

# L'ÉJACULATION RETARDÉE UNE DIFFICULTÉ PERSISTANTE

**L'éjaculation retardée est, par définition, une difficulté persistante ou récurrente à parvenir à l'orgasme, en dépit d'une phase d'excitation sexuelle normale.**

## **QU'EST CE QUE C'EST ?**

La notion « d'excitation sexuelle normale » est cependant sujette à interprétations. En pratique, l'homme est obligé de faire des efforts de concentration et a, généralement, besoin de stimulations intenses et prolongées pour parvenir à éjaculer. Dans certains cas, l'homme ne parvient à éjaculer que lorsqu'il est seul (par la masturbation) ou avec une pénétration très prolongée.

L'anéjaculation coïtale (impossibilité d'éjaculer lors de la pénétration) est pour certains une forme extrême d'éjaculation retardée.

On distingue l'éjaculation retardée primaire (depuis toujours) de l'éjaculation retardée (apparue après une période sans difficulté d'éjaculation). Elle peut être aussi qualifiée de permanente ou globale, si elle existe dans toutes les circonstances, ou de transitoire (ou situationnelle) lorsqu'elle ne se produit que dans certaines situations.

C'est un trouble relativement fréquent, même s'il est difficile d'obtenir des statistiques fiables étant donné le flou de la définition.

Dans la dernière étude nationale anglaise, publiée en 2003, 5,3% des hommes disaient avoir expérimenté une impossibilité à atteindre l'orgasme (et cela pendant au moins un mois) au cours de l'année écoulée (ils étaient 7,8 % dans l'étude nationale américaine NHSL). Cette difficulté se prolongeait même pendant plus de 6 mois pour 2,9 % d'entre eux. Bien que l'orgasme ne soit pas forcément synonyme d'orgasme, cela montre néanmoins que la difficulté à obtenir une excitation culminant dans l'orgasme est plus répandue chez l'homme qu'on ne le croit souvent.

## **QU'EST-CE QUI SE PASSE ?**

**L'éjaculation se produit normalement en deux phases.**

La phase d'émission dans laquelle le sperme en provenance des testicules et des vésicules séminales se rassemble dans l'urètre postérieur au niveau de la prostate. Cette phase est aussitôt suivie de la phase d'expulsion, dans laquelle le sperme est projeté à l'extérieur du pénis sous l'effet conjugué de la relaxation du sphincter urinaire externe (décontraction du muscle circulaire qui entoure l'urètre), de la fermeture du col vésical (pour empêcher que le sperme ne parte en arrière vers la vessie (éjaculation rétrograde) et de la contraction rythmique des muscles striés du plancher pelvien et des muscles bulbo-spongieux.

Le réflexe éjaculatoire peut être déclenché par des stimulations provenant du gland du pénis et par l'excitation mentale, dans une proportion variable. Il existe aussi des structures neurobiologiques dans le cerveau qui peuvent empêcher l'éjaculation

(centres inhibiteurs). Cela explique que certains patients souffrant d'éjaculation retardée puissent s'améliorer grâce au traitement psycho-sexologique.

Parmi les nombreux neurotransmetteurs susceptibles d'interférer avec le mécanisme de l'éjaculation, la sérotonine ( 5-hydroxytryptamine ou 5-HT) a particulièrement retenu l'attention des chercheurs, certains de ses récepteurs facilitant (expérimentalement chez le rat) l'éjaculation alors que d'autres la retarde. En pratique, on a pu observer que la prise chronique (pendant une longue période) d'IRSS, des médicaments antidépresseurs qui ont la particularité de diminuer la recapture de la sérotonine, allonge le temps de latence éjaculatoire (délai entre le début de la pénétration et l'éjaculation).

### **D'OÙ CELA VIENT-IL ?**

**La principale cause semble psychologique.**

Toutefois, les sexologues ne se sont pas mis d'accord sur une théorie unique.

Certains avancent l'idée que l'homme refuse volontairement (par hostilité inconsciente ou par conflit incestuel, par exemple) d'éjaculer dans sa partenaire voulant garder le contrôle à tout prix (fusse au prix de son propre plaisir) et il est parfois intéressant de mener un travail analytique (psychanalyse) pour mieux comprendre son rapport à la femme et le sens que l'on donne au rapport sexuel.

D'autres sexologues plaident en faveur de la recherche d'autres conflits inconscients qui poussent à ne pas vouloir affronter sa propre sexualité et à rester concentrer sur le plaisir de l'autre sans s'occuper de son propre plaisir.

Le débat est également ouvert entre ceux qui estiment que l'homme atteint d'éjaculation retardée souffre en fait d'un manque de désir sexuel (motivation) en dépit d'une érection suffisante et durable pendant l'acte, d'une part, et ceux qui pense qu'il s'agit avant tout d'une difficulté à exprimer ses goûts et envies sexuelles, ce qui conduit à un manque de stimulation adéquate et empêche d'atteindre un niveau d'excitation suffisant pour enclencher le réflexe orgasmique (excitation insuffisante).

On a aussi pu décrire une orientation auto-sexuelle dans lequel l'homme prend plus de plaisir (et d'excitation) dans la masturbation que dans la sexualité relationnelle.

### **LES AUTRES CAUSES SONT NOMBREUSES .**

*Causes physiologiques.* Certains chercheurs ont retrouvé une diminution de la sensibilité du pénis, un ralentissement du réflexe bulbo-caverneux en cas d'éjaculation retardée, ce qui suggère des différences naturelles entre les hommes ; d'autres insistent sur des habitudes de stimulations génitales particulières qui rendraient difficile l'équivalent lors d'un rapport sexuel avec partenaire (apprentissage d'un schéma de stimulation sexuel trop spécifique lors de la masturbation) et que l'homme hésiterait à reconnaître (honte, culpabilité, embarras...).

*L'âge.* La diminution de la sensibilité du pénis avec l'âge (une diminution de la conduction nerveuse sensorielle commencerait dès la troisième décennie de vie)

explique pour certains l'apparition secondaire (après une période sans difficulté) d'une éjaculation retardée.

*Causes congénitales.* En raison de malformations anatomiques. Dans ce cas, il s'agit plutôt d'anéjaculation (impossibilité d'éjaculer) permanente, c'est-à-dire dans toutes les situations, et primaire (depuis toujours).

*Causes anatomiques.* Suite à une opération chirurgicale notamment (résection transurétrale de la prostate, prostatectomie radicale, incision sphincter vésicale, chirurgie rectale, lymphadénectomie para-aortique, sympathectomie bilatérale).

*Causes neurologiques.* Neuropathie diabétique, atteinte de la moelle épinière, anévrisme de l'aorte abdominale.

*Maladies.* Sclérose en plaques, diabète, hypogonadisme, hypothyroïdie...

*Médicaments.* La plupart des traitements antidépresseurs (en particulier les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et les antidépresseurs tricycliques) ou des troubles compulsifs obsessionnels peuvent perturber l'éjaculation. De même que de nombreux psychotropes, anti-adrénergiques, anti-cholinergiques, anti-hypertenseurs...

*Alcoolisme.* Fréquemment accusé, on manque cependant d'étude pour affirmer le rôle de l'alcool dans l'éjaculation retardée.

## **CE QUE JE RESSENS**

La plupart des hommes souffrant d'éjaculation retardée disent avoir besoin de faire des efforts de concentration pour essayer d'accroître leur excitation. Ils décrivent aussi une sensibilité peu importante de leur pénis aux caresses ou aux sensations de la pénétration.

On peut aussi ressentir une certaine anxiété à l'idée de « ne pas y arriver » ou de perdre son érection avant d'avoir éjaculé, ce qui peut arriver.

Certains éprouvent également une « pression de performance » et craignent de décevoir leur partenaire en ne parvenant pas à éjaculer. Il est d'ailleurs fréquent qu'après une période où la partenaire n'est pas gênée par la capacité de l'homme à se retenir, elle s'en inquiète.

D'autant plus qu'il n'est pas toujours possible pour la partenaire de lui donner du plaisir par d'autres moyens (masturbation, fellation) et qu'il n'est pas rare que l'homme ne puisse pas non plus éjaculer par auto-stimulation en présence de sa partenaire. L'absence d'orgasme de l'homme est alors vécue comme un échec du rapport sexuel.

## **QUELS EXAMENS ?**

Un examen général est effectué par un médecin à la recherche de causes organiques ainsi que des tests neurologiques (mesures de la conduction nerveuse, testing des réflexes sacrés, bulbo-caverneux...).

En cas d'anéjaculation permanente et primaire, des examens morphologiques (pour étudier l'anatomie et le fonctionnement du circuit d'éjaculation) sont réalisés à base d'échographie et d'imagerie.

Si le médecin soupçonne une éjaculation rétrograde, une analyse d'urine à la recherche de sperme sera effectuée après un orgasme.

## **QUEL TRAITEMENT ?**

Un bilan sexologique approfondi doit être réalisé.

Le thérapeute va devoir évaluer comment évolue l'excitation sexuelle perçue (mentalement) au long du rapport sexuel.

On demande à l'homme de prendre conscience des fluctuations de son excitation. D'être capable d'évaluer (par exemple sur une échelle de 1 à 10) son excitation initiale, au moment de débiter un acte sexuel, puis pendant le rapport sexuel, en fonction des différentes pratiques sexuelles (faites ou reçues), du comportement de la partenaire (mais aussi la perception de son excitation, son engagement dans l'acte, ses attentes). On évalue aussi l'écart éventuel entre les actes réellement effectués et les préférences ou fantasmes personnels.

Le niveau d'anxiété, la pression de performance imposée (par soi-même ou par la partenaire), le niveau de ressentiment (ou de colère réprimée) envers la partenaire seront également mesurés, en raison de leur caractère anti-érotique.

Si des conflits intra-personnels ou inter-personnels non résolus existent, un travail sera effectué, en analyse ou en thérapie de couple. Il n'existe pas, à ce jour, de consensus sur la prise en charge de l'éjaculation retardée, ce qui traduit la nécessité du traitement personnalisé, adapté à chaque couple.

## **RÉFÉRENCES**

Wolters Jeffrey et col. Current Concepts in Ejaculatory Dysfunction, Rev Urol. 2006 ; 8 (suppl 4) : S18-S25.

Richardson Daniel et col. Recommendations for the management of retarded ejaculation: BASHH Special Interest Group for Sexual Dysfunction, International journal of STD & AIDS 2006, 17 : 7-13.

McMahon Chris et col. Disorders of Orgasm and Ejaculation in Men, Journal of Sexual Medicine, 1, 1, 2004.

Perleman Michael, Rowland David, Retarded ejaculation, World J Urol 2006.

Hartmann Uwe, Waldinger Marcel, Treatment of Delayed Ejaculation in Leiblum Sandra (ed), Principles and Practice of Sex Therapy, 4th edition 2007, The Guilford Press, New York.