

# L'éjaculation précoce

## Prise en charge

par le Dr François  
DE CARUFEL\*

\* Docteur en psychologie et  
sexologue  
Unité de sexologie fonctionnelle  
Hôpital de Braine-l'Alleud  
Waterloo  
1420 Braine-l'Alleud

[francois.decarufel@uclouvain.be](mailto:francois.decarufel@uclouvain.be)

Un précédent article nous a exposé la définition et les causes de l'éjaculation précoce. Que proposer au patient qui présente cette plainte particulière? Comment l'orienter entre traitements sexologiques et traitements pharmacologiques? C'est ce que le présent article se propose de développer.

		PRÉTEST	
		VRAI	FAUX
1.	Il n'existe actuellement aucune solution thérapeutique définitive pour l'éjaculation précoce.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Les traitements sexologiques ne s'adressent qu'à une minorité de nos patients.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	L'efficacité des antidépresseurs est plus rapide sur l'éjaculation précoce que sur les symptômes dépressifs.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[Réponses ici.](#)

L'éjaculation précoce (ou précoce) est la dysfonction sexuelle masculine la plus fréquente<sup>1</sup>. Elle peut être à l'origine de problèmes psychologiques et relationnels importants<sup>2</sup>. Heureusement, il existe aujourd'hui d'excellents traitements pour aider les couples à prolonger la durée de leurs relations sexuelles. La définition, le profil épidémiologique et les causes de l'éjaculation précoce ont été abordés dans un précédent article. Dans cet article-ci, seront présentés les traitements sexologiques et pharmacologiques considérés comme étant les plus efficaces à l'heure actuelle.

## Les traitements sexologiques

### Le programme de Masters et Johnson

Masters et Johnson - les pionniers de la sexologie moderne - ont mis au point un programme d'intervention de 12 séances<sup>3</sup>. Ce programme, maintenant intégré à l'intérieur des thérapies cogni-



tivo-comportementales, met l'accent sur l'éducation sexuelle, l'exploration du toucher, la communication et la technique de la compression pénienne. Il s'agit de l'approche la plus utilisée par les sexologues à l'heure actuelle.

### ***L'apprentissage de la communication et la sensibilisation au toucher***

Pour Masters et Johnson, c'est la relation conjugale, et non les conjoints pris individuellement, qui est considérée comme le patient. Par conséquent, une partie importante du traitement est consacrée à l'acquisition de comportements appropriés au fonctionnement sexuel du couple. Le moyen privilégié pour atteindre ce but est l'exercice de sensibilisation au toucher (sensate focus). Durant cet exercice, un conjoint agit en tant que donneur et l'autre en tant que receveur. Le donneur a comme tâche de caresser le receveur. Ce dernier s'applique à percevoir les sensations dans le but d'apprendre à éprouver du plaisir sans s'exiger d'effectuer des performances sexuelles. Quand l'exercice est terminé, les membres du couple échangent sur ce qu'ils ont vécu puis inversent les rôles. Plus tard dans le traitement, les caresses sont partagées afin que les interactions deviennent plus naturelles.

### ***La technique de la compression pénienne***

La technique de la compression pénienne (squeeze technique) constitue la modalité thérapeutique centrale du programme. La femme stimule le pénis de l'homme jusqu'à ce que celui-ci parvienne à l'érection. Elle place alors son pouce sur le frénulum puis son index et son majeur de chaque côté de la couronne du gland. Elle maintient une pression durant trois à quatre secondes. L'homme perd à ce moment-là son besoin d'éjaculer. Son érection peut aussi diminuer de 10% à 30%. Durant la première séance, l'alternance stimulation-compression est pratiquée cinq fois. Le but de cet exercice est d'amener l'homme à identifier progressivement les niveaux d'excitation qu'il peut conserver indéfiniment sans éjaculer. Cet exercice est répété durant plusieurs séances.

L'étape suivante voit apparaître l'utilisation de la pénétration. L'homme se couche sur le dos et la femme procède à l'intromission du pénis dans le vagin. Elle demeure immobile. Quand l'homme sent son excitation s'approcher de l'éjaculation, elle se retire et comprime le pénis.

## **ABSTRACT**

This article presents the sexological and pharmacological treatments of premature ejaculation that are validated by the scientific research.

**Keywords:** premature ejaculation, sexology, treatment.

## **RÉSUMÉ**

Cet article présente les traitements sexologiques et pharmacologiques de l'éjaculation prématurée validés par la recherche scientifique.

**Mots-clés:** éjaculation prématurée, sexologie, traitement.





Cette séquence est répétée trois ou quatre fois.

Durant la dernière étape, l'homme effectue des mouvements de bassin tandis que la femme demeure immobile. Ensuite, la femme peut elle aussi bouger le sien. La phase finale consiste pour le couple à avoir des relations sexuelles dans la position de côté. Durant toutes ces étapes, il est conseillé aux époux d'employer la technique de la compression pénienne afin de contenir l'excitation de l'homme à l'intérieur des limites qui lui permettent de retarder l'éjaculation.

de Carufel et Trudel <sup>4</sup> ont vérifié l'efficacité d'une version légèrement modifiée par Zeiss et Zeiss <sup>5</sup> du traitement de Masters et Johnson. Les couples de cette étude ont en moyenne augmenté la durée de la pénétration de 56,8 secondes à 6 minutes 52 secondes et ont conservé ces gains en phase de rappel (trois mois après la fin du traitement).

## Le traitement sexofonctionnel

Le traitement sexofonctionnel de l'éjaculation prématurée a été créé par de Carufel à partir des principes énoncés par Desjardins <sup>6</sup>. Il comporte douze séances et peut être suivi en couple ou en individuel. Ce traitement repose sur le postulat que la seule cause de l'éjaculation, peu importe le moment où celle-ci a lieu, est l'excitation sexuelle qui, lorsque qu'elle devient suffisamment intense, déclenche le réflexe éjaculatoire. Comme l'éjaculation est un réflexe et qu'elle ne peut pas être contrôlée, mais que sa cause - l'excitation sexuelle - peut l'être, l'unique façon de prolonger la durée des activités sexuelles avec érection est de moduler le cours de l'excitation sexuelle de telle sorte qu'elle demeure à des niveaux inférieurs à celui qui déclenche le réflexe éjaculatoire.

### *Outils de contrôle de l'excitation sexuelle*

Le traitement sexofonctionnel offre deux grands types de moyens pour gérer le cours de l'excitation sexuelle. Le premier consiste à moduler la quantité et l'intensité de la stimulation que l'homme reçoit. Cela implique que celui-ci veille - tout en continuant d'interagir érotiquement avec sa partenaire - à ne pas recevoir ou à ne pas se procurer lui-même une stimulation d'une intensité trop élevée. De son côté, la femme peut porter attention aux réactions corporelles de son partenaire et réduire l'intensité des échanges quand cela s'avère nécessaire. Et les deux conjoints ont tout intérêt à se rappeler que le réflexe éjaculatoire impose des limites à l'expression sexuelle du couple.

Le deuxième type de moyens porte sur l'inversion des réactions causées par l'excitation sexuelle. Quand un homme devient excité, ses muscles se contractent, ses mouvements s'accélèrent et sa respiration devient plus thoracique. Ces réactions sont saines et normales. Durant les relations sexuelles, l'homme doit prendre conscience de ses réactions puis les inverser c'est-à-dire réduire l'intensité de ses contractions musculaires de même que ralentir la vitesse de ses mouvements et revenir à une respiration abdominale. D'un autre côté, pour empêcher son excitation de progresser trop rapidement, il doit mouvoir son corps de manière appropriée en dissociant le bassin du torse et en utilisant le minimum de groupes musculaires (par exemple en évitant de contracter les muscles fessiers lors de la rétroversion du bassin ou en adoptant des positions peu exigeantes sur le plan musculaire).

Finalement, afin d'aider l'homme et la femme à prolonger la durée de la pénétration et enrichir leur vécu érotique, le traitement sexofonctionnel encourage ceux-ci à percevoir et à savourer les stimuli affectifs et sensuels qui émanent de l'interaction amoureuse et sexuelle.



Il leur conseille d'envisager le début de la pénétration comme la suite des préliminaires et non comme le commencement de la course à l'orgasme. Il leur recommande également de considérer la pénétration comme un voyage aussi intéressant que la destination, autrement dit d'apprécier le processus excitatoire autant que l'orgasme lui-même.

### ***Evaluation du traitement sexofonctionnel***

Le traitement sexofonctionnel de l'éjaculation prématurée a été l'objet d'une très importante étude avec protocole de recherche expérimental, groupe témoin et mesures objectives de la durée de la pénétration au moyen d'un chronomètre <sup>4</sup>. La durée de la pénétration est passée en moyenne de 42,5 secondes à 7 minutes 52 secondes et ces acquis se sont maintenus en phase de rappel (trois mois après la fin du traitement).

La recherche menée par de Carufel et Trudel <sup>4</sup> permet de conclure que les deux traitements sexologiques présentés dans cet article augmentent la durée de la pénétration et la satisfaction sexuelle des conjoints de manière importante. La qualité de cette recherche a été confirmée à l'intérieur d'une revue de littérature effectuée sous les auspices de la «Cochrane Collaboration» (un réseau international évaluant l'efficacité des pratiques dans le domaine de la santé) qui mentionne qu'elle est la seule recherche portant sur les interventions psychosociales de l'éjaculation prématurée à rencontrer les critères modernes de la médecine fondée sur les preuves <sup>7</sup>. Le traitement de Masters et Johnson et celui créé par de Carufel font preuve de la même efficacité et se déroulent sur le même nombre de séances. Ils se différencient l'un de l'autre toutefois en ce que le premier requiert la collaboration active de la partenaire tandis que le second exige un minimum de prédispositions naturelles de la part de l'homme pour maîtriser les habiletés corporelles nécessaires à la gestion de son excitation sexuelle.

### ***Points faibles du traitement sexologique***

L'inconvénient majeur des traitements sexologiques est qu'ils requièrent un investissement temporel et financier d'une certaine importance (12 séances de 50 minutes à 50 €). De plus, dès que les patients reviennent à leurs anciennes manières d'agir, l'éjaculation a lieu à nouveau rapidement.

### ***Où trouver un sexologue qualifié?***

La meilleure façon de trouver un sexologue formé à ces approches dans une région donnée est de consulter la liste des membres de la Société des Sexologues Universitaires de Belgique.

## **Les traitements pharmacologiques**

### **Les produits anesthésiants**

Les produits anesthésiants - en crème ou en solution à vaporiser - visent à abaisser l'excitabilité des organes récepteurs du gland. Une préparation en crème de lidocaïne-prilocaine a permis d'augmenter la durée moyenne de la pénétration de 1,49 à 8,45 minutes chez un groupe de 42 hommes <sup>8</sup>. La procédure d'utilisation des crèmes anesthésiantes est la suivante: l'homme doit appliquer une

fine couche de crème sur le gland et jusqu'à deux centimètres plus bas sur le corps du pénis. Ensuite, il doit recouvrir le pénis d'un préservatif durant 10 à 20 minutes afin de ne pas perdre la crème au contact des vêtements. Finalement, il peut soit conserver le préservatif, soit le retirer et laver le pénis pour enlever complètement la crème. Ces soins primaires est un des piliers du plan global 2010 de l'OMS. La promotion de l'activité physique en médecine générale offre une exceptionnelle balance coût/bénéfices. Comme pour le tabac, l'activité physique doit être évoquée lors de chaque rencontre avec les patients, notée au dossier de soins primaires est un des piliers du plan global 2010 de l'OMS. La promotion de l'activité physique en médecine générale offre une exceptionnelle balance coût/bénéfices. Comme pour le tabac, l'activité physique doit être évoquée lors de chaque rencontre avec les patients, notée au dossier de soins primaires sont en général bon marché, efficaces et faciles d'emploi. Par contre, ils peuvent provoquer chez certains une réduction considérable de la sensibilité génitale (engourdissement du pénis). La femme peut subir une anesthésie vaginale et devenir momentanément incapable de parvenir à l'orgasme si la crème entre en contact avec ses organes génitaux<sup>9</sup>. Plusieurs hommes rapportent une difficulté à obtenir une érection complète. Ceux qui ont obtenu une érection la perdent 30 à 45 minutes après l'application du produit<sup>10</sup>. Pour d'autres il devient impossible de parvenir à l'éjaculation<sup>11</sup>.

## Les antidépresseurs

L'idée d'employer des antidépresseurs pour augmenter la durée de la pénétration tire son origine de l'observation clinique que ces substances ont comme effet secondaire de retarder la venue de l'éjaculation.

Une méta-analyse réalisée par Waldinger<sup>12</sup> sur 35 études révèle que la fluoxétine a (20 - 30 mg), la sertraline b (50 - 100 mg), la clomipramine c (25 - 50 mg) et la paroxétine d (20 - 30 mg) permettent d'augmenter la durée de la pénétration en moyenne respectivement de 3.9, 4.1, 4.6 et 8.8 fois. Waldinger fait toutefois une mise en garde à savoir que ces multiplications de durée, bien que statistiquement significatives, n'ont de valeur clinique que pour les hommes qui affichent déjà une certaine durée de départ. En effet, une pénétration de 10 secondes, même augmentée 8.8 fois, ne donne une possibilité que d'une minute et 28 secondes, durée jugée peu satisfaisant par beaucoup de couples.

Ces médicaments agissent pleinement après une période de 4 à 6 semaines de prise quotidienne<sup>13</sup>. Ils n'ont que peu d'effet lorsqu'ils sont pris de manière occasionnelle<sup>14</sup>. Leur efficacité s'estompe et se perd deux à trois jours après l'arrêt de leur prise<sup>15</sup>. Waldinger<sup>12</sup> mentionne qu'il est important d'informer les patients des effets particuliers

## BIBLIOGRAPHIE

- 1 Laumann EO, Nicolosi A, Paik A, Gingell G, Moriera E. Sexual problems among men and women aged 40-80: prevalence and correlates identified in the global study of sexual attitudes and behavior. *Int J Impot Res* 2005;17:39-57.
- 2 Rowland DL, Patrick DL, Rothman M, Gagnon DD. The psychological burden of premature ejaculation. *J Urol* 2007;177:1065-70. doi:10.1016/j.juro.2006.10.025
- 3 Masters WH, Johnson VE. Human sexual inadequacy. Boston: Little Brown, 1970.
- 4 de Carufel F, Trudel, G. Effects of a new functional-sexological treatment for premature ejaculation. *J Sex Marital Ther* 2006;32:97-114. doi:10.1080/0092623050044292
- 5 Zeiss RA, Zeiss AM., Prolong your pleasure. New York: Pocket Books, 1978.
- 6 Desjardins JY. L'approche sexo-corporelle: fondements théoriques et champs d'applications. *Psychothérapies*, 1, 51-58, 1986.
- 7 Melnik T, Althof S, Atallah AN, Puga MEDS, Gline S, Riera R. Psychosocial interventions for premature ejaculation (review). The Cochrane Collaboration 5 Editorial Group: Cochrane Prostatic Diseases and Urologic Cancers Group. John Wiley & Sons, Ltd. Published Online: 10 Aug 2011, 1-25. doi:10.1002/14651858.CD008195.pub2
- 8 Busato W, Galindo CC. Topical anaesthetic use for treating premature ejaculation: a double-blind randomized, placebo-controlled study. *BJU Int* 2004; 93:1018-1021.
- 9 Sharlip ID. Guidelines for the diagnosis and management of premature ejaculation. *J Sex Med* 2006;3:309-317. doi:10.1111/j.1743-6109.2006.00306.x
- 10 Atikeler MK, Gecit I, Senol FA. Optimum usage of prilocaine-lidocaine cream in premature ejaculation. *Andrologia* 2002;34:356-9.
- 11 Koos Slob A, van Berkel A, van der Werff ten Bosh JJ. Premature ejaculation treated by local penile anaesthesia in an uncontrolled clinical replication study. *J Sex Res* 2000;37:244-7. doi:10.1080/00224490009552044
- 12 Waldinger MD. Emerging drugs for premature ejaculation. *Exp Opin Emerging Drugs* 2006;11:99-109.
- 13 Waldinger MD, Olivier B. Utility of selective serotonin re-uptake inhibitors in premature ejaculation. *Curr Opin Invest Drugs* 2004;5:743-7.
- 14 McMahon CG, Touma K. Treatment of premature ejaculation with paroxetine hydrochloride as needed: 2 single-blind placebo controlled crossover studies. *J Urol* 1999;161:1826-30. doi:10.1016/S0022-5347(05)68816-7
- 15 Waldinger MD, Hengeveld MW, Zwinderman AH, Olivier B. Effect of SSRI antidepressants on ejaculation: a double-blind, randomized, placebo-controlled study with fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine and sertraline. *J Clin Psychopharmacol* 1998c;18:274-81.



de ce type de médicaments sur le fonctionnement sexuel. Parmi ces effets on note des pertes d'érection, une baisse de désir sexuel, des troubles de l'éjaculation et une diminution de la satisfaction sexuelle.

Un **nouvel SSRI pouvant être pris à la demande** (1 à 3h avant la pénétration), la dapoxétine (structurellement apparentée à la fluoxétine), vient d'être développé spécifiquement pour l'éjaculation prématurée. Une étude menée dans 22 pays auprès de 1162 hommes a démontré que la durée moyenne de la pénétration augmentait de 54 secondes à 3.2 minutes avec un dosage 30 mg et à 3.5 minutes avec un dosage de 60 mg<sup>16</sup>. Il est à noter que 50% des hommes refusent de prendre un antidépresseur pour solutionner cette difficulté<sup>17</sup>.

## Les inhibiteurs de la phosphodiesterase-5

Créés à l'origine pour traiter les désordres érectiles, les inhibiteurs de la phosphodiesterase-5 (IPDE-5) ont été employés pour augmenter la durée de la pénétration par Ekmekcioglu et al.<sup>18</sup>. Bien que des effets positifs aient été signalés par ces chercheurs, une étude en double aveugle contrôlant les effets placebos a démontré que ces produits n'exerçaient aucun effet sur la capacité à prolonger la durée de la pénétration<sup>19</sup>. Ces résultats contradictoires font apparaître le besoin d'autres recherches avant de pouvoir statuer sur l'efficacité des IPDE-5.

## Choix du type de prise en charge

Comme face à toute autre plainte, le médecin traitant effectuera une anamnèse et un examen clinique en bonne et due forme. Il s'enquerra aussi de la durée de la pénétration, du moment d'apparition de la difficulté de gestion de l'excitation sexuelle ainsi que du retentissement de l'éjaculation prématurée sur la relation au sein du couple<sup>20</sup>. Il est également possible de vérifier la qualité des érections au moyen d'un index de rigidité pénienne<sup>21</sup>.

Si toutes les activités sexuelles (masturbation, préliminaires, pénétration) se déroulent très rapidement, soit en moins d'une minute, on proposera d'associer un traitement sexologique à une intervention pharmacologique. Le traitement sexologique est tout indiqué lorsque le patient s'avère incapable de gérer son excitation sexuelle, ce point étant à évaluer par un sexologue. Si, par contre, le patient manque de motivation ou exprime des réticences par rapport à ce type d'approche, ou encore, s'il y a urgence (menace de rupture de la part de la partenaire) le traitement pharmacologique seul sera proposé. Si la cause de l'éjaculation prématurée tient, non pas dans l'incapacité à gérer l'excitation sexuelle, mais plutôt dans l'existence de troubles psychologiques ou relationnels, le clinicien suggèrera une psychothérapie ou une thérapie de couple. Le traitement pharmacologique pourra toujours servir d'adjuvant ponctuel à un traitement sexologique, psychologique ou conjugal. Il constituera aussi le traitement de dernier recours en cas d'échec des thérapies non médicamenteuses.

## Conclusion

La compréhension de ce qu'est l'éjaculation prématurée est maintenant plus affinée et il existe une plus grande diversité de moyens pour aider les individus qui souhaitent augmenter la durée et la qualité de leurs ébats amoureux. L'évaluation de la problématique présentée et les préférences du patient détermineront le type de solution - sexologiques, pharmacologiques, psychologiques ou relationnelles - à offrir à ce dernier.

## En pratique, nous retiendrons

I Le traitement sexologique de l'éjaculation prématurée s'impose lorsqu'il y a incapacité à gérer l'excitation sexuelle (cause la plus fréquente).

II Une psychothérapie ou une thérapie de couple est indiquée lorsque la cause tient dans l'existence de troubles psychologiques ou relationnels.

III Les traitements pharmacologiques (antidépresseur, anesthésiant) peuvent être utilisés conjointement ou en alternative aux traitements non médicamenteux ou encore en cas d'échec de ceux-ci.

La rédaction

### BIBLIOGRAPHIE suite

**16** Buvat J, Tesfaye F, Rothman M, Rivas DA, Giuliano F. Dapoxetine for the treatment of premature ejaculation: results from a randomized, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial in 22 countries. *Eur Urol* 2009;55:957-68.

**17** Salonia A, Rocchini L, Sacca A, Pelluchi E, Ferrari M, Del Carro U et al. Acceptance of and discontinuation rate from paroxetine treatment in patients with lifelong premature ejaculation. *J Sex Med* 2009;6:2868-77.

**18** Ekmekcioglu O, Inci M, Demerci D, Tatlisen A. Effects of sildenafil citrate on ejaculation latency, detumescence time, and refractory period: placebo-controlled, double-blind, crossover laboratory setting study. *Urology* 2005;65:347-52.

**19** McMahon CG, Stuckley B, Andersen M, Purvis K, Koppiker N, Haughie S. Efficacy of sildenafil citrate (viagra) in men with premature ejaculation. *J Sex Med* 2005;2:368-75. doi:10.1111/j.1743-6109.2005.20351.x

**20** Althof SE, Abdo CHN, Dean J, Hackett G, McCabe M, McMahon CG et al. International Society for Sexual Medicine's guidelines for the diagnosis and treatment of premature ejaculation. *J Sex Med* 2010;7:2947-69. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.01975.x

**21** Mulhall JP, Goldstein I, Bushmakin AG, Cappelleri JC, Hvidsten K. Validation of the erection hardness score. *J Sex Med* 2007;4:1626-34. doi: 10.1111/j.1743-6109.2007.00600.x