

LES TROUBLES SEXUELS MASCULINS : CAUSES ET TRAITEMENTS



Dr Agnès Mocquard

Les troubles sexuels masculins

Ejaculation : généralités

Chez l'homme, l'orgasme est accompagné de l'éjaculation. Cette émission du sperme par le méat de l'urètre (orifice situé à l'extrémité de la verge) est un processus réflexe qui se produit lorsque l'excitation sexuelle dépasse un certain seuil.

Elle s'accomplit en deux phases intimement liées :

- Dans un premier temps, les canaux déférents, les vésicules séminales et la prostate se contractent en expulsant le sperme vers la base de l'urètre, ce qui provoque une tension de cette région. Cette étape est ressentie par l'homme comme un point de non-retour, l'orgasme va se produire. On parle de point d'inévitabilité éjaculatoire ;
- Ensuite c'est l'expulsion du sperme : les muscles situés autour de la base de la verge et de l'anus se contractent, s'accompagnant des sensations voluptueuses de l'orgasme. C'est l'éjaculation, le sperme est expulsé par le méat urétral.

Lors de la puberté, les premières éjaculations peuvent avoir lieu sans émission de sperme, sa production n'étant pas encore fonctionnelle.

Pendant le sommeil, elle peut se produire ; on appelle parfois ce phénomène émission nocturne ou pollution nocturne. Ces incidents ont surtout lieu au moment de l'adolescence mais également à l'âge adulte, de manière plus ou moins régulière. Ils sont considérés comme normaux. L'éjaculation nocturne ne correspond pas toujours à un rêve érotique. Enfin, il n'y a pas de corrélation entre l'abstinence sexuelle et leur fréquence.

L'éjaculation prématurée

L'éjaculation prématurée dans l'histoire

Médias, médecins, psychologues... Tout le monde parle de l'éjaculation prématurée et nous finissons donc par être persuadés qu'il s'agit là d'un trouble objectif, d'un réel défaut de fonctionnement. Qu'en est-il réellement ? Cette perception est-elle nouvelle ? Une mise en perspective historique apparaît judicieuse.

D'un point de vue physiologique, le fait qu'une fonction du corps se réalise efficacement et rapidement est un signe de bon état de l'organisme et non l'indice d'un défaut ou d'une maladie. Mais une fois libérée de la seule procréation, la sexualité humaine devient une des sources possibles de plaisir. Devenus un jeu en soi, les rapports charnels peuvent gagnés en intensité par la durée de ce jeu. De là à ce que tous considèrent la prolongation du jeu comme un impératif...

Chez les primates : une rapidité extrême

Nos cousins primates, dont certains consacrent du temps à leur sexualité, ont exploré un grand nombre de jeux sexuels mais ne semblent pas intéressés par les sensations liées au prolongement de la durée d'intromission : même chez les bonobos, un coït n'excède pas quinze à vingt secondes. Les mâles de cette espèce prennent pourtant en considération le plaisir de leur partenaire puisqu'ils règlent leurs mouvements sur les réactions de la femelle et interrompent le rapport si la guenon ne s'excite pas. Par ailleurs, les femelles bonobos passent de longues minutes à se caresser le clitoris et à se frotter mutuellement la vulve.

Une rapidité "virile"

Dans l'Histoire, celle des hommes cette fois-ci, on trouve aux quatre coins du globe, et à toutes les époques, une relation entre la virilité et la rapidité d'éjaculation, signe de bonne santé et de capacité reproductrice. Des concours entre mâles, visant à désigner celui qui est capable d'éjaculer le plus vite ont existé ici et là. On n'a par contre jamais mis en évidence des joutes au cours desquelles le plus lent serait le vainqueur. La durée du rapport n'a donc été, pendant des millénaires, qu'une affaire de goût privé, propre à tel individu ou tel couple, affaire dont l'écho ne transparaît pas dans les documents qui subsistent de ces époques. Dans l'histoire, le seul groupe social un peu important à avoir recherché la maîtrise de l'éjaculation est celui des riches Chinois capables d'entretenir plusieurs femmes. Celles-ci pouvaient en effet obtenir le divorce si elles n'étaient pas comblées.

Pour le plaisir des femmes

Dans des tablettes babyloniennes, rédigées plusieurs siècles avant notre ère, les chercheurs ont découvert des prières de femmes bien curieuses. S'adressant aux Dieux, elles réclament que leur amant soit "persévérant" et leur procure ainsi, lors des rapports sexuels, tout le plaisir physique qu'elles désirent.

Ovide, en rupture avec la société romaine machiste de son temps, écrit dans l'Art d'aimer : "Crois-moi, il ne faut pas hâter le terme de la volupté, mais y arriver insensiblement après des retards qui la diffèrent... Mais ne va pas, déployant plus de voiles que ton amie, la laisser en arrière...".

Les auteurs érotiques de l'Inde ont abordé le sujet : "L'homme doit continuer ses mouvements, même si son orgasme s'est produit le premier". Pour y parvenir, certains s'exercent à parler pendant l'acte afin de retarder l'orgasme ou s'appliquent occasionnellement un peu d'opium en pâte sur le gland, toujours dans le même but.

Au XVI^e siècle, des théologiens européens savent bien que l'homme peut éjaculer avant l'orgasme de sa femme puisqu'ils prescrivent alors la reprise du rapport ou de caresses appropriées afin que la femme jouisse à son tour. Ils ne sont pas pour autant obnubilés pour autant par le concept de durée.

L'avis des scientifiques en pleine évolution

La longueur de l'acte sexuel est même un inconvénient pour les médecins du XIX^e siècle, qui pensent que l'obtention rapide et sans obstacle de l'orgasme est nécessaire afin de préserver la vigueur des réflexes. Ils sont convaincus que seuls les alcooliques et les patients atteints de maladies nerveuses tardent à éjaculer.

En 1948, Kinsey juge que la plupart des hommes pourraient, à la suite d'un apprentissage, atteindre la maîtrise de l'éjaculation. Mais il considère qu'il n'y a pas d'intérêt à se retenir et préconise plutôt de s'abandonner à son excitation et à son plaisir : "Seule une fraction de la population mâle considérerait l'acquisition d'une telle compétence comme un substitut désirable aux rapports sexuels directs et rapidement effectués".

Tout savoir sur l'éjaculation prématurée

Phénomène réflexe, l'éjaculation accompagne l'orgasme chez l'homme. Or, décider du moment de sa survenue n'est pas toujours une évidence. La sensibilité et l'émotivité ne permettent pas à certains de maîtriser leur excitation sexuelle. Quand parle-t-on d'éjaculation prématurée ou précoce ? Comment surmonter ce trouble ?...

L'éjaculation prématurée n'est pas une maladie à proprement parler, mais un phénomène "réflexe" qui toucherait plus de 30 % des hommes. Quelles en sont les causes ? Est-ce un phénomène fréquent ? Découvrez l'essentiel sur l'éjaculation prématurée.

Les termes "éjaculation précoce" et "éjaculation prématurée" peuvent être employés indifféremment. Ils recouvrent une réalité identique dont nous vous présentons les principales caractéristiques.

Quand parle t-on d'éjaculation prématurée ?

On parle d'éjaculation prématurée quand l'éjaculation survient trop vite. La notion d'un temps minimum n'a pas cours. Qu'elle ait lieu avant la pénétration ou 5 minutes après, le problème est le même, il n'y a pas de contrôle.

"On peut ainsi parler d'éjaculation prématurée lorsque l'orgasme se produit en tant qu'acte réflexe, c'est-à-dire lorsqu'il échappe au contrôle volontaire du sujet une fois que, chez ce dernier, l'excitation sexuelle a atteint une certaine intensité" déclare Helen Kaplan.

Ce n'est pas une maladie

Il ne s'agit pas d'une maladie à proprement parler. L'homme qui éjacule rapidement fonctionne sexuellement bien... même trop bien. Ses réactions sexuelles sont rapides et dans notre monde c'est souvent une qualité d'avoir de bons réflexes. Cependant, la sexualité est une relation à deux et pour partager du plaisir il peut être important de pouvoir retarder le moment de l'orgasme.

Primaire ou secondaire ?

L'éjaculation prématurée peut être :

- **Primaire** si elle a toujours été présente dans la sexualité de l'homme ;
- **Secondaire** si elle survient après un temps de sexualité sans problème.

Mais la distinction n'est pas toujours si facile. Parfois, le moment crucial n'intervient pas trop tôt, sans avoir pour autant le contrôle du réflexe éjaculatoire. Ainsi ces hommes ne s'estiment éjaculateurs prématurés que dans un second temps, lorsque cette belle mécanique n'est plus synchrone. Il ne s'agit pas d'éjaculation secondaire pour autant, car leur manque de contrôle dès le début de leur vie sexuelle permet de les diagnostiquer comme souffrant d'éjaculation prématurée primaire.

Est-ce fréquent ?

Dans l'enquête réalisée en 1992 sur le comportement sexuel des Français*, 37 % des hommes affirment avoir une éjaculation rapide souvent ou parfois.

La plupart des hommes en sont victimes lors de leurs premiers rapports sexuels. Pour une grande majorité d'homme, le contrôle de l'excitation et donc du moment de l'éjaculation va se faire au fil des expériences sexuelles. Pour les autres (30 % environ), il ne sera pas possible.

Pourquoi un homme a une éjaculation rapide ?

Les hommes souffrant d'éjaculation prématurée ont une excitabilité plus importante que les autres, ce qui les empêche d'apprendre par eux même à gérer leur excitation sexuelle. Ils n'arrivent pas à repérer les sensations prémonitoires de l'orgasme, qui sont à la base du contrôle. Pourquoi en est-il ainsi : Causes psychologiques ? Susceptibilité physiologique ?... Actuellement, il reste des interrogations sur ce point. Des recherches ont démontré une action des neurotransmetteurs centraux.

L'atteinte du septième ciel est dépendante du niveau d'excitation sexuelle. Quand on parle de contrôle de l'éjaculation, ce n'est pas tout à fait exact ; en fait, c'est l'excitation sexuelle que l'homme doit maîtriser. Cet apprentissage passe par le repérage des sensations prémonitoires du coït et la maîtrise de l'excitation sexuelle.

Attention à ne pas confondre sensations prémonitoires de l'orgasme et inévitabilité éjaculatoire, moment où le réflexe orgasmique se déclenche.

Y a-t-il des facteurs favorisants ?

Le stress favorise l'établissement rapide de l'éjaculation et souvent un cercle vicieux s'instaure : l'homme craint l'échec et cette appréhension favorise l'accident.

La mésentente conjugale ne peut avoir pour origine une éjaculation prématurée. Dans un couple en harmonie, ce problème est accepté sinon le couple prend les moyens de le résoudre. Par contre en cas de crise, ce phénomène est souvent mis sur le devant de la scène, masquant les réels problèmes d'entente du couple.

L'éjaculation prématurée en 10 questions

Les tabous ont longtemps laissé dans l'ombre ce problème pourtant très fréquent. Honteux de ne pas assurer, de ne pas être performants, les hommes éjaculateurs prématurés sont souvent réticents à en parler. Nous répondons par avance à leurs questions.

1 - Qu'appelle-t-on éjaculation prématurée ?

On parle d'éjaculation prématurée quand un homme éjacule trop vite. Mais que veut dire trop vite ? Quelle est la norme ? Est-il question d'un temps minimum, d'un nombre de mouvements de va-et-vient ? En fait, seule l'estimation de l'homme et de sa partenaire est importante : on parle d'éjaculation prématurée si l'éjaculation survient avant que l'un ou l'autre le souhaite. L'éjaculation peut survenir parfois avant même la pénétration vaginale.



Ne pas avoir d'éjaculation prématurée, c'est pouvoir décider du moment de l'éjaculation. C'est avoir la possibilité de retarder le moment de l'orgasme.

2 - Y a-t-il une différence entre l'éjaculation prématurée et l'éjaculation précoce ?

On utilise indifféremment les deux termes. On peut également dire "éjaculation rapide".

3 - Beaucoup d'hommes souffrent-ils de ce problème ?

Plus d'un homme sur trois est confronté à cette difficulté ! Dans l'enquête sur la sexualité des Français réalisée en 1992, 37 % des hommes affirment avoir une éjaculation rapide souvent ou parfois. Ce chiffre rejoint ceux de la littérature internationale sur ce sujet (36 à 38 %).

4 - Est-ce une maladie ?

Non, ce n'est pas une maladie. Jusqu'ici on ne savait pas exactement pourquoi certains hommes contrôlaient facilement leur éjaculation alors que d'autres ne pouvaient y parvenir. Des recherches récentes laissent penser que des neuromédiateurs cérébraux

jouent un rôle dans la capacité à retarder le moment de l'éjaculation. Le stress et l'anxiété accélèrent l'éjaculation sans être pour autant les seuls facteurs responsables de l'éjaculation précoce.

5 - Le problème de l'éjaculation prématurée est-il héréditaire ?

Des travaux préliminaires tendent à le démontrer. Mais aujourd'hui aucune étude n'a été publiée sur ce sujet ni pour confirmer ni pour infirmer cette hypothèse.

6 - La circoncision permet-elle de régler le problème de l'éjaculation prématurée ?

On l'a longtemps pensé mais aujourd'hui on sait que la circoncision ne change rien à l'éjaculation prématurée. L'idée était sans doute de diminuer la sensibilité du gland ; cette moindre excitabilité devant freiner la survenue de l'éjaculation. En fait, il y a autant d'éjaculateurs prématurés chez les hommes circoncis que chez les autres.

7 - Existe-t-il des médicaments permettant de traiter ce problème ?

Oui, certains antidépresseurs ont démontré leur efficacité pour retarder le moment de l'éjaculation. Mais s'ils permettent de traiter le symptôme, ils ne traitent pas la cause de l'éjaculation prématurée. C'est pourquoi dès lors que le traitement est arrêté, le problème revient. Certains hommes trouvent l'effet de ces médicaments insuffisants, le rapport sexuel leur paraissant toujours trop court. Il faut savoir que ces médicaments ne font que retarder de peu l'éjaculation. Le médicament le plus utilisé actuellement est le Deroxat®.

8 - Y a-t-il des "petits trucs" permettant de retarder l'éjaculation ? Faut-il penser à autre chose ? Se masturber avant le rapport sexuel ? Enchaîner un deuxième rapport ou respirer d'une certaine manière ?

Tous ces trucs peuvent marcher mais ils ont leurs limites. Penser à autre chose permet de diminuer l'excitation sexuelle et de retarder le moment de l'éjaculation. Mais s'il n'y a plus d'excitation sexuelle c'est aussi l'érection qui risque d'en souffrir et sans érection... le rapport sexuel risque également d'être interrompu prématurément ! Avoir le rapport sexuel après une première éjaculation (soit par la masturbation, soit par un rapport sexuel) est une solution possible à condition d'être jeune... En effet, il ne faut pas oublier que les hommes ont une période réfractaire. Cette période n'est que de 5 à 30 minutes vers 20 ans, mais augmente avec l'âge. Il arrive un moment où il faudrait attendre 2 à 3 heures pour qu'une nouvelle érection soit possible !

9 - Existe-t-il d'autres thérapeutiques que des médicaments pour régler ce problème ?

Oui et les méthodes d'apprentissage du contrôle de l'éjaculation ont fait leur preuve. Mais cela demande de la persévérance et la répétition d'exercices avec une partenaire. Moyennant un bon entraînement, les échecs sont très rares. Attention, certaines méthodes vulgarisées sont incomplètes ; le fait de serrer la verge lors du rapport sexuel (le squeeze), par exemple, n'a jamais permis de traiter l'éjaculation rapide. Nous vous proposons un programme interactif qui vous permettra de repérer les sensations prémonitoires à l'orgasme et de maîtriser le contrôle de votre éjaculation. Mais si vous souhaitez disposer d'un suivi plus personnalisé, n'hésitez pas à consulter un sexologue.

10 - Une femme peut-elle accepter de vivre avec un homme victime d'éjaculation précoce ?

Bien sûr ! Si l'on considère le pourcentage d'hommes souffrant de ce problème, de nombreuses femmes y sont également confrontées. Beaucoup de couples ont appris à vivre avec. Il existe de multiples façons de se donner du plaisir, le coït n'étant qu'un de ceux-ci. Et n'oublions pas que les femmes comme les hommes ne choisissent pas leur partenaire sur le seul critère de leurs performances sexuelles !

Peut-on vivre une sexualité harmonieuse malgré l'éjaculation rapide ?

Appréhension, peur de décevoir... l'éjaculation prématurée peut handicaper une histoire sentimentale dès la rencontre. Dans quelle mesure ce trouble constitue-t-il un handicap à une relation amoureuse ? Mais la pénétration n'est pas le seul chemin vers un plaisir réciproque. Enfin, une mise en perspective historique permet de noter que ce phénomène n'a pas toujours été qualifié de trouble, bien au contraire.

La sexualité est une activité de volupté et de jeu, dont la finalité est la jouissance - la procréation étant plus aléatoire. Le plaisir pour l'homme comme pour la femme peut s'obtenir de mille et une manières, alors pourquoi l'incapacité à faire durer la pénétration vaginale serait-elle considérée dans nos sociétés comme un problème ?

L'éjaculation rapide n'est pas une maladie. Au contraire, elle est le signe d'une très bonne réaction physiologique à l'excitation sexuelle. A d'autres époques, ce phénomène n'était pas considéré comme un problème. Pourquoi aujourd'hui



l'éjaculation rapide est-elle alors envisagée comme un handicap et non un signe de bonne santé, de bonne réactivité ? La libération des mœurs sexuelles avec les revendications légitimes des femmes sur leur droit au plaisir, aurait-elle fait de la durée minimale du coït une obligation ?

Une sexualité au service de la sensualité

L'homme qui éjacule rapidement se laisse aller à son émotion et à ses sensations. Ce manque de maîtrise ne correspond pas au stéréotype d'un homme fort, qui assure en toute situation. Bien que l'image machiste latine ait évoluée, elle reste ancrée dans les têtes.

La sexualité peut cependant s'envisager sans la pénétration vaginale ou en lui laissant une place secondaire. L'ensemble des caresses, ce qui s'appelle communément les préliminaires amoureux, peuvent devenir le centre de la sexualité. L'orgasme peut s'obtenir pour l'homme, comme pour la femme par des attouchements. Beaucoup de couples adhèrent à cette sexualité non centrée sur la pénétration, par choix ou pour vivre sereinement avec une éjaculation précoce. Les hommes ont parfois peur que leur femme les compare à des partenaires antérieurs sur la durée des rapports sexuels. Mais la comparaison pourrait porter sur les caresses prodiguées avec plus ou moins de tact et de sensualité et là, tout le monde peut être gagnant !

L'inventivité au service du plaisir

Ainsi, inverser le schéma classique, faire des "préliminaires" le moment fort de la sexualité et la pénétration vaginale un moment parmi les autres voire la laisser de côté, ne pas en faire un passage obligé, permettra au couple de réinventer sa sexualité.

Pour beaucoup de femme, le plaisir s'établit plus facilement et plus intensément par les stimulations du clitoris et même du vagin avec les doigts ou la langue. Les hommes aussi sont friands des caresses buccales. Un godemiché peut également être utilisé dans les jeux sexuels.

Chacun donne et reçoit. Qu'importe qui, de l'homme ou de la femme, connaît le premier la jouissance : l'autre sera attentif, ensuite, à poursuivre ses caresses pour qu'advienne l'orgasme de son partenaire.

L'éjaculation prématurée : un handicap pour une rencontre amoureuse ?

Les hommes souffrant d'éjaculation prématurée ont parfois des difficultés à se projeter, à s'imaginer dans une histoire amoureuse. Trop souvent, leurs pensées les projettent dès la rencontre dans l'échec de la relation sexuelle et la déception de sa partenaire... Partant perdant, il renonce avant d'avoir essayé. Pourtant, la situation est loin d'être aussi noire.

Vivre au présent permet les rencontres. De quelques instants, de quelques jours ou de toute une vie, personne ne peut le prédire. Encore faut-il pouvoir s'accepter soi-même avec ses imperfections.

Pas à l'origine de rupture

L'éjaculation prématurée ne peut être responsable à elle seule de la rupture au sein d'un couple. Dans une relation uniquement basée sur la sexualité, elle sera parfois un obstacle. Surtout si la femme recherche un plaisir vaginal et uniquement ce plaisir-là. Mais peu de femmes sont dans ce cas. Leur capacité de jouissance passe autant par le clitoris et les caresses que par un rapport sexuel.



Pour une femme, comme pour un homme, le charme d'une rencontre est constitué d'un ensemble d'éléments : la façon d'être de l'autre, le souvenir conscient ou non d'une personne connue, les centres d'intérêts communs, la découverte d'un monde différent ou d'une façon de voir la vie, l'intérêt que l'autre vous porte. Les histoires d'amour naissent de tout cela. Le fait que l'autre présente un défaut ne sera problématique que si le lien ne peut se faire.

Lorsqu'une relation amoureuse s'est installée entre deux personnes, l'éjaculation prématurée ne peut être un obstacle à la poursuite de leur idylle. Bien sûr, ce problème constituera peut-être une frustration, mais celle-ci pourra être compensée par beaucoup de caresses et d'attention au plaisir de l'autre. D'autant qu'un traitement est toujours possible. Le nouveau couple pourra résoudre ensemble ce problème ; leur sexualité relationnelle en sera renforcée.

Un prétexte plus qu'un problème

Malgré toutes ces réassurances, il est parfois difficile de sortir de l'impasse : l'homme se vit comme indigne de l'intérêt d'une femme à cause de son éjaculation rapide. C'est

souvent l'arbre qui cache la forêt : l'éjaculation est le problème mis en avant car il apparaît comme évident, alors que d'autres problématiques moins avouables, moins repérables sont pourtant responsables de l'échec relationnel : timidité, peur des femmes, manque de confiance en soi... Il faudra regarder en face tous ces problèmes et peut-être choisir l'aide d'un thérapeute pour les affronter.

L'éjaculation prématurée ne peut être un obstacle pour une rencontre amoureuse. Elle peut parfois prendre sa place dans les confidences que le couple échange pour mieux se connaître. Sans nier son désagrément il n'est pas juste d'en faire une montagne insurmontable.

Ejaculation précoce : des petits trucs pour la surmonter

Symptôme un peu à part en sexologie, l'éjaculation prématurée peut se résoudre par une rééducation, un apprentissage du contrôle de l'éjaculation. L'homme devra simplement repérer l'imminence de l'orgasme et maîtriser son excitation pour ne pas l'atteindre trop rapidement. Des petits trucs aux vraies méthodes, zoom sur les traitements.



Faut-il prendre les choses en main ?

Certains recommandent de se masturber en prévision d'un rapport sexuel, en vue de réduire leur excitation au moment crucial. Outre les désagréments assez rares évoqués dans le film "Mary à tout prix", il n'est pas toujours facile de recourir à cette méthode en fonction de l'environnement. Enfin, un imprévu peut précipiter le moment du rapport sexuel alors même que l'homme vient de se masturber... Mieux vaut ainsi ne pas systématiser cette pratique et lui préférer un véritable contrôle de l'éjaculation.

Varier les plaisirs et les positions

Selon certains hommes, quelques positions sexuelles leur permettent d'avoir un meilleur contrôle de l'imminence orgasmique. La tension musculaire aurait pour effet de précipiter l'orgasme chez les éjaculateurs précoces, ainsi on comprend que les positions comme le missionnaire ou d'autres plus acrobatiques sont peu recommandées. La plus appropriée est sans aucun doute la position d'Andromaque. Mais cette solution risque de devenir rapidement bien monotone...

La position amoureuse d'Andromaque

Pour les anciens, il était connu qu'Andromaque, la femme du grand héros d'Homère, Hector, "chevauchait son époux", et ils racontaient que "derrière les portes, les esclaves phrygiens se masturbaient chaque fois qu'Andromaque montait le cheval d'Hector". Le couple légendaire donne ainsi sa caution à une position pourtant controversée : l'homme y est en situation inférieure, la femme le domine et a la maîtrise du jeu.

Aujourd'hui les sexologues conseillent cette position à tous les "apprentis-amoureux", aussi bien aux femmes qui désirent découvrir l'orgasme pendant la pénétration, qu'aux hommes qui veulent apprendre à maîtriser leur éjaculation.

Une femme qui ne parvient pas à l'orgasme lors du rapport peut choisir de caresser son clitoris. Attouchements effectués pendant la pénétration, qui lui permettront d'obtenir le plaisir recherché. C'est dans ce cas la possibilité de se caresser pendant l'acte sexuel qui rend cette position intéressante : elle est plus favorable aux caresses que celle du missionnaire, mais pas plus que la position où l'homme est dans le dos de la femme. En tout cas, d'après certaines enquêtes, cinquante pour cent des femmes européennes jouissent, pendant la pénétration, grâce aux caresses.



Cependant, certaines femmes recherchent l'excitation clitoridienne non par caresse manuelle mais par frottement contre le pubis et la toison de l'homme. La supériorité de la position d'Andromaque est alors indéniable : en missionnaire, la femme a peu de marge de manœuvre pour bouger les hanches et se retrouve plus ou moins coincée. En position d'Andromaque, elle a toute liberté de creuser les reins et de régler l'inclinaison de son buste afin de trouver l'angle idéal. Le contact entre son clitoris et le pubis de son partenaire sera ainsi le plus adéquat. En outre, elle sera maîtresse de l'intensité de la pression, du rythme du mouvement de frottement et elle pourra s'adapter aux sensations qu'elle ressent.

Toutes les conditions sont réunies pour que le jeu soit efficace et mène progressivement à l'orgasme désiré.

Quant à l'homme désirant maîtriser son éjaculation, il doit rechercher une position décontractée rendant le jeu érotique possible, facile. Il peut ainsi se détacher d'une excitation qui ne proviendrait que du va-et-vient dans le vagin, approche assez difficile avec la position du missionnaire. En position d'Andromaque, il bouge peu (pour que son cerveau se décrispes et qu'il perde son appréhension d'être pris par surprise) et reste excité par la vue du corps de sa compagne (ses hanches et ses seins, comme son visage); les caresses et les baisers, faciles à donner et à échanger, jouent également un rôle important. La variété des occupations érotiques possibles entraînera son esprit loin de ses peurs. La sexualité pourra cesser d'être une épreuve et retrouver son caractère ludique.

Au-delà de tout apprentissage, cette position est aussi pleine d'agréments. La femme peut ainsi jouer avec la verge en elle, explorer à sa fantaisie les mouvements qui feront varier les sensations qu'elle est susceptible d'en retirer. Et elle donnera ainsi à son compagnon le spectacle de son corps qui bouge et qui vit, celui de la montée de son désir et de son excitation : moments chargés d'érotisme aussi bien pour elle qui s'offre que pour lui qui en reçoit le cadeau.

Les préservatifs retardants

Depuis quelques mois, des préservatifs retardants apparaissent sur le marché. Bien que ne ciblant pas uniquement les hommes victimes d'éjaculation prématurée, ils peuvent parfois constituer une aide. Diverses solutions sont désormais proposées par les fabricants :

- Forme spécifique pour l'Endurance de Manix® ;
- Epaisseur plus importante pour le Long Pleasure de Hansaplast® ;
- Un gel anesthésiant à base de benzocaïne pour le Performa de Durex®.

Les médicaments traitent le symptôme, pas la cause

Certains antidépresseurs permettent de retarder le moment de l'éjaculation. Mais il s'agit-là d'un traitement symptomatique qui ne prend pas en charge la cause du trouble. Ainsi, dès l'arrêt de la prise des produits, le problème revient. Enfin, leur efficacité n'est pas garantie et pour certains hommes, le rapport sexuel reste trop court. Le médicament le plus utilisé actuellement est le Deroxat®.

Les méthodes héritées des travaux de Masters et Johnson

Différentes méthodes permettent de mieux contrôler l'arrivée de l'éjaculation. Chacune d'elle amène l'homme à repérer les sensations d'alerte de l'orgasme et ainsi de mieux maîtriser son excitation sexuelle. La plupart des ces solutions sont issues des travaux de Masters et Johnson, deux sexologues américains qui, dans les années 1960, ont mis au point des méthodes spécifiques de traitement des troubles sexuels.

Il s'agit ainsi des méthodes "start and stop" ou "Masters et Johnson" qui reposent toutes deux sur un travail à deux. En excitant progressivement l'homme, la femme restera à son écoute afin de ne pas atteindre le point de non-retour. Quand l'homme demande la fin des stimulations, les sexologues américains recommandent une pression (baptisée squeeze) du frein du pénis, qui se poursuivra jusqu'à ce que l'homme ne ressente plus l'imminence de l'éjaculation.

Le traitement de l'éjaculation prématurée

Depuis toujours les hommes affectés par ce problème ont tenté d'apprendre à contrôler leur éjaculation. Aujourd'hui certaines méthodes font leur preuve mais elles demandent un effort important du couple. Des traitements médicamenteux sont également disponibles depuis peu.

Des méthodes permettent l'apprentissage du contrôle de l'éjaculation. Il est question pour l'homme de repérer les sensations prémonitoires de l'orgasme et de maîtriser son excitation sexuelle. La plupart des ces méthodes sont issues des travaux de Masters et Johnson, deux américains qui dans les années 60 ont étudié la sexualité humaine et ont mis au point des méthodes spécifiques de traitement des troubles sexuels.



La rééducation du contrôle de l'éjaculation

- Une sexothérapie de couple conduite par un sexologue donne généralement de bons résultats ;
- Si vous êtes en couple et que votre partenaire est prête à vous aider, vous pouvez si vous voulez essayer de traiter votre problème seul en suivant nos conseils.
- Si vous n'avez pas de partenaire régulière, vous pouvez également commencer votre apprentissage par les indications données pour cette situation.

Des médicaments pour l'éjaculation prématurée

Certains médicaments ont le pouvoir de ralentir l'établissement du réflexe de l'éjaculation (comme l'alcool d'ailleurs, qui est bien connu pour ralentir les réflexes). Leur inconvénient principal est qu'ils ne traitent pas réellement le problème. C'est une béquille, l'arrêt du médicament voit le retour de l'éjaculation rapide. De plus pour certains, le gain de temps reste faible (le rapport sexuel dure trois minutes au lieu d'une...).

D'autres traitements

D'autres méthodes sont parfois utilisées, seules ou associées à l'apprentissage : la relaxation, l'hypnose, la sophrologie ou la psychothérapie.

Rappelons que contrairement à certaines idées reçues, la circoncision n'a jamais traité l'éjaculation prématurée. Les petits trucs comme penser à autre chose de non excitant pendant la relation sexuelle, vouloir être indifférent à la situation excitante qui se déroule, ne peuvent que gêner les rencontres sexuelles, avec le risque que l'excitation baisse vraiment au point de faire disparaître l'érection.

Conseils pour résoudre le problème d'une éjaculation rapide seul

L'éjaculation prématurée se produit lors des rencontres sexuelles avec un partenaire et de ce fait il est difficile de modifier ce comportement en dehors de cette situation. Malgré tout si vous êtes seul et que vous désirez commencer votre apprentissage du contrôle de l'éjaculation vous pouvez suivre les conseils suivants.

Lors de la masturbation prenez l'habitude de ménager des arrêts dans la montée de l'excitation, le moment de l'éjaculation sera repoussée. Vous repérerez les sensations prémonitoires de l'orgasme, c'est-à-dire le moment où vous devrez vous arrêter pour ne pas enclencher le réflexe éjaculatoire.



Ce ne sera qu'un début pour vous mais cette étape vous aidera ensuite. Lors du rapport sexuel l'excitation est fréquemment supérieure et sans doute différente de celle de la masturbation. Vous saurez donc vous contrôler seul, il vous restera à apprendre à le faire lors de l'acte sexuel avec votre partenaire.

Vous pouvez également apprendre à vous détendre et à mieux sentir votre corps. Certaines démarches comme la relaxation, la sophrologie ou le yoga sont des supports intéressants.

Conseils pour résoudre en couple le problème d'une éjaculation rapide

Découvrez les secrets d'une méthode qui fonctionne ! Attention, le chemin vers la maîtrise orgasmique n'est pas toujours facile mais il pourra très certainement résoudre vos problèmes d'éjaculation prématurée. Chaque étape est importante, n'en négligez aucune.

Cette méthode a fait ses preuves mais ce n'est pas la seule. La difficulté de cette démarche est la rigueur ; il faut accepter, pendant quelques semaines ou quelques mois (cela dépend du temps que l'on peut y consacrer), de limiter les échanges sexuels, et même au début de ne plus avoir de rapports sexuels. Il est question de changer les habitudes et en particulier celle d'éjaculer rapidement, chaque étape est importante, il ne faut pas vouloir aller trop vite...

Première expérience : Redécouvrir son corps

Ce premier exercice a pour but de favoriser la détente et la capacité de concentrations sur ses sensations.

Vous allez prendre le temps de vous caresser mutuellement sur l'ensemble du corps sans caresses sexuelles, ni rapports sexuels. Des caresses, des baisers, des massages désintéressés, le seul but est de sentir son corps et de se détendre. L'un est actif, l'autre passif. Bien sûr ces expériences sont importantes pour l'apprentissage de l'homme mais dans tous les cas, l'échange sera respecté. La partenaire appréciera sûrement ces caresses.



Cette expérience est frustrante car limitée, elle ne permet pas d'atteindre l'orgasme, mais cette phase de la rééducation est primordiale : l'homme doit sentir que son excitation peut monter et également descendre.

Cette expérience doit être réalisée trois à quatre fois avant de passer à la deuxième étape.

Deuxième expérience : Détecter l'imminence orgasmique

L'objectif cette fois-ci est le repérage des sensations prémonitoires de l'orgasme.

L'homme est allongé sur le dos. La femme stimule le sexe de son partenaire. L'homme doit se concentrer sur les sensations induites par ces caresses. Quand il sent les sensations annonciatrices de l'orgasme, il donne un signal à sa compagne qui arrête à

ce moment de le stimuler. Attention à ne pas confondre le point de non-retour qui marque le début du déclenchement du réflexe éjaculatoire (le point d'inévitabilité) et les sensations prémonitoires annonçant la venue de ce seuil.

La femme décide du nombre d'arrêts et donc du moment de l'éjaculation. Cette expérience est considérée comme réussie si l'éjaculation a bien lieu lorsqu'elle le décide.

Par des caresses sur le corps, puis sexuelles, l'homme stimule ensuite sa partenaire pour l'amener à l'orgasme.

Faire quatre à cinq expériences réussies.

Troisième expérience : Start and stop

La phase suivante est très proche de la précédente. Cette fois, c'est par son vagin que la femme stimule la verge.

L'expérience commence par des caresses non sexuelles mutuelles et se poursuit par une pénétration. L'homme et la femme doivent arriver à un état d'excitation permettant la pénétration vaginale (érection pour l'homme, lubrification pour la femme).

C'est la femme qui réalise la pénétration. L'homme est allongé sur le dos, la femme à califourchon sur lui. L'homme est passif. Juste après la pénétration, elle ménage un temps d'arrêt. Puis elle a des mouvements de bassin.

De même que précédemment, lorsque l'homme indique par un signal l'arrivée des sensations prémonitoires, les mouvements de bassin de la femme s'arrêtent et reprennent ensuite au nouveau signal. C'est également la partenaire qui décide du moment de l'éjaculation en poursuivant les mouvements à un moment de son choix. Elle fera trois à six arrêts. Dans cette expérience, la durée ne compte pas. Ce qui compte c'est le repérage des sensations prémonitoires et le fait de pouvoir s'arrêter à ce seuil.

Lors de cette expérience, la partenaire pourra peut être avoir une jouissance mais elle doit surtout se concentrer sur l'apprentissage de son compagnon. Il n'oubliera pas ensuite de lui prodiguer des caresses pour la mener à l'orgasme.

Faire cinq à six fois cette expérience.

Quatrième expérience : Un dernier effort

A ce stade, il est donc possible à l'homme de ménager des arrêts dans un rapport sexuel. Il doit maintenant s'exercer à le faire dans toutes les positions. Commencer par les positions latérales, où le contrôle est en général plus facile que dans la position où l'homme est sur la femme.

La rigueur est importante : l'homme doit aborder toute rencontre sexuelle avec l'idée de ne pas se laisser aller rapidement à l'éjaculation et donc de ménager des arrêts.

Retour à une sexualité à votre guise

Peu à peu, les arrêts pourront se transformer en changement du rythme des mouvements ou d'autres modifications, sans interrompre le rapport sexuel.

Notre méthode interactive contre l'éjaculation prématurée

Mis au point par notre sexologue, cette méthode interactive vous permettra de vaincre votre éjaculation prématurée et de reprendre en main votre sexualité. Notre programme est à réaliser en couple, durant environ un mois et demi. En cinq étapes, votre problème ne sera plus qu'un mauvais souvenir !

Phase 1 : Redécouvrir son corps

La première expérience que vous allez réaliser a deux objectifs :

- Obtenir une détente physique maximale ;
- Développer votre capacité à vous concentrer sur vos sensations corporelles.

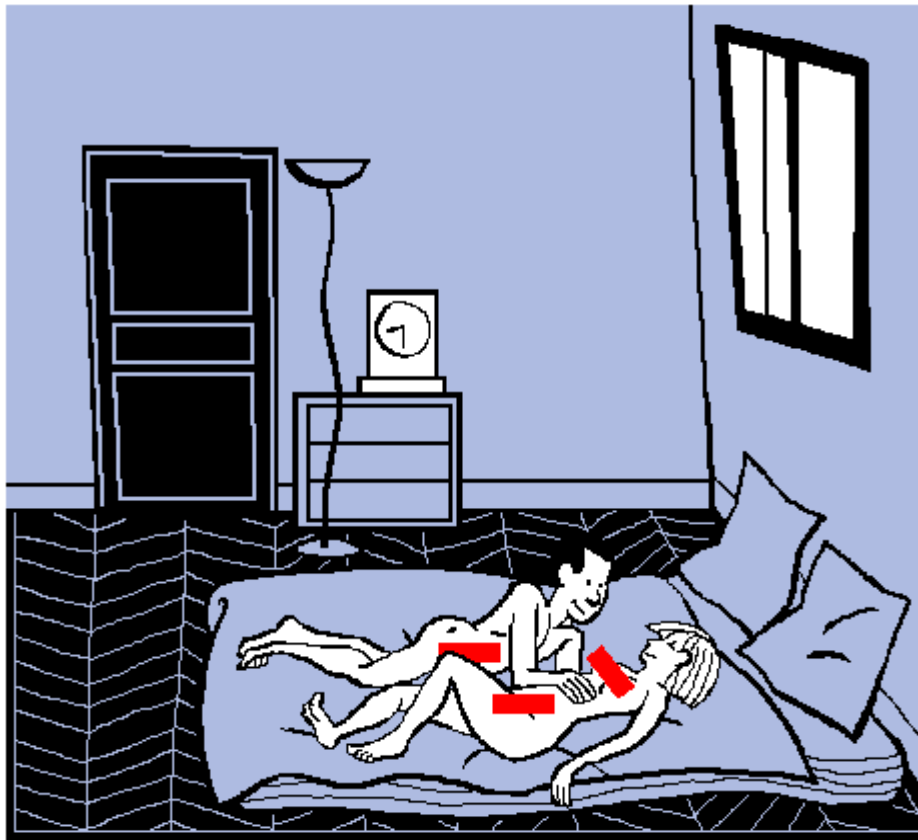
L'exercice de cette phase devra être répété 3 fois sur une période d'une semaine à 10 jours avant de passer à la phase suivante.

Déroulement de l'exercice

Il faut vous retrouver ensemble dans un endroit où vous ne serez pas dérangés, une pièce suffisamment chauffée pour pouvoir être nu sans avoir froid et à un moment qui ne soit pas l'heure de votre sommeil (si c'est le soir dans le lit, couchez-vous un peu plus tôt).

Vous et votre partenaire allez prendre le temps de vous caresser mutuellement chacun à votre tour.

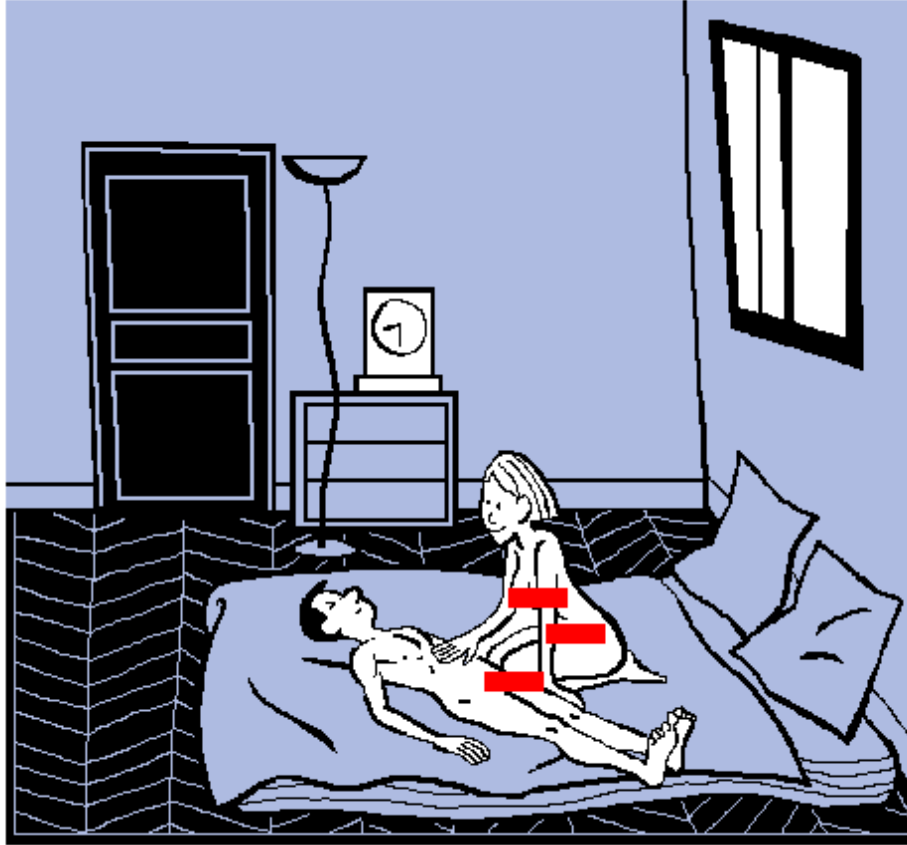
Tout d'abord l'homme va caresser sa partenaire. Elle sera allongée sur le ventre dans un premier temps, puis sur le dos afin que tout le corps puisse être couvert de caresses, d'effleurements, de massages ou de baisers.



Nos conseils et remarques

Dans cette expérience, l'ensemble de la peau est stimulé (de la tête aux pieds). Le sexe et les seins ne seront pas caressés.

Ensuite, ce sera au tour de l'homme de recevoir les caresses



Dans cette expérience l'ensemble de la peau est stimulé (de la tête aux pieds), le sexe ne sera pas caressé.

Il est important que l'expérience ne soit pas suivie de caresses sexuelles ou d'un rapport sexuel. C'est une expérience limitée.

Celui qui donne les caresses doit s'appliquer à provoquer la détente chez l'autre, si les caresses provoquent une tension ou une chatouille, il faudra trouver une autre façon de toucher, souvent plus appuyée, un peu comme un massage. Celui qui reçoit les caresses peut fermer les yeux, il doit se concentrer sur ce qu'il sent dans son corps, les pensées ne doivent pas partir vers d'autres préoccupations. Si c'est le cas, il doit vite revenir à ses sensations à l'intérieur de son corps.

Aucune autre pensée n'a sa place à ce moment (le problème de l'éjaculation prématurée, le programme de rééducation ou même le partenaire...), la concentration doit se focaliser sur les sensations physiques ressenties.

Les sensations sont parfois faibles, parfois plus intenses, chaque expérience sera sans doute un peu différente.

L'éjaculation prématurée : bilan de l'exercice

Ce bilan est l'occasion de vous accorder à vous-même un temps de parole : juste après l'expérience ou à un autre moment **vous prendrez le temps d'en parler à deux, de vous dire mutuellement comment vous avez vécu ce moment.**

La concentration a-t-elle été facile ? La détente profonde ? Quelles sont les caresses qui ont été les plus agréables pour vous ? Certaines caresses étaient-elles désagréables, trop rapides ou trop lentes ?

Cette expérience ne recherche pas l'excitation sexuelle mais la détente. Malgré tout, une excitation sexuelle peut se développer, une érection, une envie d'aller plus loin : **il est important d'en rester là**, de ne pas satisfaire cette envie, l'érection partira d'elle même.

Cette expérience doit être réalisée 3 fois sur une période d'une semaine à 10 jours si possible. Quand cette période est plus longue il est parfois difficile de respecter les consignes....



L'éjaculation retardée

L'éjaculation retardée est un trouble sexuel qui peut prendre différentes formes. On l'identifie aussi comme inhibition de l'orgasme chez l'homme, incapacité éjaculatoire, ou encore anéjaculation sans orgasme.

Selon les cas, malgré des stimulations sexuelles répétées et adéquates, l'homme éjacule après un temps très long avec le sentiment d'un acte " laborieux ", ou bien l'éjaculation ne peut se produire (on parle alors d'anéjaculation). Si l'éjaculation a lieu, elle est accompagnée des sensations voluptueuses de l'orgasme. Il peut s'agir d'une difficulté passagère ; on parle de trouble si cette difficulté est permanente.

L'éjaculation retardée est peu fréquente : elle représente 3 % des troubles sexuels masculins, et touche donc 0,4 % de la population masculine.

On distingue différents niveaux du trouble :

- L'homme n'a jamais pu éjaculer.
- L'homme ne peut éjaculer que seul lors de la masturbation.
- L'homme peut éjaculer seul et lors de la masturbation ou de la fellation avec sa partenaire.
- L'homme peut éjaculer mais uniquement si le coït est très long.

Du fait de l'éjaculation retardée, le rapport sexuel peut donc durer très longtemps. Malgré tout la partenaire est en général frustrée, car elle souhaite l'orgasme de son compagnon. Parfois, l'homme mime l'orgasme et le trouble ne devient alors évident qu'en cas de désir d'enfant.

Trouble primaire et secondaire

On parle d'un trouble primaire si l'éjaculation retardée existe dès le début de la sexualité.

L'éjaculation retardée est souvent un trouble qui survient chez une personne présentant par ailleurs d'autres inhibitions de la personnalité, d'autres difficultés dans la communication, dans le laisser-aller. Des conflits intrapsychiques sont souvent en cause. Une psychothérapie permettra à l'homme d'évoluer dans toutes ses difficultés à vivre.

Parfois le trouble est plus superficiel : l'homme arrive seul à se masturber mais par une façon non reproductible lors du coït (coups sur la verge, besoin d'une stimulation avec un serrement très fort de la verge). Dans ce cas il lui faudra retrouver un autre chemin

du plaisir et de l'orgasme. Un sexologue pourra l'y aider par une sexothérapie de couple ou d'autres thérapies.

Le trouble est parfois secondaire, s'il survient après une période de sexualité sans difficulté d'éjaculation. Très souvent dans ce cas, un événement stressant a précédé l'apparition du trouble. Il peut s'agir d'un épisode très stressant de la vie sexuelle (l'infidélité du partenaire par exemple) ou d'un fait survenu au moment d'un acte sexuel (être surpris dans cette activité par exemple). La reprise des capacités éjaculatoires se fera progressivement, avec le retour de la confiance et de la détente.

- **Les causes organiques sont rares et évidentes**

Les cas de causes organiques à l'éjaculation retardée sont en général clairement identifiés :

Ce sont parfois des troubles neurologiques, en particulier médullaire en cas de paraplégie traumatique ou de sclérose en plaque déclarée.

Le problème peut apparaître après certaines interventions importantes de la prostate ou de la vessie. Dans ce cas le trouble de l'éjaculation s'accompagne souvent de troubles de l'érection. Parfois, la difficulté est transitoire.

Le trouble peut également être un effet secondaire de l'absorption de certains médicaments : neuroleptiques , antidépresseurs ou hypotenseurs. On parle alors d'éjaculation retardée iatrogène.

- **L'éjaculation rétrograde : un problème différent**

Dans l'éjaculation rétrograde, celle-ci se produit sans difficulté, l'homme ressent les sensations de jouissance de l'orgasme mais le sperme ne s'évacue pas par le méat urétral (orifice situé à l'extrémité de la verge). Ce problème survient souvent après des interventions chirurgicales sur la prostate ou la vessie ; il peut également être lié à des troubles neurologiques ou à la prise de certains médicaments.

- **Conseils pour traiter l'éjaculation retardée**

Il ne faut pas hésiter à consulter un sexologue qui pourra certainement vous aider à régler le problème. Toutefois, vous pouvez toujours tenter par vous-même la démarche suivante, mais bien sûr uniquement s'il n'existe pas d'impossibilité physiologique à l'éjaculation.

Le trouble ne se résout jamais directement. Pour que l'éjaculation soit possible lors du coït elle doit d'abord être possible autrement. Il faut suivre la progression suivante :

1. Possibilité d'éjaculer seul par la masturbation.
2. Possibilité d'éjaculer par la masturbation en présence de sa partenaire et avec plus ou moins son aide.
3. Mener l'excitation proche de l'éjaculation par des caresses et réaliser la pénétration vaginale au dernier moment.
4. Alternner caresses sexuelles et pénétration vaginale.

Si cela ne marche pas, n'insistez pas trop longtemps. Le travail thérapeutique avec un sexologue vous aidera plus sûrement que ces conseils



Les troubles de l'érection

Dysfonctions érectiles : qui est concerné ?

Encore trop souvent qualifiée de manière péjorative "d'impuissance", la dysfonction érectile toucherait un homme sur trois après 40 ans. De par son retentissement sur la qualité de vie, ce problème n'est pas si anodin. Zoom sur un phénomène longtemps resté tabou.

Les dysfonctions érectiles sont définies comme étant l'incapacité constante ou récidivante d'obtenir et/ou de maintenir une érection pénienne suffisante pour permettre un rapport sexuel. Longtemps passés sous silence, ces problèmes sortent aujourd'hui au grand jour.

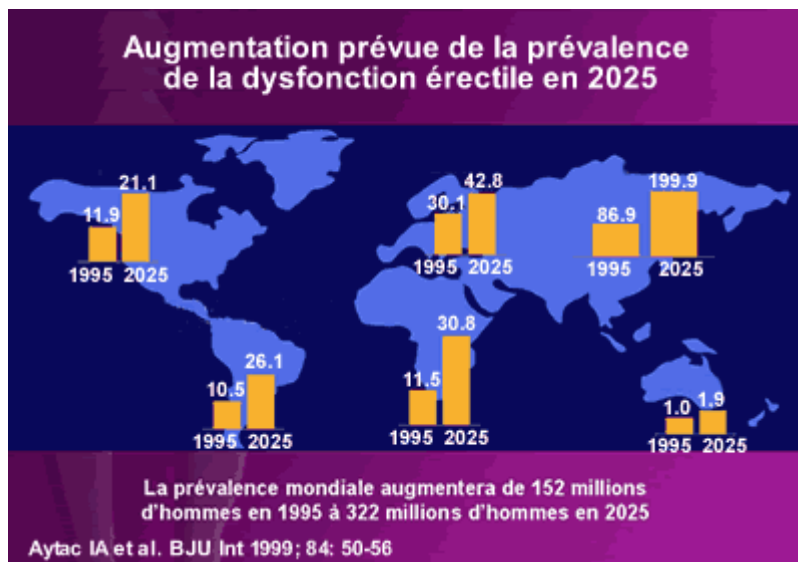
Les différents troubles sexuels masculins

Depuis 1974, l'Organisation mondiale de la santé a souligné l'importance de la santé sexuelle en tant que composante du bien-être auquel chaque individu a droit : "L'individu possède des droits fondamentaux, dont le droit à la santé sexuelle et au plaisir, et le pouvoir de contrôler son activité sexuelle et reproductrice en fonction d'une éthique sociale personnelle" (OMS, 1974).

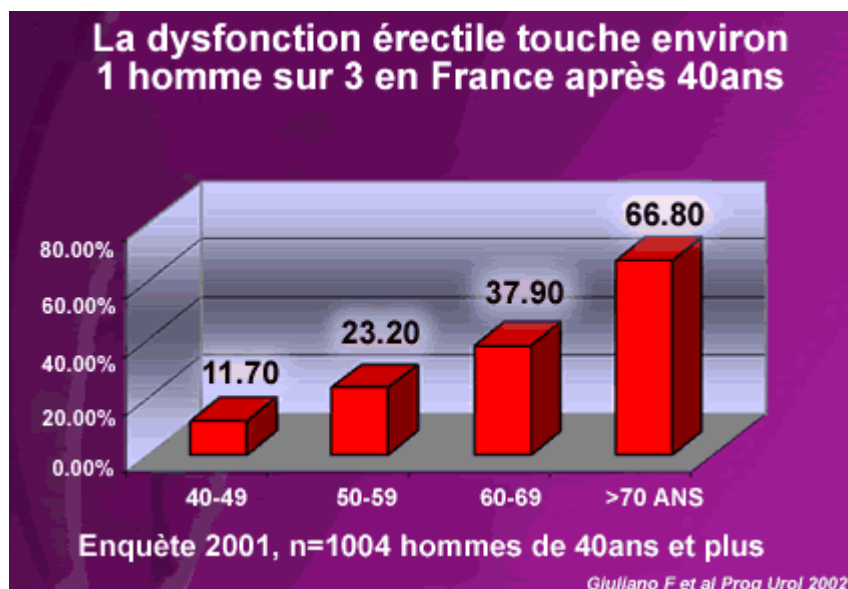
Selon le Pr. François Giuliano, chirurgien urologue au CHU du Kremlin-Bicêtre, la santé sexuelle masculine regroupe cinq principales composantes : le désir, l'excitation, l'orgasme, la satisfaction et l'éjaculation. Ainsi, les dysfonctions peuvent être classées en troubles du désir, de l'érection, de l'éjaculation, de l'orgasme et de la sensibilité. Parmi ces derniers, le dysfonctionnement érectile est celui qui altère le plus la qualité de vie.

Un homme sur trois touché après 40 ans

Après 40 ans, ce trouble est loin d'être anodin puisqu'en France près d'un homme sur trois serait concerné¹.



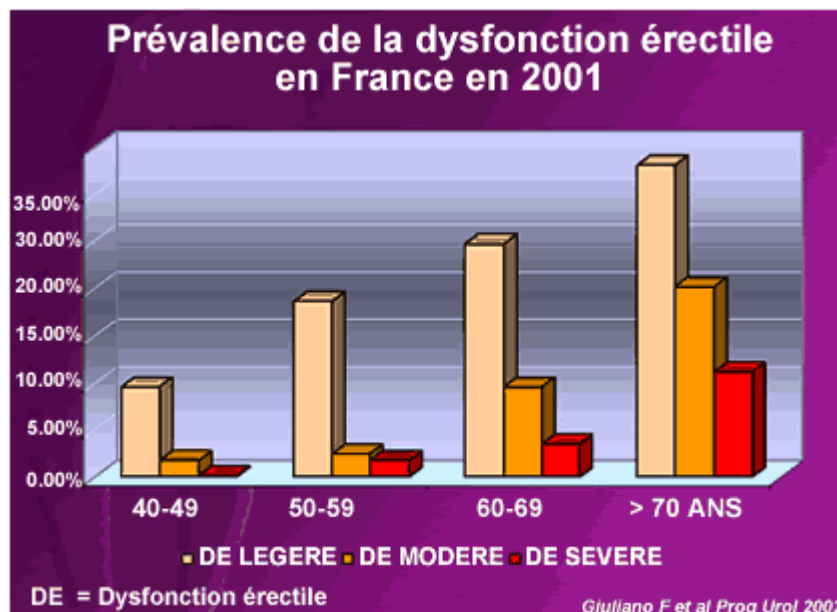
En fonction de l'âge, les troubles de l'érection sont plus fréquents et plus sévères¹.



L'âge constitue ainsi le principal facteur de risque des troubles érectiles. Ce qui n'est pas sans conséquence compte-tenu de l'augmentation de l'espérance de vie.

Un phénomène en pleine explosion

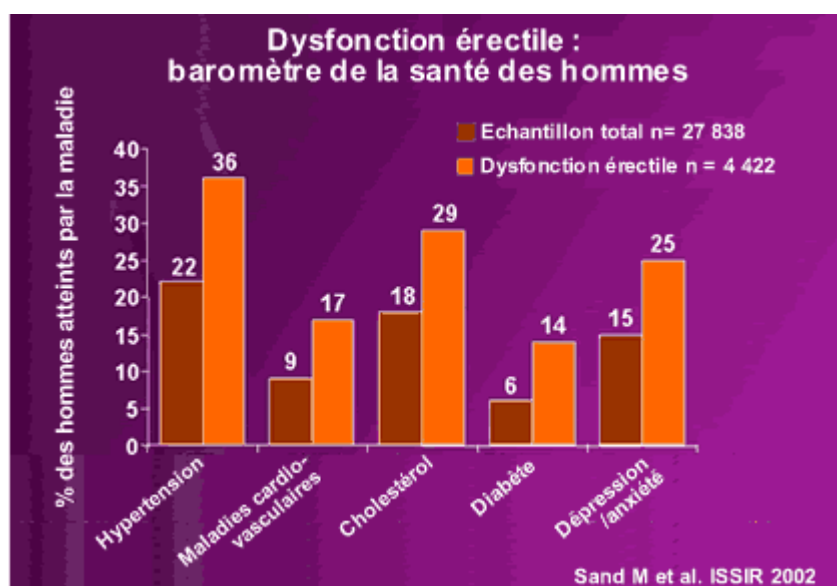
Les dysfonctions érectiles (DE) sont sans nul doute liées au vieillissement. Ainsi, le nombre de cas et la fréquence de la DE augmenteront avec l'allongement de l'espérance de vie. Selon certains travaux², le nombre d'hommes concernés passera de 152 millions en 1995 à 322 millions en 2025 !



Mais l'âge n'est pas le seul coupable, ainsi d'autres facteurs le plus souvent modifiables influent directement sur l'apparition de troubles érectiles.

D'autres facteurs de risque

Dès que notre organisme souffre, notre sexualité peut en pâtir. Pour des raisons anatomiques, biochimiques ou d'altération des artères, certaines pathologies ou traitements peuvent entraîner des troubles de l'érection : diabète, maladies de la prostate, hypertension...



Outre ces causes organiques, les troubles de l'érection peuvent avoir pour origine des problèmes psychologiques. Même si cette distinction est bien souvent trop simpliste, elle se traduit dans la perception qu'ont les hommes qui en souffrent. Selon une récente

enquête⁴, les hommes de moins de 45 ans relient leur condition à la fatigue et au stress, alors que les plus de 45 ans (de même que les hommes très concernés par la pathologie) accordent une place plus importante au vieillissement et à certaines pathologies (hypertension artérielle, problèmes de prostate et autres problèmes cardiovasculaires).

On reconnaît aujourd'hui que les DE ont bien souvent une origine multifactorielle, les causes psychologiques venant aggraver des origines organiques.

Des solutions existent !

Mais la plupart de ces facteurs sont modifiables et peuvent être traités. La prise en charge des troubles sexuels peut la plupart du temps se faire en parallèle sans difficulté, à condition d'en parler... La vaste étude MALES (Men's Attitude on Life Events and Sexuality)⁵ menée dans 8 pays, dont la France, a permis d'interroger entre février et avril 2001, 27 839 hommes âgés de 20 à 75 ans sur leurs caractéristiques et leur attitude face aux dysfonctions érectiles. Dans cette population, 16 % présentait des troubles de l'érection et parmi eux la moitié seulement souhaitait prendre un traitement. Contrairement à une idée reçue, les seniors n'étaient pas moins demandeurs, la résignation à toute activité sexuelle n'est pas de rigueur. En résumé, l'âge n'avait pas d'influence sur la motivation à prendre un traitement. Difficulté à aborder le sujet face à son médecin ? Peur du tabou ?... Si ce problème altère votre qualité de vie, sachez qu'aujourd'hui de nombreuses solutions existent. L'essentiel reste de faire le premier pas en allant consulter.

Quelle est la fréquence des troubles érectiles ?

Impuissance, dysfonctionnements érectiles, troubles de l'érection... autant d'expressions qui décrivent un même problème, touchant près d'un homme sur dix. N'épargnant aucune tranche d'âge, ils sont cependant plus fréquents après 40 ans. Savoir que cette condition n'est pas exceptionnelle permet bien souvent de lever un tabou. Aujourd'hui des solutions thérapeutiques efficaces existent et permettent de retrouver une bonne qualité de vie.

La sexualité représente un aspect fondamental de la vie. Une détérioration affecte directement la qualité de vie des victimes de troubles de l'érection mais également de leurs partenaires. Craignant la panne, l'homme a tendance à se sentir dévalorisé ou coupable face à une impuissance même passagère. Certains hommes préféreront se refermer sur eux-même, évitant toute tendresse. Cette attitude conduit inévitablement à une dégradation de la vie de couple. Pour éviter d'en arriver là, des traitements existent mais le premier pas consiste à en parler à son médecin.

Entre 2 et 3 millions de Français touchés

La plupart des hommes doivent faire face au moins une fois à des difficultés à obtenir ou maintenir une érection digne de ce nom. La fatigue, le stress, la maladie ou l'alcool sont parmi les causes les plus fréquentes.



L'impuissance permanente est très rare chez les hommes jeunes, mais la fréquence augmente avec l'âge. Après 40 ans, les troubles se font plus fréquents. Entre 40 et 70 ans, entre 30 et 50 % des hommes souffrent de problèmes d'érection.

La dernière grande enquête sur la sexualité des Français (ACSF) s'est intéressée à ces problèmes. Le tableau ci-dessous résume les principaux résultats à la question téléphonique "Avec quelle fréquence avez-vous déjà présenté une totale absence d'érection (impuissance) ?".

| Age | 18-19 ans | 20-24 ans | 25-34 ans | 35-44 ans | 45-54 ans | 55-69 ans | Tous |
|----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------|
| Jamais | 73 % | 64 % | 62 % | 52 % | 44 % | 34 % | 52 % |
| Assez rarement | 17 % | 21 % | 24 % | 29 % | 32 % | 35 % | 28 % |
| Parfois | 3 % | 8 % | 10 % | 11 % | 15 % | 19 % | 12 % |
| Souvent | 6 % | 4 % | 4 % | 8 % | 9 % | 10 % | 7 % |
| Pas de réponse | 1 % | 3 % | 0 | 0 | 0 | 2 % | 1 % |

Fréquence des troubles d'érection – enquête ACSF menée auprès de 1308 hommes de 18 à 69 ans entre septembre 1991 et février 1992.

Au total, pas moins de 19 % des hommes de tout âge ont souvent ou parfois des problèmes d'érection. Une récente enquête réalisée en Espagne² conclut à des chiffres assez proches. En réponse à une question similaire, la proportion était de 12,1 %. Selon le score de l'International Index of Erectile Function (IIEF)³, la proportion était de 18,9 %. Cet index permet de diagnostiquer objectivement l'existence d'un trouble de l'érection, il sert d'échelle pour évaluer ces troubles mais également pour quantifier l'efficacité des traitements disponibles.

Entre 2 et 3 millions de Français seraient concernés, mais seulement 10 % seraient traités. Entre résignation et méconnaissance, de nombreux hommes se privent d'un traitement permettant de retrouver sa santé sexuelle.

Les troubles de l'érection et leurs causes

Les dysfonctionnements érectiles se définissent par une rigidité insuffisante des corps caverneux pour permettre le déroulement normal du rapport sexuel et, en particulier, la pénétration vaginale. Relativement fréquents, ces troubles ont des origines multiples. Nous passons en revue les principales.

Cette maladie est très fréquente puisqu'elle touche 152 millions d'hommes dans le monde. Avec le vieillissement de la population, le nombre de cas devraient doubler d'ici 2025. En France, selon les études, entre 2 et 3,6 millions d'hommes en souffrent. Face à ce véritable problème, diverses causes sont avancées. On distingue principalement les causes psychologiques et les causes organiques.

Les causes organiques

Hypertension, diabète, troubles hormonaux ou neurologiques, les origines des dysfonctions érectiles sont multiples et il est possible d'agir sur la plupart d'entre-elles.

■ Origine vasculaire :

Toutes les pathologies pouvant altérer les artères peuvent avoir des conséquences sur la qualité des érections. Ainsi, l'athérosclérose (épaississement et durcissement des artères) est la première cause de dysfonctionnement érectile d'origine organique. Mais d'autres facteurs de risque peuvent avoir les mêmes conséquences : l'hypertension artérielle, le tabac, les dyslipidémies et le diabète, qui triple les risques de dysfonction érectile.



■ Origine hormonale :

Passé un certain âge, les hommes souffrent d'un déficit androgénique lié à l'âge (DALA). Cette déficience de l'hormone virilisante par excellence, la testostérone, peut entraîner une diminution de l'intérêt pour la sexualité, une réduction de la masse musculaire, une perte de la densité osseuse, des sautes d'humeur, un manque d'énergie et des troubles de l'érection.

■ **Origine neurologique :**

Certaines affections neurologiques peuvent entraîner des troubles érectiles. On distingue :

- Les atteintes centrales comme la sclérose en plaques ;
- Les accidents vasculaires cérébraux ou les traumatismes médullaires des atteintes périphériques ;
- Atteinte des nerfs érecteurs suite à une intervention chirurgicale (prostatectomie par exemple) ;
- Atteinte des nerfs liée à l'alcool ou au diabète (neuropathie éthylique ou diabétique).

Origine médicamenteuse :

Certains médicaments peuvent être à l'origine de dysfonctions érectiles. Les principaux accusés sont des antihypertenseurs (principalement les beta-bloquants), des traitements hormonaux (estrogènes, antiandrogènes centraux, agonistes de la LH-RH), des antidépresseurs, des antiparkinsoniens, des anticonvulsivants, des amphétamines, des dérivés de la digitaline, finastéride ou opiacés.

Les causes psychologiques

Ces causes sont dites psychologiques ou psychogènes. Leur distinction est plus sujette à discussion. Néanmoins, on peut schématiquement parler de causes individuelles ou relationnelles :

- **Les causes individuelles** recouvrent l'anxiété, le stress, l'angoisse de la performance, la dépression, les phobies et les peurs ;
- **Les causes relationnelles** incluent les répercussions psychologiques causées par des conflits au sein du couple, l'attitude négative ou agressive de la partenaire, une rupture, la culpabilité liée à une relation extraconjugale ou encore le décès de l'épouse.

Ces dysfonctionnements érectiles d'origine psychologique ou psychogène sont aisément identifiables. L'absence de cause organique se caractérise par la conservation des érections nocturnes et matinales.

Mais il faut savoir que le plus souvent la cause du dysfonctionnement est mixte. Un retentissement psychologique finit toujours par se greffer sur une cause organique et peut même entretenir le symptôme alors que la cause initiale est traitée.

Causes psychologiques et organiques

Stress, déprime, diabète, hypertension. De nombreuses maladies physiques ou mentales peuvent entraîner une diminution du désir sexuel, du fait de la fatigue engendrée. Mais certaines pathologies peuvent directement handicaper la santé sexuelle par leur localisation ou par leurs effets secondaires. Sachez reconnaître ces ennemis de l'érection.

Et si c'était dans la tête ?

On connaît les vertus anti-stress du sexe, mais beaucoup moins l'influence du stress ou du moral sur la vie sexuelle. Problèmes professionnels, léger coup de blues ou véritable dépression... la baisse du tonus psychique résonne inmanquablement sur la libido, quand il ne s'agit pas des effets secondaires de certains traitements. Attention à ne pas glisser dans un véritable cercle vicieux de l'échec.



Sexe et dépression : un cocktail diabolique

Coup de blues, déprime, dépression... La baisse de notre tonus psychique se caractérise par une profonde tristesse, une forte irritabilité, une perte d'intérêt et une fatigue constante. Loin d'être uniquement féminine, la dépression s'accompagne chez 90 % des hommes de troubles de l'érection. Comment redresser la barre ?

La dépression touche 4,7 % des Français. Tristesse, changements d'humeur, incapacité à se concentrer, fatigue constante, ralentissement psychomoteur sont autant de symptômes de cette maladie. Plus grave que le simple coup de blues, la dépression n'est pas un état passager. Elle nécessite un traitement médicamenteux et/ou une prise en charge psychologique.

Dépression et troubles érectiles : le cercle infernal

La dépression affecte près d'une femme sur cinq et près d'un homme sur dix au cours de leur vie. Héritage macho ou simple caractéristique masculine, les hommes ont plus de difficultés à parler de leurs problèmes psychologiques. Ainsi, la maladie



n'est parfois décelée qu'à l'apparition de symptômes physiques, voire de tentative de suicide.

Outre les symptômes habituels, la maladie s'accompagne chez 90 % des déprimés majeurs et chez 54 % des déprimés modérés de troubles de l'érection (TE)¹. Mais l'intrication de ces deux phénomènes n'est pas à sens unique, ainsi on parle d'association dynamique :

- D'une part, la dépression peut entraîner des troubles de l'érection. Ils constituent alors une conséquence de la perte d'intérêt sexuel², de la baisse de la testostéronémie (concentration en hormones sexuelles masculines)³ ou de l'altération des relations au sein du couple ;
- D'autre part, les troubles de l'érection peuvent initier un épisode dépressif ;
- Enfin, des troubles de l'érection peuvent être dus au traitement antidépresseur. Des dysfonctions érectiles ont été rapportées pour la plupart des produits disponibles⁴.

Trop souvent, les patients préfèrent abandonner leur traitement qu'ils jugent responsable de leurs difficultés sexuelles. Non traitée, la dépression peut avoir des conséquences dramatiques. Comment sortir de ce cycle infernal ?

N'abandonnez pas vos traitements

Pour accéder à une prise en charge globale de la dépression, il faut parler à son médecin des effets indésirables rencontrés. Interrompre le traitement n'est pas une solution et constitue un véritable danger. L'altération de la qualité de vie, les conséquences psychoaffectives au sein du couple, la souffrance des hommes victimes de troubles de l'érection doivent les aider à briser le tabou et à rechercher de l'aide auprès de leur médecin. Surmonter ses réticences est la première étape vers la solution.

La modification du traitement antidépresseur et/ou un traitement spécifique des troubles érectiles peuvent ainsi être proposés.

Vers une prise en charge globale

Une étude américaine⁴ s'est particulièrement intéressée aux traitements des troubles érectiles chez les hommes souffrant de dépressions légères à modérées. Des chercheurs ont suivi pendant 12 semaines 152 hommes déprimés victimes de troubles de l'érection depuis au moins 6 mois. Certains d'entre eux ont pris durant cette période des comprimés de sildénafil tandis que d'autres prenaient un placebo. Résultats : 48 des 66 patients traités ont vu leur situation sexuelle s'améliorer contre seulement

10 hommes sur 60 sous placebo. De plus, 76 % des patients répondant au traitement ont vu une amélioration de leurs symptômes dépressifs et de leur qualité de vie. Malgré ces résultats encourageants, les chercheurs précisent que le sildénafil ne doit pas être utilisé en traitement de première intention de la dépression.

Les médecins ne peuvent plus fermer les yeux sur ces problèmes sexuels, qui sont parmi les premiers symptômes de la dépression. Compte-tenu de leurs retentissements sur la qualité de vie, une approche globale de la maladie apparaît indispensable.

Mettre fin au cercle vicieux

Que savons-nous réellement de la détresse d'un homme souffrant d'impuissance ? Dans l'intimité de la chambre, l'homme est soudain pris d'angoisse, atteint par une véritable peur qui peut le faire entrer dans le cercle vicieux de l'échec. Zoom sur cet enchaînement dévastateur et les moyens d'y remédier.

Dans nos sociétés, l'homme se doit de coller à l'image du sexe fort, de la virilité en personne. "Le monde intérieur (émotions et sentiments) ne fait pas partie du stéréotype. Car l'homme est obligé d'être efficace et performant et ne pas se laisser faiblir" note le Dr Sylvain Mimoun, gynécologue, psychosomaticien et directeur du centre d'andrologie de l'hôpital Cochin.



La force des stéréotypes

Pour l'homme, la panne d'érection est une véritable catastrophe nationale. Le modèle de l'homme efficace et performant s'effondre. La "panne" fait ressurgir la crainte de ne pas "être un homme". Blessés, les uns réagissent en s'acharnant, essayant à tout prix d'y arriver. D'autres se replient sur eux-mêmes. Incapables d'exprimer leurs sentiments, les hommes gardent leurs émotions cadencées.

Toutes ces attitudes ont tendance à aggraver la situation. Pour surmonter la crise, il faut communiquer ! Mais dans de telles situations, les hommes ne sont pas de grands bavards. Ils ne font pas preuve non plus d'énormément d'imagination. Moins d'un tiers d'entre eux inciterait leur partenaire à continuer autrement et à avoir du plaisir autrement. Pourtant pour les femmes, les caresses et la tendresse sont des éléments aussi importants d'une sexualité épanouie que la sacro-sainte pénétration.

Du trouble occasionnel à l'échec chronique

Entre la peur de l'échec et troubles de l'érection, on ne sait plus trop qui est l'œuf et qui est la poule ? Selon les victimes de ces troubles, c'est cette incapacité qui génère le stress.

Alors que pour leurs compagnes, c'est le stress qui entraîne ces petites pannes. Quand ce trouble existe, il peut obséder constamment l'homme. Envahissant tout son espace, il peine à vivre cette blessure de son image. Autre différence de perception au sein du couple, les femmes ont tendance à sous-estimer l'influence néfaste du stress dans leur vie sexuelle. Alors que les hommes stressés reconnaissent facilement que le stress détériore leur sexualité, cette proportion est moins importante chez leurs conjointes...

Ces malentendus ont malheureusement tendance à entretenir ou à témoigner d'une mauvaise communication au sein du couple. Privés du soutien de leurs partenaires, les hommes souffrent trop souvent en silence. Le non-dit prime et peu d'hommes consultent un médecin.

Briser le cercle vicieux

L'érection normale est sous le contrôle du système nerveux central et plus particulièrement des systèmes sympathique et parasympathique.

L'érection n'est possible que s'il y a relaxation des artères cavernueuses et du muscle lisse cavernueux, sous le contrôle de facteurs locaux et du système nerveux central. La relaxation musculaire cavernueuse qui permet l'afflux de sang dans les corps cavernueux et ainsi la rigidification de la verge est sous la dépendance du système nerveux parasympathique. Tandis que le système sympathique (qui n'a de sympathique que le nom) a une action constrictrice et donc anti-érectile.

Le stress agit directement sur le tonus du système inhibiteur. Plus inquiétant encore, l'anxiété générée par les échecs précédents peut auto-entretenir les troubles de l'érection.

Engagé dans un véritable cercle vicieux, l'homme appréhende le fiasco "Est-ce que ça va marcher cette fois ?". Les appels à la décontraction de sa partenaire n'auront alors comme conséquence qu'une augmentation du stress et donc une confirmation que la situation est sur une bien mauvaise pente...

La réaction de la partenaire lors de la première panne est également capitale : une attitude agressive ou une phrase assassine suffisent parfois à engendrer et entretenir un futur stress chronique synonyme de revers.

Différentes études ont permis de mettre en évidence ces retentissements sur la qualité de vie de l'homme mais également de sa partenaire. Aujourd'hui, des solutions existent et permettent de ne pas tomber dans cette spirale de l'échec.

Autant de bonnes nouvelles qui devraient permettre aux hommes victimes de troubles de l'érection de ne plus se murer dans un silence douloureux. La première étape consiste simplement à en parler à leur médecin traitant.

Antidépresseurs et troubles sexuels

Dans le cortège des problèmes qui accompagnent la dépression, les troubles sexuels ne sont pas des moindres. Longtemps considérés comme un symptôme de cette maladie, on sait aujourd'hui qu'ils peuvent être un des effets secondaires des antidépresseurs. Qu'en est-il vraiment ?

La dépression prédispose au manque de plaisir dans tous les domaines de la vie. Il n'y a donc rien d'étonnant à voir s'installer dans ces moments difficiles des troubles sexuels.

Que ce soit un manque de désir, des troubles de l'érection ou de l'éjaculation chez l'homme, des difficultés d'excitation ou d'accès à l'orgasme chez la femme. Il faut savoir en effet qu'un ou plusieurs de ces troubles accompagnent la dépression chez environ 40 à 50 % des patients selon certaines études^{1,2}. Mais quel est le lien entre dépression et troubles sexuels ? Ces études n'indiquent pas si l'état psychique du patient est en cause ou si le trouble sexuel est la conséquence des difficultés rencontrées par la personne déprimée. Ou encore si le problème sexuel existait avant la dépression.

Par ailleurs la plupart des personnes déprimées reçoivent des antidépresseurs. Parmi leurs effets secondaires : les troubles sexuels. Alors comment faire la part des choses ?

Quand médicaments rime avec piètre amant

Très souvent les troubles sexuels persistent, alors que le traitement médicamenteux institué fait disparaître les symptômes de la dépression et permet au patient de se rétablir. Pour certains, la prise d'antidépresseur va faire apparaître ces difficultés inexistantes auparavant.

Depuis qu'on s'y intéresse, cet effet secondaire est mieux connu. Une étude³ a permis de montrer, que si 14 % des patients seulement abordent spontanément l'apparition ou la persistance de troubles sexuels lors des consultations, ils sont 58 % à s'en plaindre si le médecin les interroge précisément.

Dans une autre enquête, 51 % des personnes traitées par antidépresseur se sentaient mieux, mais seulement 1 % avaient vu leur intérêt pour la sexualité augmenter pendant le traitement².

Si la plupart des antidépresseurs peuvent agir négativement sur la fonction sexuelle, leurs effets sont différents. Certains diminuent le désir sexuel, d'autres l'excitation ou encore l'orgasme. D'ailleurs certains antidépresseurs connus pour retarder l'éjaculation sont employés dans le traitement de l'éjaculation prématurée

Des études² ont comparés des antidépresseurs sur ce point, il semblerait que le Zyban® (bupropion), le Stablon® (Tianeptine), et le Norset® (Mirtazapine) aient moins souvent des effets délétères sur la sexualité.

Comment savoir s'il est question de cet effet secondaire ?

Vous faites une dépression, vous prenez un antidépresseur et vous avez des troubles sexuels.

- Si les troubles sexuels sont apparus lors du début du traitement, le médicament est sans doute en cause ;
- Si malgré une amélioration de votre humeur et la disparition de certains symptômes de la dépression les troubles sexuels apparus au début de votre dépression persistent, le traitement est peut être en cause ;
- Si vos troubles sexuels étaient présents avant la dépression. Le médicament n'est sans doute pas en cause mais si vous consultez un sexologue, parlez-lui de votre traitement.

Dans tous les cas, il ne faut pas hésiter à aborder cette question avec votre médecin. Il vous proposera une solution adaptée à votre situation.

La sexualité reste un centre d'intérêt important pour toute personne déprimée. Une enquête l'a démontré. 75 % des personnes dépressives ou avec un passé dépressif interrogées jugeaient important ou très important d'avoir une vie sexuelle satisfaisante².

Que faire quand l'antidépresseur est en cause ?

Une chose est sûre : il ne faut jamais l'arrêter à la légère. Votre médecin trouvera avec vous la solution appropriée.

- Il est possible de diminuer la dose du médicament à son minimum efficace ;
- L'effet secondaire disparaît parfois spontanément en quelques mois ;

- Les antidépresseurs ne sont pas tous aussi perturbateurs. Il est parfois possible de changer de classe thérapeutique ;
- Votre médecin peut vous proposer de faire des "fenêtres thérapeutiques", c'est-à-dire d'arrêter le traitement le week-end. Mais cette méthode ne convient pas à tous ;
- Certains anxiolytiques comme le Buspirone® ajoutés aux ISRS permet la disparition du trouble sexuel induit par l'antidépresseur ;
- Chez l'homme présentant des troubles de l'érection induit par un antidépresseur, il est possible d'utiliser un inducteur d'érection pour pallier l'effet secondaire.

Il ne faut pas oublier que ces troubles dus aux médicaments sont réversibles. L'association d'une psychothérapie au traitement médicamenteux permettra un arrêt plus facile et plus rapide de celui-ci.

La fonction sexuelle, longtemps négligée par les thérapeutes doit être prise en compte. La qualité de celle-ci permettra un meilleur suivi du traitement et participera au rétablissement de la personne déprimée.

Les maladies associées

Dès que notre corps souffre, que ce soit physiquement ou psychologiquement, notre sexualité en pâtit. Diabète, cancer de la prostate, hypertension. Pour des raisons anatomiques ou biochimiques, certaines maladies et leurs traitements peuvent entraîner des troubles de l'érection.

Cancer de la prostate et dysfonction érectile

Avec 40 000 personnes touchées en France chaque année, le cancer de la prostate est le plus fréquent des cancers de l'homme. Pour des raisons anatomiques, les maladies de la prostate et leurs traitements peuvent entraîner des troubles de l'érection. Le risque principal est l'atteinte des bandelettes neurovasculaires impliquées dans le mécanisme de l'érection.

Située autour de l'urètre, cette glande gêne l'évacuation de l'urine lorsqu'elle commence à prendre pathologiquement du volume. Il arrive qu'elle révèle sa présence de façon parfois douloureuse mais dans la grande majorité des cas la maladie reste longtemps asymptomatique. Elle est généralement découverte après un dépistage de routine pratiqué sur la proposition du médecin généraliste quand l'homme approche la cinquantaine. L'examen consiste en un toucher rectal et un dosage sanguin de

marqueurs spécifiques (PSA). Le diagnostic doit ensuite être confirmé par une échographie et le cas échéant une biopsie.

Se préparer psychologiquement

Comme souvent, plus la maladie est repérée précocement, plus les chances de guérison totale sont importantes. Le stade auquel le cancer de la prostate est découvert détermine également le traitement qui sera employé. Compte tenu des répercussions sur la vie sexuelle du malade, le médecin se doit d'offrir une information "claire, loyale et appropriée" selon l'expression consacrée par le Code de déontologie médicale. Les effets indésirables doivent être communiqués au patient pour qu'il puisse prendre sa décision en toute connaissance de cause.

La question de l'accompagnement psychologique et médicamenteux doit être évoquée avant même que le traitement n'ait commencé. Il existe trois façons de traiter un cancer de la prostate : l'ablation totale, la radiothérapie et l'hormonothérapie.

La prostatectomie radicale

L'ablation totale de la prostate et des vésicules séminales entraîne jusqu'à présent des troubles de l'érection dans la très grande majorité des cas. Les nombreuses études rapportent des dysfonctionnements chez 33 à 98 % des patients après une prostatectomie radicale¹.

Mais ces dernières années l'utilisation de la laparoscopie (ou coelioscopie) permet de préserver les bandelettes neurovasculaires indispensables au mécanisme érectile. L'équipe de chirurgie urologique de l'hôpital Henri Mondor de Créteil² a fait état dans une revue scientifique de son expérience un an après l'opération de la préservation de la fonction érectile pour 56 % des 134 patients. Les résultats étaient d'autant plus satisfaisants que la préservation des bandelettes était bilatérale.

La radiothérapie

S'adressant aux hommes dont la tumeur est de petite taille, le traitement par radiothérapie atteint moins le mécanisme de l'érection. Cependant, des troubles sexuels modérés à sévères et des troubles de l'érection complets touchent 21 à 61 % des malades selon diverses études¹. Cela dépend néanmoins de l'âge du patient, de la qualité de la tumescence de son sexe avant la radiothérapie et de la durée du traitement.

Traitements hormonaux

Les traitements hormonaux s'adressent aux hommes dont le cancer de la prostate n'est pas localisé. Ils sont généralement peu appréciés car assimilés à une sorte de "castration chimique" avec toutes les répercussions sur le plan psychique et l'estime de soi pour l'homme. Le Pr. Rousseau de l'Université de Laval au Québec a interrogé 44 malades traités par hormonothérapie pour le cancer de la prostate avancé³. Avant le traitement 80 % déclaraient avoir au moins un rapport par semaine. Sous traitement, ils n'étaient plus que 18 % à continuer à avoir une activité sexuelle alors que 70 % rapportaient une baisse d'intérêt pour la sexualité.

Brachythérapie, cryothérapie et ultrasons

Pour ces trois techniques, le nombre d'étude est beaucoup moins important, du fait de leur relative nouveauté. Ainsi, les conséquences varient considérablement. La brachythérapie proposée dans quelques centres, consiste à implanter dans la prostate des grains radioactifs supposés détruire les cellules cancéreuses.

Les études américaines publiées sur les conséquences de cette technique font état de troubles de l'érection chez 13 à 39 %¹ des hommes. De plus, on constate que les personnes ayant subi ce type de traitement sont par la suite plus fréquemment victimes de troubles érectiles⁴.

La cryothérapie et le traitement par ultrasons focalisés sont des traitements en cours d'évaluation. Cependant, les premières études rapportent des taux très élevés de dysfonctions érectiles pour la cryothérapie (80 à 98 %).

Le traitement par ultrasons rapporterait des taux moins importants (autour de 60 %), selon le Dr Albert Gelet du service d'urologie et de transplantation de l'Hôpital Edouard Herriot de Lyon, que nous avons interrogé. Mais de plus amples études seront nécessaires avant que cette technique puisse être officiellement recommandée.

Les études américaines publiées sur les conséquences de cette technique font état de troubles de l'érection chez 13 à 39 %¹ des hommes. De plus, on constate que les personnes ayant subi ce type de traitement sont par la suite plus fréquemment victimes de troubles érectiles.

La cryothérapie et le traitement par ultrasons focalisés sont des traitements en cours d'évaluation. Cependant, les premières études rapportent des taux très élevés de dysfonctions érectiles pour la cryothérapie (80 à 98 %).

Le traitement par ultrasons rapporterait des taux moins importants (autour de 60 %), selon le Dr Albert Gelet du service d'urologie et de transplantation de l'Hôpital Edouard

Herriot de Lyon, que nous avons interrogé. Mais de plus amples études seront nécessaires avant que cette technique puisse être officiellement recommandée.

Les études américaines publiées sur les conséquences de cette technique font état de troubles de l'érection chez 13 à 39 %¹ des hommes. De plus, on constate que les personnes ayant subi ce type de traitement sont par la suite plus fréquemment victimes de troubles érectiles⁴.

La cryothérapie et le traitement par ultrasons focalisés sont des traitements en cours d'évaluation. Cependant, les premières études rapportent des taux très élevés de dysfonctions érectiles pour la cryothérapie (80 à 98 %).

Le traitement par ultrasons rapporterait des taux moins importants (autour de 60 %), selon le Dr Albert Gelet du service d'urologie et de transplantation de l'Hôpital Edouard Herriot de Lyon, que nous avons interrogé. Mais de plus amples études seront nécessaires avant que cette technique puisse être officiellement recommandée.

Le diabète responsable mais pas coupable...

Le diabète de type 2 touche aujourd'hui près de 3 % de la population française et cette proportion est continuellement revue à la hausse. Outre de graves complications sur les yeux, les reins et les nerfs, le diabète peut favoriser la survenue de troubles de l'érection. Mais quelles en sont les raisons et les traitements ? Pour en savoir plus, nous avons interrogé le Professeur Michel Pinget, responsable du service d'endocrinologie au CHU de Strasbourg.



Quelle est la fréquence des troubles érectiles parmi les diabétiques ? Varie-t-elle en fonction de l'âge ?

Pr. Michel Pinget : Le diabète est la première cause organique des troubles de l'érection. De larges études épidémiologiques ont permis d'obtenir une estimation de la fréquence des troubles. Entre 20 et 60 ans, un patient diabétique sur trois en serait victime. Cette proportion atteindrait un sur deux pour la classe d'âge entre 50 et 60 ans.

A quel stade de la maladie interviennent les troubles érectiles ? Peuvent-ils être un indicateur du diabète ?

Pr. Michel Pinget : L'apparition des troubles érectiles est plus lié à l'âge du patient qu'à "l'âge de la maladie". Ainsi, une personne souffrant de diabète depuis l'âge de 5 ans pourra ne pas souffrir d'impuissance alors qu'un diabète récent chez une personne

âgée peut être relié à des problèmes de ce type. Les troubles érectiles constituent un assez bon indicateur (pas un révélateur) de la maladie diabétique. Il peut traduire un déséquilibre glycémique ou un "mal vivre" lié à la maladie. De tels problèmes peuvent aggraver le malaise psychologique des patients diabétiques.

La recherche de troubles érectiles fait-elle partie du bilan annuel des patients diabétiques ?

Pr. Michel Pinget : Oui, les recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) soulignent d'ailleurs la nécessité de les rechercher chez tout patient diabétique. Personnellement, j'aborde systématiquement le sujet. Comme tous les hommes, les patients diabétiques ont du mal à parler de troubles de la sexualité, c'est donc au médecin de faire le premier pas.

Quels sont les principaux résultats de l'enquête nationale organisée par l'Association Française des Diabétiques réalisée en juin 2001 ?

Pr. Michel Pinget : L'Association française des diabétiques a envoyé un questionnaire à un échantillon représentatif de ces membres. Au total, 507 dossiers ont pu être exploités. Les résultats sont particulièrement intéressants.

Parmi les 41,2 % de patients souffrant de troubles de l'érection, l'analyse des réponses a permis de mettre en évidence 5 paramètres significatifs et indépendants : l'âge, la qualité de la relation avec la partenaire et dans une moindre mesure, la durée du diabète, l'existence d'une neuropathie ou d'une artériopathie des membres inférieurs et un mauvais équilibre glycémique. Aucune influence de l'alcool ou du tabac n'a pu être mise en évidence. A l'inverse, la pratique d'un exercice physique régulier aurait un effet protecteur.

Ainsi, les principaux facteurs sont ceux de la population générale : l'âge et la qualité de la relation avec la partenaire. Le diabète n'intervient qu'en aggravant des facteurs déjà existant.

Quelles sont les solutions pour ces patients souffrant de troubles érectiles ?

Pr. Michel Pinget : En premier lieu, il convient d'agir sur les facteurs sans relation avec le diabète puisqu'ils sont les premiers responsables. Le cas échéant, nous encouragerons donc le patient à améliorer la qualité de la relation avec sa partenaire et à pratiquer régulièrement de l'exercice physique. Enfin, il existe aujourd'hui des traitements médicamenteux des troubles de l'érection qui permettent d'obtenir de très bons résultats chez les patients diabétiques ou non.

Erection en panne : gare à l'infarctus !

Selon une étude américaine, les troubles de l'érection pourraient signaler des risques accrus de maladies cardiovasculaires. Et si les pannes sexuelles annonçaient de futures pannes de cœur... une hypothèse qui pourrait offrir un nouveau moyen de prévenir la première cause de mortalité.

Depuis plusieurs années, les maladies cardiovasculaires ont reculé. Malgré ces progrès, elles restent la première cause de décès dans les sociétés occidentales. Face à ce fléau, la prévention reste la principale arme, à condition d'intervenir avant l'accident. Une étude originale offre désormais cette opportunité.

Des troubles sortis de l'ombre

Les troubles érectiles sont caractérisés par l'impossibilité d'obtenir ou de maintenir une érection. Trois millions d'hommes en seraient atteints en France. Longtemps tabous, ces troubles sont sortis de l'ombre grâce en partie à la mise au point de traitements permettant à la plupart des hommes de redresser la barre. Depuis quelques mois la célèbre pilule bleue, le Viagra®, n'est plus la seule à promettre aux hommes un regain d'énergie sexuelle : Cialis®, Uprima®, Levitra®, Ixense®... De nombreux laboratoires ont investi sur ce marché en pleine croissance.



Autrefois baptisés impuissance, ces troubles peuvent être d'origine :

- **Organique** : atteinte des vaisseaux, diabète, certains médicaments, blessure pelvienne, maladies dégénératives comme la sclérose en plaques, etc.
- **Psychogène** : dépression, fatigue, stress ou autres symptômes psychologiques.

Selon le professeur Pritzker* de la fondation de l'Institut du cœur de Minneapolis, 30 à 50 % de ces pannes sexuelles auraient pour origine des maladies des vaisseaux sanguins, parmi lesquelles la plus courante est l'athérosclérose. Derrière ce terme se cachent des dépôts de plaques graisseuses pouvant obstruer en partie ou en totalité le débit sanguin. Partant de cette hypothèse, les chercheurs ont voulu explorer les liens entre ces deux troubles.

Quand l'érection vous tient à cœur !

L'équipe du Pr. Pritzker a ainsi épluché l'histoire médicale de 50 hommes ayant consulté pour obtenir une solution médicamenteuse à leurs érections défailtantes et

ayant finalement été orienté par leur médecin vers de plus amples tests. Bien qu'aucun d'eux n'ait eu de symptômes de maladies cardiovasculaires, 20 d'entre eux (soit 40 %) se sont révélés souffrir de dépôts lipidiques au niveau des artères cardiaques. Le diagnostic a été posé grâce à une angiographie après un test d'effort. Souvent associés à des excès de cholestérol, ces dépôts à l'origine de plaques d'athérome peuvent occasionner des douleurs dans la poitrine et augmentent le risque d'infarctus. Pour en savoir plus sur ce mécanisme, vous pouvez vous reporter à notre animation interactive "Cholestérol et attaques cardiaques". Parce que les vaisseaux sanguins qui irriguent le pénis sont plus étroits que les artères de nombreuses autres régions du corps, l'athérosclérose pourrait ainsi se manifester en premier lieu par des troubles de l'érection avant d'apparaître évidente dans d'autres localisations.

Un symptôme au cœur de toutes les attentions

"Nous ne voulons pas suggérer qu'une maladie cardiovasculaire se cache derrière chaque problème d'érection. Malgré tout, un homme ayant une activité sexuelle régulière qui vit un changement important de sa fonction érectile peut montrer des signes d'athérosclérose, condition dans laquelle les artères se bouchent et ne permettent plus d'apporter suffisamment d'oxygène au muscle cardiaque" précise le Pr. Pritzker.

Mais quel est le délai moyen entre ces pannes sexuelles et ces pannes de cœur ? Le Pr. Pritzker avance quelques éléments de réponse : "A mesure que nous avançons dans notre questionnement des patients, il n'est pas inhabituel d'entendre que les dysfonctions érectiles précèdent la survenue de troubles cardiaques d'un an ou plus. Ainsi, ces pannes d'érection pourraient constituer un signe d'alerte de problèmes cardiaques potentiels".

Redresser la barre avant l'infarctus !

Cette hypothèse offrirait une formidable opportunité pour réduire les risques d'infarctus ou d'accidents vasculaires cérébraux. Ces maladies sont respectivement la première cause de mortalité et la première cause de handicap chez l'adulte dans nos sociétés occidentales.

"Nous avons désormais une autre opportunité d'aborder les maladies cardiovasculaires, faire un diagnostic, et offrir une prévention appropriée et, si nécessaire, un traitement aux hommes présentant de véritables risques cardiovasculaires, mais qui ne consultent pas régulièrement. Dans notre étude, seuls 15 hommes sur 50 avaient consulté dans les deux ans précédant leur visite pour un traitement de la dysfonction érectile" commente enthousiaste le Pr. Pritzker.

Après avoir dénoncé pendant des années le tabou des troubles sexuels, il semblerait que la proportion croissante d'hommes franchissant le pas puisse être utile à la prévention des maladies cardiovasculaires. Et s'il était désormais plus facile de parler d'affaires sexuelles que d'affaires de cœur ?

Histoire d'hormones ?

Les femmes ne seraient pas les seules à connaître une baisse de leur activité hormonale avec l'âge. Même si la diminution de la testostérone n'est pas aussi brutale chez l'homme, elle ne serait pas sans conséquence sur l'érection. Faites le point sur un sujet au cœur d'un vif débat.

La réalité de la ménopause est incontestable. En revanche, bien des spécialistes doutent de l'existence d'un phénomène masculin équivalent. La sécrétion des androgènes ne s'arrête jamais véritablement et certains hommes peuvent avoir des enfants à un âge très tardif. Outre-Manche, des spécialistes n'ont cependant pas hésité à fonder une "Andropause Society".

Selon le Dr Malcom Carruthers, président de la jeune "Andropause Society", la moitié des hommes de cinquante ans présenteraient des symptômes d'andropause. Lesquels se manifesteraient par une extrême irritabilité, un manque d'énergie, des sueurs nocturnes mais aussi des difficultés d'érection ; autant de symptômes qui justifieraient un traitement hormonal. Il préconise ainsi une prescription large de testostérone, une hormone découverte il y a 60 ans mais encore rarement administrée aux hommes.

"Andropause", un terme peu adapté

D'autres spécialistes britanniques comme le Dr Ian Banks, président d'un forum sur la santé masculine, avouent toutefois ne pas être convaincus par l'existence de l'andropause. Cet expert considère en effet que certains troubles pourraient être provoqués tout simplement par l'âge ou par la survenue de la ménopause chez la partenaire, mettant à mal les repères du couple.

Pour le Dr Jacques Buvat, endocrinologue et andrologue à Lille, le terme d'andropause est mal choisi car à la différence de ce que l'on observe chez la femme, le déclin hormonal est à la fois "partiel, progressif et inconstant" chez l'homme. Selon lui, "on ne peut nier que certains symptômes comme la diminution de la masse musculaire, l'augmentation de la graisse abdominale, la réduction de la masse osseuse, les

troubles de la libido et les bouffées de chaleur puissent impliquer une baisse de production de la testostérone chez certains hommes. Cependant, le vaste marché commercial en jeu a conduit à gonfler l'importance de ce phénomène".

Un regain d'intérêt pour la testostérone

Quant au traitement, il convient pour ce spécialiste "de demeurer prudent, car on se trouve un peu dans la situation qui était observée, il y a vingt ans chez la femme". Dans tous les cas, des études sérieuses devront être effectuées pour apprécier l'intérêt et surtout les risques d'un tel traitement. Malgré tout, admet-il, "des données récentes suggèrent que la testostérone pourrait exercer des effets favorables sur le système vasculaire". Elle diminue également la graisse abdominale et viscérale, et augmente les masses musculaires et osseuses.

Bien qu'il soit difficile de citer des chiffres, car il s'agit d'un domaine assez nouveau, "moins de 20 % des hommes âgés français relèveraient réellement d'un traitement par la testostérone", estime le Dr Buvat. Plus concrètement, cet andrologue juge que "parmi les 20 % d'hommes de 50 ans qui souffrent de difficultés d'érection, 9 à 10 % seulement présentent en réalité un déficit en testostérone. Parmi ces derniers, la moitié seulement tireront des bénéfices d'une hormonothérapie, soit au total environ 1 % de tous ceux qui ont des problèmes d'érection".

Un traitement sous surveillance...

En dépit de ces réserves, l'administration de testostérone peut être envisagée chez des hommes présentant les troubles observés lors d'un déficit en testostérone, si ce déficit est confirmé par des dosages. Mais, à la seule condition d'entreprendre alors une surveillance médicale régulière.

En effet, la prescription d'hormones mâles pourrait favoriser la croissance d'un cancer de la prostate passé inaperçu. Pour ce motif, les patients devront se soumettre à un examen clinique avec toucher rectal pour examiner la prostate et subir, à intervalles réguliers, un dosage d'un marqueur prostatique, le PSA (Prostatic Specific Antigen). Une analyse de sang, la NFS (Numération Formule Sanguine) sera également demandée par le médecin, car la testostérone stimule la production des globules rouges. Une trop grande concentration de ces derniers peut rendre le sang trop visqueux et favoriser l'obturation des artères.

Injections, patchs, implants, gel...

En France, la prescription repose habituellement sur des injections d'androgènes toutes les deux à trois semaines, ou moins souvent d'un dérivé de testostérone donné par voie

orale. Mais, des patchs ou des implants sont également disponibles dans les pays anglo-saxons. Récemment, un gel de testostérone a aussi été mis au point aux Etats-Unis, sur le même principe que les gels d'estrogènes proposés aux femmes ménopausées. Il pourrait permettre l'obtention de taux sanguins d'hormone stables et proches de la normale. Selon le Dr Buvat, cette option pourrait constituer "une bonne solution, alliant efficacité et commodité d'emploi par rapport aux autres formes de testostérone".

D'autres voies de recherche

L'hormone de croissance et la DHEA possèdent également des effets potentiellement intéressants dans le vieillissement masculin. La première augmente la masse musculaire et la densité osseuse. Enfin le taux de DHEA pourrait limiter la mortalité cardiovasculaire.

Mais la plupart des spécialistes sérieux considèrent qu'il faudra vérifier ces données avant d'utiliser ces hormones en pratique quotidienne.

Sexualité et hormones : quel rôle à la cinquantaine ?

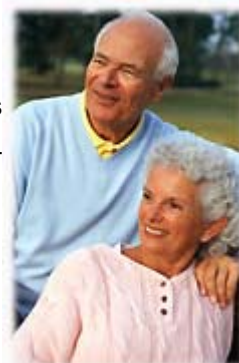
Après cinquante ans chez les femmes, parfois plus tardivement chez l'homme, on observe une diminution des sécrétions hormonales. Reste que les conséquences de ce phénomène sur la sexualité des seniors sont difficiles à interpréter et que la place des traitements hormonaux dans les troubles sexuels demeure mal appréciée. Quelques éléments d'information pour en savoir plus.

En fait, le contexte est un peu différent selon le sexe.

Sexualité féminine : de nombreux facteurs intriqués

Chez la femme, l'arrêt de l'activité des ovaires qui se produit vers 50 ans définit l'apparition de la ménopause et se traduit par une baisse rapide des taux d'estrogènes et de progestérone.

Quelques études, comme celle réalisée par L. Dennerstein et ses collaborateurs¹, ont montré que la ménopause contribue par elle-



même à perturber la sexualité féminine. Une étude nationale américaine² effectuée auprès de 1 749 femmes de 18 à 59 ans laisse également penser que près d'une femme ménopausée sur quatre ne pourrait plus avoir d'orgasme. Néanmoins, d'autres travaux n'ont pas retrouvé cette notion. En revanche, il est incontestable que la diminution des taux d'estrogènes favorise chez environ 20 % des femmes l'apparition d'une sécheresse vaginale pouvant rendre les rapports douloureux.

Et, le suivi de 438 femmes de Melbourne de 45 à 55 ans pendant 8 ans a démontré que le vieillissement s'associe statistiquement à une diminution de l'activité sexuelle, de la réceptivité sexuelle et du désir³.

Malgré tout, bien d'autres paramètres influencent la sexualité à cette période décisive de la vie des femmes, comme des facteurs personnels d'ordre psychologique, la qualité de la relation avec le partenaire, l'existence de maladies associées, des données sociologiques.

La baisse du désir est d'ailleurs loin d'être constante et certaines femmes ont au contraire une sexualité plus épanouie à la cinquantaine, une fois écartée toute crainte de maternité non désirée. L'étude du Dr Christiane Delbes à l'Institut national d'études démographiques a également révélé que les femmes françaises de 50 ans d'aujourd'hui diffèrent beaucoup sur ce point de leurs mères. Ainsi, en 1992 la proportion de femmes de plus de 50 ans déclarant être très satisfaites de leur vie sexuelle était trois fois plus importante qu'en 1970.

Ce n'est pas plus simple chez l'homme

Chez l'homme, où la réalité de l'andropause est discutée, la situation est peut-être encore plus complexe et en tout cas fort variable d'un individu à l'autre. Certains hommes peuvent présenter un déficit en hormone mâle, la testostérone, dès la cinquantaine qui pourrait contribuer à l'apparition de difficultés d'érection.

Mais, leur nombre est probablement limité et bien d'autres facteurs expliquent que le risque d'impuissance devienne de plus en plus important au fur et à mesure que les hommes vieillissent (au minimum 5 % à 40 ans et 15 à 25 % après 65 ans). Ainsi, des anomalies vasculaires peuvent être impliquées, ou encore un diabète, le tabagisme... Dans d'autres circonstances, la survenue d'une impuissance est favorisée par la prise de médicaments (anti-hypertenseurs, antidépresseurs).

Quoi qu'il en soit, il est incontestable qu'avec l'âge, la rigidité du pénis est plus longue à obtenir et que la durée de la période réfractaire se prolonge entre deux érections. Enfin, bien sûr la psychologie intervient à ce niveau. Mais, là-aussi, rien n'est inéluctable et certains hommes âgés demeurent très actifs sur le plan sexuel.

Quels traitements hormonaux ?

Chez l'homme comme chez la femme, des traitements hormonaux peuvent être proposés. Bien souvent alors, le choix d'administrer le traitement ne se fondera pas seulement sur l'existence de troubles sexuels mais prendra en compte des problèmes médicaux associés.

C'est ainsi que chez un homme souffrant d'impuissance, l'association d'une déminéralisation osseuse, d'une perte musculaire ou d'une fatigue pourront inciter l'andrologue à prescrire de la testostérone en cas de déficit. Ce traitement pourra alors être administrés sous forme de patchs, de crème ou d'implants dans les pays anglophones ou, plus fréquemment en France, d'injections.

Mais, dans bien d'autres cas, le traitement des troubles sexuels de l'homme vieillissant n'est pas hormonal mais repose davantage sur des thérapeutiques qui modifient la vascularisation comme les inhibiteurs de la phosphodiesterase 5 (PDE 5).

La mode des androgènes

Chez les femmes, le traitement le plus habituellement proposé consiste à administrer des estrogènes et de la progestérone pour pallier le manque d'hormones féminines. Ce traitement permet en effet de lutter contre une éventuelle sécheresse vaginale et il offre l'intérêt de supprimer des symptômes désagréables comme les bouffées de chaleur pouvant influencer sur la sexualité.

Depuis quelques années, des androgènes (testostérone, sulfate de DHEA ou déhydroépiandrostérone) sont également utilisés à petite dose aux Etats-Unis sous des formes diverses (comprimés pris avant un rapport, injections, patchs, gel). En effet, quelques travaux ont suggéré que les taux de ces hormones seraient diminués chez les femmes se plaignant de troubles sexuels. D'autres études ont également décrit une amélioration de la libido féminine après administration de ces produits. Néanmoins, des résultats négatifs ont également été observés par d'autres équipes et, au total, l'efficacité de ces androgènes ne semble pas formellement prouvée. En réalité, leur administration paraît surtout intéressante chez les femmes auxquelles on a enlevé l'utérus ou les ovaires. Dans tous les cas, leur utilisation devra être contrôlée étroitement, car ces hormones peuvent entraîner une prise de poids et accroître la pilosité.

Tabac et troubles sexuels

La libido paniquée par la cigarette

Dans les années 1950, la cigarette était un accessoire de séduction des héros hollywoodiens. Elle était tour à tour associée à l'identité masculine, au prestige et au pouvoir. "L'amour, c'est comme une cigarette" chantait Sylvie Vartan dans les années 1960, sans se douter que, quelques années plus tard, le tabac serait accusé de causer des troubles sexuels, voire d'entraîner l'impuissance.

Si fumer une cigarette peut aider certaines personnes à surmonter l'anxiété, les dents jaunies et la fameuse "haleine de cow-boy" du fumeur au réveil avaient déjà mis à mal le mythe du desperado à la virilité exacerbée.



La cigarette altère vos performances sexuelles

Le tabac comme d'autres facteurs tels que le cholestérol, l'hérédité ou l'hypertension peut entraîner une atteinte des artères et donc des troubles sexuels. Mais peut-il pour autant représenter un facteur de risque d'impuissance ?

Plusieurs études ont tenté de répondre à cette question. En novembre 2001¹, une analyse de toutes les études parues sur le sujet tentait de faire le point. Les résultats du groupe de travail ont montré que le tabagisme exacerbe les effets négatifs bien connus des maladies coronariennes et de l'hypertension sur la possibilité d'obtenir et de maintenir une érection. La responsabilité exacte du tabac reste à déterminer, cependant elle pourrait être liée à son action directe sur l'endothélium vasculaire, qui sécrète des substances vaso-actives importantes pour les phénomènes d'érection. Ainsi, même en l'absence de lésions artérielles patentes, un fumeur peut avoir des troubles de l'érection.

En mars 2002, plus de 2 000 hommes de plus de 18 ans ont été interviewés dans le cadre d'une étude italienne². Les résultats ont pu montrer que la survenue de problèmes est plus fréquente de 70 % chez les fumeurs et de 60 % chez les anciens fumeurs. De plus, le tabagisme augmente les effets sur l'érection des maladies cardiovasculaires, neurologiques ou du diabète.

Hypertendus, le risque est démultiplié !

Bien que l'hypertension et le tabagisme aient déjà été accusés d'être des facteurs de dysfonctionnement érectile, aucune étude n'avait jusqu'à maintenant déterminé l'influence de la cigarette chez les sujets hypertendus. John Spangler et son équipe du Wake Forest University Baptist Medical Center³ ont donc questionné 59 malades sur leur hygiène de vie. Sur cet échantillon, 15 malades ont été diagnostiqués comme ayant des dysfonctionnements érectiles. Parmi ces derniers, le pourcentage de fumeurs ou d'anciens fumeurs était largement plus important.

Les résultats sont édifiants :

- Les fumeurs auraient 27 fois plus de risques de souffrir de troubles érectiles ;
- Les ex-fumeurs ne sont pas épargnés car ils conserveraient un risque 11 fois supérieur de connaître les mêmes problèmes.

En France, près de 10 % des hommes souffriraient de dysfonctionnement érectile. Cependant, les troubles de l'érection ont, le plus souvent, une origine multifactorielle. Le réquisitoire contre le tabac comprend également sur le long terme des troubles de la fertilité⁴. Alors pour ceux qui hésitent encore, laissez tomber la cigarette avant que vos chances d'être père et vos performances sexuelles ne piquent définitivement du nez.

Pour que votre fertilité ne parte pas en fumée

Messieurs, pour ne pas hypothéquer vos chances de paternité, vous devriez surveiller votre alimentation et arrêter de fumer. Le tabagisme et un déficit en vitamine B9 peuvent nuire à la qualité des spermatozoïdes alors qu'une alimentation riche en lycopène pourrait l'améliorer.

Cigarette au bec, le cow-boy américain a longtemps véhiculé à l'écran l'image de la virilité. Mais parmi les nombreux problèmes qu'occasionne le tabagisme, les troubles sexuels et la baisse de la qualité des spermatozoïdes apparaissent aujourd'hui comme évidents.

Le tabac au banc des accusés

Le tabagisme est associé à l'apparition de troubles érectiles. Comme le cholestérol, une hypertension et d'autres facteurs de risques, le tabagisme peut entraîner une atteinte des artères et l'apparition de troubles érectiles. Mais son action est également plus pernicieuse en agissant sur la qualité de l'éjaculât. En janvier 2000, une étude¹ de l'Université de Singapour visant à déterminer les facteurs associés à l'infertilité masculine témoigna de la mauvaise influence du tabac. Une conclusion confirmée en juin 2001 par une recherche chinoise² conduite sur 300 patients suivis dans une clinique traitant les problèmes de fertilité : le tabagisme affectant le volume, l'acidité, la densité de l'éjaculât et la viabilité et vitalité des spermatozoïdes.



© Voisin / Phanie

Pour que la cigarette ne transforme pas vos performances sexuelles en souvenirs lointains et vos envies de paternité en terribles regrets, sachez dès maintenant arrêter de fumer.

La vitamine B9 pour des spermatozoïdes tout neufs !

Une déficience en acide folique (également appelé folate ou vitamine B9) chez la femme enceinte est associée à une augmentation du risque de malformations congénitales⁴ (en particulier les spina-bifida, une malformation du système nerveux).

Alors que les effets d'une telle déficience restaient inconnus chez l'homme, des chercheurs canadiens⁵ ont étudié ses conséquences sur la fertilité. Chez 48 hommes (la moitié étant des fumeurs), les concentrations en acide folique dans le sang et le sperme ont été déterminées et la qualité du sperme évaluée.

Les résultats attestent du fait qu'une carence en folate entraînerait chez l'homme une quantité de spermatozoïdes moins importante et de nombreux dommages chromosomiques, qui pourraient prédisposer l'enfant à une malformation ou un cancer. Ces défauts chromosomiques seraient encore plus importants chez les fumeurs.

Vitamine B9 ou acide folique

L'acide folique intervient dans le métabolisme des acides aminés qui sont les maillons composant les protéines. La carence chez l'homme entraîne une anémie et peut parfois conduire à l'anorexie ou à la dépression. Chez la femme enceinte la carence entraîne des risques pour la formation du système nerveux du fœtus.

Les apports conseillés en acide folique sont d'environ 300 microgrammes par jour chez l'adolescent et l'adulte, et de 400 microgrammes chez les femmes enceintes.

La vitamine B9 est naturellement présente dans les légumes verts, les fromages fermentés ou les œufs. Pour en savoir plus sur la teneur en folate des aliments, reportez-vous à notre tableau et pour éviter tout risque de carence, n'hésitez pas à varier votre alimentation.

Teneur en folates de quelques aliments (en microgrammes pour 100 g)

| Très riches plus de 200 | Riches de 100 à 200 | Moyens de 50 à 100 | Faibles de 25 à 50 | Pauvres moins de 20 |
|------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| Levure | Salade Verte | Légume Vert | Fruit | Pain |
| Foie | Maïs | Melon | Abats | Féculent |
| | Châtaigne | Pois Chiche | | Viande |
| | Noix | Œuf | | |
| | Avocat | Fromage | | |
| | Amande | Fermenté | | |

Un caroténoïde contre l'infertilité

Selon des chercheurs indiens, un caroténoïde présent naturellement dans certains fruits (pastèques, raisin, tomates) et crustacés pourrait lutter l'infertilité : le lycopène. Si ses vertus ont déjà été vantées dans la prévention des maladies cardio-vasculaires et le cancer de la prostate, c'est la première fois qu'on lui attribue des effets sur la fertilité.

Des chercheurs de l'Université de New Delhi ont étudié sur 30 hommes âgés de 23 à 45 ans et souffrant d'infertilité inexplicée les effets d'un traitement oral de 2 mg de lycopène par jour. Après trois mois, les médecins ont constaté :

- Une amélioration de la qualité du sperme chez 67 % des patients ;

- Une amélioration de la vitalité et la mobilité des spermatozoïdes chez 73 % des patients.

Six participants à cet essai seraient même devenus pères à la fin de cette étude. Cependant, de plus amples travaux seront nécessaires avant de pouvoir affirmer le rôle de cet anti-oxydant dans l'amélioration de la fertilité masculine.

Alors Messieurs, si vous ne voulez pas dès aujourd'hui hypothéquer vos chances d'être un jour père, laissez tomber la cigarette et veillez à ne pas négliger les fruits et les légumes verts dans votre alimentation..

Erection : un style de vie

Les troubles érectiles ont de multiples explications, organiques ou psychologiques. Mais une modification de nos habitudes et de notre hygiène de vie permettrait dans bien des situations d'en sortir la tête haute. Quand l'alcool, le tabac, une alimentation trop riche... en veulent à notre libido.

"Un verre ouvre la voie, trois verres donnent la joie". Les viticulteurs avaient su détourner à leur profit le slogan bien connu en mettant les riens de leur côté. L'effet stimulant de l'alcool à petites doses est grisant et donne le sentiment au plus timide d'être un séducteur né en levant les inhibitions. Mais au moment de passer à l'acte, c'est la débandade. Au sens propre du terme. Dans "Macbeth" Shakespeare disait déjà de l'alcool qu' "il provoque le désir et empêche l'exécution".

L'érection est plus longue à venir, difficile à maintenir et l'orgasme pénible à atteindre. Pas de quoi faire des étincelles ! Ces impérities temporaires s'évaporent avec les vapeurs de l'alcool, mais si la boisson devient une habitude, la panne risque n'est plus seulement passagère. Selon une étude américaine menée auprès de plus de 34 000 hommes "sains" suivis sur 4 ans, le risque de voir apparaître des problèmes d'érection augmente nettement à partir d'une consommation supérieure à 2 verres d'alcool par jour. Toujours d'après cette étude, un fumeur a 40 % plus de risques qu'un non fumeur d'être victime de troubles érectiles.



Diabète et excès de poids

De multiples études démontrent que l'obésité est l'une des premières causes d'impuissance. Le risque est 50 % plus important chez les hommes obèses dont l'indice de masse corporel (IMC) dépasse 27,6 par rapport à ceux dont l'IMC est inférieur à 23.

Le diabète est la complication de l'obésité la plus répandue dans le monde et le nombre de personnes concernées ne cesse d'augmenter.

Les hommes diabétiques connaissent des problèmes érectiles plus tôt que ceux de la même classe d'âge. Des études scientifiques contradictoires débattent sans pouvoir se départager pour savoir si la sévérité de l'impuissance est plus importante selon le type (1 ou 2) du diabète. Le contrôle de la glycémie passe par l'adoption d'une alimentation équilibrée en réduisant la quantité de graisses, en évitant les aliments trop sucrés ou trop salés et bien sûr en limitant sa consommation d'alcool.

Le cholestérol

Une alimentation trop riche en graisses saturées provenant des graisses animales, de certaines viandes et des dérivés gras du lait fait augmenter le taux de cholestérol. Il obstrue petit à petit les artères en se déposant et réduit l'afflux sanguin vers le pénis.

Le sport, allié du sport en chambre

La pratique d'exercices quotidiens est hautement recommandée. L'équivalent d'une marche de 3 km peut réduire le risque de développer un dysfonctionnement sexuel en brûlant au moins 200 Kcal par jour. Mais attention au sport que vous choisissez, le cyclisme aurait un impact négatif sur les capacités érectiles au-delà de 3 heures par semaine*. La position assise sur la selle pendant de longues heures peut réduire la vascularisation et l'innervation de l'appareil génital. Alors, préférez le jogging ou la natation.

En somme, boire et manger en excès ou bien se conduire au lit, il faut choisir !

Les "amis" de l'érection

Stress, dépression, hypertension, diabète... les causes des dysfonctionnements érectiles sont multiples. Si l'on connaît assez bien les coupables, il est plus difficile de savoir comment préserver sa vitalité sexuelle. Pour déjouer les fausses pistes et retenir les bons conseils, Nous vous disons tout sur les aphrodisiaques et les bénéfiques d'une activité physique.

Le sport entretient la virilité

Sédentarité, tabac et obésité font mauvais ménage avec les performances sexuelles masculines. En revanche, la pratique régulière d'une activité physique ou d'un sport semble protéger d'éventuels troubles de l'érection à l'âge mûr. Mais attention, ne faites pas n'importe quel sport !

Passé quarante ans, les hommes qui pratiquent régulièrement une activité physique ou un sport ont moins de chance d'être victimes de troubles de l'érection. Tels sont les résultats d'une récente étude américaine réalisée sur 1 709 hommes âgés de 40 à 70 ans entre 1987 et 1989, confirmés entre 1995 et 1997 sur 1 156 hommes. Pour préserver une érection satisfaisante, ces chercheurs ont constaté qu'il faut s'adonner en moyenne à trente minutes de sport par jour.

Poignées d'amour et tabac, deux ennemis de l'érection

Si le sport rend viril, il contribue aussi grandement à garder la ligne. Et en matière d'érection, mieux vaut rester mince que s'empâter. En effet, une autre étude réalisée par une équipe de Harvard aux Etats-Unis auprès de 1 981 hommes de 51 à 88 ans dont 30 % souffraient d'une dysfonction érectile a montré que les hommes dont le tour de taille dépasse 1,07 m (taille 50) ont deux fois plus de risque d'avoir des troubles de l'érection que ceux dont il est de 81 cm (taille 40-42) seulement. Par ailleurs, l'effet néfaste du tabac a été également démontré chez les hommes souffrant de problèmes érectiles. Hygiène de vie, sport et régime diététique sont donc les meilleurs alliés de votre pénis.



Mais attention au vélo

Si le sport peut vous aider à arrêter de fumer, à préserver votre tour de taille et à garder une érection digne de votre jeunesse, préférez course à pied, natation, marche et marathon à la pratique du vélo. Les traumatismes subis pendant l'enfance sur certains vélos conditionnent en effet l'avenir sexuel des hommes. Trois études américaines réalisées chez des cyclistes semblent démontrer que certaines impuissances pourraient s'expliquer par un accident de vélo survenu pendant l'enfance.

Selle étroite et relevée, barre supérieure et vélos trop hauts seraient responsables d'accidents du périnée qui ont entraîné des troubles de l'érection ou une impuissance à

l'âge adulte. De bonnes raisons d'acheter des vélos adaptés à la taille de vos enfants et de préférence sans barre et selle à bec.

Mais passé la quarantaine, la pratique du vélo n'est pas non plus sans risque. La position assise sur la selle pendant de longues heures peut réduire la vascularisation et l'innervation de l'appareil génital. Ces traumatismes sont connus aussi bien chez l'homme que chez la femme et sont à l'origine de difficultés érectiles et/ou orgasmiques. Pour vos randonnées cyclistes, préférez donc la position de la "danseuse" !

Pouvez-vous réduire vos risques de troubles de l'érection ?

Pratiquer régulièrement une activité physique est bon pour votre cœur et votre silhouette. Mais savez-vous qu'un peu de sport réduit également vos risques de souffrir de troubles de l'érection ? Une étude américaine précise même qu'il n'est jamais trop tard pour bien faire !

Stress, dépression, hypertension, diabète... les causes des dysfonctionnements érectiles sont multiples. Si l'on connaît assez bien les coupables, il est plus difficile de savoir comment préserver sa vitalité sexuelle. Des chercheurs américains avancent une piste.

Chaussez vos baskets !

Faites du sport, arrêtez de fumer, ne buvez pas trop d'alcool et surveillez votre alimentation ! Ces conseils émaillent la plupart des articles qui vous proposent de prendre votre santé en main... parfois en vain. Mais Messieurs, une nouvelle étude* pourrait vous aider à trouver d'autres sources de motivation.

Des chercheurs américains ont tenté de savoir si des changements d'hygiène de vie pouvaient réduire le risque de développer des troubles de l'érection. Pour en avoir le cœur net, ils ont interrogé 1 709 hommes âgés de 40 à 70 ans entre 1987 et 1989, puis ont procédé à un deuxième entretien de 1 156 hommes entre 1995 et 1997. Parmi cet échantillon, 593 hommes se sont révélés présenter des troubles érectiles.



Résultats : l'arrêt tabagique et le sevrage alcoolique ne semblaient pas réduire de manière significative le risque de dysfonction érectile. De la même manière, les hommes en surpoids présentaient également plus de risques de problèmes quels que soient le nombre de kilos gagnés ou perdus. Si des changements

de comportements peuvent apparaître trop tardifs après la quarantaine pour contrecarrer les effets délétères sur la fonction érectile, ils conservent des bénéfices indiscutables pour la santé de votre cœur, votre foie ou vos poumons.

A contrario, les hommes qui restaient actifs ou même avaient entamé une activité physique tardivement présentaient moins de risques d'impuissance.

Il n'est jamais trop tard pour bien faire

De plus, une relation directe entre l'intensité de l'activité physique et l'abaissement de ce risque a même été observée. A n'importe quel âge, initier une activité physique permet toujours de diminuer le risque de dysfonction érectile.



"Les hommes qui brûlaient plus de 200 Kcalories dans une activité physique par jour, présentaient le plus faible risque de dysfonctionnement érectile" déclare le Pr. Goldstein, responsable de l'étude. Pour avoir une idée plus claire, cette dépense physique correspond à une marche soutenue de trois kilomètres.

"Il s'agit de la première étude démontrant que l'exercice physique, qui est bénéfique pour la santé cardiovasculaire, bénéficie également à la fonction sexuelle. Les implications sont énormes !" ajoute même le Pr. Goldstein. Les hommes soucieux de leur virilité disposent aujourd'hui d'une bonne raison pour se (re)mettre au sport !

Que cette étude ne vous engage pas non plus à repousser de bonnes résolutions à plus tard, l'adoption le plus tôt possible d'une hygiène de vie saine reste la meilleure approche pour réduire le risque de troubles de l'érection.

Le mythe des aphrodisiaques

De tout temps, l'homme a souhaité augmenter son pouvoir viril, prolonger ses érections, stimuler son désir sexuel, décupler ses performances... et il a cherché, dans la nature, les moyens d'y parvenir. Cette incessante quête du Graal avait tendance à négliger la sexualité féminine, même si les femmes cuisinaient des philtres d'amour et autres potions magiques pour "doper" les performances de leurs amants, sachant bien qu'elles ne seraient pas les dernières à en profiter !

On parle d'aphrodisiaque pour qualifier "tout moyen, matériel ou imaginaire, capable de stimuler, et, plus encore, de doper les capacités, à la fois physiques et intellectuelles, de candidats aux records érotiques". (Le dico de l'amour et des pratiques sexuelles de Jacques Waynberg, Ed. Milan).

Croyances ou réalités ?

Miel, ginseng, chocolat, poudre de défense d'éléphant, de corne de rhinocéros ou de cerf, vanille, noix de kola, noix de muscade, huîtres, girofle, romarin, champagne, cardamome, safran, aneth, ail... La liste des aliments, plantes et préparations déclarés aphrodisiaques est quasiment infinie. On peut classer ces substances en deux familles. Tout d'abord celles dont l'effet n'est peut-être pas complètement nul, mais qui n'a jamais pu être scientifiquement démontré comme supérieur à celui du placebo. Si le désir n'est pas au rendez-vous, il n'y aura pas de miracle ! Ensuite, celles qui pourraient être capables de déclencher une érection, ou de la prolonger, mais qui sont dangereuses (sur le plan cardiaque ou rénal par exemple).

Quelques substances célèbres

- **Le chocolat** : célébré depuis longtemps par tous les gourmands, il serait à la fois aphrodisiaque et euphorisant. On a découvert, récemment, qu'il stimulerait la sécrétion, dans le cerveau, d'une substance nommée anandamide qui mime les effets du cannabis. Hélas, trois fois hélas, il faudrait dévorer quelque 13 kilos de chocolat pour espérer atteindre le nirvana...
- **La yohimbine** : elle provient de l'écorce d'un arbre du Cameroun, le yohimbehe. Elle est efficace, et on la trouve d'ailleurs dans notre pharmacopée, puisque c'est un vasodilatateur. Elle provoque un afflux de sang au niveau de la verge et facilite parfois l'érection. Résultat, il faut souvent augmenter les doses... et les effets secondaires ne sont pas négligeables. Cette substance est à proscrire en cas de maladies des reins ou du foie, et elle ne doit pas être associée à certains médicaments contre l'hypertension.
- **La cantharide** : cette mouche espagnole, une fois réduite en poudre, congestionne les parties génitales et peut déclencher une forte érection par la présence d'un composé, la cantharidine, que l'on retrouve aussi dans les cuisses de grenouille ! Elle valut au marquis de Sade d'être mis en prison pour avoir empoisonné quelques personnes avec de fameux chocolats fourrés ! Quant à Richelieu, il s'en délectait tant qu'il fit fabriquer en France les "bonbons à la cantharide de Richelieu" ! Dans les faits, c'est un toxique puissant qui peut provoquer un priapisme (érection prolongée et douloureuse), voire une hémorragie rénale.
- **La truffe** : "elle rend les femmes plus tendres et les hommes plus entreprenants" affirmait Brillat-Savarin en 1825. Elle doit sans doute les "vertus" dont on la pare aux substances qu'elle contient, dont certaines sont très

proches de la testostérone (hormone en lien avec le désir sexuel chez l'homme comme chez la femme).

- **L'ail** : le Talmud assure qu'il rend le sperme plus abondant, et dans la France médiévale, un ragoût à l'ail assurait aux jeunes gens fougueux des nuits amoureuses sans fin. Au Moyen-Orient, le jeune marié porte encore une gousse d'ail à sa boutonnière !
- **La moutarde** : son nom a pour origine "moût ardent", tout un programme ! Et dans toute l'Europe, les hommes avaient pris pour habitude d'enduire leur pénis, juste avant l'acte, d'un cataplasme à base de moutarde pour le moins brûlant... mais efficace, certes, puisqu'elle pique la peau, dilate les vaisseaux et intensifie localement la circulation sanguine.
- **La mandragore** : son succès est lié au principe de similitude, puisque cette racine présente une forme phallique. En réalité elle renferme de la scopolamine, un composé utilisé aujourd'hui contre le mal de mer !
- **Le ginseng** : c'est sans nul doute l'aphrodisiaque le plus célèbre, et le plus demandé sur la planète ! Les empereurs chinois en consommaient à outrance pour honorer du mieux possible leur quelque 1 000 concubines. Mais aucune étude européenne sérieuse n'a réussi à démontrer une réelle action. Dans la pratique, on le trouve quelquefois associé à de la noix vomique, laquelle contient de la strychnine, stimulante mais ô combien dangereuse !

En conclusion, le meilleur des aphrodisiaques, et le moins dangereux, reste sans conteste votre imagination ! Mais nul ne vous empêche, pour un dîner galant, de proposer des huîtres, un plat de cuisses de grenouilles ailées, du champagne (à petite dose, sinon la contre-performance est garantie !) et des chocolats. L'effet ne devrait pas pouvoir être négatif, quoi qu'il en soit !



Table des matières

| | |
|---|-----------|
| <i>Ejaculation : généralités</i> | 2 |
| <i>L'éjaculation prématurée</i> | 3 |
| L'éjaculation prématurée dans l'histoire | 3 |
| Tout savoir sur l'éjaculation prématurée | 5 |
| L'éjaculation prématurée en 10 questions | 7 |
| Peut-on vivre une sexualité harmonieuse malgré l'éjaculation rapide ? | 9 |
| L'éjaculation prématurée : un handicap pour une rencontre amoureuse ? | 11 |
| Ejaculation précoce : des petits trucs pour la surmonter | 12 |
| Le traitement de l'éjaculation prématurée | 15 |
| Conseils pour résoudre le problème d'une éjaculation rapide seul | 16 |
| Conseils pour résoudre en couple le problème d'une éjaculation rapide | 17 |
| Notre méthode interactive contre l'éjaculation prématurée | 19 |
| <i>L'éjaculation retardée</i> | 23 |
| <i>Les troubles de l'érection</i> | 26 |
| Dysfonctions érectiles : qui est concerné ? | 26 |
| Quelle est la fréquence des troubles érectiles ? | 29 |
| Les troubles de l'érection et leurs causes | 31 |
| Causes psychologiques et organiques | 33 |
| Mettre fin au cercle vicieux | 35 |
| Antidépresseurs et troubles sexuels | 37 |
| Les maladies associées | 39 |
| Cancer de la prostate et dysfonction érectile | 39 |
| Le diabète responsable mais pas coupable... | 42 |
| Erection en panne : gare à l'infarctus ! | 44 |
| Histoire d'hormones ? | 46 |
| Sexualité et hormones : quel rôle à la cinquantaine ? | 48 |
| Tabac et troubles sexuels | 51 |
| La libido paniquée par la cigarette | 51 |
| Pour que votre fertilité ne parte pas en fumée | 52 |
| Erection : un style de vie | 55 |
| Diabète et excès de poids | 55 |
| Le cholestérol | 56 |
| Le sport, allié du sport en chambre | 56 |
| Les "amis" de l'érection | 56 |
| Le sport entretient la virilité | 57 |
| Pouvez-vous réduire vos risques de troubles de l'érection ? | 58 |
| Le mythe des aphrodisiaques | 59 |