



# LES TROUBLES DU DÉSIR MASCULIN

Cours du vendredi 11 octobre 2013 à 13:00 par Pr Hervé LEJEUNE et Dr Gilbert L'HOSTE

## SOMMAIRE

### I - LE MANQUE DE DESIR

#### A- Définition

#### B - Épidémiologie

#### C - Clinique

#### Comment aborder le sujet ?

#### D- Etiologies des troubles du désir

##### 1 - Les causes organiques et iatrogènes

##### 2 - L'anxiété sexuelle

##### 3 - Les troubles du désir secondaires à une autre dysfonction sexuelle :

##### 4 - Antécédents de problématique personnelle

##### 5 - Les syndromes dépressifs

##### 6 - Les psychoses

##### 7 - Le conflit conjugal

##### 8 - L'homosexualité de « révélation » tardive

##### 9 - Les paraphilies

### II - L'EXCES DE DESIR SEXUEL

#### A - Causes organiques

#### B - Causes psychologiques

#### C - Causes iatrogènes

### III - PRISE EN CHARGE

#### A - Le traitement étiologique

#### B - L'intervention sexologique

### CITATIONS

### BIBLIOGRAPHIE

## I - LE MANQUE DE DESIR

**Le désir sexuel est une des manifestations du comportement au même titre que la soif, la faim ou le sommeil. Il est le produit d'une interaction complexe entre :**

- **des processus cognitifs et psychologiques**
- **et des mécanismes neurophysiologiques et biochimiques**

*Bancroft*

On parle aussi de **manque d'intérêt** ou de **désir sexuel hypoactif**.

## **A- Définition**

---

- Le DSMIV définit la baisse de désir sexuel ainsi : « Déficiência (ou absence) persistante ou répétée de fantasies imaginatives d'ordre sexuel et de désir d'activité sexuelle. Pour faire la différence entre déficiencia et absence, le clinicien doit tenir compte des facteurs qui retentissent sur le fonctionnement sexuel, tels que l'âge et le contexte existentiel du sujet »
- Le consensus de 1998 indique quand à lui un manque (ou absence) de fantasies sexuelles, de désir pour l'activité sexuelle et ou de réceptivité **CAUSANT UNE DÉTRESSE PERSONNELLE**. Le terme « causant une détresse sexuelle » est très important.

Parenthèse sur les groupes « asexuels »

Ces personnes se définissent comme des asexuels. Ils ne souffrent pas et on ne les voit pas au cabinet. On ne leur dose pas la testostérone donc on ne sait rien sur eux. On ne peut s'occuper que de patients c'est à dire de gens qui patientent et donc qui souffrent. Chez ces gens pourtant on peut se poser la question de la procréation, car même si la partie récréative du sexe est exclue pour eux, peut être iront-ils consulter un jour pour un problème d'infertilité.

## **B - Épidémiologie**

---



	18-24 ans	25-34 ans	35-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	60-69 ans	ensemble
Souvent	0,6	1,0	1,3	1,6	3,6	3,2	1,9
Parfois	10,5	12,6	15,8	16,8	27,7	40,3	20,2
Rarement	30,2	31,3	29,2	29,2	30,8	25,4	29,6
Jamais	58,7	55,1	53,7	52,4	37,9	31,1	48,3
	100	100	100	100	100	100	100
Effectifs	576	1260	882	567	473	332	4090

Champ: hommes de 18 à 69 ans ayant eu un rapport sexuel au cours des 12 derniers mois

Source : Enquête sur la sexualité en France <sup>1</sup>, Nathalie Bajos et Michel Bozon

- **Moins de 1%** des hommes de 18 à 30 ans ont des troubles **souvent**.
- Quand on évolue avec l'âge la diminution de la libido augmente avec une accélération à partir de 50 ans (hommes de 18 à 69 ans ayant eu un rapport au cours de 12 derniers mois).
- En temps que psychiatre c'est important d'aborder la question de la sexualité même si il consulte pour un autre problème car c'est une porte qu'on ouvre en cas de désir de parler de sexualité plus tard et notamment en cas d'effet indésirable médicamenteux.

## C - Clinique

L'insuffisance de désir sexuel (IDS) ou le désir sexuel hypoactif (DSH), comme tout trouble sexuel, pourra être :

- **primaire** ou **secondaire**
- **récent** ou **ancien**
- **variable** ou **permanent**
- **secondaire à un autre trouble**
- **partenaire-dépendant**

On observe classiquement 5 étapes de dégradation :

1. **manque d'intérêt simple** : indifférence à des objets autrefois investis avec des rapports quand même possibles et qui peuvent être agréables (à ce niveau il faut toujours se poser la question de la dépression)
2. **manque de désir sexuel** avec une motivation faible pour l'activité sexuelle, des comportements d'évitement, une anticipation de l'échec et une coloration pessimiste

des situations sexuelles.

3. **manque d'excitation lors du rapport** avec dysfonctions sexuelles associées : érection faible, insuffisante pénétration, éjaculation prématurée, asthénique, perte d'érection avant l'éjaculation
4. **dyspareunies** qui se traduisent par des douleurs, des paresthésies, une pesanteur, une tension, des nausées, des migraines...
5. **aversion sexuelle** qui se définit par un refus des contacts corporels y compris toucher l'épaule avec des phénomènes agressifs, violences... surtout dans les antécédents

La découverte de l'inhibition du désir sexuel peut être fortuite dans le cadre d'une consultation. En effet le patient ou le couple peut consulter pour un autre problème (fertilité procréation) et si les 2 partenaires sont au même niveau d'inhibition il faut aborder le sujet avec beaucoup de prudence et de réserve, puisque là n'est pas leur demande.

Assez souvent l'homme vient consulter pour un trouble de l'érection mais on se rend compte dès l'interrogatoire qu'en fait ce n'est pas un problème d'érection mais de désir sexuel et il est important de remonter à la source du problème car le désir sexuel est le moteur de l'érection. Parfois le patient consulte pour ce problème d'inhibition du désir sexuel assez tard et sous la pression de la partenaire, elle-même souvent au point d'exaspération.

Dans certains cas le problème est masqué par une plainte psychosomatique : nausées, diarrhées, palpitations, colites, migraines qui ne sont que des céphalées en fait...) et derrière ces plaintes multiples et variées il est important d'aller voir ce qu'il se passe du côté de la sexualité. Dans d'autres cas le patient vient se plaindre d'un « désir à éclipses », son désir étant cyclique et cela est souvent lié à des motifs évidents de non-désir, souvent d'ordre professionnel.

### **Comment aborder le sujet ?**

Il est important de restituer l'individu dans son contexte de vie : qu'est-ce que vous avez fait comme cursus scolaire, professionnel, qu'est-ce que vous faites maintenant ? Le stress est une pression appliquée à une pièce métallique et qui vient de la métallurgie. La réponse au stress est la résilience et c'est la capacité d'une pièce mécanique à retrouver sa forme originale après avoir été soumise à un stress. Une fois qu'on a mis le doigt sur le stress on lui demande qu'elles sont les soupapes et notamment les loisirs et la recherche du plaisir. On peut ensuite passer sur « comment ça se passe dans votre vie sexuelle ». Au début de l'entretien on dit qu'on pose beaucoup de questions mais qu'on est pas juge d'instruction et que aucune des questions n'oblige une réponse et que si on ne veut pas en parler ou si on ne connaît pas la réponse il vaut mieux dire qu'on ne sait pas ou qu'on ne veut pas en parler plutôt que de se sentir obligé de répondre un truc qui nous mettra sur une fausse piste.

*Si on ne prend pas son temps on risque de le perdre.*

### **D- Etiologies des troubles du désir**

---

## 1 - Les causes organiques et iatrogènes

1. Les déficiences hormonales : testostérone basse, prolactine élevée
2. Les maladies asthéniantes : la différence entre fatigue et asthénie c'est que la fatigue répond au repos alors que l'asthénie c'est une fatigue qui ne s'améliore pas malgré le sommeil
  - maladies infectieuses (hépatite virale, MNI, HIV) :
  - maladies endocriniennes (insuffisance surrénale chronique, insuffisance thyroïdienne, insuffisance hypophysaire)
3. Certains médicaments : bêta-bloquants, antidépresseurs tricycliques, neuroleptiques, anxiolytiques (mais moins que l'anxiété en elle-même), ISRS (prolactine, deroxat=paroxétine, zoloft etc...), œstrogènes, anti-androgènes.
  - Ici se pose le problème de la iatrogénie : est-ce que le trouble est lié au traitement ou est-ce qu'il en est son révélateur ?
  - Ex : un patient se porte bien et à une sexualité épanouie. Soudain en consultant son médecin il lui diagnostique une hypertension à 19. Il est arrivé confiant et en bonne santé chez le médecin et repart malade avec une perturbation de l'image de soi. Quand il va rentrer chez lui il aura moins envie de s'amuser. Le traitement anti-hypertenseur va faire baisser la pression artérielle et peut-être révéler une dysfonction érectile parce que les artères périphériques étaient un peu bouchées par de l'athérome mais vu que la TA était très élevée il n'y avait pas de problème d'érection. Donc attention avant d'accuser le médicament dans ce cas là.
4. Toxiques : alcool, tabac. L'alcool est le plus ancien antidépresseur et le plus puissant des désinhibiteurs à condition de ne pas atteindre le point de sédation. Il y a des gens qui ont l'alcool gai et d'autres qui ont l'alcool triste. Dans le sevrage il est très fréquent d'avoir une perturbation du désir sexuel, qui peut durer un ou deux ans et qui peut motiver le patient à se remettre à boire et pour lequel il va falloir l'accompagner.

## 2 - L'anxiété sexuelle

Elle se manifeste avant ou pendant les rapports sexuels. Si elle est forte elle entraîne l'évitement déguisé assez souvent en « respect ».

1. il existe de nombreux fantasmes anxiogènes :
  - crainte de penser à autre chose
  - peur de ne pas donner du plaisir -> les encourager à chercher leur propre plaisir car si ils n'ont pas de plaisir leur partenaire n'aura pas de plaisir et vice versa
  - peur des MST
  - problème de la dysmorphophobie et notamment le « syndrome du vestiaire » avec image de soi dévalorisée
  - crainte de ne pas être propre ou de sentir mauvais
  - peur d'être vu ou entendu
  - risque de grossesse
  - peur de ne pas avoir d'érection ou d'éjaculation
  - peur de l'éjaculation prématurée
  - comment mettre un préservatif ? Va-t-il tenir ?

## 2. l'anxiété de performance

- l'érection est-elle bonne ? Va-t-elle durer ? Va-t-elle contenter ma partenaire ?
- Est-ce qu'elle me sent ? Est-ce qu'elle jouit ?
- Ma verge est-elle assez longue ? grosse ? rigide ?

A force de se poser des questions cela amènera à l'attitude de spectateur avec un homme qui au lieu de participer va regarder.

## **3 - Les troubles du désir secondaires à une autre dysfonction sexuelle :**

- du patient lui-même : trouble de l'érection, de l'éjaculation, de l'orgasme, dyspareunies...
- de sa ou son partenaire : vaginisme, dyspareunies, désir sexuel hypoactif -> à force de se faire jeter le désir sexuel s'estompe et se transforme en sport notamment des patients qui courent beaucoup, beaucoup, beaucoup, beaucoup, beaucoup.... avec génération d'endorphines qui font qu'il n'a plus besoin d'orgasme. L'addiction au sexe et à la course à pied ont en commun que ce sont des addictions aux endorphines.

## **4 - Antécédents de problématique personnelle**

- dans l'enfance (les modèles, blessures)
- dans l'adolescence (« touche pas ça c'est sale ! »)
- dans l'apprentissage : masturbation, premier rapport sexuel (l'empreinte), complexe de petit penis, phimosis...

## **5 - Les syndromes dépressifs**

## **6 - Les psychoses**

- C'est un trouble particulier qui nécessite une prise en charge par un psychiatre

## **7 - Le conflit conjugal**

## **8 - L'homosexualité de « révélation » tardive**

- C'est un homme qui en général est amené par sa femme et qui se sent fautif d'avoir ou d'avoir eu des fantasmes homosexuels et si il y a des rapports homosexuels le désir et l'érection sont bien là alors qu'avec leur femme il n'y a plus aucun désir. Souvent gros problème lié au fait qu'il y a des enfants en jeu.

## **9 - Les paraphilies**

- Fétichisme qui reste secret et si c'est découvert cela perd toute sa valeur érogène,
- voyeurisme,
- exhibitionnisme,
- pédophilie (dans ce cas là on n'est plus lié par le secret médical et on doit le signaler au procureur de la république)

## II - L'EXCES DE DESIR SEXUEL

---

Il faut chercher un certain nombre de choses très particulières :

### A - Causes organiques

---

- Lésions tumorales du SNC,
- AVC et trauma cérébraux,
- épilepsie temporale,
- toxiques (amphétamines)

### B - Causes psychologiques

---

États maniaques, état délirants, états d'hypersexualité compulsive, syndrome dépressif sous-jacent

### C - Causes iatrogènes

---

Requip®, DOPA, parlodel® peuvent entraîner des débordements sexuels car ce sont des dopaminergiques (neuromédiateur du système de récompense)

## III - PRISE EN CHARGE

---

Il n'y a pas de traitement spécifique de la dysfonction sexuelle. Ce qui est important c'est de savoir qu'on ne soigne pas un trouble mais une personne et qu'il faut essayer d'éveiller le patient en prenant toutes les précautions nécessaires afin qu'il soit réceptif donc soigner une dépression, un surmenage professionnel etc avant toute chose.

### A - Le traitement étiologique

---

Il y a une dimension étiologique à prendre en charge mais parfois on arrive par à trouver une cause particulière d'autant plus que c'est rarement une dimension de causalité linéaire et qu'on va avoir un certain nombre d'éléments qui se mettront en place et qui seront dépendants les uns des autres avant que les effets se mettent en place. D'ici là il faudra quand même tenter de mettre en place qqch pour soigner les patients.

- Dans l'hypogonadisme, les infections, la dépression et elle les psychoses on arrivera assez facilement à trouver une solution.
- Dans les maladies de couple il y aura un certain nombre de choses à faire d'un point de vue thérapie de couple sachant que l'objectif n'est pas forcément de recréer un monde idyllique mais simplement de recréer un dialogue dans le couple et faire en sorte qu'ils arrivent à se parler sans se disputer. Si les individus arrivent à se parler ils arriveront ensuite à comprendre une chose fondamentale qui est : est-ce qu'ils veulent continuer ensemble ou est-ce que leurs chemins vont se séparer ? Pour qu'un couple dure il faut que les 2 soient d'accord, pour qu'un couple se sépare un seul suffit.

L'énoncé des étiologies suffit pour comprendre la nécessité d'une approche pluridisciplinaire. En effet, à chaque niveau étiologique correspond une approche thérapeutique différente. En outre le traitement étiologique est parfois impossible et souvent insuffisant, surtout quand le trouble est installé depuis longtemps.

Un psychiatre pourra s'occuper d'une femme souffrant de vaginisme uniquement si un gynécologue l'aura examinée auparavant et aura pris un certain nombre de précautions pour orienter la femme vers le psychiatre. Mais si la femme n'est pas adressée par le gynécologue le psychiatre ne pourra pas faire le diagnostic.

## **B - L'intervention sexologique**

---

La sexothérapie va prendre en compte les points suivants :

- Développement de la conscience de son corps
- Développement d'une image positive de soi (sensualité, perception de soi et de son désir)
- Développement de la communication du couple
- Développement de l'intimité dans le couple
- Intervention sur les pensées négatives face à la sexualité
- Développement d'une image de soi comme sujet désirable et désirant
- Développement d'une fantasmatique sexuelle

Par exemple on peut proposer au couple de faire des massages. Évidemment on explique au couple comment ils doivent se masser mais on ne doit pas les masser nous même. On commence déjà par proposer au couple de se libérer 3x par semaine tous les 2 pendant 3/4h, de coucher les enfants, débrancher le téléphone et laisser éteindre la télé puis de parler ensemble. Rien que ça c'est très difficile pour les gens de faire ça. Les gens n'arrivent plus à se défaire de leur pseudo moyens de communication pour entrer dans une vraie communication avec leur partenaire. Rester 3/4h sans télé téléphone et ordinateur est très dur mais c'est une étape indispensable avant de pouvoir passer à l'étape suivante qui est le massage.

Parfois on reçoit des couples qui ne peuvent pas avoir de relations sexuelles parce qu'ils ont des enfants en bas âge et que tout le monde dort dans la même pièce avec le petit dernier qui dors dans le lit parental. Souvent on se rend compte que elle dans ces cas de figure qui paraissent simple si les gens se sont laissé entraîner dans ce genre de situation c'est qui, y a souvent des conduites de sabotage.

Certains patients ont une mauvaise image du sexe, c'est sale etc.

Il faudrait inventer des façons d'érotiser sa vie, le rapport à son corps, les contacts avec l'autre et consacrer du temps à vivre des moments particuliers en couple.

Il y a beaucoup de gens qui vient dans un quotidien difficile et qui ne pensent pas à s'évader.



## CITATIONS

---

On ne peut désirer ce qu'on ne connaît pas.

*Voltaire*

Le désir qui naît de la joie est plus fort, toutes circonstances égales d'ailleurs,  
que le désir qui naît de la tristesse

*Spinoza*

Et le désir s'accroît quand l'effet se recule

*Corneille*

## BIBLIOGRAPHIE

---

1. Enquête sur la sexualité en France, Nathalie BAJOS, Michel BOZON, 2006 ↵