

Job

La prothèse pénienne dans le traitement de l'impuissance : la décision du patient

PH. KEMPENEERS^{*} R. ANDRIANNE^{**} C. MORMONT^{***}

RÉSUMÉ :

Dans la population qui a consulté notre équipe interdisciplinaire, nous estimons que la prothèse pénienne était indiquée dans approximativement 13% des cas. Parmi ces 13% de patients auxquels l'installation d'une prothèse fut proposée, seuls 32% ont accepté de se soumettre à l'intervention. A partir de ce constat, la question s'est posée de savoir ce qui motive les hommes à recourir ou non à l'implant pénien. Une enquête par voie postale a permis de confronter le témoignage de 19 sujets actuellement usagers d'une prothèse à celui de 17 autres qui ont refusé cette solution. Le coût du produit apparaît un argument particulièrement déterminant dans la décision de rejeter l'installation d'une prothèse. Notre étude échoue à distinguer clairement les deux groupes sur la base d'un autre critère de motivation.

Mots clés : Impuissance - Prothèse pénienne - Motivation.

SUMMARY :

In the population who took advice from our interdisciplinary team, penile prosthesis is estimated been indicated in about 13% of the cases. Among these 13% of patients to whom a penile implant was proposed, only 32% agreed to undergo the operation. From this statement, we wondered why some men require penile implantation and other ones resign. A follow-up survey allowed to compare the experience of 19 implant recipients to the experience of 17 patients who have refused this solution. The cost of the device appears a very determinant argument in the decision to reject penile implantation. Our study fails to distinguish clearly the two groups of subjects on the basis of another motivation criterion.

Key-words : Impotence - Penile prosthesis - Motivation.

INTRODUCTION

Depuis 1982, nous procédons à l'installation de prothèses péniennes chez de nombreux patients explorés pour troubles de l'érection par une équipe interdisciplinaire (C.E.T.I.S.M.)^{*}.

Afin d'optimiser notre efficacité thérapeutique en matière de déficiences érectives, une enquête rétrospective nous permet d'évaluer aujourd'hui notre expérience de l'implant pénien.

Cette enquête par voie postale permet de confronter le vécu de 19 patients usagers d'une prothèse pénienne à celui de 17 autres qui ont préféré éviter la solution prothétique en dépit de son indication.

LA METHODE ET LA POPULATION

La mise en parallèle de ces deux types de témoignages s'articule sur une démarche en deux temps.

D'abord exclusivement penchés sur les suites des implantations de prothèses, nous avons jugé nécessaire d'élaborer un questionnaire de fol-

* Sexologie - Service de Fleuropathologie, CHU de Liège - D'Anatomie humaine - Université de Liège - B-135 4000 SART Tilman - Belgique
** Urologie - Service d'Urologie, CHU de Liège - D'Anatomie humaine - Université de Liège - P. 02, 4000 SART Tilman - Belgique
*** Psychologie - Service de Psychologie, Faculté de Psychologie - D'Anatomie humaine - Université de Liège - B-135 4000 SART Tilman - Belgique

* C.E.T.I.S.M. : Centre d'Etude et de Traitement Interdisciplinaire de Sexopathologie Masculine ; structure dépendante du Centre Hospitalier Universitaire de Liège ;
R. Andrienne : urologue
M. Beaujean : anglogue
Ph. Kempeneers : sexologue
J. J. Legros : endocrinologue
C. Mormont : psychologue

low-up afin d'évaluer l'impact de ce genre d'intervention chez les patients qui en ont bénéficié.

Ensuite, une analyse marginale nous a fait prendre conscience de ce qu'un tiers seulement des hommes pour qui la prothèse s'avérait indiquée acceptait de se soumettre à l'intervention. A fins comparatives, nous avons alors estimé intéressant d'explorer un échantillon de sujets refusant l'implantation grâce à un questionnaire analogue à celui destiné aux porteurs actuels d'une prothèse pénienne.

1. Les patients Implantés (P.I)

En avril 1991, nous disposions des dossiers de 35 patients implantés. Deux de ces 35 patients ayant dû être explantés (5,7%), la population des bénéficiaires actuels d'une prothèse pénienne s'élève donc à 33 sujets.

Désirant dépasser la seule évaluation médico-technique, nous avons fait parvenir à ces 33 personnes un questionnaire destiné à nous renseigner sur les implications de l'intervention dans le vécu quotidien, et ce sur les plans psychologique, sexologique et conjugal. Après rappel, 19 questionnaires nous furent retournés, soit un taux de réponse de 57,6%. Douze de ces protocoles émanent de porteurs d'un modèle gonflable et sept porteurs d'une prothèse semi-rigide.

2. Les patients non Implantés (P.N.I.)

Par ailleurs, a été sélectionné un échantillon aléatoire comprenant 444 dossiers de patients qui, entre 1985 et 1990, se sont adressés à notre équipe pour des troubles érectifs. Avec ces 444 cas, nous estimons, en décembre 1990, avoir ratissé à peu près 50% de notre population d'impuissants.

Indépendamment de savoir si ces dossiers sont effectivement clôturés ou encore en cours de traitement, leur dépouillement nous a appris qu'en décembre 1990, la prothèse pénienne avait été indiquée dans 59 cas sur 444 (13,28%).

A cette époque, seuls 19 de ces 59 sujets (32,2%), avaient accepté de se soumettre à l'intervention. La proportion nous a semblé relative-

ment basse et, dès lors, nous nous sommes interrogés sur les motifs qu'ont certains de refuser l'implantation d'une prothèse comme solution définitive à leurs problèmes. Partant, cette question devait aussi affiner notre compréhension des principales motivations à l'implantation.

Ceci nous a amenés à élaborer un questionnaire destiné à ceux qui ont refusé l'implant et opté pour l'abstention thérapeutique alors que la prothèse se révélait la solution médicalement appropriée à leur trouble.

Libellé sur le modèle du questionnaire conçu pour les patients implantés (P.I), le questionnaire "patients non implantés" (P.N.I.) doit permettre la comparaison entre les deux populations quant à certains nombre de critères :

- la fréquence des rapports sexuels avec pénétration avant l'installation des troubles de l'érection ;

- la fréquence de ces mêmes rapports une fois les troubles avérés ;

- la fréquence des activités sexuelles en dehors du coït alors que le sujet est en proie à des problèmes d'érection ;

- la satisfaction exprimée par le sujet à l'égard de sa vie sexuelle (échelle en 5 points) ;

- s'il vit en couple stable, l'évaluation par le sujet de la satisfaction de sa compagne à l'égard de la vie sexuelle du couple (échelle en 5 points) ;

- l'intérêt du sujet pour la sexualité (de 1 : très faible à 5 : très fort) ;

- l'évaluation par le sujet de son état thymique général (de 1 : très malheureux à 5 : très heureux) ;

- si le sujet vit en couple stable, ses réponses au Questionnaire d'Adaptation à la Vie Conjugale de Locke et Wallace.

A cela, ont été ajoutées une question ouverte demandant au patient d'explicitier les raisons qui l'ont poussé à renoncer à l'implantation d'une prothèse et une question invitant le sujet à recenser les inconvénients et les avantages qu'il estime liés à l'usage d'une prothèse.

Pour cette population P.N.I., 17 protocoles sur 30 nous furent retournés après rappel : une participation de 56,7%.

Il semble que ces taux de réponse de 57,6% (P.I) et 56,7% (P.N.I) s'alignent parfaitement sur ceux rencontrés dans la plupart des enquêtes par voie postale.

III. RÉSULTATS

3.1. Vue d'ensemble (la sensibilité au coût du produit : un facteur probablement décisif).

Notre étude a abouti à quelques constats intéressants :

- L'argument **financier** semble assez central dans la décision de ne pas recourir à la solution prothétique.

- En effet, nos **indicateurs comportementaux et attitudeux**, se montrent incapables de mettre à jour des différences significatives dans la façon dont les deux groupes (P.I-P.N.I) envisagent et vivent leur sexualité. Nous ne pouvons donc pas établir en cette matière les fondements explicatifs du choix d'accepter ou non l'implant pénien.

- Nos analyses ne nous permettent pas davantage d'identifier clairement des différences dans la **dynamique conjugale**, des différences susceptibles d'expliquer pourquoi certains sujets recourent à l'opération et d'autres pas. Cependant, une partie des implantés mentionnent explicitement qu'une pression de la part de la compagne n'était pas étrangère à leur option en faveur de la prothèse.

- Un malaise commun aux deux populations semble exister relativement au caractère **artificiel** d'une érection obtenue à l'aide d'une prothèse. Plusieurs non implantés expliquent effectivement que c'est un sentiment de répugnance vis-à-vis de l'aspect artificiel de la solution prothétique qui a fait pencher leur décision vers l'abstention thérapeutique. Parallèlement, on repère aussi, dans le discours des implantés eux-mêmes, une sorte de dépit lié à ce caractère artificiel de la prothèse dont ils ont néanmoins l'usage. Pour l'un et l'autre groupe, ce genre de doléances doit vraisemblablement se mettre en rapport

avec une atteinte à une certaine image de la virilité. Reste que, pour les prothèses, la connotation artificielle semble demeurer un inconvénient acceptable tandis qu'il s'agirait peut-être, chez les non prothésés, d'un argument tout-à-fait rédhibitoire. Notre étude ne permet malheureusement pas une analyse comparée détaillée de la perception de l'artifice rencontrée tantôt chez les implantés, tantôt chez les non implantés. Mais on sent qu'il y a sans doute là matière à approfondir.

Argumentons maintenant ces résultats.

3.2. Des implantés demeurant affectés dans leur sentiment de virilité mais globalement satisfaits de leur choix.

1/ Depuis 1987, les patients ont le choix entre les prothèses gonflables et semi-rigides. Depuis cette date, 9 personnes sur 31 ont préféré un modèle semi-rigide. A ce jour, les prothèses péniennes ne font pas l'objet d'un remboursement par la Sécurité Sociale et le prix de celles-ci varie du simple au quadruple en faveur des modèles semi-rigides. Que 9 sujets sur 31 aient choisi de sacrifier la possibilité d'obtenir une érection plus proche des conditions naturelles au profit d'un moindre investissement souligne l'importance de l'impact financier lié à l'installation d'une prothèse.

2/ Cet impact financier se trouve d'autant mieux mis en exergue que, manifestement, nos sujets sont loin de rester insensibles aux connotations "naturelles ou artificielles" de leur sexualité. De fait, plusieurs éléments^{**} tendent à indiquer que l'impuissance engendre un vécu de *castration* et que l'installation d'une prothèse, de par sa connotation artificielle, échoue à colmater entièrement un certain sentiment d'insuffisance virile. Il subsiste vraisemblablement des blessures narcissiques dues au fait que l'érection - profond symbole de la puissance phallique - est devenue tributaire d'un agent extérieur au seul sujet : la prothèse. Pareil malaise s'exprime plus ou moins explici-

^{**}cf. Kempeneers, Andrianne, Mormont : *La prothèse pénienne : contraintes d'une virilité artificielle*. A paraitre.

Tableau I : Indices de satisfaction chez les patients implantés

Items	M	N
Satisfaction vis-à-vis de la prothèse (1 : pas du tout → 5 : tout-à-fait satisfait)	4,21	19
Satisfaction à l'égard des relations sexuelles permises par la prothèse (1 : pas du tout → 5 : tout-à-fait satisfait)	4,16	19
Satisfaction du sujet quant à sa vie sexuelle (1 : pas du tout → 5 : tout-à-fait satisfait)	4,11	19
Evaluation par le sujet de la satisfaction de sa partenaire à l'égard de la vie sexuelle du couple (1 : pas du tout → 5 : tout-à-fait satisfaite)	4,43	14
Evolution du climat conjugal depuis l'opération (1 : totalement dégradé → 5 : nettement amélioré)	4	14

M = valeurs moyennes
N = effectifs totaux des répondants

tement dans de nombreux protocoles. La prothèse apparaît véritablement comme un succédané et la sexualité des patients P.I semble parfois bien en peine de s'accommoder d'une telle représentation.

On voit difficilement comment cette chirurgie palliative pourrait en tant que telle surmonter les difficultés qu'ont les hommes implantés à accepter la perte définitive d'une érection naturelle.

3/ Cependant, cet inconvénient n'entame que très modérément les indices de satisfaction. Sur des échelles graduées de 1 (pas du tout satisfait) à 5 (tout-à-fait satisfait), les patients expriment une note moyenne de 4,21 lorsqu'ils évaluent leur satisfaction à l'égard du produit et de 4,16 lorsqu'ils évaluent la qualité des rapports sexuels permis par la prothèse (cf *tableau I*). Les rares cas d'insatisfaction importante apparaissent davantage du fait de difficultés médicales ou d'un manque de familiarisation au fonctionnement du matériel en place. Ces problèmes peuvent au demeurant s'amender soit spontanément, soit à l'aide d'une intervention spécifique.

4/ L'assurance recouvrée quant à l'érection se répercute à l'évidence sur le réflexe éjaculatoire puisqu'avec l'implantation, on observe une *raréfaction significative des éjaculations précoces* ($p < 0,001$).

La moitié des couples qui ont traversé ensemble l'épreuve de l'impuissance du mari estiment en sus que l'installation d'une prothèse a initié un *plaisant regain de fantaisies érotiques* dans les jeux amoureux.

Dans l'ensemble, les sujets implantés se déclarent actuellement hautement satisfaits de leur vie sexuelle et ils attribuent à leur compagne des taux de satisfaction similaires (cf *tableau I*).

De telles améliorations sur le plan sexuel semblent également retentir sur la dynamique conjugale. Sur une échelle allant de 1 (la relation s'est totalement dégradée) à 5 (la relation s'est nettement améliorée), on observe en effet une cote moyenne de 4, soit une réponse correspondant à l'item "la relation s'est un peu améliorée" (cf *tableau I*).

Finalement, comme l'indique le *tableau II*, le bénéfice de l'intervention se marque jusqu'à l'état d'humeur général.

3.3. D'Infortunés non implantés

Le bénéfice de l'implantation s'accroît encore à nos yeux si l'on compare certains indices recueillis chez les usagers d'une prothèse à ceux relevés parmi les personnes qui ont refusé l'intervention. Le *tableau III* dresse les différences significatives résultats d'une telle comparaison.

Relativement à la vie sexuelle, les taux de satisfaction apparaissent

nettement moins élevés chez les personnes qui ont renoncé à la prothèse ; ce tant du point de vue du sujet lui-même que de sa partenaire.

Il devient donc difficile de supposer que, dans les couples sans prothèse, agit valablement un mécanisme compensatoire, une sorte de viatique psycho-relational permettant aux gens de poser un regard néanmoins satisfait sur une vie sexuelle objectivement appauvrie par un déficit érectif. Autrement dit, dans ces cas malheureux, la perte d'érection ne se compense guère ou se compense mal par une subjectivité capable d'édifier une sexualité sereine en dépit de la perte en question.

L'état thymique général s'en ressent : les non implantés se disent globalement moins heureux que les implantés.

3.4 Tenter d'éclaircir le choix des non implantés (P.N.I)

Si les importants écarts observés entre implantés et non implantés plaident bien en faveur de la pertinence de l'option prothétique, on doit alors se demander pourquoi certaines personnes -en fait la majorité (68% de notre population)- la refusent. Qui sont ces gens qui préfèrent une sexualité peu satisfaisante et ses conséquences vraisemblablement fâcheuses sur l'état d'humeur général à la mise en place d'un implant pénien ? Voient-ils à priori en la prothèse une stratégie inapte à valider la qualité de leur existence ?

Rien n'est moins évident.

Force est d'abord de constater que ces sujets ont, par définition, tous consulté notre groupe, attitude qui témoigne ne fut-ce qu'à minima d'une volonté de traiter une incommode impuissance. L'impuissance est manifestement mal vécue et, par conséquent, le traitement, souhaité. Le *tableau III* montre d'ailleurs leur sexualité sous un jour peu serein. Nous en avons conclu à l'absence d'une subjectivité vraiment capable de s'accommoder d'une déficience érective. Reste à expliquer le recul face à cette stratégie spécifique : la prothèse.

Lorsqu'on leur demande de préciser les raisons qui ont motivé leur

Tableau II : Evolution des indicateurs de l'état thymique des patients implantés

Etat thymique général du sujet	avant l'impl. (rétrospectivement)	après l'impl.	N	T Student	P
(1 : extrêmement malheureux → 5 : extrêmement heureux)	2,33	4,17	18	5,58	<0,001

refus de l'intervention, on constate que quatre de ces dix-sept patients coupent court à la question en affirmant que leur décision n'est pas inébranlable : en cause, un manque d'informations dont ils disposent à ce jour en matière de prothèses péniennes.

Une fois ces sujets "en suspens" écartés de l'échantillon, on remarque que, parmi les treize individus restants, trois évoquent le *prix du produit* comme seul élément ayant justifié leur refus tandis que cinq autres mentionnent cet argument parmi d'autres raisons. Au total, le coût des prothèses intervient dans 61,5% des cas pour expliquer le rejet de l'opération. En importance quantitative, le prix représente le premier motif de résignation à l'abstention thérapeutique.

Le second motif se rapporte au *caractère artificiel* de l'érection procurée par la prothèse. Six sujets (46%) considèrent rebutant le manque de naturel attribué à la prothèse et/ou émettent l'espoir de retrouver un jour, éventuellement

par un autre traitement, une érection plus "naturelle". Etant donné la place de recours ultime occupée par la prothèse dans notre stratégie thérapeutique, on sait ces dernières espérances un peu vaines. Si, pour deux personnes, l'argument artificiel se combine à celui du prix, trois autres, cependant, l'évoquent comme unique motif. On remarque par ailleurs que si l'on demande, par une question ouverte, aux non implantés de recenser les inconvénients de la prothèse, le côté artificiel de celle-ci apparaît en premier lieu. L'artifice ne laisse pas indifférent.

Une troisième catégorie de motifs nous est livrée par trois sujets (23%). Elle touche à *l'âge avancé et/ou à l'état de santé* : le patient se sent incapable d'affronter une opération dont le bénéfice serait mésestimé en vertu de la perspective d'une dégradation générale prochaine. Cette troisième catégorie de motifs s'accompagne toujours d'une ou plusieurs autres raisons. En l'occurrence, le prix est inmanquablement cité : sans doute est-ce là l'élément décisif qui fait pencher

Tableau III : Satisfaction et état thymique : comparaison implantés / non implantés

	Implantés		Non Implantés		T Student	P
	M	N	M	N		
Satisfaction du sujet quant à sa vie sexuelle (1 : pas du tout → 5 : tout-à-fait satisfait)	4,11	19	2	17	5,30	<0,001
Evaluation par le sujet de la satisfaction de sa partenaire à l'égard de la vie sexuelle du couple (1 : pas du tout → 5 : tout-à-fait satisfaite)	4,43	14	2,17	12	5,22	<0,001
Etat thymique général du sujet (1 : extrêmement malheureux → 5 : extrêmement heureux)	4,17	18	3,13	15	3,34	<0,001

cette espèce de calcul prospectif vers l'abstention thérapeutique.

On relève enfin trois autres raisons isolées. Chacune citée par un seul sujet, elles sont aussi toujours accompagnées d'un ou plusieurs autre(s) motif(s). Il s'agit d'un doute quant aux résultats, de l'indisponibilité sexuelle de l'épouse et de l'incertitude de rencontrer un jour une partenaire.

Dans l'ensemble, si l'on excepte les considérations relatives au caractère artificiel de l'érection produite par la prothèse, les motifs de refus apparaissent, prix en tête, d'ordre bien matériel. Les non prothésés seraient-ils dès lors pour l'essentiel fondamentalement semblables aux implantés, le prix du produit constituant l'entrave principale à l'opération et, subséquemment, aux conditions d'une meilleure réalisation existentielle ? Ou bien ce type d'arguments matériels rationalisent-ils en la dissimulant une approche radicalement différente de la sexualité, une approche particulière faisant qu'une prothèse représenterait, dans leur cas, un maigre bénéfice, un accessoire peu désirable ne valant pas qu'on lui sacrifie sang et argent.

Nous disposons de quelques critères de comparaison entre prothésés et non prothésés, des critères à même de fournir certains éléments de réponse à cette question d'une éventuelle différence quant à la place tenue par la sexualité dans l'existence de ces deux groupes de sujets.

Revenons d'abord à l'aspect artificiel d'une érection par prothèse. Peut-on soutenir qu'il s'agisse là d'un motif psychologique substantiel caractérisant le refus dans le groupe des non implantés ? Cette hypothèse ne peut actuellement trouver un support solide. Si une récrimination à l'encontre de l'artifice émerge bien dans le discours des non prothésés, cet aspect des choses n'en constitue pas moins un inconvénient pour les implantés eux-mêmes, et l'on sait par leur témoignage que ce problème n'entrave au surplus que modestement la pleine satisfaction à l'égard du produit (cfr supra : 3.2.2 et 3.2.3). Par ailleurs, si le manque de naturel apparaît dans

six cas sur treize comme motif de rejet de l'opération, il n'intervient toutefois seul que chez trois personnes. Bref, autant de raisons qui rendent difficile de voir en une sensibilité particulière au caractère artificiel de la solution prothétique la raison principale et hautement déterminante du refus des non prothésés ; ceci dans la mesure, du moins, où l'on envisage ces derniers sous un angle quantitatif, en tant que groupe.

Peut-être alors le plaisir des non prothésés se focalise-t-il moins sur la pénétration durant les activités sexuelles, ceci les amenant à relativiser le gain à retirer de l'installation d'une prothèse. Telle éventualité ne trouve pas davantage assise dans nos données. En effet, pour autant que, durant les troubles, la fréquence des activités sexuelles hormis la pénétration puisse représenter un indicateur valable d'une capacité à départir le plaisir érotique d'une référence étroite au coït, force est de voir cette hypothèse battue en brèche puisque l'on ne trouve aucune différence significative sur ce plan entre les deux groupes de sujets.

Les non prothésés, actuellement impuissants, témoignent d'activités sexuelles en dehors du coït aussi rares (de l'ordre d'une fois par mois en moyenne) que ce que rapportent les implantés alors même qu'ils souffraient d'un déficit érectif. Autrement dit, opérationnalisée en termes de fréquence de jeux sexuels extra-coïtaux, la référence du plaisir à la pénétration ne varie pas d'un groupe à l'autre.

Et si le déficit érectif était moins sévère chez les non implantés que chez les implantés ? Si les capacités érectives des premiers restaient malgré tout suffisantes pour leur permettre de retirer davantage de possibilités coïtales plus fréquentes ? Ceci ne paraît pas non plus vraisemblable puisque la fréquence actuelle des rapports sexuels n'apparaît pas plus élevée chez les non prothésés que ne l'était cette même fréquence pour les implantés avant qu'ils ne subissent l'opération. L'impact des déficiences érectives s'avère donc semblable d'un groupe à l'autre.

Peut-être est-ce dès lors l'érotisme lui-même qui, chez les non implan-

tés, est moins investi, moins conditionnel d'une existence sans tourments ? Cela ne va pas davantage de soi car, s'il faut se fier, pour déterminer le caractère nodal de l'érotisme, à la fréquence des rapports sexuels avant l'apparition des troubles, on ne relève aucune différence entre les deux groupes de sujets (environ une fois par semaine en moyenne). Qui plus est, lorsqu'on interroge ces deux catégories de gens sur l'intérêt qu'ils portent à la sexualité, on n'observe pas non plus le moindre écart significatif. Le seul élément à plaider en faveur d'une explication de ce genre, c'est que, sur l'échelle relative à l'état thymique général (de 1 à 5), les non prothésés se disent actuellement plus heureux ($M = 3,13$) que ne l'étaient les implantés avant l'intervention ($M = 2,33$). La différence se révèle significative avec une note T égale à 2,33 pour un risque alpha de 0,026. Le déficit érectif aurait de la sorte été plus difficile à assumer pour les implantés qu'il ne l'est actuellement pour ceux qui ont refusé la prothèse. Cette dernière interprétation doit toutefois se nuancer par le caractère rétrospectif du regard posé par les implantés sur leur état thymique avant l'intervention. Le caractère rétrospectif de leur jugement peut effectivement constituer un élément parasite invalidant la comparaison entre les deux groupes pour disqualifier ainsi le sens qui lui est donné.

L'âge, pour sa part, semble jouer un certain rôle. A 58 ans en moyenne les non implantés apparaissent significativement plus âgés ($T = 2,94$; $p = 0,005$) que les implantés (52 ans). A partir de ce constat, ne faut-il inférer l'intervention, dans le chef de ceux qui rejettent l'opération, d'un raisonnement du type "ça ne vaut plus le coup ?". S'il se peut que cela joue, on note aussi que les précédentes observations à propos des motifs explicites du refus de l'intervention laissent volontiers apparaître une telle formule à cette autre : "ça ne vaut plus le coût".

IV. DISCUSSION

Peut-être est-ce finalement bien en un problème de prix que réside le principal obstacle à l'installation

d'un implant pénien. De fait, nos données attestent difficilement une attitude particulière des non implantés à l'égard de l'érotisme, une attitude qui, contrastée à celle des implantés, dénierait à la solution prothétique tout caractère impératif. Pour ce que nos résultats donnent à voir, ceux qui ont refusé l'implant semblent appréhender la sexualité de façon fort comparable à l'approche qu'en ont les bénéficiaires actuels d'une prothèse.

Nos résultats demeurent bien sûr embryonnaires. Il serait absolument prématuré de les tenir pour acquis définitifs. L'idée d'investiguer du côté des personnes qui ont choisi de ne pas se soumettre à l'implantation s'est imposée tout-à-fait marginalement par rapport au projet global d'évaluation de notre expérience en matière de prothèses péniennes. Aussi, peu de temps a-t-il été consacré au peaufinage de subtils outils de comparaison entre les deux groupes de sujets. Notre méthode et nos indicateurs comparatifs demeurent somme toute assez frustes. Rien ne permet d'exclure que des investigations plus poussées ou différemment orientées puissent mettre en lumière d'intéressantes distinctions dans la manière dont les deux groupes envisagent la sexualité. A ce jour, nos données ne nous y autorisent pas. Elles ouvrent toutefois **deux pistes d'interrogation**. La première replace sur la sellette le problème du caractère jugé artificiel d'une érection par prothèse ; la seconde touche spécifiquement à la part de la compagnie dans la prise de décision.

1. L'expérience, pour les uns, et la perspective, pour les autres, d'une sexualité intégrant une prothèse s'accompagne d'un sentiment de gêne, voire d'humiliation. Cela ressort quel que soit le groupe de sujets. Il n'est pas évident d'assimiler l'implant pénien sans que n'intervienne un malaise lié à la conjonction de l'artifice et du pénis en érection tant, vraisemblablement, ce dernier représente l'homme dans ce qu'il a de phallique, d'intrinsèquement mâle. Tout comme les non implantés, les prothésés se montrent sensibles à cet aspect des choses. Reste que, dans notre étude, l'objectivation d'un tel vécu n'emprunte pas toujours les voies

les plus directes, ni même des voies comparables d'un groupe à l'autre. De plus, le constat selon lequel pareilles difficultés subjectives touchent l'un et l'autre groupe n'exclut nullement qu'une intolérance aiguë à l'égard de l'artifice puisse être le fait de plusieurs non implantés et, partant, s'avérer décisive pour expliquer leur refus de l'opération. Si, au lieu de simplement prendre acte d'un malaise face à l'artifice - malaise repérable chez de nombreux patients des deux groupes -, nous avions eu les moyens de *quantifier* le désagrément suscité par le côté artificiel de la solution prothétique, peut-être aurions-nous trouvé une *répulsion comparativement plus intense* chez certains non implantés.

Voilà une hypothèse qui mériterait vérification. Nous ne doutons cependant pas des difficultés méthodologiques d'une telle entreprise : établir des critères valides pour la mesure et la comparaison d'une gêne occasionnée par la référence à l'artifice dans la sexualité est une tâche extrêmement délicate.

2/ Lorsqu'on questionne les sujets implantés sur les raisons qui les ont poussés à réclamer l'installation d'une prothèse, 7 de ces 19 personnes interrogées font part d'une pression - plus ou moins intense selon les cas - exercée par le partenaire. La nature de la relation conjugale serait-elle ainsi un facteur mobilisateur qui, plus subtilement que les considérations financières, interviendrait dans le processus décisionnel ? En d'autres termes, toutes autres choses supposées égales, les particularités des rapports à la compagnie constitueraient-elles un opérateur distinguant significativement les gens qui ont opté pour la prothèse de ceux qui ont rejeté cette solution ? La chose reste difficile à affirmer dans l'état actuel des données. Nous ne disposons pas en la matière d'indices comparatifs suffisamment précis. Le peu qu'offrent nos observations plaide même à l'encontre de cette hypothèse. De fait, les sujets implantés qui mentionnent expressément les relations à la compagnie

comme élément motivant la décision représentent moins de la moitié du groupe de leurs pairs. La référence à la compagnie n'intervient en outre jamais comme mobile unique. Les motifs - disons - plus personnels apparaissent franchement prédominants. Voilà probablement un premier point qui doit relativiser le rôle éventuel d'une interaction de couple particulière au groupe des implantés. Il s'en trouve un autre : l'utilisation comparée de certains items du Questionnaire d'Adaptation à la Vie Conjugale de Locke et Wallace ne donne lieu à aucune différence selon les groupes. Ce n'est donc pas avec cet outil - et, surtout, des effectifs aussi restreints (11 et 13 sujets vivant en couple stable) - que l'on peut établir ce qui, dans notre population, pourrait distinguer la dynamique conjugale des implantés de celle des non implantés.

Enfin, à propos de la vie sexuelle du couple, il faut rappeler la maigre satisfaction que les non implantés attribuent à leur partenaire (cfr **tableau III**). Faut-il en déduire que, dans les rapports conjugaux, l'insatisfaction de la compagnie ne serait pas, en tant que telle, l'argument clé de la décision ?

Bref, l'incertitude demeure.

V. CONCLUSION

Nous appelons de nos vœux des explorations en ce sens mais l'absence de conclusions éclatantes quant à des caractéristiques psycho-relationnelles typiques des non implantés, caractéristiques susceptibles d'expliquer leur refus, et la prévalence apparente des motifs financiers nous amène forcément à un épilogue un peu cruel.

Dans la mesure où la place tenue par la sexualité dans l'existence des non implantés ne diffère pas sensiblement de ce que l'on relève chez les prothésés, dans la mesure donc où toutes les circonstances devaient par ailleurs s'équivaloir, rien n'indique que les non implantés n'auraient pu retirer les mêmes avantages de l'intervention.