

## L'éjaculation précoce : une revue de questions

### *Premature ejaculation: A review of topics*

Philippe **KEMPENEERS**<sup>1,2</sup>, Robert **ANDRIANNE**<sup>3,4</sup>, Armand **LEQUEUX**<sup>5</sup>, Sylvie **BLAIRY**<sup>6</sup>

1 Université de Liège (B), Département des sciences de la santé publique

2 Clinique psychiatrique des Frères alexiens, Henri-Chapelle (B)

3 Université de Liège (B), Département des sciences cliniques

4 Centre hospitalier universitaire de Liège (B), Service d'urologie

5 Université Catholique de Louvain (B), Ecole des sciences familiales et sexologiques

6 Université de Liège (B), Unité de psychologie clinique comportementale et cognitive

### Résumé

L'éjaculation précoce (EP) est un trouble qui répond à trois critères : (1) une éjaculation rapide, (2) un sentiment de manque de contrôle sur celle-ci et (3) une détresse relative à la situation. Par delà ces repères, les manières de diagnostiquer le trouble diffèrent toutefois selon les auteurs. Le critère de rapidité semble le plus controversé, certains en laissant l'appréciation au seul sujet, d'autres imposant des latences éjaculatoire maximales. Bien qu'elle ait essuyé de nombreuses critiques, notamment quant à l'absence de repères objectifs de vitesse, la définition du DSM-IV(-TR) reste la plus couramment employée.

Le trouble touche environ 15 à 30% de la population masculine, mais les estimations varient énormément en fonction des méthodologies adoptées et des populations considérées.

Plusieurs facteurs peuvent concourir à son apparition. Il est certainement possible d'incriminer des risques bio-constitutionnels, des facteurs d'apprentissage, des influences culturelles et cognitives et le rôle de l'anxiété. Aucune donnée solide ne permet de mettre en cause des traits de personnalité autres qu'anxieux. Quant à l'influence de l'âge, elle reste un objet de controverses.

Des techniques cognitivo-comportementales s'avèrent efficaces pour traiter l'EP. Les taux de succès apparaissent cependant variables et la nature des processus efficaces n'est pas totalement claire. Des molécules sérotoninergiques peuvent également être employées efficacement de même que l'application locale de gels anesthésiants, mais leur action reste strictement symptomatologique. L'utilité des inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5 est pour sa part contestée. La combinaison d'approches psychosexologiques et pharmacologiques pourrait se révéler fructueuse mais on ne dispose pas encore de suffisamment d'essais cliniques pour l'affirmer.

Bien que des traitements efficaces existent, peu de gens semblent y recourir de façon satisfaisante. Des efforts devraient être déployés afin de rendre les traitements plus accessibles au public et afin de former adéquatement les intervenants en santé.

**Mots-clés** : éjaculation précoce, définition, latence éjaculatoire, prévalence, étiologie, anxiété, traitement, thérapies cognitivo-comportementale, thérapie sexuelle, inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine

## Abstract

Premature ejaculation (PE) is a disorder characterized by three components: (1) a rapid ejaculation, (2), a feeling of lack of control upon ejaculation, (3) and a distress related to this condition. The criterion of rapidity appear to be most controversial: some authors refer only to subjects' judgment, while other ones set a maximum ejaculatory latency. Although it focused some criticisms related to a lack of objective latency criteria, the definition of PE propounded by the DSM-IV(-TR) remains most currently used.

PE affects about 15 to 30% of the male population. However, the estimations can vary widely depending on populations and methodologies.

Several factors contribute to the occurrence of the disorder: one may very probably charge bio-constitutional risks, learning factors, cultural and cognitive influences and the role of anxiety. No robust data allow to implicate personality factors other than anxiety. The influence of the age remains a controversial topic.

Cognitive-behavioral techniques appear to be quite efficient in the treatment of PE. However the success rates are variable, and the precise nature of the therapeutic active process remains unclear. Serotonergic drugs and local anesthetics are also efficient, but their action remains strictly symptomatic. The usefulness of phosphodiesterase-5 inhibitors is disputed. Combining psychological and pharmacological approaches might be promising. Unfortunately, there is a lack of clinical trials in this field.

Although effective treatments do exist, only a few affected people appear to use them satisfactorily. Efforts have still to be made in order to train adequately health practitioners and to make the treatments more accessible to the public.

**Key words:** premature ejaculation, definition, ejaculatory latency, prevalence, etiology, anxiety, treatment, cognitive-behavior therapies, sex therapy, selective serotonin reuptake inhibitors

Dans les pays occidentaux, l'éjaculation précoce (EP) est devenue la plainte sexuelle masculine la plus répandue (Jannini & Lenzi, 2005). Elle se caractérise par trois éléments : il s'agit d'une éjaculation (1) qui survient rapidement, (2) que l'homme estime ne pas pouvoir contrôler et (3) qui suscite chez ce dernier ainsi éventuellement que chez sa (ou son) partenaire un sentiment de détresse ou, à tout le moins, d'insatisfaction.

Par delà cette description générale, il existe dans la communauté scientifique diverses manières d'appréhender la difficulté. La diversité est d'abord méthodologique : sur quelle base déterminer la rapidité du réflexe éjaculatoire ? Comment objectiver l'insatisfaction sexuelle ? Les vues à ce propos sont loin d'être uniformes. La diversité découle ensuite de la variété des processus biologiques, psychologiques, relationnels et culturels qui sous-tendent les plaintes relatives aux délais d'éjaculation. L'EP n'est vraisemblablement pas une entité clinique homogène, et il est difficile aux experts de s'entendre sur l'importance relative des différents facteurs étiologiques et sur la possibilité d'identifier différents profils sémiologiques sur la base d'étiologies contrastées. La diversité est enfin celle des approches thérapeutiques. Répondant notamment à la multiplicité des processus

morbides impliqués dans le trouble, les modes d'action sont eux aussi multiples. Avec une efficacité certaine mais relative, ils ciblent tantôt la transmission sérotoninergique centrale, tantôt la modulation des sensations d'excitation, tantôt encore le reconditionnement sensoriel, ils peuvent être psychologiques ou pharmacologiques.

Les connaissances sur l'EP se sont considérablement enrichies au cours des dernières années, mais des zones d'ombres subsistent qui nourrissent des controverses. Considérant tour à tour les questions du diagnostic, de l'incidence, de l'étiologie et du traitement, le présent papier entend apporter au lecteur francophone un aperçu de l'état actuel des recherches et des opinions dans le domaine.

## Comment poser le diagnostic ?

Il n'existe pas de définition universellement acceptée de l'éjaculation précoce (EP). Certains auteurs défendent une vision particulièrement extensive du trouble. Metz et McCarthy (2003), par exemple, définissent simplement l'EP comme une incapacité de choisir le moment de son éjaculation. Le critère de rapidité est ici totalement subjectif, seul le souhait de la personne est déterminant.

De Carufel (2009) emboîte le pas à cette approche arguant que, dans tous les cas, l'aspiration des personnes qui se plaignent d'EP est de parvenir à prolonger la durée de leurs activités sexuelles pour en améliorer la qualité, et que les techniques utilisées à cette fin qualitative ne vont pas forcément se différencier selon qu'on se situe a priori dans tel ou tel registre de durée.

Les sociétés scientifiques et médicales comme l'Organisation mondiale de la santé, avec l'ICD-10 (WHO, 1994), l'Association psychiatrique américaine, avec le DSM-IV-TR (APA, 2000) ou l'Association urologique américaine (AUA, Montague et al., 2004) tendent quant à elles à se démarquer d'une appréhension purement subjective en adjoignant certaines conditions au souhait de la personne. Non seulement l'éjaculation doit survenir avant que la personne ne le désire mais encore faut-il que cela se produise avant, pendant ou juste après l'intromission. Bien que l'expression « juste après l'intromission » puisse se prêter à des interprétations plus ou moins laxistes, la formulation invite à considérer une durée maximale de pénétration au-delà de laquelle il ne serait plus approprié de parler d'EP. Cette durée maximale n'est pas forcément précisée mais l'idée transparait qu'une plainte relative à une éjaculation jugée trop rapide ne se traitera pas de la même manière selon que l'éjaculation survient après quelques secondes de pénétration ou après, disons, cinq à dix minutes. Par ailleurs, les définitions de l'APA et de l'AUA diffèrent l'une de l'autre quant aux critères d'exclusion du diagnostic. L'APA exclut les problèmes de rapidité éjaculatoire manifestement dus à une affection somatique - une infection urogénitale par exemple - ou à des facteurs pharmacologiques, comme un sevrage aux opiacés. L'AUA quant à elle ne retient pas ces critères d'exclusion. Elle invite par contre à ne pas considérer comme EP des problèmes de rapidité principalement imputables à un dysfonctionnement sexuel féminin, on songe par exemple à une difficulté qu'aurait la partenaire à atteindre l'orgasme malgré des stimulations « appropriées ». L'APA demande également à l'évaluateur de tenir compte de toute une série de paramètres susceptibles d'influer sur la durée de la phase d'excitation : l'âge, l'expérience, la nouveauté de la partenaire et la fréquence des activités

sexuelles. Et si le diagnostic d'EP est effectivement retenu, il est demandé d'en spécifier le sous-type. D'une part l'EP peut être soit primaire soit secondaire, selon qu'elle a toujours été présente ou s'est déclarée après une période de fonctionnement sexuel normal, d'autre part elle peut être soit généralisée soit situationnelle, selon qu'elle s'applique ou non à toutes les situations et à toutes les partenaires.

Une monographie récente dirigée par Janini, McMahon et Waldinger (2013) préconise une subdivision du trouble un peu différente. Le système est essentiellement fondé sur une question de durée de pénétration. L'idée maîtresse est que seules les durées de pénétration inférieures à une à deux minutes seraient authentiquement pathologiques. Au-delà, elles s'inscriraient dans la normalité statistique. Partant de ce repère, les éjaculations survenant systématiquement sous le seuil d'une à deux minutes de pénétration sont classées selon un critère d'apparition : le problème est soit primaire ("lifelong PE"), soit secondaire ("acquired PE"). Il s'agit dans l'un et l'autre cas de formes généralisées du trouble. Les formes situationnelles sont, elles, qualifiées de « variables » ("variable PE"). Quant aux EP survenant la plupart du temps au-delà de deux minutes de pénétration, elles sont indifféremment qualifiées tantôt de « subjectives » ("subjective PE"), tantôt de "premature-like ejaculatory dysfunction", une appellation qui connote l'hésitation des auteurs à insérer de tels tableaux dans un ordre pathologique.

En résumé, éjaculer plus vite qu'on ne le souhaite - et en souffrir - est une condition indispensable au diagnostic d'EP, mais elle n'est pas jugée suffisante par tous. Des restrictions sont alors énoncées ainsi que des spécifications complémentaires. Toutes ces restrictions, ces spécifications ont trait à des questions de durées, surtout, et à des questions d'intensité et d'étiologies supposées : le problème est-il stable ou dépend-il des circonstances ? Ne proviendrait-il pas d'une affection organique, de la partenaire ? Ces critères additionnels font sans doute écho à des questions de stratégies thérapeutiques. Il existe de toute évidence une propension à classer différemment les plaintes selon que l'indication relève a priori plutôt d'une rassurance, de techniques comportementales

spécifiques, d'une prise en charge de couple ou d'une pharmacothérapie. Il n'en reste pas moins que les manières de distinguer les tableaux diffèrent selon les orientations professionnelles, selon par exemple que l'on est psychiatre ou urologue. Il n'en reste pas moins non plus que les conceptions les plus subjectivistes du trouble, défendues par ceux qui font l'impasse sur une formalisation de critères additionnels, jettent un doute radical sur la possibilité de faire correspondre telle approche thérapeutique à tel ou tel profil sémiologique.

La définition de l'APA est la plus utilisée. Elle n'en a pas moins essuyé des critiques centrées sur le fait que le diagnostic y apparaît fondé sur un argument d'autorité clinique (McMahon, 2007). Comment s'entendre sur ces questions de fréquence, d'âge et d'expérience dont le clinicien doit tenir compte pour caractériser le trouble ? Et surtout qu'est-ce qu'éjaculer « juste après » l'intromission ? Ne reste-t-on pas ici dans la pure subjectivité ? Au fond, la seule chose qui distingue un autodiagnostic d'un diagnostic DSM-IV-TR, c'est qu'à la subjectivité du sujet s'est substituée celle du clinicien.

Plusieurs auteurs ont donné leur avis sur ce que pourrait être une éjaculation « objectivement » trop rapide. Pour n'en citer que quelques-uns, l'OMS (WHO, 1994) a proposé la barre des 15 secondes, Solano et De Sutter (2011) celle de 2 à 4 minutes maximum et Schover et ses collaborateurs (1982) celle de 7 minutes. L'argumentaire le plus détaillé sur la question a été fourni par un groupe d'experts de l'International Society for Sexual Medicine (ISSM), lesquels préconisent de réserver le diagnostic d'EP primaire aux personnes qui ne sont jamais parvenues à prolonger le coït au-delà d'une minute environ (McMahon et al., 2008). Cette proposition s'appuie essentiellement sur une étude de Waldinger et al. (1998) portant sur 110 hommes présentant une EP primaire et généralisée telle que diagnostiquée selon les critères APA. Les sujets y mesuraient à l'aide d'un chronomètre la durée de leurs coïts. Il en résulte que 80% des éjaculations survenaient en moins de 30 secondes de pénétration, 90% avant une minute et plus de 99% avant les deux minutes. À partir de ces observations, des recommandations ont été formulées à l'APA pour qu'elle intègre dans sa prochaine édition du DSM la barre supérieure d'une à deux

minutes de pénétration comme critère définitionnel de l'EP primaire (Segraves, 2010). L'étude de Waldinger et al. (1998) n'a cependant pas trouvé de confirmation solide. Certains travaux rapportent même des observations contradictoires. Ainsi en va-t-il de deux études menées chrono en main elles aussi, l'une aux États-Unis (Patrick et al., 2005), l'autre en Europe (Giuliano et al. 2007), chacune sur 200 hommes diagnostiqués EP sur la base des critères APA. Il y est apparu que plus de 40% des éjaculations pourtant réputées précoces y survenaient après deux minutes de pénétration. Il faut toutefois remarquer que ces deux études ne portaient pas exclusivement sur les formes primaires et généralisées d'EP, comme le faisait celle de Waldinger et ses collègues.

La mesure chronométrique du temps de pénétration est souvent désignée par son acronyme anglais IELT (intravaginal ejaculation latency time). Elle est régulièrement utilisée en pharmacologie pour apprécier l'effet de certaines molécules. Dans la pratique clinique courante toutefois, il serait irréaliste d'exiger l'utilisation d'un chronomètre pour établir un diagnostic d'EP. La question se pose dès lors de la fiabilité des auto-estimations de durée rapportées par les patients. Des examens comparatifs semblent conclure à une assez bonne corrélation entre les auto-estimations et les mesures chronométriques (Althof, 1995 ; Pryor et al., 2006 ; Rosen et al., 2007 ; Waldinger et al., 1998). C'est du moins le cas lorsque les durées de pénétration sont relativement courtes. Les corrélations deviennent effectivement plus faibles à mesure que les durées s'allongent, en l'occurrence les gens ont alors tendance à les surestimer. En somme, en cas d'EP, il semble fondé de tenir pour crédibles les estimations fournies par les personnes elles-mêmes (Rosen et al., 2007).

Si l'on considère que les auto-estimations des personnes EP reflètent bel et bien les durées réelles de pénétration, il faut encore citer deux études récentes comme contradictoires par rapport aux observations de Waldinger et ses collègues. Une enquête menée par McMahon et al. (2012) dans la région Asie-Pacifique a montré que, parmi 816 hommes diagnostiqués EP sur la base du Premature Ejaculation Diagnostic Tool (PEDT, Symonds et al., 2007), 74% relataient des latences éjaculatoires supérieures à deux minutes, et près de 90% des

latences supérieures à une minute. Dans une étude menée en Belgique par Kempeneers et al. (2013), 26% des 341 sujets présentant un diagnostic d'EP primaire et généralisée (critères APA) rapportaient des durées de pénétration supérieures à deux minutes, et environ 50% des durées supérieures à une minute.

Finalement, il semble aujourd'hui inapproprié de s'attacher à un seuil de durée pour diagnostiquer l'EP, même primaire, le risque de produire des faux négatifs est trop élevé. Il est en revanche toujours recommandé aux cliniciens de s'enquérir des durées de pénétration, celles-ci servant seulement à caractériser l'intensité du trouble (Jannini, Maggi & Lenzi, 2011 ; Shabsigh & Rowland, 2007). Remarquons incidemment qu'en rapportant systématiquement le critère de rapidité aux durées de pénétration, on tend à réserver le diagnostic d'EP aux seules activités pénétratives, voire aux seuls coïts hétérosexuels. On peut s'interroger sur la légitimité d'une telle restriction. Jern et al. (2009) suggèrent en l'occurrence que, à côté des mesures d'IELT, l'attention des chercheurs et des cliniciens se porte également sur celles d'OELT ("oral sex ejaculation time"), de MELT ("masturbatory ejaculation time") et d'AELT ("anal sex ejaculation time").

En dépit des polémiques suscitées par la subjectivité de ses critères, la définition du DSM-IV-TR demeure globalement une référence appréciée (Shabsigh & Rowland, 2007). Son imprécision relative fait-elle d'ailleurs autre chose que rappeler une évidence ? La caractérisation d'un « trouble » sexuel s'empreint inévitablement d'un certain relativisme culturel et interpersonnel. En cette matière, il ne saurait être question d'éluder la part de subjectivité intrinsèque à la constitution-même du fait morbide.

### **Quelle est la prévalence du trouble ?**

Le taux de prévalence est habituellement estimé aux alentours de 15 à 30% de la population masculine, mais il existe d'importantes disparités selon les études. Les estimations dépendent d'abord de la méthode utilisée pour détecter la présence d'une EP.

Même si l'on s'accorde à ne pas retenir un seuil de durée comme critère d'exclusion diagnostique, il n'est pas aisé d'objectiver le désagrément que les hommes retirent du fait

d'éjaculer trop rapidement. En consultation, la détresse et l'insatisfaction vont généralement de soi, elles sont attestées par le fait-même de recourir à une aide professionnelle pour surmonter le problème. En épidémiologie, la question est plus délicate. Deux exemples sont à cet égard éloquentes. Dans l'enquête CSF (Comportement Sexuel en France), dirigée par Bajos et Bozon (2008), 40% des sujets masculins révélaient qu'il leur arrivait « parfois » ou « souvent » d'éjaculer trop rapidement. Mais lorsqu'on leur a demandé si cette situation représentait un problème, 10% seulement ont répondu par l'affirmative (Levinson, 2008.) Des écarts de proportions semblables ont été rapportés par Rowland et al. (2004) à partir d'un échantillon américain : 32,5% des sujets déclaraient éjaculer régulièrement (« more than 50% of sexual intercourse ») avant le moment souhaité mais seulement 16,3% y voyaient au moins « quelque peu » (« somewhat ») un problème. Ces variations illustrent parfaitement la subjectivité inhérente au processus de transformation d'un simple fait - éjaculer rapidement - en un « trouble » sexuel - l'éjaculation précoce - plus ou moins invalidant. Il est un fait que les études épidémiologiques diffèrent dans la manière dont elles appréhendent cette réalité. Si on ajoute à cela des différences d'échantillonnages, de langues, d'exclusion ou non des difficultés érectiles concomitantes, d'exclusion ou non des sujets qui ne sont pas en relation hétérosexuelle stable, il n'est pas étonnant d'observer des écarts de prévalence allant d'à peine 10% à plus de 50%. À titre d'exemples, mentionnons encore quelques enquêtes : celle de Béjin (1999) qui évalue le trouble entre 11% (« souvent ») et 65% (« occasionnellement ») de la population française ; celle de *Fugl-Meyer & Sjögren* (1999) qui annonce 9% en Suède ; l'étude internationale GSSAB (Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors) dirigée par Laumann sur les hommes de plus de 40 ans fait quant à elle état d'estimations allant de 12% au Proche-Orient à 30% en Extrême-Orient (Laumann et al., 2005) ; Mialon et al. (2012) citent le chiffre de 11% chez les jeunes suisses ; Park et al. (2010) rapportent 27,5% en Corée ; Porst et al. (2007) tablent sur 23% dans les pays occidentaux et Vakalopoulos et al. (2011) établissent la proportion à 53% de la

population grecque urbaine, 18% si l'on ne retient que les durées de pénétration inférieures ou égales à une minute.

Les différences méthodologiques rendent les comparaisons délicates. Il existe néanmoins des signes que la fréquence du trouble dépend aussi des zones géographiques et des populations considérées. L'étude GSSAB (Laumann et al., 2005), portant sur près de 14.000 hommes âgés de 40 à 80 ans, fournit un bon exemple de variation des taux de prévalence selon les régions. Elle indique que la proportion des sujets souffrant régulièrement (« *sometimes* » or « *frequently* ») d'EP dépasserait les 30% en Asie de sud-est et descendrait sous la barre des 15% au Moyen-Orient. En Europe occidentale, elle avoisinerait 20% mais, pour les populations occidentales non-européennes (USA, Canada, Australie), elle atteindrait 27%. Une autre étude menée aux États-Unis par Carson et al. (2003), stipule que les sujets caractérisés comme « caucasiens » seraient seulement 16% à déclarer un problème d'EP, contre 27% des « hispaniques ». Ces écarts de taux reflètent peut-être des différences de constitutions biologiques mais, plus certainement encore, des différences culturelles. Les valeurs érotiques, les normes de référence ne sont évidemment pas semblables partout, elles induisent des différences de comportements sexuels et des différences dans la manière d'apprécier ceux-ci comme problématiques ou non.

La première étude à faire explicitement état de mesures chronométriques dans la population générale est celle menée par Waldinger et ses collègues sur plusieurs échantillons nationaux. La durée médiane de pénétration y était de 5,4 minutes, avec des différences d'un pays à l'autre allant de 3,7 minutes en Turquie à 7,6 au Royaume-Uni (Waldinger et al., 2005). Une seconde enquête signée par Waldinger, McIntosh & Schweitzer (2009) a fait état de différences internationales relativement similaires : 4,4 minutes en Turquie, 10 au Royaume-Uni, et 6 pour l'échantillon total. Les valeurs rapportées par Patrick et al. (2005) à partir d'un échantillon américain, soit 1,8 minutes pour les sujets diagnostiqués EP et 7,3 minutes pour les sujets non-EP, de même que celles rapportées par Giuliano et al. (2008) à partir d'un échantillon européen, 2 minutes pour les sujets EP et 8 minutes pour les sujets non-EP, semblent assez comparables. Ces

mesures diffèrent en revanche sensiblement des auto-estimations collectées dans les années 1940 aux États-Unis par l'équipe de Kinsey, où 50% des sujets estimaient éjaculer en deçà d'une minute de pénétration et 75% en deçà de deux minutes (Kinsey, Martin & Pomeroy, 1948).

Autres temps, autres lieux, autres mœurs sexuelles, mais aussi autres méthodes d'enquêtes. Le besoin se fait sentir d'une harmonisation des pratiques afin de faciliter les comparaisons. Depuis peu, il est possible de recommander l'utilisation d'instruments d'évaluation standardisés : l'Index of Premature Ejaculation (IPE) développé et validé par Althof et al. (2006), le Premature Ejaculation Profile (PEP) développé par Partick et al. (2008), le Premature Ejaculation Diagnostic Tool (PEDT) développé et validé par Symonds et al. (2007) et le Chinese Index of Premature Ejaculation (CIPE) construit par Yuan et al. (2004).

La souffrance inhérente à l'EP n'est pas prioritairement déterminée par la brièveté des temps de pénétration. Durées courtes et satisfaction sexuelle peuvent parfaitement coexister et, inversement, des durées de pénétration qui s'inscrivent dans les normes statistiques peuvent être ressenties comme insatisfaisantes. Cela est démontré dans les études de Patrick et al. (2005) et Giuliano et al. (2008) où les recouvrements de durée apparaissent importants entre populations EP et non-EP. En revanche, le sentiment de manque de contrôle sur l'éjaculation semble, lui, fort pathognomonique de l'expérience du trouble. C'est avec ce paramètre, bien plus qu'avec la latence éjaculatoire elle-même, que corrélerent les indices de détresse observés chez les sujets EP (Giuliano et al., 2007 ; Kempeneers et al., 2013 ; Patrick, Rowland & Rothman, 2007 ; Revicki et al., 2008 ; Rosen et al., 2007 ; Rowland et al., 2004).

## Quelles sont les hypothèses étiologiques ?

Il est actuellement difficile de dégager un consensus quant à l'étiologie de l'EP. En revanche des facteurs de risque sont régulièrement mentionnés. Probablement agissent-ils en combinaisons plus ou moins variables selon les cas.

## Constitution biologique

Des facteurs bio-constitutionnels doivent être pris en considération. Leur détail est encore mal connu mais il ne fait aucun doute que certains neurotransmetteurs agissent sur les délais d'éjaculation. Grâce essentiellement aux travaux de Waldinger et de ses collaborateurs (Waldinger, 2002, 2007 ; Waldinger et al., 1998), on connaît l'implication des voies centrales sérotoninergiques dans le réflexe éjaculatoire. Plus spécialement, il semble que les produits stimulant les récepteurs 5-HT<sub>2c</sub> retardent l'éjaculation tandis que ceux qui agissent sur les récepteurs 5-HT<sub>1a</sub> l'accélèrent. Les neurones dopaminergiques jouent vraisemblablement aussi un rôle (Santtila et al., 2010 ; Peeters & Giuliano, 2008) et des recherches ont été menées qui laissent suspecter la participation de certains récepteurs de l'ocytocine (Jern et al., 2012 ; Pattij et al., 2005.) La sensibilité de ces systèmes neurophysiologiques est variable d'un individu à l'autre, fonction notamment de facteurs génétiques. Dans une étude sur des jumeaux, Jern et al. (2007) ont estimé à 28% la part du problème susceptible d'être expliquée par l'hérédité, toutes formes d'EP confondues.

On peut se représenter la vulnérabilité constitutionnelle comme procédant d'une distribution théorique normale des durées de pénétration. Waldinger (2007, 2005) a formulé l'hypothèse que les hommes qui, quelles que soient les circonstances, ont toujours éjaculé en deçà d'une minute de pénétration, seraient ceux qui se situent à l'extrémité basse de la distribution. Ils ne devraient pas représenter plus de 5% de la population générale. A un degré moindre de sévérité, les dispositions biologiques héritées ne cessent évidemment pas de jouer. Sans exercer le même caractère hautement déterminant qu'elles ont pour cette minorité extrême, elles peuvent tout de même continuer à désavantager certaines personnes.

## Apprentissage

L'efficacité reconnue (Berner & Günzler, 2012 ; Melnik et al., 2011 ; Melnik, Glina & Rodrigues, 2009) de traitements centrés sur les méthodes comportementales tels le stop-and-start (Semans, 1956), la squeeze technique (Masters & Johnson, 1970) ou les méthodes régulatrices (De Carufel & Trudel, 2006 ; Kempeneers, Bauwens & De Sutter, 2004 ; Kempeneers et al., 2012) atteste la sensibilité

du trouble aux facteurs d'apprentissage. L'effet thérapeutique des apprentissages correcteurs proposés par les approches comportementales ne signifie pas forcément que l'EP trouve son origine dans des apprentissages dysfonctionnels, comme l'avaient initialement imaginé Masters et Johnson (1970). En réalité, aucune étude n'est jamais parvenue à démontrer que les hommes EP se distinguaient des autres par des circonstances de vie susceptibles de les avoir conditionnés à la vitesse. Ils ne semblent, par exemple, ni plus ni moins que les autres avoir dû réaliser leurs premières expériences sexuelles dans des conditions précaires d'intimité ou avec des professionnelles empressées. Aujourd'hui, l'idée serait plutôt que l'EP se doit moins à des apprentissages dysfonctionnels spécifiques qu'à un défaut d'apprentissage. En 1948 déjà, Kinsey, Pomeroy et Martin avaient suggéré qu'une éjaculation rapide représentait la norme biologique de notre espèce. Cette thèse a été reprise et systématisée par Hong en 1984 dans une perspective évolutionniste : sur le plan de la sélection naturelle, l'éjaculation rapide serait parfaitement adaptée. Seulement voilà, ce qui est biologiquement normal n'est pas forcément optimal d'un point de vue hédonique et relationnel. Dans ces conditions, les hommes doivent apprendre à différer leur éjaculation. Chez bon nombre cela s'effectuerait spontanément, d'autres en revanche, les hommes EP, auraient besoin d'une aide pour y arriver. Dans cette perspective, la constitution biologique des hommes les porte plutôt à la rapidité mais elle s'accommode d'une grande plasticité (Rowland, 2005), et l'EP s'apparente à une réponse sexuelle inadéquatement éduquée (De Carufel, 2008 ; Metz & Pryor, 2000.)

Les apprentissages nécessaires au contrôle éjaculatoire sont sans doute d'autant plus difficiles à réaliser que la constitution biologique est peu propice, comme c'est vraisemblablement le cas pour certains hommes qui présentent une EP primaire généralisée et des durées de pénétration particulièrement brèves. Cependant, un apprentissage « difficile » n'est pas pour autant « impossible » à réaliser, de sorte que l'hypothèse causale d'un déficit d'apprentissage puisse également s'appliquer aux EP sévères supposément à forte composante constitutionnelle.

## Anxiété et personnalité

Outre les facteurs constitutionnels et les facteurs d'apprentissage, on a aussi inventorié l'anxiété parmi les facteurs de risque. Plusieurs de ses formes ont été incriminées : l'anxiété trait (Corona et al., 2004 ; Costa et al., 1992 ; Kempeneers et al., 2013 ; Porst et al., 2007), l'anxiété sociale (Corretti et al., 2006 ; Figueira et al., 2001 ; Kempeneers et al., 2013) et l'anxiété situationnelle, sexuelle en l'occurrence (Hartmann, Schedlowski & Krüger, 2005, Rowland, 2005). Mais si l'on relate fréquemment des corrélations entre EP et anxiété, encore faut-il remarquer qu'elles sont modestes et que les relations de causalité sont loin d'être claires.

Il est certes logique d'imputer à l'anxiété un effet accélérateur de l'éjaculation, arguant de ce qu'elle provoque une suractivation du système nerveux orthosympathique lui-même impliqué dans le réflexe d'émission spermatique. Wolpe (1958) avait déjà formulé cette hypothèse. Dans le même ordre d'idées, on peut également avancer que l'état anxieux mobilise énormément de ressources cognitives, ce au détriment des ressources indispensables à une gestion adéquate de l'excitation et, en l'occurrence, au contrôle du moment éjaculatoire. L'effet perturbateur de l'anxiété sur une tâche tierce est un phénomène établi (Derakshan & Eysenck, 2009), il semble raisonnable d'élargir le raisonnement aux tâches à caractère sexuel. L'antériorité de l'anxiété par rapport à l'EP trouve un certain appui dans le témoignage d'hommes présentant une forme situationnelle du trouble. Kempeneers et al. (2013) rapportent qu'environ un quart d'entre eux identifient le stress ou les disputes comme facteurs susceptibles d'influencer leurs performances à la baisse. Cependant, une étude menée en laboratoire par Strassberg et al. (1990) ne montre aucune variation de la latence éjaculatoire en fonction de l'anxiété rapportée, ni dans un groupe de quinze sujets EP, ni dans un autre de dix-sept sujets ne présentant aucun problème d'EP. Force est également de constater que, lorsqu'ils sont employés seuls, les traitements de l'anxiété donnent des résultats décevants sur le plan de l'EP (Lazarus, 1971 ; Obler, 1974). Du coup, certains se demandent si l'anxiété rencontrée chez les hommes EP ne serait pas avant tout une conséquence du trouble (Jannini & Lenzi,

2005 ; Rosen & Althof, 2008 ; Waldinger, 2004). Enfin l'anxiété et l'EP pourraient aussi être toutes deux le résultat d'une cause commune, une concentration faible en sérotonine par exemple.

Les diverses manières d'envisager les rapports de causalité entre l'EP et l'anxiété ne s'excluent pas mutuellement ; l'anxiété intervient peut-être différemment selon les tableaux cliniques. Cooper, Cernovsky & Colussi (1993) ont observé que les hommes atteints d'EP primaire obtenaient des scores plus élevés à l'échelle d'anxiété d'Hamilton que ceux atteints d'EP secondaire. De leur côté, Kempeneers et al. (2013) ont remarqué que les hommes présentant une forme sévère du trouble se distinguaient des autres par des scores élevés d'anxiété sociale et d'évitement du danger, autant de dimensions souvent mises en rapport avec un hypofonctionnement sérotoninergique, alors que les sujets présentant une forme situationnelle d'EP se caractérisaient, eux, par des scores plus bas à ces mêmes échelles mais plus élevés à l'échelle d'anxiété trait de Spielberger. Tout en insistant sur le caractère discret de ces tendances, les auteurs ont émis l'hypothèse qu'elles exprimaient peut-être deux figures différentes de l'anxiété, l'une co-occurrence de l'EP, reflétant une vulnérabilité biologique commune aux deux troubles, l'autre assimilable à une sorte d'émotivité responsable des variations de réaction sexuelle en fonction des circonstances affectives et relationnelles.

Bien que, jusqu'au dernier quart du XXème siècle, elle ait fait l'objet de spéculations parfois hardies (p.ex. Abraham, 1949 ; Salzman, 1972), l'influence étiologique de traits de personnalité autres qu'anxieux n'a guère été étudiée. Une étude réalisée par Costa et al. (1992) à l'aide de l'inventaire de personnalité NEO-PI (Costa & McCrae, 1985) sur 291 hommes consultant pour diverses difficultés sexuelles n'autorise aucune conclusion. Kempeneers et al. (2013) ont évalué 461 sujets EP à l'aide de l'inventaire TCI-R (Cloninger, 1999 ; Hansenne, Delhez & Cloninger, 2005) et n'ont rien trouvé de probant. De leur côté, Simonelli et al. (2008) ont observé des niveaux d'alexithymie plus élevés parmi 120 patients souffrant d'EP primaire que dans un groupe témoin.

On peut enfin s'interroger avec Waldinger (2013a) sur la possible implication des fonctions frontales et préfrontales dans le



problème. On sait ces fonctions concernées par les opérations d'inhibition des automatismes cognitifs et comportementaux. Les personnes EP ne présenteraient-elle pas certaines particularités à ce niveau ? Lesquelles entraveraient la régulation délibérée des processus d'excitation. À ce jour, nulle étude n'a encore pris cette hypothèse en objet.

### Fréquence éjaculatoire

Masters & Johnson (1970) ont avancé l'idée qu'une fréquence insuffisante d'éjaculations pouvait contribuer à réduire les délais d'éjaculation. Palmieri et al. (2012) ont comparé les délais obtenus par 60 volontaires après 10 jours d'abstinence à ceux obtenus par 60 autres volontaires ayant eu des activités sexuelles 2 fois par semaine. Ils ont effectivement observé des durées de pénétration plus longues chez ces derniers, accréditant l'hypothèse d'un rapport inverse entre fréquence et latence éjaculatoire.

### Culture et cognitions

Les influences culturelles, les manières de penser interviennent certainement aussi dans la détermination du problème. Les gestes du plaisir se socialisent dans des contextes d'apprentissage variés de sorte que faire durer le coït n'a pas forcément une même importance universelle. Dire des comportements sexuels qu'ils sont socialement déterminés est devenu un truisme, ils s'inscrivent dans des « scripts » (Gagnon, 2008) qui assignent aux partenaires d'une relation des rôles convenus de façon plus ou moins rigide par la culture ambiante. Une bonne part du travail sexothérapeutique vise d'ailleurs à modifier les scripts et les représentations dysfonctionnelles qui provoquent des insatisfactions sexuelles chroniques. Étonnamment, peu d'études se sont attachées à en démontrer l'impact dans le champ des troubles sexo-fonctionnels et de l'EP en particulier. On en devine cependant indirectement l'effet à l'examen, par exemple, d'enquêtes à caractère épidémiologique. Bien que, comme signalé plus haut, les comparaisons interculturelles s'entachent de difficultés méthodologiques, on ne saurait ignorer que certaines disparités interrégionales doivent probablement s'interpréter en termes de différences sociocognitives. Épinglons les deux études de Waldinger et ses collaborateurs

(2005, 2009) qui dévoilaient des temps de pénétration significativement plus courts en Turquie que dans les pays occidentaux. Faut-il y voir une contradiction avec les observations de l'enquête GSSAB (Laumann et al., 2005) où la fréquence des problèmes d'EP apparaissait moindre dans les pays du Moyen-Orient, dont la Turquie, que dans le reste du monde ? Pas nécessairement. Se plaindre d'un problème d'EP n'a de sens que lorsqu'on valorise une pénétration prolongée, laquelle valorisation dépend en grande partie de l'importance relative accordée au coït dans la vaste gamme des comportements érotiques. Il n'y a pas lieu de s'étonner dès lors que, chez certaines personnes, dans certains milieux, on ne tende ni à prolonger les pénétrations, ni à en faire un problème. Le plaisir sexuel suit peut-être là d'autres chemins. Béjin (2004) fournit des indications analogues lorsqu'il commente une tendance lourde qui transparait à la comparaison de plusieurs échantillons nationaux, à savoir des taux de difficultés sexuelles régulièrement plus élevés aux États-Unis qu'en France. Ne faut-il, suggère-t-il, mettre ces écarts en rapport avec d'autres différences culturelles ? Notamment une diversité de pratiques sexuelles plus riche en France qu'aux États-Unis, le cunnilingus et la sodomie hétérosexuelle, par exemple, y apparaissant plus répandus (Béjin, 2004). À l'avenant, McMahan et al. (2012) ont remarqué que, dans un échantillon coréen, 33% des hommes auraient pu être diagnostiqués EP sur la base d'un score supérieur à 10 points au PEDT, mais seuls 10% d'entre eux estimaient avoir un problème de cet ordre. Dans un échantillon chinois en revanche, seulement 4% des hommes auraient pu être diagnostiqués EP avec le PEDT, mais ils étaient 18% à estimer souffrir du trouble. Le défaut de contrôle éjaculatoire et la brièveté des coïts n'ont manifestement pas partout la même incidence dramatique. De son côté, Montorsi (2005) a attiré l'attention sur une étude de 2002 qui relevait des différences géographiques dans la perception qu'ont les gens de ce qu'est un délai « normal » d'éjaculation : un délai supposé « normal » serait de 9,6 minutes en moyenne pour un Européen contre 13 minutes pour un Américain (Multi country concept evaluation and assessment of PE incidence study, 2002, étude citée par Montorsi, 2005). Or, s'il faut en croire les observations de Waldinger et

consorts (2005, 2009), les durées objectives de pénétration ne diffèrent pas significativement en Europe et aux États-Unis, elles tournent ici et là autour de 6 minutes. Il est ainsi aisé de mettre en parallèle les différences de prévalence du trouble et un sens différent de la normalité. Enfin, Kempeneers et al. (2013) ont trouvé que, dans un échantillon belge d'hommes EP, certaines cognitions sexuelles différaient légèrement des normes en vigueur dans la population générale. Les sujets EP y présentaient un score plus élevé à une échelle dite d'irrationalité sexuelle (SIQ-F1, Kempeneers et al., 2000) décrivant un souci de se conformer à un scénario érotique relativement normotypique et d'en contrôler les divers éléments. Surtout, une note élevée à cette échelle y apparaissait corrélée au niveau de détresse rapporté par ces hommes relativement à leur situation.

### Facteurs biomédicaux

L'EP peut encore apparaître à la suite d'événements biomédicaux affectant l'individu. Le phénomène semble établi en ce qui concerne les infections urogénitales (Buvat, 2011 ; Screponi et al., 2001 ; Shamoul & El-Nashaar, 2006), l'hyperthyroïdie (Carani et al., 2005 ; Cihan et al., 2009), le sevrage de produits opiacés (Abdollahian et al., 2006 ; Buvat, 2001) et la dysfonction érectile (Corona et al., 2004). Dans ce dernier cas, on parle plutôt de « pseudo-éjaculation précoce » car le raccourcissement du délai éjaculatoire survient soit par un effet d'empressement visant à compenser la perte érectile, soit parce que l'érection ne devient significative qu'à un stade d'excitation avancé proche de l'éjaculation. Notons que le rapport de causalité entre EP et dysfonction érectile n'est pas unidirectionnel, l'une et l'autre peuvent tout aussi bien avoir une origine commune, l'anxiété, de même qu'une EP peut déboucher sur une anxiété d'échec qui finit par affecter la réponse érectile. L'antériorité d'un problème par rapport à l'autre n'est pas toujours facile à démêler et, dans certains cas, ils s'exacerbent mutuellement en une forme de cercle vicieux (Buvat, 2011 ; Jannini & Lenzi, 2013a). A un niveau moindre de certitude on peut encore suspecter certaines affections neurologiques (neuropathies périphériques, affections médullaires, sclérose en plaques), l'excès pondéral et le sevrage de médicaments sérotoninergiques comme facteurs possibles de

rapidité éjaculatoire (Buvat, 2011 ; Jannini & Lenzi, 2013a).

### Quelle est l'évolution possible du trouble ? Quelles sont ses répercussions ?

Par définition, l'EP implique une réduction de la qualité de vie sexuelle des personnes qui s'en plaignent. L'appauvrissement sexuel a été confirmé par plusieurs études comparant des populations EP et non EP (Giuliano et al., 2008 ; Hartmann, Scheldowski & Krüger, 2005 ; Patrick et al., 2005 ; Rosen & Althof, 2008 ; Rowland et al., 2004). L'EP s'accompagne manifestement aussi d'autres désagréments : on relève parmi les hommes porteurs du trouble une surreprésentation de difficultés anxieuses et dépressives, une baisse de l'estime de soi et une dégradation générale de la qualité de vie (Dunn, Croft & Hackett, 1999 ; Porst et al., 2007 ; Rosen & Althof, 2008 ; Rowland et al., 2004, 2007). Des études qualitatives indiquent que les cooccurrences entre EP et difficultés psychosociales doivent s'interpréter au moins partiellement en termes de causalité de la première sur les secondes (Revicki et al., 2008 ; Symonds et al., 2003). Il semble également que l'homme porteur d'une EP devienne progressivement enclin à éviter les relations sexuelles, par trop génératrices d'un sentiment d'échec, et qu'il développe des réticences à établir de nouvelles relations intimes (Symonds et al., 2003). L'EP a également une incidence sur les partenaires : celles-ci rapportent une moins bonne satisfaction sexuelle que ne le font les partenaires d'hommes non-porteurs d'une EP (Giuliano et al., 2008 ; Patrick et al., 2005 ; Rowland et al., 2007) et on relève chez elles une fréquence plus élevée de dysfonctions sexuelles, en particulier des troubles de l'orgasme (Hartmann, Scheldowski & Krüger, 2005 ; Hobbs et al., 2008).

Si l'EP perturbe les deux partenaires, elle apparaît moins mal vécue par les femmes que par les hommes (Kempeneers et al., 2013 ; Patrick et al., 2005 ; Rowland et al., 2007). Ces derniers montrent néanmoins une tendance à surestimer la souffrance que la situation provoque chez leurs compagnes, au point que l'on peut se demander si, ce faisant, ils ne projettent pas sur elles une part de leurs propres perceptions dramatiques (Kempeneers

et al., 2013). Le niveau de détresse des partenaires ne semble en tout cas directement lié ni à la rapidité éjaculatoire de l'homme ni à son faible sentiment de contrôle, mais bien plutôt au niveau de frustration que celui-ci retire de la situation. On constate par ailleurs une corrélation entre un niveau élevé de cognitions sexuelles dysfonctionnelles chez l'homme et le degré de frustration qui est le sien et qu'il attribue à sa partenaire à propos de la situation (Kempeneers et al., 2013). Semblables observations invitent les cliniciens à tenir compte des aspects psycho-relationnels du trouble. Il importe d'aider les patients à considérer la qualité de leurs échanges sexuels dans leur globalité, par delà la seule question des durées de pénétrations. Il se peut par exemple que l'absence de comportements alternatifs au coït ou que des réactions d'évitement sexuel soient davantage déterminantes de la détresse du couple que ne l'est la vitesse éjaculatoire en elle-même. À ce niveau, il importe de promouvoir la communication entre les partenaires.

À propos de l'évolution dans le temps des problèmes d'EP au sein des couples, Graziottin et Althof (2011) ont décrit un cycle progressant d'une phase initiale de silence embarrassé vers une frustration grandissante de la partenaire à mesure que la difficulté perdure. Les reproches se font de plus en plus fréquents et constituent parfois le facteur qui incite l'homme à rechercher de l'aide. Il s'agit cependant là d'observations cliniques qu'il serait imprudent de généraliser. Porst (2012) a quant à lui remarqué que, avant d'en arriver à requérir une aide professionnelle, les hommes EP ont pratiquement tous testé par eux-mêmes diverses techniques sensées les aider à surmonter leur difficulté. Ils ont par exemple utilisé de l'alcool ou des drogues récréatives (>50%), des médicaments ou des pommades (>30%), Ils ont joué sur des techniques d'interruption des stimulations sexuelles (>60%), ont essayé de se concentrer sur des pensées non-érotiques (>65%) ou ont recouru à des éjaculations préalables aux rapports (>65%).

L'idée a longtemps prévalu que l'EP allait décroissant avec l'âge, avec l'expérience ou, peut-être, l'évolution physiologique. Étant donnée l'influence des facteurs d'apprentissage sur la problématique, il est en effet cohérent d'imaginer qu'un processus plus ou moins

spontané d'amélioration des habiletés érotiques puisse se voir favorisé par l'expérience. Dans la mesure aussi où l'on observe généralement un accroissement des problèmes d'éjaculation retardée avec l'âge, il est encore possible de supposer la participation de facteurs organiques susceptibles d'abaisser l'ensemble de la réactivité sexuelle et, en particulier, de retarder l'éjaculation (Corona et al., 2006, 2011). En réalité, la question d'une diminution des problèmes d'EP avec l'âge reste controversée. Des études sur échantillons représentatifs semblent en démentir l'hypothèse, montrant que les taux de prévalence restent relativement constants dans les différentes tranches d'âge (Levinson, 2008 ; Porst et al., 2007.) Waldinger et al. (2005) trouvent même une réduction des durées moyennes de pénétration avec l'âge. Les deux propositions ne sont cependant pas forcément incompatibles. Il se peut que les formes d'EP soient différentes chez les jeunes et les seniors : l'inexpérience serait un facteur explicatif dominant chez les premiers tandis que, chez les seconds, la responsabilité du trouble serait davantage imputable à des érections de moindre qualité, les deux tendances en viendraient au bout du compte à se neutraliser. On ne dispose pas encore de suffisamment d'indications pour trancher en cette matière. Il importe par ailleurs de remarquer que les enquêtes de Levinson (2008), Porst et al. (2007) et Waldinger et al. (2005) ne permettent pas vraiment de distinguer les effets d'âge et de cohorte. Autrement dit on ne peut exclure que, si les seniors apparaissent aujourd'hui aussi voire plus nombreux que leurs cadets à présenter des problèmes d'EP, ils aient par le passé été bien plus nombreux encore que ces derniers à souffrir d'EP lorsqu'ils avaient leur âge. Seules des études longitudinales pourraient apporter des réponses claires à ces questions.

## Quels sont les traitements de l'EP ?

### Les traitements comportementaux

Semans, en 1956, est le premier à avoir conçu et testé une technique comportementale spécifiquement applicable à l'EP, la technique de la pause appelée également « stop-and-start ». Dans cette méthode, il est demandé à la partenaire de masturber le patient jusqu'à ce

que celui-ci ressent une excitation proche de l'éjaculation. La stimulation est alors arrêtée (« stop ») jusqu'à ce que l'excitation ait sensiblement diminué, puis elle est reprise (« start ») et de nouveau arrêtée avant que ne survienne l'éjaculation. L'opération se répète ainsi à plusieurs reprises avant de permettre à l'homme d'éjaculer. L'exercice est renouvelé régulièrement jusqu'à ce que le patient parvienne à différer son éjaculation à volonté. Le stop-and-start est ensuite appliqué en situation coïtale jusqu'à ce que l'homme accède là aussi à un contrôle satisfaisant. Semans rapporte une amélioration chez 8 des 9 personnes qu'il a traitées de cette manière. En 1970, Masters et Johnson ont revisité la technique de Semans en l'agrémentant, lors des phases d'arrêt, de pincements appliqués par la partenaire soit à la racine du pénis, soit sous la couronne du gland. Cette procédure, nommée « squeeze technique », s'intégrait à un format thérapeutique plus large composé par ailleurs de séances de psychoéducation et d'exercices de reconditionnement sensoriel appelés « sensate focus » (Masters & Johnson, 1970). Dans leur ouvrage de 1970, Masters et Johnson ont rapporté que près de 98% de leurs 186 patients avaient répondu favorablement à ce traitement. Dans une publication ultérieure (Kolodny, Masters & Johnson, 1979), ils ont fait état d'un taux de succès de 95% chez 246 patients supplémentaires, le succès s'entendant comme la possibilité pour l'homme de retarder l'éjaculation jusqu'à l'orgasme de sa partenaire, ce dans au moins 50% des rapports. Suite à l'impulsion donnée par Masters et Johnson, d'autres cliniciens ont publiés des résultats encourageants avec des procédures thérapeutiques analogues centrées sur les techniques de pause (De Amicis, 1985 ; De Carufel & Trudel, 2006 ; Golden et al., 1978 ; Hawton et al., 1986 ; Leiblum, Rosen & Pierce, 1976 ; Trudel & Proulx, 1987 ; Zeiss, 1978). Ces essais portaient toutefois sur des échantillons assez restreints et, à l'exception de ceux de Trudel et Proulx (1987) et de De Carufel et Trudel (2006), aucun ne comportait de groupe contrôle, pas plus d'ailleurs que les études de Masters et Johnson. La plupart produisaient en outre des résultats moins spectaculaires que ceux initialement publiés par Masters et Johnson et, plus ennuyeux encore, De Amicis et al. (1985) et Hawton et al. (1986) ont trouvé d'importants taux de rechute à trois ans. Au final, dans une revue

datée de 1992, Saint Lawrence et Madakasira ont situé le niveau d'efficacité moyen de ces méthodes entre 43% et 65%, les valeurs de plus de 90% demeurant des exceptions. Rowland (2011) a quant à lui avancé une estimation de 25% à 65% de succès à long terme. Bref, si l'approche de type Masters et Johnson peut manifestement prétendre à l'efficacité, encore faut-il s'interroger sur l'ampleur de celle-ci et sur ses ingrédients actifs.

Une première question porte sur la possibilité d'un biais de recrutement chez Masters et Johnson : on ne peut en effet exclure que leurs excellents résultats aient été notamment le fruit d'une sélection de sujets exceptionnellement motivés (De Carufel, 2009). Une seconde question concerne l'efficacité-même de la technique des pauses. Théoriquement, elle était sensée provoquer l'extinction d'une réponse éjaculatoire conditionnée à la rapidité, c'est du moins ce qu'en pensaient Semans (1956) et Masters & Johnson (1970). Kaplan (1974), elle, a soutenu que la pause permettait une meilleure reconnaissance des sensations annonciatrices de l'orgasme, cette compétence étant supposée défaillante chez les sujets EP. Or les recherches n'ont jamais pu confirmer ni l'hypothèse de contingences de conditionnement spécifiques aux hommes EP ni celle d'une perception déficiente de leur niveau d'excitation (Perelman, McMahon & Barada, 2004 ; Trudel, 2000). Si la méthode fonctionne, ce n'est probablement pas pour les raisons initialement imaginées. Ceci découlant de cela, il convient en troisième lieu de questionner la complexité relative des protocoles de traitement. Si toutes les procédures mentionnées se concentraient effectivement sur les techniques de pauses, elles faisaient par ailleurs intervenir en proportions variables d'autres techniques (sensate focus, relaxation périnéale, relaxation générale, psychoéducation, thérapie de groupe, etc.) Il est possible que les variations de résultats trouvent également une part d'explication dans les variations des procédures complémentaires. Cependant, à considérer a priori ces dernières comme contingentes par rapport au stop-and-start, les auteurs ont assez peu documenté les composantes annexes de leurs traitements, de sorte que si le principal vecteur d'efficacité n'est effectivement pas le stop-and-start, les

véritables facteurs thérapeutiques demeurent assez nébuleux.

À côté de la méthode classique de type Masters et Johnson centrée sur les pauses, une approche un peu différente de l'EP s'est développée au départ de pays de langue française. On doit d'abord à deux Québécois, Desjardins (1996) et De Carufel (1996), l'énoncé d'une intuition fondamentale. Pour eux, l'EP résulte d'une gestion inadéquate de l'excitation sexuelle, laquelle a naturellement tendance à s'accroître rapidement. En guise de traitement, les deux sexologues suggéraient une série de postures corporelles et de mouvements en contre-pied systématique de ceux qui caractérisent l'état d'excitation. On trouve des descriptions de tels exercices dans les publications de De Carufel (2008), De Carufel & De Sutter (alias Carr & Sutter, 2001), Kempeneers, Bauwens & De Sutter (2004) et Solano & De Sutter (2011), ainsi que dans une vidéo de Desjardins (1996). La logique de cette approche, que l'on pourrait qualifier de « régulatrice » de l'excitation, suppose un double renversement épistémologique par rapport à l'approche classique de Masters et Johnson : (1) alors que, conformément au découpage traditionnel de la réaction sexuelle en phases psychophysiologiques distinctes, l'approche classique voit surtout l'EP comme un problème relevant spécifiquement de la psychophysiologie du réflexe éjaculatoire, l'approche régulatrice fait quant à elle l'impasse sur cette éventuelle spécificité pour recentrer la problématique au niveau de la psychophysiologie de l'excitation ; (2) alors que l'approche classique tend à voir l'EP comme une réaction dysfonctionnelle apprise, l'approche régulatrice opte plutôt pour la thèse inverse : c'est différer son éjaculation qui s'apprend. Cette idée ne va pas sans recouper l'opinion d'auteurs comme Kinsey, Pomeroy & Martin (1948) et Hong (1984) qui voyaient l'éjaculation rapide comme la norme biologique. Remarquons que l'approche régulatrice ne rejette pas forcément les techniques de pause, mais elle les subordonne à un objectif général de modulation de l'excitation et des états corporels associés (postures, respiration, tensions musculaires, mouvance corporelle).

L'approche régulatrice offre peut-être la possibilité de dépasser les incertitudes théoriques propres à la méthode classique

(Kempeneers, Bauwens & De Sutter, 2004). Il est vrai que, depuis les années 1990, les connaissances neurophysiologiques relatives à l'état d'excitation se sont affinées. Alors que le découpage traditionnel de la réaction sexuelle en phases distinctes reposait sur une dichotomie parasympathique (excitation) /orthosympathique (orgasme), il est maintenant établi que l'activation orthosympathique constitue également un élément central du processus d'excitation (Exton et al., 2000 ; Kempeneers & Barbier, 2008a ; Motofei & Rowland, 2005.) Ceci relativise le cloisonnement du réflexe éjaculatoire qui prévaut dans l'approche classique et incite plutôt à mettre l'accent sur les mécanismes communs qui inscrivent l'éjaculation dans la continuité de l'excitation. Par ailleurs, durant les deux dernières décennies, de nouvelles connaissances se sont accumulées dans le domaine de la psychologie des émotions. Des grandes émotions de base étudiées dans cette discipline à des états affectifs voisins tels l'excitation sexuelle, les extrapolations demeurent certes délicates mais elles ne sont pas pour autant déraisonnables, de sorte que les modèles élaborés en psychologie des émotions permettent sans doute de mieux préciser la nature des mécanismes en jeu dans l'excitation (Kempeneers & Barbier, 2008b). En particulier, les boucles de rétroaction positive qui font que les émotions se maintiennent et se renforcent (Philippot, 2007) fournissent des arguments théoriques à la thèse d'une montée naturelle rapide de l'excitation, ce via des mécanismes d'auto-alimentation.

Quoi qu'il en soit de sa prétention à une meilleure validité théorique, l'approche régulatrice a apporté la démonstration empirique son efficacité. L'étude déjà citée de De Carufel & Trudel (2006) comportait en réalité deux groupes expérimentaux : l'un traité selon la méthode classique (N = 18), l'autre selon des techniques de régulation (N = 18). Les deux groupes ont montré des améliorations identiques, nettement différentes des résultats observés chez des sujets laissés en attente de traitement. En 2002, De Sutter et ses collègues ont relevé des améliorations substantielles dans un échantillon 64 sujets à qui avait été proposée la lecture d'un ouvrage (l'adaptation française de Carr & Sutter, 2001) comportant des instructions thérapeutiques visant à la régulation de leur excitation. Là encore, les

améliorations furent attestées par comparaison à un groupe de sujets laissés en attente (De Sutter et al., 2002). Récemment, Kempeneers et al. (2012) ont testé une formule simplifiée de manuel thérapeutique largement inspirée de l'approche régulatrice (Kempeneers, Bauwens & Andrienne, 2008). À l'échéance de six mois, une évolution favorable a été observée dans un groupe de 120 sujets, elle s'avérait significativement différente de celle de sujets contrôles restés en attente de traitement durant une période de deux mois (N = 66) et semblait se maintenir à l'échéance d'un an (N = 79).

Notons que chacune des trois dernières études comporte une procédure de contrôle. Celles de De Sutter et al. (2002) et de Kempeneers et al. (2012) portent en outre sur des échantillons de taille acceptable (64 et 120 sujets respectivement), ce qui, dans l'ensemble, conforte l'assise méthodologique des prétentions à l'efficacité des traitements cognitifs et comportementaux. Dans leurs revues de la littérature, Melnik et ses collaborateurs (2009 et 2011) mentionnent en outre deux études supplémentaires susceptibles de démontrer l'efficacité des méthodes comportementales sur la base d'une procédure de contrôle et d'échantillons suffisamment larges : celles de Li et al. (2006), portant sur 90 sujets, et celle de Yuan et al. (2008), avec 96 sujets. Ces études montrent l'une et l'autre une meilleure efficacité des traitements combinant médication et approche cognitivo-comportementale en comparaison de la médication utilisée seule. Malheureusement, ces études sont écrites en Chinois de sorte que seules les informations contenues dans leur résumé anglais ont été prises en considération (Melnik, Glina & Rodrigues, 2009 ; Melnik et al., 2011).

Un mot doit être dit à présent des bibliothérapies. Ces formules de traitement consistent à diffuser par écrit des consignes thérapeutiques. Les essais de De Sutter et al. (2002) et de Kempeneers et al. (2012) évoqués ci-dessus attestent l'efficacité de la méthode. Le livre utilisé par l'équipe de De Sutter

consistait en un document de 215 pages A4 écrit sur un mode romanesque. Tout au long du récit, les auteurs distillaient des informations et des conseils inspirés de l'approche régulatrice, le tout correspondant grosso-modo à un traitement étalé sur douze séances de trente minutes. Plus sélectif, le manuel utilisé par Kempeneers et al. (2012) comportait moins de 50 pages A5, illustrations comprises. Son format découlait de l'hypothèse énoncée par Kempeneers, Bauwens & De Sutter (2004) selon laquelle il était possible de simplifier la procédure en la réduisant à ses éléments supposés les plus efficaces. Antérieurement à ces essais, deux autres bibliothérapies ont été testées, toute deux calquées sur la méthode mastersienne originelle. La première fut testée par Lowe et Mikulas (1975), lesquels ont rapporté un taux d'amélioration de 100% mais sur 10 sujets seulement. À notre connaissance, le manuel n'a jamais été publié. La seconde bibliothérapie fut publiée par Zeiss et Zeiss en 1978 (aujourd'hui épuisée), elle faisait 220 pages. Les études déjà citées de Zeiss (1978) et de Trudel et Proulx (1987) visaient notamment à son évaluation. Les résultats obtenus par Zeiss (1978) ne furent pas à la hauteur des espérances, la bibliothérapie ne s'avérant efficace que doublée de contacts avec un thérapeute. Dans l'étude de Trudel et Proulx en revanche, la bibliothérapie utilisée seule produisait des améliorations significatives mais modérées. L'étude ne portait cependant que sur 15 sujets.

Bien qu'il ne s'agisse pas à proprement parler d'une bibliothérapie, il faut encore citer ici l'étude de Van Lankveld et al. (2009) qui consistait à évaluer une procédure de traitement par Internet où 36 sujets EP et leurs thérapeutes communiquaient par écrit. Des améliorations furent observées, mais tant chez les bénéficiaires du traitement que chez les sujets contrôles laissés en attente.

Le Tableau 1 présente une vue d'ensemble des études quantitatives consacrées aux traitements psycho-sexologiques de l'EP.

Essais	N	Modes de traitement	Procédure de contrôle	Résultats principaux
--------	---	---------------------	-----------------------	----------------------

Semans (1956)	9	Pauses	Non	Améliorations chez 8 des 9 sujets traités
Masters & Johnson (1970)	186	Pauses+squeeze	Non	Améliorations chez 98% des sujets
Lowe & Mikulas (1975)	10	Bibliothérapie (pauses+squeeze)	Liste d'attente	Améliorations chez les 10 sujets traités
Leiblum, Rosen & Pierce (1976)	3	Traitement en groupe (pauses+squeeze)	Non	Améliorations chez 2 sujets
Golden et al. (1978)	17	Traitement en groupe vs. en couple (pauses+squeeze)	Non	Améliorations équivalentes avec les deux formats thérapeutiques
Zeiss (1978)	20	Traitement standard vs. bibliothérapie avec ou sans accompagnement (pauses+squeeze)	Non	Améliorations à l'aide des formats standard et bibliothérapie accompagnée, pas en cas de bibliothérapie seule
Kolodny, Masters & Johnson (1979)	246	Pauses+squeeze	Non	Améliorations chez 95% des sujets
De Amicis et al. (1985)	20	Sexothérapie*	Non	Améliorations sensibles après traitement, défaut de maintien des acquis à l'échéance de trois ans avec maintien de la satisfaction sexuelle
Hawton et al. (1986)	8	Pauses	Non	Améliorations sensibles après traitement chez 6 sujets. Maintien des acquis chez seulement 2 d'entre eux à l'échéance de 3 ans
Trudel & Proulx (1987)	25	Traitement standard vs. bibliothérapie avec ou sans accompagnement (pauses+squeeze)	Liste d'attente	Améliorations à l'aide des trois formats thérapeutiques, mais 45% d'abandons en cas de bibliothérapie seule
Abdel-Hamid, El Nagger & El Gilany (2001)	31	Pauses+squeeze	Sildénafil / clomipramine / sertaline / paroxétine	Supériorité du sildénafil sur les autres traitements, supériorité de la paroxétine sur la sexothérapie
De Sutter et al. (2002)	64	Bibliothérapie (méthode régulatrice)	Liste d'attente	Améliorations à l'échéance de deux mois
Tang et al. (2004)	60	TCC* + sildénafil	TCC* seule	Efficacité supérieure du traitement combiné
Oguzhanoglu, Ozdel & Aybek (2005)	32	Pauses	Fluoxétine	Améliorations équivalentes avec les deux formes de traitement
De Carufel & Trudel (2006)	36	Pauses+squeeze vs. méthode régulatrice	Liste d'attente	Améliorations équivalentes avec les deux traitements actifs
Li et al. (2006)	90	TCC* + clomipramine	Clomipramine seule	Efficacité supérieure du traitement combiné
Yuan et al. (2008)	96	TCC* avec ou sans citalopram	Citalopram seul	TCC + citalopram > citalopram seul > TCC seule
Van Lankveld et al. (2009)	36	Traitement par internet (sexothérapie* + médication si nécessaire)	Liste d'attente	Améliorations équivalentes en traitement actif et en liste d'attente
Kempeneers et al. (2012)	120	Bibliothérapie (méthode régulatrice)	Liste d'attente	Améliorations aux échéances de 6 (N = 120) et 12 mois (N = 79)

\* Précisions techniques non disponibles

### Tableau 1. Synopsis des essais comportant des évaluations pré- vs. post-traitements psychosexologiques de l'EP

#### Les traitements pharmacologiques

À partir des années 1990, on a assisté à un engouement considérable pour les traitements médicamenteux, en particulier pour les molécules inhibitrices de la recapture de la sérotonine (Waldinger, 2005, 2007). Initialement indiqués pour apaiser des états dépressifs et anxieux sévères, ces produits provoquaient une série d'effets secondaires au premier rang desquels un tassement de la réactivité sexuelle, principalement des anéjaculations et des éjaculations retardées. Du

coup, ce qui était ressenti comme un inconvénient par les patients déprimés pouvait devenir un effet recherché chez les personnes EP. De nombreux essais contre placebos furent réalisés dans ce cadre, ils ont permis d'établir l'efficacité de la paroxétine 10-40 mg/jour (multiplication jusqu'à huit fois en moyenne de la latence éjaculatoire), de la sertaline 50-200 mg/j, de la fluoxétine 20-40 mg/j (jusqu'à cinq fois) et du citalopram 20-40 mg/j (deux fois). Un antidépresseur tricyclique, la clomipramine 12,5-50 mg/jour, a également été reconnu utile, il permet d'augmenter jusqu'à six fois la latence éjaculatoire (Porst, 2011). Mais s'il

convient de reconnaître leur part d'efficacité aux antidépresseurs, force est aussi d'admettre leurs limites. Retarder l'éjaculation n'équivaut pas nécessairement à la contrôler, ni à optimiser son plaisir sexuel. Les médications peuvent alors produire des déceptions, d'autant qu'elles occasionnent parfois des effets secondaires gênants : des nausées par exemple, des vertiges, des problèmes de bouche sèche et même des pertes d'érection et de désir (Montague et al., 2004 ; Perelman, 2006 ; Porst, 2011). Ensuite leurs effets psychotropes, prioritairement recherchés par les personnes déprimées, peuvent devenir indésirables chez des sujets EP qui ne présentent par ailleurs aucun symptôme anxio-dépressif. Enfin l'arrêt du traitement tend à s'accompagner à la fois d'un syndrome de sevrage et d'un retour du fonctionnement sexuel au statu quo ante (Montague et al., 2004), ce qui pose la question du rapport bénéfice/risque d'un usage à long terme. Remarquons que, à l'heure actuelle, l'utilisation d'antidépresseurs dans le domaine de l'EP s'effectue hors autorisation de mise sur le marché.

Afin d'essayer de réduire les inconvénients inhérents à la prise quotidienne d'antidépresseurs sur de longues périodes, leur utilisation « à la demande » a été testée, « à la demande » c'est-à-dire quatre à six heures avant un rapport sexuel pris en cible. Les résultats furent plutôt décevants (Porst, 2011). Récemment toutefois, une nouvelle molécule sérotoninergique dotée d'une demi-vie nettement plus courte que les précédentes (Andersson, Mulhll & Wyllie, 2006) a fait la démonstration de son efficacité : la dapoxétine prise à doses de 30 ou 60 mg entre une et trois heures avant un rapport sexuel permet de multiplier pratiquement par trois la durée de pénétration (McMahon, 2013 ; McMahon et al., 2011). La « performance » est moindre qu'avec la paroxétine en prise quotidienne mais l'utilisation est plus souple. Les utilisateurs de la dapoxétine signalent des effets indésirables semblables à ceux des autres inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, à cette nuance près que l'arrêt de la médication ne semble pas s'accompagner des symptômes de sevrage régulièrement observés avec ces derniers. La dapoxétine a obtenu dans plusieurs pays une autorisation de mise sur le marché en tant que traitement de l'EP, c'est une première pour un médicament per os.

Le tramadol à la demande a également été testé. Trois études contre placebo font état d'effets significatifs sur les durées de pénétration, la première avec des prises de 50 mg (Safarinejad & Hosseini, 2006), la seconde avec des prises de 25 mg (Salem et al., 2008) et la troisième avec des prises de 62 mg et 89 mg (Bar-Or, Salottolo, Orlando & Winkler, 2012). On utilise habituellement le tramadol pour ses propriétés analgésiques. Il s'agit d'un agoniste des récepteurs des opiacés qui a aussi des propriétés inhibitrices de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline. L'aptitude de ce médicament à retarder l'éjaculation est contrebalancée ses inconvénients : il induit une baisse de la vigilance et comporte des risques d'addiction en cas d'usage répété. De ce fait, beaucoup hésitent à en recommander l'utilisation dans les problèmes d'EP (Althof et al., 2010 ; Porst, 2012 ; Shindel, Chen & Sharlip, 2013).

D'autres traitements chimiques ont encore été testés. L'application sur le pénis de pommades ou sprays anesthésiants permet d'augmenter sensiblement la latence éjaculatoire (Busato & Galindo, 2004 ; Dinsmore et al., 2007). Cependant, l'hypoesthésie intrinsèque à l'opération peut en réduire l'intérêt. Il faut de même veiller à ce que l'hypoesthésie ne se transmette pas à la partenaire, ce en rinçant méticuleusement le pénis quelques minutes après l'application du produit et/ou en utilisant un préservatif (Althof et al., 2010 ; Porst, 2011). Les inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5 (IPDE-5), des médicaments à la base indiqués dans les troubles de l'érection (sildénafil, vardénafil, tadalafil), furent également essayés, généralement sans résultats probants. Leur utilisation n'est pas à recommander dans les EP non accompagnées d'une dysfonction érectile (McMahon et al., 2006 ; Montague et al., 2004 ; Porst, 2011). Pourtant, certains essais montrent des résultats contradictoires : Abdel-Hamid, El Naggat et El Gilany (2001) et Tang et al. (2004) ont constaté l'efficacité supérieure d'un traitement combinant sildénafil et approche comportementale par rapport à la seule thérapie comportementale (voir *Tableau 1*), et Aversa et al. (2009) ont observé une augmentation des durées de pénétration chez des sujets EP traités avec du vardénafil. Il s'agit cependant d'observations isolées dont il est difficile de tirer des conclusions.



En marge de l'approche pharmacologique, il convient de citer dans ce chapitre deux études novatrices réalisées en Turquie. L'une (Basal et al., 2010) portait sur l'utilisation de champs électromagnétiques. La neuromodulation par radiofréquence pulsée est une technique de désensibilisation nerveuse ordinairement employée dans le domaine des douleurs chroniques. Appliquée au nerf dorsal de la verge, elle a permis d'allonger substantiellement la latence éjaculatoire de 15 hommes souffrant d'une EP résistante aux autres traitements. Des résultats aussi encourageants appellent des études confirmatoires. En Turquie toujours, une étude contre placebo (Sunay et al., 2011) a indiqué que l'acupuncture pouvait probablement exercer elle aussi une action modeste mais significative sur les délais d'éjaculation. À ce niveau encore des études confirmatoires seraient nécessaires.

### Quel traitement, à quel moment, pour quel patient ?

L'objectif ultime d'un traitement consiste toujours à améliorer la satisfaction sexuelle. Les mécanismes d'action diffèrent cependant selon que l'on a affaire à un traitement cognitivo-comportemental ou pharmacologique. Aucune des deux formules n'oserait actuellement prétendre à l'efficacité totale. L'approche cognitivo-comportementale cherche essentiellement à favoriser une attitude et une gestuelle propices tant à la gestion de l'excitation qu'à l'optimisation du plaisir érotique dans sa globalité, l'intervention s'en trouve élargie à l'ensemble des scripts sexuels des personnes en détresse. L'assise théorique de son efficacité manque toutefois un peu de clarté. Les traitements cognitivo-comportementaux nécessitent en outre un investissement actif du patient dans le processus thérapeutique, ils ne sont pas toujours faciles à mettre en œuvre et, hormis sous leur forme bibliothérapeutique, ils requièrent souvent l'aide d'un intervenant spécialisé. De leur côté, les traitements pharmacologiques ont une action purement symptomatologique, ils sont certainement plus faciles à utiliser et permettent souvent de retarder l'éjaculation, mais ils font l'impasse sur la complexité des facteurs qui grèvent la satisfaction sexuelle des partenaires. Idéalement, la pharmacothérapie devrait rester

une option de seconde intention, à exploiter en cas d'insuccès ou d'impossibilité d'un traitement comportemental. Pratiquement toutefois, l'algorithme est régulièrement inversé, surtout en cas d'EP sévère. La simplicité de l'approche médicamenteuse semble un argument prépondérant, soutenu par le caractère généralement peu invalidant des effets secondaires rencontrés. La prescription est à la portée de tout médecin et s'avère sans doute d'autant plus tentante que, pour des raisons évidentes, les essais répondant aux exigences méthodologiques élevées de la médecine fondée sur les faits sont beaucoup plus nombreux dans le champ de la pharmacothérapie que dans celui de la psychothérapie, sur-légitimant en quelques sortes le recours à la première (Althof et al., 2010 ; Porst, 2011).

Deux équipes ont procédé à la comparaison directe d'approches comportementales (techniques de pauses) et pharmacologiques. Dans un échantillon de 31 patients, Abdel-Hamid, El Nagger et El Gilany (2001) ont observé des améliorations avec les deux formes de traitement, tant en termes de durée de pénétration que de satisfaction sexuelle, mais elle semblait de plus grande ampleur avec la paroxétine. Résultat atypique, ils ont observé une efficacité plus grande encore avec le sildénafil, un IPDE-5 habituellement jugé peu indiqué dans les problèmes d'EP non accompagnés d'une dysfonction érectile. Dans un échantillon de 32 sujets, Oguzhanoglu, Ozdel & Aybek (2005) ont quant à eux observé une efficacité semblable avec la fluoxétine et le stop-and-start (voir *Tableau 1*).

Si les méthodes comportementale et pharmacologique s'avèrent l'une et l'autre efficaces, elles ne le sont peut-être pas avec les mêmes personnes. La question peut se poser de leur indication différentielle selon les formes d'EP. Waldinger (2007) en fait essentiellement une question de sévérité. Il n'hésite pas à déclarer que, chez les hommes qui présentent une EP primaire généralisée et des durées de pénétration particulièrement brèves, l'EP ne peut tout simplement pas être « guérie », ni par un traitement médicamenteux, ni par un traitement psychosexologique. Il conviendrait dans leur cas de privilégier une approche pharmacologique au long cours. D'autres ont une position moins pessimiste. De Carufel

(2009), par exemple, considère qu'une approche comportementale peut toujours être proposée en première intention, même en cas d'EP sévère supposément à forte composante constitutionnelle. En réalité il reste douteux qu'une EP, quelle que soit sa forme, puisse jamais se voir « guérie » par un médicament. On ne dispose actuellement pas d'études portant sur des périodes suffisamment longues après l'arrêt du traitement qui permettrait de l'attester.

Précisons que la sévérité de l'affection est un facteur qui limite, sans toutefois la réduire à néant, l'efficacité des traitements tant médicamenteux (Waldinger, 2007 ; Waldinger et al., 2008) que comportementaux (Kempeneers et al., 2012). Une option consiste alors à recommander la combinaison des deux approches, celle-ci ayant démontré son efficacité supérieure à la pharmacothérapie (Li et al., 2006 ; Yuan et al., 2008) et à la thérapie comportementale (Yuan, et al., 2008) utilisées seules.

La plupart des essais visant à évaluer l'efficacité des pharmacothérapies prennent pour cible les formes généralisées du trouble. Waldinger (2007) estime que les formes situationnelles - qu'il qualifie de « naturellement variables » (« natural variable premature ejaculation ») - constituent une bonne indication de prise en charge psychothérapeutique. Kempeneers et al. (2012) ont pour leur part constaté que la forme situationnelle du trouble prédisait une meilleure réponse à une bibliothérapie comportementale que ne le faisait la forme généralisée.

En présence d'une EP secondaire, il est généralement conseillé de traiter d'abord ce qui en apparaît la ou les cause(s) (Waldinger, 2007 ; Porst, 2011). Toutefois, hors les cas évidents de dysfonction érectile première ou de sevrage de produits opiacés, il est souvent difficile d'identifier clairement lesdites causes (Kempeneers et al., 2013) et, globalement, les personnes accablées d'une EP secondaire ne semblent pas répondre moins bien à une approche comportementale standard que celles atteintes d'une EP primaire (Kempeneers et al., 2012). Jannini et Lenzi (2013b) remarquent pour leur part que des patients présentant une EP secondaire à une prostatite ou à une hyperthyroïdie ne recouvrent pas forcément un meilleur contrôle éjaculatoire une fois le problème primaire traité, comme si des

mécanismes psychologiques de maintien du trouble s'étaient greffés sur la difficulté originelle.

### Que font les personnes confrontées au problème ?

Comportementaux ou pharmacologiques, des traitements existent ; ils comportent certes des limites mais, à en juger d'après les essais publiés, ils s'avèrent généralement efficaces. Peu de gens pourtant semblent y recourir. En France, sur une proportion de 10% de la population qui admet un « problème » d'EP, seuls 1,7% ont consulté un professionnel pour tenter d'y remédier, et 0,8% seulement ont rencontré un « spécialiste », à savoir un sexologue, un urologue, un psychologue ou un psychiatre (Levinson, 2008). Dans l'enquête internationale publiée par Porst et al. (2007), 3% des hommes de l'échantillon signalent avoir consulté un professionnel à propos d'une EP, or ils sont près de 23% à estimer présenter un « problème » de ce type.

Plusieurs auteurs (Porst et al., 2007 ; Rowland, 2011 ; Symonds et al., 2003) ont supposé qu'un manque d'information du public quant aux traitements disponibles pouvait être à l'origine d'un aussi faible recours à ceux-ci. L'explication reste toutefois partielle car, selon l'enquête de Porst et al. (2007), beaucoup d'hommes EP semblent au courant de l'existence de pommades anesthésiantes (73%) et de médicaments (60%) sans pour autant les utiliser. En outre, parmi les hommes EP qui n'ont jamais consulté un professionnel, beaucoup signalent avoir essayé par eux-mêmes des techniques comportementales comme, par exemple, la squeeze technique (40% d'après Porst, 2012). Il est de ce fait indéniable qu'ils en connaissaient l'existence, même s'il ne s'agit probablement que d'une connaissance superficielle. Il est également possible que la gêne ressentie par les hommes EP à propos de leur état et leurs réticences à s'en confier, fût-ce à un professionnel, constituent un obstacle majeur à l'accès aux traitements, c'est en tout cas l'avis de Porst et al. (2007), de Rowland (2011) et de Symonds et al. (2003). Enfin, sans doute le coût des traitements constitue-t-il aussi un frein pour certaines personnes.

Les hommes EP rechignent ainsi à consulter mais, manifestement, ils s'informent et tentent de gérer eux-mêmes leur difficulté (Porst, 2012). Promouvoir une information

déstigmatisante et de qualité représente dès lors une importante voie d'action en termes de santé publique. La mise au point de formules d'auto-traitement efficaces et bon marché constitue certainement un effort en ce sens. Cependant, en dépit de l'efficacité relative de certains auto-traitements (De Sutter et al., 2002 ; Kempeneers et al., 2012 ; Lowe & Mikulas, 1975 ; Trudel & Proulx, 1987) et de leur caractère améliorable, il est hautement douteux qu'ils suffisent un jour à apaiser l'ensemble hétéroclite des souffrances en relation aux délais d'éjaculation. Les cliniciens demeureront toujours indispensables, il importe d'essayer de lever les obstacles culturels et financiers à leur rencontre.

La question de la qualité de l'information n'est pas sans rapport à celle de la complexité des traitements. Choisir le traitement adapté, ajuster les doses de médicament, comprendre l'utilité et les limites de tel ou tel exercice ne sont pas choses si aisées, ni pour le public ni pour les intervenants. Il est interpellant d'observer avec Porst et ses collègues (2007) que, parmi les personnes qui ont consulté pour un problème d'EP, 92% ne rapportent aucune ou peu d'amélioration. On ignore ici dans quelle mesure des traitements adéquats furent ou non appliqués mais, une chose est sûre, de tels taux d'insuccès apparaissent de loin supérieurs à ceux que l'on retrouve dans les essais cliniques. De la démonstration d'efficacité à l'usage efficace il y a un manifestement loin. L'information pertinente doit donc viser aussi les travailleurs de la santé sachant que, dans une grande majorité des cas, les intervenants rencontrés ne sont pas spécialistes en santé sexuelle. Pareille entreprise est indissociable de recherches à réaliser afin de mieux comprendre encore les mécanismes morbides en cause dans l'EP et les mécanismes thérapeutiques efficaces.

## Conclusion

Plusieurs processus sous-tendent les plaintes relatives à la brièveté des délais d'éjaculation. Du fait notamment de sa sensibilité aux interventions sexothérapeutiques, le problème se représentait, jusque dans les années 1980, comme relevant principalement d'explications psychologiques, bien que celles-ci

demeurassent imprécises. À la charnière du XXI<sup>ème</sup> siècle, les regards se concentrèrent sur les composantes neurobiologiques du problème, et l'idée se répandit que les formes primaires, généralisées et sévères (latence < 1 minute) d'EP relevaient peut-être essentiellement d'une explication bio-constitutionnelle (McMahon et al., 2008 ; Waldinger, 2013b). Durant la première décennie du siècle, la plupart des travaux sur l'EP furent consacrés à cette forme particulière du trouble et les molécules sérotoninergiques tendirent à se positionner comme des traitements de premier choix. Des recherches s'attachèrent aussi à en débusquer les déterminants génétiques (Janssen et al., 2009 ; Jern et al., 2007 ; Santilla et al., 2010). Cette forme du trouble s'avère cependant minoritaire (Waldinger, 2007) et le besoin se fait à présent sentir de s'intéresser à nouveau aux processus culturels, psychologiques et relationnels impliqués dans le problème. Beaucoup reste à faire à ce niveau, les recherches empiriques n'ayant encore qu'effleuré ces questions.

Ces dernières années, un courant a émergé dans l'espace francophone visant à détailler les processus physiologiques, cognitifs et comportementaux qui concourent à l'état d'excitation et s'avèrent susceptibles d'un infléchissement volontaire. En repositionnant l'objectif du traitement de l'EP sur le plan de la gestion de l'excitation plutôt que sur celui d'un improbable contrôle du réflexe éjaculatoire, ce courant tend à renouveler l'approche sexothérapeutique de l'EP (De Carufel, 2009 ; De Carufel & Trudel, 2006 ; De Sutter et al., 2002, Kempeneers et al., 2004, 2012).

Il semble difficile de faire correspondre un traitement type à l'une ou l'autre forme clinique du trouble. Ceci argue probablement du caractère plurifactoriel de la plupart des tableaux et de la diversité des modes d'action possibles. Dans tous les cas, la prise en charge gagnera à tenir compte d'une analyse détaillée de la situation et des préférences des patients (Jannini & Lenzi, 2013b). Ceux-ci devraient bien entendu être correctement informés des modalités, des avantages et des limites des divers traitements : une gageure à l'heure où nos connaissances sur le trouble demeurent franchement parcellaires.

## Références

- Abdollahian, E., Javanbakht, A., Javidi, K., Samari, A.A., Shakiba, M., & Sargolzaee, M.R. (2006). Study of the efficacy of fluoxetine and clomipramine in the treatment of premature ejaculation after opioid detoxification. American Journal on Addictions, 15, 100-4.
- Abraham, K. (1949). Ejaculation praecox. In E. Jones (Ed.), Selected papers on psychoanalysis. London: Hogarth Press.
- Althof, S.E., Abdo, C.H.N., Dean, J., Hacket, G., McCabe, M., McMahon, C.G., Rosen, R.C., et al. (2010). International Society for Sexual Medicine's guidelines for the diagnosis and treatment of premature ejaculation. Journal of Sexual Medicine, 7, 2947-69.
- Althof, S.E., Levine, S.B., Corty, E.W., Risen, C.B., Stern, E.B., & Kurit, D.M. (1995). A double-blind crossover trial of clomipramine for rapid ejaculation in 15 couples. Journal of Clinical Psychiatry, 56, 402-7.
- Althof, S.E., Rosen, R.C., Symonds, T., Mundayat, R., May, K., & Abraham, L. (2006). Development and validation of a new questionnaire to assess sexual satisfaction, control and distress associated with premature ejaculation. Journal of Sexual Medicine, 3, 465-75.
- Andersson, K.E., Mulhall, J.P., & Wyllie, M.G. (2006). Pharmacokinetic and pharmacodynamic features of dapoxetine, a novel drug for "on-demand" treatment of premature ejaculation. British Journal of Urology International, 97, 2, 311-5.
- APA: American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Classification of Mental Disorders, 4<sup>th</sup> ed, Text Revision (DSM-IV TR). Washington DC: American Psychiatric Association
- Aversa, A., Pili, M., Francomano, D., Bruzziches, R., Spera, E., La Pera, G., & Spera, G. (2009). Effects of vardenafil administration on intravaginal ejaculatory latency time in men with lifelong premature ejaculation. International Journal of Impotence Research, 21, 221-7.
- Bajos, N., & Bozon, M. (2008). Enquête sur la sexualité en France : Pratiques, genre et santé. Paris : La Découverte
- Bar-Or, D., Salottolo, K.M., Orlando, A., & Winkler, J.V. (2012). A randomized double-blind placebo-controlled multicenter study to evaluate the efficacy and safety of two doses of the tramadol orally disintegrating tablet for the treatment of premature ejaculation within less than 2 minutes. European Urology, 61, 736-43.
- Basal, S., Serdar, G., Ergin, A., Yildirim, I., Atim, A., Tahmaz, L., & Dayanc, M. (2010). A novel treatment modality in patients with premature ejaculation resistant to conventional methods: the neuromodulation of dorsal penile nerves by pulsed radiofrequency. Journal of Andrology, 31, 2, 126-30.
- Béjin, A., (1999). Épidémiologie de l'éjaculation prématurée et de son cumul avec la dysfonction érectile. Andrologie, 9, 2, 211-25.
- Béjin, A. (2004). Épidémiologie des troubles sexuels. In P. Brenot (Ed.), Dictionnaire de la sexualité humaine (pp. 230-33). Le Bouscat : L'Esprit du Temps.
- Berner, M., & Günzler, C. (2012). The efficacy of psychosocial interventions for male sexual dysfunction. Journal of Sexual Medicine, 9, 3089-107.
- Busato, W., & Galindo, C.C. (2004). Topical anaesthetic use for treating premature ejaculation: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. British Journal of Urology International, 93, 1018-21.
- Buvat, J. (2011). Pathophysiology of premature ejaculation. Journal of Sexual Medicine, 8 (Suppl 4), 316-27.
- Carani, C., Isidori, A.M., Granata, A., Carosa, E., Maggi, M., Lenzi, A., & Jannini, E.A. (2005). Multicenter study on the prevalence of sexual symptoms in male hypo- and hyperthyroid patients. Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 90, 6472-9.
- Carson, C.C., Glasser, D.B., Laumann, E.O., West, S.L., & Rosen, R.C. (2003). Prevalence and correlates of premature ejaculation among men aged 40 years and older: a United States nationwide population-based study. Journal of Urology, 169: abstract 1649
- Cihan, A., Demir, O., Demir, T., Aslan, G., Comlekci, A., & Esen, A. (2009). The relationship between premature ejaculation and hyperthyroidism. Journal of Urology, 181, 1273-80.

- Cooper, A.J., Cernovsky, Z.Z., & Colussi, K. (1993). Some clinical and psychometric characteristics of primary and secondary premature ejaculators. Journal of Sex and Marital Therapy, 19, 4, 276-288.
- Corona, G., Manucci, E., Petrone, L., Fisher, A.D., Balercia, G., De Scisciolo, G., Pizzocaro, A., Giommi, R., Chiarini, V., Forti, G., & Maggi, M. (2006). Psychobiological correlates of delayed ejaculation in male patients with sexual dysfunction. Journal of Andrology, 27, 453-8.
- Corona, G., Jannini, E.A., Lotti, F., Boddi, V., De Vita, G., Forti, G., Lenzi, A., Mannucci, E., & Maggi, M. (2011). Premature ejaculation and delayed ejaculation: two ends of a single continuum influenced by hormonal milieu. International Journal of Andrology, 34, 41-8.
- Corona, G., Petrone, L., Mannucci, E., Jannini, E.A., Mansani, R., Magini, A., Giommi, R., Forti, G., & Maggi, M. (2004). Psychobiological correlates of rapid ejaculation in patients attending an andrologic unit for sexual dysfunctions. European Urology, 46, 5, 615-22.
- Corretti, G., Pierucci, S., De Scisciolo, M., & Nisita, C. (2006). Comorbidity between social phobia and premature ejaculation : Study on 242 males affected by sexual disorders. Journal of Sex and Marital Therapy, 32, 2, 183-7.
- Costa, P.T., Fagan, P.J., Piedmont, R.L., Ponticas, Y., & Wise, T.N. (1992). The Five-Factor model of personality and sexual functioning in outpatient men and women. Psychiatric Medicine, 10, 2, 199-215.
- Costa, P.T., & McCrae, R.R.. (1985). The NEO Personality Inventory Manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Cloninger, C.R. (1999). The Temperament and Character Inventory-Revised. St Louis, MO: Center for Psychobiology of Personality, Washington University.
- Cruz, N., & Porst, H. (2012). Ejaculatory and orgasmic disorders other than premature ejaculation disorders. In H. Porst, & Y. Reisman (Eds.), The European Society of Sexual Medicine syllabus of sexual medicine (pp. 594-638). Amsterdam: Medix Publishers.
- De Amicis, L.A., Goldberg, D.C., LoPiccolo, J., Friedman, J. & Davies, L. (1985). Clinical follow-up of couples treated for sexual dysfunction. Archives of Sexual Behavior, 14, 6, 467-89.
- De Carufel, F. (2009 ). L'éjaculation prématurée : Compréhension et traitement par la thérapie sexofonctionnelle. Louvain-la-Neuve, B : Presses universitaires de Louvain.
- De Carufel, F., & Trudel, G. (2006). Effects of a new functional-sexological treatment for premature ejaculation. Journal of Sex and Marital Therapy, 32, 97-114.
- Derakshan, N., & Eysenck, M.W. (2009). *Anxiety, processing efficiency, and cognitive performance: New developments from attentional control theory*. European Psychologist, 14, 2, 168-76.
- Desjardins, J-Y, (1996). Le contrôle éjaculatoire, une histoire d'amour. DVD, <http://www.nicoleaudette.com>
- Dinsmore, W.W., Hackett, G., Goldmeier, D., Waldinger, M., Dean, J., Wrigth, P., Callander, M., Wylie, K., Novak, C., Keywood, C., Heath, P., & Wylie, M. (2007). Topical eutectic mixture for premature ejaculation (TEMPE): A novel aerosol-delivery form of lidocaine-prilocaine for treating premature ejaculation. British Journal of Urology International, 99, 369-75.
- Dunn, K.M., Croft, P.R., & Hackett, G.I. (1999). Association of sexual problems with social, psychological and physical problems in men and women: A cross-sectional survey. Journal of Epidemiology and Community Health, 53, 144-8.
- Exton, N.G., Ruong, T.C., Exton, M.S., Wingenfeld, S.A., Leygraf, N. Saller, B., Hartmann, U. & Schedlowski, M. (2000). Neuroendocrine response to film-induced sexual arousal in men and women. Psychoneuroendocrinology, 25, 2, 187-199.
- Figueira, I., Possidente, E., Marques, C., & Hayes, K. (2001). Sexual dysfunction: A neglected complication of panic disorder and social phobia. Archives of Sexual Behavior, 30 4, 369-77.
- Fugl-Meyer, A.R., & Sjögren Fugl-Meyer, K.S. (1999). *Sexual disabilities, problems and satisfaction in 18-74 year old Swedes*. Scandinavian Journal of Sexology, 2, 79-105
- Gagnon, J.H. (2008). Les scripts de la sexualité. Essais sur les origines culturelles du désir. Paris : Payot.

- Giuliano, F., Patrick, D.L., Porst, H., La Pera, G., Kokoszka, A., Merchant, S., Rothman, M., Gagnon, D.D., & Polverejan, E. (2008). Premature ejaculation: Results from a five-country European observational study. *European Urology*, 53, 1048-1057.
- Golden, J.S., Price, S., Heinrich, A.G., & Lobitz, W.C. (1978). Group vs. Couple treatment of sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 7, 593-602.
- Graziottin, A., & Althof, S. (2011). What does premature ejaculation mean to the man, the woman, and the Couple? *Journal of Sexual Medicine*, 8 (S4), 304-9.
- Hansenne, M., Delhez, M., & Cloninger, C.R. (2005). Psychometric properties of the Temperament and Character Inventory-Revised (TCI-R) in a Belgian sample. *Journal of Personality Assessment*, 85, 1, 40-49
- Hartmann, U., Schedlowski, M., & Krüger, T.H.C. (2005). Cognitive and partner-related factors in rapid ejaculation: Differences between dysfunctional and functional men. *World Journal of Urology*, 23, 93-101.
- Hawton, K., Catalan, J., Martin, P., & Fagg, J. (1986). Long-term outcome of sex therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 665-75.
- Hobbs, K., Symons, T., Abraham, L., May, K., & Morris, M.F. (2008). Sexual dysfunction in partners of men with PE. *International Journal of Impotence Research*, 20, 5, 12-7.
- Hong, L.K. (1984). Survival of the fastest: On the origin of premature ejaculation. *The Journal of Sex Research*, 20, 2, 109-122
- Jannini, E.A., & Lenzi, A. (2005). Ejaculatory disorders: Epidemiology and current approaches to definition, classification and subtyping. *World Journal of Urology*, 23, 68-75.
- Jannini, E.A., & Lenzi, A. (2013a). Pathophysiology of acquired premature ejaculation. In E. Jannini, C.G. McMahon & M.D. Waldinger (Eds.), *Premature ejaculation. From etiology to diagnosis and treatment* (pp. 81-97). Milan: Springer.
- Jannini, E.A., & Lenzi, A. (2013b). The office management of premature ejaculation. In E. Jannini, C.G. McMahon & M.D. Waldinger (Eds.), *Premature ejaculation. From etiology to diagnosis and treatment* (pp. 331-48). Milan: Springer.
- Jannini, E.A., McMahon, C.G., & Waldinger, M.D. (2013). *Premature ejaculation. From Etiology to diagnosis and treatment*. Milan: Springer.
- Jannini, E.A., Maggi, M., & Lenzi, A. (2011). Evaluation of premature ejaculation. *Journal of Sexual Medicine*, 8, 328-34.
- Janssen, P.K., Bakker, SC., Réthelyi, J., Zwinderman, A.H., Touw, D.J., Olivier, B., Waldinger, M.D. (2009). Serotonin transporter promoter region (5-HTTLPR) polymorphism is associated with the intravaginal ejaculation latency time in Dutch men with lifelong premature ejaculation. *Journal of Sexual Medicine*, 6, 276-84.
- Jern, P., Santtila, P., Witting, K., Alanko, K., Harlaar, N., Johansson, A., von der Pahlen, B., Varjonen, M., Vikström, N., Algars, M. & Sandnabba, K. (2007). Premature and delayed ejaculation : Genetic and environmental effects in a population-based sample of Finnish twins. *The Journal of Sexual Medicine*, 4, 6, 1739-1749.
- Jern, P., Santtila, P., Johansson, A., Varjonen, A., Witting, K., Von der Pahlen, B., Sandnabba, K. (2009). Subjectively measured ejaculation latency time and its association with different sexual activities while controlling for age and relationship length. *Journal of Sexual Medicine*, 6, 2568-78.
- Jern, P., Westberg, L., Johansson, A., Corander, J., Sandnabba, N.K., & Santtila, P. (2012). Are single nucleotide polymorphisms in the oxytocin and vasopressin 1A/1B receptor genes likely candidates for variation in ejaculatory function? *British Journal of Urology International*, 2012 Aug 9. Doi: 10.1111/j.1464-410X.2012.11419.x.
- Kaplan, H.S. (1974). *The new sex therapy*. New York: Brunner-Mazel.
- Kempeneers, P., Andrienne, R., Bauwens, S., Georis, I., Pairoux, J.F., & Blairy, S. (2012). Clinical outcomes of a new self-help booklet for premature ejaculation. *Journal of Sexual Medicine*, 9, 2419-28.
- Kempeneers, P., Andrienne, R., Bauwens, S., Georis, I., Pairoux, J.F., & Blairy, S. (2013). Functional and psychological characteristics of Belgian men with premature ejaculation and their partners. *Archives of Sexual Behavior*, 42,1, 51-66.
- Kempeneers, P. & Barbier, V. (2008a). L'influence de l'anxiété sur l'excitation sexuelle : vers une théorie cognitive. *Sexologies*, 17, 2, 66-75.

- Kempeneers, P. & Barbier, V. (2008b). Les effets de l'anxiété sur l'excitation sexuelle féminine. Réalités en Gynécologie-Obstétrique. Sexologie., 128, 2, 25-9.
- Kempeneers, P., Bauwens, S., & De Sutter, P. (2004). Perspectives nouvelles dans le traitement de l'éjaculation précoce. Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive, 9, 4, 1-8.
- Kempeneers, P., Louwette, S., Mormont, C., & Doudali, P. (2000). Adaptation et validation française du Sexual Irrationality Questionnaire (SIQ) de McCormick et Jordan. Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive, 5, 3, 5-18
- Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B., & Martin, C.E. (1948). Sexual behavior in the human male. Philadelphia : W.B. Saunders.
- Kolodny, R.C., Masters, W.H., & Johnson, V.E. (1979). Textbook of sexual medicine. Boston: Little, Brown & Co.
- Laumann, E.O., Nicolosi, A., Glasser, D.B., Paik, A., Gingell, C., Moreira, E., & Wang, T. (2005). Sexual problems among women and men aged 40-80: Prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. International Journal of Impotence Research, 17, 39-57.
- Lazarus, A.A. (1971). Behavior therapy and beyond. New York : McGraw-Hill.
- Leiblum, S.R., Rosen, R.C., & Pierce, D. (1976). Group treatment format: mixed sexual dysfunctions. Archives of Sexual Behavior, 5, 313-22.
- Levinson, S. (2008). Les « difficultés » de la fonction sexuelle : contextes, déterminants et significations. In N. Bajos & M. Bozon (Eds.), Enquête sur la sexualité en France : Pratiques, genre et santé (pp. 485-508). Paris : La Découverte.
- Li, P., Zhu, G.S., Xu, P., Sun, L.H., & Wang, P. (2006). [Interventional effect of behavior psychotherapy on patients with premature ejaculation]. Zhonghua Nan Ke Xue [National Journal of Andrology], 12, 8, 717-9.
- Masters, W.H., & Johnson, V.E. (1970). Human sexual inadequacy. Boston, US-MA: Little, Brown
- McMahon, C.G. (2007). Ejaculatory latency vs. patient-reported outcomes (PROs) as study end points in premature ejaculation clinical trials. European Urology, 52, 321-3.
- McMahon, C.G. (2013). Treatment of premature ejaculation with dapoxetine. In E. Jannini, C.G. McMahon & M.D. Waldinger (Eds.), Premaure ejaculation. From etiology to diagnosis and treatment (pp. 241-62). Milan (I): Springer.
- McMahon, C.G., Althof, S.E., Kaufman, J.M., Buvat, J., Levine, S.B., Aquilina, J.W., Tesfaye, F., Rothman, M., Rivas, D.A., & Porst, H. (2011). Efficacy and safety of dapoxetine for the treatment of premature ejaculation: Integrated analysis of results from five phase 3 trials. Journal of Sexual Medicine, 8, 524-39.
- McMahon, C.G., Althof, S.E., Waldinger, M.D., Porst, H., Dean, J., Sharlip, I.D., Adaikan, P.G., Becher, E., Broderick, G.A., Buvat, J., Dabees, K., Giraldo, A., Giuliano, F., Hellstrom, W.J.G., Incrocci, L., Laan, E., Meulemen, E., Perelman, M.A., Rosen, R.C., Rowland, D.L., & Seagraves, R. (2008). An evidence-based definition of lifelong premature ejaculation: report of the International Society for Sexual Medicine (ISSM) ad hoc committee for the definition of premature ejaculation. Journal of Sexual Medicine, 5, 7, 1590-606.
- McMahon, C.G., Lee, G., Park, J.K., & Adaikan, P.G. (2012). Premature ejaculation and erectile dysfunction prevalence and attitudes in Asia-Pacific Region. Journal of Sexual Medicine, 9, 454-65.
- McMahon, C.G., McMahon, C.N., Leow, L.J., Winestock, C.G. (2006). Efficacy of type-5 phosphodiesterase inhibitors in the drug treatment of premature ejaculation: a systematic review. British Journal of Urology International, 98, 259-72.
- Melnik, T., Althof, S., Atallah, A.N., Puga, M.E.D.S., Glina, S., & Riera, R. (2011). Psychosocial interventions for premature ejaculation (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews, 8, CD008195.
- Melnik, T., Glina, S., & Rodrigues, O.M. (2009). Psychological intervention for premature ejaculation. Nature Reviews / Urology, 6, 501-8.
- Metz, M.E., & McCarthy, B.W. (2003). Coping with premature ejaculation. Oakland, US-CA: New Harbinger Publications.
- Metz, M.E., & Pryor, J.L. (2000). Premature ejaculation : A psychophysiological approach for assessment and management. Journal of Sex and Marital Therapy, 26, 293-320.

- Mialon, A., Berchtold, A., Michaud, P.A., Gmel, G., & Suris, J.C. (2012). Sexual Dysfunctions Among Young Men: Prevalence and Associated Factors. *Journal of Adolescent Health*, 51, 1, 25-31.
- Montague, D.K., Jarow, J., Broderick, G.A., Dmochowski, R.R., Heaton, J.P.W., Lue, T.F. et al. (2004). AUA (American Urological Association) guideline on the pharmacologic management of premature ejaculation. *Journal of Urology*, 172, 290.
- Montorsi, F. (2005). Prevalence of premature ejaculation: a global and regional perspective. *Journal of Sexual Medicine*, S2, 96-102.
- Motofei, I.G. & Rowland, D.L. (2005). The physiological basis of human sexual arousal: neuroendocrine sexual asymmetry. *International Journal of Andrology*, 28, 2, 78-87.
- Multi country concept evaluation and assessment of PE incidence study (2002). The Alza Corporation, data on file.
- Obler, M. (1974). Systematic desensitization in sexual disorders. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 4, 93-101.
- Oguzhanoglu, N.K., Ozdel, O., & Aybek. (2005). The efficacy of fluoxetine and stop-start technique in the treatment of premature ejaculation and anxiety. *Journal of Clinical Pharmacology*, 25, 2, 192-4.
- Palmieri, A., Imbimbo, C., Longo, N., Fusco, F., Verze, P., Maletta, A., Creta, M. & Mirone, V. (2012). Ejaculatory abstinence influences intravaginal ejaculatory latency time: results from a prospective randomized trial. *Urologia Internationalis*, 88,4, 459-62.
- Park, H.J., Park, J.K., Park, K., Lee, S.W., Kim, S.W., Yang, D.Y., Moon, D.G., Min, K.S., Moon, K.H., Yang, S.K., Hyun, J.S., & Park, N.C. (2010). Prevalence of premature ejaculation in young and middle-aged men in Korea: a multicenter internet-based survey from the Korean Andrological Society. *Asian Journal of Andrology*, 12, 880-9.
- Patrick, D.L., Althof, S.E., Pryor, J.L., Rosen, R., Rowland, D.L., Ho, F.K. et al. (2005). Premature ejaculation: an observational study of men and their partners. *Journal of Sexual Medicine*, 2, 358-67.
- Patrick, D.L., Giuliano, F., Ho, K.F., Gagnon, D.D., McNulty, P., & Rothman, M. (2008). The Premature Ejaculation Profile: Validation of self-reported outcome measures for research and practice. *British Journal of Urology, International*, 103, 358-67.
- Patrick, D.L., Rowland, D.L., & Rothman M. (2007). Interrelationships among measures of premature ejaculation: The central role of perceived control. *Journal of Sexual Medicine*, 4, 780-88.
- Pattij, T., De Jong, T.R., Uitterdijk, A., Waldinger, M.D., Vening, J.G., Cools, A.R., & Van der Graaf, P.H. (2005). Individual differences in male rat ejaculatory behaviour: Searching for models to study ejaculation disorders. *European Journal of Neuroscience*, 22, 3, 724-34.
- Peeters, M., & Giuliano, F. (2008). Central neurophysiology and dopaminergic control of ejaculation. *Neuroscience and Behavioral Reviews*, 32, 438-53.
- Perelman, M., McMahon, C. & Barada, J. (2004). Evaluation and treatment of the ejaculatory disorders. In T. Lue (Ed.), *Atlas of male sexual dysfunction*. Philadelphia: Current Medicine.
- Philippot, P. (2007). *Emotion et psychothérapie*. Wavre (B) : Mardaga.
- Porst, H. (2011). An overview of pharmacotherapy in premature ejaculation. *Journal of Sexual Medicine*, 8 (suppl 4), 335-41.
- Porst, H. (2012). Premature ejaculation. In H. Porst, & Y. Reisman (Eds.), *The European Society of Sexual Medicine syllabus of sexual medicine* (pp. 547-92). Amsterdam: Medix Publishers.
- Porst, H., Montorsi, F., Rosen, R.C., Gaynor, L., Grupe, S., & Alexander, J. (2007). The premature ejaculation prevalence and attitudes (PEPA) survey: prevalence, comorbidities, and professional help-seeking. *European Urology*, 51, 816-24.
- Pryor, J.L., Broderick, G.A., Ho, K.F., Jamieson, S. & Gagnon, D.D. (2006). Comparison of estimated versus measured Intravaginal Ejaculatory Latency Time (IELT) in men with and without Premature Ejaculation (PE) [Abstract N° 126]. *Journal of Sexual Medicine*, 3, 54.
- Revicki, D., Howard, K., Hanlon, J., Mannix, S., Greene, A., & Rothman, M. (2008). Characterizing the burden of premature ejaculation from a patient and partner perspective: a multi-country qualitative analysis. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6, 33.



- Rosen, R.C., & Althof, S.E. (2008). Impact of premature ejaculation: the psychological, quality of life and sexual consequences. Journal of Sexual Medicine, 5, 1296-307.
- Rosen, R.C., McMahon, C.G., Niederberger, C., Broderick, G.A., Jamieson, C., & Gagnon, D.D. (2007). Correlates to the clinical diagnosis of Premature Ejaculation: Results from a large observational study of men and their partners. Journal of Urology, 177, 1059-64.
- Rowland, D.L., (2005). Psychophysiology of ejaculatory function and dysfunction. World Journal of Urology, 23, 82-88
- Rowland, D.L. (2011). Psychological impact of premature ejaculation and barriers to its recognition and treatment. Current Medical Research and Opinion, 27, 8, 1509-18.
- Rowland, D.L., Patrick, D.L., Rothman, M., & Gagnon, D.D. (2007). The psychological burden of premature ejaculation. Journal of Urology, 177, 1065-70.
- Rowland, D.L., Perelman, M., Althof, S.E., Barada, J., McCulloch, A., Bull, S., Jamieson, C., & Ho, K.F. (2004). Self-reported premature ejaculation and aspects of sexual functioning and satisfaction. Journal of Sexual Medicine, 1, 225-32.
- Safarinejad, M.R., & Hosseini, S.Y. (2006). Safety and efficacy of tramadol in the treatment of premature ejaculation: a double-blind, placebo-controlled, fixed-dose, randomized study. Journal of Clinical Psychopharmacology, 26, 1, 27-31.
- Saint Lawrence, J.S., & Madakasira, S. (1992). Evaluation and treatment of premature ejaculation: a critical review. International Journal of Psychiatry in Medicine, 22, 1, 77-97.
- Salem, E.A., Wilson, S.K., Bissada, N.K., Delk, J.R., Hellstrom, W.J., Cleves, M.A. (2008). Tramadol HCL has promise in on-demand use to treat premature ejaculation. Journal of Sexual Medicine, 5, 188-93.
- Sallzman, L. (1972). Psychotherapy with patients with sexual disorders. In M. Hammer (Ed.), The theory and practice of psychotherapy with specific disorders. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Santtila, P., Jern, P., Westberg, L., Walum, H., Pedersen, C.T., Eriksson, E., & Sandnabba, N.K. (2010). The dopamine transporter gene (DAT1) polymorphism is associated with premature ejaculation. Journal of Sexual Medicine, 7, 1538-46.
- Schover, L.R., Friedman, J.M., Weiller, S.J., Heiman, J.R., & LoPiccolo, J. (1982). Multiaxial problem-oriented system for sexual dysfunctions. Archives of General Psychiatry, 39, 614-9.
- Screponi, E., Carosa, E., Di Stasi, S.M., Pepe, M., Carruba, G., & Jannini, E.A. (2001). Prevalence of chronic prostatitis in men with premature ejaculation. Urology, 58, 198-202.
- Seagraves, R.T. (2010). Considerations for an evidence-based definition of premature ejaculation in the DSM-V. Journal of Sexual Medicine, 7, 672-9.
- Semans, J.H. (1956). Premature ejaculation: A new approach. Southern Medical Journal, 49, 353-8.
- Shabsigh, R., & Rowland, D. (2007). The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition, text revision as an appropriate diagnostic for premature ejaculation. Journal of Sexual Medicine, 4, 1468-78.
- Shamoul, R., & El-Nashaar, A., (2006). Chronic prostatitis in premature ejaculation: A cohort study in 153 men. Journal of Sexual Medicine, 3, 150-4.
- Shindel, A.W., Chen, J., & Sharlip, I.D. (2013). Complementary, surgical, and experimental modalities for management of premature ejaculation. In E. Jannini, C.G. McMahon & M.D. Waldinger (Eds.), Premature ejaculation. From etiology to diagnosis and treatment (pp. 305-29). Milan: Springer.
- Simonelli, C., Bonano, D., Michetti, P.M., Rossi, R. (2008). Premature ejaculation and dysregulation of emotions: Research and clinical implications. Sexologies, 17, 18-23.
- Solano, C., & De Sutter, P. (2011). La mécanique sexuelle des hommes. Paris: Robert Laffont.
- Strassberg, D.S., Mahoney, J.M., Schaugaard, M. & Hlae, V.E. (1990). The role of anxiety in premature ejaculation: A psychophysiological model. Archives of Sexual Behavior, 19, 3, 251-57.
- Sunay, D., Sunay, M., Aydogmus, Y., Bagbanci, S., Arslan, H., Karabulut, A., & Emir, L. (2011). Acupuncture vs. paroxetine for the treatment of premature ejaculation: a

- randomized placebo-controlled clinical trial. European Urology, 59, 765-71.
- Symonds, T., Perelman, M., Althof, S., Giuliano, F., Martin, M., May, K., Abraham, L., Crossland, A., & Morris, M. (2007). Development and validation of premature ejaculation diagnostic tool. European Urology, 52, 565-73.
- Symonds, T., Roblin, D., Hart, K., & Althof, S. (2003). How does premature ejaculation impact a man's life? Journal of Sex and Marital Therapy, 29, 5, 361-70.
- Tang, W., Ma, L., Zhao, L., Liu, Y., & Chen, Z. (2004). [Clinical efficacy of Viagra with behavior therapy against premature ejaculation]. Zhonghua Nan Ke Xue [National Journal of Andrology], 10, 5, 366-7.
- Trudel, G. (2000). Les dysfonctions sexuelles. Québec : Presses Universitaires du Québec.
- Trudel, G., & Proulx, S. (1987). Treatment of premature ejaculation by bibliotherapy: an experimental study. Sexual and Marital Therapy, 2, 2, 163-7.
- Vakalopoulos, I., Dimitriadis, G., Varnava, C., Herodotou, Y., Gkotsos, G., & Radopoulos, D. (2011). Prevalence of ejaculatory disorders in urban men: Results of a random-sample survey. Andrologia 43, 327-33.
- Waldinger, M.D. (2002). The neurobiological approach to premature ejaculation. Journal of Urology, 168, 2359-67.
- Waldinger, M.D. (2004). Lifelong premature ejaculation: from authority-based to evidence-based medicine. British Journal of Urology International, 93, 201-7.
- Waldinger, M.D. (2005). Lifelong premature ejaculation: definition, serotonergic neurotransmission and drug treatment. World Journal of Urology, 23, 102-8.
- Waldinger, M.D. (2007). Premature ejaculation: Definition and drug treatment. Drugs, 67, 4, 547-68.
- Waldinger, M.D. (2013a). Pathophysiology of lifelong premature ejaculation. In E. Jannini, C.G. McMahon & M.D. Waldinger (Eds.), Premature ejaculation. From etiology to diagnosis and treatment (pp. 71-80). Milan: Springer.
- Waldinger, M.D. (2013b). History of premature ejaculation. In E. Jannini, C.G. McMahon & M.D. Waldinger (Eds.), Premature ejaculation. From etiology to diagnosis and treatment (pp. 5-24). Milan (I): Springer.
- Waldinger, M.D., Hengeveld, M.W., Zwinderman, A.H., & Olivier, B. (1998). An empirical operationalization study of DSM-IV diagnostic criteria for premature ejaculation. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 2, 287-93.
- Waldinger, M.D., McIntosh, J., & Schweitzer, D.H. (2009). A five-nation survey to assess the distribution of the intravaginal ejaculatory latency time among the general male population. Journal of Sexual Medicine, 6, 2888-95.
- Waldinger, M.D., Quinn, P., Dilleen, M., Mundayat, R., Schweitzer, D.H., & Boolell, M. (2005). A multinational population survey of intravaginal ejaculation latency time. Journal of Sexual Medicine, 2, 492-7.
- WHO: World Health Organization (1994). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10<sup>th</sup> ed. (ICD 10). Geneva, CH: World Health Organization.
- Wolpe, J. (1958). Psychotherapy by reciprocal inhibition. Stanford: Stanford University Press.
- Yuan, P., Dai, J., Yang, Y., Guao, J., & Liang, R. (2008). [A comparative study on treatment for premature ejaculation: citalopram used in combination with behavioral therapy versus either citalopram or behavioral therapy alone]. Chinese Journal of Andrology, 22, 5, 35-8.
- Yuan, Y.M., Xin, Z.C., Jiang, H., Guo, Y.J., Liu, W.J., Tian, L., & Zhu, J.C. (2004). Sexual function of premature ejaculation patients assayed with Chinese Index of Premature Ejaculation. Asian Journal of Andrology, 6,2, 121-6.
- Zeiss, R.A. (1978). Self-directed treatment for premature ejaculation. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46, 6, 1234-41.
- Zeiss, R.A. & Zeiss, A. (1978). Prolong your pleasure. New York: Pocket Books.