractaire suit l'orgasme et est variable en durée mais peut aller de quelques minutes à quelques jours selon l'âge.

1. Virag Ronald, *Histoires de pénis*, Albin Michel, 2003

- Le désir sexuel est bien souvent le baromètre d'une relation nous indiquant en quelque sorte le niveau de l'énergie du couple. On peut penser que sans désir sexuel, qui est à la base de l'attraction entre deux personnes, le couple est amené à s'éteindre¹. Le désir serait en somme son carburant. Par ailleurs, il est tout à fait normal que le désir fluctue puisqu'il est d'abord en chaque personne et qu'il suit forcément la courbe de ses humeurs et de son énergie. Mais qu'est-ce donc que ce désir sexuel ? En fait, le désir est de deux ordres: le désir de l'autre ainsi que l'envie d'être désiré. Le premier fait état de l'envie de se rapprocher, d'aller vers l'autre, de le conquérir, de se nourrir de sa différence, de le toucher, de le prendre et de lui procurer du plaisir. Le second parle davantage de l'envie d'être admiré, conquis par l'autre, c'est le désir de s'abandonner, d'être pris et de savourer le plaisir reçu. L'équilibre entre ces deux pôles chez une même personne est donc essentiel pour un désir complet et authentique¹. Contrairement à ce que plusieurs personnes pensent, le désir sexuel, tout comme le sentiment amoureux et l'intimité, ça se construit. De plus, le désir sexuel semble émerger de deux sources : l'une pulsionnelle et dépendante de l'action de la testostérone, l'autre, et non la moindre, est une construction volontaire. L'intensité du désir pour l'autre dépend donc d'un investissement personnel et de son propre engagement. Pour avoir envie d'une chose, il faut d'abord y penser! Mais attention, il est primordial d'y penser intelligemment afin de découvrir ses propres sources d'inspiration.

1. Pasini Willy, *La force du désir*, Odile Jacob 1999

Le cinéma, la littérature, les magazines peuvent certes apporter un soutien et stimuler l'imaginaire, cependant, il faut aussi prendre conscience que la société de consommation (publicité, mode, tendances) contamine et contrôle également notre univers fantasmatique. On imagine maintenant les choses à notre place! L'industrie de la pornographie s'impose de plus en plus et elle entretient aussi des mythes sur ce que devrait être un partenaire sexuel idéal et ce à quoi il devrait ressembler. À force d'images faussées qui s'écartent de la réalité, il n'est pas rare de voir des gens perdre peu à peu l'intensité de leur désir et avoir besoin de stimulations extérieures de plus en plus fortes. Et s'il existe un leurre, c'est bien celui de croire qu'il faille un certain type d'attribut (gros seins, gros pénis, corps musclé, minceur, etc.) pour entretenir le désir sexuel¹. Si ces derniers facteurs peuvent au premier abord attirer le regard et émoustiller, à plus long terme le désir a besoin de racines plus profondes. Ces leures vont surtout toucher les jeunes dont l'esprit est fragile et encore facilement imprimable, leur donnant une norme ou des « valeurs » qui n'existent pas. W. Pasini dans son dernier livre sur la beauté¹ nous met bien en garde contre la tentation de remplacer les vrais atouts de séduction par la chirurgie. C'est d'abord à l'intérieur de soi qu'il nous faut le puiser. Nous sommes tous dotés de cette pulsion créatrice, il nous faut seulement lui accorder du temps.

1. Pasini Willy & Baldini Maria Teresa, *Les 7 avantages de la beauté*, Odile Jacob, 2006

Le temps de laisser monter ce qu'il y a au fond de soi, le temps de penser, d'imaginer, de rêver, d'anticiper, d'investir et de codifier sexuellement notre partenaire en se laissant emporter par ses fantasmes. Il nous faut aussi de l'espace, de la liberté, une distance suffisante d'avec l'autre pour ne pas être étouffé par la fusion qui annihile le désir. En même temps, il faut suffisamment de proximité, d'intimité pour se sentir en confiance et près de l'autre. Il est donc essentiel que des émotions et des sentiments positifs circulent librement entre deux personnes pour favoriser la plénitude du désir. Pourtant le problème pour beaucoup d'hommes semble être l'agressivité des femmes et leur assurance entament leur désir. Comme le précise W. Pasini¹ : « *autrefois, l'homme était triste après le coït ; maintenant, cela lui arrive aussi avant et, surtout, pendant* ». Une incapacité à gérer les conflits ou à discuter des sentiments négatifs, tels culpabilité, colère, anxiété, ressentiment, bloque la vitalité de la sexualité et brime par le fait même le désir sexuel. Comme je le précise à un de mes patients, Jean-Pierre qui vient me consulter pour un manque de désir : « *si vous réalisez que vous manquez d'intérêt pour votre partenaire ou pour la sexualité, investissez en vous et dans la relation!* ». Plus facile à dire qu'à faire ! La pilule du désir, succédané miracle de la relation qui s'effrite, et que beaucoup viennent me demander, n'existe pas encore.

1. Pasini Willy, Des hommes à aimer, Odile Jacob, 2007

Pourtant, le manque de désir et d'intérêt pour la sexualité ne se manifestent plus lorsque le patient, marié depuis 18 ans à la même femme et qu'il aime d'ailleurs, a des relations épisodiques avec des femmes plus jeunes. Mais à long terme, le désir sexuel dépend bien de la qualité de la relation du couple¹. Et on assure la qualité d'une relation par l'engagement. Voilà pourquoi, même si la pilule du désir venait à exister un jour elle ne règlera pas tout, loin de là. S'engager, c'est choisir de s'attacher et de demeurer avec l'autre même lorsqu'on éprouve une difficulté. Mais l'homme a-t-il vraiment envie s'engager et rester investi encore dans la même relation ?

3. Sa majesté, l'orgasme

- L'orgasme considéré comme le point culminant de l'expérience sexuelle constitue encore une phase mal connue dans le cycle de la réponse sexuelle, et ceci malgré les nombreux travaux de recherches en neurologie, neurobiologie et neuroendocrinologie². Comprendre la nature de l'orgasme et surtout ses implications dans les cas de dysfonctionnements sexuels paraît crucial. Nous avons déjà évoqué la définition de l'orgasme que donne F. Parpaix et surtout le fait de ne pas le confondre avec l'orgasme.

1. Mah K, Binik YM. The nature of human orgasm : a critical review of major trends. Clin Psych Rev. 2001 ;21(6) :823-856

2. Dessouches D. Le désir n'a pas d'âge. Sondage CSA. Notre temps 1994 ; 293 : 7-12

- Sur le plan neurologique, les nouvelles recherches en imagerie et neurosciences nous permettent de mieux comprendre ce qui se passe au niveau cérébral au moment d'un orgasme. Les premières investigations incriminaient le cortex préfrontal droit¹. De récentes études de tomographie par émission de positrons (PET Scan) ont permis de mesurer l'augmentation du flux sanguin au niveau cérébral durant l'éjaculation. L'augmentation se ferait surtout et spécifiquement au niveau de la région de transition mésencéphalique dans l'aire tegmentale ventrale². De manière étonnante, cette aire cérébrale contient le groupe cellulaire dopaminergique A10 impliqué dans les comportements de récompense. C'est cette même région qui est activée lors d'un rush de cocaïne ou d'héroïne et Holstege et al.,² suggèrent une correspondance entre la « récompense » comme plaisir et l'acte sexuel. Concernant le domaine neuro-endocrine, il semble que la réponse endocrinienne à l'orgasme tant chez l'homme que la femme soit représentée par une augmentation massive et continue de prolactine^{3,4}. La production de prolactine servirait de modulateur à la réponse sexuelle ainsi que pour la fonction reproductrice.

1. Tiihonen J., Kuikka J., Kupila J. Increase in cerebral blood flow of right prefrontal cortex in man during orgasm. *Neurosci Lett.* 1994 ;170(2) :241-243

2. Holstege C., Georgiadis JR., Paans AM. Brain activation during human male ejaculation. *J Neurosci.* 2003;23(27):9185-9193

3. Kruger TH., Haake P., Hartmann U. Orgasm induced prolactin secretion: feedback control of sexual drive ? *Neurosci Biobehav Rev.* 2002;26(1):31-44

4. Kruger TH., Haake P Chereath D. Specificity of the neuroendocrine response to orgasm during sexual arousal in men. *J Endocrinol.* 2003;177(1):57-64

4. Norme et performance : fiasco assuré

- La compréhension de la sexualité d'un individu nécessite de prendre en compte son environnement conjugal, familial et socioculturel, de connaître le vécu et le ressenti du trouble sexuel sur sa qualité de vie, de préciser sa demande et bien évidemment celle de sa partenaire. En fait, bien que la sexualité représente une fonction physiologique non vitale, elle est pourtant ressentie comme vitale et primordiale pour beaucoup. Malgré les progrès tant médicaux que dans le domaine de la communication, beaucoup d'individus, même encore jeunes pensant qu'ils ne correspondent plus à une norme sexuelle ou de désir s'accommodent de leur dysfonctionnement ou parfois se résignent d'emblée¹. La sexualité ne fait partie et ne devrait faire partie d'aucune norme. Bien que l'on s'accorde aujourd'hui à mentionner certaines normes culturelle, sociale etc...², la sexualité ne répond sur le plan individuel, fort heureusement, à aucune norme. Elle serait plutôt une entité ayant une variété de pratiques et d'attitudes selon les personnes et pour une même personne selon le moment, les circonstances et la partenaire. Le regard de l'homme sur sa sexualité est toujours brouillé par l'inconnu du passage à l'acte surtout lors des premiers rapports sexuels.

1. Buvat J., Ratajczyk J., Lemaire A. Les problèmes d'érection: une souffrance encore trop souvent cachée. *Andrologie* 2002 ; 12 : 73-83

2. Pasini Willy, *A quoi sert le couple ?* Odile Jacob, 1996

3. Pasini Willy, *Le temps d'aimer*, Odile Jacob, 1997

4. Pasini Willy, *Les nouveaux comportements sexuels*, Odile Jacob 2003

Sans être réellement nouveau, le domaine de l'anxiété face à la performance a pris de l'ampleur avec la mise en avant de la demande sexuelle des femmes et des relations homme-femme. En effet, jusqu'à il n'y a pas si longtemps, les femmes subissaient l'acte sexuel, la relation et même l'homme, diluant leur insatisfaction dans le renoncement ou l'adultère. Le mariage était bien souvent l'étape obligée pour accéder à la sexualité. Actuellement, plus indépendantes matériellement et physiquement les femmes veulent aujourd'hui conjuguer leur carrière à leur vie de femme, épanouissement maternel et sexuel inclus. Elles demandent un plaisir qu'elles fondent en droit et se donnent le droit de l'obtenir¹. La femme peut connaître actuellement et revendiquer le plaisir. De nos jours, les unions ne sont plus éternelles. Les partenaires ne sont plus dépendantes. Elles ont des expériences, elles comparent et souvent elles choisissent. L'homme devient alors nu et s'imagine qu'il ne bande pas bien, qu'il sera rejeté, moqué ou détrôné. Bien souvent, il préfère alors fuir plutôt que d'affronter le passage à l'acte. Le cerveau va alors anticiper l'échec et c'est le fiasco. L'aide à l'érection devra alors souvent être épaulée par un travail sur soi aidé par un sexo ou psychothérapeute. Il faudra alors lutter contre ces fausses normes et essayer de réhabiliter le couple à une sexualité assise sur l'écoute de l'autre et sur l'affectif. Il n'existe et on ne le répétera jamais assez aucun comportement normatif donc exonéré de responsabilité. La sexualité n'est pas normative.

1.Fabre Clarisse, Fassin Eric, *Liberté, égalité, sexualités*, Belfond, 2003

Pourtant la société ne cesse de vouloir nous imposer une norme, ce qui met l'homme sous pression et aboutit à l'échec. Cette norme nous est bombardée non seulement par l'internet mais également par tous les médias et les moyens audiovisuels par le biais de films pornographiques notamment, qui mettent à disposition de personnes encore relativement jeunes et immatures des images et des comportements que l'on veut actuellement normatifs. Non seulement, cette exposition détruit l'image de la femme ou du partenaire qui est vu comme un « objet de désir », mais oriente l'homme vers une fausse image ou idée du sexe et de la sexualité. On ne parlera plus d'amour, on parlera de comportement. Ces comportements peuvent alors être très facilement abusifs et désorientés.

5. Les problèmes éjaculatoires : ces tueurs de la vie amoureuse

- L'éjaculation précoce est définie par le DSM-IV comme étant une éjaculation apparaissant dans la minute qui suit la pénétration. On estime aujourd'hui que l'éjaculation précoce concerne de 28 à 36% des hommes et représente le trouble sexuel et le motif de consultation le plus fréquent^{1,2}. Malgré sa fréquence élevée, l'étiologie de l'éjaculation précoce reste débattue. Au-delà de la description princeps de Kaplan et collègues³ qui donnait une explication psychodynamique centrée sur des tendances sadiques et narcissiques, la vision moderne de l'étiologie de ce trouble, serait plutôt une hypersensibilité pénienne⁴.

1. Basile Fasolo C, Mirone, V, Gentile V, Parazzini F, Ricci E, J Sex Med 2005;2:376-382. Premature Ejaculation: Prevalence and Associated Conditions in a Sample of 12,558 Men Attending the Andrology Prevention Week 2001-A Study of the Italian Society of Andrology (SIA)

2. Papaharitou S, Athanasiadis L, Nakopoulou E, Kirana P, Portseli A, Irakliidou M et al. Erectile dysfunction and premature ejaculation are the most frequently self-reported sexual concerns: profiles of 9,536 men calling a helpline. Eur Urol 2006;49:557-563.

3. Kaplan HS. How to overcome premature ejaculation. New York: Brunner-Mazel; 1989

4. Master VA., Turek PJ. Ejaculatory physiology and dysfunction. Urol Clin North Am. 2001;28(2):363-375

Pour de nombreux couples, ce problème peut représenter un véritable handicap à la vie amoureuse de loin plus gênant qu'un trouble érectile. Etonnement beaucoup s'en accoutument. Pourtant, lorsque le patient est traité et pris en charge efficacement, la partenaire note une très nette différence et se rend compte de l'importance d'avoir traité le trouble éjaculatoire, car la qualité de la relation s'en trouve très nettement améliorée. En outre, ce phénomène, comme les troubles sexuels masculins en général, ôtent du plaisir parce qu'ils entraînent une anxiété de performance ou une angoisse anticipant l'échec. Etre persuadé d'être systématiquement un éjaculateur précoce va forcément concourir à vous donner raison. Ainsi, au lieu de profiter des préliminaires qui sont souvent nécessaires à la relation amoureuse, un homme va s'angoisser de plus en plus en attendant que son érection accepte de se manifester ou à la simple pensée qu'il puisse avoir une éjaculation au bout de 30 secondes ou une minute.

- François me consulte car, il souffre d'éjaculation très précoce depuis toujours à ses dires. Il s'agit d'un homme de 35 ans, marié à la même femme depuis 12 ans, avec laquelle il entretient des rapports sexuels par ailleurs satisfaisants en qualité et en fréquence. Depuis quelques temps, sa femme ne trouve plus aucun plaisir à leurs ébats amoureux, notamment en raison de l'éjaculation précoce, bien que le patient ait toujours présenté ce problème. Les rapports sexuels du couple sont toutefois fréquents, mais insatisfaisants, avec une tendance à être bâclés, même au moment des préliminaires. A l'examen clinique, il n'y a aucune anomalie au niveau de la prostate ou des organes génitaux externes. Le patient étant d'un naturel anxieux

avec un profil psychologique fragile, je l'adresse en parallèle en physiothérapie périnéale et, en vue d'une sexothérapie complémentaire à un traitement anesthésiant topique et antidépresseur que je lui prescris. Le physiothérapeute effectue un travail de fond au niveau de la musculature périnéale avec un apprentissage de la reconnaissance de la contraction de la musculature pelvienne, notamment du groupe bulbo-caverneux. La musculation périnéale fait des miracles. Le patient revient en consultation en notant un très net progrès, permettant également une amélioration de la situation mictionnelle que le patient avait d'ailleurs scotomisée lors de l'anamnèse initiale à ma consultation. Actuellement, il peut non seulement retenir sa vessie avec de meilleurs intervalles, mais l'éjaculation est beaucoup mieux contrôlée avec un orgasme de qualité à l'entière satisfaction du couple. A cet égard, il est important de préciser que l'intensité de l'orgasme est inversement proportionnelle à la durée de la période avant éjaculation. En effet, les hommes éjaculateurs précoces affirment plus volontiers que le plaisir est moins intense, ce qui semble logique. Bien évidemment, chaque homme devrait trouver le seuil idéal entre montée du plaisir et éjaculation.

- L'éjaculation précoce peut être traitée par des méthodes comportementales ainsi que par inhibiteurs du recaptage de la sérotonine, comme la sertraline et la paroxétine^{1,2,3}.

1. Zilbergeld B. *The new male sexuality*. Toronto, Ont: Bantam Books; 1992.

2. Kim S, Seo K. Efficacy and safety of fluoxetine, sertraline and clomipramine in patients with premature ejaculation: a double-blind, placebo controlled study. *J Urol* 1998;159:425-7

3. Waldinger M, Hengevel M, Zwinderman A. Ejaculationretarding properties of paroxetine in patients with primary premature ejaculation: a double-blind, randomized, doseresponse study. *Br J Urol* 1997;79:592-5.

En outre, il faut citer les thérapies comportementales décrites déjà par Masters et Johnson telles que la « squeeze pause » technique ou « stop-start » de Kaplan¹. Ces techniques permettent à l'éjaculateur précoce de maîtriser la montée de son plaisir jusqu'à pouvoir contrôler puis retarder son orgasme éjaculatoire. Le succès de ces techniques est excellent avec des résultats allant jusqu'à 85%. La réponse dépend toutefois de la coopération de la partenaire. Une nouvelle piste thérapeutique semble représentée par ce que l'on nomme EMDR ou « Eye Movement Desensitization and Reprocessing ». Cette approche de désensibilisation et de retraitement par les mouvements oculaires est une approche thérapeutique nouvelle du Syndrome de Stress Post Traumatique (PTSD). Cette méthode psychothérapique utilise la stimulation sensorielle des deux côtés du corps, soit par le mouvement des yeux, soit par des stimuli auditifs ou cutanés pour induire une résolution rapide des symptômes liés à des traumatismes du passé². Christophe Marx, sexologue à Nîmes reporte une étude personnelle basée sur cette technique avec un protocole thérapeutique comportant trois consultations d'une heure, à trois semaines d'intervalle. Parmi 11 cas traités, 8 ont vu s'améliorer leur sexualité - le critère d'amélioration étant le passage à une durée de rapport intravaginal « acceptable » pour les deux partenaires, avec disparition de l'anticipation négative³.

1. Kaplan HS. How to overcome premature ejaculation. New York: Brunner-Mazel; 1989

2. Boudewyns PA., Hyer LA. Eye movement desensitization and reprocessing (EDMR) as treatment for post-traumatic stress disorder (PTSD). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1996 ; 3 : 185 – 195

3. Marx Christophe. Ejaculation rapide: une nouvelle piste thérapeutique avec l'Eye-Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). *Médecine Sexuelle*, 2007 1 (1) : 52 – 55

- A l'opposé des problèmes d'éjaculation précoce, les difficultés à éjaculer du type éjaculation retardée ou anéjaculation, ainsi que les difficultés à éprouver du plaisir sont beaucoup plus rares. En dehors des problèmes postopératoires classiques représentés surtout par des interventions chirurgicales au niveau du petit bassin ayant lésé les nerfs sympathiques ou les problèmes liés à la prise de médicaments, la plupart des patients ayant une difficulté à éjaculer sont souvent des patients ayant des troubles de la personnalité avec des comportements obsessionnels.

- Parfois, le trouble éjaculatoire est lié à un problème banal, telle qu'une infection au niveau urogénital, comme le cas typique de Philippe, sympathique chauffeur de bus de 47 ans, consultant pour une difficulté progressive à l'éjaculation et une baisse de libido d'apparition également progressive et lente. Un bilan hormonal complet permet d'exclure un hypogonadisme ou un trouble cérébral. Le patient n'a pas d'antécédent médico-chirurgical particulier ou de prise médicamenteuse. Un examen simple au niveau de la prostate, après massage, récolte des sécrétions et de l'urine, ainsi qu'une échographie endorectale, permettent de confirmer une prostatite avec dysfonction pelvienne. Après un traitement antibiotique, anti-inflammatoire, décongestionnant et alpha-bloquant, le patient est transformé et revit avec une éjaculation de meilleure qualité. C'est dire l'importance d'un examen physique et biologique complet avant de classer le patient dans un trouble de la personnalité ou psychologique. Comme le dira Philippe, lui-même par la suite : *« je m'en veux de ne pas vous avoir consulté plus tôt. En effet, ma relation de couple s'est trouvée extrêmement perturbée par mes problèmes d'éjaculation, à tel point, que ce n'est*

que lorsque mon épouse m'a menacé de me quitter si je n'allais pas voir un médecin ou consulter un spécialiste, que je me suis décidé à venir vous trouver ». Le cas de Philippe n'est pas unique et, bien souvent, en raison de non-dits, de préjugés ou d'idées reçues, beaucoup de patients tardent à consulter et laissent la relation de couple s'envenimer à tort. De nouveau, le problème éjaculatoire s'était manifesté par une difficulté à accéder à l'orgasme, avec une insatisfaction de la partenaire qui a réagit, fort heureusement. Le blocage qu'a ressenti le patient, ainsi que l'image négative qu'il se projetait de lui-même, ne l'a pourtant pas fait broncher. La femme, beaucoup plus souvent à l'écoute de son corps et des dysfonctionnements, est, la plupart du temps, salvatrice dans la démarche vers le spécialiste !

III. L'AMOUR AU MASCULIN

1. *Que signifie aimer pour un homme ?*

- L'homme a besoin d'être aimé. Pourtant les hommes sont difficiles notamment lorsqu'ils abordent ces problèmes. Paradoxalement, l'identité de l'homme et souvent l'idée qu'il se fait de l'amour et du bonheur repose non pas sur ses désirs propres mais sur ses désirs féminins. Bien souvent, il utilise son corps non comme un moyen de séduction mais comme une cuirasse, une protection afin de se rassurer lorsqu'il ne trouve pas d'amour auprès de sa partenaire¹. La tendance des hommes à tout intellectualiser et à se distancier de leurs sentiments constitue un réel handicap dans leurs relations intimes. Ceci est d'autant plus difficile qu'aujourd'hui les femmes recherchent un compagnon qui fasse naître des émotions en elles et les fasse rire. Elles fuient la monotonie et recherchent le renouveau constant dans la relation. Personne ne leur donnera tort. Pourtant, pour le partenaire, cela peut être stressant et parfois même épuisant. Au-delà des problèmes sexuels d'impuissance ou d'éjaculation, l'homme a un réel problème d'identité. « Comme le précise A. Gratch² : *« si les hommes étaient muets, c'est par le biais du sexe qu'ils communiqueraient »*.

1. Gray John, *Les hommes viennent de Mars, les femmes viennent de Vénus*, J'ai lu, 2004

2. Gratch Alon, *Si les hommes pouvaient parler...*, Payot & Rivages 2004

- En effet pour la plupart d'entre eux, tout est sexuel sauf le sexe qui reflète le plus souvent la honte, le vide émotionnel, le sentiment d'insécurité. Les hommes exprimeraient par le sexe tous les conflits émotionnels qu'ils ressentent qui n'ont en définitive rien à voir avec le sexe. En général, l'homme n'aime pas se sentir passif et vulnérable. Comment l'homme concilie-t-il aujourd'hui son besoin d'aimer, d'être aimé et son désir ou ses désirs ? Pour W. Pasini¹, l'homme a isolé le sexe de la procréation mais aussi du cœur. Donc, aimer ne passe plus forcément par la sexualité. Cette dernière serait plutôt devenue une façon d'exprimer des tendances personnelles. Pourtant les hommes ont toujours cherché à séduire et à aimer les femmes. Ils ne savent plus aujourd'hui comment les rendre heureuses. Difficile de les comprendre surtout quand la majorité d'entre elles n'expriment pas leurs sentiments et leurs désirs². Pour une femme ne pas avoir à demander est bien souvent l'une des définitions de l'amour !

2. Les hommes aiment-ils différemment des femmes ?

- Pour de multiples raisons qui peuvent être génétiques, culturelles ou sociales, les hommes et les femmes ne fonctionnent pas de la même manière, surtout en amour. L'homme a un fonctionnement réactionnel relativement binaire avec un principe du gagnant et du perdant.

1. Pasini Willy, *Des hommes à aimer*, Odile Jacob, 2007

2. Olivier Catherine, *Couple : où en êtes-vous ?* Eyrolles, 2005

Ontogénétiquement, il s'agit d'une réaction pulsionnelle à l'augmentation ou à la présence d'un taux de testostérone 20 fois plus élevé, valorisant l'action, le combat et la compétition¹. Chez l'homme, qui fonctionne malheureusement parfois uniquement selon le mode « on/off », il y a bien souvent une dichotomie entre le langage et les sentiments. D'où les difficultés afin d'échanger, parler et se sensibiliser aux émotions féminines. Il est intéressant de noter que la plupart des hommes se débrouillent toujours pour ne parler que de sujets neutres, d'un point de vue émotionnel et affectif, n'impliquant pas leur relation². Bien que l'homme ait eu un fonctionnement relativement similaire tout au long des siècles, il est intéressant de se pencher sur le phénomène nouveau de notre génération d'une véritable peur, angoisse, de l'homme de s'engager et d'exprimer ses sentiments. Comme le précise Gilles d'Ambra³ : « *les hommes n'osent plus draguer et se cherchent de plus en plus au lieu de chercher les femmes*. Existe-t-il peut-être une certaine mise sous pression, alors que les femmes attendent éperdument qu'on leur fasse la cour ? Un des phénomènes confortant peut-être ce genre d'attitude est énoncé par le fait que les magazines, la télévision, l'Internet et la publicité en général valorisent des femmes extérieurement et superficiellement belles et correspondant à un archétype qu'il est parfois difficile de retrouver dans la réalité.

1. Schulman Claude; Kaufman Jean-Marc. Investigation, Treatment and Monitoring of Late-onset Hypogonadism. *European Endocrine Review* 2006 - January 2006

2. Salama Gérard & Demarta Nathalie, *Les hommes racontés par les femmes*, Plon, 2006

3. D'Ambra Gilles, *Pourquoi les hommes sont lâches ?* First Editions, 2006

Les hommes ont pris le goût et la tendance de calquer leurs désirs et leur idéal sur ce genre de femmes qui n'existent bien évidemment pas¹. Au fond, les femmes seraient ou trop ou pas assez, comme dans les magazines, ce qui complique les relations humaines. Les femmes, elles, ont toujours eu l'habitude de se parer et d'être coquettes, afin d'attirer le regard des hommes. Pourtant, compte tenu de leur quête d'indépendance qui n'échappe plus à personne, et de leur volonté à désirer un droit au plaisir, de plus en plus d'hommes attendent qu'elles fassent le premier pas au sens propre et figuré.

- On reproche bien souvent à l'homme d'avoir une peur phobique de s'engager dans une relation, donc de ne pas savoir aimer. Est-ce vrai ? Si oui, pourquoi ? La psychanalyse nous enseigne que la phobie se développe bien souvent lorsque des angoisses refoulées font soudainement surface. Elles proviennent de vieux conflits émotionnels non résolus, réprimés, ayant pris racine souvent dans l'enfance. Force est de constater, que bien des hommes manifestent une véritable peur panique à l'idée de s'engager dans une relation et pas seulement amoureuse. Il semblerait que les hommes aient de la difficulté à se fixer même s'ils trouvent l'être tant convoitée. Il s'agit d'ailleurs d'une plainte récurrente chez les femmes². Séverine par exemple, qui vient accompagner son ami qui consulte pour un problème d'érection d'apparition récente, me confie que la panne érectile est concomitante à la demande qu'elle aurait faite de désir d'enfant et de stabilisation du couple par le mariage.

1. Blanc C. *La sexualité des femmes n'est pas celle des magazines*, La Martinière 2004

2. Salama Gérard & Demarta Nathalie, *Les hommes racontés par les femmes*, Plon, 2006

Ce cas n'est pas unique et il semble bien que les hommes aient une vraie phobie de l'engagement, surtout lorsqu'il y a « risque » de stabilisation¹. Plusieurs explications sont possibles : désir de garder une porte de sortie, mais aussi peur de ne pas être à la hauteur lors d'une relation à long terme, peur de ne pas découvrir ou au contraire de découvrir des choses déplaisantes chez l'autre... Pourtant, les hommes affichent presque invariablement le même schéma : recherche assidue du bonheur, de la partenaire idéale, puis brusquement, désengagement, perte de confiance, retrait puis fuite. Le moment de cette fuite correspondra ou dépendra de ce que l'homme considère comme un point de non-retour dans son processus d'engagement personnel. Ainsi, Paul, 44 ans célibataire endurci, me raconte qu'il a une extrême facilité à courtiser les plus jolies filles avec qui il passe des moments fort agréables et avec lesquelles il entretient des relations sexuelles très satisfaisantes, jusqu'au moment où sa partenaire lui demande inévitablement de s'engager de manière plus assidue. C'est alors que ses phobies se manifestent : angoisse de la foule, troubles du sommeil, troubles érectiles et perte de la libido. Au moment où il m'a consulté pour une panne sexuelle brusque lors d'un rapport, malgré la prise de Viagra®, il m'a lui-même avoué qu'il pressentait qu'il aurait des difficultés érectiles car quelques heures auparavant, lors du dîner, sa compagne se plaignait du manque d'attention et du caractère volage et dissolu de sa vie de couple. Comme si elle mettait le doigt sur ce qui angoissait le plus ce célibataire qui ne cherchait au fond qu'à vivre l'instant présent sans autre arrière pensée.

1. Carter, S et Sokol J. *Ces hommes qui ont peur d'aimer*, J'ai Lu 2003

3. *L'homme a-t-il vraiment peur d'aimer ?*

- Il semblerait qu'au-delà de la peur de s'engager, c'est bien la peur d'aimer qui domine. Souvent ces hommes sont même inconscients de leur peur et de leur incapacité à aimer. Or, comme nous l'avons cité plus haut, pour aimer il faut donner : de son temps, de son énergie, de soi¹. Malheureusement, aujourd'hui nous sommes tous des preneurs et nous plaignons en permanence de ne pas recevoir assez. En sont pour preuve les manifestations de séduction à outrance de beaucoup d'hommes alors qu'ils savent parfaitement dès le départ qu'ils ne cherchent qu'une rencontre brève et purement sexuelle. Pourquoi rejeter l'objet de son amour et de ses désirs ? La réponse ne peut se trouver que dans cette tendance, pulsion, presque animale de l'homme de conquérir mais de garder sa capacité décisionnelle et son pouvoir sur l'objet de sa conquête¹. Or, les humains – en particulier les femmes - doivent ou devraient faire preuve de beaucoup plus d'indépendance et de méfiance face à ce genre de comportement². Le jeu de la séduction est ce qu'il est c'est-à-dire un jeu. Pour obtenir d'un homme un semblant d'engagement, il faudrait manifester très tôt, un discours franc et clair quant à ses intentions à long terme afin d'éviter tout quiproquo et surtout que les femmes ne se culpabilisent pas de ne pas en faire assez.

1. Hennekein Eric, *L'intelligence amoureuse*, Dervy, 2005

2. Salama Gérard & Demarta Nathalie, *Les hommes racontés par les femmes*, Plon, 2006

- Mon propos s'illustre par le cas de Martial, bel homme de 48 ans très indépendant qui ne cesse de multiplier les rencontres avec des femmes toujours plus jeunes et très séduisantes qu'il attire grâce ses charmes et à son goût de la vie. Tout se passe très bien jusqu'au moment fatidique où le beau sexe lui demande plus de présence, plus d'attention et pourquoi pas une vie commune ? C'est alors la panique, et Martial me consulte régulièrement au gré de ses rencontres pour une « *prescription d'une des fameuses pilules pour renforcer l'érection* » dont il a besoin en raison de pannes brèves, mais déconcertantes, survenant presque exclusivement après que la femme lui ait manifesté un intérêt autre que sexuel... Puis, il retrouve d'excellentes érections, ne prend plus de médicament, jusqu'à la prochaine conquête. Sa dernière rencontre a d'ailleurs failli très mal se terminer lorsque sa compagne lui dit avant de tourner les talons : « *la prochaine fois que je rencontre un mec comme toi, je ferais tout aussi bien de lui demander rapidement si je suis un numéro ou un prénom dans son tableau de chasse !* »

- Une question que nous sommes en droit de nous poser est de savoir si les hommes sont spontanément réticents à la relation avec le sexe opposé ou, si la quête d'indépendance de la nouvelle génération de femmes du XX et XXI^{ème} siècle ont fait que les hommes ont perdu leur moyen. Car, s'il est bien un phénomène que l'on ne peut scotomiser est le changement radical de notre société par rapport à la place de la femme d'une part et à la liberté sexuelle qu'elle désire d'autre part. La femme moderne fonde bien souvent le plaisir en droit et veut se donner le choix du

partenaire, du moment et de la manière. Tout ceci doit s'inscrire en outre dans une optique de carrière professionnelle si possible gratifiante, de désir d'enfant après les diplômes et de vie sociale comblée et épanouie. Il n'est pas étonnant que face à un tel programme de vie beaucoup d'hommes décident alors de prendre la fuite, ou ne décide même pas d'essayer... Pourtant, pour certains le constat est clair : « *les hommes sont lâches* », c'est ce qu'affirme Gilles d'Ambra par peur de s'engager surtout. Nonobstant le fait que les hommes et les femmes sont différents et donc ont des codes et des systèmes de décodage très différents par rapport aux événements de la vie, beaucoup de petites lâchetés masculines viennent également du fait que les hommes encaissent mal les remarques et ont beaucoup de peine à se remettre en question. Ils veulent, de plus, toujours avoir la possibilité d'avoir le choix, que ce soit en amour ou dans la vie. Ils se protègent également et ne sont pas très courageux. Pour reprendre les propos célèbres de Napoléon : « *En amour, la seule victoire est dans la fuite* », ce qui résume bien la situation. L'homme pense qu'il n'a pas besoin de beaucoup exprimer, que la femme va tout comprendre, qu'elle lit dans ses pensées, ce qui est faux. Beaucoup de problèmes de couple ou relationnels pourraient être évités si l'homme prenait la peine d'exprimer ses sentiments. Toutefois, pour sa défense, même si pour certains l'homme est spontanément lâche, il existe un certain nombre de phénomènes ou de comportements féminins qui peuvent concourir à faire fuir un homme. Ceci arrive lorsque l'homme a peur, par exemple, d'une femme trop envahissante, même si c'est tout à fait involontaire et inconscient de sa part^{1,2}.

1. Pease Allan & Pease Barbara, *Pourquoi les hommes mentent et les femmes pleurent*, First Editions, 2005

2. Rainville Claudia. « *Métamédecine du couple* ». Les éditions FRJ, Canada, 1999

Tel est le cas de Martin, solide campagnard de 36 ans, marié à Jeanne depuis 8 ans, et qui me consulte pour une dysfonction érectile d'apparition brutale. L'examen clinique ne montre absolument aucune particularité, les examens de laboratoire non plus. A l'anamnèse et à l'histoire du couple, nous apprenons que Jeanne a soudainement et récemment émis le désir de quitter la campagne et à commencé à prendre des cours de secrétariat. Elle est devenue beaucoup plus indépendante, très libre, commence à gagner sa vie et ne trouve plus Martin intéressant. Inconsciemment, chaque fois qu'il l'approche, elle prend un air relativement distant et évasif, ce qui lui coupe tous ses moyens, comme nous pouvons nous l'imaginer. D'autre part, devenue indépendante et gagnant sa vie, cette femme devient, pour la vie de Martin, tout à fait envahissante et peut-être même tyrannique.

- L'autre extrême est représentée par le cas de Cécile qui vient me consulter spontanément, pratiquement en pleurs, pour m'expliquer que, alors qu'elle a vécu les débuts d'un mariage tout à fait heureux avec son mari, depuis quelques temps, ce dernier n'a plus aucun désir pour elle. Cécile vient d'un milieu extrêmement favorisé, protégé et elle a toujours eu l'habitude que l'on fasse tout pour elle. Son mari s'est occupé d'elle très gentiment et affectueusement dès le début du mariage mais, avec le temps, les enfants, tout gérer devient un deuxième boulot à plein temps pour lui et il ne peut faire face à tous les fronts. Je lui explique alors que son manque de désir n'est pas une absence de désir pour elle, mais une fatigue et une indisponibilité en raison d'une surcharge émotionnelle et physique dans un couple où il n'y a aucun partage et toute la charge est pour lui.

- Enfin, beaucoup d'hommes ont peur lorsqu'ils fréquentent ou vivent avec une femme excessive qui est, par exemple, trop belle, trop exigeante, trop intelligente, trop indépendante ou trop nymphomane. L'homme au fond est un grand enfant et a besoin d'un équilibre que ne saura lui donner qu'une femme elle-même équilibrée, tempérée. En effet, la perfection n'existant pas, il vaudrait mieux essayer, au lieu d'essayer de la feindre, de chercher à maîtriser ses propres imperfections et de développer notre volonté d'accepter la différence entre homme et femme et la tolérance.

4. Les raisons de la phobie amoureuse au masculin ?

- Une raison nouvelle pour laquelle les hommes ne draguent plus ou n'osent plus aborder les femmes est représentée par le fait que beaucoup d'hommes s'investissent de plus en plus dans des carrières longues et compliquées et ont très peur de s'engager dans une situation inconnue. On parlera alors d'une véritable logistique de l'amour où tout doit être calculé, précisé, réglementé, même le temps des préliminaires, le flirt ou l'acte sexuel. Une fois qu'on aura fait l'amour et échangé des messages par sms, on pourra peut-être alors décider de vivre ensemble. Finie la spontanéité, finies les rencontres dans la rue, les bistrotts, en boîte ou dans le métro. Tout est actuellement question de planification, de cocktail, de soirées, peut-être même trop éphémère, trop compliqué et sans illusion. Ce qui explique un phénomène tout à fait nouveau et inquiétant, le nombre phénoménal de célibataires

et de gens qui vivent seuls. Je cite le cas d'un de mes jeunes patients, Olivier, qui vient me consulter pour un bilan andrologique de routine pour s'assurer que ses organes génitaux externes sont tout à fait normaux et qu'il est capable d'avoir des relations sexuelles de qualité. En reprenant l'anamnèse, je me rends compte qu'il existe une certaine immaturité sexuelle et que, bien qu'il n'ait eu que de très rares relations éphémères avec des femmes plus âgées que lui - après tout il n'a que 22 ans - Olivier consulte plutôt pour une « prévention de la sexualité ». Ce type de comportement est tout à fait nouveau, alors qu'il y a quelques temps, on ne consultait le spécialiste que s'il y avait problème. Aujourd'hui, on veut une véritable assurance, que tout est bien en place et parfait, « au cas où on en aurait besoin ». Cette recherche de la programmation dans le relationnel ne viendrait-elle pas en vérité du fait que l'homme serait un être relativement limité par ses propres conditionnements, comme préprogrammé, inaccessible et fermé à toute possibilité de rencontre spontanée ? Ce que l'on aurait envie de dire aux hommes serait de se rendre beaucoup plus accessibles, sans intellectualiser la relation homme/femme humaine et sexuelle. Savoir être à l'écoute spontanée, instantanée et au gré de ses désirs et de ses sentiments. Laisser aller sa personne, afin de faire des rencontres intéressantes, ce qui fait le piment de la vie. Et ceci commence par son propre entourage. Même s'il y a des choses que l'on redoute ou que l'on n'a pas envie d'entendre ou d'entreprendre, l'homme doit réaliser que la relation de couple est une aventure comme la vie et qu'elle doit être vécue et non pas forcément planifiée. Selon une étude récente, 32 % des femmes déplorent qu'aujourd'hui les hommes ne

sachent plus très bien comment s'y prendre pour séduire¹. Ils auraient moins de certitude, moins d'assurance et s'attendent à ce que les femmes prennent l'initiative. Il est intéressant de constater que souvent, les femmes victimes de ces hommes ayant peur de s'engager se remettent elles-mêmes en question, pensant qu'elles ont mal agi ou dit quelque chose de blessant ou de déplacé, conduisant à la rupture². Pourtant, beaucoup de femmes lorsqu'elles ont décidé de se stabiliser savent ce qu'elles veulent et aimeraient entamer une relation durable et épanouie. Malheureusement, elles n'identifient pas toujours qu'elles ont peut être à faire avec un phobique de l'engagement, un de ces hommes très compétent dans tous les domaines de sa vie professionnelle, manager à succès ou architecte de renom, mais qui refuse de s'avouer vaincu par une femme en lui annonçant que c'est elle et pas une autre. Dans leur ouvrage³, Steven Carter et Julia Sokol étudient ce phénomène tout en mentionnant que la plupart des écrits l'ont été du côté féminin et que très peu d'auteurs ont essayé de comprendre pour quelle(s) raison(s), les hommes ont une telle anxiété face à une relation durable. Il est évident que le fond du problème ne réside nullement dans des imperfections ou des failles dans la relation. Il faut bien admettre que l'homme n'a pas peur de l'amour mais de ce que l'amour représente.

1. D'Ambra Gilles, *Pourquoi les hommes sont lâches ?* First Editions, 2006

2. Salama Gérard & Demarta Nathalie, *Les hommes racontés par les femmes*, Plon, 2006

3. Steven Carter & Julia Sokol, *Ces hommes qui ont peur d'aimer*. Editions J'ai Lu, Bienêtre, Psychologie 2003

Les hommes savent très bien que même en cette époque de post-révolution sexuelle les femmes ne prennent jamais la sexualité à la légère. Ils ne peuvent nier le fait, même s'il est (in)consciemment refoulé, que la femme s'attend tôt ou tard à une certaine forme d'engagement de la part de son partenaire sexuel. Dans une société qui va toujours plus vite et où la valeur d'un être humain se mesure plus à sa capacité de production qu'à ce qu'il est ou à ce qu'il fait, une relation stable semble illusoire. Le plaisir doit être immédiat et interchangeable et si possible libre de toute contrainte. Même si l'homme dans sa relation amoureuse a toujours dissocié le sexe de l'amour – à l'inverse des femmes – qui simulent parfois le sexe pour obtenir de l'amour, de nos jours, le mot toujours rime avec terreur pour lui. Pourtant, pour la femme, la partie la plus pénible de l'expérience est de constater un changement dans le comportement de son partenaire.

- C'est « le virage à 180° », comme le décrit, Marion, 29 ans qui me contacte effondrée et très revendicatrice en raison du traitement que j'ai prescrit à son compagnon, Vincent, 34 ans avec lequel elle vit depuis 4 ans et qui souffrait de prostatite et d'une perte de libido depuis quelques temps. Vincent se dit très satisfait du traitement et décrit même une amélioration de sa vie sexuelle avec Marion. Puis, brusquement, il change de comportement, devient agressif, irritable et commence à mentir à Marion alors qu'il sort de plus en plus tard le soir. Finalement, il avoue avoir rencontré une nouvelle petite copine « *plus sympa et pas trop compliquée, qui ne pose pas de question, elle !* ». Je demande alors au couple, dont la relation bat de l'aile, de venir pour une discussion. Il ressort que Vincent ayant commencé à avoir

peur d'une relation durable, et trop envahissante à son goût a préféré chercher ailleurs. Dans l'intervalle, les troubles sexuels et les symptômes prostatiques, ne semblaient qu'une somatisation de plus de son angoisse de l'engagement ayant conduit à un évitement dans sa relation avec Marion. Vincent va mieux, mais pour combien de temps ? Et Marion dans tout ça ? Qui pense à elle ? Qui pense que derrière un certain romantisme, propre à de nombreuses femmes, se cache au fond un véritable besoin de pragmatisme et de réalisme propre à toutes les femmes ? Il n'est pas certain qu'il y ait une solution tant que les hommes se comporteront comme des enfants et les femmes se culpabiliseront. Et c'est souvent lorsque la cour a été difficile et que la relation semble aller pour le mieux, que les phobiques prennent la fuite ! Il est vrai que la phobie de l'engagement ne représente rien de nouveau. Les risques de tomber entre les mains de la fée qui se transforme en femme sorcière représentent toujours une réalité pour certains hommes¹. De nos jours, toutefois, cette véritable endémie que représente la phobie de l'engagement semble bien saper les relations humaines et la bonne marche du noyau familial et social. Les couples se font et se défont de plus en plus jeune, de plus en plus vite et jamais pour très longtemps^{2,3}. C'est comme si l'homme semblait vouloir faire payer à la femme sa volonté de libéralisation sexuelle des années 70.

1. Pasini Willy, *Le temps d'aimer*, Odile Jacob, 1997

2. Solano Catherine & Barbaro Albert, *Savoir aimer*, Flammarion, 2003

3. Valtier Alain, *L'amour dans les couples*, Odile Jacob, 2006

- Il semble bien dire : « *vous avez eu votre pilule, vous voulez une place de taille dans tous les milieux professionnels, mais vous ne nous aurez pas !* ». L'excuse est même déjà souvent toute prête : « *désolé, chérie, mais tu ne corresponds pas à mon idéal de femme* ». Alors que bien souvent, l'homme n'a pas d'idéal féminin, même s'il recherche dans chaque femme un peu de sa propre mère, l'homme recherche dans sa relation amoureuse l'amour de soi et pas forcément l'amour de l'autre¹. Il semble également que la phobie de l'engagement ne touche pas seulement les couples vivant en concubinage à qui le mariage fait peur, mais également les couples mariés, dont un événement peut faire basculer en très peu de temps, une relation pourtant en apparence stable. Tel ce jeune couple d'américains, travaillant les deux à l'ONU et menant une vie très satisfaisante à tout point de vue. Le mari, Derek, 32 ans est adressé par son médecin traitant en urgence, en raison d'une dysfonction érectile brutale et totale. L'urgence est-elle vraie entretenue par l'angoisse du patient persuadé qu'il a perdu son érection pour toujours. Il s'avère que la femme de Derek lui aurait susurré à l'oreille juste avant leurs ébats : « *come on baby, I would like a baby from you and just now* ». Plus que l'angoisse de la performance, c'est la pression d'un nouvel événement dans ce couple qui a déstabilisé le mari alors qu'il aurait voulu que les choses se passent plus naturellement. Mais, ces troubles érectiles et ces manifestations phobiques ne sont pas rares chez les couples infertiles, dont l'acte sexuel doit obligatoirement correspondre à un acte de procréation.

1. Bisaillon Jocelyne. *Le grand amour ! Est-ce pour moi ?* Quebecor 2005

IV. L'APPARITION DES NOUVEAUX MEDICAMENTS ORAUX POUR TRAITER LA DYSFONCTION ERECTILE A-T'ELLE MODIFIE LE RAPPORT AU DESIR ET A L'AMOUR DES HOMMES ?

1. L'envers du décor

- Bien que la sexualité ait évolué ces cinquante dernières années, au cours du printemps 1998, de nouveaux discours publics sur la sexualité se font entendre, qui créent une rupture avec le discours devenu dominant de prévention du sida. Le discours préventif visait d'une certaine façon à restreindre l'activité sexuelle. La perspective de la mise sur le marché du Viagra® entraîne un renouvellement des questionnements publics sur la sexualité et l'on assiste au retour de l'optimisme sexuel. Mais déjà quelques années auparavant, des découvertes scientifiques et techniques créent une avancée dans le traitement de l'impuissance masculine : découverte de l'action de la papavérine en injection intra-caverneuse par un chirurgien vasculaire français, Ronald Virag, du rôle du monoxyde d'azote (NO) et de son application ultérieure à l'étude des processus neuro-vasculaires de l'érection. Les urologues se sont emparés 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. L'industrie pharmaceutique a joué un rôle majeur par ses investissements en matière de recherche et de développement, et par la communication destinée aux professionnels et au grand

public, à tel point que l'on avance désormais l'idée que les troubles sexuels et leurs traitements constituent une « invention de l'industrie pharmaceutique ». Une nouvelle conception de la sexualité se dessine alors sur la base d'une argumentation scientifique. Des épidémiologistes américains établissent que les troubles érectiles concernent près d'un homme sur deux au delà de 40 ans, et que dans la majorité des cas leur étiologie est d'origine organique, et non plus psychogène comme on le pensait précédemment.

- Le Viagra® (entendu comme phénomène culturel et symbolique) génère désormais des discours qui laissent entrevoir l'augmentation de la fréquence de l'activité sexuelle et la disponibilité sexuelle retrouvée – de l'homme cette fois-ci. 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 extraconjugales. Le risque de l'impuissance guette la sexualité conjugale, alors que celui des maladies sexuellement transmissibles et du sida menace la vie sexuelle récréative et extraconjugale. L'efficacité du Viagra® à pouvoir restaurer une fonction sexuelle « naturelle » est cependant limitée du fait de sa durée d'action qui n'est que de quelques heures. Les médicaments de la deuxième génération tels que le Cialis® (tadalafil) offrent désormais une plus large fenêtre de réponse thérapeutique: « le tadalafil a permis 73 % à 80 % de tentatives de rapports sexuels réussis entre 30 minutes et 36 heures après la prise du médicament¹.

1. Arver S., Eliasson T., Perimenis P., Bitton A., Giannitsas K., Belger M., Schmitt H. Patient expectations for treatment outcomes when initiating tadalafil for erectile dysfunction. Abstract published during the 21st Annual EAU Congress, Paris 2006

En plus de la fenêtre thérapeutique, cette absence de restriction de la prise du médicament, avec de l'alcool ou de la nourriture, permettra une plus grande commodité d'emploi, et est en cohérence avec les besoins de certains patients concernant leur mode de vie .

- La « femme » n'a pas occupé une place importante dans les discours élaborés sur ces médicaments. Quelques rares recherches cliniques ont envisagé le rôle et les réactions de la femme quant à l'utilisation de ces médicaments. Les problèmes potentiellement suscités par la reprise d'une activité sexuelle chez des couples âgés ont été évoqués. La prise de ces médicaments apparaît comme une affaire individuelle de l'homme plutôt qu'une démarche de couple. En pratique, l'on se rend compte pourtant que la prise de ces médicaments concerne les 2 partenaires du couple, car il est évident qu'un dysfonctionnement sexuel chez l'un aura des répercussions sur l'autre partenaire.

2. Peur d'en parler ou enfin bonheur d'en parler ?

- La perte de la capacité d'avoir une érection est souvent source d'inquiétude chez les hommes et leurs partenaires et se traduit par la détérioration de la qualité de vie et de l'état de santé, une baisse de l'estime de soi et de plus nombreux conflits dans les relations personnelles. Les inhibiteurs de la 5-Phosphodiesterase (5-PDE) (Sildénafil, Vardénafil, Tadalafil) représentent la première pharmacothérapie d'importance par voie orale pour traiter la dysfonction érectile. Certaines partenaires

(tranquillité post ménopausique ?) pourraient ne pas souhaiter voir disparaître l'impotence chez l'autre personne. Dans de tels cas, un médicament permettant de restaurer la capacité érectile n'est pas une panacée. Il importe beaucoup, en premier lieu, d'aider le couple à comprendre réciproquement leurs points de vue divergents dans la décision à prendre sur le plan thérapeutique.

- Malgré la nouvelle assurance de nos patients à soulever des questions sur leur vie sexuelle à l'ère du Viagra®, la majorité des patients craignent encore de les exprimer¹. Il arrive trop fréquemment que les médecins se fassent complices de leurs patients pour éviter d'ouvrir une boîte de Pandore. Si 70% des patients masculins étaient d'avis qu'il convient de discuter des problèmes sexuels avec leur médecin (dont 35% avaient des préoccupations d'ordre sexuel), seulement 2% des dossiers des médecins signalaient un tel dialogue². La plus fréquente préoccupation chez les hommes dans l'ensemble de la population reste l'éjaculation précoce, dont un tiers d'entre eux se préoccupent du manque de contrôle de l'orgasme et ce, à tous âges³. La baisse du désir et la perte de plaisir sexuel viennent ensuite. Les inhibiteurs de la 5-PDE quels que soient leur efficacité, leur spécificité et leur durée d'action, n'aideront pas à régler les problèmes liés au désir ni les troubles de la phase orgasmique. Cependant, en invitant les questions concernant les rapports sexuels, ces traitements oraux permettent d'ouvrir la porte à la prise en charge de ces problèmes.

1. Evans MF. Viagra! Are we ready? *Can Fam Physician* 1998;44:2103-5

2. Read S, King M, Watson J. Sexual dysfunction in primary medical care: prevalence, characteristics and detection by the general practitioner. *J Public Health Med* 1997;19:387-91.

3. Nelson C.J., Mulhall J.P. Male orgasmic disorders : what do we know ? *Contemp. Urol.* 2007;19(2) :12-19

- La baisse du désir est attribuable à divers facteurs, tant physiques que psychologiques. L'identification d'anomalies hormonales, comme l'hypothyroïdie, l'hyperprolactinémie et l'insuffisance de gonadostimuline, peut mener au diagnostic, au traitement et à la thérapie de remplacement qui conviennent¹. Les inhibiteurs de la 5PDE se révèlent représenter le progrès le plus marquant au chapitre des traitements médicaux des préoccupations d'ordre sexuel depuis l'avènement de la pilule contraceptive et de l'hormonothérapie de remplacement. Le sildénafil peut aider la majorité des hommes à avoir des rapports sexuels, mais son effet à long terme sur la santé et les relations sexuelles des hommes reste encore à définir et à étudier². Chez deux tiers des hommes souffrant de dysfonction érectile, la cause organique n'est pas identifiée même après une évaluation rigoureuse. Les facteurs psychologiques et liés au couple restent d'importantes causes de problèmes érectiles et d'ordre sexuel. La combinaison d'un traitement médical avec une thérapie individuelle, de couple ou de sexothérapie se révèle souvent plus efficace dans le règlement des facteurs causals que de prendre seulement une pilule.

1. Buvat J, Lemaire A. Endocrine screening in 1,022 men with erectile dysfunction: clinical significance and costeffective strategy. *J Urol* 1997;158:1764-7.

2. Evans MF. Viagra! Are we ready? *Can Fam Physician* 1998;44:2103-5

- Certes, les médicaments oraux vont aider à guérir les « cœurs brisés » chez les deux membres d'un couple aux prises avec la dysfonction érectile, mais il est illusoire de penser que la prise seule du médicament va régler le problème du couple, ou alors peut-être seulement chez les hommes qui ont déjà fait le deuil de leur relation de couple actuelle et qui recherche une performance ainsi qu'à s'affirmer tant sur le plan sexuel que simplement dans leur identité d'homme en compagnie d'une autre personne.

3. Le Viagra® , un sauveur?

- La venue des pilules miracle de type Viagra® ne vient-elle pas changer la donne ? Le Viagra® a été découvert par hasard. Ce médicament était d'abord destiné à traiter les angines de poitrine. Mais, dès les premiers tests, les «cobayes» ont vite décelé ses sublimes vertus. Aujourd'hui, il est le médicament le plus vendu dans le monde. Cette pilule miracle assure une érection de plus longue durée et de meilleure qualité chez 80% des hommes. Il n'est vendu que sur ordonnance. Principale contre-indication: la trinitrine qui sert à traiter les maladies cardiaques. L'association des deux médicaments peut provoquer une grave chute de pression et un arrêt cardiaque fatal. Tôt après sa mise en marché, le sildénafil a suscité l'inquiétude chez les patients, leurs partenaires et les médecins, en raison de décès attribués à son usage. Le taux de mortalité dans l'ensemble des utilisateurs de sildénafil n'était pas plus élevé que celui prévu chez des hommes d'âge moyen ou

avancé. Les couples peuvent se rassurer de savoir que le sildénafil n'est pas la *cause* de cardiopathies. La majorité des décès ont été associés à l'usage concomitant de nitrates, dont la dégradation est empêchée par le sildénafil. Les dysfonctions sexuelles affectent les deux membres du couple et leur traitement est plus fructueux lorsque les deux personnes participent à la thérapie. La plupart des couples bénéficieront d'une éducation ciblée sur la cause de la dysfonction érectile, compte tenu de l'abondance des mythes qui l'entourent.

4. L'apparition du Viagra® (comme prototype des autres inhibiteurs de la 5-PDE) a-t-elle changé le rapport au désir des hommes ?

- Il semble que la réponse soit nuancée. Le viagra®, comme les autres inhibiteurs de la 5PDE fait surtout monter les fantasmes, qu'il s'agisse du "mythe de la superpuissance", ou des "légendes exutoires" au point de penser le rationnel est impuissant face au phénomène. Les scientifiques ont beau s'efforcer de calmer le jeu, de répéter que le Viagra® est un médicament à prescrire dans des cas bien précis, rien n'y fait. Dans la mentalité populaire, cette petite pilule est un aphrodisiaque révolutionnaire qui ouvre les portes du paradis. Cette ambiguïté de départ sur la nature du produit et ce champ aussi secret qu'est la sexualité sont évidemment deux germes particulièrement propices à l'émergence de toutes sortes de rumeurs et de croyances. Ruée dans les pharmacies, rumeurs et histoires croustillantes à souhait : l'effet le plus évident du Viagra®, c'est surtout de réveiller le mythe universel de la superpuissance sexuelle : « Un touriste hollandais sous

influence du Viagra® bande pendant 36 heures sur une côte espagnole... » Un New-Yorkais impuissant mais désormais revigoré quitte sa femme pour une nouvelle vie... Depuis la découverte de la pilule du plaisir et son lancement sur le marché, plus un jour ne passe sans qu'un fait divers lié à la consommation de Viagra®, joyeux ou effrayant, ne soit rapporté d'un coin ou l'autre de la planète. Même si son prix est dur à avaler, la petite pilule bleue, à se fier au jaillissement d'infos qu'elle provoque, donne l'impression qu'elle s'ingurgite quotidiennement d'un bout à l'autre du monde.

5. Le mythe de la superpuissance

- Des chiffres de vente qui donnent le tournis, des rumeurs et des histoires plus farfelues les unes que les autres... Le plus grand effet du Viagra® réside peut-être là, dans cette capacité à susciter un immense fantasme collectif, à refléter des désirs et des angoisses taillés à la mesure des peuples. *«Le Viagra® touche évidemment au mythe universel de la toute-puissance sexuelle. Pas étonnant qu'il suscite autant d'engouement, d'anecdotes et de fausses idées»*, explique Mireille Dubois-Chevalier, sexologue et psychothérapeute à Marseille. *«Je n'aurais jamais pensé qu'il y avait autant d'impuissants en Suisse et dans le monde. En tout cas, ils sont restés bien discrets jusqu'à l'arrivée du Viagra»*, relève, ironique, le sexologue genevois Georges Abraham. Qui, plus sérieusement, estime que le succès du produit suit la tendance générale d'une surmédication sociale. La médecine s'est longtemps contentée de

soigner, de soulager la souffrance. Aujourd'hui, de plus en plus, elle vend du bonheur, du plaisir, l'espoir de rester beau, jeune, performant le plus longtemps possible. Après les médicaments pour maigrir, le Prozac contre la déprime, le Viagra® entre dans cette nouvelle tendance. Et le marché est immense. Paradoxalement, cette déferlante du mythe de la surpuissance sexuelle et du désir à tout prix touche surtout le public qui s'abreuve quotidiennement au travers des média. Le patient « moyen » atteint de troubles érectiles ou de dysfonction sexuelle et qui après plusieurs années parfois de solitude et de tourments se décide à consulter est loin du « Schwarzenegger » ou du « Rambo » du sexe en quête d'une pilule miracle. Il s'agit d'un patient et par voie de conséquence d'un couple qui souffre dans sa dimension humaine et dans son identité. Une écoute, puis une prise en charge empathiques suivies d'un diagnostic et d'un traitement appropriés sont indispensables, afin d'éviter les drames.

- Mais déjà, le désir se voit puni. Tout laisse penser que, comme d'autres nouveautés technologiques, la pilule du plaisir, après avoir soulevé les enthousiasmes, suscite de logiques angoisses face à la révolution sexuelle qu'elle semble promettre. Le refus de la nouveauté, est l'une des composantes les plus fréquentes des légendes contemporaines. Le Viagra®, lui, est formidable mais il transforme les maris avides en bêtes sauvages ou tue les septuagénaires trop gourmands de la vie. La médiatisation extrême de la pilule miracle, les rumeurs qui circulent à son sujet, la façon dont elle a été commercialisée aux Etats-Unis, tout cela irrite bon nombre de professionnels de la santé. Parce que le Viagra® est objet de fantasmes, ses effets

positifs et ses dangers réels (il y a effectivement eu des morts) souffrent d'un déficit d'information. « *Un médicament n'est ni une lessive ni un nouveau parfum et il convient de raisonner avec le capital de savoir acquis ces vingt dernières années dans le domaine des troubles sexuels de l'homme*», écrit ainsi le Dr Ronald Virag¹. Une pilule bleu ciel vendue comme une sorte de Graal sexuel, le tout sur fond des frasques du président Clinton, voilà comment et dans quel contexte s'est commercialisé un médicament pourtant sérieux. Il ne faut pas négliger non plus les retombées positives de cette viagra mania: Jusqu'il y a peu, la sexualité est demeurée un domaine complètement ignoré de la recherche scientifique. Seules les approches psychologiques existaient. Cette viagra mania va au moins permettre de populariser la sexualité. Et c'est ce que l'on observe au quotidien dans les cabinets d'urologues, de sexologues, psychiatres et médecins généralistes. Pas que la déferlante médiatique pousse forcément les patients à demander d'entrée de jeu du Viagra[®], mais les mentalités et les mœurs changent et le patient veut maintenant prendre sa santé (aussi sexuelle) et son destin en main. Comme le montre une étude suisse récente², la plupart des patients abordent eux-mêmes et spontanément des questions de sexualité, ouvrent le dialogue et consultent souvent d'emblée le spécialiste non seulement pour une prescription mais aussi et surtout pour un bilan physique, psychologique ainsi qu'une mise au point sur les fantasmes et « normes » sexuelles.

1. Virag Ronald, *Histoires de pénis*, Albin Michel, 2003

2. Buddeberg C ; Bitton A ; Eijsten A; Casella R. Erektile Dysfunktion – auch in der Sprechstunde ein Tabu? *Ars Medici* 14/2007 (in press)

6.. Relativiser la surpuissance sexuelle et la surpuissance des médicaments afin de mieux parler de sexualité

- Il est important de redonner à la sexualité une dimension humaine en sortant du piège de la surenchère commerciale et de la pression de vente des médicaments. Avant le Viagra® personne ou presque n'osait ou ne voulait parler de sexualité ou de troubles. De nos jours, ce n'est plus le cas. L'andrologie est une spécialité à part entière et l'on ose s'occuper de ces patients sans honte. Peut-être aussi et surtout car il n'y a plus comme option thérapeutique uniquement la prothèse pénienne et/ou la sexothérapie. Même si les traitements sont surtout efficaces comme médicaments de la plupart des troubles érectiles, ils ont permis d'aborder les problèmes de sexualité avec plus de confiance de la part du patient et du médecin. Le patient sait qu'il va être écouté et le médecin peut prescrire un traitement efficace. Toutefois, il est primordial aujourd'hui plus que jamais de redimensionner les problèmes de couple, les dysfonctionnements sexuels afin de les intégrer dans une prise en charge globale. Un pénis regonflé sans libido ne sert à rien. Une mécanique réparée et un corps caveux puissant sans contrôle de l'orgasme ou caresses au préalable peut être frustrants. Or, c'est là bien qu'est le défi pour le thérapeute. Savoir résister à la tentation d'une prescription trop hâtive sans écoute du problème de l'homme qui consulte ou du couple sous-jacent. Savoir demander les bons examens au bon moment et intégrer l'ordonnance dans le contexte médical, psychologique et social du patient, comme toujours en médecine. Pourtant la pression de la part des médias, des patients et surtout des maisons pharmaceutiques est forte. Une première

distinction concerne les 3 inhibiteurs de la 5-PDE. Chaque molécule a son indication bien particulière qu'il faudra respecter (spécificité, durée d'action, effets cardiovasculaires plus ou moins marqués). Au lieu de parler de la pilule du week-end ou de la pilule du bonheur, il faudra savoir adapter dose, posologie et fréquence des prises dans une véritable éducation thérapeutique nécessitant une compréhension et une participation confiante du patient et de sa partenaire à la démarche thérapeutique.

- En outre, il est important de rappeler que les médicaments oraux n'ont ni sélectionné des bêtes sexuelles, ni casser des couples. La délinquance au Viagra® est rare. La plupart du temps ces médicaments ont plutôt permis de consolider des couples et de créer un certain bonheur que l'on croyait perdu depuis longtemps.

En guise de conclusion

- En réponse à plusieurs détracteurs qui pensent que la prescription des pilules permettant de renforcer l'érection a suscité des comportements déviants, il faut bien mentionner que la possibilité de retrouver une satisfaction sexuelle est le meilleur ciment du couple. En outre, il n'y a pas eu de pratique extrême ou déviante depuis la prescription de ces médicaments. Bien évidemment, au-delà du traitement, il y a un travail à mener en amont et en aval de l'acte sexuel. Il s'agira d'un travail sur soi, de communication avec l'autre qui doit prendre en compte et évacuer tous les aprioris. Car, que faire d'une bonne érection si le désir est absent ou s'enfuit ? Que faire d'un phallus érigé si l'on n'a aucune volonté ou capacité de construire ou de reconstruire une relation avec l'autre ? Une fois l'anxiété de la performance évacuée, le problème reste le désir. Restaurer l'érection, c'est restaurer une certaine capacité de dignité de l'homme. Toutefois, il ne s'agira pas uniquement de regonfler le pénis, de réparer la mécanique, il faudra savoir quoi en faire après. La femme y est peut-être mieux préparée, car au contraire de ce qui se passe avec l'homme qui présente au médecin un outil à réparer, la femme est le plus souvent de plein pied dans l'affectif¹. Force est de constater que les nouvelles conceptions de la sexualité, apparues avec la découverte des nouveaux traitements des troubles sexuels, se réapproprient les stéréotypes traditionnels de la différence entre les ressorts de la sexualité masculine et féminine².

1. Virag Ronald, *Histoires de pénis*, Albin Michel, 2003

2. Hayes R.D., Bennett C.M., Fairley C.K., Dennerstein L., What can the prevalence studies tell us about Female Sexual Difficulty and Dysfunction J Sex Med 2006 ; 3 :589-595

- Il est tout à fait significatif que les premiers médicaments censés stimuler l'activité sexuelle ont été élaborés pour les hommes et non pour les femmes. La conception de ces médicaments, de leur principe actif, mais surtout de la communication publique dont ils ont fait l'objet, est fondée sur l'idée selon laquelle la sexualité masculine est principalement déterminée par des processus biologiques et physiologiques plutôt que par des processus psychosociaux ou relationnels et de là viendrait peut-être la confusion et toute la polémique autour de ces traitements. Un article de Ray Moynihan¹, paru dans le *British Medical Journal* en janvier 2003, pose clairement la question. L'auteur de cet article y dénonce l'emprise croissante de l'industrie pharmaceutique sur la recherche scientifique et médicale dans ce domaine, et l'incitation à « *inventer de nouvelles pathologies* » regroupées sous le sigle des « *dysfonctions sexuelles féminines* » (*female sexual dysfunction* (FSD)). Il remet en question des données épidémiologiques publiées antérieurement et établissant la prévalence moyenne des dysfonctions sexuelles féminines à 43 % des femmes. Enfin, il estime « *qu'alors que l'évaluation des problèmes sexuels des hommes a été centrée presque exclusivement sur les érections, les réponses sexuelles féminines se sont avérées bien plus difficiles à quantifier, ce qui a créé des problèmes aux chercheurs engagés dans l'évaluation des thérapies pharmacologiques* ». Le risque de considérer les difficultés sexuelles comme des dysfonctions réside dans le fait que les médecins se trouvent encouragés à prescrire

1. Moynihan Ray. The making of a disease: female sexual dysfunction, *BMJ* 2003;326:45-47

des médicaments pour modifier le fonctionnement sexuel alors que leur attention devrait être portée sur d'autres aspects de la vie des hommes et des femmes. Les nouvelles conceptualisations des troubles sexuels féminins prennent en compte une entité relativement floue et globale, alors que pour les hommes la distinction est clairement établie entre la « dysfonction érectile » et d'autres dysfonctions sexuelles, telles que les troubles du désir ou les troubles de l'éjaculation. Le fonctionnement sexuel de l'homme est implicitement réduit à son pénis, alors que celui de la femme ne semble pas avoir de localisation organique précise. L'apparition du Viagra® semble avoir rétabli le modèle de l'activité sexuelle « naturelle » et repris les représentations les plus traditionnelles de la sexualité masculine et féminine.

- La crise de l'homme sera loin d'être réglée à coup de pilules aussi efficaces soient elles. Cette crise passe inévitablement par une crise de la femme. Il est plus que jamais nécessaire de réinventer un espace de communication, un nouvel univers où l'un et l'autre pourraient trouver une solution à leur sexualité ainsi qu'à leur relation. Si les hommes doivent s'adapter à la place qu'a prise la femme ces dernières années dans la vie sociale et professionnelle, (ou comme le dit très joliment W. Pasini¹ : les hommes devraient plutôt chercher à être flexibles que rigides...), les femmes doivent être plus cohérentes dans leur discours et changer de comportement. Le fossé qui s'est creusé entre les deux sexes risque de devenir un gouffre si personne ne se donne les moyens de comprendre l'autre.

1. Pasini Willy, Des hommes à aimer, Odile Jacob, 2007

Je ne peux terminer ce mémoire sans exprimer ma gratitude et mes remerciements à toute l'équipe du certificat de sexologie clinique notamment à Ursula Pasini, coordinatrice ainsi qu'à la Drsse Juliette Buffat, qui a pris de son temps pour me prodiguer ses conseils et remarques toujours très judicieux et constructifs dans l'élaboration du travail et la relecture du manuscrit.

Mon souhait serait que d'autres urologues intéressés à la prise en charge des patients atteints de dysfonctionnement sexuel aient envie d'entreprendre à leur tour une formation en sexologie clinique, qui s'est avérée pour moi un complément indispensable à la pratique urologique ainsi qu'à la prise en charge efficace de mes patients.

BIBLIOGRAPHIE

Arver S., Eliasson T., Perimenis P., Bitton A., Giannitsas K., Belger M., Schmitt H.
Patient expectations for treatment outcomes when initiating tadalafil for erectile dysfunction. Abstract published during the 21st Annual EAU Congress, Paris 2006

Basile Fasolo C, Mirone, V, Gentile V, Parazzini F, Ricci E, J Sex Med 2005;2:376-382. Premature Ejaculation: Prevalence and Associated Conditions in a Sample of 12,558 Men Attending the Andrology Prevention Week 2001-A Study of the Italian Society of Andrology (SIA)

Berri Claude. *La débandade*. Film audio DVD Pathé Renn Production, 1999

Blanc C. *La sexualité des femmes n'est pas celle des magazines*, La Martinière 2004

Bisaillon Jocelyne. *Le grand amour ! Est-ce pour moi ?* Quebecor 2005

Bitton Alain. *Dysfonction érectile*. Le guide des 50 ans et plus, 2005/2007 (14) 82-86,
Mancassola 2005

Boudewyns PA., Hyer LA. Eye movement desensitization and reprocessing (EDMR) as treatment for post-traumatic stress disorder (PTSD). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1996 ; 3 : 185 – 195

Buddeberg C ; Bitton A ; Eijsten A; Casella R. Erektile Dysfunktion – auch in der Sprechstunde ein Tabu? *Ars Medici* 14/2007 (in press)

Buvat J., Ratajczyk J., Lemaire A. Les problèmes d'érection: une souffrance encore trop souvent cachée. *Andrologie* 2002 ; 12 : 73-83

Buvat J, Lemaire A. Endocrine screening in 1,022 men with erectile dysfunction: clinical significance and costeffective strategy. *J Urol* 1997;158:1764-7.

Carter, S et Sokol J. *Ces hommes qui ont peur d'aimer*, J'ai Lu 2003

Colson M.H., Lemaire A., Pinton P., Klein P., Hamidi K. Sexual Behaviors and Mental Perception, Satisfaction and Expectations of Sex Life in Men and Women in France, *J Sex Med.* 2006; 3:121-132

Colson M.H., Lemaire A. Les points cardinaux de la sexualité, enquête sur la sexualité des Français en 2004. *Médecine Sexuelle.* 2007 1 :22-25

Cudicio P. Désir et plaisir féminins, étapes vers une délectable révolution. *Méd. Sex.* 2007 ; 1 :66-69

Cyrulnik Boris, *De chair et d'âme*, Odile Jacob 2006

D'Ambra Gilles, *Pourquoi les hommes sont lâches ?* First Editions, 2006

Dessouches D. Le désir n'a pas d'âge. Sondage CSA. Notre temps 1994 ; 293 : 7-12

Evans MF. Viagra! Are we ready? *Can Fam Physician* 1998;44:2103-5

Fabre Clarisse, Fassin Eric, *Liberté, égalité, sexualités*, Belfond, 2003

Gratch Alon, *Si les hommes pouvaient parler...*, Payot & Rivages 2004

Gray John, *Les hommes viennent de Mars, les femmes viennent de Vénus*, J'ai lu, 2004

Hayes R.D., Bennett C.M., Fairley C.K., Dennerstein L., What can the prevalence studies tell us about Female Sexual Difficulty and Dysfunction *J Sex Med* 2006 ; 3 :589-595

Hennekein Eric, *L'intelligence amoureuse*, Dervy, 2005

Holstege C., Georgiadis JR., Paans AM. Brain activation during human male ejaculation. *J Neurosci.* 2003;23(27):9185-9193

Kaplan HS. How to overcome premature ejaculation. New York: Brunner-Mazel; 1989

Kim S, Seo K. Efficacy and safety of fluoxetine, sertraline and clomipramine in patients with premature ejaculation: a double-blind, placebo controlled study. *J Urol* 1998;159:425-7

Kruger TH., Haake P., Hartmann U. Orgasm induced prolactin secretion: feedback control of sexual drive ? *Neurosci Biobehav Rev.* 2002;26(1):31-44

Kruger TH., Haake P Chereath D. Specificity of the neuroendocrine response to orgasm during sexual arousal in men. *J Endocrinol.* 2003;177(1):57-64

Mah K, Binik YM. The nature of human orgasm : a critical review of major trends. *Clin Psych Rev.* 2001 ;21(6) :823-856

Marx Christophe. Ejaculation rapide: une nouvelle piste thérapeutique avec l'Eye-Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). *Médecine Sexuelle*, 2007 1 (1) : 52 – 55

Master VA., Turek PJ. Ejaculatory physiology and dysfunction. *Urol Clin North Am.* 2001;28(2):363-375

Mortiniera N., Legros J.J. Existe-t'il une relation entre la déficience androgénique et la perturbation de la sexualité chez l'homme ? *Méd Sex.* 2007 ; 1 :38-46

Moynihan Ray. The making of a disease: female sexual dysfunction, *BMJ* 2003;326:45-47

Nelson C.J., Mulhall J.P. Male orgasmic disorders : what do we know ? *Contemp. Urol.* 2007;19(2) :12-19

Olivier Catherine, *Couple : où en êtes-vous ?* Eyrolles, 2005

Papaharitou S, Athanasiadis L, Nakopoulou E, Kirana P, Portseli A, Iraklidou M et al. Erectile dysfunction and premature ejaculation are the most frequently self-reported sexual concerns: profiles of 9,536 men calling a helpline. *Eur Urol* 2006;49:557-563.

Parpaix François, *Pour être de meilleurs amants*, Robert Laffont, 2004

Pasini Willy, *A quoi sert le couple ?* Odile Jacob, 1996

Pasini Willy, *Le temps d'aimer*, Odile Jacob, 1997

Pasini Willy, *La force du désir*, Odile Jacob 1999

Pasini Willy, *Les nouveaux comportements sexuels*, Odile Jacob 2003

Pasini Willy, *Le couple amoureux*, Odile Jacob, 2005

Pasini Willy & Baldini Maria Teresa, *Les 7 avantages de la beauté*, Odile Jacob, 2006

Pasini Willy, *Des hommes à aimer*, Odile Jacob, 2007

Pease Allan & Pease Barbara, *Pourquoi les hommes mentent et les femmes pleurent*, First Editions, 2005

Rainville Claudia. « Métamédecine du couple ». Les éditions FRJ, Canada, 1999

Read S, King M, Watson J. Sexual dysfunction in primary medical care: prevalence, characteristics and detection by the general practitioner. *J Public Health Med* 1997;19:387-91.

Roumeguère T., Bitton A., Verheyden B., Roos E., Belger M., Dahl P., Schmitt H.
Effectiveness of Tadalafil and impact on relationship. Abstract published during the
8th Congress of the European Federation of Sexology, Prague 2006

Salama Gérard & Demarta Nathalie, *Les hommes racontés par les femmes*, Plon,
2006

Schulman Claude; Kaufman Jean-Marc. Investigation, Treatment and Monitoring of
Late-onset Hypogonadism. *European Endocrine Review* 2006 - January 2006

Solano Catherine & Barbaro Albert, *Savoir aimer*, Flammarion, 2003

Stulhofer A. Quelle est l'importance de la taille du pénis pour les femmes qui ont une
expérience hétérosexuelle ? *Archives of Sexual Behaviour* ; 2006,35 :5-6

Tiihonen J., Kuikka J., Kupila J. Increase in cerebral blood flow of right prefrontal
cortex in man during orgasm. *Neurosci Lett.* 1994 ;170(2) :241-243

Valtier Alain, *L'amour dans les couples*, Odile Jacob, 2006

Virag Ronald, *Histoires de pénis*, Albin Michel, 2003

Waldinger M, Hengevel M, Zwinderman A. Ejaculationretarding properties of paroxetine in patients with primary premature ejaculation: a double-blind, randomized, doseresponse study. *Br J Urol* 1997;79:592-5.

Zilbergeld B. *The new male sexuality*. Toronto, Ont: Bantam Books; 1992.