



<https://sexoblogue.fr/cours-de-sexologie/les-dysfonctions-sexuelles/dysfonctions-sexuelles-masculines/les-troubles-de-lorgasme-chez-lhomme>

LES TROUBLES DE L'ORGASME CHEZ L'HOMME

Cours du vendredi 11 octobre 2013 à 12:00 par Dr Gilbert L'HOSTE

SOMMAIRE

PREAMBULE

I - DEFINITION

II - CLINIQUE

III - DIAGNOSTIC

1 - L'interrogatoire

A - Préciser le vocabulaire

B - Rechercher des antécédents

C - Histoire sexuelle

D - Histoire professionnelle

2 - L'examen physique

3 - Les examens complémentaires

IV - EVOLUTION

1- L'abstinence sexuelle

2 - La neurasthénie génitale

V- Étiologies

A - Causes iatrogènes

B - Causes organiques

1- Pathologie métabolique ou hormonale

2 - Atteinte neurologique

3 - Infections génitales

4 - Après intervention chirurgicale sur l'urètre ou la prostate

5 - Le vieillissement

C - Les cause psychiques

D - Les troubles de l'orgasme secondaires à une autre dysfonction sexuelle

E - Le conflit conjugal

VI - PRISE EN CHARGE

Traitement étiologique

Sexothérapie

PREAMBULE

L'orgasme est un sujet extrêmement compliqué ¹.

Pendant les secousses cloniques accompagnant l'éjaculation, l'homme ressent des sensations agréables. Ces sensations voluptueuses portent le nom d'orgasme. Les secousses cloniques à la fréquence de 0,8 secondes sont accompagnées de décharges d'ocytocine, qui est l'hormone liée à l'attachement.

L'orgasme a une qualité, une intensité et une durée très variable selon les individus d'une part, et chez le même individu, d'une expérience à l'autre d'autre part. Chez certains le plaisir orgasmique est peu intense, souvent bref.

L'orgasme peut survenir au cours du coït ou lors de caresses. L'excitation procurée par le ou la partenaire peut suffire pour l'orgasme. Dans d'autres circonstances, le sujet est obligé de recourir à des fantasmes pour parvenir à l'orgasme.

I - DEFINITION

Le DSM IV indique s'agissant du trouble de l'orgasme chez l'homme :

Absence ou retard persistant ou répété de l'orgasme après une phase d'excitation sexuelle normale, lors d'une activité sexuelle que le clinicien juge adéquate en intensité, en durée et quant à son orientation, compte tenu de l'âge du sujet.

Définition du DSM-IV

L'orgasme est habituellement suivi d'une sensation de bien-être, de détente, ou, au contraire, d'une sensation de lassitude ou de tristesse... Qui peut être associée à une dysorgasmie.

Chez d'autres individus, il peut s'accompagner de mots, de cris, d'une gesticulation plus ou moins violente et désordonnée, de gestes stéréotypés, de manifestations végétatives (hyperhémie cutanée, sudation, salivation, etc...)

L'importance que le plaisir en général, et le plaisir sexuel en particulier, occupent dans l'organisation psychologique et la vie des individus, explique les grandes variations observées.

Orgasme et éjaculation antérograde ne sont pas synonymes même si ils sont en général quasi contemporains.

On peut en effet observer :

- Un orgasme sans éjaculation : les yogis qui pratiquent le Yoga Tantra (yoga sexuel) essaient de retarder l'éjaculation dans des rapports sexuels immobiles qui peuvent durer des heures. On peut aussi l'observer quand il y a suppression de la phase d'émission, sans altération de la phase d'expulsion qui se fait alors à vide (atteinte neurologique).
- une éjaculation rétrograde (chez les patients opérés de la prostate, les antidépresseurs tricycliques...)

Il existe également des éjaculations sans orgasme. Cela devrait être l'objet des études, mais c'est très compliqué à étudier et à séparer les problèmes d'éjaculation et les problèmes d'orgasme.

II - CLINIQUE

Beaucoup de cas peuvent échapper à l'observation car érection et éjaculation sont normales. Il faut donc s'enquérir des sensations, de la satisfaction sexuelle, analyser l'attitude du patient à l'égard de l'acte sexuel

Quelques exemples :

- le rapport sexuel est considéré comme un devoir conjugal;
- le rapport sexuel rassure sur la puissance sexuelle;
- il y a un manque de désir avec insensibilité psychique;
- il existe des ruminations mentales, des pensées parasites pendant le rapport sexuel;
- la tension sexuelle persiste après l'orgasme;
- il existe une culpabilité, un dégoût, une fatigue intense, des douleurs, des sentiments dépressifs après les rapports, avec l'envie de quitter la partenaire (associé à des troubles de la personnalité). La responsabilité de la mésentente sexuelle est rejetée sur la partenaire;
- il existe un sentiment général d'infériorité, d'incapacité, de malchance, d'échec; L'orgasme ne vient que si on arrive à lâcher prise.
- Le choix de la pratique ne permet pas la satisfaction sexuelle comme chez :
 - le masturbateur chronique chez qui le rapport sexuel ne donnera pas le même plaisir que par sa main
 - le blasé sexuel qui a tout connu
 - l'homosexuel vivant une hétérosexualité
 - l'habitué des prostitués. Avec les prostitués il ne se sentira pas coupable et parfaitement libre car il aura payé, mais avec une femme non vénale cela le mettra devant des difficultés car la femme aura le droit à s'attendre à autre chose.

III - DIAGNOSTIC

La conduite du diagnostic se basera tout d'abord sur un entretien puis sur un examen physique et enfin des examens complémentaires si nécessaire.

1 - L'interrogatoire

A - Préciser le vocabulaire

Les propos des patients sont souvent vagues, confus.

Certains sujets n'arrivent pas en effet, à définir s'ils ont un orgasme ou non pendant le coït. Il faut donc être précis au cours de l'interrogatoire, de manière à obtenir les réponses les plus claires possibles afin d'éviter de s'orienter sur des fausses pistes.

IL CONVIENT D'ETRE TRES ATTENTIF AU VOCABULAIRE, vérifier que chaque question est bien comprise, et reformuler chaque réponse du patient

Il faut essayer de ne pas rester dans le vocabulaire avec lequel on réfléchit mais de se mettre au niveau du patient afin qu'il comprenne les questions et les instructions

Le trouble peut être :

- primaire (avoir existé depuis le début de la vie sexuelle), ou secondaire (il y a eu une période sans symptôme);
- constant ou variable;
- général ou spécifique (par exemple coïtal);
- « partenaire-dépendant »

B - Rechercher des antécédents

- maladies aiguës ou chroniques (diabète, alcoolisme)
- interventions chirurgicales (au niveau de la prostate, du périnée, du rectum);
- traumatismes divers du rachis (paraplégie) ou du crâne (avec ou sans coma);
- affections neurologiques (neuropathies périphériques, polynévrites, maladie de Parkinson...);
- affections psychiatriques (épisode dépressif...); - infections diverses, notamment MST;
- prises médicamenteuses régulières;
- style de vie: tabac, sport...

C - Histoire sexuelle

Il faut parcourir le cursus sexuel du patient, sa vie conjugale, éventuellement extraconjugale et s'enquérir des réactions de sa ou de ses partenaires, de sa vie familiale, des circonstances d'apparition de l'hypoorgasmie, de l'anorgasmie, ou de la dysorgasmie.

Rechercher la première expérience à la recherche de l'empreinte, rechercher des blessures importantes etc

D - Histoire professionnelle

Il est important d'observer sa vie professionnelle dont on connaît la symbolique sexuelle qui s'y rattache.

2 - L'examen physique

- de l'appareil génital, dont la prostate;
- de l'imprégnation androgénique ;
- neurologique.

3 - Les examens complémentaires

Ils sont demandés en fonction des éléments rapportés par l'interrogatoire et l'examen physique:

- dosages hormonaux (testostérone...);
- électromyogramme périnéal;
- électroencéphalogramme;
- scanner.

Mais c'est vraiment très rare d'y avoir recours, l'interrogatoire et l'examen physique permettant dans l'immense majorité de faire le diagnostic s'ils sont bien fait.

IV - EVOLUTION

Spontanément l'évolution peut être longtemps stationnaire ou se faire dans deux directions différentes :

- l'abstinence sexuelle
- la neurasthénie génitale.

1- L'abstinence sexuelle

Parmi les motifs allégués, la peur de l'impuissance vient au premier rang suivie par des rationalisations parfois étonnantes:

- pas d'occasion;
- pas d'argent;
- le travail : l'esprit est occupé par les soucis, le métier : on a pas le temps de penser à « ça »;
- les motifs moraux ou religieux,
- la crainte des MST et actuellement du SIDA,
- crainte de grossesse et tous les intégristes.

Ce sont des choses énoncées mais souvent des paravents derrière lesquelles les patients se cachent.

L'abstinence est rarement totale (il existe souvent des satisfactions masturbatoires)

2 - La neurasthénie génitale

Malgré le terme d'asthénie, cet état clinique ne doit pas être confondu avec la simple fatigue sexuelle. Il s'agit d'un état grave et persistant d'incapacité érectile.

- Les érections sont absentes ou sont de simples gonflements sans rigidité.
- Les éjaculations se font à verge molle.
- Les masturbations sont quotidiennes.
- Il y a des pollutions nocturnes, des écoulements de sperme spontanés ou en urinant, ou à la défécation.

Sur ce fond de dysfonction érectile, toute une série de troubles somatiques se manifestent: fatigue, maux de tête, nausées, oppression thoracique, incontinence urinaire, constipation chronique, douleurs, troubles du caractère, difficultés cognitives...

Parfois, la neurasthénie génitale frappe surtout l'éjaculation et le patient consulte pour éjaculation prématurée, mais l'éjaculation est tout à fait particulière:

- elle apparaît avant même la pénétration
- le pénis est plus ou moins flasque et insensible
- l'écoulement de sperme est continu et non pas saccadé (éjaculation baveuse)

Les fantasmes sont prégénitaux : se blottir, téter. Il n'y a pas de représentation de la pénétration.

On retrouve des symptômes neurasthéniques généraux : constipation, céphalées, fatigue, hypochondrie.

V- Étiologies

A - Causes iatrogènes

Le patient prend-il des médicaments ? Par exemple des neuroleptiques, certains antidépresseurs comme la Clomipramine (Anafranil(R)), les sérotoninergiques (Fluoxétine, Fluvoxamine, Paroxétine...), les IMAO qui peuvent aller jusqu'à bloquer l'éjaculation.

B - Causes organiques

1- Pathologie métabolique ou hormonale

Les étiologies métaboliques sont fréquentes. Elles se manifestent soit directement, soit par l'intermédiaire de neuropathies.

- Le **diabète** et l'**alcoolisme** sont des causes fréquentes d'anorgasmie.
- L'**hyperprolactinémie** incite à rechercher un **adénome hypophysaire** ou une origine iatrogène.

- Les insuffisances :
 - **thyroïdienne**,
 - **surrénale**,
 - **hypophysaire**.

2 - Atteinte neurologique

Toutes les atteintes nerveuses sont à considérer :

- la sclérose en plaque,
- les traumatismes médullaires,
- les lésions du plexus hypogastrique,
- Les atteintes cérébrales sont aussi à rechercher

3 - Infections génitales

Parfois des infections génitales mal traitées et persistantes (prostatite chronique) peuvent créer la « sexose post MST » (Gellman, 1986).

La sexose est une organisation chronique symptomatique qui associe une dysfonction sexuelle, des affects anxiogènes (honte, culpabilité, dégoût, détachement, anticipation anxieuse) et des manifestations somatiques génitales.

4 - Après intervention chirurgicale sur l'urètre ou la prostate

L'adénomectomie entraîne une éjaculation rétrograde définitive. Il est fréquent que les sujets (et leurs partenaires) se plaignent non seulement d'une éjaculation « sèche », mais encore d'une modification de la qualité et/ou de l'intensité de l'orgasme.

Il y a des gens mieux informés que d'autres après une intervention et ceux qui ont mal reçu l'information souffrent plus de problèmes de dysorgasmie que ceux qui ont été bien informés car ils ont eu le temps de s'approprier cette information, de se projeter et de commencer à faire le deuil de leur sexualité d'avant alors que ceux qui n'ont pas été bien informés ne reçoivent pas l'information mais directement le trouble ce qui va être reçu comme un traumatisme.

Plus on informe les patients mieux c'est. Après une intervention sur la prostate il peut y avoir des difficultés au niveau de la prostate (éjaculation et orgasme) avec présence des sensations mais éjaculation « sèche » qui peut être frustrant pour beaucoup d'hommes si ils n'ont pas eu le temps de s'y préparer. C'est également une idée qu'ils projettent dans la fantasmagorie de leur compagne.

C'est également vrai pour les psychiatres qui prescrivent des antidépresseurs. Si on ne dit pas que cela peut entraîner des difficultés sexuelles le patient ne dira rien mais arrêtera le traitement. On sait qu'aujourd'hui il y a des patients qui arrêtent des traitements extrêmement importants car ceux-ci entraînent des difficultés sexuelles et que le médecin n'en parle pas. Dès que le patient a un trouble sexuel alors qu'un traitement a été mis en place il va le mettre sur le compte du médicament même si ça n'est pas forcément lié de manière directe. C'est d'autant plus dommage qu'il suffirait d'en parler pour faire les

ajustements nécessaires.

5 - Le vieillissement

CE N'EST PAS UNE MALADIE ! C'est un phénomène naturel et c'est dur à expliquer car on est dans une société en plein jeunisme.

Les troubles sexuels liés à l'âge sont dus au vieillissement de l'organisme : artériel, cérébral, neurologiques, hormonal.

Il ne faut pas se dire « j'ai plus 25 ans ça je peux plus faire ça je peux plus faire » mais plutôt « j'ai plus 25 ans mais ça je peux encore faire, ça je peux encore faire et ça je peux encore faire ».

Le vieillissement est un phénomène naturel, essayons de nous adapter au lieu de le refuser. Les patients ne souffrent pas d'une dysfonction sexuelle mais ce qui les amène est lié à une évolution naturelle qui est le vieillissement. Ceux qui sont très sensibles à la frustration c'est difficile de les soigner en temps que sexologue.

C - Les causes psychiques

Le premier organe sexuel est le cerveau et encore plus pour l'orgasme qui est un phénomène surtout cérébral. Les zones érogènes génitales n'en sont que le point de départ, et les muscles périnéaux ne sont que les effecteurs du réflexe orgasmique.

Les traits de personnalité retrouvés dans l'anorgasmie sont l'absence plus ou moins complète de mentalisation ou de fantasmatisation, de rêves autour de la sexualité. Leur imaginaire est déficient. Ce sont des personnes hyper organisées, jamais pris en défaut et quand on leur demande quels sont leurs fantasmes ils ne savent pas.

C'est ce que Marty et Fain ont appelé « *les personnalités à structure opératoire* ».

H. Laube a, pour sa part, dressé le tableau de « *l'homme frigide* » qui associe froideur relationnelle et anorgasmie. Le contact avec eux est compliqué, on ne sait pas par quel bout les prendre.

Dans un certain nombre de cas, on rencontre des maladies mentales chroniques graves : névroses obsessionnelles, parfois des états-limites, et, bien sûr des psychoses (schizoides, schizophrénies, paranoïas).

Sur le plan psychologique ces patients sont pratiquement tous des sujets qui sont en régression ou fixés à des niveaux pré-génitaux, en particulier au niveau oral ou anal. D'autres sujets ont des fantasmes sexuels tout à fait particuliers, liés à ce niveau pré-génital, soit des fantasmes SM, soit des dérivés.

Enfin beaucoup de ces patients semblent fixés à un niveau phallique ou phallique-narcissique avec des intérêts homosexuels prédominants qui empêchent tout plaisir avec les femmes.

D - Les troubles de l'orgasme secondaires à une autre dysfonction sexuelle

E - Le conflit conjugal

VI - PRISE EN CHARGE

Traitement étiologique

Si on retrouve une étiologie on va essayer d'agir sur celle ci notamment en case de iatrogénie, de trouble hormonal, d'anxiété ou de dépression et également de conjugopathie mais parfois ça sera plus dur (lésion cérébrale ou médullaire...).

Il est cependant très rare de se trouver face à une problématique simple. Parfois c'est au fur et à mesure de l'accompagnement que les éléments se précisent.

Quand on fait de la thérapie dans ce domaine on pose des choses sur la table. C'est au patient de choisir ce qu'il prend. Parfois y en a qui prennent tout (faut se méfier), parfois y en a qui prennent juste un truc qui va faire écho à leur vie et sur lequel ils vont travailler tout seul et ça permet de solutionner des choses. Les patients ont des ressources qui sont incalculables.

Qu'un qui s'engage dans une démarche thérapeutique c'est qu'un qui veut faire bouger les choses.

Sexothérapie

Il est important d'essayer d'aider le patient à communiquer avec lui-même, avec sa partenaire, d'essayer de se connaître l'un l'autre un peu mieux. Le corps a des ressources que la plupart des patients ne connaissent pas et qu'il faut leur inciter à découvrir. Il faut les mettre dans une ambiance différente de d'habitude avec des odeurs et des gestes différents de d'habitude par exemple en leur proposant des massages en leur interdisant des rapports sexuels pendant le massage. Cela permet d'apaiser les tensions et de se retrouver dans un climat apaisé, de faire en sorte qu'ils se découvrent de manière différente, qu'ils trouvent une complicité sur le dos du thérapeute et de transgresser l'interdit en étant suffisamment complice l'un l'autre. Mais les obsessionnel faut pas mettre en place de prescription paradoxale chez eux parce qu'ils ne transgresseront jamais l'interdit.

BIBLIOGRAPHIE

1. Rigot, J.-M., F. Marcelli, et F. Giuliano. « Troubles de l'éjaculation à l'exception de l'éjaculation précoce, troubles de l'orgasme ». 3 juillet 2013. <https://www.em-consulte.com/en/article/818817>. ↵