

# L'Éjaculation prématurée : définitions à l'épreuve de la clinique, traitements

M. CHEVRET-MÉASSON

283 rue de Créqui - 69007 LYON

## RÉSUMÉ

Les différentes définitions et formes cliniques, ainsi que les principales thérapeutiques et thérapies actuelles de l'éjaculation prématurée, sont passées en revue.

Nous insistons sur l'évaluation de cette dysfonction en recherchant par un entretien long le caractère primaire ou secondaire.

Cette distinction faite, nous devons différencier les éjaculateurs prématurés "immédiats" des autres. Pour les premiers, nous avons peu de thérapeutiques à l'heure actuelle. Les autres doivent engager l'apprentissage qu'ils n'ont pas fait au début de leur sexualité relationnelle par ignorance, par non-culture du plaisir, ou par traditions culturelles si le plaisir féminin n'est pas valorisé.

**Mots-clés :** *Dysfonctions, éjaculation prématurée, sexothérapies, sexualité masculine.*

## I. INTRODUCTION

En décembre 1983, à Lyon, une des journées de la S.A.L.F. était consacrée aux troubles de l'éjaculation. A propos de l'éjaculation prématurée, déjà G. Tordjman [7] retenait que la définition de l'E.P. a souffert de la variabilité des critères retenus.

## II. DÉFINITIONS

La définition la plus souvent acceptée est celle du D.S.M. IV "L'éjaculation survient avant que l'individu ne le souhaite, du fait d'une absence réitérée et persistante du contrôle volontaire raisonnable de l'éjaculation et de l'orgasme pendant la relation sexuelle".

Cependant la littérature urologique et sexologique continue de parler d'éjaculation précoce. Ce dernier terme nous semble à bannir, ce que proposent de nombreuses personnalités sexologiques, car il se réfère à une normalité peu valide. En effet, si la femme jouit rapidement, si le code social d'une époque donnée ou d'une religion privilégie le nombre de rapports plutôt que la durée d'une relation, l'homme sera considéré comme normal alors qu'il serait considéré comme anormal, malade, à traiter sous d'autres cieux.

L'éjaculation prématurée signifie donc survenant trop tôt, prématurée au vu des attentes de l'homme et de la femme. Avoir créé cette dysfonction sous-entend que l'éjaculation se produit ainsi de manière involontaire.

Mais quels critères ont été utilisés pour définir les éjaculations prématurées ?

### **Critères temporels :**

En 1947, E. Kinsey [4] cite 30 secondes et parle d'un temps moyen requis pour atteindre l'orgasme de 3 minutes.

En 1983, J. Waynberg [8] réserve le terme

d'éjaculateur prématuré à celui qui n'a que 5 à 10 secondes de coït, et propose de parler de dyséjaculation après quelques minutes de coït.

En 1983, C. Gellman parle d'E.P. si elle survient au maximum après 30 secondes d'intromission.

En 1987, Trudel et Proulx proposent 5 minutes.

#### ***Critères de satisfaction de la partenaire :***

Masters et Johnson [5] donnent comme indice de l'E.P. une satisfaction féminine en dessous de 50 % des rapports sexuels (si la partenaire est libre, disponible, et a une capacité orgasmique).

Chang J. dans le *tao de l'art d'aimer* écrit "Tout homme, qui ne peut attendre que sa partenaire soit parvenue à la satisfaction totale chaque fois qu'il y a un rapport sexuel, a encore beaucoup à apprendre".

#### ***Critères de nombre d'allers et retours intra-vaginaux :***

Critères défendus par les tenants de l'hyperés-thésie du gland ou par les approches phylogé-nétiques, s'appuyant sur les observations des primates qui ont un nombre stable de mouvements intra-vaginaux variant entre 15 et 25.

#### ***Critères de contrôle et d'apprentissage :***

L'éjaculation, phénomène réflexe a un déroulement qui échappe à la volonté.

Cependant le déclenchement irréversible du réflexe est précédé d'une courte période de sensation d'imminence de l'éjaculation. Cette période étant appréciée suivant l'attention, la sensibilité, et l'expérience de chaque homme. Période, où en deçà d'un point critique de non retour, le ralentissement ou l'arrêt de la stimulation du gland permet à l'excitation de se réduire et de retarder ou d'éviter la survenue de l'éjaculation en "surfant" sur les vagues d'excitation montante et descendante successives comme le décrit Czyba [2]. Certaines E.P. sont la conséquence de la non perception permanente ou ponctuelle de la sensation pré-orgasmique. Théorie de l'expérience qui recoupe tous les écrits extrême-orientaux anciens comme le kama sutra ou le tao de l'art d'aimer.

La grande difficulté pour définir ce symptôme est qu'il n'est tenu compte pour parler de rapidité que du temps de pénétration alors que la durée de la phase d'excitation nommée préliminaires peut être extrêmement variable et parfois longue.

Sans oublier que l'homme doit avoir une idée de la culture du plaisir pour se permettre cet apprentissage. Rappelons avec G. Abraham (1) que la douleur qui est spontanée est beaucoup plus facile que le plaisir qui est une notion apprise.

## **II. LA CLINIQUE**

Certains ont pu dire que le tableau clinique est toujours identique avec une limitation des préludes, une fantasmatisation anti-érotique et une vigilance obsessionnelle envers le symptôme. Mais n'oublions pas que comme toute dysfonction sexuelle, une classification en primaire, à savoir présente systématiquement depuis le début de la sexualité, et secondaire, c'est à dire survenant après une période de contrôle de l'éjaculation, est fondamentale. Pour le praticien, faire préciser cette différence est un indicateur car le secondaire qui a déjà su contrôler pourra reconstruire s'il comprend et traite ce qui l'a déstabilisé, que la perturbation provienne d'une dépression, d'un événement de vie, d'un conflit ouvert ou non exprimé dans le couple ou d'une autre façon de vivre sa sexualité. Mais les hommes, souvent "honteux" de leur non-performance ont tendance à cacher cet aspect primaire. D'autres, adeptes d'aventures d'un soir, ou ayant vécu longtemps avec une femme inexpérimentée, découvrent cette difficulté avec une nouvelle compagne, leur problème étant masqué jusqu'alors.

## **III. LES E.P. PRIMAIRES**

J. Waynberg [8] différencie des éjaculateurs prématurés à automatisme réflexe inaccessible aux thérapeutiques d'apprentissage et d'éducation psychologiques. Ces hommes ont des éjaculations quasi-immédiates, depuis toujours, avec n'importe qui, n'importe où, n'importe comment. Cet auteur fait l'hypothèse que le premier rapport est une empreinte (au sens

éthologique) et que si ce premier rapport débouche en moins de 2 secondes sur l'orgasme, les procédures d'apprentissage et de conditionnement seront inopérantes toute sa vie. Ces patients les moins nombreux, mais prisonniers de cet handicap qu'ils palient avec des prothèses chimiques ou mécaniques nécessiteraient des travaux de recherche approfondie.

A coté de ces E.P. irréductibles, les différentes formes cliniques des E.P. ont bien été systématisées par W. Pasini [6]. Les deux premiers types concernent les E.P. primaires.

### ***1. Le surexcité, hyper émotif dans tous les domaines de la vie***

Cet homme mange vite, parle vite, est en permanence dans une impatience impulsive dont il souffre particulièrement dans les situations d'examens, ou de compétitions sportives. Il correspond au Pattern comportemental de type A de Friedman et Rosenman.

### ***2. L'émotif à impatience sélective***

Cet homme se contrôle bien dans la vie mais la pénétration "lui fait perdre la tête". En général nous retrouvons une attente demesurée à l'égard des femmes et des mythes sur l'érotisme féminin, façonnés au cours d'une éducation sexuelle rudimentaire ou répressive ou dans un milieu exclusivement féminin.

### ***3. Le craintif***

L'excitation est mêlée à l'inquiétude. Le corps et le sexe féminin sont mystérieux et dangereux. Souvent grand séducteur (la femme idéale est projetée) jusqu'à l'acte (où il rencontre la réalité). Sa sexualité se vit dans un acte rageur, vérifiant chaque fois sa nouvelle déception.

## **III. LES E.P. SECONDAIRES**

### ***4. L'impuissant***

L'homme se dépêche de jouir avant que son excitation et son érection retombent. Ce qui se vérifie dans les statistiques montrant l'augmentation de l'E.P. avec l'âge (cf article de A. Bejin).

### ***5. L'éjaculateur prématuré volontaire ou punitif***

Soit il punit son épouse dans un contexte de conflits conjugaux ouverts ou non exprimés (la sexualité pouvant être le seul terrain où des sujets passifs-soumis vont dire non corporellement). Soit il se punit (culpabilité).

Il est évident que dans ces cas d'éjaculations prématurées secondaires, la prise en charge sera soit celle de la dysfonction érectile, soit celle de la difficulté conjugale.

## **IV. ASPECTS PSYCHODYNAMIQUES**

L'approche analytique a montré une forte composante symbolique agressive de ce symptôme. Les différentes peurs conscientes et inconscientes en jeu vont de la peur de l'inexpérience, de l'échec, du rival, du plaisir aux difficultés de l'identité sexuelle.

## **V. ASPECTS SOCIOLOGIQUES**

Les sociologues ont largement débattu depuis 20 ans sur les conséquences du travail féminin rémunéré et de la maîtrise de la conception induisant des règles nouvelles de comportement entre les sexes. L'E.P. serait alors une dysfonction de civilisation, la dimension érotique de la sexualité étant actuellement privilégiée, la dimension reproductive étant rare, codifiée voire médicalisée.

D'autres travaux montrent que nous sommes dans une époque de culte de la performance personnelle ou l'emporter sur les autres n'est pas suffisant, il faut l'emporter sur soi-même en étant performant dans tous les domaines. Cette nouvelle forme de quête de l'absolu remplace le manque de référent et aliène l'humain dans un "toujours mieux" épuisant. La recherche de performance érotique s'inscrit dans cette idéologie narcissique de réalisation de soi. Pour ceux qui n'ont pas encore peur de la "panne", car l'érection ne leur a pas fait défaut, la nécessité de performance peut entraîner ces troubles.

## **VI. LES THÉRAPEUTIQUES**

### ***1. les thérapeutiques pharmacologiques***

En l'absence de molécules spécifiques, de nombreux essais de traitements par les alpha et bêta-bloquants ainsi que les benzodiazépines

ou certains neuroleptiques ne sont pas concluants et doivent être abandonnés. Restent l'utilisation d'antidépresseurs soit tricycliques, soit I.R.S. Mais cette utilisation est hors A.M.M.

Les thérapeutiques de l'érection par I.C.C. de PGE1 ont été proposées par des auteurs avec des résultats de 80% de satisfaits, c'est la seule solution actuelle pour les rares patients atteints d'éjaculation ante-portas ou immédiate, "les E.P. de J. Wainberg", si les traitements oraux sont inefficaces.

## **2. les thérapeutiques locales**

Les crèmes anesthésiantes sont peu probantes et entraînent des difficultés de plaisir voire d'allergie chez les partenaires. Les préservatifs, au long cours, sont refusés.

## **3. les thérapeutiques chirurgicales**

Préconisées, dans les cas de brièveté du frein, elles n'ont jamais montré d'amélioration du contrôle et sont donc à bannir.

## **4. les sexothérapies**

Leurs principes en sont les mêmes qu'il y a 20 ans, fondés sur la théorie de l'expérience et de l'apprentissage. L'homme est un éjaculateur précoce inné qui va apprendre à se maîtriser peu à peu. Cette éducation progressive qui commencera toujours par de l'information utilisera ensuite des "outils psychosexothérapeutiques" nombreux dont le choix se fera après une évaluation de l'homme et de son couple si la partenaire est motivée. Les critères de choix de la thérapie sont articulés sur les ressources, capacités et problèmes associés du patient en premier lieu, en tenant compte des désirs et souhaits du patient, et bien évidemment des outils thérapeutiques auxquels le thérapeute est formé. Nous rappelons que toutes les recherches sur l'évaluation des psychothérapies montrent que, quelle que soit la technique utilisée, l'alliance thérapeutique entre le patient et le thérapeute est le critère fondamental.

Les techniques les plus utilisées sont les **thérapies comportementales** dont les principes de bases ont bien été décrits par Lo Piccolo et

largement utilisées par Masters et Johnson [5]. Elles comprennent des prescriptions graduelles de sensate focus, de squeeze ou de stop and go, exercices spécifiques permettant une rééducation progressive de l'éjaculation mais nécessitant l'adhésion car la participation de la partenaire. Ces thérapies se sont complétées de travail sur les cognitions (pensées automatiques) négatives, ce sont les **thérapies cognitivo-comportementales**.

Des **thérapies à médiation corporelle comme la relaxation, l'hypnose Ericksonienne**, la rééducation périnéale et les techniques sexo-corporelles de J-Y. Desjardins [3] peuvent être d'excellents outils thérapeutiques.

**5. Les psychothérapies analytiques** sont particulièrement indiquées pour des éjaculateurs prématurés primaires dont l'inhibition sexuelle est manifeste.

## **CONCLUSION**

A l'aube de la grande révolution pharmacologique de la sexualité inaugurée par le sildénafil, cet article peut paraître à certains surréaliste. Dans quelques mois ? Années ? Nous aurons certainement des molécules efficaces et spécifiques pour freiner l'éjaculation. Certains vont annoncer la fin des prises en charge psycho-sexologiques ou psychothérapeutiques. Pourtant d'autres révolutions pharmacologiques comme les nouveaux antidépresseurs, avec peu d'effets secondaires, n'empêchent pas les déprimés de consulter et de rechercher à élucider leurs difficultés, l'apparition de molécules supprimant les symptômes de manque des toxicomanes ne les ont pas fait désertier les consultations d'aide psychologique. Bien sûr, la sexualité instrumentalisée sera plus facile, mais elle ne changera pas la nécessité de l'intégrer dans l'affectif, le narcissisme et toute la chaîne pulsionnelle et conflictuelle que constitue notre psychosexualité.

## **REFERENCES**

1. ABRAHAM G. "Principes généraux des thérapies sexuelles" in Sexologie Médicale CZYBA et coll. SIMEP - 1981.

2. CZYBA J-C. "Physiologie de l'éjaculation" in L'éjaculation et ses perturbations - SIMEP - 1984.
3. DESJARDINS J-Y. "Approche intégrative et sexocorporelle" in Sexologies:1997, Vo. V, n° 21, 43-48.
4. KINSEY E. "Le comportement sexuel de l'homme" - 1947.
5. MASTERS W.H. et JOHNSON V.B. "Les réactions sexuelles" - Paris - Laffont 1968.
6. PASINI W. "Le temps d'aimer" - Odile JACOB - 1997.
7. TORDJMAN G. "Le point sur l'éjaculation prématurée" in L'éjaculation et ses perturbations - SIMEP - 1984
8. WAYNBERG J. "Essai d'interprétation ontogénique de l'éjaculation prématurée" in L'éjaculation et ses perturbations - SIMEP - 1984.

## **ABSTRACT**

### **Definitions and clinical features of premature ejaculation**

**M. CHEVRET-MÉASSON**

**The various definitions and clinical features of premature ejaculation, as well as the major therapeutics and therapies of the moment, are being reviewed.**

**We insist upon the evaluation of this dysfunction through a long conversation in order to establish its primary or secondary nature.**

**Once this distinction has been made, we must differentiate the "immediate" premature ejaculators from the others. For the formers, we have few therapeutics at the present time. The others must start to learn what they have failed to do at the beginning of their relational sexuality due to ignorance, non-culture of pleasure, or by cultural traditions if feminine pleasure is not considered as something of value.**

***Key-words* : dysfunction, premature ejaculation, sexotherapy, male sexuality.**