



HAL
open science

Prise en charge de l'éjaculation prématurée en médecine générale selon les connaissances actuelles, la culture et l'environnement du patient : revue de la littérature

Lucie Kropfeld

► To cite this version:

Lucie Kropfeld. Prise en charge de l'éjaculation prématurée en médecine générale selon les connaissances actuelles, la culture et l'environnement du patient : revue de la littérature. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03796945

HAL Id: dumas-03796945

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03796945v1>

Submitted on 4 Oct 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UFR DE SANTE ROUEN NORMANDIE

ANNEE 2022

THESE POUR LE
DOCTORAT DE MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

Par

KROPFELD Lucie

Née le 29 mars 1993 à Bois-Guillaume

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 22 septembre 2022

PRISE EN CHARGE DE L'EJACULATION PREMATUREE EN MEDECINE GENERALE
SELON LES CONNAISSANCES ACTUELLES, LA CULTURE ET L'ENVIRONNEMENT
DU PATIENT.

Revue de la littérature

Président du Jury : Pr SIBERT Louis

Directrice de thèse : LAINE Marianne

SCHUERS Matthieu

LEFEBVRE Emmanuel

ANNEE UNIVERSITAIRE 2021 - 2022

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESEURS : **Professeur Loïc FAVENNEC**
Professeur Agnès LIARD
Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Florian CLATOT	CB	Cancérologie – Radiothérapie
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition

Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CHB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET (<i>disponibilité</i>)	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CHB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mme Julie GUEUDRY	HCN	Ophthalmologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HCN	Rhumatologie

Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HCN	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépto-gastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
Mr Gaël NICOLAS	UFR	Génétique
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>détachement</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Réanimation médicale
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie

M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HC	Rhumatologie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mme Elodie ALESSANDRI-GRADT	HCN	Virologie
Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Emmanuel BESNIER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mr Damien COSTA	HCN	Parasitologie
Me Pierre DECAZES	CB	Médecine Nucléaire
M. Vianney GILARD	HCN	Neurochirurgie
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent MARGUET	HCN	Histologie
Mme Chloé MELCHIOR	HCN	Hépto-gastro-entérologie
M. Sébastien MIRANDA	HCN	Médecine Vasculaire
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail

Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
M. Abdellah TEBANI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

ATTACHE TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE à MI-TEMPS

Mme Justine SAULNIER	UFR	Biologie
-----------------------------	-----	----------

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEUIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Margueritta AL ZALLOUHA	Toxicologie
Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Thomas CASTANHEIRO MATIAS	Chimie Organique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB santé	Législation pharmaceutique et économie de la
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie

Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mr Chervin HASSEL	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Maryline LECOINTRE	Physiologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Biologie Cellulaire
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
M. Romy RAZAKANDRAINIBÉ	Parasitologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie

PAU-PH

M. Mikaël DAOUPHARS
M. Pierre BOHN

PAU

M. Damien SALAUZE

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

M. Eric BARAT	Pharmacie
M. Guillaume FEUGRAY	Biochimie Générale
M. Henri GONDÉ	Pharmacie
M. Paul BILLOIR	Hématologie

M. Romain LEGUILLON	Pharmacie
M. Thomas DUFLOT	Pharmacologie
Mme Alice MOISAN	Virologie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Chaïma EZZINE	Pharmacologie
M. Abdelmounaim MOUHAJIR	Parasitologie
M. Olivier PERRUCHON	Pharmacognosie

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT

M. Maxime GRAND	Bactériologie
------------------------	---------------

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med) 905)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mr Jonathan BRETON (med)	Nutrition
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Anne-Sophie PEZZINO	Orthophonie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var TAN	Immunologie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

DIRECTEUR ADMINISTRATIF : M. Jean-Sébastien VALET

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ - Saint Julien Rouen

REMERCIEMENTS

Au Professeur Sibert, d'avoir accepté d'être le président du jury.

A Marianne, pour son soutien rassurant.

A Emmanuel Lefebvre d'avoir animé nos cours de GEP.

A Matthieu Schuers, de prendre de son temps.

A mes parents pour m'avoir toujours soutenue et m'avoir transmis vos valeurs. J'ai une chance énorme d'avoir grandi dans une famille aimante.

A ma sœur pour me comprendre sans un mot et à Romain pour la rendre heureuse.

A mon frère qui s'épanouit d'années en années. Merci pour ton calme humour.

A Filip, tu me rends heureuse. Merci d'être à mes côtés.

A Mam pour les vacances à la plage, les gaufres et ton soutien indéfectible.

A Pat pour les cabanes dans les échafaudages, les tours en tracteur et pour nous rappeler de choyer notre corps en bonne santé.

A Grand-Père pour ses mots magnifiques sur la paix et le pardon.

A Laura qui j'espère saura trouver la sérénité pour réussir ses projets.

A Julie qui j'espère n'oubliera jamais sa valeur.

A Mélanie pour les activités créatives et ses belles valeurs.

A Guillaume pour m'avoir donné l'envie de voyager.

A mes oncles, à mes tantes, à mes cousin.e.s plus ou moins éloigné.e.s qui m'ont vu grandir.

A Fafah dont j'admire la résilience. Merci de m'avoir montré le positif en toute chose.

A Audrey dont j'admire encore le courage et le travail. N'oublie pas de prendre aussi soin de toi.

A Hubert pour ton calme en toutes circonstances. Tu as toujours été là.

A Mika pour les blagues. Retrouve le bonheur et les amis, c'est le plus important.

A Lucie D pour les discussions de fin de soirée. Tu découvriras, je l'espère, la paix et l'amour en toi-même.

A Thomas R pour les barbeuc si réussis et la joie de voir ta petite famille.

Aux scouts, avec qui j'ai grandi. Merci de partager de si belles valeurs : à Agathe et Romain pour leurs beaux engagements, à l'honnête Briec, à l'empathique Benj, aux terriens Tiphaine et Romain, aux mamans Béné, à Maryline et Gaele, à Samuel et Elise et leur maison toujours ouverte, et à tous les autres.

A mes colocs, que soit à Rouen ou au Havre, d'avoir partagé ces moments de vie. A Charline, j'ai hâte de visiter ton futur chez toi au milieu des vaches. A Dupont et Dupond pour m'avoir initié à la culture et pour leur.s énergie.s. A David, Matthieu et Seb pour les soirées en confinement ou en liberté. A Ombeline pour ta droiture et ta musique.

A mes ami.e.s d'études pour toutes ces années partagées. A Carole pour ta persévérance, ton sens du gout et de la sororité. A Florian pour avoir découvert le Havre avec moi, pour ton amour de la navigation et ton calme. A Jeanne pour ton dynamisme et ta bonne humeur lorsque l'on se retrouve autour d'un verre. A Juliette pour ta créativité, ton humilité et ton amour des voyages. A Liane pour ton écoute, ton intelligence et ta présence, toujours, pour tes amies. A Marie pour ta quiétude et ton amour des vagues. A Mathilde pour les soirées partagées, avec de la bonne musique ! Merci à toi et à Maxime de m'avoir conviée à vos sorties. A Simon qui a répondu à toutes mes questions.

A mes ami.e.s rencontré.e.s en Erasmus qui m'ont montré d'autres facettes du monde. A Sonia pour ta gentillesse et pour ces soirées magiques. A Justine pour ton engagement féministe. A Hélène pour être née un 29 février. A Adrien pour m'avoir écoutée. A Amé pour sa folie voyageuse.

A mes collègues de Héricourt, à Chrystelle et à Laurence avec qui je suis heureuse de travailler. Merci à Guillaume de m'avoir accueilli en stage il y a 5 ans déjà. Merci à Gaele et à Yannick pour les corrections.

Merci à tous ceux que je n'ai pas nommé. Chacun a croisé ma route et a fait de moi la personne que je suis aujourd'hui.

ABREVIATIONS

AMM : autorisation de mise sur le marché

DE : dysfonction érectile

DSM IV : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux et des troubles psychiatriques, quatrième édition.

EP : éjaculation prématurée

IELT : intravaginal ejaculation time latency soit délai éjaculatoire intravaginal

ISRS : inhibiteur sélectif de la recapture de sérotonine

ISSM : International Society of Sexual Medicine

IST : infection sexuellement transmissible

OMS : Organisation mondiale de la Santé

PDE5i : Inhibiteur de la phosphodiesterase 5

TLE : temps de latence éjaculatoire

Table des matières

1	Introduction.....	4
2	Méthodologie.....	6
2.A	Recherche des données.....	6
2.B	Critères d'inclusion	6
2.C	Critères d'exclusion	6
2.D	Données sélectionnées.....	8
3	Définition.....	9
4	Physiologie de l'éjaculation et du plaisir.....	11
5	La maîtrise de l'éjaculation : un peu d'histoire.....	13
6	Aborder la sexualité : une question de culture ?.....	16
6.A	Epidémiologie	16
6.B	Croyances, Religions et origines géographiques	17
6.B.a	Afrique sub-saharienne	17
6.B.b	Monde arabo-musulman.....	19
6.B.c	Vision occidentale	22
7	Abord de la sexualité à travers l'éducation nationale, les médias et selon les âges.....	24
7.A	Education sexuelle et scolarité.....	24
7.B	Médias et pornographie	25
7.C	Sexualité selon les âges	29
8	Accueillir la plainte	31
8.A	Rechercher les troubles sexuels	31
8.A.a	Le rôle du médecin généraliste.....	31
8.A.b	Quelle question poser ?	32
8.B	Utiliser un langage avec un lexique approprié.....	32

8.C	Evaluation des connaissances et des croyances	33
8.C.a	Schémas cognitifs pérennisant la dysfonction sexuelle.....	33
8.C.b	Bases physiologiques à rappeler	35
8.D	Des conséquences sur la santé du patient	35
9	Hypothèses diagnostiques	37
9.A	Ejaculation prématurée primaire	37
9.B	Ejaculation prématurée acquise.....	37
9.B.a	Pathologie organique sous-jacente.....	37
9.B.b	Dysfonction érectile associée.....	38
9.B.c	Ejaculation prématurée symptôme d'un trouble psychiatrique.....	38
9.B.d	Anxiété de performance.....	39
10	Prise en charge thérapeutique.....	40
10.A	Traitements pharmacologiques.....	40
10.A.a	Traitements antidépresseurs	40
10.A.b	Dapoxétine	42
10.A.c	Anesthésiques locaux.....	43
10.A.d	Inhibiteurs de la phosphodiesterase (PDE5i).....	44
10.A.e	Bilan des traitements pharmacologiques	44
10.B	Thérapies cognitivo—comportementales	45
10.B.a	Start-stop.....	45
10.B.b	Stop-squeeze	46
10.B.c	Réhabilitation de la musculature pelvienne	46
10.B.d	Techniques régulatrices	46
10.B.e	Thérapie de couple.....	48
10.C	Acupuncture et hypnothérapie	48
11	Discussion.....	49

12	Conclusion	52
13	Bibliographie	53

1 Introduction

Peut-on considérer l'éjaculation prématurée (EP) comme une pathologie ? Dans le règne animal une éjaculation rapide permet la survie de l'espèce. L'homme serait biologiquement programmé pour éjaculer en 2 à 3 minutes après intromission. Dans certaines cultures, la virilité est synonyme de rapidité. Dans d'autres, un homme viril serait un homme fertile. Ladite « révolution sexuelle » et l'arrivée de la pilule contraceptive inscrivent la relation sexuelle dans un contexte hédonique pour les deux partenaires. La femme défend alors son droit au plaisir. Par ailleurs, la pornographie dont l'accès est de plus en plus facile est devenue un possible ersatz d'éducation sexuelle. La performance sexuelle est pour certains devenue la norme.

La sexualité de l'humain s'intègre dans un contexte social, historique et culturel en évolution. L'OMS définit la santé sexuelle par un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive, respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir, sans risque, libres de toute coercition, de discrimination ou violence(1).

Parmi les plaintes de dysfonction sexuelle, l'éjaculation prématurée (EP) est la plus fréquente. Dans certaines études la prévalence atteint 30 % de la population masculine(2). L'éjaculation prématurée est parfois lourde de conséquences. Elle peut dégrader l'estime de soi et provoquer de l'anxiété voire des symptômes de dépression. Dans certains couples, elle impacte négativement la relation avec le/la partenaire(3,4).

Les patients parlent difficilement de leur trouble sexuel. Une étude américaine rapporte que seulement 9% des patients présentant une EP osent aborder le sujet avec un médecin(5). Le médecin généraliste reste néanmoins leur interlocuteur privilégié. La première discussion avec le patient donnera le tempo des consultations suivantes. Une relation médecin-patient de qualité mettra en lumière la réelle demande du patient et offrira une prise en charge adaptée. La sexualité est entourée de croyances rationnelles ou non, l'intimité sexuelle a des objectifs variés en fonction de l'environnement social, culturel et religieux. Il est donc nécessaire de proposer des solutions s'appuyant sur le patient dans sa globalité.

Divers traitements médicamenteux existent actuellement mais ils ne sont pas à la portée financière de tous. Il en est de même pour toutes les thérapies cognitives et/ou comportementales et psychothérapies qui ont montré une amélioration de la satisfaction sexuelle sur le long terme.

Après une analyse de la définition précise de l'éjaculation prématurée, je ferai un rappel succinct sur les mécanismes physiologiques de l'éjaculation et du plaisir masculin. Ensuite vous serez conduit dans une épopée historique. La sexualité est propre à chaque individu. Elle repose en partie sur l'histoire culturelle et religieuse de chacun et de la société qui l'entoure.

Puis j'aborderai le « comment parler sexualité » avec le patient : en recevant sa plainte et en la situant dans un contexte culturel, environnemental et générationnel.

Après avoir identifié les hypothèses diagnostiques, j'analyserai la prise en charge médicopsychologique.

2 Méthodologie

2.A Recherche des données

Une recherche documentaire non exhaustive a été effectuée sur les bases de données : PUB MED, Web Online Library, Science direct, APA Psy Articles, Psychology and Behavioural Sciences collection, Cairn et Pascal et Francis.

Les recherches documentaires se concentraient sur les articles parus à partir de l'année 2000 jusqu'à juin 2022. Néanmoins, la bibliographie portant sur « maîtrise de l'éjaculation : un peu d'histoire » et « Définition » regroupe des documents plus anciens.

Les mots clés se sont affinés au cours des recherches en fonction des thématiques abordées. Les mots clés communs sont : *premature ejaculation/* éjaculation prématurée, *sexual disorders/* dysfonctions sexuelles. Pour l'étude sociologique la recherche a été élargie à la sexualité dans sa globalité. Les mots clés utilisés sont : culture, religion, *ethnicity/*ethnie, *sexuality/* sexualité, médias, *pornography/*pornographie, *education/*éducation. Le chapitre portant sur l'abord de la sexualité en médecine générale a nécessité une recherche plus précise avec les mots clés : *talk about/*aborder/lexique. Pour les parties étiologies et thérapeutiques, les mots clés entrés étaient : *treatment/*pharmacological *treatment/*traitement, *behaviour* *therapie/*thérapie comportementale, *psychotherapy/*psychothérapie, *alernative medecin.*

Au total 358 documents ont été sélectionnés sur la lecture du titre.

2.B Critères d'inclusion

Les documents inclus devaient être rédigés en langue française ou anglaise dans leur totalité. Ils devaient être en rapport avec le sujet de cette thèse. Seuls les documents complets ont été inclus. C'est à dire les documents pouvant être trouvés en lecture complète et libre sur les bases de données de la bibliothèque numérique de l'université de médecine de Rouen.

2.C Critères d'exclusion

Les études s'avérant non pertinentes ont été exclues. De même, les documents ayant échappé à la première sélection et étant trop anciens (parution avant les années 2000) ont été exclus.

Les études portant sur les hommes ayant des relations sexuelles uniquement avec des hommes ont été exclues. Les hommes homosexuels se plaignent moins d'éjaculation prématurée que les hommes hétérosexuels d'après une étude Hong-Kongaise(6). Ils présentent plus souvent une éjaculation retardée ou une anéjaculation(7). De plus, les définitions de l'EP sont basées sur la durée intra-vaginale avant éjaculation et ne prennent pas en compte les rapports oraux ou anaux. Nous n'aborderons donc ici que la prise en charge des patients ayant des relations majoritairement hétérosexuelles.

Les documents ayant des informations doubles (redites), en particulier certaines revues de la littérature ont été exclues pour privilégier des études à plus fort niveau de preuve ou plus récentes. De plus, les études portant sur les traitements pharmacologiques sont nombreuses. Elles sont, pour la plupart, basées sur une approche scientifique rigoureuse. Ainsi, celles ayant un faible niveau de preuve ont été exclues.

Les études portant sur le traitement par tramadol de l'EP ont été exclues secondairement. Bien qu'efficace dans l'EP, il présente des effets indésirables nombreux et un réel risque de dépendance(8).

Les études portant sur les traitements encore à l'essai ou réservés à l'usage des spécialistes (injection d'acide hyaluronique, électrostimulation, prégabaline, ...) ont été exclues.

Les études à propos de l'EP chez les patients souffrant d'un handicap ont été exclues. Le traitement de l'EP faisant le plus souvent partie d'une prise en charge pluridisciplinaire.

2.D Données sélectionnées

Au total 187 documents ont été inclus dans cette revue de la littérature (Fig. 1).

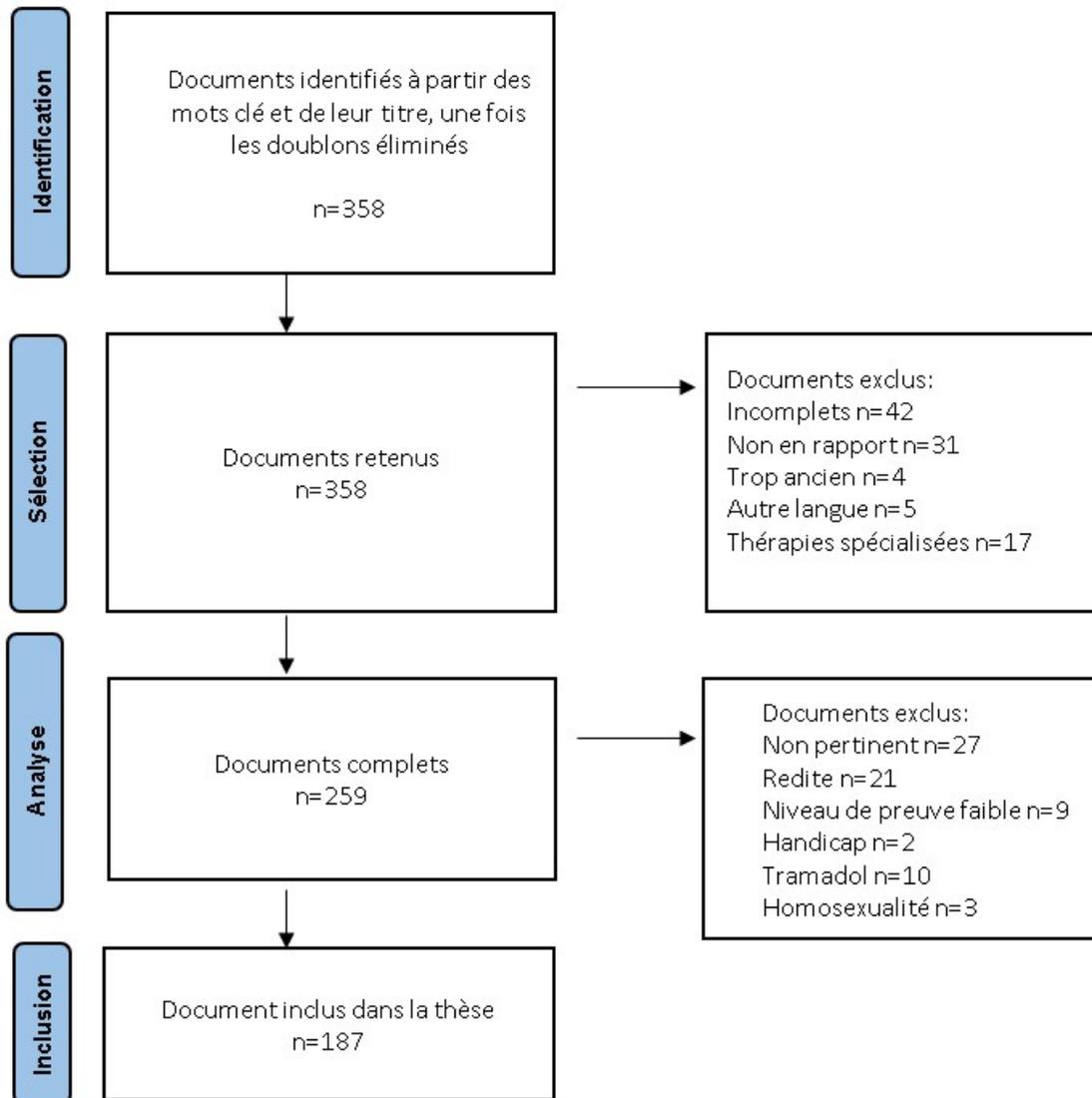


Fig. 1

3 Définition

L'éjaculation prématuré (EP) primaire ou secondaire a des définitions différentes selon les sources. Avant 1960 l'EP était définie par le temps de latence intravaginal uniquement. Puis l'arrivée de la contraception et la libération sexuelle ont changé le rapport à la sexualité. Le plaisir féminin est alors pris en compte. C'est pourquoi dès 1970 Masters et Johnson caractérisent l'EP par une éjaculation qui n'a pu être retardée jusqu'à la satisfaction sexuelle de la partenaire dans plus de 50% des rapports (9). Cette description ne s'applique évidemment qu'aux relations hétérosexuelles.

En 2013 l'*American Psychiatry Association* redéfinit l'EP par la survenue d'une éjaculation pendant une activité sexuelle avec une partenaire moins d'une minute après la pénétration vaginale et avant que la personne ne le souhaite. Ceci pendant au moins 6 mois et persistant sur la quasi-totalité ou la totalité des occasions de l'activité sexuelle. De plus, cette éjaculation rapide provoque une souffrance cliniquement significative chez l'individu. Enfin, la dysfonction sexuelle n'est pas mieux expliquée par un trouble mental non sexuel ou par une sévère détresse relationnelle ou par d'autres facteurs de stress importants et n'est pas imputable aux effets d'une substance / médicament ou d'un autre trouble médical (10). Cette définition est remise en question par la communauté médicale car non basée sur des preuves scientifiques.

C'est pourquoi en 2014 l'ISSM (*International Society of Sexual Medicine*) a précisé la définition de 2009. Elle s'accorde à caractériser l'EP par une éjaculation survenant avant la pénétration vaginale, ou moins d'une minute après celle-ci pour tous ou presque tous les rapports sexuels (EP primaire), ou une diminution du temps de latence intravaginal inférieur à 3 minutes (EP acquise) avec inaptitude à contrôler ce réflexe lors de toutes ou presque toutes les pénétrations et comportant des conséquences personnelles négatives telles que tristesse, mal-être, frustration et/ou évitement de l'intimité sexuelle(11).

Dans cette revue de la littérature, j'utiliserai l'acronyme anglais IELT (*intravaginal ejaculation latency time*) soit le délai de pénétration vaginale avant éjaculation. L'IELT est la donnée permettant, dans la plupart des études, de prouver l'efficacité d'un traitement.

Il est nécessaire de différencier l'EP primaire et l'EP acquise car leurs étiologies sont distinctes et la stratégie thérapeutique s'adaptera à la forme clinique.

Le *Ad Hoc Committee for Definition of premature ejaculation* s'est accordé pour ajouter deux sous-groupes suite à la définition de Waldinger et Schweitzer (12) : l'EP variable naturelle qui comprend des épisodes d'éjaculation prématurée variables, elle n'est pas considérée comme une pathologie mais comme une variation naturelle du temps d'éjaculation et l'EP subjective qui est l'expression d'une souffrance malgré un délai éjaculatoire intravaginal « correct » (13). Cette plainte est souvent liée à des facteurs psychologiques et culturels.

L'éjaculation prématurée primaire suggère une dysfonction neurobiologique sous-jacente alors que l'éjaculation prématurée acquise évoque plutôt une cause médicale ou psychologique.

Il est important de souligner que la durée de pénétration courte n'est pas toujours corrélée à une insatisfaction autant pour les femmes que pour les hommes. L'EP est donc considérée comme pathologique lorsqu'elle est responsable d'émotions négatives(14).

4 Physiologie de l'éjaculation et du plaisir

La réponse sexuelle de l'homme se décrit en quatre étapes : l'excitation avec apparition d'une érection résultant d'un mécanisme vasculaire et musculaire, la phase plateau (érection maximale), l'orgasme avec l'éjaculation et la résolution comprenant la phase réfractaire(15).

L'éjaculation est contemporaine de l'orgasme et comprend deux étapes : l'émission et l'expulsion. Celles-ci sont coordonnées par les systèmes nerveux autonomes et sympathiques.

La première phase ou émission correspond à l'accumulation dans l'urètre postérieur du liquide séminal provenant de la prostate, des vésicules séminales et des canaux déférents. De façon concomitante, le sphincter interne de l'urètre se resserre pour fermer le col vésical et éviter une éjaculation rétrograde dans la vessie. Le tractus séminal, de l'épididyme jusqu'à la prostate, se contracte afin d'assurer le transport des spermatozoïdes(16). L'initiation de ses contractions peut être contrôlée par le sujet. Une fois que le sperme est dans l'urètre postérieure, l'éjaculation est inéluctable(17).

Les structures anatomiques permettant l'émission sont innervées par les systèmes sympathiques (nerfs hypogastriques) et parasympathiques (nerfs pelviens) provenant du plexus pelvien (ou plexus hypogastrique) (17). Les informations sensorielles de la zone génitale sont intégrées au niveau spinal et stimulent l'émission.

L'influence du contrôle cérébral est majeure dans la première phase. Elle est une voie de modulation des centres spinaux thoraco-lombaires et sacrés liée à des neurones du tronc cérébral. Ce contrôle cérébral a un tonus inhibiteur sur l'expulsion du sperme. L'étendue du réseau cérébral implique la participation de différents neurotransmetteurs et neuromodulateurs dont l'ocytocine, la dopamine, la sérotonine(18). Cette dernière est la cible de certains traitements pharmacologiques de l'EP.

La seconde phase ou phase expulsive permet l'émission de sperme en trois à cinq contractions successives. La musculature lisse urétrale et de la musculature striée pelvienne se contractent alors à 0.8s d'intervalle(15).

La phase d'expulsion est encore mal connue. Elle est pour le moment considérée comme un réflexe spinal (thoraco-lombaires et sacrés) et marque le point de non-retour. Chez

les blessés médullaires, plus la lésion est haute, plus l'éjaculation est préservée. Elle est néanmoins moins fréquente pour les blessés médullaires complets(19).

L'orgasme est intimement lié à l'éjaculation chez l'homme. Il existe néanmoins des expériences orgasmiques sans éjaculation. L'orgasme sexuel est ressenti lors des contractions rythmiques involontaires des muscles pelvi-périnéaux. La qualité et l'intensité de l'orgasme varie en fonction de la rapidité/progression du rapport sexuel, du taux d'androgène, de l'acceptation du plaisir...(20)

5 La maîtrise de l'éjaculation : un peu d'histoire

Dans le règne animal, une éjaculation rapide augmente les chances de procréer. Le rapport sexuel est un moment de vulnérabilité où les êtres vivants sont des proies faciles. Dans de nombreuses espèces animales, l'orgasme de la femelle est lié à l'ovulation. Dans l'espèce humaine l'excitation féminine, bien que facilitatrice, n'est pas nécessaire à la pénétration vaginale.

Selon des concepts sociologiques, l'émancipation féminine et l'arrivée de la pilule contraceptive a donné une autre dimension à la relation sexuelle : l'objectif n'est plus nécessairement de créer la vie, la sexualité devient ludique et le plaisir des partenaires est au premier plan.

Néanmoins dans l'Histoire de la sexualité, le plaisir de la femme est parfois recherché, la maîtrise de l'éjaculation est, selon certaines idéologies, symbole de virilité.

Dans l'antiquité gréco-romaine, la société est phallocratique. L'épouse a pour unique utilité de procréer. Les autres femmes sont pour la plupart vouée au plaisir masculin. Les relations homosexuelles sont largement acceptées et sont le terreau de relations amoureuses, passionnelles et intellectuelles. Ovide évoque quant à lui une idée bien novatrice pour son époque dans *l'Art d'aimer* : maîtriser son excitation pour atteindre l'orgasme à deux, avec sa partenaire femme.

En Chine ancienne, la philosophie taoïste considère la sexualité comme nécessaire à l'épanouissement. Elle demande des connaissances et un apprentissage. La maîtrise de l'éjaculation est indispensable car le sperme est une énergie. L'expulsion de semence fragilise l'organisme de l'homme et puise dans sa force vitale. L'homme doit donc donner satisfaction à sa partenaire pour s'enrichir de son *Yin* (énergie féminine), libéré lors de l'orgasme. Il est autorisé à éjaculer lors des périodes propices à la reproduction. Certaines manœuvres sont encore utilisées ou ont inspirées les thérapies comportementales actuelles(21,22).

En Inde, le tantrisme popularisé bien plus tard par le *Kama sutra*, est basé sur une quête spirituelle via l'orgasme(23). La femme incarne la déesse Shakti, mère cosmique et l'homme représente Shiva. L'union sexuelle permet de se rapprocher des divinités et de créer une énergie revitalisante pour le corps et pour l'esprit(24). Cette union n'est possible que si l'homme maîtrise son éjaculation jusqu'à(aux) orgasme(s) de sa partenaire.

Les philosophies orientales vis à vis de la sexualité expliquent probablement pourquoi encore aujourd'hui de nombreuses études sur le traitement de l'EP sont réalisées sur le continent asiatique (en particulier la Chine).

Dans la tradition hébraïque, le plaisir sexuel est considéré comme une manifestation du divin. Le plaisir féminin est un devoir incombant au mari. Une femme qui ne trouve pas satisfaction sexuelle auprès de son mari peut demander le divorce(23).

A l'époque pré moderne au Moyen Orient (XVe-XVIIe s), le plaisir de la femme lors du rapport sexuel assurait d'avoir un enfant garçon(25). Des manuels inspirés des traditions asiatiques, conseille l'homme pour satisfaire sa femme. La relation sexuelle est bien sûr réservée au couple marié. En Tunisie, à la même période, Cheikh Nefzaoui écrit *Les jardins Parfumés*. Les textes comportent entre autres une pharmacopée d'aphrodisiaques et des techniques sexuelles concrètes respectueuses de la tradition musulmane(26). L'époux est encouragé à satisfaire sa conjointe car celle-ci reste néanmoins un être empli des pulsions sexuelles de son utérus.

Pour ce qui est de la France, l'approche de la sexualité varie selon la religion catholique et la vision du mariage. Avant le XVIIIe siècle, les mariages étaient le plus souvent arrangés et avaient un but de procréation. Pour les médecins de cette époque, l'éjaculation précoce est un problème « physique » dont l'homme est victime, elle est rarement pathologique. Elle est principalement due à des dérèglements dans l'hygiène de vie, à la jeunesse, à des troubles organiques mais aussi une passion trop ardente ou un chagrin profond. A cette époque, on traite surtout l'éjaculation ante portas (avant intromission dans le vagin) qui ne permet donc pas de procréer(27). La sexualité plaisir est réservée aux amantes ou aux prostituées.

A partir du XVIIIe siècle, l'essor du Romantisme prône le mariage d'amour(28). Les femmes sont dépendantes financièrement des hommes et n'ont qu'une seule monnaie d'échange : le sexe. Les femmes voulant se marier ne s'offriront donc jamais avant l'union officielle (« si tu ne te maries pas avec moi, tu ne coucheras jamais avec moi ! »)(29). Les prostituées vendent leur corps et les maitresses se font entretenir. C'est à la deuxième moitié du XIXe siècle et au début du XXe siècle que les courants de pensées médicaux et sexologiques posent l'éjaculation précoce comme problème psychologique dont l'homme est responsable. L'homme doit procurer du plaisir à sa femme. Celui qui en est incapable est considéré comme

égoïste ou paresseux. On pointe du doigt, entre autres, la méconnaissance du plaisir féminin mais aussi la chasteté prolongée. On conseille par exemple un exercice sexuel régulier(27).

Ensuite, les causes de l'éjaculation précoce deviennent plus nuancées avec des débuts de classifications. L'EP est à la fois un problème psychologique et physique. L'homme n'est plus le seul levier d'action, la partenaire prend part aux thérapies. Apparaissent alors les prémices de la thérapie comportementale.

Le bouleversement se fait à partir des années soixante avec l'avènement de la contraception, la diminution de l'influence de l'église catholique et l'indépendance économique des femmes. La sexualité devient plaisir pour le couple et non liée à la procréation. L'idéal du couple se modifie, les partenaires sexuels se multiplient. Le ciment du couple n'est plus basé sur un idéal religieux ou sur des raisons économiques. Le divorce est fréquent, le choix du ou de la partenaire n'est plus considéré comme immuable dans le temps. La sexualité et l'intellect devient un pilier du couple pour les personnes sans religion ou peu croyantes(30).

6 Aborder la sexualité : une question de culture ?

6.A Epidémiologie

La prévalence de l'éjaculation prématurée est variable selon l'origine ethnique (31) et elle augmente avec l'âge(5,32). La plupart des études utilisent le DSM IV (1994) ou révisé (2000) et retrouvent une prévalence de 20 à 30% dans la population générale(33). L'étude PEPA retrouve, en 2007, une prévalence de 20% en Italie, de 20.3% en Allemagne et de 24% aux Etats-Unis(5). Une étude allemande retrouve quant à elle une prévalence de 6% chez les 10 166 hommes interrogés(34). Ce résultat s'explique probablement par l'âge de la population incluse (uniquement des hommes de 45 ans). Cela exclut l'éjaculation prématurée fréquente chez les hommes très jeunes ainsi que chez les hommes âgés qui souffrent plus souvent de dysfonction sexuelle.

Une étude menée en Turquie en 2009 montre une prévalence similaire en différenciant les quatre sous-groupes : EP primaire (2.3%), EP acquise (3.9%), EP variable naturelle (8.5%) et EP subjective (5.1%).(35) Une étude observationnelle menée en Chine de 2011 à 2012 confirme cette prévalence (25.8%) de l'EP(36). Cette étude a été poursuivie jusqu'en 2015 pour évaluer la prévalence de l'EP selon la définition de l'ISSM de 2014. Elle montre alors une prévalence de l'EP de 34.62% dont une prévalence de 21.39% pour l'EP acquise et de 10.98% pour l'EP primaire(37). Cette augmentation est probablement due au mode de recueil des informations dont l'auto-évaluation du délai éjaculatoire intravaginal. D'autre part, une étude italienne de 2005 tente d'expliquer les différences de prévalence en fonction de la perception culturelle de la sexualité(38). Ainsi on retrouve une prévalence de l'EP plus importante dans l'est de l'Asie, influencée par la philosophie tantrique(2). Néanmoins, une étude publiée en 2020 a interrogé sur les réseaux sociaux 571 hommes via un questionnaire en anglais. L'objectif était d'évaluer la perception du temps de latence éjaculatoire (TLE) selon les régions du globe. Le TLE moyen paraît similaire en fonction des origines ethniques (médiane de 5 minutes) avec une exception pour le groupe issu d'Amérique latine dont le TLE moyen est plus long. Le TLE idéal est le même quel que soit l'origine des hommes interrogés (39).

Il existe des disparités qui nécessiteraient des enquêtes supplémentaires basées sur la définition de l'ISSM de 2014 (40). Nous pouvons néanmoins considérer qu'il n'y a pas de disparité géographique franche quant à la prévalence de l'EP, environ 30%(39). Notons tout

de même que nous avons peu d'études portant sur la population d'Afrique sub-saharienne. Les patients souffrants de troubles sexuels ont peut-être un recours moindre aux professionnels médicaux et se dirigent probablement plus facilement vers des médecines traditionnelles où la relation de confiance est bien installée (41).

6.B Croyances, Religions et origines géographiques

Actuellement, en France, les enquêtes sur l'origine ethnique de la population est limitée à l'origine géographique. La notion de « race » ou de religion sont des variables non autorisées à être divulguées par l'INSEE depuis 2007. On considérera donc que la France rassemble une population aux affiliations culturelles diverses : culture sub-saharienne, culture arabo-musulmane, culture occidentale, ... avec des degrés d'acculturation variables. Dans chaque partie du monde la sexualité est influencée par la culture traditionnelle, les religions et l'occidentalisation. Il faut donc éviter l'amalgame « une religion égale une sexualité ».

6.B.a Afrique sub-saharienne

La vision traditionnelle de la sexualité varie en fonction des ethnies. Pour certaines, la procréation est le seul enjeu de la sexualité. La virilité est synonyme de fertilité. Les femmes, de leur côté, sont valorisées par leur rôle de mère. Dans la plupart des pays d'Afrique sub-saharienne, la sexualité est un sujet tabou (42,43). De plus, la sexualité-procréation étant le pilier du couple, les dysfonctions sexuelles ne présentent un problème que si elles influent sur la fertilité. Ceci explique probablement pourquoi très peu d'études sur l'éjaculation prématurée ont été faite en Afrique centrale.

Au Burkina Faso, au Sénégal et au Congo, on recommandera à un homme de débiter sa sexualité assez tard pour préserver sa fertilité. Des croyances s'accordent à considérer le sperme comme énergie vitale. La conserver en évitant toute forme de sexualité permettrait de la concentrer et d'engendrer une progéniture forte. Ainsi, l'éjaculation puiserait dans les ressources de l'homme et diminuerait sa durée de vie. Ceci fait échos aux philosophies orientales. En Asie, on apprend à maîtriser son désir et en Afrique sub-saharienne traditionnelle, on s'abstient de désirer(42,44).

Au Sénégal (musulmans :95%), au Cameroun (chrétiens : 2/3, musulmans : 1/3) et au Burkina Faso (musulmans : 60%, catholiques : 20%) la sexualité à but unique de reproduction est appuyée par les religions monothéiste que sont l'Islam et le catholicisme. La sexualité orale

et la masturbation sont considérées comme contre-nature. Le rapport sexuel est vu comme une nécessité mais n'est pas source de plaisir(44).

Il existe néanmoins des pratiques sexuelles basées sur le plaisir. Par exemple, la technique du *kunyasa* est utilisée traditionnellement au Burundi, Rwanda, à l'Est de la République démocratique du Congo, à l'Ouest de l'Ouganda et de la Tanzanie. Cette pratique sexuelle est connue pour provoquer l'orgasme féminin. Elle se base sur des mouvements de tapotement du pénis sur le gland du clitoris et des mouvements de pénétration(45). Dans certaines cultures traditionnelles la masturbation infantine est valorisée. Une sexualité précoce est considérée comme plus épanouie(23). Au Congo, pays majoritairement catholique, la multiplication des partenaires est signe de force et de virilité chez les jeunes hommes(42).

La sexualité revêt donc diverses formes en fonction de la tradition ethnique. La dimension religieuse paraît avoir son importance. Néanmoins, son impact chez la sexualité des adolescents du Burkina-Faso est très peu rapportés d'après une étude de 2004(46). Cette dernière montre que le nombre des relations sexuelles ou bien l'âge d'entrée dans la vie sexuelle est limité principalement par l'environnement familial/traditionnel et la peur de contracter le VIH. Cette anxiété de transmission du VIH est la cause de plusieurs dysfonctions sexuelles et doit être prise en compte(41). Une réassurance sur la prévention et les dépistages peut parfois être utile pour lutter contre les croyances erronées.

La sexualité évolue aussi avec les processus d'acculturation occidentale. Cette vision nouvelle de la sexualité est véhiculée par l'outil informatique. Les films européens renvoient à des façons de vivre en couple parfois inconnues. Dans les sociétés africaines, les démonstrations affectives ne sont pas présentes dans l'espace public et peu ostentatoire au sein de la famille. Les baisers et les caresses sont exceptionnelles et restent dans l'intimité de la chambre à coucher. De plus, la pornographie est de plus en plus accessible. Une étude de 2018 interroge la population du Cameroun, du Sénégal et du Burkina Faso sur sa vision de la sexualité et son opinion sur la sexualité occidentale. Un adolescent déclare « *Moi je suis à la mode, je couche avec les femmes comme les Blancs* ». D'autres disent que la sexualité normale se fait en position du missionnaire, les autres positions étant bestiales(44). Ainsi la sexualité occidentale est soit idéalisée par certains jeunes, soit diabolisée par la majorité. Au Congo, les anciens (garants de l'ordre moral), pensent que les films érotiques et pornographiques

occidentaux corrompent les mœurs(42). La sexualité des « blancs » est souvent considérée comme perverse. Dans ce contexte, les hommes présentant une dysfonction sexuelle vont sûrement se tourner plus facilement vers une médecine traditionnelle et non une médecine occidentale. A l'opposé, les jeunes générations, influencées par les films occidentaux et l'accès à la pornographie, rechercheront le plaisir et la performance dans le rapport sexuel. Ils auront peut-être de nouvelles exigences vis à vis des réponses médicales proposées. Une étude récente compare la perception du temps de latence éjaculatoire en fonction de l'origine géographique. Le groupe « Afrique Sub-saharienne » accorderait au contrôle de l'éjaculation plus d'importance que les autres groupes. Les auteurs suggèrent que la sexualité orale y étant moins pratiquée, la maîtrise de l'éjaculation est nécessaire pour le plaisir des deux partenaires(39).

Il paraît difficile d'extrapoler toutes ces informations à la sexualité des migrants et des descendants de migrants d'Afrique sub-saharienne. Tout dépend du degré d'acculturation occidentale. L'influence de la sphère familiale, pilier des traditions, peut rester importante. C'est pourquoi parler avec un patient c'est avant tout, rechercher ce qui est acceptable ou non pour lui de discuter. Proposer une sexualité non pénétrative aux dysfonctions sexuelles est parfois inenvisageable, tout comme proposer une psychothérapie chez des patients pour qui la sexualité est taboue. De plus l'image déformée de la pornographie comme reflet de la sexualité à l'occidentale peut créer une anxiété de performance.

6.B.b Monde arabo-musulman

Dans les pays musulmans, l'individu est défini par sa place dans la société. L'homme musulman n'est pas individualiste. C'est un être social qui doit suivre des règles précises pour être reconnu. Plusieurs étapes seront nécessaires à son inclusion dans la communauté, entre autres la circoncision et le mariage. Ces dernières ne sont pas spécifiques à l'Islam.

D'un point de vue médical la circoncision ne modifie pas le délai éjaculatoire intravaginal(47,48). Ceci est confirmé par une étude multicentrique menée chez 500 couples aux Pays-Bas, aux Etats-Unis, au Royaume-Uni, en Espagne (à l'exception des hommes turcs chez qui l'IELT est augmenté significativement chez les circoncis)(49). On peut considérer que son impact sur la sexualité est nul. En revanche, sexualité et mariage sont inextricablement liés.

La sexualité est autorisée uniquement au sein du mariage puisqu'elle revêt alors un caractère sacré. Elle permet de mettre en relation l'homme et la femme, ces deux êtres opposés. Le rapport sexuel permet la procréation et la procréation rejoue la création(50). Le désir charnel dans le mariage musulman n'est pas un péché contrairement au mariage chrétien.

Le mariage et donc la sexualité est synonyme de statut social. Le célibat est peu accepté et les célibataires sont incités à se marier(51). L'homme musulman ne peut pas être solitaire. Son mariage lui permettra d'être reconnu par ses pairs. L'intimité est ainsi régie par la communauté. L'homme croyant et marié est autorisé à assouvir son plaisir sexuel avec son épouse dans un cadre ritualisé : la nuit, pratiques sexuelles fertiles, pas de rapport pendant les menstruations de son épouse, ablution avant la prière afin d'éliminer toute trace d'impureté etc...(52) La sexualité est valorisée lorsque les lois religieuses sont suivies (la sexualité orale, anale et la masturbation sont peu tolérées).

C'est dans ce contexte qu'une étude française a évalué et comparé les pratiques sexuelles de 1970 aux années 2000 (début des premiers rapports, masturbation, consommation de livres érotiques, pornographie...)(53). Les musulmans affirmés pratiqueraient moins la masturbation et auraient leur premier rapport sexuel plus tard que les personnes athées. Le début de l'activité sexuelle, se fait pour la plupart, lors du mariage. Le couple sera alors au centre de la prise en charge s'il y a une plainte de dysfonction sexuelle.

L'enquête sur la sexualité en France (2006) confirme ce traditionalisme sexuel(30). Cependant elle a aussi montré que les jeunes musulmans affirmés ont une expérience régulière de la fellation, contrairement à leurs aînés musulmans. Ils ont une consommation de pornographie identique aux chrétiens peu affirmés ou aux individus sans religion. Les musulmanes déclarent une pratique de la sexualité anale un peu plus régulière que les autres personnes interrogées. Les jeunes de moins de 30 ans de l'enquête de 2006 ont une activité sexuelle qui s'éloigne des pratiques antérieurement tolérées. Cette génération a maintenant bien grandi. Il serait probablement nécessaire d'enquêter à nouveau sur le sujet car les lois morales peuvent devenir plus strictes ou au contraire plus tolérantes. Ceci variera en fonction de l'implication religieuse et de l'acculturation.

Actuellement dans les pays arabo-musulmans, on parle d'Islam régressif qui s'est développé en réponse à la sexualité occidentale individualiste et ostentatoire(25). La femme

doit faire preuve de pudeur et doit restreindre voire annihiler ses désirs charnels. Françoise Couchard dans « Le fantasme de la séduction dans la culture musulmane » décrit une ambivalence vis à vis du plaisir féminin. La femme est détentrice du plaisir et connaît de façon innée les choses ayant trait à la sexualité(54). Il n'est donc pas étonnant que les époux présentent une anxiété de performance. D'autant que le plaisir et la sexualité sont conseillés pour les mariés.

Une étude anglo-saxonne a recherché les causes d'éjaculation prématurée chez 10 hommes musulmans vivant au Royaume-Uni. En plus des causes psychogènes habituelles (anxiété de performance, anxiété de la première fois), on retrouvait des causes liées à la transgression des règles religieuses. Ainsi ces hommes éjaculaient plus rapidement en cas de relation sexuelle avant le mariage ou lors d'une infidélité (peur d'être « découvert » donc importance d'aller vite)(55). Ils rapportaient aussi une certaine pression quant à leur orientation religieuse. Cette même étude a été redéveloppée de façon rétrospective. Il apparaît que les patients souffrant d'éjaculation sont plus souvent originaire d'Asie ou d'un pays musulman(56).

Une autre étude anglaise, regroupant principalement des patients originaires du Bangladesh et/ou de religion musulmane (57) constate qu'ils sont plus nombreux à se plaindre d'éjaculation prématurée. La population musulmane présente au Royaume-Uni est néanmoins bien différente de celle française. Ils sont principalement originaires du continent asiatique pour l'Angleterre et du continent africain pour la France. Nous avons vu précédemment que la philosophie indienne considère le sperme comme énergie vitale. La peur de perdre cette semence vitale a été décrite dans un syndrome : le *DHAT syndrom* chez les hommes du sous-continent indien. Les symptômes sont caractérisés par une fatigue intense et des signes de dépression.(58)

Ainsi l'homme musulman est lui aussi soumis à une pression morale. La vision islamique de la sexualité est en opposition à la vision occidentale et il paraît difficile pour les hommes de les concilier. D'un côté les règles de vie appuyées sur la religion deviennent plus strictes en réponse à un monde occidental individualiste. Le suivi scrupuleux de ces principes est nécessaire à l'inclusion dans la société. De l'autre, la découverte de la sexualité se fait parfois à travers l'occident.

6.B.c Vision occidentale

Nous incluons dans la vision occidentale de la sexualité les catholiques peu ou non pratiquants, les autres chrétiens, les juifs et les athées. Comme nous l'avons vu dans l'introduction, la satisfaction sexuelle est un pilier important du couple juif. L'union charnelle au sein du couple marié est considérée comme une manifestation divine par les rabbins(23). Il existe une certaine pression de performance pour les maris. Du côté des catholiques affirmés, l'écart avec les pratiques sexuelles des personnes sans religion tendent à s'estomper au fil du temps(53). Ceci est probablement en lien avec le déclin du poids des préceptes religieux. Chez les personnes interrogées sans religion ou catholiques peu pratiquants, la sexualité revêt une nouvelle dimension. Elle est incluse dans le bien-être et l'épanouissement personnel.

Les catholiques très pratiquants sont de moins en moins nombreux. La religion catholique considère la sexualité comme nécessaire à la procréation (le recours à une méthode contraceptive est mal vu). Le rapport sexuel est réservé aux couples hétérosexuels mariés et le désir charnel est synonyme de péché. La législation catholique autour de la sexualité permettait auparavant d'éviter les grossesses non désirées ou les grossesses hors mariage (avec les difficultés économiques qui en découlaient, l'homme étant seul gestionnaire des biens) (59). L'évolution de la place des femmes, leur indépendance économique et la normalisation de la contraception expliquent que les couples catholiques s'éloignent des dictats religieux ayant trait à la sexualité.

Dans notre société occidentale, le mariage s'affaiblit. Les divorces sont plus nombreux. Chacun développera une vision plus individualiste et fusionnelle du plaisir (60). La jouissance n'est pas le seul objectif de la relation sexuelle. Dans un couple hétérosexuel, les attentes de chaque partenaire semblent différentes. Les hommes chercheraient une réassurance virile et les femmes des signes de la qualité de la relation. Bien que les mœurs évoluent, certains gardent en tête que les hommes auraient des besoins sexuels plus importants que les femmes. Si l'on extrapole cette information, un homme ayant peu de désir ou bien n'arrivant pas à satisfaire le peu de désir de sa conjointe voit sa virilité remise en question.

La sexualité plaisir est donc un nouveau pilier du couple occidental. L'enquête « Contexte de la sexualité en France », de 2006 montre que les pratiques sexuelles ont évolué depuis l'avènement de la contraception et de la révolution sexuelle(30). La sexualité orale

(cunnilingus et fellation) a été expérimentée par 85% des hommes et des femmes en France. Elle fait partie du répertoire habituel de beaucoup de couple et d'individus. La multiplication des partenaires sexuels permettrait une diversification des pratiques sexuelles par apprentissage mutuel.

La sexualité occidentale est en évolution. Elle dépend de l'imprégnation ou justement du désapprentissage de la religion. Les apports sur l'enquête « Contexte de la sexualité en France de 2006 » évoquent même des pratiques sexuelles variées selon le niveau social(30). Ainsi la sexualité orale serait plus déclarée par les personnes diplômées et la sexualité anale serait plus pratiquée dans les milieux populaires. Cette enquête date de 2006. L'apprentissage de la sexualité se faisait à l'école ou par l'intermédiaire des anciennes générations. Aujourd'hui internet est accessible à presque tous et l'accès à la pornographie mais aussi le témoignage d'influenceur peut avoir à nouveau modifié les pratiques. De plus, ces mêmes pratiques varieront en fonction des âges et des générations. C'est ce que nous aborderons ensuite.

7 Abord de la sexualité à travers l'éducation nationale, les médias et selon les âges

L'éducation à la sexualité évolue en fonction des générations. Elle est influencée par notre culture mais aussi notre environnement social et familial. Cette éducation se fera de façon plus homogène lors de la scolarité. Connaître la sexualité c'est aussi la vivre sereinement. Les dysfonctions sexuelles comme l'éjaculation prématurée sont parfois dues à des croyances erronées ou un défaut de connaissance.

7.A Education sexuelle et scolarité

L'évolution de l'éducation sexuelle en milieu scolaire a été marquée par l'influence des médias. Tamara Chaplin explique ces changements. Au XVIIIe, cette éducation reprenait l'idéologie chrétienne qui prône une sexualité-reproduction et une retenue du désir. Au milieu du XXe siècle, elle devient un moyen de prévenir les grossesses. La libération sexuelle des années soixante ébranle ensuite les dictats communément admis. L'éducation sexuelle se fait à travers d'autres supports comme les livres, les émissions de télévision, les magazines... L'école tente de se moderniser mais se limite alors à une information purement biologique du système reproducteur. L'information sexuelle est obligatoire contrairement à l'éducation sexuelle. Enfin, l'apparition du sida dans les années 1980 et 1990 pousse à intégrer dans les manuels scolaires la prévention des infections sexuellement transmissibles et la contraception(61,62). La dimension purement organique ou médicale de la sexualité est donc déjà abordée dans le milieu scolaire en particulier en science et vie de la terre. On parle ainsi plus souvent d'éducation sexuelle plutôt que d'éducation à la sexualité. L'éducation sexuelle fait référence à des informations de préventions des IST ou de connaissances anatomiques. Cette approche biologique révèle principalement les dangers de la sexualité(63).

L'éducation nationale a ainsi modifié son enseignement depuis les années 90. On parle actuellement d'éducation à la sexualité. En école primaire, elle est proposée, si l'occasion s'y prête, par l'enseignant. Ensuite au collège et au lycée, des enseignants volontaires formés ou des partenaires extérieurs proposent trois séances annuelles. L'éducation sexuelle a trois objectifs principaux : le premier est l'apprentissage organique et fonctionnel de la sexualité, le deuxième est la prévention des risques (IST, contraception) et enfin le troisième permet le développement de l'estime de soi, le respect des autres...(64) La sexualité reste ici évocatrice

de danger. La prévention est effectivement indispensable. Le milieu scolaire a donc pour objectif d'apporter des informations objectives « susceptibles de leur faire comprendre les différentes dimensions de la sexualité et de susciter chez eux une réflexion favorisant le développement d'attitudes de responsabilité»(65). Le plaisir et l'épanouissement sexuel, eux, seront abordé en fonction des intervenants. La plupart de ces intervenants semble néanmoins orienter les séances vers des discussions et s'éloigner d'une éducation par la peur(66).

Jean-Luc Letellier, par exemple, préconise une éducation à la sexualité où l'on montre que le plaisir sexuel ne se résume pas à un rapport sexuel. Il ne faut pas oublier les mots, les caresses, ... Il faut apprendre à écouter son corps et celui de son/sa partenaire et apprendre à échanger son ressenti. Cette éducation doit « intégrer pleinement l'angle positif du plaisir personnel et partagé »(63). Il faudra être prudent à ne pas associer systématiquement plaisir et amour ou relation sexuelle et relation amoureuse. L'éducation sexuelle actuelle tente de libérer la parole sur le désir, le respect et la sécurité(67).

L'éducation sexuelle en milieu scolaire a aussi pour but de diminuer les inégalités sociales qui peuvent avoir un impact sur l'apprentissage de la sexualité et ses risques. Les infections sexuellement transmissibles sont plus fréquentes chez les femmes non diplômées ainsi que les grossesses non désirées(66). Les connaissances sur la sexualité et les possibles risques varient donc selon le statut social(68). Ceci peut être expliqué par le temps passé en milieu scolaire : de nouvelles informations seront délivrées au lycée puis lors des études supérieures.

7.B Médias et pornographie

La production de contenu pornographique est présente depuis l'antiquité, sur les murs des bordels de Pompéi, dans la sculpture, la peinture puis plus tard via la photographie. L'avènement du cinéma permet une approche plus réaliste et laisse moins de place à l'imagination et à l'érotisme.

Le visionnage de films pornographiques est un phénomène banal, puisque 92 % des hommes et 73% des femmes de 18 à 69 ans en ont déjà vu(69). L'accès aux contenus internet est devenu simple pour les adolescents. Ils peuvent y trouver toutes les informations souhaitées en restant anonymes. En 2015, un questionnaire a été remis à 524 élèves de 13 à 16 ans. Différentes questions étaient posées sur leur vision de la sexualité. Pour ce qui est de

la pornographie, 55,4 % des élèves déclaraient en avoir déjà vu, dont 16,2 % avant l'âge de 10 ans, 23,5 % entre 10 et 12 ans, 52,9 % entre 12 et 14 ans et 7,4 % après 14 ans. L'enquête de 2017 pour l'Observatoire de la parentalité et l'éducation numérique est concordante et retrouve que 64 % des garçons et 39 % des filles de 15 à 17 ans ont déjà visionné une vidéo pornographique. Plus de la moitié d'entre eux considèrent qu'ils étaient trop jeunes (53 % des garçons et 59 % des filles) (70). Moins récemment, l'enquête « Contexte de la sexualité en France » (2006), retrouve que l'âge auquel la moitié des personnes ont vu leur premier film pornographique a baissé légèrement dans les jeunes de 18 à 34 ans (17,6 ans pour les femmes, et 15,7 ans pour les hommes). Les femmes s'initient plus tôt qu'auparavant mais le comportement des hommes est relativement stable(30).

Pour certains sociologues la pornographie est une facilité de la sexualité. Elle devient consommation où l'autre n'est qu'objet de désir. Le désir sexuel est alors unidirectionnel, tourné vers l'image. L'humain devant son écran n'a pas besoin de créer du désir chez un/une partenaire(71,72). Cette théorie tend à expliquer une soi-disant modification de la sexualité des jeunes voire certaines dérives sexuelles. Ainsi, une étude en Côte d'Ivoire, menée uniquement chez des garçons de 12 à 22 ans, évoque la possibilité d'une sexualité plus précoce lors de l'exposition à des images pornographiques(73). Ceci est probablement liée à un fort désir d'initiation par imitation et d'expérimentation sexuelle.

Une étude espagnole de 2015 a évalué les risques liés à l'utilisation d'internet dans un contexte sexuel chez 322 adolescents âgés de 13 à 17 ans (les chats sexuels, la masturbation devant un contenu internet et la recherche de contenu sexuels.)(74). Les garçons consomment plus de cyber-sexualité et ont une conduite plus à risque, comme l'addiction au sexe (8.6% vs 2.2% des filles). Néanmoins, les adolescents qu'ils soient filles ou garçons ont une utilisation majoritairement récréative. Le format numérique permet une exploration libre et facile de la sexualité. Les pratiques sexuelles sont plus diversifiées chez les adolescents ayant été confronté à de la pornographie.

Les risques liés à la visualisation de pornographie sont liés à une utilisation excessive. Le risque d'addiction est majoré par une sur stimulation du système de récompense. Une revue de la littérature de 2016 rapporte des dysfonctions sexuelles lors du recours fréquent à des contenus pornographiques : anxiété de performance, trouble de la libido, difficulté à

atteindre l'orgasme, diminution de l'intérêt à la sexualité avec un/une partenaire(75). La plupart de ces troubles sexuels disparaissent lorsque le visionnage est moins fréquent.

D'après Berger et al., le recours à ce type d'images peut s'expliquer principalement par le besoin des jeunes d'avoir des informations concernant les pratiques sexuelles. Ils sont 34,2 % à penser « qu'un film pornographique est un bon moyen pour apprendre »(76). Cette étude rapporte que les ressources d'apprentissage/de découverte de la sexualité sont peu connues des adolescents, 78,5 % affirment ne pas connaître d'association où ils pourraient trouver des informations ou de l'aide et les parents ne paraissent pas être les interlocuteurs privilégiés. Les jeunes trouvent plus facilement des réponses dans les médias : la télévision (51,1 %), l'internet (49,2 %) et la radio (27,8 %) (76).

D'après Bozon, les significations et contextes d'usage de la pornographie restent très distincts selon le sexe et s'inscrivent dans un processus de socialisation à la sexualité(69). Les hommes visionnent plus tôt de la pornographie, souvent après discussion avec les pairs et de façon concomitante à l'initiation à la masturbation. Les femmes découvriront la pornographie plus tard et en partie par l'intermédiaire de leur partenaire.

La masturbation est une manière d'explorer son corps et de découvrir sa sexualité. Elle fait appel à un imaginaire qui peut être entièrement créé par l'individu, influencé par un livre ou un contenu audio ou encore pensé par un réalisateur de film. Finalement certains vont considérer la pornographie comme malsaine et non adaptée pour les jeunes. N'est-ce pas plutôt une culpabilisation de la masturbation ? Culpabilisation qui a déjà traversé plusieurs siècles. Bozon en 2012 explique qu'aujourd'hui, les appels à la « protection de la jeunesse » contre la pornographie ou contre l'influence jugée néfaste des médias sont autant de leitmotifs avancés par les adultes pour justifier l'éducation sexuelle de la jeunesse(68). Quoi qu'on en dise, la pornographie fait partie des supports d'apprentissages pour les adolescents(70). Elle est aussi source de plaisir et d'exploration(77,78). Un discours alarmiste ne paraît pas convenir. Interdire les contenus pornographiques paraît inadapté. Il faut en parler, évoquer la différence entre fantasme cinématographique et réalité de l'échange du plaisir avec l'autre.

Dans l'espace internet, il n'y a pas que la pornographie. Les réseaux sociaux proposent d'autres angles d'attaque : des interviews de quidam, d'actrices de pornographie, de féministes, d'hommes s'interrogeant sur leur masculinité... Les algorithmes des réseaux

sociaux orienteront les accès à l'information. Ceux qui se verront proposer ce type de contenus se seront déjà penchés sur le sujet. Les principaux concernés sont les jeunes adultes. Finalement, ce type de contenus sera partagé entre les adolescents si le sujet abordé est en adéquation avec les idées du groupe de pairs. Le rapport aux pairs est effectivement primordial. Ceux qui se sentiront exclus du groupe ou ceux qui ne trouvent pas de modèle dans le monde réel, iront le rechercher sur les plateformes numériques. Certains adolescents trouveront ainsi des récits proches, un espace d'expression et souvent du soutien(79). La culture numérique répond à sa manière à de vrais enjeux identitaires (explorer, s'exposer et s'évaluer sur internet) et aux besoins psychologiques fondamentaux (récompense, autonomie et affiliation) (80). Elle fait partie du développement de l'adolescent y compris dans sa quête de sexualité. L'objectif est de l'intégrer dans l'éducation en évitant de la diaboliser. Le rôle de l'adulte ne serait-il pas de proposer d'autres ressources numériques afin d'élargir le champ des possibles pour les adolescents et éviter une vision de la sexualité uniquement à travers des pornos gratuits ?(81)

Chez l'adolescent, il y a un réel besoin de confronter ses expériences à celle des autres. Le numérique mais aussi les magazines permettent d'évoquer l'intimité de façon anonyme, de discuter de sujet impossible à aborder avec ses proches. De tels supports ouvrent le champ des possibles. Une étude publiée en 2012 rapporte les interviews d'adolescentes lisant des articles de conseils sur la sexualité ou le couple. La plupart des textes étaient lu dans un but d'apprentissage(82).

Piaget explique que l'apprentissage, dont celui de la sexualité se fait par imitation. De même, chez les autres mammifères, bien qu'il existe un déterminisme génétique et des influences hormonales, l'apprentissage social de la sexualité par observation des comportements de séduction, de rapprochement et d'accouplement permet au jeune animal de vivre une sexualité appropriée(83).

Finalement les médias comblent les zones d'ombres dans l'apprentissage de la sexualité. Ils permettent de répondre à des questionnements tabous. Ils ont aussi une fonction de réassurance. L'objectif de performance faisant partie du fonctionnement de la société occidentale, les jeunes et les moins jeunes s'informent sur les pratiques sexuelles communément admises, sur les attentes que peuvent avoir leur partenaire.

Les images de la sexualité dans les médias sont néanmoins peu représentatives de certaines catégories de personnes. Ainsi la sexualité est souvent reliée à la jeunesse, la vitalité et au glamour. Le corps parfait y est surreprésenté et la sexualité des plus âgés est ignorée. Ceci en fait un tabou chez les seniors d'après une étude de 2021 interrogeant les plus de 60 ans(84).

7.C Sexualité selon les âges

L'âge du premier rapport sexuel a peu évolué pour les hommes ces soixante-dix dernières années. En 2006, l'âge médian de « la première fois » des hommes âgés de 65 à 69 ans était de 18.8 ans et pour les plus jeunes de 17.2 ans(30). Du côté des femmes, cet âge a diminué avec une rupture dans les années soixante, soixante-dix avec la généralisation de la contraception (21.3 ans en 1940 versus 17.6 ans, en 2007) (30,83). Cet âge médian d'entrée dans la sexualité tend à se stabiliser depuis plusieurs années.

La première relation sexuelle est un moment signifiant pour les adolescents d'aujourd'hui. Les femmes y verront plus souvent une preuve de l'évolution de la relation de couple et les hommes un passage initiatique à l'âge adulte(30,70).

Les changements plus récents sont constatés lors de la phase présexuelle. Celle-ci débute plus tôt et s'allonge avec, bien-sûr, des variations individuelles. L'adolescence devient une période de préparation et d'apprentissage de la sexualité(85). Ainsi l'analyse de l'enquête « Contexte sexualité en France » de 2006 constate que l'âge médian du premier baiser est 14 ans et que celui des premières caresses est de 15 ans(30,83). Beaucoup de jeunes disent ne pas avoir pensé à la sexualité mais considèrent le flirt comme important(86). L'exploration physique se fait ensuite par étapes lentes : baisers profonds, caresses corporelles puis pénétration génitale(69).

La deuxième modification notable dans la société est la multiplication des relations de couple au cours de la vie. Auparavant la sexualité était souvent réservée au couple marié et le divorce n'était pas chose commune. Cette mobilité conjugale fait que chaque personne vit plus de séparations au cours d'une vie. Le renouvellement des partenaires se fait à tout âge(30). De plus, il apparaît que la fréquence des relations sexuelles suit différentes phases pour chaque relation : fréquence élevée en début de relation puis phase de stabilisation et

enfin phase de déclin(60). Ce cycle ne tient pas compte de l'âge des partenaires et, la plupart de temps, se reproduit à chaque nouvelle relation.

En 2011, 42 % des personnes vivant en couple avaient plus de 55 ans. Elles étaient pour la plupart mariés et cohabitaient depuis longtemps. Probablement influencés par la révolution sexuelle des années 1970, ils poursuivent, plus longtemps que leurs aînés, une activité sexuelle. Ainsi, 6% des sexagénaires ont recours au Viagra(86). De même, d'après l'enquête « Contexte de la sexualité en France », les femmes en couple déclarent une vie sexuelle active après 50 ans (90% en 2006 versus 50% en 1970)(30). Ceci est dû au renouvellement des partenaires mais aussi au développement de la prise en charge de la ménopause.

Les séniors manifestent toujours une appétence pour la sexualité comme le montre une étude américaine : 73% des 57-64 ans ont une activité sexuelle, 53% des 65-74 ans et 26% des 75-84 ans(87). De plus, l'intérêt pour la sexualité et le désir sexuel perdure avec l'âge. 47.9% des plus de 60 ans interrogés dans le cadre d'une étude qualitative allemande rapporte avoir eu des relations sexuelles moins souvent qu'ils ne le désiraient(88). Différents facteurs impactent l'accès à une relation sexuelle. Premièrement, les célibataires de plus de 60 ans ont moins de relations sexuelles. Ceci peut expliquer la diminution de l'activité sexuelle avec l'âge chez une partie de la population (veuvage, partenaire malade...) Deuxièmement, certaines pathologies et dysfonctions sexuelles apparaissent(89). Pour ce qui est des hommes, ils rapportent avoir des difficultés érectiles (55.35% des plus de 60 ans en Allemagne), un manque d'intérêt pour la sexualité (32.78%) ou une éjaculation prématurée (24.50%)(88). On retrouve ensuite les facteurs communs à tous comme l'anxiété, les symptômes de dépression et l'insatisfaction dans le couple qu'il ne faut pas méconnaître(90). Enfin, la société occidentale occulte la sensualité des séniors(86,91). Effectivement la personne âgée est stéréotypée par le groupe social. Elle est vue comme asexuée, déclinant cognitivement, manquant de vitalité... (92) La valeur accordée à l'âge mûr décroît au profit d'un idéal de jeunesse. Ainsi certains patients diront « ce n'est plus de mon âge ». Ces dictats peuvent évoluer, avec l'arrivée dans le troisième âge, des enfants de la révolution sexuelle. Certains proposent donc de relier le mot « sexy » à sûr de soi et authentique et non uniquement relatif à la jeunesse et à la beauté extérieure.

8 Accueillir la plainte

8.A Rechercher les troubles sexuels

8.A.a Le rôle du médecin généraliste

Il est difficile pour les patients d'évoquer un problème d'éjaculation « rapide ». D'après l'étude PEPA de 2006 (menée aux USA, en Italie et en Allemagne), 50% des patients interrogés n'en ont pas parlé avec un médecin. Pour les deux tiers des autres, ils sont venus consulter initialement pour une autre raison(5).

La plupart des patients éprouvent plus de facilités à discuter de sexualité si le médecin engage la conversation(93–95). Ils considèrent le médecin généraliste comme l'interlocuteur de choix pour parler des problèmes qu'ils relient à l'intime. Ainsi, une étude suisse a évalué les attentes des hommes vis à vis de leur médecin généraliste. 95% des patients interrogés trouvent normal que le médecin pose des questions à propos de leurs antécédents sexuels. 90.9% d'entre eux aimeraient que leur médecin les questionnent à ce sujet(94). Bien que cette étude soit orientée sur le dépistage des infections sexuellement transmissibles, plus de la moitié des patients inclus pensent que la sexualité devrait être abordée dès la première consultation. De même, dans une étude française, la moitié des 96 patients interrogés étaient favorables à un dépistage systématique des troubles sexuels par le médecin généraliste(93).

A l'opposé, une faible proportion des patients estime que les questions de leur médecin de famille sur la sexualité sont intrusives. Cela paraît être un frein supplémentaire pour les professionnels(96). Les médecins ont aussi évoqués le manque de temps, le manque de formation et la gêne(97).

Certaines situations paraissent, à la fois pour les patients et les médecins, comme plus propices à la discussions : les pathologies ou facteurs environnementaux pouvant être responsables d'une dysfonction érectile, les troubles prostatiques, les symptômes évocateurs de dépression/anxiété, les problèmes de couple et l'information sur les infections sexuellement transmissibles(95).

Parler sexualité avec son médecin généraliste ne semble pas être une habitude. L'étude anglaise de 2011 rapporte que moins de la moitié des inclus ont abordé la sexualité en général avec leur médecin de famille(94). Ainsi les patients interrogés sur leur sexualité

rapportent avoir ressenti de la gêne et/ou de la surprise d'après plusieurs études françaises. Ces deux réactions n'impactent en rien l'acceptation du questionnement et l'ouverture vers une discussion de santé sexuelle(93,98).

8.A.b Quelle question poser ?

La formulation de la première question déterminera l'entretien qui en découlera. Plusieurs études ont démontré que les patients préféreraient une question directe « sans tourner autour du pot »(95,99). Certains proposent une réflexion d'ordre général afin de rendre plus banal le sujet de la sexualité. Cette approche paraît néanmoins plus adaptée aux psychothérapeute ou thérapeute de couple : « On dit souvent que les hommes et les femmes vivent différemment leur sexualité, qu'en pensez-vous ? »(100). Une thèse de médecine générale (2020) a comparé de façon quantitative deux types de questions : une question unique « comment va votre sexualité » et une question multiple « avez-vous des questions sur l'alimentation, le sommeil ou la sexualité ? ». Il n'y avait pas de différence d'acceptation dans les deux groupes. Cependant, les patients se disaient moins surpris lorsque la question était multiple et le médecin se disait plus à l'aise. Une question multiple nécessitera de s'octroyer plus de temps pour répondre au patient(98).

A contrario, les adolescents préféreraient une approche progressive, d'après une thèse qualitative menée dans six collèges français (2017). Ils souhaiteraient être informés de la possibilité de ne pas répondre ou d'arrêter la discussion s'ils le souhaitent(101). Les adolescents seraient plus à l'aise avec une femme pour discuter de leur sexualité(99).

Interroger sur la sexualité permet de dépister les troubles sexuels et de légitimer leur importance(102). La question de la santé sexuelle du patient peut rester sans réponse. Elle aura néanmoins le mérite d'ouvrir une possibilité de discussion lors des consultations à venir. Cette démarche renforce la relation de confiance médecin-patient.

8.B Utiliser un langage avec un lexique approprié

Au cours de la consultation, le choix du vocabulaire est capital. Le médecin devra opter pour un registre de langage familier ou un registre plus médical.

L'utilisation d'un langage technique risque de créer une discussion unidirectionnelle si le patient ne comprend pas son interlocuteur(100). Le médecin reformulera de manière claire ce que le patient exprime sur son trouble. Il peut alors utiliser des termes fonctionnels voir

médicaux(103). Cela permet de vérifier l'exactitude des informations fournies par le patient. Cette approche conforte le patient sur la disponibilité du médecin, sur son écoute active et sa compréhension du problème. L'alliance thérapeutique est renforcée et donc la compliance du patient(104,105).

D'autres préconisent l'emploi d'un langage « commun ». Le médecin réutilise les mots du patient dans son propre discours(100,103). Cependant, une imitation trop brute du registre de langage (le plus souvent s'il est argotique) peut faire figure de repoussoir, en particulier avec les jeunes. Effectivement, l'utilisation de mots avec une connotation négative peut amener à un blocage de la discussion(106).

L'équipe de l'enquête « contexte de la sexualité en France » propose une terminologie claire, respectueuse et sans jugement. L'emploi de métaphore est parfois nécessaire avec les adolescents. L'équipe a par exemple proposé d'évoquer la fellation et le cunnilingus en ces termes : l'expression « caresser le sexe de votre partenaire avec la bouche » ou « caresses mutuelle » pour évoquer la sexualité non pénétrative(30,107).

Finalement pour parler sexualité, il faut des compétences communicationnelles, une attitude bienveillante évidemment, prendre le temps et savoir saisir l'opportunité(99). Actuellement, une évaluation proactive de la santé sexuelle par les professionnels est conseillée.

Une revue de la littérature anglaise de 2007 propose un mode d'emploi pour aider les psychothérapeutes à aborder la sexualité. Ils utilisent pour cela l'acronyme ALLOW : Asking/Interroger le patient à propos de sa vie sexuelle, Légitimer l'importance des problèmes sexuels, Limitations : connaître ses propres limites quant au traitement et savoir réorienter le patient si nécessaire, Open up/Ouvrir les possibilités de prise en charge pour une prochaine discussion, Work together/Travailler ensemble à un projet de soin(102). Les auteurs préconisent l'utilisation d'un tel outil, de façon méthodique, pour aborder en quelques minutes la sexualité.

8.C Evaluation des connaissances et des croyances

8.C.a Schémas cognitifs pérennisant la dysfonction sexuelle

Dans ce paragraphe, les croyances erronées sont rapportées à un schéma cognitif et non à des croyances culturelles ou religieuses. Les explications des médecines traditionnelles non

occidentales sont fondamentales pour améliorer la prise en charge du patient. Méconnaître les justifications non scientifiques condamne le traitement. Il est donc nécessaire de laisser le patient s'exprimer sur les causes qu'il attribue à l'EP(58,104).

Les soignants en thérapie cognitivo-comportementale proposent un développement de questions pour mettre en lumière les différents schémas cognitifs. Voici pour exemple les phrases que pourrait dire le thérapeute : « pour vous, quelles seraient les hypothèses que vous feriez et les explications que vous donneriez concernant l'apparition de votre problème ? ». Si le patient répond « je ne sais pas », acceptez cette réponse : « c'est vrai que ce n'est pas toujours facile de s'exprimer sur ce sujet.. » prenez un temps de silence et si besoin proposez : « Imaginez que vous avez compris le pourquoi de vos difficultés sexuelles, quelles seraient pour vous toutes les éventualités possibles, des plus stupides aux plus réalistes »(103).

Les croyances erronées à propos des relations sexuelles peuvent être responsables d'un trouble sexuel. Les schémas cognitifs inconscients s'orientent généralement, chez l'homme, vers la notion de performance, d'efficacité et de résultat. Parmi les idées le plus communément admises, on retrouve que la pénétration est obligatoire pour le plaisir masculin, que l'homme n'est pas sensuel, que l'homme doit être actif tout au long du rapport. Certains envisagent le rapport sexuel en plusieurs phases successives (caresses, érection, pénétration) par lesquels il faut passer obligatoirement. D'autres estiment que l'absence de désir signifie absence d'amour(34,103). L'enquête « Contexte de la sexualité en France » de 2006, a interrogé les personnes en couple n'ayant pas de relation sexuelle. Les hommes attribuent leur inactivité sexuelle à des problèmes de santé (70%) et/ou une absence de désir (40%) non liée à une absence d'amour(108).

Certains hommes pensent utile de focaliser leur attention sur des pensées non en rapport avec l'acte sexuel en cours pour éviter une éjaculation trop rapide(5,105). Dans ces différentes conceptions de la sexualité, la satisfaction sexuelle est souvent oubliée.

Dans les couples hétérosexuels, certains hommes envisagent la pénétration comme nécessaire à la satisfaction de leur partenaire. Il est démontré que les femmes éprouvent du plaisir lors de la relation sexuelle via la stimulation du clitoris. Atteindre l'orgasme demanderait plus de temps par une stimulation interne (pénétration vaginale) que par une stimulation externe(109). Les femmes interrogées lors de l'Enquête « Contexte de la sexualité

en France » et ayant des pratiques non pénétratives préfèrent les caresses mutuelles (45%) devant la pénétration vaginale (36%) (30).

Certains patients (souffrant ou non de dysfonction sexuelle) ont déjà opté pour des alternatives via une sexualité non pénétrative (caresses, cunnilingus, etc....). Il faut souligner que l'acte sexuel ne se résume pas à la pénétration. L'enquête « Contexte de la sexualité en France » menée en 2006 a montré que les pratiques sexuelles sont diversifiées et que « *la sexualité non pénétrative, [...] loin d'être une pratique que les individus adoptent par défaut, est une source de plaisir à part entière* »(30). Ainsi 33% des hommes et 30% des femmes déclarent avoir des rapports sexuels sans pénétration en dehors des pannes sexuelles.

Les patients souffrants d'EP auront parfois un comportement qui renforcera, maintiendra ou annulera l'existence du trouble (fréquence des relations, évitement, attentes irréalistes, répertoire sexuel rigide...(103).

8.C.b Bases physiologiques à rappeler

Il est parfois nécessaire de rappeler certaines vérités avant de pouvoir proposer une prise en charge(110,111).

L'idée de « tenir » jusqu'à la jouissance de sa partenaire est assez récente. Une éjaculation rapide permettait auparavant la survie de l'espèce. Dans la population générale, la moyenne du temps intravaginal avant éjaculation est de 5 minutes et 24 secondes, plus précisément de 6 minutes et 24 secondes chez les hommes de 18 à 33 ans d'après une étude de 2005 de Waldinger et al. Elle décroît avec l'âge(49). Le délai intravaginal avant éjaculation est aussi modifié par les positions sexuelles.

Les patients se plaignant d'une éjaculation prématurée dite subjective présentent un délai éjaculatoire normal. La prise en charge aura pour principal objectif la satisfaction sexuelle.

8.D Des conséquences sur la santé du patient

Comme nous l'avons évoqué dans l'introduction, l'éjaculation prématurée est considérée comme pathologique lorsqu'elle est responsable d'émotions négatives. Il est donc important de laisser reformuler le patient sur la cause de ce mal-être : éjaculer précocement lui empêche-t-il d'éprouver du plaisir ? Est-ce source de frustration ? L'éjaculation précoce

est-elle la raison de l'insatisfaction de son/sa partenaire (selon lui) ? L'amène-t-elle à fuir les relations intimes ?

Plusieurs études ont démontrés que les hommes souffrant d'EP ont une moins bonne estime d'eux même, moins de confiance en eux, plus d'insatisfaction sexuelle et plus de problèmes dans leur relation de couple comparativement aux hommes sans EP(4,5,14,14,65,95,112). Ces hommes peuvent aussi présenter des symptômes de dépression dont des troubles du sommeil et de l'anxiété.

D'après une étude de 2019, plus l'EP s'installe dans le temps, plus les symptômes d'anxiété et de dépression apparaissent(113).

9 Hypothèses diagnostiques

9.A Ejaculation prématurée primaire

L'éjaculation prématurée primaire correspond, comme nous l'avons vu précédemment, à une éjaculation prématurée lors de tous ou presque tous les rapports sexuels dès le début de la vie sexuelle. Elle fait donc partie de la physiologie de l'individu. Les traitements pharmacologiques ont d'abord été étudiés chez les patients présentant une éjaculation prématurée primaire.

Néanmoins l'éjaculation peut être plus rapide dès le début de la vie sexuelle du fait d'un manque de connaissance et d'une anxiété de performance.

9.B Ejaculation prématurée acquise

L'EP secondaire ou acquise correspond au symptôme d'une pathologie ou à l'apparition d'une EP après un période de vie où l'éjaculation est normale. Dans une prise en charge holistique, le professionnel laissera la place au patient d'exprimer son ressenti, d'exposer les facteurs qu'il considère comme responsables de l'EP et d'évoquer les conséquences de ce trouble.

9.B.a Pathologie organique sous-jacente

9.B.a.a Hypothyroïdie

D'après une étude de Carani et al(114), 50% des hommes présentant une hyperthyroïdie souffraient aussi d'éjaculation prématurée. L'EP s'est résolue après avoir atteint l'euthyroïdie chez ces patients. Cette étude est corroborée par celle de 2009(115), incluant 43 patients. Néanmoins une étude de cohorte regroupant 620 hollandais(116) ne montre pas de différence significative entre les éjaculateurs prématurés et les patients souffrant d'hyperthyroïdie. Les patients hyperthyroïdiens ont peut-être la même prévalence d'EP que la population standard. Néanmoins, il paraît plus raisonnable de réévaluer la dysfonction sexuelle lorsque le patient est en euthyroïdie et de la traiter de façon spécifique si elle persiste.

9.B.a.b Prostatite chronique

Les hommes présentant une prostatite chronique se plaignent plus d'EP que la population générale. Une étude de cohorte menée en 2006 retrouve que sur les 153 hommes

inclus souffrant d'EP, 52% ont une prostatite chronique(117). Une partie d'entre eux souffraient néanmoins d'une éjaculation prématurée primaire.

Le traitement des prostatites chroniques repose essentiellement sur l'antibiothérapie (fluoroquinolone en première intention) (118). Ainsi, une étude comparative a montré que 82% des hommes présentant une EP secondaire et une prostatite chronique allongeaient leur temps de latence intravaginal après un traitement antibiotique adapté(119).

Un patient ayant une prostatite chronique de grade III (ou syndrome douloureux pelvien chronique) sera la plupart du temps orienté vers un spécialiste puisque le traitement n'est pas consensuel : thérapie par onde de choc, alpha-bloquant, acupuncture....(118,120).

9.B.b Dysfonction érectile associée

Dans une étude chez les citoyens grecs, 64% des hommes souffrant d'éjaculation rapide (incluant l'EP selon la définition de l'ISSM de 2009) pensent que la cause est psychologique. La majorité d'entre eux accusent « la peur de perdre leur érection »(121). Ainsi un rapport sexuel court permet de cacher un trouble du maintien de l'érection. Le traitement de la dysfonction érectile résout alors le problème d'éjaculation prématurée(33,122).

Une étude allemande chez les hommes hétérosexuels de 45 ans retrouve une augmentation de la prévalence de l'EP chez les patients ne faisant pas d'exercice physique, ayant un IMC supérieur à 30 kg/m² et étant en mauvaise santé(34). Cette étude est corroborée par trois autres études de 2010, 2013 et 2016(37,123,124). Ces facteurs sont superposables à ceux de la dysfonction érectile. Il est évident que la recherche d'une pathologie organique, en particulier cardio-vasculaire peut s'avérer indispensable en fonction du profil du patient.

9.B.c Ejaculation prématurée symptôme d'un trouble psychiatrique

La majorité des études démontre une association entre anxiété/dépression et éjaculation prématurée(39,113,125,126). Quelle est la cause ? Quelle est la conséquence ? Il est difficile de faire la part de choses à travers la littérature. La prise en charge se basera donc sur ce que le patient définit comme responsable de son mal être(127).

Des études menées avant les années 2000 ont montré un lien entre la phobie sociale et l'éjaculation prématurée. Ceci est confirmé par une petite étude française ayant interrogé des patients de chirurgie. 47% des 18 patients présentant une EP ont une phobie sociale. Cela

est significativement plus que le groupe contrôle sans dysfonction sexuelle(128). Nous ne connaissons pas tous les facteurs en jeu mais l'EP et la phobie sociale peuvent tous deux être traités avec des ISRS (inhibiteur sélectif de la recapture de sérotonine).

9.B.d Anxiété de performance

L'éjaculation précoce est souvent liée à une anxiété de performance (95,129). Elle serait présente chez 9 à 25% des hommes d'après une revue de la littérature de 2020(130). Des études sociologiques évoquent le mode de vie contemporain comme cause de la hausse des dysfonctions sexuelles, y compris l'EP. L'augmentation de la densité de la population a nécessité d'instaurer des règles éthiques (initialement dictée par la religion). Les interactions sociales sont multiples, les stimuli sont présents en permanence, la notion de performance et d'objectifs à atteindre est demandée dans la vie professionnelle et intime. Ces facteurs peuvent être responsables de stress et d'émotion négatives impactant la sexualité(59).

10 Prise en charge thérapeutique

Lors de l'entretien motivationnel, il faudra évoquer les objectifs du patient en termes positifs: augmenter son temps d'éjaculation, accroître son contrôle sur son éjaculation, améliorer sa relation de couple, augmenter sa confiance en soi et son estime de soi(105). Le médecin et le patient choisiront ensemble le traitement.

10.A Traitements pharmacologiques

10.A.a Traitements antidépresseurs

10.A.a.a Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS)

Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de sérotonine de longue durée d'action sont une classe d'antidépresseurs habituellement utilisés pour les syndromes dépressifs modérés à sévères et les troubles anxieux. Ils n'ont pas l'autorisation de mise sur le marché (AMM) pour l'EP.

Les quatre molécules le plus souvent étudiées dans l'EP sont la fluoxétine, la paroxétine, le citalopram et la sertraline. L'escitalopram a été, à ma connaissance, peu étudié dans ce contexte.

10.A.a.a.1 Prise quotidienne

Un traitement quotidien par ISRS augmente significativement l'IELT d'après une méta-analyse de 2016(131). La paroxétine, utilisée pour traiter les troubles anxieux généralisés ou la phobie sociale, paraît plus efficace sur l'EP que la fluoxétine et l'escitalopram(132). Le citalopram, lui, est efficace sur l'IELT et la satisfaction sexuelle à partir de 2 semaines de traitement(133).

La sertraline paraît être le traitement de choix si l'on s'oriente vers un ISRS de longue durée d'action(131). Elle augmente le temps de latence intravaginal avant éjaculation (IELT) et la satisfaction sexuelle d'après une méta-analyse de 2019 (134). Une prise quotidienne de 50mg de sertraline pendant 8 semaines est possible en première intention. Cette cure peut être complétée par 4 semaines supplémentaire à 100mg par jour, si le patient n'est pas répondeur(135). Une étude de 2006 a cependant constaté une rechute de l'éjaculation prématurée à 6 mois chez 66% des patients malgré une efficacité de la sertraline après 4 semaines de traitement(136).

Pour les quatre ISRS susmentionnés, les effets indésirables de leur classe sont présents chez certains patients. On retrouve principalement des nausées, des troubles du sommeil, une diminution de la libido et une dysfonction érectile. Les troubles sexuels sont néanmoins plus rares chez les patients ne présentant pas de symptômes dépressifs ou anxieux sous-jacents(131).

Il est important d'informer le patient de l'apparition d'un syndrome de sevrage lors d'un arrêt brutal du traitement (étourdissement, céphalée, nausées et diarrhée pour les plus fréquents)(110). Il est nécessaire de réévaluer la tolérance et l'efficacité avec le patient 4 à 6 semaines après l'introduction d'un ISRS.

La sertraline paraît être le traitement oral le plus sûr d'après une méta-analyse publiée en 2020(137).

10.A.a.a.2 A la demande

Le traitement à la demande par sertraline 50 ou 100mg, paroxétine 20 mg ou citalopram allonge l'IELT(131,138,139). Un traitement par sertraline 100mg à la demande apporte de meilleurs résultats qu'à 50mg(139).

La prise devait se faire en général 4 à 6 heures avant le rapport sexuel. Un traitement au long cours est cependant nécessaire pour éviter les rechutes lors de l'arrêt(140).

La paroxétine provoque une somnolence accrue le jour de la prise donc lors du rapport sexuel(138).

10.A.a.b Inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline

La duloxétine et la venlafaxine augmentent l'IELT(141,142). Néanmoins, on ne trouve pas de différence significative entre 20mg de paroxétine et 40mg de duloxétine. La venlafaxine (utilisée pour les troubles anxieux généralisée) améliore la satisfaction sexuelle après 2 semaines de traitement quotidien à 75mg. Ces deux molécules n'ont pas l'AMM pour l'EP. Elles paraissent adaptées un traitement de l'EP liée à un trouble anxieux/phobie sociale. En cas d'EP primaire, l'efficacité de la sertraline reste supérieure(131).

10.A.a.c Antidépresseur tricyclique

Un traitement à la demande par clomipramine a été évalué avec un allongement de l'IELT que la dose soit de 15mg ou de 25mg(138,143). La prise se fait environ 5 heures avant le rapport sexuel.

Les effets indésirables sont nombreux et peuvent durer jusqu'au lendemain du coït. Il sont principalement gastro-intestinaux avec des nausées mais aussi des sensations vertigineuses(138,140,143). La clomipramine n'a pas l'AMM pour l'EP.

10.A.b Dapoxétine

La dapoxétine est un inhibiteur de la recapture de la sérotonine de courte durée d'action avec une demi-vie de 1.3-1.4 heures. Elle fait partie des traitements à la demande prise 1 à 3 heure avant le coït(144). Elle a l'AMM pour l'EP primaire et secondaire chez les patients qui présentent ces symptômes depuis au moins 6 mois. Elle n'a pas l'AMM pour le syndrome dépressif ou anxieux. Elle n'est actuellement pas remboursée.

Cette molécule a été étudiée initialement dans l'EP primaire. Elle s'avère être aussi efficace dans l'EP secondaire. Les études montrent une augmentation de l'IELT et de la satisfaction sexuelle après exclusion des patients présentant un antécédent de pathologie psychiatrique et une dysfonction érectile(145–149).

Une étude randomisée (2020) a démontré que la dapoxétine 30mg à la demande était moins efficace que la sertraline 50mg quotidienne ou 100mg à la demande chez les patients présentant une EP primaire(139). Une méta-analyse chinoise de 2019 suggère le contraire mais n'a inclus que deux études portant sur la sertraline(150).

Les études s'opposent ensuite sur le choix du dosage. Certains préconisent de la dapoxétine 60 mg qui aurait un plus fort impact sur l'IELT, la satisfaction et la pérennité de l'amélioration(131,150–153). D'autre ne trouvent pas de différence significative entre 30 et 60mg mais constatent une augmentation de l'incidence des effets indésirables proportionnelle à la dose (144,153). Finalement une initiation de la dapoxétine à 30mg paraît plus sûre d'autant qu'il est le seul dosage à avoir l'AMM en France actuellement.

La dapoxétine présente certains inconvénients dont le patient se doit d'être informé. Les effets indésirables les plus courants sont les diarrhées, les nausées, les vertiges, les céphalées et la somnolence. Une petite partie des patients voient des effets négatifs sur leur sexualité comme une baisse de la libido, une dysfonction érectile ou une éjaculation anormale(131,140,144,150). Contrairement aux autres ISRS , la dapoxétine ne majore pas le risque suicidaire et elle présente moins d'effets secondaires(154).

La majorité des patients arrêteront d'eux même le traitement après quelques mois. La prise est contraignante et le traitement est purement symptomatique(155). Un traitement ponctuel est néanmoins intéressant pour travailler sur la réassurance du patient et peut lui permettre de découvrir d'autres facettes de sa sexualité.

10.A.c Anesthésiques locaux

D'autres spécialités pharmacologiques peuvent être proposées : les anesthésiques locaux topiques. L'objectif est de diminuer la sensibilité du gland pour ralentir la montée de l'excitation.

Une méta-analyse de 2016 retrouve une augmentation de l'IELT avec la crème EMLA®(lidocaïne 2.5% et prolicaïne 2.5%) et la lidocaïne en spray mais les résultats quant à la satisfaction sexuelle sont variables(156). La crème ELMA ® présenterait moins d'effets indésirables. Cependant, l'application de topiques anesthésiants sur le gland plus de 20 minutes avant le rapport est source de sensations de brûlure, d'engourdissement ou de diminution de sensibilité à la fois pour le patient et sa partenaire. Cela crée parfois des troubles de l'érection. Les topiques ont cependant moins d'effets indésirables que les autres traitements pharmacologiques(137).

Une étude randomisée de 2020 menée en Egypte montre un allongement significatif de l'IELT chez les patients utilisant un spray de lidocaïne à 10% versus ceux traités par dapoxétine oral à 60mg(157). Le nombre de cas inclus dans cette étude est peu élevé mais elle peut suggérer que la galénique et le mécanisme d'action d'un traitement local est plus adapté aux patients souffrant d'EP. Certains sprays à base de lidocaïne (avec un dosage légèrement inférieur à 10%) sont en vente libre sur internet.

Il existe un autre anesthésique local sous forme de spray : Fortacin® (7.5mg de lidocaïne et 2.5mg de prolicaïne). Plusieurs études, dont la plupart via le laboratoire le commercialisant, montrent une augmentation de l'IELT et de la satisfaction sexuelle, chez le patient et sa partenaire(158,159). L'utilisation est similaire aux autres traitements topiques avec une application sur le gland 5 à 15 minute avant le rapport. L'achat du traitement est la charge du patient bien qu'il ait l'AMM pour l'EP. Fortacin® a tout de même plusieurs avantages, en particulier le peu d'effets indésirables et la rapidité d'action(160).

D'après une méta-analyse publiée en 2020, les anesthésiques locaux paraissent être le traitement pharmacologique le plus efficace même s'ils ne sont pas remboursés dans cette indication(137).

10.A.d Inhibiteurs de la phosphodiesterase (PDE5i)

Les PDE5i sont initialement des traitements de la dysfonction érectile (DE). Ils n'ont pas l'AMM pour l'EP. Les principaux PDE5i étudiés dans l'EP sont le tadalafil et le sildénafil. Ils améliorent l'IELT et la satisfaction sexuelle chez les patients sans DE (161–164). Ils sont plus efficaces que les ISRS seuls(163). Leur prise se fait à la demande, 2h avant le rapport sexuel.

L'association d'un ISRS, en particulier la dapoxétine, avec un PDE5i donne de meilleurs résultats qu'un traitement par PDE5i seul(137,161,163,165). Cette association présente plus d'effets indésirables. Les effets secondaires des ISRS sont cumulés à ceux, acceptables, des PDE5i (principalement céphalée, sensation vertigineuse, rougeur, congestion nasale et palpitations)(162,163,165). Une étude de 2006 ne retrouve pas de modification pharmacodynamique ni pharmacocinétique lors d'une prise concomitante de dapoxétine et PDE5i(166).

10.A.e Bilan des traitements pharmacologiques

En 2020, une méta-analyse sur les traitements pharmacologiques de l'EP propose une hiérarchie en termes d'efficacité sur l'IELT (137): Anesthésiques locaux > SSRI (dapoxétine ou paroxétine)+PDE5i > PDE5i > sertraline > clomipramine > paroxétine > dapoxétine 60mg > dapoxétine 30mg > fluoxétine > citalopram.

Et en termes d'amélioration de la satisfaction sexuelle : SSRI + PDE5i > anesthésiques locaux > paroxétine > PDE5i > fluoxétine > dapoxétine 60 mg > dapoxétine 30 mg > clomipramine > citalopram.

L'association européenne d'urologie, en 2014, recommande en premier lieu de traiter la dysfonction érectile ou tout autre dysfonction sexuelle et les infections uro-génitales (prostatites) si elles sont présentes (grade B). Les traitements pharmacologiques seront la première ligne de traitement pour l'EP primaire (grade A). Les anesthésiques locaux (prolicaïne + lidocaïne) sont une bonne alternative au traitement oral par ISRS (grade A) (167).

10.B Thérapies cognitivo—comportementales

Les thérapies cognitivo-comportementales ne sont pas dans la formation initiale des médecins généralistes. Certains d'entre eux, qui auront suivi un enseignement spécifique, pourront gérer eux même ces thérapies. Pour les autres, j'expliquerai l'intérêt d'adresser les patients souffrants d'EP vers des psychologues, des sexologues ou des thérapeutes de couple. Les prestations de ses soignants ne sont actuellement pas remboursées par l'assurance maladie en dehors des centres spécialisés.

Il est difficile de trouver des études scientifiquement rigoureuses dans ce domaine, la prise en charge variant en fonction du thérapeute. Les thérapies les plus étudiées sont les thérapies comportementales.

Les psychothérapies pour l'EP sont souvent associées à une thérapie comportementale avec la prescription d'exercices. La psychothérapie seule travaillera avec le patient sur ses angoisses et son estime de lui-même.

Les thérapies comportementales permettent une amélioration de l'IELT et de la satisfaction sexuelle(168,169). Les ISRS montrent de meilleurs résultats mais un traitement combiné est souvent plus efficace qu'un ISRS seul(170–172). Les thérapies comportementales et les psychothérapies sont grade C dans les recommandations de l'association européenne d'urologie (2014)(167).

Certaines thérapies comportementales sont expliquées dans des manuels et sur internet. Les patients curieux pourront trouver facilement. Il est donc légitime de se familiariser avec elles. Les deux techniques comportementales les plus utilisées et les plus anciennes sont le squeeze et le start-stop.

10.B.a Start-stop

La technique start-stop a été développée par Semans en 1956. Elle consiste en une stimulation pénienne (masturbation). Lorsque l'éjaculation approche, la stimulation est arrêtée. Une fois que le niveau d'excitation a diminué, la masturbation est reprise. Cette opération est répétée jusqu'à l'éjaculation. Ceci permet au patient de contrôler son éjaculation en apprenant les signes physiques et émotionnels amenant à celle-ci(173). Cette technique a ensuite été enrichie par l'utilisation d'un vibreur dans un objectif de

désensibilisation(174–176). Ces techniques paraissent être efficace sur le long terme (évaluation à 6 mois).

D'autres proposent, sur le principe de start-stop, des massages de la racine pénienne (*penis root-masturbation*). L'objectif est de déplacer la sensibilité pénienne à la racine et non à l'extrémité du pénis (beaucoup plus stimulée lors des rapports). Les études retrouvent une augmentation de l'IELT significative après 3 mois de thérapie(177–179). Néanmoins l'amélioration paraît identique à la technique du start-stop seule(180).

10.B.b Stop-squeeze

Le stop-Squeeze a été développée par Master et Johnson en 1970. La technique est similaire au start-stop en ajoutant un pincement de l'extrémité du gland juste avant d'atteindre le point de non-retour(105,173). Les résultats paraissent néanmoins modestes sur la durée et sur la satisfaction sexuelle. Cette technique est utilisée lors des rapports sexuels avec pénétration. L'implication de la partenaire est essentielle.

10.B.c Réhabilitation de la musculature pelvienne

La musculature striée pelvienne se contracte lors de l'éjaculation. La connaissance, la musculation et relaxation du plancher pelvien paraît efficace mais pas sur le long terme. Cette rééducation a l'avantage d'être aussi efficace sur la dysfonction érectile(173,181,182).

Le *Sphincter control training* est une variation du start-stop associée à l'apprentissage du rôle du plancher pelvien. Il permet la maîtrise de la relaxation du sphincter anal et urétral externe (176,183). Cette méthode allonge de l'IELT.

10.B.d Techniques régulatrices

L'EP peut être liée à un manque d'apprentissage et de gestion de la tension sexuelle. Les techniques régulatrices visent à moduler le décours de l'excitation.

10.B.d.a Respiration

Les techniques régulatrices incluent, la plupart du temps, un travail sur la respiration(111,177,184). On demande au patient de privilégier une respiration abdominale car la respiration thoracique hyperventilée amplifie l'excitation.

10.B.d.b Relaxation

Le traitement pharmacologique paraît plus efficace que la relaxation ou la méditation. Ces méthodes améliorent l'efficacité du traitement pharmacologique. Ceci est probablement en lien avec la relaxation de la musculature intervenant dans l'éjaculation. Elles ont néanmoins peu d'impact sur l'IELT lorsqu'elles sont utilisées seules(185).

Les études sont ambivalentes quant à la pratique du yoga. Le type de yoga n'est en général pas précisé(186,187). Cependant la maîtrise d'une respiration abdominale lors des exercices fait partie intégrante de ces pratiques.

10.B.d.c Posture et pratiques sexuelles

Les positions nécessitant beaucoup de tension musculaire à l'homme accélèrent l'arrivée de l'éjaculation (comme le missionnaire). Des positions diminuant la tension musculaire pelvienne, comme la position cavalière, peuvent être proposées(103). Des mouvements lents diminuent la tension musculaire et facilitent une respiration abdominale.

Certains proposent aussi de prendre le temps lors de la pénétration. L'homme peut s'autoriser un temps d'arrêt après l'intromission afin de s'habituer aux sensations. De même, à l'instar du start-stop, il est acceptable de faire des pauses entre les périodes pénétratives.

D'autres proposent une multiplication des épisodes éjaculatoires grâce à des pratiques non pénétratives comme la fellation ou la masturbation. Effectivement l'IELT augmente chez la plupart des hommes après une abstinence prolongée.

La thérapie sexo-fonctionnelle de De Carufel (2006) reprend à la fois les techniques de start-stop et squeeze et les techniques régulatrices. La thérapie comprend une éducation à la sensualité, un apprentissage des mouvements du corps, de la vitesse de l'activité sexuelle, de la tension musculaire et de la respiration. Cette méthode a montré une augmentation de l'IELT pour atteindre 7 minutes. Mais la diminution de l'IELT apparaît 3 mois après l'arrêt de la thérapie(111).

10.B.d.d Diversifier les zones érogènes

Chez certains hommes, les sensations de plaisir se concentrent sur le pénis. Les autres parties du corps sont oubliées. Des exercices proposent des moments de détente avec caresse du corps en dehors des zones érogènes sexuelles. L'homme sera alors plus réceptif à des stimuli sensoriels multiples et les stimuli sexuels excitants seront perçus comme moins forts.

De même, des préliminaires plus longs permettent de s'accoutumer aux sensations ressenties(103). Ceci fait écho aux thérapies de désensibilisation.

10.B.e Thérapie de couple

Les études montrent de meilleurs résultats lors de l'inclusion du/de la partenaire dans les thérapies comportementales(110,171,188,189). Les objectifs sont : d'apprendre ensemble les techniques de contrôle de l'éjaculation, d'acquérir une confiance en ses performances sexuelles, de modifier un répertoire sexuel rigide, de développer l'intimité sexuelle et émotionnelle, de résoudre certains problèmes de couple pérennisant le trouble et d'améliorer la communication(15,103,110,190).

Une EP est parfois liée à une dysfonction sexuelle chez la partenaire. L'EP de l'homme est parfois protectrice d'une dyspareunie chez la femme par exemple. Il faudra alors prendre en charge le trouble féminin pour poursuivre la thérapie(16,188). D'après l'étude de McMahon et al. 2008, 30% des femmes n'arrivent pas à atteindre l'orgasme quelle que soit la durée de pénétration de leur partenaire(13). La communication est alors la pierre angulaire d'une nouvelle sexualité non centrée sur la pénétration.

10.C Acupuncture et hypnothérapie

L'acupuncture est peu efficace seule sur l'IELT. Mais elle accroît les résultats d'un traitement pharmacologique(173,191).

L'hypnose paraît être un complément intéressant aux thérapies comportementales(192,193).

11 Discussion

Peu d'études ont évalué l'importance du contrôle de l'éjaculation en fonction de la culture des patients. Il apparaît que la prévalence est similaire quel que soit la région du monde. C'est pourquoi, j'ai élargi les recherches sur l'analyse de la sexualité masculine et non uniquement sur l'EP. La sexualité est influencée par la culture, l'environnement, la famille, l'accès à une éducation à la sexualité et la ou les partenaires. Les études sociologiques ont un faible niveau de preuve. Elles expriment souvent l'avis de spécialistes ou de groupes de réflexion. Ces données subjectives permettent cependant de développer nos champs de réflexion.

La sexualité dans sa globalité est à inclure dans le traitement de l'éjaculation prématurée. L'EP n'est souvent que la partie visible de l'iceberg. Les études montrent que l'EP est souvent en lien avec des troubles relationnels et communicationnels, des schémas cognitifs erronés ou un défaut d'apprentissage.

Il est nécessaire de connaître les différentes influences culturelles, religieuses ou familiales que peut avoir un individu. Les explications non scientifiques que proposent un patient sont à inclure dans la réponse thérapeutique que le médecin apportera. Tobie Nathan explique même qu'ignorer la complexité de l'individu amène à un échec thérapeutique(194).

Discuter de la sexualité reste un tabou à la fois pour les patients et les médecins généralistes. Cette pudeur à aborder l'intimité est liée à la culture et à l'éducation pour les uns et à un manque de connaissances ou de temps pour les autres. Il revient aux médecins généralistes de s'enquérir de la santé sexuelle de leur patient.

Une consultation stéréotypée ne semble pas adaptée lorsqu'il s'agit de sexualité. Les exemples donnés dans cette revue de la littérature offrent des pistes :

- L'utilisation d'une communication verbale et non verbale adaptée est cruciale pour franchir la barrière de l'intime.
- L'emploi d'un lexique mixte permet d'inclure la dimension socio-culturelle du patient. Le médecin utilise les mots du patient pour reformuler sa plainte et s'assure d'avoir correctement compris. Il complète ensuite par des termes plus médicaux.

Les traitements pharmacologiques actuellement à notre disposition sont limités. La dapoxétine et le Fortacin® sont les seuls à disposer de l'AMM pour l'EP et ne sont pas remboursés. Les études sur ces traitements sont nombreuses et ont fort niveau de preuve. La sertraline est proposée chez des patients souffrant de troubles anxieux ou présentant des symptômes de dépression concomitants. La prescription d'un PDE5i nécessite la présence d'un trouble de l'érection ou d'une anxiété liée au maintien de l'érection sous-jacent.

La définition de l'EP a été modifiée en 2014 pour homogénéiser les critères diagnostics. Les résultats des études sont donc à analyser en fonction de la période étudiée et de la définition choisie.

Il est important de proposer une thérapie cognitivo-comportementale ou une thérapie de couple. Je n'ai pas trouvé d'étude quant à l'offre de soin ou à l'accès de ses thérapies en France. Le corps médical orientera les patients en fonction de leurs ressources financières.

Les méthodes de thérapie comportementale me semblent ambivalentes. Elles visent à diminuer l'anxiété de performance, à prendre confiance en soi. Cependant, elles proposent des exercices à répéter jusqu'à maîtrise parfaite de ce réflexe qu'est l'éjaculation. L'objectif est donc un contrôle du corps. Cependant, la connaissance de ces exercices corporels offre aux médecins généralistes un outils supplémentaire pour une meilleure prise en charge des patients.

L'efficacité des différentes thérapies est mesurée par le temps de latence intravaginal avant éjaculation (IELT). Ce paramètre est assez restrictif mais permet une mesure objective. Une étude observationnelle, menée en 2005 en France, au Royaume-Uni, en Allemagne et en Pologne, a montré une bonne corrélation entre l'IELT et l'impression de contrôle de l'éjaculation par le patient(195). Néanmoins, la détresse émotionnelle et la satisfaction sexuelle paraissent très peu liées à l'IELT.

Le trouble sexuel concerne uniquement les rapports par pénétration vaginale. Le reste du répertoire sexuel est ignoré. On mesure donc, chronomètre en main, la performance d'un homme comme un entraîneur de sportif de haut niveau. Toutefois, la plupart des études mesurent aussi des scores de satisfaction sexuelle. Ces scores paraissent plus pertinents car l'objectif thérapeutique est d'améliorer la qualité de vie du patient.

Le plaisir et l'orgasme nécessitent un certain lâcher prise. La recherche de performance sexuelle met en échec l'individu en oubliant le partage d'un plaisir mutuel.

Les thérapies comportementales sont souvent associées à un apprentissage de la sexualité. La découverte de nouvelles sensations, l'apprentissage de son corps et de la communication développent de nouvelles facettes de la sexualité. Peu d'études proposent d'autres manières de vivre sa sexualité, non centrée sur la pénétration. Puppo et Puppo affirment même que l'EP n'est pas une pathologie mais une méconnaissance du plaisir féminin(196). La sexualité non pénétrative serait la clé de l'orgasme féminin.

Quoi qu'il en soit, lorsque l'EP est source de souffrance psychologique, elle se doit d'être traitée.

12 Conclusion

Les discussions à propos de la sexualité et la proposition thérapeutique seront adaptées à l'individu en fonction de son environnement socio-culturel. La prise en charge globale est indispensable lorsque le médecin soigne l'intime. Effectivement, la sexualité et le plaisir ne sont pas qu'une simple histoire d'éjaculation.

13 Bibliographie

1. OMS | Santé sexuelle [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 24 mars 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/topics/sexual_health/fr/
2. Montorsi F. Prevalence of Premature Ejaculation: A Global and Regional Perspective. *J Sex Med.* 2005;2(s2):96-102.
3. Di P, Se A, Ji P, R R, Di R, Kf H, et al. Premature ejaculation: an observational study of men and their partners. *J Sex Med.* 1 mai 2005;2(3):358-67.
4. Rosen RC, Althof S. Impact of Premature Ejaculation: The Psychological, Quality of Life, and Sexual Relationship Consequences. *J Sex Med.* 1 juin 2008;5(6):1296-307.
5. Porst H, Montorsi F, Rosen RC, Gaynor L, Grupe S, Alexander J. The Premature Ejaculation Prevalence and Attitudes (PEPA) Survey: Prevalence, Comorbidities, and Professional Help-Seeking. *Eur Urol.* 1 mars 2007;51(3):816-24.
6. Lau JTF, Kim JH, Tsui HY. Prevalence and factors of sexual problems in Chinese males and females having sex with the same-sex partner in Hong Kong: a population-based study. *Int J Impot Res.* mars 2006;18(2):130-40.
7. Leuillet P, Cour F, Droupy S. Dysfonctions sexuelles masculines et homosexualité. *Prog En Urol.* 1 juill 2013;23(9):727-33.
8. Martyn-St James M, Cooper K, Kaltenthaler E, Dickinson K, Wylie K, Frodsham L. Tramadol for premature ejaculation: a systematic review and meta-analysis. *BMC Urol.* déc 2015;15(1).
9. Titchener JL. Human sexual inadequacy. By W. H. Masters and V. E. Johnson. Little, Brown, Boston. 487 pp. 1970. *Teratology.* 1971;4(4):465-7.
10. American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 2013.
11. Serefoglu EC, McMahon CG, Waldinger MD, Althof SE, Shindel A, Adaikan G, et al. An Evidence-Based Unified Definition of Lifelong and Acquired Premature Ejaculation: Report of the Second International Society for Sexual Medicine Ad Hoc Committee for the Definition of Premature Ejaculation. *J Sex Med.* 1 juin 2014;11(6):1423-41.
12. Buvat J. Pathophysiology of Premature Ejaculation. *J Sex Med.* 1 oct 2011;8:316-27.
13. McMahon CG, Althof S, Waldinger MD, Porst H, Dean J, Sharlip I, et al. An evidence-based definition of lifelong premature ejaculation: report of the International Society for Sexual Medicine Ad Hoc Committee for the Definition of Premature Ejaculation. *BJU Int.* 1 août 2008;102(3):338-50.
14. Rowland DL, Patrick DL, Rothman M, Gagnon DD. The psychological burden of premature ejaculation. *J Urol.* mars 2007;177(3):1065-70.

15. Trudel G. Les dysfonctions sexuelles: Évaluation et traitement par des méthodes psychologique, interpersonnelle et biologique, 2e édition. Presses de l'Université du Québec; 2011.
16. Lopès P, Poudat FX. Manuel de Sexologie. Elsevier Masson. Elsevier Health Sciences; 2021. 403 p.
17. El-Hamd MA, Saleh R, Majzoub A. Premature ejaculation: an update on definition and pathophysiology. *Asian J Androl.* 8 mars 2019;21(5):425-32.
18. Cour F, Droupy S, Faix A, Methorst C, Giuliano F. Anatomie et physiologie de la sexualité. *Prog En Urol.* 1 juill 2013;23(9):547-61.
19. Soler JM, Previnaire JG, Robain G. Éjaculation par vibromassage à propos de 202 blessés médullaires. *Ann Phys Rehabil Med.* 1 oct 2011;54:e301.
20. Alwaa A, Breyer BN, Lue TF. Normal male sexual function: emphasis on orgasm and ejaculation | Elsevier Enhanced Reader. *Fertil Steril.* 1 nov 2015;104(5):1051-60.
21. Karamanou M, Demetriou T, Liappas I, Androutsos G. Techniques de contrôle de l'éjaculation dans l'ancienne Chine. *Basic Clin Androl.* déc 2010;20(4):266-72.
22. Cartier M. Gulik (Robert van) : La vie sexuelle dans l'ancienne Chine, trad. de l'anglais par Louis Evrard. *Outre-Mers Rev Hist.* 1973;60(218):133-4.
23. Brune É, Ferroul Y. Petite ethnologie de l'orgasme. In: *Le secret des femmes.* Odile Jacob. 2010. p. 39-51. (hors collection).
24. Lousada M, Angel E. Tantric orgasm: beyond Masters and Johnson. *Sex Relatsh Ther.* nov 2011;26(4):389-402.
25. Tabahi S. The Construction and Reconstruction of Sexuality in the Arab World: An Examination of Sexual Discourse, Women's Writing and Reproductive Justice. *Sex Cult.* déc 2020;24(6):1720-37.
26. Larzul S. De l'érotologie arabe aux curiosa: Le Jardin parfumé du Cheikh an-Nafzâwî. In: *L'orientalisme après la Querelle : Dans les pas de François Pouillon.* Karthala. 2016. p. 109-27.
27. Béjin A. L'éjaculation prématurée selon les médecins et les sexologues français de 1830 à 1960. *Sexologies.* 1 juill 2007;16(3):195-202.
28. Beck U, Beck-Gernsheim E. Das ganz normale Chaos der Liebe. *Population.* 50e année. 1995;868-78.
29. Strömquist L. Les sentiments du prince Charles. Rackham. 2020. 136 p.
30. Bajos N, Bozon M. Sexualité, genre et santé : les apports de l'enquête « Contexte de la sexualité en France ». La Découverte; 2008.

31. Tang WS, Khoo EM. Prevalence and Correlates of Premature Ejaculation in a Primary Care Setting: A Preliminary Cross-Sectional Study. *J Sex Med.* 1 juill 2011;8(7):2071-8.
32. Verze P, Arcaniolo D, Palmieri A, Cai T, La Rocca R, Franco M, et al. Premature Ejaculation Among Italian Men: Prevalence and Clinical Correlates From an Observational, Non-Interventional, Cross-Sectional, Epidemiological Study (IPER). *Sex Med.* 1 sept 2018;6(3):193-202.
33. Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Gingell C, Moreira E, et al. Sexual problems among women and men aged 40–80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res.* janv 2005;17(1):39-57.
34. Herkommer K, Zehe V, Bosinski HAG, Dinkel A, Kron M, Arsov C, et al. 137 Premature ejaculation: prevalence and association with lifestyle and psychosocial factors of 45-year old heterosexual men in Germany results of the German male sex-study. *J Sex Med.* juill 2018;15(7):S186-7.
35. Serefoglu EC, Yaman O, Cayan S, Asci R, Orhan I, Usta MF, et al. Prevalence of the Complaint of Ejaculating Prematurely and the Four Premature Ejaculation Syndromes: Results from the Turkish Society of Andrology Sexual Health Survey. *J Sex Med.* 2011;8(2):540-8.
36. Gao J, Zhang X, Su P, Liu J, Xia L, Yang J, et al. Prevalence and Factors Associated with the Complaint of Premature Ejaculation and the Four Premature Ejaculation Syndromes: A Large Observational Study in China. *J Sex Med.* 2013;10(7):1874-81.
37. Gao J, Peng D, Zhang X, Hao Z, Zhou J, Fan S, et al. Prevalence and Associated Factors of Premature Ejaculation in the Anhui Male Population in China: Evidence-Based Unified Definition of Lifelong and Acquired Premature Ejaculation. *Sex Med.* 1 mars 2017;5(1):e37-43.
38. Md FM. Prevalence of Premature Ejaculation Montorsi Prevalence of Premature Ejaculation: A Global and Regional Perspective. *Sex Med Rev.* 11 avr 2005;2(2):96-102.
39. Cote-Leger P, Rowland DL. Global perspectives on the three criteria for premature ejaculation: An observational study of ejaculatory latency, ejaculatory control and bother/distress. *Andrologia.* 2020;52(11):e13796.
40. Giami A. Socio-épidémiologie de l'éjaculation prématurée. *Sexologies.* 2013;2(1):42-8.
41. Iii FFA, Malonga EE, Kamdem MP. Profil des patients ayant une dysfonction sexuelle masculine l'hôpital général de Yaounde. *Basic Clin Androl.* 2000;10:215-2019.
42. Courtois R, Mullet E, Malvy D. Approche de la sexualité au Congo dans le contexte du sida [Approach to sexuality in an AIDS context in Congo]. *Sante Montrouge Fr.* 2001;11:43-8.
43. Lemaire A, Grivel T, Costa P, Lachowsky M, Elia D. Dysfonction érectile, sexualité et influence socioculturelle. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* 1 déc 2006;34(12):1154-60.

44. Cohen E, Ndao A, Boëtsch G. Acculturation, mutation des pratiques sexuelles et nouveaux regards sur la beauté en Afrique : le cas du Sénégal, du Cameroun et du Burkina Faso. *Corps*. 18 sept 2018;16(1):243-56.
45. Bizimana N. Une variante africaine de l'amour : le kunyaza, technique sexuelle traditionnelle de déclenchement de l'orgasme féminin lors des rencontres hétérosexuelles. *Sexologies*. 1 juill 2010;19(3):186-91.
46. Guiella G, Woog V. Santé sexuelle et reproductive des adolescents au Burkina Faso: Résultats d'une enquête nationale. 2006 p. 152.
47. McMahon CG, Jannini EA, Serefoglu EC, Hellstrom WJG. The pathophysiology of acquired premature ejaculation. *Transl Androl Urol*. août 2016;5(4):434-49.
48. Yang Y, Wang X, Bai Y, Han P. Circumcision does not have effect on premature ejaculation: A systematic review and meta-analysis. *Andrologia*. mars 2018;50(2).
49. Waldinger MD, Quinn P, Dilleen M, Mundayat R, Schweitzer DH, Boolell M. ORIGINAL RESEARCH—EJACULATION DISORDERS: A Multinational Population Survey of Intravaginal Ejaculation Latency Time. *J Sex Med*. 2005;2(4):492-7.
50. Bouhdiba A. La sexualité en Islam. Presses Universitaires de France. Presses Universitaires de France; 2010.
51. Chebel M. Sexualité, pouvoir et problématique du sujet en islam. *Conflu Mediterr*. 2002;41(2):47-63.
52. Platteau G. Le mariage et le couple dans la société africaine. In: *Le couple en couleur*. Eres. 2021. p. 53-83.
53. Maudet M. Religion et sexualité en France des années 1970 aux années 2000. Évolution des pratiques et attachement à la famille hétérosexuelle. *Population*. 2017;72(4):701-28.
54. Couchard F. Le fantasme de séduction dans la culture musulmane. In: *Sociologie d'aujourd'hui* [Internet]. 2004 [cité 17 nov 2021]. p. 49-73. Disponible sur: <https://www-cairn-info.ezproxy.normandie-univ.fr/le-fantasme-de-seduction-dans-la-culture-musulman--9782130544760-page-49.htm>
55. Richardson D, Wood K, Goldmeier D. ORIGINAL RESEARCH—EJACULATORY DISORDERS: A Qualitative Pilot Study of Islamic Men with Lifelong Premature (Rapid) Ejaculation. *J Sex Med*. 1 mars 2006;3(2):337-43.
56. Richardson D, Goldmeier D. Premature Ejaculation-Does Country of Origin Tell Us Anything about Etiology? *J Sex Med*. 1 août 2005;2(4):508-12.
57. Steggall Martin J, Pryce A, Fowler Christopher G. Is ethnicity and religion an aetiological factor in men with rapid ejaculation? *Sex Relatsh Ther*. nov 2006;21(4):429-37.
58. Ahmed K, Bhugra D. The role of culture in sexual dysfunction. *Psychiatry*. 1 mars 2007;6(3):115-20.

59. Grinde B. Sexual Behavior in Modern Societies: An Interdisciplinary Analysis. *Sex Cult.* déc 2021;25(6):2075-91.
60. Ferrand M. Amour, sexualité et domination masculine. In: *Féminin Masculin. Repères*; 2004. p. 84-104.
61. Chaplin T. Les jeunes et la sexualité. In: *1 France Émile pervers ? ou « Comment se font les enfants ? » : deux siècles d'éducation sexuelle (du XVIIIe siècle à nos jours)*. Autrement; 2010. p. 21-35.
62. Jaspard M. Révolution sexuelle ou révolution des rapports entre les sexes ? Des années 1960 aux années 2010. In: *Sociologie des comportements sexuels. La découverte*. 2017. p. 47-76. (Repères).
63. Letellier JL. L'éducation sexuelle, l'éducation à la sexualité,... l'éducation à la sensualité. In: *Leur sexualité n'est pas un handicap. Érès*. 2014. p. 93-103. (Connaissances de la diversité).
64. Éducation à la sexualité [Internet]. Ministère de l'Éducation Nationale de la Jeunesse et des Sports. [cité 31 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/education-la-sexualite-1814>
65. Bécar F. En quoi l'éducation affective et sexuelle nous regarde-t-elle? *Dialogue*. 2008;182(4):57-73.
66. Gelly M. Les inégalités sociales, objets invisibles pour l'éducation sexuelle? Enquête ethnographique sur l'éducation sexuelle dans les collèges. *Sci Soc Sante*. 2013;31(4):73-96.
67. Jasmin É. Existe-t-il une place pour l'amour dans l'éducation sexuelle ? *Inf Soc*. 2007;144(8):56-63.
68. Le Mat A. Education sexuelle. In: *Encyclopédie critique du genre [Internet]*. La Découverte; 2021 [cité 31 janv 2022]. p. 265-74. (Hors collection sciences humaines). Disponible sur: <https://www-cairn-info.ezproxy.normandie-univ.fr/encyclopedie-critique-du-genre--9782348067303-page-265.htm>
69. Bozon M. Autonomie sexuelle des jeunes et panique morale des adultes. *Agora Debatsjeunesses*. 16 févr 2012;60(1):121-34.
70. Rouget S. Sexualité, adolescence et vie affective dans la société d'aujourd'hui. In: *Ordres et désordres dans la sexualité, la conjugalité, la parentalité Que peut la prévention ? Érès*; 2019. p. 69-99.
71. Marcelli D, Lamy A. Les dérives d'une société excitée. *Hors Collect*. 2013;121-9.
72. Nisand I. C'est la pornographie qui éduque nos enfants ? In: *Ruptures. Presses Universitaires de France*; 2013. p. 61-74. (hors collection).

73. N'Dri KM, Yaya I, Saka B, Aboubakari AS, Kouassi DP. Images pornographiques et comportements sexuels des élèves dans l'arrondissement de Cocody à Abidjan. *Sante Publique (Bucur)*. 31 déc 2015;27(5):733-7.
74. ballester-arnal R, Gimenez-Garcia C, Gil-Llario MD, Castro-Calvo J. Cybersex in the "Net generation": Online sexual activities among Spanish adolescents. *Computers in Human Behavior*. 2016;261-6.
75. Park B, Wilson G, Berger J, Christman M, Reina B, Bishop F, et al. Is Internet Pornography Causing Sexual Dysfunctions? A Review with Clinical Reports. *Behav Sci*. 5 août 2016;6(3):17.
76. Berger D, Rochigneux JC, Bernard S, Morand J, Mougnotte A. Sex education : representations of 13- to 15-year-old junior high school children and slow learners. *Sante Publique (Bucur)*. 24 mars 2015;27(1):17-26.
77. Tremblay R, Brunot N, Fernandez S, Saus AS, Xavier F. Guide d'éducation à la sexualité humaine, à l'usage des professionnels. Érès; 2020.
78. Mahdavi P. Les jeunes et la sexualité. In: 4 Iran Une initiation sexuelle par la pornographie et Internet. *Autrement*; 2010. p. 153-63.
79. Balleys C. Comment les adolescents construisent leur identité avec Youtube et les médias sociaux. *Nectart*. 11 janv 2018;6(1):124-33.
80. Cannard C. Le développement social à l'adolescence : relations aux pairs. In: Le développement de l'enfant, l'adolescent à la recherche de son identité. De Boeck Supérieur. 2019. p. 269-99. (Ouverture Psy-LMD; vol. 3).
81. Sylla A, Rohmer T. Cyberpornographie : quelle place pour les adultes, quel accompagnement pour les enfants ? *Nouv Rev Enfance Adolesc*. 6 déc 2021;5(2):33-50.
82. Lang MÈ. Reception of Sexual Content in Teenage Girls Magazine: Between Adherence and Contestation. *Quest Commun*. 2012;21(1):247-68.
83. Brenot P. La sexualité. In: L'éducation à la sexualité. Presses Universitaires de France. 2007. p. 77-124. (Que sais-je?).
84. Towler LB, Graham CA, Bishop FL, Hinchliff S. Older adults' embodied experiences of aging and their perceptions of societal stigmas toward sexuality in later life. *Soc Sci Med*. 1 oct 2021;287:114355.
85. Bozon M. Cours de la vie sexuelle et nouvelle organisation sociale des âges. In: *Sociologie de la sexualité*. Armand Colin. 2018. p. 67-83. (Cursus; vol. 4).
86. Jaspard M. Les comportements sexuels contemporains. In: *Sociologie des comportements sexuels*. Repères; 2017. p. 89-114.
87. Noëttes VL des, Gauillard J. Sexualité et âge avancé. *Inf Psychiatr*. 10 déc 2015;91(9):740-6.

88. Beier KM, Kossow S, Zhou Y, Kroll F, Neumann B, Konrad A, et al. The gap between desires and reality in sexuality of males and females aged 60 and over: Results from the Berlin aging study II (BASE-II). *Sexologies*. 1 avr 2020;29(2):e52-62.
89. Dominguez LJ, Barbagallo M. Ageing and sexuality. *Eur Geriatr Med*. 1 déc 2016;7(6):512-8.
90. Laumann EO, Waite LJ. Sexual Dysfunction among Older Adults: Prevalence and Risk Factors from a Nationally Representative U.S. Probability Sample of Men and Women 57–85 Years of Age. *J Sex Med*. 1 oct 2008;5(10):2300-11.
91. Danon-Boileau H, Dedieu-Anglade G. La sexualité des seniors à l'aune de l'évolution sociale. In: *Une certaine forme d'obstination: Vivre le très grand âge*. Odile Jacob. 2012. p. 55-89.
92. Curley CM, Johnson BT. Sexuality and aging: Is it time for a new sexual revolution? *Soc Sci Med*. 17 mars 2022;114865.
93. Zeler A, Troadec C. Ressenti des patients lorsque la sexualité est abordée par un médecin généraliste : étude qualitative sur 96 patients adultes du Languedoc-Roussillon, France. *Sexologies*. 1 juill 2017;26(3):136-45.
94. Meystre-Agustoni G, Jeannin A, de H, Dubois-Arber F. Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? [Internet]. *Swiss Medical Weekly*. EMH Media; 2011 [cité 19 janv 2022]. Disponible sur: <https://smw.ch/article/doi/smw.2011.13178>
95. Aschka C, Himmel W, Ittner E, Kochen MM. Sexual Problems of Male Patients in Family Practice. *J Fam Pract*. sept 2001;50(9):773-8.
96. Dyer K, das Nair R. Why Don't Healthcare Professionals Talk About Sex? A Systematic Review of Recent Qualitative Studies Conducted in the United Kingdom. *J Sex Med*. 1 nov 2013;10(11):2658-70.
97. Gott M. « Opening a can of worms »: GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Fam Pract*. 1 oct 2004;21(5):528-36.
98. David F. COMMENT ABORDER LA SEXUALITE DES PATIENTS EN MEDECINE GENERALE ? ETUDE COMPARATIVE DE DEUX TECHNIQUES D'APPROCHE. Université de la Réunion; 2020.
99. Bartoli S, Grancolin S. Aborder la sexualité en médecine générale, attentes, opinions et représentation des hommes. *exercer*. 2016;27(124):52-9.
100. Schlagdenhauffen R. Talking about sexuality in interview situations : guidelines for bringing private matters into the public sphere. *Hermes Rev*. 9 sept 2014;69(2):34-8.
101. Fortoul L, ESCANDE J. Comment améliorer l'abord de la sexualité des adolescent en consultation de médecine générale: point de vu des adolescents. Université de Bordeaux; 2017.

102. Rosenberg MT, Sadovsky R. Identification and diagnosis of premature ejaculation. *Int J Clin Pract.* 1 juin 2007;61(6):903-8.
103. Poudat FX, Aubin S, de Carufel F, De Sutter P, Jarrousse N, Trudel G. Sexualité, couple et TCC. Volume 1 : les difficultés sexuelles | Livre | 9782294711190. Elsevier Mason. 2011. 230 p.
104. Feki ME. Approche sexosystémique. Traitement de l'éjaculation précoce. In: Séxothérapie [Internet]. De Boeck Supérieur; 2011 [cité 15 nov 2021]. p. 103-38. Disponible sur: https://www-cairn-info.ezproxy.normandie-univ.fr/feuilleter.php?ID_ARTICLE=DBU_ELFEK_2007_01_0099
105. Rowland D, Cooper S. Practical Tips for Sexual Counseling and Psychotherapy in Premature Ejaculation. *J Sex Med.* 2011;8(s4):342-52.
106. Clair I. Le pédé, la pute et l'ordre hétérosexuel. *Agora Debatsjeunesses.* 16 févr 2012;60(1):67-78.
107. Andro A, Bajos N. La sexualité sans pénétration : une réalité oubliée du répertoire sexuel. In: Enquête sur la sexualité en France. Paris: La Découverte; 2008. p. 297-314. (Hors Collection Social).
108. Le Van C, Ferrand M, Levinson S. L'absence d'activité sexuelle : une singularité plurielle. In: Enquête sur la sexualité en France. Paris: La Découverte; 2008. p. 333-55. (Hors Collection Social).
109. Mascret D, Mzaurette M. Maïa Mazaurette et Damien Mascret : La revanche du clitoris. *Nouv Quest Fem.* 2010;29(3):102-5.
110. McMahon CG, Jannini E, Waldinger M, Rowland D. Standard Operating Procedures in the Disorders of Orgasm and Ejaculation. *J Sex Med.* 2013;10(1):204-29.
111. de Carufel F, Trudel G. Effects of a new functional-sexological treatment for premature ejaculation. *J Sex Marital Ther.* avr 2006;32(2):97-114.
112. Symonds T, Roblin D, Hart K, Althof S. How Does Premature Ejaculation Impact a Man's Life? *J Sex Marital Ther.* janv 2003;29(5):361-70.
113. Yang Y, Lu Y, Song Y, Chen H, Liu X. Correlations and stratification analysis between premature ejaculation and psychological disorders. *Andrologia.* sept 2019;51(8):e13315.
114. Carani C, Isidori AM, Granata A, Carosa E, Maggi M, Lenzi A, et al. Multicenter Study on the Prevalence of Sexual Symptoms in Male Hypo- and Hyperthyroid Patients. *J Clin Endocrinol Metab.* 2005;90(12):6472-9.
115. Cihan A, Demir O, Demir T, Aslan G, Comlekci A, Esen A. The relationship between premature ejaculation and hyperthyroidism. *J Urol.* mars 2009;181(3):1273-80.

116. Waldinger MD, Zwinderman AH, Olivier B, Schweitzer DH. Thyroid-stimulating hormone assessments in a Dutch cohort of 620 men with lifelong premature ejaculation without erectile dysfunction. *J Sex Med.* nov 2005;2(6):865-70.
117. Shamloul R, Nashaar A el. ORIGINAL RESEARCH—EJACULATORY DISORDERS: Chronic Prostatitis in Premature Ejaculation: A Cohort Study in 153 Men. *J Sex Med.* 1 janv 2006;3(1):150-4.
118. Delavierre D, Rigaud J, Sibert L, Labat JJ. Traitements spécifiques de la prostatite chronique bactérienne et du syndrome douloureux pelvien chronique. *Prog En Urol.* nov 2010;20(12):1066-71.
119. El-Nashaar A, Shamloul R. ORIGINAL RESEARCH—EJACULATORY DISORDERS: Antibiotic Treatment Can Delay Ejaculation in Patients with Premature Ejaculation and Chronic Bacterial Prostatitis. *J Sex Med.* 2007;4(2):491-6.
120. Franco J, Turk T, Jung J, Xiao YT, Lakhono S. Non-pharmacological interventions for treating chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *BJU Int.* 2019;124(2):197-208.
121. Vakalopoulos I, Dimitriadis G, Varnava C, Herodotou Y, Gkotsos G, Radopoulos D. Prevalence of ejaculatory disorders in urban men – results of a random-sample survey. *Andrologia.* 2011;43(5):327-33.
122. Krishnappa P, Fernandez-Pascual E, Carballido J, Martinez-Salamanca JI. Sildenafil/Viagra in the treatment of premature ejaculation. *Int J Impot Res.* mars 2019;31(2):65-70.
123. Serefoglu EC, Cimen HI, Atmaca AF, Balbay MD. The Distribution of Patients Who Seek Treatment for the Complaint of Ejaculating Prematurely According to the Four Premature Ejaculation Syndromes. *J Sex Med.* 1 févr 2010;7(2, Part 1):810-5.
124. Zhang X, Gao J, Liu J, Xia L, Yang J, Hao Z, et al. Distribution and Factors Associated with Four Premature Ejaculation Syndromes in Outpatients Complaining of Ejaculating Prematurely. *J Sex Med.* 2013;10(6):1603-11.
125. Xia Y, Li J, Shan G, Qian H, Wang T, Wu W, et al. Relationship between premature ejaculation and depression. *Medicine (Baltimore).* 2 sept 2016;95(35):e4620.
126. McCabe M, Althof SE, Assalian P, Chevret-Measson M, Leiblum SR, Simonelli C, et al. Psychological and Interpersonal Dimensions of Sexual Function and Dysfunction. *J Sex Med.* 2010;7(1pt2):327-36.
127. Brotto L, Atallah S, Johnson-Agbakwu C, Rosenbaum T, Abdo C, Byers ES, et al. Psychological and Interpersonal Dimensions of Sexual Function and Dysfunction. *J Sex Med.* 1 avr 2016;13(4):538-71.
128. Tignol J, Martin-Guehl C, Aouizerate B, Grabot D, Auriacombe M. Social phobia and premature ejaculation: a case–control study. *Depress Anxiety.* 2006;23(3):153-7.

129. Hartmann U, Schedlowski M, Krüger THC. Cognitive and partner-related factors in rapid ejaculation: Differences between dysfunctional and functional men. *World J Urol.* 1 juill 2005;23(2):93-101.
130. Re P. Sexual Performance Anxiety. *Sex Med Rev.* avr 2020;8(2):183-90.
131. Castiglione F, Albersen M, Hedlund P, Gratzke C, Salonia A, Giuliano F. Current Pharmacological Management of Premature Ejaculation: A Systematic Review and Meta-analysis. *Eur Urol.* mai 2016;69(5):904-16.
132. Zhang D, Cheng Y, Wu K, Ma Q, Jiang J, Yan Z. Paroxetine in the treatment of premature ejaculation: a systematic review and meta-analysis. *BMC Urol.* 3 janv 2019;19(1):2.
133. Atmaca M, Kuloglu M, Tezcan E, Semercioz A. The efficacy of citalopram in the treatment of premature ejaculation: a placebo-controlled study. *Int J Impot Res.* déc 2002;14(6):502-5.
134. Yi ZM, Chen SD, Tang QY, Tang HL, Zhai SD. Efficacy and safety of sertraline for the treatment of premature ejaculation: Systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore).* juin 2019;98(23):e15989.
135. Xu G, Jiang HW, Fang J, Wen H, Gu B, Liu J, et al. An improved dosage regimen of sertraline hydrochloride in the treatment for premature ejaculation: an 8-week, single-blind, randomized controlled study followed by a 4-week, open-label extension study. *J Clin Pharm Ther.* févr 2014;39(1):84-90.
136. Arafa M, Shamloul R. Efficacy of sertraline hydrochloride in treatment of premature ejaculation: a placebo-controlled study using a validated questionnaire. *Int J Impot Res.* déc 2006;18(6):534-8.
137. Liu H, Zhang M, Huang M, Cai H, Zhang Y, Liu G, et al. Comparative efficacy and safety of drug treatment for premature ejaculation: A systemic review and Bayesian network meta-analysis. *Andrologia.* 2020;52(11):e13806.
138. Waldinger MD, Zwinderman AH, Olivier B. On-demand treatment of premature ejaculation with clomipramine and paroxetine: a randomized, double-blind fixed-dose study with stopwatch assessment. *Eur Urol.* oct 2004;46(4):510-5; discussion 516.
139. Sahan A, Cubuk A, Ozkaptan O, Toprak T, Ozcan T, Ertas K, et al. Comparison of the safety and efficacy of the on-demand use of sertraline, dapoxetine, and daily use of sertraline in the treatment of patients with lifelong premature ejaculation: A prospective randomised study. *Andrologia.* 2020;52(11):e13854.
140. Gur S, Sikka SC. The characterization, current medications, and promising therapeutics targets for premature ejaculation. *Andrology.* 2015;3(3):424-42.
141. Kiliç S, Ergin H, Baydınç YC. Venlafaxine extended release for the treatment of patients with premature ejaculation: a pilot, single-blind, placebo-controlled, fixed-dose crossover

- study on short-term administration of an antidepressant drug. *Int J Androl.* févr 2005;28(1):47-52.
142. Ozcan L, Polat EC, Otunctemur A, Ozbek E. Duloxetine, dual serotonin and norepinephrine reuptake inhibitor, versus paroxetine, selective serotonin reuptake inhibitor, in the treatment for premature ejaculation. *Int Urol Nephrol.* févr 2015;47(2):283-7.
 143. Choi JB, Kang SH, Lee DH, Kim YS, Jeon JS, Choi WS, et al. Efficacy and Safety of On Demand Clomipramine for the Treatment of Premature Ejaculation: A Multicenter, Randomized, Double-Blind, Phase III Clinical Trial. *J Urol.* janv 2019;201(1):147-52.
 144. Pryor JL, Althof SE, Steidle C, Rosen RC, Hellstrom WJG, Shabsigh R, et al. Efficacy and tolerability of dapoxetine in treatment of premature ejaculation: an integrated analysis of two double-blind, randomised controlled trials. *The Lancet.* 2006;368(9539):929-37.
 145. Buvat J, Tesfaye F, Rothman M, Rivas DA, Giuliano F. Dapoxetine for the Treatment of Premature Ejaculation: Results from a Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Phase 3 Trial in 22 Countries. *Eur Urol.* 1 avr 2009;55(4):957-68.
 146. Peng J, Fang D, Li H, Tang Y, Yuan Y, Cui W, et al. Efficacy of dapoxetine treatment in Chinese patients with premature ejaculation and possible factors affecting efficacy in the real-world practice. *BMC Urol.* 3 févr 2020;20(1):11.
 147. McMahon C, Kim SW, Park NC, Chang CP, Rivas D, Tesfaye F, et al. Treatment of premature ejaculation in the Asia-Pacific region: results from a phase III double-blind, parallel-group study of dapoxetine. *J Sex Med.* janv 2010;7(1 Pt 1):256-68.
 148. Sridharan K, Sivaramakrishnan G, Sequeira RP, Al-Khaja KA. Pharmacological interventions for premature ejaculation: a mixed-treatment comparison network meta-analysis of randomized clinical trials. *Int J Impot Res.* 20 juin 2018;(30):215-23.
 149. Jiann BP, Huang YJ. Assessing satisfaction in men with premature ejaculation after dapoxetine real-world practice. *Int J Clin Pract.* nov 2015;69(11):1326-33.
 150. Du Y, Jiang Y, Zhang J, Tian G, Zhang N, Wu D, et al. Efficacy and Safety of « On-Demand » Dapoxetine in Treatment of Patients with Premature Ejaculation: A Meta-Analysis. *Med Sci Monit Int Med J Exp Clin Res.* 7 juin 2019;25:4225-32.
 151. Yue FG, Dong L, Hu TT, Qu XY. Efficacy of Dapoxetine for the treatment of premature ejaculation: a meta-analysis of randomized clinical trials on intravaginal ejaculatory latency time, patient-reported outcomes, and adverse events. *Urology.* avr 2015;85(4):856-61.
 152. Simsek A, Kirecci SL, Kucuktopcu O, Ozgor F, Akbulut MF, Sarilar O, et al. Comparison of paroxetine and dapoxetine, a novel selective serotonin reuptake inhibitor in the treatment of premature ejaculation. *Asian J Androl.* 2014;16(5):725-7.

153. Li J, Liu D, Wu J, Fan X, Dong Q. Dapoxetine for the treatment of premature ejaculation: a meta-analysis of randomized controlled trials with trial sequential analysis. *Ann Saudi Med.* oct 2018;38(5):366-75.
154. Jannini EA, Ciocca G, Limoncin E, Mollaioli D, Di Sante S, Gianfrilli D, et al. Premature ejaculation: old story, new insights. *Fertil Steril.* 1 nov 2015;104(5):1061-73.
155. Genov P, Kolev N, Dunev V, Stoykov B, Vanov A, Atanasov J. Discontinuation rate of dapoxetine in patients with lifelong premature ejaculation: 1-year observational study. *Eur Urol Suppl.* 1 nov 2017;16(11):e2830.
156. Martyn-St James M, Cooper K, Ren K, Kaltenthaler E, Dickinson K, Cantrell A, et al. Topical anaesthetics for premature ejaculation: a systematic review and meta-analysis. *Sex Health.* avr 2016;13(2):114-23.
157. Alghobary M, Gaballah M, El-Kamel MF, State AF, Ismail SR, Selim MK, et al. Oral dapoxetine versus topical lidocaine as on-demand treatment for lifelong premature ejaculation: A randomised controlled trial. *Andrologia.* juin 2020;52(5):e13558.
158. Wyllie MG, Sharlip I. 138 Correlation of changes in IELT and indices of sexual satisfaction in PE patients. *J Sex Med.* juill 2018;15(7):S187.
159. Wyllie M, Sharlip I. 139 Evidence of correlation of PE patient and partner responses to effective therapy. *J Sex Med.* juill 2018;15(7):S187-8.
160. Carnicelli D, Faix A. Éjaculation prématurée : stratégie thérapeutique pour l'urologue. *Prog En Urol - FMC.* 1 mars 2020;30(1):F6-16.
161. Abu El-Hamd M, Abdelhamed A. Comparison of the clinical efficacy and safety of the on-demand use of paroxetine, dapoxetine, sildenafil and combined dapoxetine with sildenafil in treatment of patients with premature ejaculation: A randomised placebo-controlled clinical trial. *Andrologia.* 2018;50(1):e12829.
162. Abu El-Hamd M. Efficacy and safety of daily use of tadalafil in treatment of patients with premature ejaculation: A randomised placebo-controlled clinical trial. *Andrologia.* juin 2018;50(5):e13005.
163. Sun Y, Yang L, Bao Y, Liu Z, Liu L, Wei Q. Efficacy of PDE5Is and SSRIs in men with premature ejaculation: a new systematic review and five meta-analyses. *World J Urol.* déc 2017;35(12):1817-31.
164. Zhang X, Chi N, Sun M, Shan Z, Zhang Y, Cui Y. Phosphodiesterase-5 Inhibitors for Premature Ejaculation: Systematic Review and Meta-Analysis of Placebo-Controlled Trials. *Am J Mens Health.* juin 2020;14(3):1557988320916406.
165. Polat EC, Ozbek E, Otunctemur A, Ozcan L, Simsek A. Combination therapy with selective serotonin reuptake inhibitors and phosphodiesterase-5 inhibitors in the treatment of premature ejaculation. *Andrologia.* juin 2015;47(5):487-92.

166. Dresser MJ, Desai D, Gidwani S, Seftel AD, Modi NB. Dapoxetine, a novel treatment for premature ejaculation, does not have pharmacokinetic interactions with phosphodiesterase-5 inhibitors. *Int J Impot Res.* févr 2006;18(1):104-10.
167. Hatzimouratidis K, Eardley I, Giuliano F, Moncada I, Salonia A. Guidelines on Male Sexual Dysfunction: Erectile Dysfunction and Premature Ejaculation. *Eur Urol.* 2010;57(5):804-14.
168. Melnik T, Althof S, Atallah ÁN, Puga ME dos S, Glina S, Riera R. Psychosocial interventions for premature ejaculation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(8).
169. Berner M, Günzler C. Efficacy of Psychosocial Interventions in Men and Women with Sexual Dysfunctions—A Systematic Review of Controlled Clinical Trials. *J Sex Med.* 2012;9(12):3089-107.
170. Cooper K, Martyn-St James M, Kaltenthaler E, Dickinson K, Cantrell A, Wylie K, et al. Behavioral Therapies for Management of Premature Ejaculation: A Systematic Review. *Sex Med.* sept 2015;3(3):174-88.
171. Mantovani F. Pharmacological/dynamic rehabilitative behavioural therapy for premature ejaculation: Results of a pilot study. *Arch Ital Urol Androl Organo Uff Soc Ital Ecogr Urol E Nefrol.* 30 juin 2017;89(2):148-50.
172. Pavone C, Abbadessa D, Gambino G, Scaduto G, Vella M. Premature ejaculation: Pharmacotherapy vs group psychotherapy alone or in combination. *Arch Ital Urol Androl Organo Uff Soc Ital Ecogr Urol E Nefrol.* 30 juin 2017;89(2):114-9.
173. Martin C, Nolen H, Podolnick J, Wang R. Current and emerging therapies in premature ejaculation: Where we are coming from, where we are going. *Int J Urol Off J Jpn Urol Assoc.* janv 2017;24(1):40-50.
174. Jern P. Evaluation of a behavioral treatment intervention for premature ejaculation using a handheld stimulating device. *J Sex Marital Ther.* 2014;40(5):358-66.
175. Fu M, Peng X, Hu Y. Effect of premature ejaculation desensitisation therapy combined with dapoxetine hydrochloride on the treatment of primary premature ejaculation. *Andrologia.* mai 2019;51(4):e13135.
176. Rodríguez Martínez JE, Picazo Aroca JA, Marzo Campos JC, Piqueras Rodríguez JA. 141 A randomized controlled trial of a new cognitive behavioral treatment in premature ejaculation: Sphincter control training with masturbation aid device. *J Sex Med.* juill 2018;15(7):S188-9.
177. Ventus D, Gunst A, Arver S, Dhejne C, Öberg KG, Zamore-Söderström E, et al. Vibrator-Assisted Start–Stop Exercises Improve Premature Ejaculation Symptoms: A Randomized Controlled Trial. *Arch Sex Behav.* 1 juill 2020;49(5):1559-73.

178. Ma GC, Zou ZJ, Lai YF, Zhang X, Zhang Y. Regular penis-root masturbation, a novel behavioral therapy in the treatment of primary premature ejaculation. *Asian J Androl.* déc 2019;21(6):631-4.
179. Jiang M, Yan G, Deng H, Liang H, Lin Y, Zhang X. The efficacy of regular penis-root masturbation, versus Kegel exercise in the treatment of primary premature ejaculation: A quasi-randomised controlled trial. *Andrologia.* févr 2020;52(1):e13473.
180. Kempeneers P, Robert A, Deseilles M. Sex Therapy for Premature Ejaculation: An Overview. *Urol Res Ther J.* 2019;2(2):128.
181. Myers C, Smith M. Pelvic floor muscle training improves erectile dysfunction and premature ejaculation: a systematic review. *Physiotherapy.* juin 2019;105(2):235-43.
182. Pastore AL, Palleschi G, Leto A, Pacini L, Iori F, Leonardo C, et al. A prospective randomized study to compare pelvic floor rehabilitation and dapoxetine for treatment of lifelong premature ejaculation. *Int J Androl.* août 2012;35(4):528-33.
183. Rodríguez JE, Marzo JC, Piqueras JA. Efficacy of Sphincter Control Training (SCT) in the treatment of premature ejaculation, a new cognitive behavioral approach: A parallel-group randomized, controlled trial. *PloS One.* 2019;14(2):e0212274.
184. Kempeneers P. Revue systématique des essais consacrés aux traitements psycho-comportementaux de l'éjaculation prématurée. *Sexologies.* 1 janv 2022;31(1):33-51.
185. Micoogullari U, Kisa E, Celik O, Erbay OF, Koc E, Gok B. New behavior therapy in the treatment of acquired premature ejaculation: A comparative study of listening to music. *Arch Esp Urol.* juin 2021;74(5):519-25.
186. Dhikav V, Karmarkar G, Gupta M, Anand KS. ORIGINAL RESEARCH—EJACULATORY DISORDERS: Yoga in Premature Ejaculation: A Comparative Trial with Fluoxetine. *J Sex Med.* 2007;4(6):1726-32.
187. Mamidi P, Gupta K. Efficacy of certain yogic and naturopathic procedures in premature ejaculation: A pilot study. *Int J Yoga.* 2013;6(2):118-22.
188. Cour F, Corman A, Costa P. Le couple : une entité incontournable ? *Prog En Urol.* 1 juill 2013;23(9):734-44.
189. Althof SE, McMahon CG, Waldinger MD, Serefoglu EC, Shindel AW, Ganesan Adaikan P, et al. An improved dosage regimen of sertraline hydrochloride in the treatment for premature ejaculation: an 8-week, single-blind, randomized controlled study followed by a 4-week, open-label extension study. *J Sex Med.* 1 juin 2014;11(6):1392-422.
190. Gagnon M, Thériault J. Intimité sexuelle et relation de couple : étude exploratoire. *Bull Psychol.* 2006;481(1):93-101.
191. Sunay D, Sunay M, Aydoğmuş Y, Bağbancı Ş, Arslan H, Karabulut A, et al. Acupuncture Versus Paroxetine for the Treatment of Premature Ejaculation: A Randomized, Placebo-Controlled Clinical Trial. *Eur Urol.* mai 2011;59(5):765-71.

192. Kraft D. THE PLACE OF HYPNOSIS IN PSYCHIATRY, PART 2: ITS APPLICATION TO THE TREATMENT OF SEXUAL DISORDERS. *Aust J Clin Hypnother Hypn.* 2007;35(1):1-18.
193. Stanley RO, Burrows GD. Hypnotic Interventions in the Treatment of Sexual Dysfunctions. In: *International Handbook of Clinical Hypnosis.* John Wiley and sons. John Wiley & Sons, Ltd; 2001. p. 233-46.
194. Nathan T. Entre sorcier et médecin : la pratique de l'ethnopsychiatrie clinique. In: *La folie raisonnée.* Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 1989. p. 181-202. (Nouvelle encyclopédie Diderot).
195. Giuliano F, Patrick DL, Porst H, La Pera G, Kokoszka A, Merchant S, et al. Premature Ejaculation: Results from a Five-Country European Observational Study. *Eur Urol.* 1 mai 2008;53(5):1048-57.
196. Puppo V, Puppo G. Comprehensive review of the anatomy and physiology of male ejaculation: Premature ejaculation is not a disease. *Clin Anat.* 1 janv 2016;29(1):111-9.

Prise en charge de l'éjaculation prématurée en médecine générale selon les connaissances actuelles, la culture et l'environnement du patient.

KROPFELD Lucie

Résumé

Contexte : L'éjaculation prématurée (EP) est la dysfonction sexuelle masculine la plus fréquente. Ces dernières années plusieurs approches thérapeutiques ont été développées.

Objectifs : A travers une revue de la littérature, proposer des pistes pour intégrer ces différentes thérapeutiques dans une prise en charge holistique du patient.

Méthode : Analyse de la littérature pour une étude sociologique, sexologique et uro-andrologique de la prise en charge de l'éjaculation prématurée.

Résultats : Sur les 358 articles sélectionnés, 187 ont été inclus. La connaissance du contexte familial, social, culturel et religieux du patient est un prérequis pour une prise en charge adaptée de l'EP. Peu de traitements pharmacologiques sont efficaces. L'approche sexologique est essentielle. Combinée à un traitement par un ISRS, elle montre de bons résultats.

Conclusion : L'éjaculation prématurée est fréquente mais n'est pas toujours source de souffrance. Elle nécessite une prise en charge globale du patient et de sa sexualité.

Mots clés : éjaculation prématurée, sexualité, culture, psychothérapie, traitement médicamenteux