Andrologie (1999), 9, n° 2, 196-210

Pharmaco-assistance de l'érection. Indications selon les situations.

J. DOREMIEUX

2, Bld du Président Edwards, 67000 Strasbourg

RÉSUMÉ

Chaque impuissant vit une situation qui lui est personnelle et dont nous ne pouvons méconnaître certains aspects en particulier extra-conjugaux. Or il nous faut proposer non seulement des investigations plus ou moins faciles à organiser dans de telles conditions, mais de plus une pharmaco-assistance adaptée à chaque cas. Il convient de garder à l'esprit que les difficultés d'ordre psychologique ne sont pas un trouble identique à chaque patient de nature psychiatrique mais plus simplement le plus souvent un certain nombre de blocages de nature psychologique ou éducationnels avec des cas de figures représentatifs des diverses situations rencontrées par rapport à la conjugalité. Elles ne sont pas toujours avouées lors des premiers entretiens et il faut parfois attendre de nouer des liens de confiance avec nos patients avant de les bien connaître. Après quoi, il est plus facile de prendre dans la panoplie de ce que la pharmacie nous offre, ce qui conviendra le mieux à chacun des patients. Telle est, à mon sens, la nécessaire adaptation des praticiens aux impuissants rencontrés. Le non-remboursement de la pharmaco-assistance par l'A.M. a des avantages et des inconvénients qui doivent être évoqués car l'intervention des assureurs est pour beaucoup dans les difficultés ou dans les non-aveux rencontrés.

Mots-clefs : *Impuissance; pharmacologie; érection; sildenafil; prostaglandine; papaverine.*

I. PHARMACO-ASSISTANCE DE L'ERECTION. INDICATIONS SELON LES SITUATIONS.

Définition

Chez la femme, impossibilité d'accepter le coït, par vaginisme. Le vaginisme, tout comme l'impuissance l'a fait voici quinze ans (Virag), trouvera peut-être une partie de sa solution dans l'usage local d'un des nombreux inhibiteurs de phosphodiestérases. *Chez l'homme*, impossibilité de réaliser le coït complet par défaut de pénétration vaginale. Les moyens de pharmaco-assistance de l'érection se sont beaucoup développés, diminuant ainsi le sentiment que l'on ne peut rien faire, que l'on est impuissant.

Historique

Depuis cinq siècles, l'impuissance sexuelle n'avait qu'un aspect médico-légal, avant que la Révolution n'institue le divorce.

Darmon, dans le Tribunal de l'impuissance, au 18-ème siècle, évoque le cas des épouses victimes de l'impuissance du mari. En effet, en s'alliant pour la vie avec des hommes se sachant porteur de ce défaut, elles subissaient, sans aucun autre espoir de recours que la requête à l'officialité en vue d'annulation du sacrement, les conséquences d'une erreur sur la personne que l'impuissant, pensait-on alors,

SCM ETE (Société civile de moyens permettant l'exploration du trouble de l'érection)

Tel : 03.88.21.21.01. Fax : 03.88.21.21.04.

aurait pu leur éviter. Depuis vingt-cinq ans et plus, l'impuissance a également, et maintenant de plus en plus, des versants médicaux et psychologiques de mieux en mieux connus et répertoriés avec diverses situations qu'il faut bien connaître. Elles vont diriger les choix de la pharmaco-assistance que chacun est habilité à prescrire. La panoplie pharmaceutique est devenue de plus en plus riche ces dix dernières années.

Il s'agit, la plupart du temps, d'établir une ***distinction*** *entre l'impuissance organique et fonctionnelle.*

La première, l'impuissance psychogène ou **fonctionnelle**, la plus fréquente mais la plus cachée, se voit plus particulièrement lorsqu'il s'agit de la rencontre avec une nouvelle partenaire. D'où des difficultés de prise en charge par les praticiens, si la liaison est dissimulée. On reconnaît l'impuissance fonctionnelle au fait qu'il s'agit uniquement de l'impossibilité de pénétration vaginale. S'il est facile de la reconnaître, il n'est pas toujours commode d'en déceler les causes ou de les faire accepter aux hommes défaillants. Ils n'acceptent pas qu'une partie silencieuse de leur conscience puisse l'emporter sur la partie volontaire et parlante de leurs pensées. La seconde, l'impuissance **organique** ou médicale, plus facilement révélée ou trop facilement mise en avant, se manifeste par une difficulté d'obtention ou de maintien de l'érection en toutes circonstances et pas seulement pour la pénétration vaginale. Elle correspond, le plus souvent, à des affections bien répertoriées et se manifeste le plus souvent avec l'épouse. Elle est plus facile à traiter. Selon les modes de recrutement des cabinets et leur équipement en investigations nocturnes, elle semble bien moins fréquente que les impuissances fonctionnelles.

L'impuissance la plus grave, la plus difficile à traiter, est **primaire** quand le malade n'a jamais pu avoir de rapport sexuel. C'est elle qui faisait l'objet de l'expertise de l'officialité et de la qualification de délinquance dans l'Ancien Régime. Aujourd'hui, c'est en termes de souffrance et non de délinquance que la société envisage l'impuissance primaire. Elle se voit, de nos jours sous deux manières. Soit le vieux garçon, en milieu rural, n'ayant pas la moindre vie sexuelle, pas même ou à peine la masturbation. Soit, en milieu urbain, l'impuissant vivant, en bonne entente avec une épouse ayant du vaginisme, dans un mariage non consommé (MNC). Dans les deux cas, on se demande s'il y a plus qu'un défaut éducationnel, une anomalie génétique du comportement ou de certaines des séquences du comportement de la reproduction.

L'impuissance est **secondaire** lorsque le patient, après une vie antérieure riche en rapports sexuels satisfaisants, vient de rentrer dans une phase d'impossibilité d'avoir des rapports sexuels apaisants avec une partenaire pour une période qui ne va durer qu'une quinzaine d'années en l'absence de traitement. Dans les différentes situations, il faudra adapter les examens et les traitements aux situations rencontrées et non obliger les impuissants à suivre un parcours du combattant hors de leur portée, parce que gênés, honteux ou désireux de dissimuler leur intimité.

Manifestations psychologiques secondaires

Les manifestations psychologiques secondaires que connaissent presque tous les impuissants vont de l'indifférence presque totale à la dépression quasi-suicidaire. Tous les stades intermédiaires peuvent se rencontrer dans cette échelle de gravité avec toujours insatisfaction et irritabilité caractérielles sinon désolation et repli sur soi. Quelle que soit l'étiologie - un blocage fonctionnel ou une maladie - les sujets impuissants se sentent dévalorisés par un sentiment de dévalorisation ou de honte qui les empêche presque tous de consulter dans les délais normaux. La première démarche est d'autant plus difficile à décider que le praticien du village ou du quartier est trop proche d'eux ou de leur famille. Ou encore que l'équipe multidisciplinaire qu'ils pourraient rencontrer est trop grande, que la salle d'attente est trop pleine, que les démarches sont trop variées, trop dispersées ou très retardées. C'est une consultation dont les rendez-vous sont souvent annulés puis repris, de même que les achats en pharmacie sont parfois très différés. La plus grande discrétion et souvent le secret médical les plus parfaits sont de mise. Sinon l'informa-

tion du praticien consulté sera fortement déficitaire. Enfin l'oubli, par le praticien, d'une adaptation à toutes les situations conjugales et extra-conjugales risque fort d'aboutir à d'énormes difficultés dans les investigations et encore plus dans les traitements.

Médiocrité du vocabulaire et exigences

Les impuissants s'expriment avec un vocabulaire médiocre, une expérience réduite et une grande facilité à dissimuler les faits et leurs actes, rendant les choses encore plus difficiles en milieu hospitalier. Le trait d'union instauré entre un impuissant et son praticien privé ou public est fortement marqué par la qualité du respect du secret et de l'intimité, dès lors que des révélations sont venues s'ajouter à un dossier médical que l'impuissant souhaite au fond de lui-même voir détruit. Ce colloque singulier risque de s'abîmer par l'intervention ou même par la présence d'un tiers : la partenaire, la maîtresse, l'épouse, l'assurance maladie, un pharmacien, un confrère, un externe, un stagiaire, un visiteur, une équipe, des étudiants etc.

Manifestations psychologiques tertiaires

Il faut donc s'attendre à des difficultés de plus en plus grandes à l'avenir, à un moment où la confidentialité se dégrade, par exemple du fait des Assurances. Le secret réunit deux personnes. La confidentialité réunit plusieurs personnes ayant un accès informatique aux dossiers. Deux ou trois médecins, c'est déjà beaucoup. Plus que trois, c'est trop dans ce domaine précis. Cette dégradation du secret ou de la discrétion survient à un moment où heureusement l'introduction de traitements efficaces par voie orale, de plus non remboursés, permet de simplifier la démarche diagnostique médicale d'une part et de prescrire un traitement par ailleurs plus discret.

Première prescription de sildénafil

Le premier prescripteur de sildenafil doit s'efforcer, dans une consultation courte et sobre, de concentrer son attention sur la nature de l'impuissance, fonctionnelle ou organique. Le pronostic de la première est bien meilleur que celui de la seconde. Mais le praticien consulté en premier doit surtout vérifier de façon simple l'état cardio-vasculaire de son patient. Est-ce que la reprise de l'acte sexuel va constituer un effort aussi important que la reprise d'un sport ? Le patient a-t-il dans sa liste de médicaments des dérivés nitrés donneurs de la molécule NO ou des vasodilatateurs modifiant le taux de la GMP cyclique ?

Rappel de pharmacologie sur le sildenafil

Le sildenafil se classe parmi les inhibiteurs des phosphodiesterases, inhibant spécifiquement la dégradation de la GMP cyclique dans les tissus érectiles (INH-PDE Type 5). Il permet une accumulation artificielle de cette dernière dans les tissus érectiles. Certains produits peuvent peu ou prou potentialiser les effets du sildenafil, soit de façon générale soit de manière spécifique (Figure 1).

La GMPc est, elle même, le produit, par les guanylates cyclases, de la dégradation de la GTP. La papaverine intervient également dans un processus de dégradation des molécules énergétiques : l'ATP en AMPc.

De sorte qu'en fait tous les produits agissant sur les processus tissulaires d'utilisation des molécules d'ATP et de GMP sont potentialisateurs. Il en est ainsi du dipyridamole, de la caféine et de la théophylline et toutes les methylxanthines. Les meilleurs inhibiteurs des phosphodiesterases empêchant la dégrada-

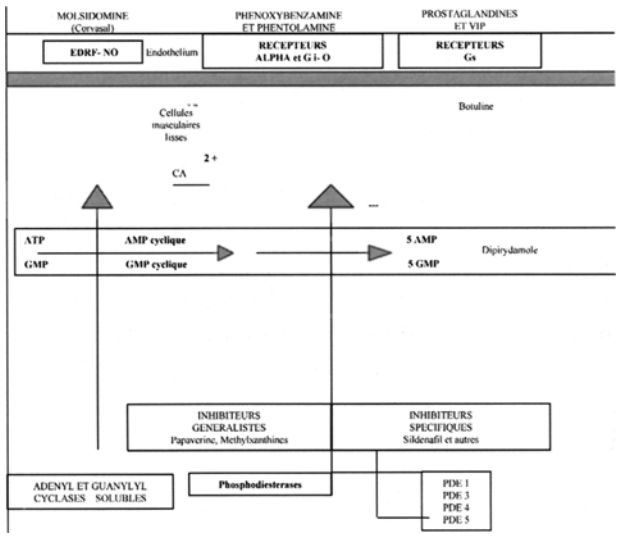

Figure 1 : Les différentes modalités d'induction de l'érection

tion de l'AMPc sont dans l'ordre la papaverine puis les methylxanthines. Ce sont des inhibiteurs généralistes de toutes les isoformes de phosphodiestérases.

Il existe de nombreuses familles d'isoenzymes de phosphodiesterases. Le sildenafil se trouve dans le groupe des inhibiteurs plus particulièrement actifs sur les phosphodiesterases de type 5, avec un effet 250 fois plus fort que le zaprinast, jusque là le meilleur inhibiteur des PDE-5. Le sildenafil ne semble pas avoir de récepteur, ni dans la sphère génitale, ni ailleurs dans l'organisme. Mais le sildenafil peut agir quand même sur d'autres tissus : le coeur, la rétine etc ... possédant des phosphodiesterases de type 3 et 6.

Potentialisation par les alpha-bloquants

D'autre produits inducteurs de l'érection ne doivent pas être utilisés de façon simultanée avec le sildenafil. On peut obtenir, par des alphabloqueurs généralistes, des effets partiels sur la vasodilatation des artères honteuses internes et ainsi sur l'érection. Ainsi en est-il de la phenoxybenzamine (Brindley). Si ce produit n'est plus en vente en France, il est encore répandu en RFA, en GB, aux USA, en Suisse, aussi bien pour ces effets hypotenseurs par voie orale que comme inducteur de l'érection par IIC. La phentolamine autrefois Regitine en France, servant à tester les hypertensions des pheochromocytomes, est à la fois un hypotenseur majeur et un inducteur local de l'érection. Nos collègues de RFA l'utilisent ainsi que les Pays-Bas avec ou sans association avec la papaverine. Nous ne devons jamais oublier, surtout dans les zones frontalières, que de nombreuses personnes voyagent beaucoup et que d'autres praticiens que nous, à l'étranger, ont peut-être prescrit à tel ou tel qui vient d'arriver dans notre pays tel ou tel produit peu connu en France. Le patient ne verra pas le rapport entre une pharmaco-assistance de l'érection et tel ou tel hypotenseur ou vasodilatateur, tellement son humiliation sexuelle lui fait perdre la mémoire. Et il ne se souviendra pas du nom de *"son cachet pour la tension"*, alors même qu'il utilise quotidiennement.

Potentialisation par les prostaglandines

Enfin le VIP et surtout les prostaglandines PGE1 sont actives, elles aussi, par l'intermédiaire de récepteurs. Le plus grand danger n'est pas tellement que les patients prennent des sommations de dérivés nitrés ou de vasodilatateurs avec en plus du sildenafil. Il est surtout qu'ils gardent en cas d'échec du sildenafil dans les délais du rendez-vous sexuel qu'ils ont voulu organiser la pratique acquise dans le passé d'une IIC de secours avec de la papaverine ou de la prostaglandine en France, avec de la phenoxybenzamine, de la phentolamine, de la molsidamine dans les pays anglo-saxons.

Il est certain que la papaverine par voie orale à la dose de 200 mg à raison de 4 à 8 cp par jour à des milliers de personnes de 1830 à 1960 n'a jamais donné la moindre érection, mais il est probable qu'à ces doses elle puisse potentialiser le sildenafil.

De même lorsque les IICs sont inefficaces comme par exemple dans les cas de diabètes très négligés depuis des années, il est alors envisageable sous surveillance médicale de potentialiser une IIC d'inhibiteurs généralistes des PDEs avec une prise orale d'inhibiteur spécifique des PDE-5.

Potentialisation par les dérivés nitrés

Tous les dérivés nitrés, capables d'induire une production de NO, potentialisent le sildenafil. Ainsi la linsidomine, le métabolite actif de la molsidomine, fait partie de la famille des sydnonimines ou substances EDRF-like libératrices de NO. N'oublions pas que parmi les inducteurs de l'érection utilisés, depuis longtemps en IIC (Stief), il y a aussi la molsidomine ou corvasal. L'injection intracaverneuse, mais pas l'administration orale, est génératrice d'érection. Il est certain que l'on va potentialiser le sildenafil, actif sur les PDE-5, avec des dérivés nitrés ou d'autres substances EDRF-like qui modifient les phosphodiesterases de type PDE 3 spécialisées sur le coeur.

Rappel de physiologie sexuelle

Les IICs ne nécessitent pas de stimulation sexuelle et il est même déconseillé de pratiquer une IIC si l'érection est en cours. Les IICs induisent l'érection en toutes circonstances, en deux à quinze minutes. Il n'en va pas de même avec le sildenafil dont les délais d'intervention

oscillent entre 30 minutes et six heures. La molécule de sildenafil n'est active qu'en stimulation sexuelle audiovisuelle mais surtout s'il y a au moins déclenchement d'une érection même modeste. Le produit peut, d'ailleurs, agir en dehors de tout contexte érotique du seul fait des érections nocturnes du sommeil paradoxal, cette fois sans aucune intervention de stimuli érotiques. A l'inverse le médicament ne produit ni la libido, ni les fantasmes, ni le désir. Il nécessite une libération de NO dont la présence est nécessaire à l'augmentation de GMPc. C'est cette dernière qui induit la relaxation des fibres musculaires lisses (FML) des tissus érectiles et ainsi une vasodilatation particulière aux FML des corps caverneux. Il n'y a donc pas de récepteur qui pourrait capturer le sildenafil dans les tissus érectiles mais seulement une libération de NO en situations fonctionnelle et tissulaire spécifiques qui permettent à la molécule d'agir sur les tissus érectiles en ne se comportant qu'en antagoniste spécifique d'un iso-enzyme particulier.

Influence des dérivés nitrés

Il est fréquent que les débits des artères caverneuses des patients sous patch de trinitrine ne soient pas de 1 à 2 ml/minute mais ils atteignent souvent de 4 à 6 ml/minute. Ceci ne suffit pas encore à l'obtention d'une érection rigide (30 à 40 ml/min). Avec le sildenafil, cela peut suffire dès lors que l'érection est amorcée.

Aspects médico-légaux

La prise de dérivés nitrés est-elle véritablement une contre-indication à l'administration de sildenafil ? Ces dérivés nitrés provoquent une vasodilatation, pouvant induire des chutes tensionnelles de plus de 5 cms. Dans ces conditions, on ne peut que recommander la prudence, lorsque les patients consomment une longue liste de médications chaque jour, surtout si cette dernière comprend plusieurs dérivés nitrés. Le spécialiste consulté en second dans un système de filière ou par un réseau doit surtout vérifier l'état cardio-vasculaire de son patient, s'il le faut par une épreuve d'effort. Est-ce que la reprise de l'acte sexuel va constituer un effort aussi important que la reprise d'un sport ou que la pratique de randonnées en montagne par ex ?

Rappel de physiologie pénienne

L'érection n'est pas une rigidification des muscles pour passer du *pendere* (pénis) à la *virga*, la baguette qui se tend. Elle comporte certes une contraction intermittente des muscles striés péricaverneux. Mais elle surtout contemporaine d'une importante relaxation des FML intracaverneuse, événement principal. Celle-ci donne un remplissage des cavernes du tissu érectile sous une pression hydraulique proche voire supérieure à celle de l'aorte. Les cavernes du corps caverneux ont des parois tapissées de cellules endothéliales sécrétrices de NO. Les FML sont relâchées au maximum ce qui permet l'accès aux tissus érectiles de flux sanguins non à des débits proches mais à des pressions proches de celles de l'aorte.

Précautions et économies

Si le malade ne fait plus d'exercice physique depuis longtemps, il est préférable de le confier à un confrère cardiologue qui lui fera faire une épreuve d'effort surveillée avec un enregistrement électrique. Si le patient a déjà une médication pouvant potentialiser le sildénafil, il est préférable de demander à son cardiologue si le maintien de la médication est impératif et si la prise journalière est absolument nécessaire. Au terme de cette première consultation fort économique, la prescription de Viagra a 75 % de chances d'être efficace dès les premiers essais et le patient le sait au terme de quatre essais à 25, 50 ou 100 mg. S'il est apparemment non répondeur (25 % des cas), il faut d'abord s'assurer que ce patient a réellement mis en place une stimulation sexuelle, quelle qu'en soit la nature, et a vécu une érection aussi médiocre soit-elle. Si tel est bien le cas et que le malade est véritablement non répondeur (10 % des cas), il est préférable de l'adresser à une filière ou à un réseau d'investigations multidisciplinaires spécialisé en impuissance. Les effets secondaires de la prise de Sildénafil (à 25, 50 ou 100 mg) sont fort discrets et fort bien vécus, la plupart des malades les supportant avec patience compte tenu du résultat remarquable de la médication. Dans notre expérience il n'y a guère que les céphalées qui ont pu être assez violentes pour faire stopper du sildenafil sur plus de 500 ordonnances.

Citons quelquefois un peu de congestion nasale, des indispositions alimentaires qui ont fait demander à des patients une administration de sildenafil parentérale qui n'existe pas, une vision colorée en bleu comme avec des lunettes de soleil (sic), et surtout des bouffées de chaleur, mais elles sont discrètes et agréables.

Posologie de chacun

S'il y a bien 10 % de vrais non-répondeurs, il y a, aussi, au moins 10 % de sujets très sensibles chez lesquels il est recommandé de diminuer les doses tout en maintenant des achats de comprimés de 100 mg retraités en petites doses par un pharmacien d'officine, à niveau de 10 voire de 5 mg. Somme toute on retrouve, comme avec la papaverine qui s'utilise entre 8 et 80 mg une échelle de sensibilité individuelle des tissus érectiles qui va de 10 à 100 mg de sildenafil.

Exploration dans un réseau de soins pluridisciplinaires

Des **questionnaires validés** sont utilisés par des centres ou des réseaux multidisciplinaires afin de tenter de cerner, par le seul interrogatoire et l'anamnèse, la distinction entre l'impuissance fonctionnelle et organique. La pauvreté du vocabulaire de beaucoup, les habitudes culturelles de chacun, l'expérience personnelle médiocre et surtout les nombreuses raisons qu'ont les patients de dissimuler une partie de la vérité, font que les meilleures équipes se trompent encore largement sur le taux de classement en impuissances fonctionnelles ou organiques. Les premières impressions permettent de calculer environ 50 % d'impuissances fonctionnelles et surtout 50 % d'impuissances organiques. Mais la pratique des explorations nocturnes (1250 cas explorés en 7 ans sur 2.405 expertises), nous permettent d'affirmer qu'il n'y a que 10 à 20 % d'impuissances organiques avec par contre presque toujours un syndrome psychologique complémentaire et 80 à 90 % d'impuissances fonctionnelles dont au moins la moitié des patients portent les stigmates d'un ou de troubles organiques supplémentaires qui constituent un handicap mais non une explication. En effet si l'érection nocturne est normale, comment accuser les tissus, les artères, les nerfs de l'érection?

Les enregistrements des érections nocturnes

Dès 1984, l'Assurance Maladie (AM) française a préconisé l'utilisation des enregistrements des érections nocturnes du sommeil paradoxal tels que les études américaines les avaient préconisés voici 25 ans et continuent de recommander de nos jours.

Voici la lettre du M.C.N. du 13.12.1984, E.N.S.M. N ° 7944 / 84. Titre X - Chapitre III - Page 68 parue dans le Concours Médical :

*"Il s'agit, la plupart du temps, d'établir une distinction entre l'impuissance organique et fonctionnelle. Pour ce faire, un grand nombre de techniques sont proposées aux patients : le plus souvent, il s'agit d'un E.E.G. continu de nuit, avec une pléthysmographie d'érection nocturne, et un enregistrement des mouvements oculaires rapides, tout ceci effectué en établissement avec la présence dans cet établissement d'un médecin pendant la totalité de l'examen. La cotation globale de ces différents actes (EEG, Pléthysmographie etc..) est alors fixée à **K 70** par assimilation à : " EEG pendant la durée d'une intervention de chirurgie endo-thoracique ou de neurochirurgie... 70 " (Titre III - Chapitre 9 - Article 1er de la NGAP), cette investigation s'inscrivant dans l'étude des troubles du sommeil qui a déjà fait l'objet de cette cotation." D'autres praticiens préfèrent procéder à cette étude dans un environnement plus normal au domicile du malade et dans ce cas, hors de la présence constante du médecin. La cotation globale de l'ensemble des actes ainsi accomplis à domicile, quelles que soient les modalités de recueil des paramètres physiologiques, doit alors être limitée à **K 30**, par assimilation à l'E.E.G. classique. Les autres examens qui pourront être, ensuite, éventuellement demandés (**Doppler, EMG**...) seront côtés en application des dispositions de la NGAP. Pour éviter tout abus en matière d'indications en particulier, il parait indispensable que ces examens et les procédures chirurgicales consécutives éventuelles, fassent l'objet d'un protocole à titre de l'article L.293 avec les possibilités de*

recours à l'expertise s'ils ne paraissent pas raisonnablement correspondre à l'état des patients."

Ce texte a été repris recemment dans le NGAP et je cite *sa mise à jour n° 1 - 98 :*

"Pléthysmographie d'érection nocturne sous E.E.G. continu de nuit dans le cadre du diagnostic de l'impuissance masculine. Examen effectué en établissement avec présence constante d'un médecin, cotation K 70 par assimilation à : "E.E.G pendant toute la durée d'une intervention de chirurgie endo-thoracique ou de neuro-chirurgie." (Titre III - chapitre 1 - Article 1). Examen effectué au domicile du malade, et quelles que soient les modalités de recueil des paramètres physiologiques, cotation K 30 par assimilation à "E.E.G." Les autres examens qui pourront être ensuite éventuellement effectués (doppler, E.M.G...) seront cotés en application des dispositions de la N.G.A.P. (DNA N° 7944/84 du 13.12.1984)

Ces explorations demeurent valables même si certains praticiens de l'Assurance Maladie ont décidé d'en abandonner le remboursement régulier, lorsque la situation le mérite : échec de sildénafil, sentiment impérieux de l'impuissant de savoir pourquoi il a ce défaut et s'il va persister (comprendre avant de prendre), implication médico-sociale comme la séparation ou le divorce voir même implication médico-légale plus exceptionnellement.

Dans 95 %, **le Rigiscan**, enregistrant les érections du sommeil paradoxal, sans cependant enregistrer ce dernier, suffit à prononcer clairement la divergence entre les deux variétés.

Dans 5 %, **l'érectosomnographie est utile.** Les meilleures conditions pour la bonne pratique d'une ESG sont dans une zone de silence, avec une surveillance télévisuelle par des caméras infrarouges. Les impuissants sont stressés, tourmentés, suicidaires, dépressifs, insomniaques à domicile, ou au moins particulièrement difficiles à endormir en salle de sommeil, alors qu'il faut les priver des somnifères habituels modificateurs du sommeil paradoxal. Les meilleures conditions d'enregistrement rarement les hôpitaux du fait des bruits nocturnes de l'établissement, veilleuse de nuit, chariots, urgences, internes qui passent, voisins de chambre qui souffrent etc. Tout concoure à rendre difficile l'érectosomnographie dans un établissement hospitalier. Il n'est plus nécessaire de surveiller le déroulement du papier, la plume des enregistrements, l'encre, les câbles qui ne se décollent plus du cuir chevelu du malade. La présence du médecin debout devant l'écran est inutile. Aujourd'hui, grâce à l'informatique, à l'appareil et aux électrodes mises au point, les choses se sont beaucoup simplifiées. Il suffit qu'une infirmière vienne consacrer deux heures de la soirée, à coller les électrodes d'EEG, d'ECG, de MOC, d'EMG et d'ERC. Il est nuisible pour le sommeil du malade, que le médecin reste debout, éveillé toute la nuit devant les écrans informatiques. Il est nécessaire que le médecin soit dans un appartement voisin par exemple relié à la chambre d'investigations par un enregistrement télévisé de caméra infrarouge. Il doit régler un certain nombre de problèmes, dont le plus important est l'endormissement difficile. Il faut qu'il puisse prendre la décision, en pleine nuit, par exemple de provoquer le sommeil, par une iv d'hydroxy-butyrate de sodium, le seul hypnotique dont on est absolument certain qu'il ne modifie pas le sommeil paradoxal, et dont on est sûr, qu'il peut être injecté sans aucun danger.

Voici un exemple choisi parmi une collection de 1250 Rigiscans. Nous avons demandé cet examen dans 52 % des cas pour les 2.404 consultants vus entre 1993 et 1998. Ici, un examen révélant des difficultés d'endormissement dans la première partie de la nuit, mais il y a apparition secondaire de sommeil paradoxal et enregistrement d'érections faibles chez un sujet de 42 ans gros fumeur de trois paquets. Au vu de ce tracé et d'un Doppler en flaccidité très asymétrique, une angiographie interventionnelle est pratiquée sur l'origine de l'artère iliaque interne gauche obstruée. Résultat : passage de 80 mg à 24 mg de papaverine (Figure 2).

Dans quelques cas, il est nécessaire d'enregistrer le sommeil paradoxal avec un érectosomnographe afin de bien cerner la question ou de donner par exemple une sécurité médico-sociale ou médico-légale. Tous les autres examens sont bien en dessous de la qualité des deux sus-

nommés mais ils peuvent apporter des éclairages inattendus ou quelquefois prévisibles.

Voici un exemple choisi parmi une collection de 1155 Rigiscans et de 168 érectosomnographies. Examen confirmant de grosses difficultés d'endormissement dans la première partie de la nuit nous obligeait à administrer de l'acide gamma-hydroxybutyrique. Apparition de sommeil paradoxal et enregistrement d'érections médiocres (Figure 3).

Examens diurnes

Le doppler des artères caverneuses, dans leur état de flaccidité permet de mesurer des débits d'environ 1 à 2 ml/min et de 4 à 6 ml/min sous dérivés nitrés par artère caverneuse. Après une stimulation pharmacologique, ces débits atteignent 15 à 30 ml/min. Cet examen présente un certain intérêt surtout lorsqu'on est en période d'apprentissage de pharmaco-assistance avec des produits très actifs comme la phentolamine, la phénoxybenzamine, la persantine mais en France surtout la papavérine, mais beaucoup moins la prostaglandine qui réagissent en quelques secondes et souvent moins de 10 minutes, ainsi qu'avec la molsidomine.

Le Doppler des artères iliaques internes est plus difficile surtout chez les obèses. Il permet de poser avec pertinence l'indication d'une **angiographie interventionnelle** capable de visualiser les artères honteuses internes dont les fenêtres acoustiques sont encore mal connues.

L'examen du nerf périnéal, par son extrême précision, peut dépister les impuissances d'origine neurologique sinon imperceptibles.

En matière de **biologie**, des check-lists ont été dressées dont il est difficile de se passer mais dont il est évident qu'elles n'apportent une information que dans moins de 5 % des cas.

Les examens **endocrinologiques** comportent essentiellement le dosage de la testostérone, de la prolactine et dans certains cas particuliers d'hormones pouvant intervenir dans la survenue de la dysérection. En général, le malade impuissant par endocrinopathie est plus indifférent à son état et il est capable d'avoir une relation sexuelle de temps à autre, satisfaisante. Mais elle est insatisfaite de la fréquence tandis que le malade est fort indifférent aux reproches de l'épouse.

Les causes des impuissances organiques

Les opérés. L'amputation d'un viscère du petit bassin peut induire, chez tous ou seulement dans un faible pourcentage des opérés, une impuissance d'origine organique. Il en va ainsi des amputés du rectum, de la vessie, de la prostate, quelquefois du sigmoïde. Il arrive que l'impuissance se voit à la suite d'interventions aussi bénignes que la cure de hernie bilatérale, celle des hémorroïdes, celle de la fistule ou de la fissure anale, etc. Il faut y joindre le syndrome congénital de Mya-Hirschprung. Dans tous ces cas de figure ou presque, l'épouse accepte de bonne grâce les assistances pharmacologiques, y compris les IICs, même si elle doit aider son mari malvoyant, tremblant par une maladie de Parkinson, un sevrage d'alcoolisme ou de tabagisme.

Les blessés médullaires et/ou les lésions **neurologiques** de la moelle, des racines ou des nerfs du petit bassin, post-traumatique ou par une intervention, constituent un autre groupe d'affections neurologiques. Toutes ces différentes lésions neurologiques, du moment qu'un EMG du nerf périnéal en fait la démonstration, peuvent être à l'origine d'une impuissance sexuelle et même des atteintes cérébrales diverses. Dans ces cas, l'épouse, véritable infirmière, recherche les pharmaco-assistances, même si elle doit elle même réaliser les IICs.

Voyons les **maladies urologiques** qui peuvent déterminer la survenue d'une impuissance ou participer à son apparition. La maladie de la Peyronie reste encore une inconnue pour son étiologie (fracas de la charpente conjonctive ?), mais n'est plus une inconnue pour ce qui concerne la survenue d'une impuissance. On ne la voit que dans la période où le sujet a trop mal pendant l'érection ou a la verge trop courbe pour que les rapports ne soient pas dérangés. Le phimosis du sujet de plus de 25 ans est souvent contemporain d'une vie sexuelle très réduite, celle de l'impuissant primaire. Il ne faut pas laisser espérer de l'impuissance une guérison par la seule circoncision. Le cancer

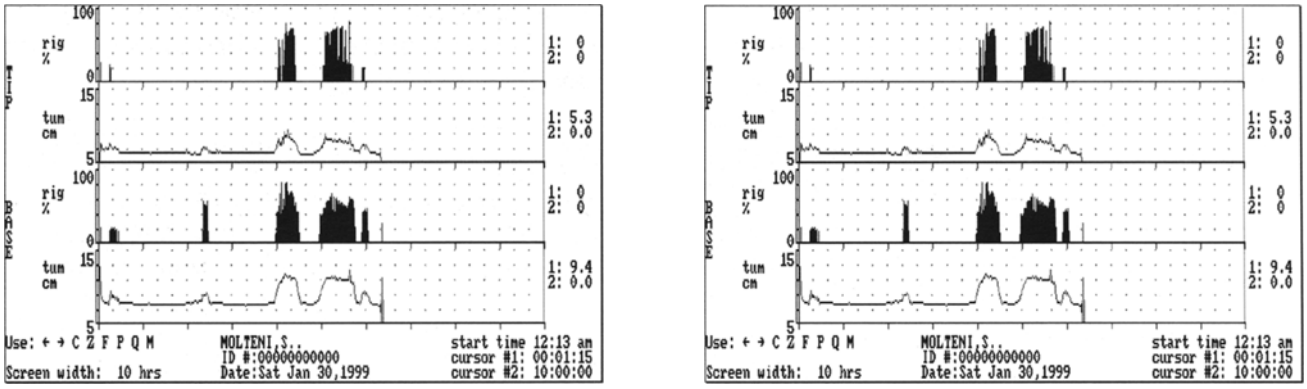

Figure 2 : En seconde partie de la nuit : érections insuffisantes.

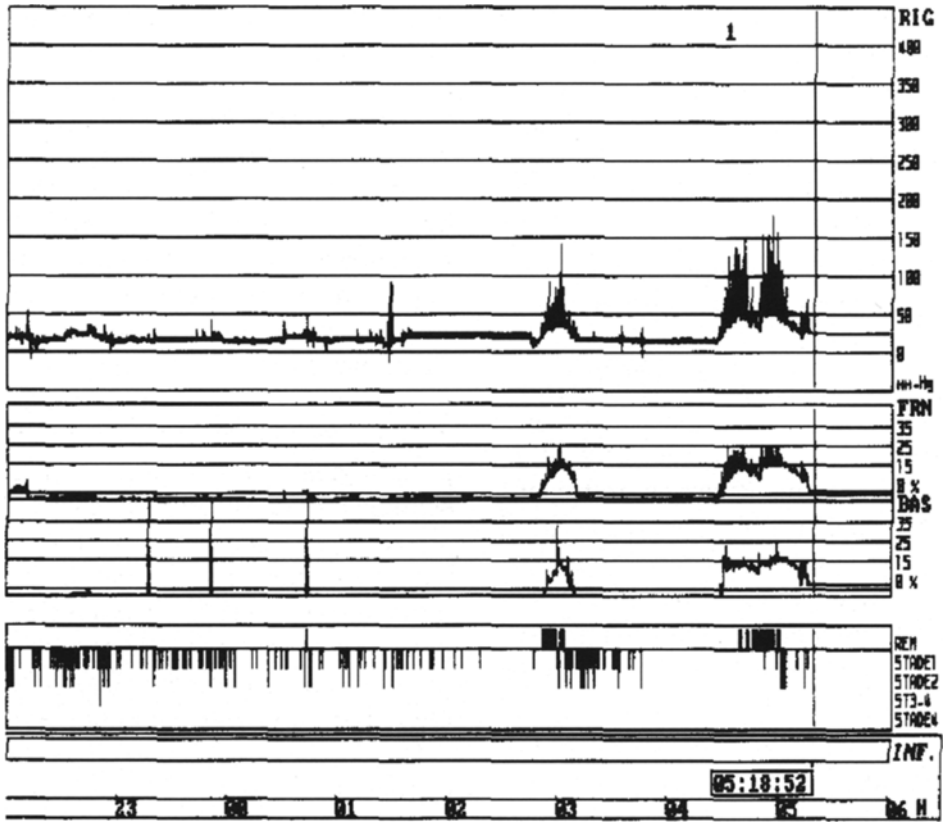

Figure 3 : Après Gamma-OH, tracés d'érections médiocres.

prostatique a parmi ses premières manifestations souvent l'impuissance. L'adénome de la prostate très volumineux chez un sujet très jeune de la cinquantaine dont l'expertise aboutit au diagnostic d'impuissance organique de causes loco-régionales mérite une sanction chirurgicale qui peut venir à bout d'une impuissance sinon mystérieuse. Les prostaglandines ne sont-elles pas des sécrétions prostatiques ?

Les maladies cardio-vasculaires et surtout **l'hypertension,** soit du fait de la maladie, soit du fait de la médication correctrice, peuvent être à l'origine d'une impuissance iatrogène ou concomitante, il est difficile de les distinguer. Là, l'évidence d'un trouble organique n'est pas aussi nettement perçue par la partenaire. Les médicaments sont diversement appréciés et acceptés par l'épouse et ils sont en général dissimulés à la maîtresse.

Le **diabète** vient au premier plan des difficultés métaboliques qui donnent une impuissance. Lorsque le diabète est négligé, une impuissance survient presque en même temps que la rétinopathie, la néphropathie, la neuropathie. Les troubles lipidiques vont augmenter encore les difficultés des malades ayant des affections cardio-vasculaires. L'hemochromatose se voit dans certaines régions avec sa triade de diabète, de cirrhose et de teinte bronzée de la peau. Dans ces cas de troubles organiques démontrés, le besoin de faire appel aux médecins est beaucoup mieux ressenti par la partenaire. Les médicaments sont appréciés par l'épouse et par l'éventuelle maîtresse.

De nombreux médicaments neuroleptiques, antidépresseurs, apportent d'une manière inattendue une impuissance **iatrogène** alors que d'autres médications diverses induisent automatiquement une indifférence sexuelle et non une impuissance comme les oestrogènes, les analogues de LHRH, les anti-androgènes divers et variés et même certains diurétiques. Ne pas oublier ici que le sildenafil n'apporte aucune libido.

Les troubles du sommeil, en particulier le syndrome des apnées du sommeil, peuvent être la cause d'une impuissance. De même la narcolepsie surtout avec son ancien traitement à base d'imipramine.

La dépression est en position de transition entre les impuissances fonctionnelles et médicales.

Nous arrivons maintenant au plus difficile à admettre : les nombreuses situations que connaissent les impuissances fonctionnelles. C'est ici que les difficultés de prise médicamenteuse se multiplient.

Le sujet le plus difficile à traiter est l'impuissant primaire chez lequel on peut se demander si la libido et les fantasmes se constituent d'une manière normale mais qu'ils ne se sont pas encore manifestés ou qu'ils ne se produiront jamais. Les impuissants fonctionnels secondaires sont en général avec une nouvelle partenaire ou en dispute conjugale plus ou moins cachée. Selon les régions et selon les cabinets, on rencontre dans des proportions variables des personnages qui vivent des situations typiques dont on peut se demander si elles ne constituent pas tout simplement l'origine réelle du blocage plutôt qu'un défaut de type freudien qui les expliquerait toutes. Voici les plus caractéristiques (80 % des cas) par ordre de fréquence, dans notre réseau multidisciplinaire :

1 - Le veuf trop proche de l'enterrement, encore en deuil, impuissant bien malgré lui. C'est un sujet chez lequel la psychothérapie est difficile, voire refusée d'emblée par de nombreux patients. Avec les psychothérapeutes, les veufs encore en deuil ne peuvent verbaliser leurs inquiétudes en raison de l'âge et du refus de la partenaire de participer à la co-thérapie. De plus ils ne peuvent pas croire à l'explication du blocage psychologique, eux qui ont tant de pathologies à nous relater et tant d'exploits sexuels à nous raconter encore même du vivant de l'épouse. La cage invisible que constitue, pour ces patients, le sacrement éternel du mariage n'est pas facile à ouvrir, car elle imprime des comportements subconscients en dépit de volontés contraires. Ces veufs ne rencontrent leur nouvelle partenaire que les fins de semaine dans des conditions qui permettent rarement l'usage du sildenafil. Comment prendre ce médicament et surtout à quelle heure ? Alors que le rendez-vous du Dimanche après-midi va s'achever à 16 heures par

exemple ? Doit-on montrer à la nouvelle compagne la pratique plus commode de l'injection intra-caverneuse ? C'est au risque de perdre la partenaire si convenable.

2 - Le divorcé qui a consenti au divorce mais qui regrette la séparation représente le personnage le plus répandu après les veufs. Celui-ci est plus jeune et ne peut invoquer des pathologies du grand âge pour excuser ses défaillances. Mais il n'en croit pas ses yeux lorsqu'il voit les tracés des deux nuits de Rigiscan strictement normaux. Il se croyait libre de son ex-épouse. Non il en est resté prisonnier, dans la même cage du mariage où des habitudes ou des réflexes conditionnés de type Pavlovien se sont constitués. Comme le précédent cas voilà une situation corrigible par des médicaments. Mais c'est quelque chose qu'il est encore plus difficile à faire accepter à la nouvelle partenaire. Afin d'éviter des humiliations supplèmentaires au patient et des décisions d'abandon de la partenaire nouvelle, mieux vaut la mettre à l'écart des investigations et surtout des moyens de pharmaco-assistance préconisée car elle y sera hostile au moins au départ.

3 - Le patient se trouvant incapable de commettre le **péché d'adultère** est un des personnages les plus répandus mais les moins révélés. C'est le plus grand des dissimulateurs parmi les patients consultant pour impuissance. Il peut honorer son épouse, mais il est bloqué avec sa copine. Et ce blocage est invincible depuis longtemps. Un sentiment de culpabilité règne ici comme s'il s'agissait d'une perversion. Ce patient là ne comprend pas sa défaillance d'autant moins que son érection, cette fois, est évidemment normale et même douloureuse la nuit en toutes circonstances sauf juste en situation de trouble de la conscience. L'aveu est difficile à obtenir, quelquefois d'emblée, parfois deux ans après l'apprentissage de la pharmaco-assistance. Il en a pour quinze ans sans guère d'espoir de psychothérapies possibles ou efficaces en raison du refus de la partenaire de l'adultère clandestin, elle même étant souvent mariée, ne voulant pas se compromettre et risquer, par la rupture d'un secret bien gardé, une union économiquement intéressante pour elle. Dans un tel cas la prothèse est inapropriée. De même pour le cas suivant.

4 - "Avec l'épouse, c'est fini, mais avec **la maîtresse**, laissez-moi tranquille, ça marche". C'est le contraire du cas précédent. Les aveux sont bien plus faciles. Les interventions des sexologues inapropriées, la copine ne voulant pas aider le rétablissement d'un mariage perdu qu'elle maîtrise parfaitement, comme son nom l'indique. Tandis que l'épouse ne se plaint que chez son gynécologue et non chez l'urologue de son mari. C'est dans ce cas de figure qu'il est indécent de convoquer l'épouse. Surtout si le mari est passé aux aveux d'emblée et demande et le secret médical et le secours d'un alibi de consultations indolores ou celui de la prescription d'une vitamine aphrodisiaque servant de prétexte attestant de sa bonne volonté. Dans les deux cas symétriques étudiés ici il peut arriver que les IICs utilisées d'abord pour l'une mais pas pour l'autre des deux femmes le soient par la suite finalement pour les deux soit par sécurité d'emploi soit du fait de la découverte en général fort tardive d'une pratique entièrement dissimulée à l'une ou aux deux partenaires. Il en va de même avec le sildenafil mais la pilule est moins demandée en raison des délais variables de la survenue de l'érection artificielle ainsi obtenue.

5 - Le vieux garçon poussé au mariage et au bal par son voisinage. En milieu rural, c'est le besoin d'un héritier qui est à l'origine d'un mariage arrangé et dans lequel il faudra consentir de nouveaux arrangements. Et celui d'une assistance pharmaceutique efficace mais ne donnant pas le besoin de l'acte. Cependant la possibilité de réaliser l'acte dans un but surtout procréatif est sans cesse rappelé par l'épouse délaissée. Le second arrangement consenti par le mari est l'amant de connivence dont la présence peut être dissimulée au mari défaillant, mais certainement pas à l'urologue expérimenté. Il en va de même dans le mariage non consommé en milieu très religieux en général catholique traditionnel. On voit aussi le cas du célibataire faisant des annonces matrimoniales à la demande de sa famille cherchant une descendance ou en mariage non consommé déstabilisé par l'épouse en mal de

grossesse. Ces deux cas sont à prendre fort différemment. Soit par l'apprentissage fort laborieux mais radicalement efficace de IICs, soit par la prise de sidenafil aux effets plus aléatoires mais plus recommandée si les rencontres sont remplacées par un concubinage mieux encore un mariage officiel. C'est dans ce cas que l'effet nocebo se voit souvent. Le médicament est anti-suggestif du succès.

6 - L'échec répétitif vécu avec une **hantise de performance**. Ou simplement l'incapacité d'être vu en pleine réalisation de l'acte. Il y a des impossibilités d'uriner ou de déféquer devant des personnes même de l'entourage familial qu'il faut respecter. De même, l'idée d'être observé, noté, jugé peut être intolérable et faire s'évanouir l'érection la mieux constituée. On peut se demander si cette cause d'impuissance fonctionnelle n'est pas en train de prendre le dessus depuis que les médias donnent des normes ou des exemples de libération sexuelle que peu peuvent en réalité assumer. Qui ose en dehors de la crainte des MST se présenter en «partouzes» ? Fort peu de nos contemporains en sont capables. Et pourtant certains y font des prouesses. Ici vient s'ajouter la question des prescriptions de concurrence et de performance. Si le sujet est en concurrence sexuelle avec le second partenaire de sa copine, il est difficile de ne pas l'aider sinon il va s'aggraver. Si le sujet est en demande de simple performance, il est difficile de lui prescrire une aide sauf s'il y a une menace de détérioration de sa situation sexuelle conjugale.

7 - La non-éducation à l'acte sexuel comme par exemple l'histoire de Louis XVI. Chacun se souvient que le jeune Roi pénétrait le sexe de la jeune Reine Marie-Antoinette mais ne connaissait pas l'usage du va et vient coïtal. Il a fallu que le comte dit de Fleckenstein (l'Empereur d'Autriche venu en cachette en France) vienne à Versailles expliquer à son beau-frère que les ânes récalcitrants bougent sous l'effet d'une bonne claque aux fesses. Deux mois après le passage de son grand frère, Marie-Antoinette écrivait à sa mère Marie-Therese qu'elle n'avait plus de règles. Dans ces cas de figure les psychothérapeutes faisant de la pédagogie font merveille et la pharmaco-assistance est rarement nécessaire.

8 - Vivre avec une femme qui veut tout payer fifty-fifty. Lorsque les **conditions économiques** permettent à certaines veuves de choisir leurs rendez-vous, leurs croisières et leurs amours sans souci d'argent, cela n'est pas toujours bien accepté du coté masculin. Dans le couple en inégalité économique évidente, si l'épouse gagne sa vie mais que le mari est chômeur, il peut en résulter une impuissance fonctionnelle. Ce sont ce que les américains appellent les *events*. Cependant ces femmes modernes acceptent facilement l'usage de médicaments facilitant les érections de leurs partenaires complexés. Elles viennent même à la place du partenaire intimidé chez l'urologue chercher du sildenafil pour leur partenaire et des réponses aux questions de l'usage féminin du sildenafil.

9 - Cocu sans le savoir et de ce fait impuissant n'est pas chose facile à expliquer, même Molière ne l'a pas pu. Cependant les faits sont là. Il peut arriver que la victime d'un adultère de l'épouse devienne impuissant sans en connaître les raisons : froideur féminine souvent, contact vaginal modifié parfois, autres raisons perçues par un instinct réflexe mais non comprises par la réflexion intellectuelle. Mais c'est un fait. Dans ces cas il faut connaître tous les cas de figure et toutes les possibilités et ne pas se contenter d'une seule des pharmaco-assistances possibles. La papaverine, même si son usage sexuel n'a pas fait l'objet d'une autorisation de mise sur le marché, peut rendre des services aux personnes peu fortunées. Il n'est pas du rôle du médecin d'être marchand mais bien au contraire de trouver des solutions réalistes aux problèmes concrets que posent ce type de patients.

10 - Malgré la dispute, on faisait l'amour jusqu'ici mais on n'y arrive plus, pourquoi ? Il est assez curieux que de personnes acculées à un divorce maintiennent souvent des activités sexuelles après le divorce, surtout si ce dernier n'est pas dû à une perte d'affection mais à une mésentente commerciale ou sur le mode éducatif des enfants. Dans ce cas de figure, la comparaison avec un amant de passage ou avec un nouvel ami devient peu à peu insupportable. Les IICs sont ici recommandées.

Voici dix situations répandues explicatives de

l'impuissance psychogène, auxquelles on pourrait encore ajouter le cas des éjaculateurs précoces en cours de perte d'érection.

A coté de ces dix types qui expliquent 80 % des cas que nous avons rencontrés, il en existe beaucoup d'autres inégalement répandues, mais à elles toutes réunies elles ne font que 20 % des cas restants. A chaque fois qu'une nouvelle explication s'ajoutant ou modifiant la liste des dix premières évoquées ci-dessus emporte la convocation d'un praticien expérimenté en sexologie, il ne faut pas hésiter à la retenir.

Beaucoup de victimes de blocages d'origine psychologique ou fonctionnelle n'admettent pas d'emblée les explications fournies par exemple sur la liste bien connue des *events* concourant à la survenue de l'impuissance. Certains patients croient encore à la pratique des magies, ensorcellements et envoûtements. Ils veulent recourir à l'imam, au marabout, au sorcier. A ceux là, l'hypnose peut convenir comme mode de guérison. D'autres plus rationnels veulent des documents, des preuves convaincantes, des certificats attestant que... A ceux là, le passage obligé par les explorations des érections nocturnes du sommeil paradoxal convient mieux.

Dans le cas de figure de perte d'affection conjugale, il faut demander à des conseillères conjugales de juger si le divorce ne serait pas préférable au lieu de la réconciliation. Dans beaucoup de cas, on ne peut pas délibérément mettre la partenaire au courant de l'installation d'une pharmaco-assistance. Les psychosexologues non médecins ne peuvent être tenus au courant de tous les cas de figure où le secret médical doit être maintenu entre le patient et le praticien. Si l'épouse choisit de ne pas assister aux entretiens, elle ne peut être mise dans le secret.

Les médications et les traitements conseillés

Autrefois les **médications orales** comme la Yohimbine, le Cantor, le gingseng, l'arginine étaient responsables, mais seulement dans 5 % des cas, d'améliorations incontestables. Et certains patients y demeurent fort attachés mais 95 % des impuissants y sont insensibles. On peut se demander, selon les médications et sans connaître la réponse à cette question, s'il ne s'agit que d'un effet placebo exceptionnellement durable ou d'une particularité génétique de certains tissus érectiles et de leurs enzymes ayant ou non une affinité avec certaines molécules. Ainsi en est-il de l'affinité au sildenafil qui n'est pas constante à 100 %. Il n'est pas recommandé de décourager les patients désireux de garder telle ou telle vieille médication.

Pendant 15 ans les impuissants qui ont fait l'acquisition, par apprentissage en deux ou trois séances des **injections intracaverneuses**, de substances vasoactives comme la papavérine, la prostaglandine, la phénoxybenzamine en Suisse, la phentolamine et la molsidamine en Allemagne, etc. préfèrent pour la plupart (90 % d'entre eux) maintenir la pratique des IICs mais tout en faisant éventuellement l'acquisition de la prise orale (10 % des cas seulement). Ceux des impuissants qui connaissent le traitement local et le traitement oral désirent en général garder les deux possibilités thérapeutiques et il convient que le praticien les mette en garde de ne pas faire la sommation le même jour des deux médications. A l'exception de la question du coût de la papaverine (4 F l'IIC) qui emporte le choix de la plupart de nos contemporains défavorisés, beaucoup préfèrent la rapidité d'action (7 Minutes) et la sécurité d'emploi (presque 100 % en pratique installée) que donnent les injections dans les corps caverneux en comparaison des aléas qui caractérisent l'usage de la voie orale, surtout dans les rencontres programmées avec une nouvelle partenaire ou dans des rencontres brèves (une heure), dans une liaison adultérine par exemple ou dans un rendez-vous d'agence matrimoniale. Par contre en couple on peut accepter les délais assez longs qui séparent la prise et l'action du sildenafil. Ils peuvent se situer entre une et six heures, selon notre expérience (450 ordonnances en un an). Les impuissants qui ne sont pas répondeurs au sildénafil, absorbé en situation sexuelle le seront peut-être par la suite en prise continue ou avec d'autres molécules en préparation. Mais pour le moment il ne leur reste comme réelle possibilité que le recours aux injections intracaverneuses avec des molé-

cules nouvelles, du matériel plus perfectionné, presque indolore, mieux accepté. La plupart des épouses et des partenaires sont hostiles aux injections intracaverneuses comme elles le sont, mais moins, à l'utilisation du sildénafil et au secours de stimulations visuelles extra-conjugales. Mais la situation change actuellement, la plupart des femmes en THS de bonne qualité en arrivent à changer d'opinion devant la qualité des résultats du traitement oral ou du traitement local.

Les prothèses ne peuvent servir qu'à défaut de pharmaco-assistance efficace. Il manque, le plus souvent et surtout en cas d'explication psychogène originelle ou secondaire les caractéristiques très importantes de l'érection naturelle que sont la longueur, la circonférence et surtout la chaleur et le gonflement du gland. Par exemple après une prostatectomie radicale, suivie du décès de l'épouse avec constitution du blocage supplémentaire du veuf en deuil, il manque à la verge prothèsée la longueur, le volume et la chaleur. Mais au moins ces prothèses procurent-elles la rigidité. Du sildenafil quelques heures avant la mise en route de la prothèse ou une IIC strictement para-prothètique peuvent encore rattraper les défauts trop manifestes de certaines verges prothèsées mais pas toujours.

Sur les remboursements des soins

Une mise au point de l'Assurance maladie ou du Ministère de la Santé de début de prise en charge par le système public de Securité Sociale de l'impuissance est attendue. Elle est demandée par les assujettis, nécessaire pour les praticiens, indispensable pour les médecins conseils. De plus certaines assurances privées envisagent le remboursement des soins en impuissance après expertise écartant les usages pour performances. Cette mise au point est d'autant plus nécessaire qu'il existe depuis 1984, une directive toujours pas abrogée, celle du Dr Marty. Les urologues pourraient écrire un *guide-line*. La Securité Sociale pourrait réaliser un codage, non pas des actes mais des dépenses au moins pharmaceutiques sinon hospitalières de cette affection fréquente. Il me semble qu'il serait économique, par l'épargne des hospitalisations devenues ainsi inutiles, d'obtenir le remboursement à 70 % du premier échantillon d'essai de 4 cp de 25 mg, 50 mg ou de 100 mg. Ces boîtes particulières pourraient être délivrées par les praticiens en exception au principe de la séparation de la pharmacie et de la médecine sans tenir compte de la différence entre les généralistes et les spécialistes. Il faut en effet sortir du secret les impuissants qui continuent de se cacher et d'abuser de l'appareil de soins sous des prétextes variés. Cette manière de se dissimuler est bien plus répandue qu'on ne le croit généralement. Et elle représente un coût très élevé. Les impuissants tiennent à cette discrétion, en raison de l'humiliation que représente le premier achat chez un pharmacien de proximité. C'est encore une maladie honteuse. Une fois le premier essai réalisé avec succès, le remboursement de toute unité de soin pharmaceutique dans ce domaine à hauteur de 4 F que ce soit une IIC (papaverine, prostaglandine) ou que ce soit un comprimé de sildenafil ou de ses concurrents pourrait être proposé. Cela permettrait aux exclus d'être remboursé à 100 % sans coût excessif pour l'AM soit avec de la yohimbine (5 % de succès) soit avec de la papaverine (95 % de succès). Et aux Assurances privées de créer des contrats sur des bases d'acceptation par la Securité sociale du remboursement par exemple des prostaglandines à 100 F ou du sildenafil à 80 F. Enfin je suggère qu'il soit offert la possibilité aux impuissants organiques d'origine médico-chirurgicale ou iatrogène ou post-traumatique et même aux impuissants fonctionnels primaires ayant établi la preuve de leur défaut installé depuis toujours de demander une expertise spécialisée remboursée à des centres agréés afin de tenter d'obtenir le remboursement à 100 % de leur pharmaco-assistance. Si un seul MCN en dirige le fonctionnement, je pense que cela pourrait ne représenter une dépense que dans 10 % des cas dans une quinzaine ou une vingtaine de réseaux spécialisés dispersés sur l'ensemble du territoire national.

ABSTRACT

Pharmacological help in impotence

J. DOREMIEUX

Each who is impotent is in a personal situation. We cannot mistake certain aspects which occur outside of the conjugal states. Now we doctors ought to propose not only investigations more or less easy to organize in such situations but in addition a pharmaceutical application suited to each case. It is necessary to keep in mind that the psychological problems are not the same for each patient with a certain psychiatric make-up. But more simply a certain number of psychological or educationnal blocages. There are representative exemple of various cases in reference to marital state : the widower still in mourning, the reluctant divorcee, the impossible sin of adultery, he succeds with his mistress but not with his wife, cuckolded but unaware, the old bachelor, the not-consomated marriage, the one who can't stand to be observed doing is private functions, the one who never learned coital movement, to leave with a woman who always want to make a dutch treat, etc . We need a long time to instill confidence in our patients. After which it is easier to use the products that the pharmacy offers which best suit to each individual patient.

Key-words : *impotence; pharmacologie; érection; sildenafil; prostaglandine; papaverine.*