



L'éjaculation et sa maîtrise

*Rubrique sur la sexologie
- approche scientifique de la santé sexuelle -
sa physiologie, sa pathologie et sa thérapie*

Par Anna Ponomareva (Masseur-kinésithérapeute D.E., DIU Etude de la sexualité humaine)

Définition

L'éjaculation prématurée (EP), pourtant peu médiatisée, est la dysfonction sexuelle la plus fréquente (30% des hommes en souffrent ; Porto, 2013). Malgré cela, elle n'est pas suffisamment diagnostiquée, ni traitée (malgré la possibilité de traitement efficace ; Giuliano, 2006) et elle est souvent stigmatisée.

Les différentes définitions s'accordent sur l'existence d'une souffrance personnelle et d'une perte de contrôle dans la survenue de l'EP, ce qui explique le choix de la terminologie « prématurée », plutôt que « rapide » ou « précoce ». La durée limite pour diagnostiquer une EP, retenue par la Société Internationale de Médecine Sexuelle (ISSM) et l'Association Américaine de Psychiatrie (DSM V) est d'une minute maximum suivant la pénétration vaginale.

Différents courants de pensée se sont succédé afin d'expliquer et de traiter l'EP. L'éjaculation rapide est pourtant une fonction physiologique normale chez l'homme (comme dans de nombreuses espèces de mammifères, en particulier des primates), et qui n'a pas réellement posé problème avant le début du XX^{ème} siècle. En effet, la sexualité tournée vers la procréation n'avait pas pour vocation de réguler la durée de la pénétration vaginale, ni pour but de satisfaire sa partenaire, et l'EP n'était pas considérée comme une dysfonction sexuelle. Néanmoins, l'idée de la maîtrise de l'éjaculation et de la recherche du plaisir de la partenaire a été valorisée auparavant dans des récits anciens de plus de 2000 ans (Bejin, 1999). Prenant un exemple parmi ces textes, les récits sexuels de la Chine ancienne enseignent la maîtrise de l'éjaculation, avec des notions de sexologie et des techniques qui se retrouvent dans les recommandations actuelles (techniques d'apprentissage, méthode de retrait, manœuvres de compression...) (Karamanou et al, 2010).

Au XX^{ème} siècle, la notion d'EP émerge ; elle est accompagnée par des hypothèses d'étiologie psychanalytique et somatique, puis d'acquisition par comportement antérieur, et ensuite d'origine neurobiochimique et génétique (orientation des recherches pharmacologiques actuelles) (Naji- Lugez, 2015).

Les attentes modernes en matière de sexualité, comme dans bien d'autres domaines, sont en évolution constante. La norme qu'est devenue la sexualité de plaisir avec pour but la satisfaction des deux partenaires, et éventuellement deux orgasmes concomitants, impose des aménagements dans le comportement sexuel : aux femmes de devenir actives afin de maintenir l'intérêt à l'excitation de l'homme, qui a son tour apprend à différer son éjaculation afin de laisser le temps à l'orgasme féminin (Colson M-H). Les temps de réactions sexuelles sont, en effet, physiologiquement différents pour les hommes et les femmes. Pour l'homme, la recherche volontaire et sans contraintes de la maîtrise de son éjaculation est au cœur de la définition de l'EP, puisqu'elle est définie, comme une éjaculation survenant « avant que l'homme le souhaite » (DSM V, ISSM).

Le besoin relativement récent de contrôler son éjaculation et l'apparition d'EP en tant que dysfonction sexuelle, est souvent attribué à l'évolution des mœurs, en particulier en rapport avec la sexualité : la recherche de plaisir et l'érotisation, le contrôle de la reproduction, la pornographie... D'autres conclusions imputent cette recherche de maîtrise à des qualités plus globales de la société actuelle, comme un culte de dépassement de soi et une réelle culture de performance (Chevret, 1999).

Physiologie de l'éjaculation

L'éjaculation est l'expulsion réflexe du sperme à travers l'urètre, qui accompagne l'orgasme chez l'homme. Les afférentes comportent des voies périphériques pudendales, centrales, corticales et sous-corticales. Elle comporte deux phases : la phase d'émission et la phase d'expulsion.

Pendant la première phase, les sécrétions testiculo-épididymaires des vésicules séminales et les sécrétions prostatiques, s'accumulent dans l'urètre prostatique. Sa dilatation sous l'effet de ces sécrétions est responsable de la sensation d'éminence de l'éjaculation. Il reste fermé toute cette phase par le sphincter lisse au niveau de la vessie, et par le sphincter strié à sa séparation de l'urètre membraneux. Cette phase est dépendante des centres médullaires et les voies sympathiques neurovégétatives motrices T11-L2.

La deuxième phase est la phase d'expulsion, qui nécessite le fonctionnement des sphincters prostatiques et de la musculature périnéale striée, ainsi que la musculature lisse de l'urètre. La fermeture du sphincter lisse de la vessie tout au long de cette phase permet de concentrer la pression du sperme accumulé sur le sphincter strié. La contraction des vésicules séminales se poursuit ; sous l'effet de cette pression, le sphincter strié s'ouvre en gardant des contractions spasmodiques, ce qui a pour conséquence l'expulsion du sperme en 3-5 saccades toutes les 0,8 secondes. Cette phase est dépendante de la moelle et des racines sacrées (S2-S4).

La plainte sexuelle

Dans la majorité des cas, le traitement de l'EP s'avère efficace. La prise en charge allie plusieurs traitements, compte tenu des différentes causes influençant la plainte du patient : physiologique, psychologique, relationnelle...

Le traitement médicamenteux consiste essentiellement en prescription d'inhibiteurs de la recapture de la sérotonine. La sérotonine a en effet une action inhibitrice sur l'activité sexuelle.

Les techniques de rééducation périnéale et d'exercices quant à elles, aident à prendre conscience des muscles, des tensions et des sensations, dans le but de mieux les apprivoiser et rechercher leur maîtrise.

D'autres traitements comportent la prise en charge psychologique, psychanalytique ou encore sexofonctionnelle...

Il est cependant possible que la plainte du patient englobe l'EP et la dysfonction érectile en même temps. Les deux symptômes peuvent parfois s'entretenir : par peur de perdre une érection, l'éjaculation peut se précipiter involontairement, et de l'autre côté les efforts de retarder l'éjaculation peuvent induire la diminution de l'érection. Dans ce cas, la dysfonction érectile sera traitée en premier.

Sources citées :

- Bejin, A. (1999). *Epidémiologie de l'éjaculation prématurée et de son cumul avec la dysfonction érectile. Andrologie*, 9(2), 211.
- Chevret-Méasson, M. (1999). *L'Éjaculation prématurée : définitions à l'épreuve de la clinique, traitements. Andrologie*, 9(2), 247.
- Colson, MH. *Santé sexuelle au masculin. Fédération Française de Sexologie et de Santé Sexuelle FFS3 (article web : http://www.ff3s.fr/v2/data/sante_sexuelle_au_masculin/ejaculation_precoCe/ep01.asp)*
- Giuliano, F., & Clément, P. (2006). *Serotonin and premature ejaculation : from physiology to patient management. European urology*, 50(3), 454-466.
- Karamanou, M., Demetriou, T., Liappas, I., & Androutsos, G. (2010). *Techniques de contrôle de l'éjaculation dans l'ancienne Chine. Basic and Clinical Andrology*, 20(4), 266.
- Ibtissam Naji-Lugez (2015). *Enquête sur la prise en charge de l'éjaculation prématurée en soins primaires : évolutions de son abord en médecine générale depuis l'autorisation de mise sur le marché de la dapoxétine. Thèse médecine Université de Droit et de la Santé Lille 2.*
- Porto, R., & Giuliano, F. (2013). *L'éjaculation prématurée. Progrès en urologie*, 23(9), 647-656.
- Henry, N., Rouprêt, M., Ciofu, C., Gattegno, B., Thibault, P., Haab, F., & Beley, S. (2008). *Prise en charge de l'éjaculation prématurée chez le sujet adulte. Progrès en urologie*, 18(9), 566-569.

Commentaire de Mathieu Pichoff, masseur-kinésithérapeute D.E. exerçant en cabinet de rééducation uro-gynécologique et sexologique :

L'éjaculation est un réflexe. Qui dit réflexe, dit incontrôlable. Une fois que l'homme a atteint un certain "trigger point", un point de non-retour, le réflexe d'éjaculer se déclenche.

Il existe trois catégories de troubles de l'éjaculation : l'éjaculation précoce (90%), l'éjaculation retardée (8%), et l'anéjaculation (2%). Ici, nous allons évoquer particulièrement l'éjaculation prématurée car quand on parle de maîtrise de l'éjaculation, on pense immédiatement à l'éjaculation prématurée, dite communément parlant « éjaculation précoce ». On raccourcit même encore plus vite en appelant un homme dont on n'est pas satisfait : "le précoce".

Quand on parle de maîtrise de l'éjaculation, en fait, ce n'est pas tout à fait correct : on ne maîtrise pas l'éjaculation, mais le point de non-retour. Maîtriser son éjaculation, c'est donc maîtriser son point de non-retour... donc le plus souvent, dans notre société moderne occidentale, c'est retarder l'arrivée de ce fameux point.

Qui dit maîtrise, dit apprentissage.

L'éjaculation prématurée est un problème de jeune homme, ou d'homme peu expérimenté. C'est THE problème lors de la découverte de la sexualité.

L'origine de l'éjaculation prématurée est psychogène.

Comment ce jeune homme doit apprendre à maîtriser son éjaculation ? Par la masturbation évidemment : il doit apprendre à reconnaître ce point de non-retour. Puis, dans la pratique avec un(e) partenaire, il reconnaîtra l'arrivée imminente de ce point de non-retour, et il saura alors faire "retomber la pression" avant de l'atteindre : il se retirera, se comprimera le gland, se serrera les testicules, il pensera à sa belle-mère....

Chacun sa méthode, mais il saura quand l'éjaculation arrivera, et si elle n'arrive pas au bon moment, il la contrôlera !

L'acteur pornographique, est le spécialiste de la maîtrise de l'éjaculation. Il n'éjacule que sur ordre, que lorsque réalisateur lui demande : tout de suite ou dans une heure. C'est le « 6ème Dan » de la maîtrise de l'éjaculation ! Evidemment, cette maîtrise n'est pas venue en 2 minutes, mais s'est acquise après des heures de travail, des heures de masturbations.

Pour faire une remarque sur la pornographie : éjaculer au bout de 5 heures de pénétrations n'est absolument pas normal, même si les hommes sont des bêtes de compétitions. Beaucoup d'acteurs prennent des stupéfiants comme l'héroïne ou la cocaïne, ce qui bloque totalement l'éjaculation. Pour les scènes "finales" d'éjaculation, la quasi-totalité des scènes sont tournées avec des doublures masculines uniquement pour l'émission du sperme.

Dans votre activité, une femme ou un homme se plaignant de difficultés "à terminer", pensez toujours à la drogue "dure". A l'inverse, la drogue douce aura une action sur l'érection.

L'autre difficulté avec l'homme souffrant d'éjaculation prématurée, difficulté qui va compliquer la prise en charge, sera l'installation d'un cercle vicieux : l'angoisse de performance. La peur d'éjaculer trop vite, peur de décevoir sa partenaire. Il pourra tellement angoisser, qu'il pourra même souffrir d'éjaculation "ante portas" : éjaculer avant même de pénétrer, l'éjaculation "avant la porte".

Question à vous amis lecteurs : quelle est d'après vous, la durée moyenne de la pénétration avant éjaculation ? Je ne parle pas de la durée d'un rapport sexuel "complet", juste la durée de la pénétration lors d'un rapport ? (En terme scientifique, on dit : temps de latence intra vaginal IELT) ... C'est (ou ce n'est) qu'entre 4 et 10 minutes.

Médicalement parlant, quelle solution peut être apportée à nos précoces ? Comme le dit mon amie Anna, les ISRS (inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine). En général, le médicament le plus connu est la Paroxétine (Déroxat). Les sexologues sont divisés sur ce médicament : il n'allongerait le temps avant éjaculation que de 20 secondes. Mais moi, je crois à l'effet de ce médicament : l'homme prend un médicament, donc l'effet placebo est hyper important, car cela va le renforcer, le rassurer. Et puis, malgré tout, 20 secondes de plus peuvent changer beaucoup de choses dans une relation intime... et cela peut sauver un couple.