

PRISE EN CHARGE ACTUELLE DE L'EJACULATION PREMATUREE

R. Porto

48, Bd Rodocanachi, 13008 Marseille

CURRENT TREATMENT OF PREMATURE EJACULATION.

Considered as the most common male sexual problem, premature ejaculation is characterized by the absence of control over the ejaculatory reflex with a correspondingly poor perception of sexual arousal and pleasure. After first considering the nature of the problems underlying premature ejaculation, this article emphasizes the relevance of pathophysiological aspects and considers the main treatments available according to the various contributory factors identifiable during investigation in relation to whether the problem is structural or psychological. Successful treatment is dependent upon modifying and correcting the mental and sensory processes of the premature ejaculator during his sexual activity. When premature ejaculation is an isolated symptom without a concomitant psychological problem, it may be considered a sexual learning disability and has excellent prognosis with sex therapy using behavioural methods ("squeeze technique", "start-stop technique"). In other cases, the symptom of premature ejaculation is associated with deeper psychological problems and treatment requires a more complex psychodynamic approach, but one which does not exclude behavioural measures when appropriate.

Key-words : premature ejaculation, sexual pleasure, orgasm, sexotherapy. **Andrologie, 1992, 2 : 84-87.**

Considéré comme le plus commun des troubles sexuels masculins, puisque 30 à 36% des hommes en seraient atteints, l'éjaculation précoce (EP) se caractérise par l'absence de maîtrise du réflexe éjaculatoire que l'on s'accorde à rattacher à une mauvaise gestion de l'excitation et du plaisir.

LE PARADOXE

Toutes les définitions de l'éjaculation précoce, et donc le diagnostic qui en résulte, et par

conséquent la prise en charge thérapeutique qui s'ensuit, sont aliénés à une idéologie actuelle, faisant reposer sur l'homme la responsabilité de l'orgasme féminin (après avoir pendant des siècles fait peu cas de celui-ci).

Si une femme jouit avant son partenaire elle n'ira généralement pas consulter car cela ne pose pas de problème. En supposant que des femmes viennent se plaindre d'orgasme prématuré aurions-nous la même attitude qu'envers l'homme trop rapide et prescrivons-nous des techniques ou des médicaments pour les retarder ?

En réalité, dans l'éjaculation précoce, nous en sommes arrivés au paradoxe d'appliquer des "thérapeutiques" freinant un plaisir spontané (ce qui n'est pas très physiologique) alors que la sexologie a généralement pour vocation de favoriser et libérer le plaisir !

Il semble bien que la sexologie soit ici victime des tabous qu'elle prétend combattre .

Ce problème de fond sera cependant occulté dans cet article où nous nous situerons par rapport à la réalité clinique d'une demande très fréquente, étroitement liée à l'insatisfaction féminine.

LA RELATIVITE

Plusieurs éléments nous incitent à relativiser la notion d'éjaculation précoce, non seulement pour nous thérapeutes, mais également pour les patients:

- la symétrie entre deux symptômes opposés cliniquement, l'EP et l'anéjaculation, (contrôle déficitaire-contrôle excessif ; inondation fantasmatique - carence fantasmatique, etc...), alors même que des passages de l'un à l'autre se sont produits dans l'évolution de certains de nos patients.

- Le nombre des définitions et leur caractère laborieux ou imprécis, le délai éjaculatoire allant par exemple de quelques secondes à dix minutes selon les auteurs.

- L'aspect parfois contradictoire des concepts étiopathogéniques: trop sensible aux stimuli sexuels selon Strassberg (4), l'éjaculateur précoce ne

serait pas assez sensible selon H. Kaplan (2).

- Le fait que le symptôme n'émerge que dans une relation duelle (introduisant la variable des réactions de l'autre), alors qu'il est totalement occulté dans une perspective strictement individuelle. On peut dire en effet que le vécu et la fréquence de l'EP reflètent en grande partie les moeurs d'une époque et/ou les valeurs d'une culture. Le grand Alfred Kinsey pensait d'ailleurs que l'éjaculation précoce n'était pas pathologique, et représentait plutôt une supériorité biologique, en référence à la rapidité avec laquelle les mammifères mâles, en particulier les primates les plus évolués, arrivent à l'éjaculation. Il est vrai que la plupart des animaux ont un délai éjaculatoire assez bref avec un nombre de mouvements par copulation réduit et immuable. Et si nous faisons partie, comme le dit J. Waynberg (7), du groupe des primates à éjaculation rapide dont la séquence comportementale est inextensible (comme le macaque Bonnet qui éjacule toujours en 10 secondes et quinze va-et-vient) ? Ne sommes-nous pas soumis à un automatisme inné auquel seuls 65% des hommes échapperaient ?

Si l'on quitte la zoologie pour se tourner vers l'anthropologie, on s'aperçoit qu'un fossé peut exister entre notre conception de cette dysfonction et son vécu dans d'autres cultures. Nous avons par exemple reçu des patients de milieux musulmans traditionnalistes demandant une accélération de leur délai éjaculatoire, qui avait cessé d'être instantané après quelques années de mariage, ce qui les perturbait et leur causait des maux de tête !

Faber et Christensen (1) ont comparé 25 danois et 19 étrangers (95% d'origine islamique traités pour EP) et ont constaté que pour des résultats thérapeutiques comparables dans les deux groupes, les danois exprimaient des conflits interpersonnels plus souvent que les étrangers et nécessitaient un traitement plus long (58% de danois ont nécessité plus de 5 séances contre seulement 11% d'étrangers).

Même l'histoire contribue à relativiser l'éjaculation précoce; dans l'antiquité par exemple, seule l'érection était valorisée et une

fois que celle-ci s'était manifestée, cela suffisait à rendre l'homme viril. On sait d'autre part qu'à l'époque victorienne, plus vite l'acte sexuel était terminé, plus vite la femme était débarrassée de cette "corvée honteuse" qu'il était de bon ton de mépriser.

LES DEFINITIONS

Tout le monde peut convenir que l'éjaculation ante-portas est une EP. Mais il peut être délicat parfois de distinguer si un homme éjacule trop vite ou s'il a une femme trop lente à émettre. L'impossibilité d'établir une norme en ce domaine est illustrée par le grand nombre de définitions de l'EP qui ont été proposées.

Nous n'en citerons que trois :

- la première est la plus célèbre: Masters et Johnson qualifient d'EP celui qui, dans au moins 50% des rapports, éjacule avant la satisfaction d'une partenaire normalement orgasmique. Chacun notera qu'un élément aussi variable que l'orgasme de la femme, qui dépend de sa structure, de sa motivation du moment, et même de la façon dont l'homme l'a préparée, rend cette définition peu précise. Mais bien qu'elle pérennise le stéréotype de la responsabilité masculine du plaisir féminin, elle a l'avantage de souligner la dimension relationnelle qui est capitale dans l'éjaculation prématurée.

- la deuxième définition est celle du DSM III (manuel américain de référence pour le diagnostic psychiatrique); on y définit l'EP comme une "éjaculation survenant de manière répétée et persistante avant que le sujet ne le souhaite, lors de stimulations sexuelles minimales, avant, pendant ou après la pénétration". (Nous voyons que la base, ce que "souhaite le sujet", reste très subjective). Il est cependant précisé, fort justement, que "le clinicien devra tenir compte des facteurs pouvant modifier la durée de la phase d'excitation tels que âge, manque d'expérience sexuelle ou nouveauté de la partenaire et fréquence des rapports sexuels".

- la troisième définition que nous citerons est celle que nous avons adoptée en pratique : l'EP est une éjaculation purement réflexe échappant complètement au contrôle volontaire et survenant habituellement en une dizaine de mouvements intra-vaginaux. L'échappement au contrôle volontaire est mis en évidence par une réponse négative aux deux questions suivantes :

- sentez-vous nettement les sensations annonçant l'éjaculation avant qu'il ne soit trop tard ?

- pouvez-vous retarder volontairement votre éjaculation de quelque manière que ce soit ?

Cette définition implique une hypothèse étiologique selon laquelle, contrairement à ce que l'on pourrait croire, ce n'est pas parce que le sujet est trop sensible génitalement qu'il éjacule vite, mais parce qu'il ne sent pas assez venir l'éjaculation et qu'ainsi elle le surprend. C'est un peu comme dans les réflexes mictionnel ou défécatoire qui se déclenchent dans la petite enfance dès qu'une certaine pression est atteinte, et qui plus tard sont corrigés par l'éducation à la propreté; celle-ci ne serait pas possible si l'enfant ne disposait pas du feedback l'informant de la réplétion vésicale ou rectale. C'est précisément ce qui se passe dans l'EP où des expériences précoces ayant fait associer culpabilité et anxiété aux sensations d'excitation, celles-ci s'en trouvent inhibées; dépourvu de ce signal d'alarme, le patient ne pourra apprendre à différer son réflexe éjaculatoire.

LES THERAPIES

Nous disposons pour agir sur l'EP de tout un arsenal thérapeutique: psychanalyse, psychothérapies analytiques, assertives, de communication, thérapies conjugales, thérapies cognitivo-comportementale analyse transactionnelle, thérapies psycho-corporelles, relaxation, hypnose, Gestalt thérapie, bio-énergie, musicothérapie... et des traitements médicamenteux et chirurgicaux. Toutes ces méthodes ont été employées et toutes ont leurs partisans et leurs détracteurs.

Nous ne décrivons que les principales.

Pour faciliter l'exposé, nous schématiserons en envisageant d'une part l'EP maladie, et d'autre part l'EP symptôme; c'est un point de vue un peu artificiel et réductionniste, car les deux peuvent être intriqués, mais il a l'avantage de son inconvénient: la simplification.

Ejaculation prématurée "Maladie"

On peut considérer qu'il y a EP "Maladie" quant il s'agit d'un trouble structurel ayant toujours existé dans la vie sexuelle du sujet, qui se manifeste avec toutes les partenaires et en toutes circonstances et qui ne paraît pas en rapport avec une psychopathologie particulière, ni avec des problèmes relationnels socio-professionnels ou conjugaux. Le sujet a pu avoir ses premières expériences dans un contexte stressant qui l'a conditionné à se hâter, surtout si d'autres expériences aversives sont venues renforcer les premières. L'affection est relativement isolée dans le contexte du patient.

Dans ce cas il sera logique de s'attaquer directement au trouble et à ses composantes immédiates sensorielles et temporelles par des thérapies à visée comportementale.

1 - *La Squeeze Technique ou technique de compression de Masters et Johnson.* Elle permet de remplacer le réflexe conditionné par un autre, grâce à des exercices de compression du gland au moment de l'imminence éjaculatoire, exécutés par la partenaire selon un plan progressif. Cette technique est trop souvent appliquée telle quelle et dans ce cas, elle échoue et décourage patients et thérapeutes. Elle doit toujours s'inscrire dans un contexte d'explication et d'entretiens psychothérapeutiques, notamment pour analyser et surmonter les résistances à l'exécution des exercices. Elle doit surtout être précédée d'une phase préparatoire où le sujet a pour consigne de mieux apprendre à ressentir son plaisir génital, faute de quoi il ne saura pas donner un signal adéquat durant la squeeze technique.

2 - *La technique du Stop-Start de Semans, encore appelée méthode de la Pause de Kaplan :* Elle procède des mêmes principes: faire mieux sentir au sujet les sensations pré-éjaculatoires et l'habituer à supporter le plaisir en différant sa satisfaction.

3 - *les suggestions progressives sous relaxation :* Elles permettent d'augmenter la tolérance au plaisir du patient et d'atténuer son état de tension.

4 - *L'hypnose :* On pourra sous hypnose agir soit directement sur le symptôme, soit indirectement en modifiant la conception du temps du patient, ou à l'aide de métaphores (méthode de Milton Erickson).

5 - *la musicothérapie :* Elle permet aussi une rééducation efficace du réflexe éjaculatoire en conditionnant le sujet à ne jouir qu'à l'écoute d'une musique rapide survenant de plus en plus tardivement après une séquence de musique lente rythmant les mouvements intra-vaginaux.

6 - *L'approche sexo-corporelle de J.Y. Desjardins :* basée sur un modèle complet de fonctionnalité, elle s'attaque aux composantes physiologiques et psychologiques de la tension sexuelle, après avoir démontré leurs liens de causalité.

7 - *les traitements pharmacologiques :* Ils sont tout à fait justifiés dans le cadre que nous avons défini. Nous ne ferons que citer les plus utilisés :

- *les alpha-bloquants:* théoriquement efficaces sur l'EP, ils se sont avérés produire des résultats limités (nicergoline, Sermion®) ou pour certains produits (phenoxybenzamine) des effets secondaires dangereux.

- *les neuroleptiques :* par leur effet antidopaminergique, ils peuvent retarder l'éjaculation; le produit qui agit le plus nettement sur ce trouble

est la thioridazine (Melleril®), mais ses effets sédatifs gênants ont empêché son emploi à une large échelle dans cette indication.

- *les antidépresseurs* : les derniers antidépresseurs apparus sur le marché, la fluvoxamine (Floxyfral®) et la fluoxétine (Prozac®), de par leurs propriétés sérotoninergiques, devraient être efficaces sur l'EP et semblent effectivement donner de bons résultats, mais les études sont encore en cours.

Nous avons personnellement établi, en double insu, l'efficacité remarquable de la **clomipramine** (Anafranil®) dans 70% des cas d'EP primaire, à la dose de 30 à 60mg par jour (3).

- *Les injections intra-caverneuses de drogues vasoactives* : Seules (papavérine, 10 à 20 mg; ou bien prostaglandine E1, 10 à 20 mcg) ou en association (par exemple papavérine 15mg + PGE1 10mcg) elles ont été proposées pour traiter l'EP (5). Il s'agit d'une démarche qui n'est pas très étiopathogénique, masquant une éjaculation parfois toujours prématurée par une érection persistante.

La principale critique que l'on peut adresser à la chimiothérapie dans l'EP est que ses effets sont essentiellement palliatifs et que le trouble peut se manifester à nouveau dans un délai de 2 à 3 semaines après l'arrêt du traitement. Mais nous pensons que le traitement pharmacologique conserve une place de choix dans les circonstances suivantes :

- patient isolé sans partenaire fixe
- sujets refusant d'impliquer l'épouse, ou refus de celle-ci
- couples rebutés par la technique de compression ou inaptes à l'appliquer
- sujets anéjaculateurs par masturbation, ne pouvant donc rentrer dans un programme de squeeze
- patient dépressif par sa dysfonction, nécessitant à la fois un traitement antidépresseur et une confrontation rapide avec sa possibilité de fonctionner autrement
- EP masquée sous une dysérection paravent.

Dans beaucoup d'autres cas, le traitement médicamenteux peut trouver une indication en appoint d'une thérapie plus globale, conjugale par exemple, préservant la relation dans l'attente d'un moment plus favorable à une thérapie comportementale.

8 - *La chirurgie*: dernier-né des traitements de l'EP, elle a été proposée par Tullii (6). Sur 27 sujets EP (17 < 1 mn, 10 < 3 mn), qualifiés d'organiques sur la base d'une altération du

réflexe bulbo-caverneux à l'électromyogramme, qui ont subi une neurectomie partielle du nerf dorsal du pénis: 21 ont été ralentis (éjaculation > ou égale à 10 mn), 4 sont restés EP, 1 est devenu éjaculateur retardé (> 20 mn), 1 est anorgasmique. Nous laisserons au lecteur le soin d'apprécier cette solution encore très récente (suivi 6 mois).

Ce n'est pas la première fois que la chirurgie tente d'investir l'EP. On se souvient en effet que la chirurgie du frein avait été proposée, sans succès, dans cette indication. (il eut d'ailleurs été étonnant que la suppression d'un "frein" ralentisse quoique ce soit)

Ejaculation prématurée "Symptôme"

L'EP n'est pas toujours une "simple" particularité, à corriger quand elle devient gênante; elle est souvent un symptôme en rapport avec des facteurs intra-psychiques, relationnels et/ou environnementaux, intervenant à des degrés divers dans sa pathogénèse. Dans ce cas de figure le symptôme joue un rôle dans l'économie psychique de l'individu, et il ne faudra surtout pas s'acharner à le supprimer avant d'avoir identifié avec le patient d'autres moyens pour exprimer sa détresse.

L'évaluation nous permet d'identifier :

1 - *Des "causes" organiques exceptionnelles* : Séquelles inflammatoires vésico-urétéro-prostatiques agissant comme épine irritative, qui sont à traiter par des anti-inflammatoires et des anti-infectieux.

2 - *des facteurs psychodynamiques individuels, plus fréquents* : qu'il s'agisse d'anxiété de castration, de culpabilité vis à vis de l'inceste... les éléments intrapsychiques rencontrés résultent généralement d'une problématique oedipienne ayant engendré des sentiments d'hostilité envers la femme.

Si une psychothérapie d'inspiration analytique peut s'avérer utile ici, pour commencer, il faut bien reconnaître que des psychanalyses de plusieurs années auxquelles des EP ont pu être soumis dans le passé n'ont jamais donné de bons résultats sur le symptôme, et la psychanalyse orthodoxe n'est pas indiquée dans l'EP, sauf pour les névroses avérées ou chez les patients exprimant le besoin de verbaliser.

3 - *des facteurs relationnels conjugaux également fréquents* : Ils sont essentiellement représentés par des conflits de pouvoir au sein du couple, où le patient est parfois tellement écrasé que le symptôme sexuel est la seule protestation qu'il puisse laisser échapper. Il est commun de

dire que la sexualité, à côté du plaisir, a également une fonction de relation ; mais hélas, cette merveilleuse voie de communication est trop souvent négligée, et dans beaucoup de cas, la sexualité d'un individu, au lieu de compenser sa carence d'expression verbale habituelle, n'est au contraire que le reflet de celle-ci.

Les femmes de ces patients précisent bien d'ailleurs que leur principal problème n'est pas l'EP, mais le fait que cet homme ne dise jamais rien, pas seulement au lit, mais dans la vie courante !

Ce problème est d'une extrême fréquence et bien souvent la femme y contribue par son comportement castrateur ; sur ces individus à personnalité peu affirmée, souvent immatures, le résultat est que ce qui ne peut être exprimé verbalement s'échappe là où c'est possible ! C'est pourquoi en ce qui nous concerne, nous privilégions dans l'EP une prise en charge associant une thérapie assertive du patient et une thérapie conjugale visant à améliorer la communication et surtout à rééquilibrer les rôles et la dynamique du pouvoir dans le couple.

- *Les facteurs environnementaux* : Ils jouent bien sûr souvent un rôle dans la déstabilisation éjaculatoire d'un sujet prédisposé, qu'il s'agisse de stress socio-professionnels, d'inconfort d'habitat ou de promiscuité familiale. Une psychothérapie à visée désangoissante et de soutien, des conseils judicieux, une relaxation pourront aider le patient à réagir avec plus de calme.

Ainsi donc une évaluation perspicace permettra d'appliquer à l'éjaculateur prématuré, seul ou en couple, une thérapie adaptée pour atténuer ou supprimer certains facteurs responsables du déclenchement ou de l'entretien de son trouble.

Cela suffit déjà pour améliorer ou guérir un certain nombre de patients et surtout cela laisse le champ libre pour appliquer aux autres cas les traitements comportementaux plus spécifiquement axés sur le symptôme, que nous avons décrit au début.

CONCLUSION

Beaucoup de thérapies... c'est qu'aucune n'est bonne diront certains. En réalité l'homme est complexe et le nombre des thérapies reflète un peu ses différentes facettes. L'EP est vraiment le modèle de l'attente d'un individu par rapport à un autre, et nous avons à resynchroniser deux individus par tous les moyens dont nous disposons. Ce n'est pas tellement la technique qui compte, c'est la foi que le thérapeute a en elle; tout dépend en thérapeutique du système de

croyance du thérapeute... et du patient; en effet, selon le filtre à travers lequel celui-ci perçoit sa dysfonction, on pourra agir sur le corps ou sur les cognitions, ou sur l'inconscient, ou sur la relation en laissant le choix au patient, après lui avoir expliqué le concept qui sous-tend les différentes approches proposées.

Ces sujets sont souvent anxieux, inexpérimentés, impatientes, ils ont pu avoir un conditionnement négatif, ils ont peur de l'intimité, parfois même de la femme, leur subjectivité temporelle est télescopée, leur agressivité refoulée, leur tolérance à l'excitation et au plaisir limitée, et ils tiennent souvent exagérément compte de leur partenaire.

Toute prise en charge univoque de ces patients est vouée à l'échec. C'est pourquoi la formule de la sexothérapie (conceptualisée par Kaplan) intégrant une évaluation psychodynamique, une prise en charge psychothérapique et des prescriptions comportementales (sans exclure ponctuellement les autres méthodes), est le

modèle le mieux adapté à l'éjaculateur prématuré qui ne doit pas être en effet réduit à un organe délivrant du sperme dans un délai donné, mais être considéré comme un individu ayant une histoire personnelle et familiale, placé dans un écosystème relationnel et social.

REFERENCES

- 1 - Faber B., Christensen H. : "Socio-cultural differences in presentation of treatment of ejaculatio praecox", Abstract Book of the 10th World Congress for Sexology, Amsterdam, June 1991
- 2 - Kaplan H. : The New Sex Therapy, Baillière Tindall, Londres, 1984, 289-315
- 3 - Porto R. : Essai en double aveugle de la clomipramine dans l'éjaculation prématurée. Med. et Hyg., 1981, 39 : 1249- 1253.
- 4 - Strassberg D., Mahoney J. : The role of anxiety in premature ejaculation : a psychophysiological model. Arch. Sex. Behav., 1990, 19 : 251-257.
- 5 - Tordjman G. : Un nouveau traitement de l'éjaculation prématurée. Cahiers Sex. Clin., 1989, 15 : 17-22
- 6 - Tulli, R.E. : Neurectomy; new therapeutic technique for premature ejaculation. Int. J. Impot. Research, 1992, 4, Suppt 2 : p205.

- 7 - Waynberg J. : Essai d'interprétation ontogénique de l'éjaculation prématurée. In : L'éjaculation et ses perturbations., Buvat J. Jouannet P. eds, Simep, Villeurbanne, 1984, 112-116.

POUR EN SAVOIR PLUS : Buvat J., Jouannet P., L'éjaculation et ses perturbations, un vol. SIMEP, Villeurbanne, 1984.

RESUME : Considérée comme le plus commun des troubles sexuels masculins, l'éjaculation prématurée se caractérise par l'absence de maîtrise du réflexe éjaculatoire, que l'on s'accorde à rattacher à une mauvaise gestion de l'excitation et du plaisir. Après avoir commenté le problème de fond que soulève l'EP, et insisté sur la nécessité de relativiser le problème, l'auteur expose les principales thérapies utiles dans cette dysfonction, et en précise les indications en fonction des différents facteurs favorisants détectés par l'évaluation, et suivant que l'on a affaire à une forme d'EP structurelle ou conjoncturelle. **Mots clés** : sexothérapie, éjaculation prématurée, troubles du plaisir, orgasme. **Andrologie, 1992, 2 : 84-87.**