

LA DYSFONCTION ERECTILE

Le relationnel, la meilleure thérapie

Par le Docteur Jacques Jaume.

Auparavant, on parlait « d'impuissance » pour qualifier les troubles de l'érection que pouvaient présenter certains hommes. Le terme d'impuissance induit une puissance et un pouvoir qui n'existent plus. L'homme a le « pouvoir » d'augmenter son membre viril, son volume et sa taille, pouvoir qui s'allie à un esprit de domination perçu dans le « vouloir » masculin.

D'une manière moins importante, les femmes possèdent ce même pouvoir au niveau clitoridien. Une impression de force et une sensation d'expansion émanent de l'érection virile qui sont divinisées dans de nombreuses civilisations antiques. Le terme d'impuissance coupe court à ce constat, sa connotation péjorative s'ajoute à la souffrance vécue par l'homme. Les andrologues, médecins spécialistes de l'homme, de

l'appareil sexuel masculin (comme les gynécologues pour les femmes), les urologues médecins spécialistes des voies urinaires n'emploient plus ce terme d'impuissance mais lui préfèrent celui de dysfonctionnement érectile.

Dysfonction car il y a une anomalie dans la fonction érectile, le préfixe « dys » traduisant ce mauvais fonctionnement.

LA DYSFONCTION ERECTILE

Le relationnel,
la meilleure thérapie

■ La dysfonction érectile est définie comme une incapacité d'obtenir ou de maintenir une érection suffisante pour un rapport sexuel.

Cette définition suggère une panne mais aussi une possibilité de réparation. Le terme « maintenir » souligne la possibilité érectile qui ne dure pas, modérant le terme d'incapacité. Cette explication est plus « proposant » que le terme brut d'impuissance qui se réfère à un définitif absolu.

En France, trois millions d'hommes se plaignent de ce genre de trouble. L'appellation de « trouble » est, elle aussi, moins tranchée, moins définitive. Seulement 10 à 15 % d'entre eux consultent, mais grâce aux récents progrès et à une meilleure prise en charge, ces chiffres sont en progression.

Chaque homme qui constate ou qui s'inquiète pour un trouble de l'érection doit consulter un spécialiste urologue, andrologue qui en maître de l'art proposera un bilan complet, posera certains diagnostics, en éliminera d'autres.

Les dysfonctionnements érectiles sont le plus souvent multifactoriels, impliquant des problèmes organiques, somatiques comme des causes vasculaires, neurologiques, endocriniennes mais aussi des causes iatrogènes c'est-à-dire secondaires à la prise de certains médicaments. Les causes relationnelles et psychologiques sont aussi très fréquentes. Devant toute crainte de trouble ou tout trouble, un examen clinique, des examens complémentaires et un bilan complet réalisés par un spécialiste doivent être entrepris.

A côté de cette prise en charge « technique », spécialisée et spécifique, la plainte doit être récupérée dans la globalité de l'homme souffrant.

Il faut concevoir ce trouble comme une vraie souffrance engendrant une accusation personnelle. L'érection, chez l'homme, est un phénomène involontaire, il ne peut pas créer des érections sur demande, elles dépendent d'un contexte faisant intervenir l'environnement, des relations, des situations de ressenti propre... Suivant cet ensemble complexe, une sensation, une perception est

ressentie qui d'une manière réflexe crée l'érection. A la clé de cette érection, un désir de plaisir est engendré.

Cette érection est une sorte de potentiel de plaisir qui stimule pour l'acquérir. Elle interpelle l'algologue (médecin qui évalue et traite la douleur) que je suis car elle est l'inverse d'une situation algogène qui, elle, crée de la douleur.

L'érection dans sa dynamique, en dehors de l'acte sexuel, est chargée de futur plaisir et sous tend donc un certain plaisir. Le fait de ne plus avoir ce potentiel de désir crée une non accessibilité qui est ressentie négativement, engendrant en retour du désagréable induisant lui-même de la souffrance. Le médecin qui s'intéresse à la douleur est sensible à cette souffrance vécue comme négative. La non érection est perçue comme une souffrance, une douleur morale, elle



doit être prise en charge d'une manière globale.

L'urologue, l'andrologue entouré actuellement d'une équipe multidisciplinaire, prend cette globalité de l'être souffrant. Neurologue, cardiologue, psychiatre, psychologue, sexologue peuvent conseiller, aider à la démarche diagnostique et thérapeutique.

De multiples traitements, aussi bien techniques, sexologiques que pharmacologiques peuvent être employés avec de bons résultats. De nouvelles molécules ont obtenu une autorisation de mise sur le marché (AMM) pour combattre et traiter le dysfonctionnement érectile.

L'homme atteint de ce trouble doit donc consulter et se laisser aller dans les démarches diagnostiques et thérapeutiques que la médecine lui propose.

Mais toute cette prise en charge reste incomplète sans l'humain et le relationnel. Il ne faut jamais oublier que si un homme souffre d'un dysfonctionnement érectile, c'est d'une relation altérée qu'il va souffrir. Il est amoindri dans l'ampleur de sa vitalité mais surtout dans sa relation à l'autre. Il ne peut plus concevoir une relation sexuelle normale. Son partenaire sexuel lui est interdit. Il vit alors une solitude morbide. Il est dans le malheur, dans la solitude, ce qui explique le peu d'entrain à consulter. De plus ce trouble mal connu de la majorité est considéré comme dévalorisant et exagère d'autant plus sa solitude.

L'homme souffrant d'un dysfonctionnement érectile, qu'il soit homosexuel ou hétérosexuel, s'enferme dans un enkystement de son malheur et de sa solitude qui l'amoindri au plus profond de son être.

■ « L'autre » se révèle alors le meilleur traitement.

L'autre en tant que soignant proposant les repères d'un certain savoir et la possibilité de certains actes thérapeutiques, mais aussi comme « écoutant »

neutre qui peut récupérer sa plainte.

L'autre c'est aussi et surtout la partenaire (nous prenons le cas d'un hétérosexuel). Elle peut devenir la principale source de soutien et de traitement, les médicaments ne prenant alors qu'une place subalterne.

Il faut recentrer, et c'est le travail du soignant, la relation d'aide sur la partenaire dans l'écoute, la compréhension et l'action qu'elle peut avoir. La femme devient donc fondamentale dans la possibilité d'érection. En écoutant sans juger et sans appréhension, en écoutant l'intimité de la plainte de son partenaire, elle permet l'épanchement de cette concentration de solitude et peut ainsi l'annihiler. Elle crée un terrain propice à la reconstruction du sujet qu'elle aide avec ses repères et son mode symbolique. Par cette écoute et ce langage qui peut s'exprimer, elle structure l'homme souffrant. De cet échange, l'affectif peut se créer fortement ou s'amplifier, jouant un effet stimulant au niveau de la confiance masculine.

Comprendre sans juger, sans a priori, sans prendre comme repère ses propres constats ou son propre savoir. Comprendre l'autre pour ce qu'il est, ce qu'il veut donner et devenir. Dans une attitude bienveillante, comprendre, redonner la confiance en l'existence propre de l'homme, le stabiliser.

Par son action, par des comportements appropriés, en synergie avec des techniques de thérapie sexuelle (par exemple), sans se cristalliser sur le pratique mais en le dissolvant dans l'humain et le relationnel, elle participe pleinement à la thérapie qui est basée sur le ré-adaptif et l'évolution, vers la re-création et le projet et non pas

sur un palliatif médicamenteux.

Par l'intimité, la complicité, la demande d'aide, le couple s'unit et les souhaits de chacun sont synergiques. Une relation épanouissante se crée, c'est alors que le traitement médicamenteux, entre autre, peut s'induire et prendre toute son ampleur.

La partenaire est donc la principale « thérapie » de ce type de prise en charge en créant l'épanouissement aussi bien pour l'homme que pour elle-même.

Sur ce couple dynamique, le soignant peut s'appuyer pour affiner l'aide, l'accompagnement.

Dans cette démarche, une fois de plus, l'affectif prend le pas sur le technique.

