

Prothèses péniennes : taille du pénis implanté et dimensions de la virilité

Ph. KEMPENEERS^{1,2}, R. ANDRIANNE³, Ch. MORMONT¹, F. JEANMART¹, L. BLOCHOUSSE¹

RÉSUMÉ :

L'implantation d'une prothèse pénienne entraîne fréquemment une érection de taille réduite si on la compare aux érections naturelles. Certains patients se plaignent de la chose et la satisfaction qu'ils retirent de leur sexualité assistée d'une prothèse s'en trouve significativement diminuée.

Apparemment, l'importance de ce type de plaintes n'est pas proportionnelle à l'importance objective du raccourcissement pénien. Pour qu'une réalité objective débouche sur une plainte, il faut qu'interviennent des critères subjectifs d'appréciation.

Une étude par questionnaire menée auprès de 39 hommes implantés et 30 partenaires montre que les plaintes concernant la taille du pénis implanté sont principalement liées à une représentation sociale de la sexualité qui associe la valeur érotique masculine à des critères de volume érectile, de spontanéité et de "naturel". Cette représentation tend aussi à se voir projetée dans le regard de la partenaire, indépendamment des attitudes et sentiments réels de cette dernière. L'incidence dommageable des érections raccourcies sur la satisfaction envers l'implant pénien semble ainsi indissociable d'une représentation globale de la sexualité prothétique vécue sous le sceau infamant de l'artifice, de l'assistance, bref de la parodie virile. La déception relative au raccourcissement pénien ne se réduit pas à de pures considérations fonctionnelles, elle exprime avant tout une réalité subjective complexe : l'image douloureuse d'une virilité diminuée.

Sur cette base, un accompagnement psycho-sexologique s'avérerait souhaitable pour aider certains couples à s'accommoder au mieux d'une prothèse pénienne. Une échelle d'Attitude envers l'Implant Pénien (AIP) extraite du protocole d'enquête pourrait en outre servir à identifier des patients à risques.

Mots clés : Trouble érectile - Prothèse pénienne - Satisfaction - Dimension du pénis - Représentations sociales - Sexualité - Virilité.

SUMMARY :

The implantation of a penile prosthesis frequently results in a reduction of the erectile length compared with natural erections. Some patients complain about this fact and their satisfaction at prosthesis assisted sexuality is significantly diminished.

Obviously, the degree of complaint is not proportional to the objective degree of penile reduction. For an objective reality to lead to complaints, subjective criteria of appreciation have to intervene.

A survey questionnaire completed by 39 implanted patients and 30 partners shows that complaints about the size of the implanted penis are mostly related to a social representation of sexuality which associates the male erotic value to criteria of erectile length, spontaneity and "naturalness". This representation also tends to be projected in the partner's mind, independently of her actual attitudes and feelings. Therefore, the injurious impact of penile reduction on satisfaction at the prosthetic device seems to be inseparable from a global representation of prosthetic sexuality which is experienced as a "parodic", "reduced" virility. The reduced size of the penis focuses feelings of vexation which cannot be reduced to simple functional considerations, it embodies the painful and complex image of a lost virility.

From this point of view, psychosexual counselling would be indicated in order to help some couples to improve their adaptation to penile prosthesis. Moreover, an Attitude scale towards Penile Implant (API) derived from the survey questionnaire might enable the identification of risk-patients.

Key-words : Erectile disorder - Penile prosthesis - Satisfaction - Penis length - Social representations - Sexuality - Virility.

INTRODUCTION

Dans l'éventail des traitements médico-chirurgicaux de l'impuissance, l'implantation de prothèses péniennes représente une option de dernier recours. Pour bien des patients, il n'est pas aisé d'accepter cette perspective particulière de restauration érective (Kempeneers, Andrianne & Mormont, 1994a ; Kempeneers & Andrianne, 1997), cependant, chez ceux qui s'y sont décidés, la prothèse s'avère globalement une solution fort appréciable tant du point de vue de sa fiabilité médico-technique (Daitch, Angermeier, Lakin & Inglerright, 1997 ; Garber, 1996 ; Morganstern, 1997) qu'au niveau des taux de satisfaction (Hollway & Farah, 1997 ; Montorsi et al., 2000).

Les témoignages globalement enthousiastes des patients porteurs d'une prothèse pénienne ne peuvent pourtant nous laisser dans l'ignorance d'appréciations parfois plus mitigées, voire franchement négatives. Les complications médico-techniques mises à part, on distingue deux grandes catégories de problèmes susceptibles de ternir la satisfaction des patients à l'égard de leur prothèse :

1. la première catégorie rassemble les difficultés de manipulation de la prothèse, les sensations inconfortables ou douloureuses et les impressions de perte de sensibilité du pénis. Ces problèmes sont habi-

¹ Service de Psychologie Clinique, Université de Liège. Boulevard du Rectorat, B33, B-4000 Liège.

² Clinique Psychiatrique des Alexiens. Ruyff, 68, B-4841 Henri-Chapelle.

³ Service d'Urologie, Centre Hospitalier Universitaire de Liège. Domaine du Sart-Tilman, B-35, B-4000 Liège.

tuellement transitoires : ils s'estompent soit spontanément, soit à l'issue d'une familiarisation progressive aux aspects nouveaux de la verge implantée (Anafarta, Yaman & Ayclos, 1998 ; Coulange, Soler & Rampal, 1991 ; Kempeneers, Andrienne & Mormont, 1992 ; Tefilli et al., 1998).

2. la seconde catégorie de problèmes se centre sur les déceptions exprimées par les patients lorsqu'ils considèrent les *dimensions de leur verge implantée*. Lors des érections par prothèse, la verge est souvent moins longue que lors des érections naturelles. Un tel raccourcissement demande une adaptation des partenaires. Or certains patients ne s'adaptent manifestement pas : ils se plaignent de manière persistante de la réduction de leur pénis, et leur satisfaction générale envers l'implant pénien s'en trouve durablement diminuée (Kempeneers, Andrienne & Mormont, 1992 ; Montorsi et al., 2000). Des études menées par notre groupe indiquent que ce défaut d'adaptation n'est vraisemblablement pas sans lien avec une forme de sentiment de dévalorisation personnelle. Kempeneers, Andrienne & Mormont (1994b) et Kempeneers & Andrienne (1997) montrent en effet que l'implantation d'une prothèse laisse quelquefois subsister un sentiment diffus de gêne. Certains hommes ressentent de l'amertume à savoir leurs prestations érotiques devenues tributaires d'une prothèse. Et l'idée dégradante d'une érection assistée, d'une "virilité artificielle" viendrait ainsi entacher l'image propre de ces patients. En réalité, l'image douloureuse d'un pénis réduit serait avant tout l'expression d'un narcissisme mâle malmené. Au-delà de considérations morphologiques et fonctionnelles, la perte de quelques centimètres d'érection symboliserait surtout une perte autrement plus importante au niveau de l'image virile. Les doléances relatives à la taille du pénis auraient par conséquent un large fondement subjectif. C'est cette proposition qui sera examinée dans cet article.

La chirurgie prothétique vise à rendre la pénétration possible. Néanmoins, la qualité des rapports sexuels permis par la prothèse ne

s'apprécie pas seulement sur la base de critères purement fonctionnels, elle s'apprécie aussi en référence à des *représentations sociales* de la prothèse et de la sexualité. Dans la terminologie de la psychologie sociale, le concept de *représentation sociale* renvoie à une dynamique perceptive socialement induite, une attribution de sens qui module l'attitude envers ses objets (Doise, 1986 ; Jodelet, 1989 ; Moscovici, 1981, 1988). Les observations réalisées sur les patients porteurs d'une prothèse semblent pouvoir se traduire dans les termes de cette dynamique : les notions de "prothèse" et de "sexualité" brassent de toute évidence des contenus sémantiques d'ordre socioculturel (i.e. le concept de virilité, la valeur symbolique de la taille du pénis, l'importance du "naturel" des gestes érotiques), lesquels servent de repères au jugement et influencent l'attitude envers l'implant. Il apparaît dès lors intéressant d'explorer plus avant le vécu des hommes porteurs d'une prothèse pénienne à l'aide d'instruments empruntés à l'arsenal traditionnel de la psychologie sociale, soit un questionnaire d'enquête permettant la confrontation systématique d'indices de satisfaction et de mesures d'attitude.

La présente étude se penche donc sur la *déception relative à la taille du pénis après implantation comme facteur d'insatisfaction à l'égard de la prothèse*. Elle vise à objectiver la part de ce problème qui se love dans une *représentation de la sexualité prothétique empreinte de sentiments de perte de virilité*.

MÉTHODE ET POPULATION

Sur 69 patients opérés entre 1991 et 1997, trente-neuf (56,5%) ont répondu à un questionnaire d'enquête distribué par voie postale.

Le questionnaire visait en particulier l'exploration des paramètres suivants :

1. *la satisfaction relative à la qualité des rapports sexuels permis par la prothèse*. Les patients étaient invités à exprimer leur satisfaction à l'aide d'une échelle de Likert en 5

points allant de "pas du tout" (1) à "tout à fait satisfait" (5) ;

2. *la satisfaction concernant le volume et la longueur du pénis lorsque la prothèse est activée*. Échelle en 4 points : "pas du tout" (1) - "tout à fait satisfait" (4) ;

3. *l'existence de sentiments de honte, de gêne ou d'embarras liés au fait d'être porteur d'une prothèse pénienne*. Échelle en 4 points : "jamais" (1) - "souvent" (4) ;

4. *l'Attitude envers l'Implant Pénien (AIP)*. L'instrument de mesure est ici une échelle originale en plusieurs items, l'échelle AIP, construite sur le modèle de Likert (1932). Son détail figure en annexe I. L'échelle AIP s'est élaborée sur la base des indications fournies par de précédentes études (Kempeneers, Andrienne & Mormont, 1992, 1994a, 1994b) et par 16 entretiens semi-structurés organisés dans le cadre d'une pré-enquête. Il en ressortait que l'enthousiasme envers la prothèse se module en rapport à des notions de virilité, de performance, d'artifice et d'auto estime. Ces notions ont donc été intégrées à l'échelle AIP de sorte qu'une note élevée à celle-ci traduise une tendance à déprécier l'implant pénien en vertu d'une représentation douloureuse d'une sexualité "naturelle" et "virile" perdue ;

5. *l'Attitude Imputée à la Partenaire envers l'Implant Pénien (AIPIP)*. Il s'agit également d'une échelle originale construite sur le même modèle que l'AIP. Son détail figure en annexe II. L'intention est ici de prendre en considération la représentation de la prothèse projetée dans le chef de la partenaire ;

6. *les notes obtenues au Sexual Irrationality Questionnaire (SIQ)*. Conçu en 1986 par Mc Cormick et Jordan et adapté en français par Kempeneers, Louwette, Mormont et Doudali (2000), le SIQ est destiné à fournir la mesure de croyances et stéréotypes "irrationnels" qu'entretiennent les individus à propos des rapports sexuels. Empruntant aux préceptes de la Rational-Emotive Therapy d'A. Ellis (1962), les auteurs postulent que de telles croyances seraient de nature à induire des difficultés d'ordre psychosexuel. Il devient dès lors intéres-

sant d'en examiner l'impact sur l'adaptation à l'implant pénien. Outre une note globale (SIQ-total), la passation du SIQ produit également quatre sous-notes (SIQ-F1, SIQ-F2, SIQ-F3 et SIQ-F4) correspondant chacune à quatre domaines distincts d'irrationalité mis en relief par l'analyse factorielle du SIQ : SIQ-F1 renvoie à un besoin excessif de contrôle sur la sexualité, SIQ-F2 à un défaut de communication et d'adaptation aux différences de sensibilité sexuelle de la partenaire, SIQ-F3 à une propension excessive à rendre problématiques certains fantasmes érotiques et SIQ-F4 à une intolérance aux frustrations sexuelles. Pour chacune des notes d'irrationalité sexuelle, les valeurs élevées caractérisent les positions dites "irrationnelles".

Trente partenaires d'hommes implantés ont également répondu à un questionnaire d'enquête analogue. Il s'agissait d'examiner ici :

7. la satisfaction de la partenaire concernant la qualité des rapports sexuels permis par la prothèse. Échelle en 5 points : "pas du tout" (1) - "tout à fait satisfaite" (5) ;

8. l'attitude de la Partenaire envers l'Implant Pénien (APIP) mesurée à l'aide d'une échelle originale construite sur le modèle de l'AIP et de l'AIPIP. Son détail figure en annexe III.

Les rapports entre ces huit paramètres ont été évalués à l'aide du coefficient de Spearman.

Au moment de leur opération, l'âge moyen des patients implantés était de 58 ans, les extrêmes allant de 32 à 71 ans ; celui des partenaires était de 49 ans, avec des extrêmes de 25 à 69 ans.

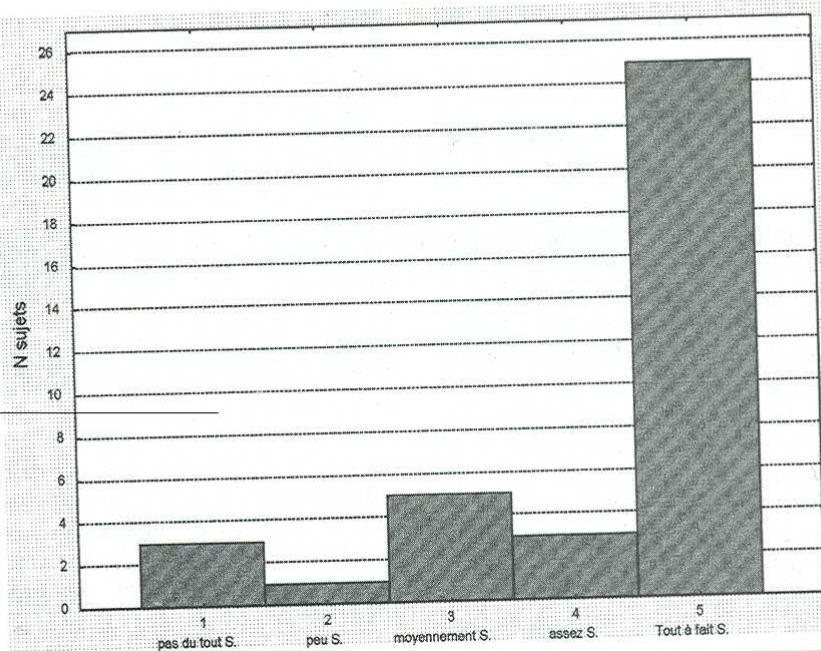
La période écoulée depuis l'opération varie entre 2 mois et 6 ans, la moyenne s'établit à 52 mois.

RÉSULTATS

Comme l'indique la figure 1, les niveaux de satisfaction rapportés par les patients usagers d'une prothèse s'avèrent, dans l'ensemble, plutôt élevés.

Les avis sont en revanche beaucoup plus réservés lorsqu'on demande

Figure 1 : Satisfaction envers la qualité des rapports sexuels permis par la prothèse.



aux patients d'exprimer leur satisfaction quant aux dimensions de la verge implantée (figure 2). Seuls 13 patients (33%) se disent ici "tout à fait" satisfaits tandis que 8 d'entre eux (20,5%) s'estiment "peu" ou "pas du tout" satisfaits.

Le degré de satisfaction à l'égard de la taille du pénis implanté semble assez déterminant de la satisfaction globalement éprouvée

envers la qualité des rapports sexuels qu'autorise la prothèse. En témoigne un coefficient de Spearman de 0,64 entre ces deux paramètres (Cf. tableau I). Par ailleurs, les doléances à propos de la taille du pénis ne semblent nullement s'amender avec le temps dans la mesure où on ne relève aucune interaction significative avec la durée du follow-up. Les plaintes de

Figure 2 : Satisfaction concernant la dimension du pénis lorsque la prothèse est activée.

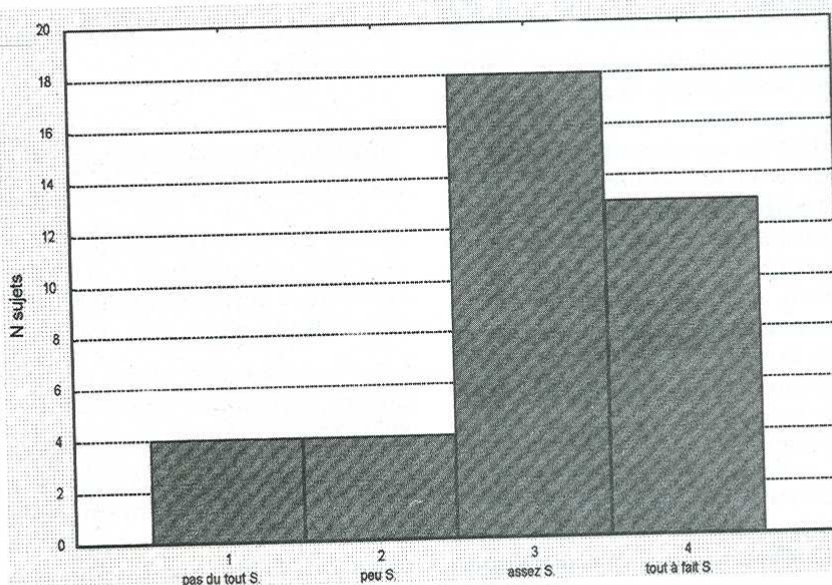


Tableau I : Corrélations (Spearman) entre les variables étudiées chez les patients implantés

	A	B	C	D	E
A					
B	0.64 p < 0001				
C	-0.74 p < 00001	-0.60 p < 001			
D	-0.62 p < 001	-0.44 p < 02	0.58 p < 01		
E	-0.41 p < 01	-0.38 p < 02	0.44 p < 01	0.39 p < 04	

A = Satisfaction envers la qualité des rapports sexuels permis par la prothèse

B = Satisfaction relative à la longueur de la verge

C = AIP

D = AIPIP

E = Sentiments de gêne, de honte ou d'embarras

ce type sont donc de nature à diminuer durablement la satisfaction envers l'implant. La dynamique de satisfaction ainsi objectivée se révèle en tous points comparable à celle observée lors d'un sondage antérieur (Kempeneers, Andrienne, Mormont, 1992, 1994a, 1994b).

L'examen de trois cas particuliers fournit l'indice qu'il n'existe pas de relation automatique entre une réduction objective de la verge implantée et le fait de s'en plaindre. En effet, parmi les 39 patients examinés, on en répertorie trois dont le raccourcissement pénien fut jugé flagrant par les chirurgiens (en cause des indurations dues à une maladie de La Peyronie qui limitent l'expansion des cylindres gonflables insérés dans les corps caverneux). Bien que la réduction du format érectile ait ici été considéré comme objectivement importante, les patients concernés ne s'en affligent manifestement guère : ils font effectivement état d'une satisfaction assez élevée à l'égard des dimensions de leur pénis (indices 3, 3 et 4, soit "assez" et "tout à fait satisfait"). La chose susciterait l'étonnement sauf à se dire que la satisfaction à l'égard de la taille de la verge est avant tout tributaire de critères subjectifs d'appréciation.

Conformément à notre hypothèse, les plaintes relatives aux dimensions de la verge s'articulent à une tendance à déprécier l'implant pénien en ce qu'il signifie la perte d'une sexualité "virile", "naturelle" et "spontanée". Le tableau I montre

en effet des corrélations significatives entre, d'une part, les déceptions relatives à la taille du pénis et, d'autre part :

- l'existence de sentiments de honte associés au port d'une prothèse,

- une attitude relativement négative envers l'implant pénien (AIP),

- l'attribution à la partenaire d'une attitude négative envers l'implant (AIPIP).

Ces divers paramètres entretiennent également d'importantes relations entre eux et se répercutent négativement sur l'appréciation globale de la sexualité assistée d'une prothèse. Déceptions relatives à la taille du pénis, sentiments de honte et rejet des aspects "artificiels" de la prothèse semblent œuvrer comme un complexe indissociable ; on y discerne la marque d'une représentation sexuelle péjorative d'une adaptation optimale à l'implant pénien.

Fait remarquable, aucune des variables examinées au tableau I n'est corrélée à l'attitude réelle de la partenaire vis-à-vis de la prothèse (AIPIP). On ne relève pas non plus de relations significatives entre l'appréciation par les compagnes de la qualité des relations sexuelles permises par la prothèse et les plaintes exprimées par les hommes à propos des dimensions de leur pénis. Un tel décalage entre le témoignage des patients opérés et celui de leur partenaire laisse percevoir la

part de pure projection dont procèdent les réserves masculines en matière de sexualité assistée d'une prothèse. L'existence d'un phénomène projectif s'affirme avec plus d'évidence encore parmi les couples où l'homme s'estime "peu" ou "pas du tout" satisfait de la taille de sa verge. Au sein de ce sous-groupe (5 observations valides), les notes des hommes à l'AIPIP apparaissent sensiblement plus élevées (M = 23,2) que celles de leurs partenaires (M = 13) aux 6 items comparables de l'AIPIP (soit les items n° 20 à 25, cf. Annexe III). Même si la faiblesse de l'effectif ne permet pas ici d'en établir la signification statistique, cette différence semble bien traduire une tendance propre à ces hommes à tenir leur compagne pour particulièrement plus hostile à l'implant pénien qu'elle ne l'est en réalité. À titre de comparaison, ces valeurs s'établissent respectivement à 17,9 pour les hommes et 14,6 pour les femmes dans l'ensemble des couples étudiés (21 observations valides) ; au test T de Student, la différence s'avère ici non significative.

Enfin, les mesures d'irrationalité sexuelle (SIQ) ne s'avèrent corrélées ni aux indices de satisfaction, ni aux sentiments et attitudes examinés. Elles ne semblent ainsi pas avoir de valeur prédictive des facultés d'adaptation à l'implant pénien.

DISCUSSION

1. La déception relative à la taille du pénis est l'expression d'une représentation de la qualité érotique qui affecte l'adaptation à l'implant pénien

Aucune étude n'est à notre connaissance parvenue à démontrer un lien déterminant entre la dimension objective du pénis et l'éprouvé qualitatif des rapports sexuels. En revanche, les fantasmes à ce propos sont monnaie courante : la littérature tant psychologique que grivoise se montre suffisamment prolifique en la matière pour qu'il soit encore nécessaire d'en argumenter l'évidence.

Des fantasmes de ce genre conditionnent manifestement le vécu de

plusieurs de nos patients. En effet, dans la présente étude, la déception concernant la taille de la verge après implantation apparaît relativement fréquente et liée à l'image d'une *virilité dégradée* par les notions d'artifice et d'assistance associées à l'implant pénien.

Le "problème" d'une verge raccourcie ne semble en tout cas guère affecter la satisfaction sexuelle des partenaires : les doléances des hommes au sujet de la taille de leur pénis et la satisfaction de leurs partenaires se révèlent des paramètres statistiquement indépendants.

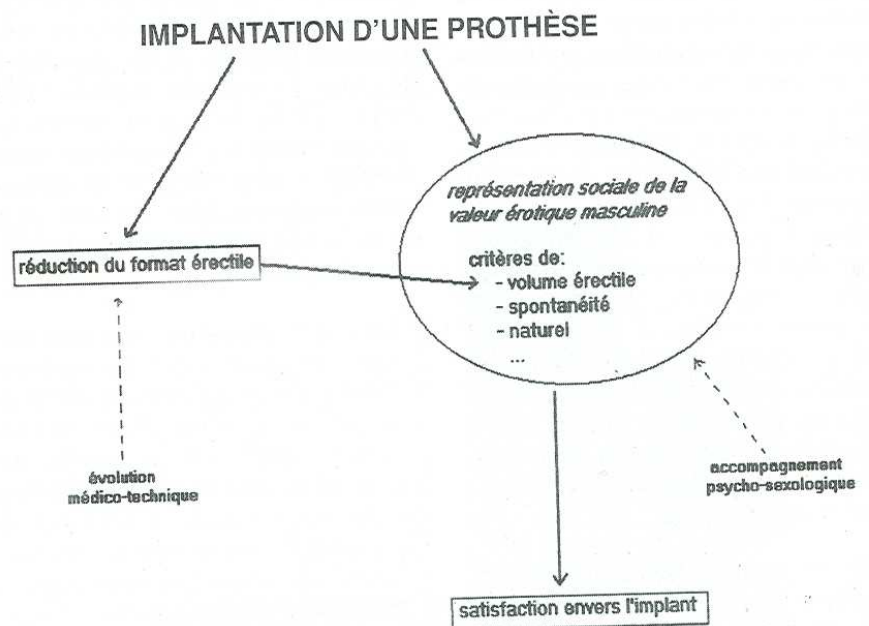
Les données issues de la pré-enquête avaient laissé entrevoir la possibilité que les plaintes centrées sur la dimension de la verge trouvent également à s'expliquer par un facteur d'inertie comportementale. Lors d'entretiens semi-structurés, de nombreux sujets faisaient en effet état de leur aspiration à recouvrer, grâce à la prothèse, des activités sexuelles *semblables* à celles qu'ils avaient avant l'apparition du trouble érectile. À partir de cette aspiration au *statu quo ante*, on pouvait supposer que leur attachement intense aux modalités anciennes de l'échange érotique empêchait probablement ces couples d'adapter leur gestuelle érotique aux modifications morphologiques dues à l'implant pénien. Le problème de la taille du pénis eut dès lors été au moins en partie celui d'un défaut d'ajustement du comportement érotique. À l'examen toutefois, cette hypothèse ne s'avère pas supportée par l'argument statistique. De fait, les patients qui se plaignent de la dimension de leur verge aussi bien que leurs partenaires obtiennent des notes normales ($M = 15,8$; $e-t = 4,5$ contre $M = 16,8$; $e-t = 4,9$ pour la population de référence) à l'échelle SIQ-F2 (*communication sexuelle à visée adaptative*), laquelle reflète la disposition des sujets à adapter leur comportement aux contingences de sensibilité érotique. Dans les limites de notre méthodologie, il devient par conséquent peu crédible de soutenir que les doléances en rapport au format érectile trouvent leur motif principal dans un défaut d'adaptabilité gestuelle propre aux couples concernés.

Que des difficultés de communication se posent au sein des couples où l'homme s'inquiète de la taille de son pénis ne fait pourtant guère de doute : la non concordance des témoignages des partenaires l'atteste. Toutefois, ce n'est probablement pas au niveau de l'ajustement du comportement sexuel que résident les difficultés de communication spécifiques à ces patients, mais plutôt à celui des valeurs attendantes à l'expérience érotique. Autrement dit, s'il est vraisemblable que ces couples parviennent aussi bien (ou mal) que les autres à accorder leurs gestes à leurs sensations mutuelles, il reste également vrai que les hommes déçus par la taille de leur verge exagèrent de façon caractéristique l'importance que leur partenaire accorde à la question et qu'ils attribuent indûment à ces dernières une attitude négative envers l'implant pénien.

Apparemment, le "problème" du pénis raccourci se situe bien moins au niveau de la mécanique coïtale qu'à celui d'une représentation de la valeur érotique masculine, une représentation en souffrance qui mêle des sentiments d'humiliation à la perte

d'une modalité érotique valorisée notamment par la qualité naturelle et l'importante stature de l'érection. Indissociable du trouble érectile tout comme de la chirurgie prothétique, la perte de cette modalité particulière signifie pour l'homme concerné la faillite d'une partie de sa valeur virile, et la satisfaction envers l'implant s'en ressent négativement. Cette proposition est illustrée par la figure 3. Ce qui, soulignons-le, érode la satisfaction ne se limite pas à la seule question d'une verge raccourcie ; il faut en définitive y voir l'effet d'un *complexe* d'insuffisance virile dont les plaintes relatives aux dimensions de l'érection ne constituent qu'un élément parmi d'autres. Avec ces autres éléments (i.e. amertume à l'idée d'une érection rendue artificielle, moins spontanée), les doléances en rapport à la taille du membre expriment un *vécu global de castration, une blessure narcissique inhérente à la représentation sociale d'un potentiel érotique détérioré et au jugement de valeur qui l'accompagne, un jugement négatif porté sur soi-même et largement projeté dans le regard d'autrui, en particulier dans celui de la partenaire.*

Figure 3 : L'incidence problématique d'une réduction pénienne se médiatise par l'action d'une représentation subjective de la qualité érotique.



- Les flèches en traits continus décrivent des relations d'incidence critique.
- Les flèches en traits pointillés indiquent des voies d'amélioration de la satisfaction retirée de l'implant pénien.

2. L'intervention psycho-sexologique en complément de l'approche chirurgicale

Sensibles au caractère récurrent des plaintes stigmatisant un défaut de taille érectile chez les patients opérés, les concepteurs de matériaux prothétiques ont, depuis le début des années 1990, commercialisé des produits permettant une élongation supplémentaire de la verge : la prothèse *AMS 700 Ultrex*® par exemple, un modèle implanté chez pratiquement tous les patients de notre série. La rentabilité de l'opération s'avère relative. Comparativement à un sondage antérieur réalisé sur des patients usagers de modèles plus anciens (Kempeneers, Andrienne & Mormont, 1992), les niveaux d'insatisfaction concernant les dimensions du pénis ont aujourd'hui chuté de 36% à 20,5% : c'est appréciable. Hélas, la régression de ce type de plaintes ne saurait prétendre s'élargir automatiquement à l'ensemble sous-jacent de la représentation honteuse qu'ont certains hommes d'eux-mêmes. Du moins rien ne l'indique. Au demeurant, l'importance du taux résiduaire d'insatisfaction (20,5%) jette tout de même le doute sur l'espoir qu'une stricte logique d'élongation physique du membre suffise à régler entièrement la question du format érectile et du vécu éminemment symbolique de perte virile qui l'articule. Il convient de garder à l'esprit que si le calibre pénien représente quelquefois la virilité, cette dernière se résume quant à elle rarement au seul critère de taille érectile (voir figure 3).

La sexualité humaine ne peut se réduire à de simples mécaniques. Les données de culture (représentations, fantasmes, symboles) participent à la jouissance retirée de l'utilisation des organes. En l'occurrence, si la prothèse pénienne restaure les organes dans leurs propriétés fonctionnelles, elle ne garantit pas forcément la pleine restauration de certaines conditions culturelles de la jouissance. Si même l'évolution du génie médico-technique permettait aux futurs implantés de gagner encore quelques centimètres d'érection, il serait hasardeux de penser que puissent se rétablir pour autant le naturel et

la spontanéité auxquels se lie la question de la taille de l'érection. Même en cas d'étiologie organique sévère, l'impuissance ne se limite pas à la seule altération de la physiologie érectile : elle est une mise en cause de la sexualité d'un homme, d'un couple, dans son ensemble, y compris dans ses dimensions relationnelles, fantasmatiques et symboliques façonnées par la culture. Sous cet angle, la réponse optimale à apporter aux troubles de l'érection se doit de considérer ces dimensions multiples, et l'intervention psycho-sexologique pourrait devenir un complément utile de l'approche chirurgicale. Une désolidarisation de la notion de virilité d'avec des exigences d'érection "naturelle", "spontanée" et "volumineuse", de même qu'une infirmation de telles exigences à l'aune de ce que pense, ressent et valorise vraiment la partenaire, bref des interventions visant à tempérer l'impact nocif de représentations normatives de l'érotisme produirait assurément une amélioration en matière d'intégration de l'implant pénien (voir figure 3).

3. Identification des patients à risques : perspectives

Idéalement, l'indication d'un encadrement psycho-sexologique supposerait l'examen minutieux des représentations de chaque candidat à l'implant. Pour ce faire, aucune méthode ne peut prétendre égaler en finesse le colloque singulier entre le patient et un spécialiste. Mais les impératifs organisationnels et budgétaires de la clinique médico-chirurgicale ne rendent pas toujours cette option disponible. D'autres outils, même plus grossiers, pourraient cependant fournir à moindre coût des renseignements utiles quant à l'aptitude des patients à s'accommoder d'une sexualité assistée d'une prothèse : ainsi en irait-il par exemple d'un questionnaire prospectif inspiré de l'AIP. Puisque l'AIP s'avère corrélée à des difficultés d'adaptation chez des patients effectivement opérés, on pourrait envisager d'en faire un instrument de prédiction capable d'identifier des candidats chez qui l'adaptation à l'implant risque de n'être pas optimale, et de servir alors de base pour l'indication d'un

éventuel accompagnement psycho-sexologique.

En amputant l'AIP de ses items à valeur rétrospective, à savoir les items n°1, 3, 7, 11, 13, 14 et 15 (cf. Annexe I), on obtient une échelle -nommons-la *AIP-R (AIP Réduite)*- qui, probablement, pourrait remplir une telle fonction ; elle présenterait à tout le moins l'intérêt d'attirer l'attention des intervenants sur la présence chez certains patients d'éléments de représentations sexuelles susceptibles d'altérer l'assimilation psychoaffective de l'implant pénien. Eu égard à son caractère *post facto*, notre étude ne peut évidemment pas fournir de gages fiables de validité au plan de la prédiction clinique. Les indicateurs suivants argumentent néanmoins l'opportunité d'une démarche en ce sens : appliquée à notre échantillon, l'AIP-R donne lieu à une somme moyenne de 19,2 points, avec un écart-type de 9,5. En utilisant comme repère les notes supérieures ou égales à 28 points (moyenne + écart-type), on répertorie 5 patients (sur 35 observations valides) dont l'attitude envers l'implant pénien peut être tenue pour particulièrement défavorable. Parmi eux se retrouvent 2 des 3 patients qui se disent "pas du tout" satisfaits du volume érectile procuré par la prothèse, 4 des 8 patients qui s'en disent "peu" ou "pas du tout" satisfaits, 2 des 3 patients qui se disent "souvent" honteux d'être porteur d'une prothèse et 4 des 8 patients qui s'estiment au plus "moyennement" satisfaits de leur prothèse. Dans la mesure où les sentiments de honte et les indices d'insatisfaction concernant la prothèse et la taille des érections peuvent être vus comme des critères significatifs d'adaptation déficiente, les chiffres mentionnés ci-dessus justifient l'interprétation suivante :

- tous les patients obtenant une note supérieure (> 28) à l'AIP-R rencontrent peu ou prou des difficultés d'adaptation psycho-sexuelle à l'implant pénien ;

- les difficultés d'adaptation à l'implant pénien sont pour plus de la moitié des cas associées à des notes supérieures à l'AIP-R ;

- si donc un accompagnement psycho-sexologique avait été

proposé à tous les patients présentant une note supérieure à l'AIP-R (ceux qui tendent le plus à déprécier la prothèse en tant qu'elle fait l'impasse sur les conditions de naturel et de spontanéité exigées à leurs yeux d'une sexualité de qualité), cette proposition aurait touché plus de 50% des patients qui rencontrent des difficultés d'adaptation à l'implant pénien (vrais-positifs) et aucun de ceux qui n'en rencontrent pas (faux-positifs).

Ces estimations ne peuvent laisser totalement indifférent à l'appoint d'un questionnaire standardisé de type AIP-R pour diagnostiquer des sujets à risques.

CONCLUSION

Certains patients porteurs d'une prothèse pénienne apparaissent déçus de la dimension de leur verge après implantation. De telles déceptions entament durablement la satisfaction qu'ils retirent des rapports sexuels menés à l'aide de la prothèse.

Par delà les considérations fonctionnelles, les plaintes relatives à la

La déception dont ces patients font état à propos des dimensions de leur pénis ne saurait être tenue pour le résultat direct et proportionnel de la réduction objective du membre. Pour qu'une réalité objective débouche sur une plainte, il faut l'intervention complémentaire d'un paramètre subjectif d'appréciation, ici en l'occurrence une représentation qui pose une érection volumineuse comme consubstantielle d'un érotisme de qualité. L'examen de cette représentation particulière indique cependant que la réduction du format pénien n'est pas le seul critère à susciter un vécu de perte virile : jouent tout autant les notions blessantes d'assistance et d'artifice dont ce connote en soi la solution prothétique, indépendamment de ses retombées anatomiques. Les critères de taille, de naturel et de spontanéité semblent donc indissociables, c'est ensemble qu'ils caractérisent une représentation de la virilité peu propice à l'appréciation optimale d'une sexualité aidée d'une pro-

thèse. Sous cet angle, la stigmatisation d'une verge raccourcie -un problème souvent rapporté dans la clinique uro-chirurgicale- constitue essentiellement la partie la plus visible de l'iceberg symbolique qui grève l'assimilation psycho-affective de l'implant pénien, et les efforts produits par les concepteurs de matériaux prothétiques afin de permettre une élongation supplémentaire du pénis apparaissent une réponse bien partielle. Des interventions psycho-sexologiques visant à tempérer l'impact dommageable de cette représentation de la valeur érotique pourraient aussi contribuer utilement à améliorer la problématique.

S'il convient de prêter attention aux représentations sexuelles des patients candidats à l'implant pénien, un questionnaire structuré (i.e. l'AIP-R) adapté des échelles d'évaluation présentées dans cet article deviendrait probablement un instrument appréciable.

ANNEXE I

Échelle d'Attitude envers l'Implant Pénien (AIP)

Suite de l'Annexe I

Chacune des 15 propositions s'assortit d'une échelle de réponse en 6 points par laquelle le sujet indique son degré d'accord :

1	2	3	4	5	6
tout à fait faux	assez faux	plutôt faux que vrai	plutôt vrai que faux	assez vrai	tout à fait vrai

Enregistrement des réponses du sujet

L'Attitude envers l'Implant Pénien est exprimée par une note dont les valeurs élevées traduisent une attitude défavorable et les valeurs basses une attitude favorable. Son calcul est obtenu comme suit :

Les 5 items annotés d'un astérisque (*) représentent des énoncés favorables à l'implant pénien. Il revient à l'évaluateur d'inverser la note d'accord fournie par le sujet de sorte que la valeur 1 traduise l'extrême le plus favorable et la valeur 6 l'extrême le plus défavorable à l'implant pénien.

Les 10 autres items correspondent à des propositions défavorables à l'implant pénien. Les notes sont enregistrées telles que fournies par le sujet.

La note totale correspond à la somme des notes ainsi enregistrées. Elle peut varier de 15 (attitude favorable maximale envers l'implant pénien) à 90 points (attitude défavorable maximale envers l'implant pénien).

Corrélation (Spearman) de chaque item individuel à la note totale :

1 : 75 (p<0001) ; **2** : 69 (p<0001) ; **3** : 35 (p<05) ; **4** : 75 (p<0001) ; **5** : 72 (p<0001) ; **6** : 79 (p<0001) ; **7** : 53 (p<002) ; **8** : 56 (p<001) ; **9** : 80 (p<0001) ; **10** : 49 (p<003) ; **11** : 71 (p<0001) ; **12** : 82 (p<0001) ; **13** : 58 (p<0005) ; **14** : 64 (p<0001) ; **15** : 52 (p<002).

ANNEXE II

Attitude Imputée à la Partenaire envers l'Implant Pénien (AIIPI)

- 1 Si l'érection est due à une prothèse, ma partenaire ne peut plus mesurer ni mon désir ni mon excitation.
- 2 Ma partenaire est parfois hésitante à toucher ma verge depuis mon opération.
- 3 A priori, les femmes sont réticentes à l'idée d'avoir un rapport sexuel avec un homme porteur d'une prothèse.
- 4* Ma partenaire pense que la prothèse permet à ma virilité de s'exprimer.
- 5 La prothèse, c'est surtout pour me faire plaisir car ma partenaire n'est pas enthousiaste pour des rapports sexuels à l'aide d'une prothèse.
- 6* Depuis que j'ai une prothèse, ma partenaire se sent beaucoup plus désirable.

Les modalités de réponse et d'enregistrement des réponses sont semblables à celles de l'AIP (annexe I). La note totale peut ici varier de 6 à 36 points.

Corrélation (Spearman) de chaque item individuel à la note totale :

1 : 62 (p<001) ; **2** : 68 (p<0001) ; **3** : 66 (p<001) ; **4** : 56 (p<0001) ; **5** : 72 (p<002) ; **6** : 49 (p<007).

ANNEXE III

Attitude de la Partenaire envers l'Implant Pénien (APIP)

- 1 La prothèse ne parvient pas à supprimer totalement un sentiment d'échec lors des relations sexuelles.
- 2 La prothèse rend la relation sexuelle artificielle.
- 3* La prothèse pénienne a un grand avantage : on peut obtenir des érections à volonté.
- 4 L'activation de la prothèse perturbe les jeux sexuels.
- 5 La prothèse pénienne, c'est de la virilité en plastique.
- 6 Le charme de la relation sexuelle est altéré par la prothèse.
- 7* Avec une prothèse, mon partenaire ne se sent plus impuissant.
- 8* Érection par prothèse ou érection naturelle, peu importe pourvu qu'il y ait érection.
- 9 Malgré la prothèse, les relations sexuelles ne sont pas qualifiables de "normales".
- 10 Lors d'une première rencontre, il peut être gênant pour un homme d'actionner la prothèse.
- 11 Lorsqu'un homme est porteur d'une prothèse pénienne, il se sent moins performant que les autres hommes.
- 12 Il est dévalorisant pour un homme d'avoir une prothèse pénienne.
- 13 La seule pensée d'accueillir en moi un corps étranger diminue mon envie et mon excitation.
- 14 Je préfère encore que mon partenaire ait des problèmes d'érection plutôt que d'avoir des rapports sexuels avec l'aide d'une prothèse.
- 15* La prothèse peut aider mon partenaire à se sentir moins nerveux quand nous avons un rapport sexuel, il est donc plus attentionné envers moi.
- 16 Ce qui est dommage, c'est qu'une prothèse amène une érection sur demande et que je n'arrive dès lors plus à me rendre compte si je suis encore excitante.
- 17 Le fait que mon partenaire doive actionner sa prothèse fait tomber mon désir sexuel.
- 18 Maintenant que mon partenaire est porteur d'une prothèse, je me sens totalement impuissante puisque ce n'est plus moi qui provoque son érection.
- 19 La prothèse peut avoir un désavantage : mon partenaire peut obtenir une érection chaque fois qu'il le désire.
- 20 Si l'érection est due à une prothèse, je ne peux plus mesurer le désir et l'excitation de mon partenaire.
- 21 Je suis parfois réticente à toucher une verge prothésée.
- 22 A priori, les femmes sont réticentes à l'idée d'avoir un rapport sexuel avec un homme porteur d'une prothèse.
- 23* La prothèse permet à la virilité de mon partenaire de s'exprimer.
- 24 La prothèse, c'est surtout pour faire plaisir à mon partenaire car, personnellement, je ne suis pas enthousiaste pour des rapports sexuels à l'aide d'une prothèse.
- 25* Depuis que mon partenaire a une prothèse, je me sens beaucoup plus désirable.

Les modalités de réponse et d'enregistrement des réponses sont semblables à celles de l'AIP et de l'AIPIP.
La note totale peut ici varier de 25 à 150 points.

Corrélation (Spearman) de chaque item individuel à la note totale :
1 : 78 (p<0001) ; 2 : 88 (p<0001) ; 3 : 31 (p<1) ; 4 : 80 (p<0001) ; 5 : 88 (p<0001) ; 6 : 81 (p<0001) ; 7 : 24 (p<3) ; 8 : 85 (p<0001) ; 9 : 82 (p<0001) ; 10 : 31 (p<09) ; 11 : 59 (p<001) ; 12 : 51 (p<005) ; 13 : 60 (p<001) ; 14 : 68 (p<0001) ; 15 : 44 (p<02) ; 16 : 57 (p<002) ; 17 : 80 (p<0001) ; 18 : 73 (p<0001) ; 19 : 23 (p<3) ; 20 : 65 (p<001) ; 21 : 65 (p<001) ; 22 : 57 (p<002) ; 23 : 22 (p<3) ; 24 : (p<1) ; 25 : 2 (p<2).

BIBLIOGRAPHIE

- ANAFARTA K., YAMAN O., AYDOS K. :** (1998), *Clinical experience with Dynaflex penile prostheses in 120 patients*. Urology, 52, 6 : 1098-1100.
- COULANGE C., SOLER B., RAMPAL M. :** (1991), *Les prothèses péniennes dans le traitement de l'impuissance*. Sexologies, 1, 2 : 41-44.
- DAITCH J.A., ANGERMEIER K.W., LAKIN M.M., INGLERRIGHITH B.J. :** (1997), *Long-term mechanical reliability of AMS 700 series inflatable penile prostheses*. Journal of Urology, 158 : 1400-1402.
- DOISE W. :** (1986), *Les représentations sociales : définition d'un concept*. In Doise W., Palmonari A. (Eds.), *L'étude des représentations sociales*. Neuchâtel : Delachaux & Niestlé.
- ELLIS A. :** (1962), *Reason and emotion*. New York : Stuart.
- GARBER B.B. :** (1996), *Inflatable penile prosthesis : result of 150 cases*. Br. J. Urol., 78, 6 : 933-935.
- HOLLOWAY F.B., FARAH R.N. :** (1997), *Intermediate term assessment of the reliability, function and patient satisfaction with the AMS 700 Ultrex penile prosthesis*. J. Urol., 157, 5 : 1687-1691.
- JODELET D. :** (1989), *Les représentations sociales*. Paris : Presses Universitaires de France.
- KEMPENEERS P., ANDRIANNE R., MORMONT C. :** (1992), *Évaluation par questionnaire des inconvénients liés aux prothèses péniennes chez 25 implantés*. Andrologie, 2 : 130-133.
- KEMPENEERS P., ANDRIANNE R., MORMONT C. :** (1994a), *La prothèse pénienne dans le traitement de l'impuissance : la décision du patient*. Cahiers Sexol. Clin., 20, 124 : 31-36.
- KEMPENEERS P., ANDRIANNE R., MORMONT C. :** (1994b), *La prothèse pénienne : contrariétés d'une virilité artificielle*. Sexologies, 3, 13 : 26-30.
- KEMPENEERS P., ANDRIANNE R. :** (1997), *La prothèse pénienne dans le traitement de l'impuissance*. In Zwang G., (Ed.), *Où en est la sexologie ?*. Panormaiques, 28 : 112-124.
- KEMPENEERS P., LOUWETTE S., MORMONT C., DOUDALI P. :** (2000), *Adaptation et validation française du Sexual Irrationality Questionnaire (SIQ) de Mc Cormick et Jordan*. Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive, 5, 3 : 5-18.
- LIKERT R. :** (1932), *A technique for the measurement of attitudes*. Arch. Psychol., 140 : 1-55.
- Mc CORMICK N.B., JORDAN T.J. :** (1986), *Thoughts that destroy intimacy : irrational beliefs about relationships and sexuality*. In Dryden W., Trower P. (Eds.), *Rational-Emotive therapy : recent developments in theory and practice*. Bristol : Institute for RET.
- MONTORSI F., RIGATTI P., CARMIGNANI G., CORBU C., CAMPO B., ORDESI G., BREDA G., SILVESTRE P., GIAMMUSO B., MORGIA G., GRAZIOTTIN A. :** (2000), *AMS three-piece inflatable implants for erectile dysfunction : a long-term multi-institutional study in 200 consecutive patients*. Eur. Urol., 37, 1 : 50-55.
- MORGANSTERN S.L. :** (1997), *Long-term experience with the AMS 700 CX inflatable penile prosthesis in the treatment of Peyronie's disease*. Tech. Urol., 3, 2 : 86-88.
- MOSCOVICI S. :** (1981), *On social representations*. In Forgas J.P. (Ed.), *Social cognition : perspectives on everyday understanding*. London : Academic Press.
- MOSCOVICI S. :** (1988), *Notes towards a description of social representations*. European Journal of Social Psychology, 18, 211-250.
- TEFILLI M.V., DUBOCQ F., RAJPURKAR A., GHEILER E.L., TIGUERT R., BARTON C., LI H., DHABUWALA C.B. :** (1998), *Assessment of psychosexual adjustment after insertion of inflatable penile prosthesis*. Urology, 52, 6 : 1106-1112.