

L'éjaculation précoce : une perspective socio-historique

In *Sexualités Humaines*, n° 30, juin 2016, pp 6-16. ISBN 978-911610-38-7

Philippe Kempeneers(1), Robert Andrianne(2)

(1) Philippe Kempeneers, MS, PhD, est psychologue clinicien et sexologue. Il enseigne la sexologie clinique dans les programmes de certificat des universités de Liège, Bruxelles et Louvain-la-Neuve. Il est également past-président de la Société des sexologues universitaires de Belgique

(2) Robert Andrianne, MD, PhD, est urologue. Il enseigne la médecine sexuelle à l'Université de Liège

Résumé

Le fait de considérer une éjaculation rapide comme un problème découle notamment des normes sexuelles qui prévalent dans un contexte socio-historique donné. À la fin du XXème siècle, l'éjaculation précoce (EP) est devenue, dans les pays occidentaux, un motif extrêmement répandu de consultation en sexopathologie masculine. Cette évolution n'est vraisemblablement pas sans rapport à d'autres phénomènes sociétaux. Citons une survalorisation relative du plaisir obtenu par induction coïtale, le développement des techniques contraceptives qui offrent aux gens les moyens sécurisés d'une politique érotique essentiellement pénétrative, et des aspirations à des durées de pénétration qui tendent à excéder les normes biologiques. C'est à partir de la seconde moitié du XXème siècle que s'est développée la clinique de l'EP. D'abord principalement psychosexologique, l'approche est devenue plutôt physiologique et médicamenteuse à partir des années 1990. Un troisième vague tend aujourd'hui à percevoir l'éjaculation rapide moins comme un trouble que comme une donnée constitutionnelle modulable via le développement d'habiletés comportementales et/ou par voie chimique, et à envisager les traitements dans le cadre global d'une finalité hédonique influencée tout à la fois par des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux.

*Si tu veux m'en croire, ne te hâte pas trop d'atteindre le terme du plaisir ;
mais sache, par d'habiles retards, y arriver doucement.*

Ovide. (I^{er} Siècle) L'art d'aimer. Livre II

Introduction

Faire durer le plaisir sexuel n'est pas une préoccupation récente. L'extrait de *L'art d'aimer* d'Ovide placé en exergue de cet article atteste que s'exprimait déjà au I^{er} siècle de notre ère un certain souci de retenue masculine dans le discours des ébats amoureux. Mais faire durer le plaisir n'équivaut pas forcément à faire durer le coït, ceci n'étant finalement qu'une option parmi d'autres.

Le fait de considérer la brièveté des coïts comme un problème est devenu un motif de consultation médico-sexologique extrêmement répandu sous le vocable d'éjaculation précoce ou prématurée (EP) (Jannini & Lenzi, 2005). Pareille situation nécessite à vrai dire une conjonction de conditions socioculturelles dont on peut penser qu'elles n'ont pas toujours eu et n'ont pas forcément partout la même prégnance qu'actuellement sous nos latitudes.

L'essor du concept d'éjaculation précoce

Définir un comportement donné comme relevant d'un « trouble », d'une « dysfonction » voire d'une « maladie » est toujours peu ou prou affaire de conventions sociales. Les comportements sexuels sont socialement déterminés, ils s'inscrivent dans ce que les sociologues appellent des « scripts » (Gagnon, 2008). Les scripts sexuels correspondent à des scénarios implicites qui assignent aux partenaires d'une interaction sexuelle des rôles convenus de façon plus ou moins rigide par la culture ambiante, ils définissent ce qui est attendu, normal, souhaitable, inconvenant ou pathologique. La durée requise d'une pénétration n'échappe pas à sa part de détermination socioculturelle. Qu'en est-il des normes, des attentes sous-jacentes à l'identification d'un « problème » d'EP ?

Les conditions socio-historiques du « problème »

Se désoler de coïts brefs nécessite tout d'abord une survalorisation relative de la pénétration pénéo-vaginale parmi les multiples gestes du plaisir. Nul doute que notre culture occidentale contemporaine attache une importance considérable à la séquence coïtale. En témoignent des

expressions populaires comme « rapport complet » ou « préliminaires » qui laissent entendre qu'il manquerait quelque chose d'essentiel à un rapport ne comprenant pas de pénétration.

De cela notre culture érotique occidentale est peut-être redevable à un certain discours chrétien sur le sexe, et à la notion de fornication y-véhiculée, une notion qui désignait les relations sexuelles illégitimes, c'est-à-dire celles s'écartant ne serait-ce que d'une once du dessein reproductif. Puisant ses racines lointaines dans le premier siècle après JC, dans les épîtres de Saint-Paul par exemple, ce discours, fustigeant jusqu'à la notion de plaisir a peut-être connu son apogée dans la morale victorienne qui sévissait dans la société bourgeoise du XIX^{ème} siècle, une époque pas si lointaine finalement. Épinglons, pour illustrations, les dires de deux théologiens français d'alors. L'un, Louvel, stipulait dans son *Traité de chasteté* (1858) : « Trois conditions sont indispensables pour que le coït soit parfaitement licite. Il faut : 1° qu'il ait lieu dans l'organe féminin à ce destiné ; 2° que le sperme y soit éjaculé ; 3° qu'il y soit conservé. Si l'une de ces conditions manque, la génération est impossible, et un péché mortel a été commis. » L'autre, Bouvier, auteur d'un *Manuel secret des confesseurs* (1827), nuancait : « C'est un péché de se livrer à l'acte conjugal dans le seul but de se procurer du plaisir, mais le péché est seulement véniel. » Le ton était donné : hors coït, point de sexe qui vaille, et le plaisir n'était pas une finalité qui eut justifié qu'il en allât autrement.

La morale sexuelle chrétienne n'explique cependant pas tout, on peut reconnaître aussi la probable part de responsabilité de certains discours « psy » en matière de survalorisation de la sexualité coïtale. Ainsi Freud, dont personne ne prétendra qu'il était bigot, et plusieurs psychanalystes à sa suite avaient-ils tendance à considérer l'orgasme obtenu par pénétration génitale avec une personne du sexe opposé comme l'aboutissement normal des relations sexuelles (Freud, 1905 ; Laplanche et Pontalis, 1967). Le plaisir trouvait certes ici à se valoriser mais le coït restait sa voie d'obtention royale, la norme clinique. Peut-on nier que la psychanalyse a marqué en profondeur l'histoire de la pensée au XX^{ème} siècle ? Plus récemment, des auteurs influencés par la psychologie évolutionniste ont également plaidé la cause d'une sexualité comportant une éjaculation intravaginale. Le coït, supposent-ils, se doterait probablement d'une petite prime de plaisir (Wunsch, 2014), notamment de par les effets myorelaxants voire antidépresseurs qu'exerceraient sur la femme les prostaglandines contenues dans le sperme de l'homme (Gallup, Burch & Platek, 2002). Outre sa fonction procréatrice, c'est peut-être aussi cette forme de plus-value qui contribuerait au succès relatif de ce comportement sexuel particulier qu'est la pénétration avec éjaculation intravaginale (Meston & Buss, 2009).

Mais soit ! Quelles qu'en soient les sources idéologiques, le phénomène semble peu contestable : la sexualité en Occident se montre aujourd'hui plutôt centrée sur le coït, au point de voir parfois se confondre les notions de rapport sexuel et de pénétration. Un sondage réalisé en 1999 par Sanders et Reinisch auprès de jeunes américains est à ce propos éloquent. Le sondage posait cette question : « Diriez-vous que vous avez eu une "relation sexuelle" avec quelqu'un si le comportement le plus intime que vous ayez partagé était... [tel ou tel] ? (Would you say you 'had sex' with someone if the most intimate behavior you engaged was :...) ». À cette question, les jeunes étaient 99,5% à répondre « oui [c'était une relation sexuelle] » lorsque le comportement désigné était un coït, mais seulement 81%, 40% et 14,5%

s'il s'agissait respectivement d'une sodomie, d'un contact bucco-génital et de contacts manugénitaux. Autrement dit, si tout le monde ou à peu près s'accorde à qualifier une pénétration de rapport sexuel, seule apparemment une minorité considère telle une fellation, par exemple, un cunnilingus ou une masturbation mutuelle. Jugeons également du coïto-centrisme ambiant à ce que l'on enseigne à Titeuf, héros de BD bien connu de nos chères têtes blondes, dans *Le guide du zizi sexuel* (Zep & Bruller, 2001), un ouvrage éducatif sensé aborder « toutes les questions que se posent les 9-13 ans sur l'amour et le sexe et toutes les réponses que cherchent leurs parents ». Des questions fondamentales se posent : « Comment on fait [l'amour] ? » Réponse : « Le garçon fait entrer son sexe dans le vagin de la fille. Après les amoureux commencent à bouger pour que le sexe du garçon fasse un va-et-vient dans celui de la fille. » Même à croire que l'essentiel est là, on ne peut s'empêcher de trouver ça quelque peu réducteur. Puis plus loin : « Combien de temps ça dure ? » Réponse : « Cela peut durer trois minutes ou une heure ! Tant qu'ils ressentent du plaisir, le garçon et la fille continuent de bouger. Puis le plaisir augmente jusqu'à l'orgasme qui est le plaisir très très fort que les amoureux sentent à la fin. » Difficile de ne pas penser que l'on tient là l'étalon de quelques déceptions futures en matière de durées de pénétration.

Outre une survalorisation du coït, la reconnaissance sociétale d'un problème de rapidité éjaculatoire requière sans doute aussi une valorisation du plaisir féminin – la chose n'a pas toujours été et n'est pas forcément partout considérée comme évidente – et, plus spécifiquement, la valorisation du plaisir induit par stimulation péno-vaginale, une spécificité dont certains psychanalystes se sont, au XX^{ème} siècle, faits les chantres. Nous ne résistons pas à citer ici pour illustration les propos de Dolto qui, dans *Sexualité féminine* (1982), établit une hiérarchie des orgasmes. Au bas de l'échelle se trouve l'orgasme clitoridien, réputé en soi « décevant », impropre à apaiser la tension sexuelle (p. 174). À un degré supérieur de volupté viennent les sensations vaginales qui, à partir d'une certaine intensité, « exigent impérieusement la pénétration du pénis dont la représentation s'impose comme seul objet adéquat et désiré » (p.175). Elles aboutissent, ces sensations, à un orgasme vaginal « authentiquement satisfaisant » (p.176). Puis, nec plus ultra, on trouve au sommet de la hiérarchie un improbable orgasme « uréthro-annexiel », lequel apporte « la jouissance maximum, tellement vive qu'elle n'est pas compatible avec la maintenance de la sensation d'exister », un orgasme « toujours pleinement satisfaisant, tant du point de vue émotionnel que du point de vue physique » et auquel « s'ajoutent des résonances émotionnelles d'une qualité toute particulière lorsque le coït a des chances, même minimales, d'avoir été fécondant » (p.179). Tout est dit ! Quelle pression cette optique fait-elle peser sur les femmes qui se voudraient authentiquement satisfaites ? Et quelles exigences vont-elles infliger à leurs partenaires ?

Le coït valorisé en tant que passage obligé du plus grand plaisir sexuel tant des femmes que des hommes constitue certes une représentation courante, mais cette représentation eut-elle vraiment pu accomplir pleinement sa propre logique sans un ingrédient supplémentaire, la contraception ? C'est en effet peut-être le développement des techniques contraceptives qui, apportant à tous les moyens sécurisés d'une politique jouissive essentiellement coïtale, a constitué la levure faisant que moussent à la surface d'une culture érotique centrée sur la

pénétration du pénis dans le vagin de nombreuses plaintes relatives à la trop grande brièveté de l'opération. En déconnectant la pénétration de la conception, la « pilule » a sans doute contribué à inciter les gens à jouir de coïts devenus quotidiennement sûrs et légitimement profitables, du moins s'ils sont « bien » pratiqués, avec suffisamment d'ardeur et de temps.

Du relativisme culturel

Ab absurdo, il serait difficile d'imaginer que l'on puisse se plaindre massivement d'éjaculation précoce dans une société où l'on valoriserait le plaisir extra-coïtal et où la pénétration n'irait pas sans grands risques de fécondation intempestive. Difficile à imaginer de même dans une société où la jouissance des femmes serait tenue pour donnée négligeable, en tout cas étrangère à la responsabilité masculine, et où l'homme serait incité à lâcher la bride à ses pulsions, l'intensité de celles-ci et la vitesse d'exécution étant regardées comme des signes de virilité. De telles sociétés existent-elles ou ont-elles existé ? Sans doute. On sait que les mœurs érotiques varient selon les lieux et les époques. Fait en soi significatif, les relevés épidémiologiques concernant l'EP sont d'apparition récente et demeurent limités aux sociétés les plus développées. Ceci rend difficile d'apprécier en finesse l'ampleur des disparités interculturelles en la matière. Quelques études cependant, hélas trop rares, pointent certains contrastes entre les populations. Laumann et ses collaborateurs (2005), par exemple, ont trouvé que les plaintes d'EP étaient moins fréquentes au Moyen-Orient qu'ailleurs dans le monde. Pourtant, selon deux études menées par l'équipe de Waldinger (2005, 2009), les Moyen-orientaux, et en particulier les Turcs, ne semblent pas pratiquer des coïts plus longs que les Occidentaux, ils iraient même légèrement plus vite. Une explication serait qu'on n'attache probablement pas là la même importance que dans nos contrées au fait de faire durer la pénétration. De son côté, Béjin (1999, 2004) rapporte que les plaintes d'EP apparaissent plus fréquemment aux États-Unis qu'en France. Ne faut-il pas mettre cela, se demande-t-il, en rapport avec d'autres différences de comportements sexuels entre Français et Américains ? En l'occurrence, le cunilingus et la sodomie hétérosexuelle sembleraient plus prisées des premiers que des seconds. Ne serait-ce pas une plus grande diversité de comportements sexuels qui rend moins sensible aux yeux des Français(es) la question de la durée des coïts ? À l'avenant, McMahon et ses collègues (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 à l'échelle PEDT (Premature Ejaculation Diagnostic Tool), 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.

Nous conviendrons avec les sociologues qu'une donnée corporelle, une posture individuelle, voire une affection biologique ne constituent un « trouble » plus ou moins invalidant qu'à l'aune des normes et dispositifs d'inclusion mis en place dans une société particulière. Le fait d'éjaculer « trop » rapidement n'échappe vraisemblablement pas à la règle, et c'est sans grande surprise que l'on relève que Kinsey et ses collaborateurs relataient, dans les années 1940, que la plupart des hommes éjaculaient en moins de deux minutes de pénétration sans s'en plaindre le moins du monde (Kinsey, Pomeroy & Martin, 1948). Cette durée, on la

situerait aujourd'hui bien en deçà des normes et, pour peu qu'elle donne lieu à une plainte, on la considérerait comme relevant de la pathologie (Waldinger, 2007). Sans que l'on ne dispose de statistiques précises en la matière, il n'est guère inepte d'affirmer que la rapidité coïtale n'a pas toujours été jugée aussi dysfonctionnelle qu'elle ne l'apparaît aujourd'hui.

L'essor de la clinique de l'EP

Sur le plan clinique, les premières descriptions formelles d'un « trouble » caractérisé par une éjaculation trop prompte semblent dater du XIX^{ème} siècle. Elles sont le fait de Morel de Rubempré (1835) selon Béjin (2007) et de Gross (1887) selon Waldinger (2013a). Le terme « éjaculation précoce » choisi pour désigner le problème a quant à lui fait son apparition en 1917, sous la plume du psychanalyste Abraham (in Jones, 1949). On doit à Schapiro (1943) la première étude sur une série de cas, et à Semans (1956) et Masters et Johnson (1970) les premières études de résultats sur séries de cas traités. C'est en 1978 que l'EP a fait son entrée dans le système international de classification des maladies (ICD-9) et en 1980 qu'elle fut incluse dans le système américain de classification des troubles mentaux (DSM III). L'EP est aujourd'hui un des premiers motifs de consultation en sexopathologie masculine (Jannini & Lenzi, 2005).

Un problème appelle des solutions et, en retour, les solutions nourrissent la demande. Conséquences logiques de la reconnaissance sociétale du trouble mais aussi, par ricochet, causes probables d'inflation diagnostique, des traitements se sont développés à partir de la seconde moitié du XX^{ème} siècle. Certes auparavant quelques médecins avaient déjà fait état de l'une ou l'autre recette visant à retarder l'éjaculation. Certaines nous semblent aujourd'hui parfaitement vaines, telles la consommation de safran, de gingembre et de vin rouge proposée par Morel de Rubempré (1835, cité par Béjin, 2007), l'exercice au grand air préconisé par Marestan (1910, *ibid.*), la cautérisation légère du cornet inférieur des fosses nasales suggérée par Pallazzoli (1935, *ibid.*) ou l'hydrothérapie recommandée par Schapiro (1943, cité par Waldinger, 2013a). D'autres préfiguraient des approches actuelles : les caresses extra-coïtales, par exemple, que Guyot (1859, cité par Béjin, 2007) conseillait de ne jamais dédaigner, la relaxation musculaire, dont les mérites furent vantés par Vachet (1931, *ibid.*) ou la pratique régulière de l'union réservée prônée par Chanson (1953, *ibid.*) Mais toutes ces recommandations demeuraient anecdotiques.

Une première vague psycho-comportementale

La première étude systématique de résultats date de 1956, on la doit à Semans, un urologue américain qui proposait une approche comportementale de la difficulté. Cet essai, suivi de celui de Masters et Johnson (1970) puis de quelques autres allait marquer la première phase de l'approche scientifique contemporaine de l'EP. Cette phase, qui durerait jusque dans les années 1980-1990, correspond à une période historique de développement des sexothérapies, elle se caractérise par un abord principalement psychologique de l'EP, tant au niveau des traitements, lesquels s'inspireraient largement des thérapies comportementales, qu'au niveau des explications causales, qui emprunteraient leur essentiel aux théories de l'apprentissage.

Une seconde vague bio-pharmacologique

À partir des années 1990, on a assisté à un déclin de l'approche psycho-comportementale de l'EP au profit d'une compréhension plutôt neurophysiologique. Historiquement, les médicaments sérotoninergiques venaient de faire leur entrée fracassante sur le marché. Les sérotoninergiques sont des médicaments antidépresseurs qui, tel le Prozac®, agissent sur la sérotonine, un neuromédiateur cérébral. Outre leurs effets attendus sur les niveaux d'anxiété et de dépression, on s'est aperçu qu'ils exerçaient également un effet modérateur des réactions sexuelles, ils ont en particulier tendance à retarder l'éjaculation. D'effet secondaire indésirable, cette propriété allait peu à peu devenir l'effet recherché chez les personnes affligées d'une EP. Dépassant le cadre de leurs indications psychiatriques originelles, les médicaments sérotoninergiques allaient devenir aussi un traitement de choix pour retarder l'éjaculation, et l'EP s'expliquerait dorénavant préférentiellement en termes neurophysiologiques et bio-constitutionnels.

Vers une troisième vague bio-psycho-sociale

Avec le recul, on peut voir ces deux périodes successives comme un mouvement de balancier allant du tout psychologique au tout physiologique. Sans doute le second mouvement répond-il pour partie aux insuffisances du premier s'agissant de comprendre et de traiter la problématique sous un angle psychologique, mais une vision purement pharmacophysiological présente elle aussi des failles (Kempeneers & Deseilles, 2014). À ce stade, le dialecticien appellerait à la synthèse. L'heure n'a-t-elle pas sonné d'un certain retour de considérations psychologiques enrichies tout à la fois des acquis de la physiologie et des connaissances accumulées dans le champ des sciences cognitives et comportementales depuis l'élaboration des premiers modèles ? C'est ce qui semble se dessiner.

Les mécanismes qui concourent au réflexe éjaculatoire sont de mieux en mieux connus (De Carufel, 2009 ; Kempeneers et al., 2004, 2014), et notamment l'implication des circuits sérotoninergiques (Buvat, 2011 ; Waldinger 2013b). En même temps, on assiste à une hésitation grandissante à considérer l'EP comme un trouble au sens propre, c'est-à-dire comme une difficulté résultant d'un dysfonctionnement de l'individu qui en est porteur, ou de ses organes. Sauf cas particuliers, ni les psychologues, ni les urologues, ni les endocrinologues ne sont parvenus à identifier clairement les « causes » – au sens étiologique du terme – d'une trop grande rapidité éjaculatoire (Puppo & Puppo, 2016). L'idée maîtresse devient plutôt que l'éjaculation rapide relève d'une variation de la normalité, comme le fait d'avoir une taille plus petite que la moyenne des gens par exemple. Cette évolution des concepts n'est probablement pas étrangère à la décision prise par l'American Psychiatric Association (2013) de restreindre le diagnostic de trouble de l'EP aux problématiques les plus extrêmes, celles où l'éjaculation survient constamment avant ou moins d'une minute après l'intromission. Sans doute s'agit-il d'éviter un recours intempestif aux médicaments pour améliorer des situations qui ne relèvent pas vraiment de la pathologie. À l'exception des cas où l'éjaculation survient extrêmement rapidement et de ceux où l'EP fait clairement suite à des problèmes médicaux, l'action thérapeutique ne se conçoit en effet plus guère comme une action visant, si l'on peut dire, à « réparer une malfaçon », le dessein devient plutôt

d'augmenter les capacités corporelles des personnes qui souhaitent retarder leur éjaculation et de les aider à développer leurs habiletés sexo-comportementales.

Il faut dire que, dans nos contrées, les gens ont tendance à se plaindre en masse de leurs délais d'éjaculation, lesquels oscillent autour d'une médiane de quatre à six minutes de pénétration (Waldinger et al., 2005, 2009). Manifestement, cette donnée « normale » ne correspond guère aux aspirations qui, selon plusieurs enquêtes, viseraient plutôt un minimum de dix minutes (Burri et al., 2014 ; Corty & Guardiani, 2008 ; Miller & Byers, 2004 ; Montorsi, 2005). Pareille réalité sociologique ne peut être ignorée comme telle, elle appelle des interventions capables d'interroger les comportements érotiques dans leur globalité, de sorte que l'utilisation de médicaments gagne à ne plus être envisagée comme modalité unique de traitement (Althof, 2014 ; Bonierbale, 2015 ; Comio et al., 2015).

Bref...

Le fonctionnement du corps peut difficilement être appréhendé en dehors de son contexte psycho-social et relationnel. Du coup, la question de l'augmentation des durées de pénétration en vient maintenant à se poser dans le cadre d'une finalité hédonique globale influencée tout à la fois par des facteurs biologiques, comportementaux, psychoaffectifs et socioculturels.

Références

- Abraham, K. (1949). Ejaculatio praecox. In E. Jones (Ed.), *Selected papers on psychoanalysis*. London: Hogarth Press.
- Althof, S.E. (2014). Treatment of premature ejaculation: psychotherapy, pharmacotherapy, and combined therapy. In Y.M. Binik & K.S.K. Hall (Eds.), *Principles and practice of sex therapy (5th Ed.)*. New York: Guilford Press.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Washington, DC: APA
- 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.
- Béjin, A. (2007). L'éjaculation prématurée selon les médecins et les sexologues français de 1830 à 1960. *Sexologies*, 16, 195-202.
- Bonierbale, M. (2015). Les thérapies combinées. *Liaisons en sexologie*, 1, 12-17.
- Burri, A., Giuliano, F., McMahon, C., & Porst, H. (2014). Female partner's perception of premature ejaculation and its impact on relationship breakups, relationship quality, and sexual satisfaction? *Journal of Sexual Medicine*, 11, 2243-55.
- Buvat, J. (2011). Pathophysiology of premature ejaculation. *Journal of Sexual Medicine*, 8 (S4), 316-27.
- Comio, L., Massenio, P., La Rocca, R., Verze, P., Mirone, V., & Carrieri, G. (2015). The combination of dapoxetine and behavioral treatment provides better results than dapoxetine alone in the management of patients with lifelong premature ejaculation. *Journal of Sexual Medicine*, 12, 1609-15.
- Corty, E.W., & Guardiani, J.M. (2008). Canadian and American sex therapists' perceptions of normal and abnormal ejaculatory latencies: How long should intercourse last? *Journal of Sexual Medicine*, 5, 1251-6.
- De Carufel, F. (2009). *L'éjaculation prématurée : Compréhension et traitement par la thérapie sexofonctionnelle*. Louvain-la-Neuve, B : Presses universitaires de Louvain.
- Dolto, F. (1982). *Sexualité féminine*. Paris : Scarabée & Compagnie.
- Freud, S. (1905). *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*. [Traduction française : *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Paris :Gallimard, 1987]
- Gagnon, J.H. (2008). *Les scripts de la sexualité. Essais sur les origines culturelles du désir*. Paris : Payot.
- Gallup, G.G., Burch, R.L., & Steven, S.M. (2002). Does semen have antidepressant properties? *Archives of Sexual Behavior*, 31, 3, 289-93.

- Jannini, E.A., & Lenzi, A. (2005). Ejaculatory disorders: Epidemiology and current approaches to definition, classification and subtyping. *World Journal of Urology*, 23, 68-75.
- Kempeneers, P., Andrienne, R., Lequeux, A., & Blairy, S. (2014). L'éjaculation précoce : une revue de questions. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, 19, 2, 35-60.
- 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., & Desseilles, M. (2014). Le « trouble » de l'éjaculation précoce : le critère d'une minute maximum de pénétration en question. *Sexologies*, 23, 101-6.
- Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B., & Martin, C.E. (1948). *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia : W.B. Saunders.
- Laplanche, J., & Pontalis, J-B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris: Presses universitaires de France.
- 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.
- Masters, W.H., & Johnson, V.E. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston, US-MA: Little, Brown
- 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.
- Meston, C.M., & Buss, D.M. (2009). *Why women have sex: Understanding sexual motivations from adventure to revenge*. New York: Henry Holt.
- Miller, S.A., & Byers, E.S. (2004). Actual and desired duration of foreplay and intercourse: discordance and misperceptions within heterosexual couples. *The Journal of Sex Research*, 41(3), 301-9.

- Montorsi, F. (2005). Prevalence of premature ejaculation: a global and regional perspective. *Journal of Sexual Medicine*, S2, 96-102.
- Puppo, V., & Puppo, G. (2016). Comprehensive review of the anatomy and physiology of premature ejaculation: premature ejaculation is not a disease. *Clinical Anatomy*, 29(1), 111-9.
- Sanders, S.A., & Reinsch, J.M. (1999). Would you say you "had sex" if... ? *Journal of the American Medical Association*, 281(3), 275-7.
- Schapiro, B. (1943). Premature ejaculation: a review of 1130 cases. *Journal of Urology*, 50, 374-9
- Semans, J.H. (1956). Premature ejaculation: A new approach. *Southern Medical Journal*, 49, 353-8.
- Waldinger, M.D. (2007). Premature ejaculation: Definition and drug treatment. *Drugs*, 67(4), 547-68.
- Waldinger, M.D. (2013a). 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. (2013b). 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 (I): Springer.
- 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.
- Wunsch, S. (2014). *Comprendre les origines de la sexualité humaine*. Bordeaux : L'Esprit du Temps.
- Zep & Bruller, H. (2001). *Le guide du zizi sexuel*. Grenoble : Glénat.