

Provided for non-commercial research and education use.
Not for reproduction, distribution or commercial use.



This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the authors institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/authorsrights>



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

Le « trouble » de l'éjaculation précoce : le critère d'une minute maximum de pénétration en question[☆]



The premature ejaculation 'disorder': Questioning the criterion of one minute of penetration

P. Kempeneers^{a,b,*}, M. Deseilles^{b,c}

^a Département des sciences de la santé publique, université de Liège, Liège, Belgique

^b Clinique psychiatrique des Frères Alexiens, rue du Château-de-Ruyff, 68, B-4841 Henri-Chapelle, Belgique

^c Département de psychologie, université de Namur, Namur, Belgique

Disponible sur Internet le 8 juillet 2014

MOTS CLÉS

Éjaculation précoce ;
Latence
éjaculatoire ;
Étiologie ;
Traitement ;
Thérapies cognitivo-
comportementale ;
Thérapie sexuelle ;
Inhibiteurs sélectifs
de la recapture de la
sérotonine

Résumé Il existe actuellement une tendance à réserver le diagnostic de trouble de l'éjaculation précoce (EP) aux seuls cas caractérisés par des durées de pénétration inférieures ou égales à une minute environ. L'idée sous-jacente est que ces situations relèveraient d'une étiologie essentiellement bio-constitutionnelle et qu'un traitement pharmacologique au long cours constituerait l'unique option thérapeutique valable. À l'examen de la littérature cependant, les évidences scientifiques invoquées en soutien de cette proposition apparaissent assez faibles. Bon nombre de personnes souffrant d'éjaculer trop rapidement présentent en effet des durées de pénétration supérieures à une minute, et il semble que les formes sévères d'EP puissent aussi répondre favorablement à des traitements psycho-sexologiques. En outre, s'il s'avère certain que des variables biologiques influencent la latence éjaculatoire, rien ne permet cependant de prétendre qu'elles jouent, dans les formes sévères d'EP, un rôle exclusif de facteurs étiologiques psychosociaux. Il apparaît ainsi « prématuré » de fonder le diagnostic d'EP sur une durée de pénétration d'une minute maximum, ce critère détermine plutôt un gradient de sévérité du trouble. Considérant que, en matière de durée de pénétration, les critères de désirabilité se situent souvent au-delà des normes biologiques, il semble délicat de soutenir que seules les formes d'EP les plus sévères auraient une origine bio-constitutionnelle. Dans tous les cas au demeurant, la constitution s'avère relativement plastique, sensible aux apprentissages à visée adaptative. Ceux-ci sont sans doute plus difficiles à réaliser par les porteurs d'une forme sévère du trouble, mais pas impossibles. La question de l'indication d'un

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.sexol.2014.06.004>.

[☆] An English version of this article is available on line, at <http://dx.doi.org/10.1016/j.sexol.2014.06.005>.

* Auteur correspondant. Clinique psychiatrique des Frères Alexiens, rue du Château-de-Ruyff, 68, B-4841 Henri-Chapelle, Belgique.
Adresse e-mail : p.kempeneers@ulg.ac.be (P. Kempeneers).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.sexol.2014.06.005>

1158-1360/© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

traitement pharmacologique ou psycho-sexologique gagnerait à se dégager d'un simple critère de latence éjaculatoire.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Premature ejaculation;
Ejaculation latency;
Aetiology;
Treatment;
Cognitive behavioural therapy;
Sex therapy;
Selective serotonin reuptake inhibitors

Summary The current trend is to reserve the diagnosis of premature ejaculation (PE) for cases where penetration lasts for about one minute or less. The rationale is that the aetiology is primarily bio-constitutional, and that long-term pharmacological treatment is the only viable option. However, the literature contains little scientific evidence to support this argument. In fact, a good number of individuals who suffer from overly rapid ejaculation present with penetration duration exceeding one minute, and even severe forms of PE have responded favourably to psycho-sexological treatment. Moreover, although certain biological variables are known to influence ejaculation latency time, nothing indicates that they play an exclusive role of psychosocial etiological factors in severe PE. Therefore, it would be 'premature' to base a PE diagnosis on a maximum penetration duration of one minute, which should instead be considered a severity gradient. Given that desired criteria for penetration duration often exceed biological norms, it would be inappropriate to propose that only the most severe forms of PE have constitutional origins. In any case, the constitution is relatively flexible, and can respond to adaptive learning. An adaptive learning approach would undoubtedly be more difficult to apply in severe cases, but not impossible. The issue of whether to use pharmacological versus psycho-sexological treatment could be sidestepped by moving beyond the single criterion of ejaculation latency.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Qualifier la « précocité » des éjaculations : deux points de vue contrastés

Tout le monde ou à peu près s'accorde à considérer l'éjaculation précoce (EP) comme un trouble sexuel répondant à trois critères : il s'agit d'une éjaculation :

- qui survient rapidement ;
- que l'homme estime ne pas pouvoir contrôler ;
- qui génère un sentiment de détresse ou, à tout le moins, d'insatisfaction. Par delà ces éléments de consensus on relève toutefois des divergences de conceptions, principalement en ce qui concerne le critère de rapidité (Bonierbale, 2013 ; Kempeneers et al., in press).

Schématiquement, deux grands points de vue s'affrontent :

- il y a d'un côté un point de vue que l'on pourrait qualifier de « subjectiviste ». Dans son expression la plus radicale, ce point de vue pose le souhait de la personne, sa subjectivité, comme seul repère pertinent : une éjaculation est réputée précoce lorsqu'elle survient régulièrement avant que l'homme ne le souhaite, c'est tout. La rapidité est en quelques sortes ramenée à un déficit de contrôle. Ce point de vue se trouve par exemple assez bien représenté dans les écrits de De Carufel (2009) et de Metz et McCarthy (2003). Conçue de cette manière, l'EP toucherait environ 15 à 30% de la population masculine (Laumann et al., 2005 ; Levinson, 2008 ; Park et al., 2010 ; Porst et al., 2007) ;
- de l'autre côté, un point de vue « objectiviste » cherche à déterminer objectivement la rapidité d'une éjaculation par sa survenue régulière en deçà d'une durée maximale

de pénétration. Divers auteurs ont proposé différents repères allant de 15 secondes (WHO, 1994) à 7 minutes (Schover et al., 1982). La tendance actuelle serait de retenir un seuil maximal d'une minute. Dans ce cas, l'affection concernerait moins de 5% de la population (APA, 2013 ; Jannini et al., 2013 ; McMahon et al., 2008).

En filigrane de ces deux courants, deux conceptions idéaltypiques de la normalité se font face :

- une approche purement subjectiviste reviendrait à considérer comme normal l'exercice par l'homme d'un contrôle à volonté sur son éjaculation. Poussée à l'extrême, une telle conception relèverait sans doute de l'utopie biologique ;
- une approche purement objectiviste reviendrait quant à elle à juger de la normalité sur une base uniquement statistique, avec pour possible effet pernicieux de délégitimer la notion de trouble et, par conséquent, l'intention thérapeutique au-delà de la valeur pivot.

L'éjaculation et son timing : les données d'observation

La population générale

La première enquête à faire état de mesures objectives des temps de pénétration dans la population générale fut menée par Waldinger et al. (2005) sur plusieurs échantillons nationaux. La durée médiane des coïts y était de 5,4 minutes, avec des différences d'un pays à l'autre allant de 3,7 minutes en Turquie à 7,6 au Royaume-Uni. Une seconde enquête signée par Waldinger et al. (2009) rapporte

des valeurs relativement similaires : 4,4 minutes en Turquie, 10 au Royaume-Uni et 6 pour l'échantillon total.

Les souhaits des gens

En regard des valeurs rapportées par Waldinger et al., un sondage mentionné par Montorsi (2005) révèle que ce que les hommes eux-mêmes estiment être une durée normale de pénétration s'établit à 13 minutes en moyenne pour les américains et 9,6 minutes pour les européens. Un sondage réalisé par Corty et Guardiani (2008) auprès de 34 sexologues étasuniens et canadiens expérimentés montre pour sa part que ce qui est jugé « souhaitable » (« désirable »), à savoir 7 à 13 minutes de pénétration, se situe au-delà de la norme statistique de 3 à 7 minutes, une durée jugée, elle, « suffisante » (« adequate »). Ceci n'est probablement pas sans lien à l'opinion répandue selon laquelle l'obtention d'un orgasme requiert des stimulations tactiles plus longues chez les femmes que chez les hommes : 5 à 25 minutes en moyenne chez les premières contre 4 à 7 chez les seconds d'après Nagoski (2010). Bref, en matière de durée de pénétration, les standards de références excèdent manifestement la norme statistique. Ce qui, en Occident du moins, pourrait être considéré comme biologiquement normal semble plutôt insatisfaisant d'un point de vue hédonique et socioculturel. Nombreux sont les hommes qui souhaiteraient éjaculer plus tard qu'ils ne le font ordinairement, comme, sans doute, beaucoup souhaiteraient aussi être un peu plus grands et un peu plus intelligents que la moyenne. À partir de quand la détresse relative au fait d'éjaculer trop vite, d'être trop petit ou pas assez intelligent caractérise-t-elle légitimement un « trouble » ? La question est d'ordre psychologique, socioculturel et relationnel au moins autant que d'ordre biologique (Giami, 2013). Reste qu'éjaculer plus tard est souvent possible pourvu que l'on recoure à la chimie ou à des apprentissages comportementaux, un accompagnement psycho-sexologique peut en outre aider à s'accommoder des limites de sa condition ; on décrit là les traitements possibles.

Les hommes EP

Dans une étude réalisée chrono en main sur un échantillon de 110 hommes consultant pour un problème d'EP, Waldinger et al. (1998) ont constaté que 90 % des personnes présentant une forme primaire et généralisée du trouble éjaculaient en moins d'une minute de pénétration et 99 % en moins de deux minutes. Une étude régulièrement citée de McMahon (2002) sur plus de 1000 australiens traités pour un problème d'EP déboucherait également sur des résultats similaires. Cette étude ne figure cependant dans les bases de données scientifiques que sous la forme d'un *abstract*, elle renvoie à une communication affichée présentée lors d'un congrès. Ses détails méthodologiques demeurent méconnus.

Partant de ces deux dernières références, un groupe d'experts formé au sein de l'International Society for Sexual Medicine (ISSM) a proposé de réserver le diagnostic d'EP primaire et généralisée aux personnes présentant des latences éjaculatoires inférieures ou égales à une minute environ (McMahon et al., 2008). Des voix se sont fait entendre

pour que l'Association psychiatrique américaine (APA), éditrice du célèbre *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), intègre elle aussi cette valeur plafond dans son manuel diagnostic (Segraves, 2010). Manifestement elles ont été jugées convaincantes puisque le DSM-5, paru en mai 2013, y fait maintenant référence (APA, 2013).

À l'exception de l'étude de McMahon dont seul l'abstract est disponible, l'étude de Waldinger et al. (1998), à la base de la valeur pivot d'une minute, n'a pourtant guère trouvé de confirmations solides. Certains travaux rapportent même des observations contradictoires. Ainsi en va-t-il de deux études menées chrono en main elles aussi, l'une aux États-Unis (Patrick et al., 2005), l'autre en Europe (Giuliano et al., 2008), chacune sur 200 hommes diagnostiqués EP. Il y est apparu que plus de 40 % des éjaculations pourtant réputées précoces y survenaient après deux minutes de pénétration. Il faut toutefois remarquer que ces deux études ne portaient pas exclusivement sur les formes primaires et généralisées du trouble, comme le faisait celle de Waldinger et al.

Si l'on s'accorde, avec Althof et al. (1995), Pryor et al. (2006) et Rosen et al. (2007), à considérer que les auto-estimations des hommes souffrant d'EP reflètent bel et bien leurs durées réelles de pénétration, il faut encore citer deux études récentes comme contradictoires par rapport aux observations de Waldinger et al. Une enquête dirigée par McMahon et al., 2012 dans la région Asie-Pacifique a montré que, parmi 816 hommes diagnostiqués EP sur la base du *premature ejaculation diagnostic tool* (Symonds et al., 2007), 74 % relataient des latences éjaculatoires supérieures à deux minutes, et près de 90 % des latences supérieures à une minute. Dans une étude menée en Belgique par Kempeneers et al. (2013), 26 % des 341 sujets présentant un diagnostic d'EP primaire et généralisée (critères DSM-IV-TR) rapportaient des durées de pénétration supérieures à deux minutes, et environ 50 % des durées supérieures à une minute.

Détermination du trouble et détermination du traitement

En matière de comportement et de psychisme, les concepts de santé et de trouble sont affaires de prescriptions sociales autant que de considérations biologiques et la justification d'un traitement est intimement liée à la conception du trouble.

Que des apprentissages adéquats et une éducation sexuelle de qualité puissent être proposés comme « traitements » à quiconque formule une souffrance en lien à la rapidité de son éjaculation — une proportion estimée entre 15 et 30 % de la population —, ceci ne pose guère de problèmes éthiques. Des problèmes économiques peut-être mais éthiques assez peu, pas plus, par exemple, que n'apparaîtraient éthiquement choquantes des mesures visant à proposer des apprentissages ou des cours de remédiation à des personnes souffrant de ne pas se sentir aussi intelligentes qu'elles le souhaitent. Bien qu'ils posent toujours la question générale de la légitimité de la normalisation sociale, des « traitements softs » de ce genre ne sont guère perçus comme susceptibles de nuire au bénéficiaire individuel. Ils s'accommodent dès lors sans trop de difficultés d'une conception large du trouble dans laquelle

peuvent se retrouver bon nombre de personnes, une conception essentiellement fondée sur un critère de souffrance individuelle.

Il en va tout autrement lorsqu'on considère les traitements pharmacologiques et leur cortège d'effets secondaires à moyen et long terme. La normalisation psychique ou comportementale peut ici avoir un coût biologique pour l'utilisateur individuel, un coût qu'il convient d'évaluer en regard des bénéfices attendus. En l'occurrence, on entend régulièrement dénoncer l'usage à large échelle de psychotropes – auxquels s'apparentent les produits actifs dans le domaine de l'EP – en ce que les coûts biologiques y-associés représentent un tribut excessif à l'idéologie de la performance (Ehrenberg, 1998 ; Frances, 2013). Il semble dès lors préférable de limiter ces traitements, et par conséquent le diagnostic, aux seuls cas non traitables par des moyens plus « soft ». Un traitement potentiellement toxique se doit, dans cette optique, de ne viser que la part des troubles – les « vrais troubles » – imputables à une anomalie biologique, à l'exclusion de ce qui relèverait seulement d'une souffrance d'origine psychosociale. D'une certaine manière, la reconnaissance d'un trouble de nature essentiellement biologique distinguerait l'usage thérapeutique d'une molécule du « dopage ».

Faire de l'EP primaire sévère un trouble neurobiologique : pourquoi ? Comment ? Quelles limites ?

Comment se fait-il que l'ISSM et l'APA en soient venus à retenir le seuil maximum d'une minute de pénétration comme critère diagnostic de l'EP à partir d'évidences scientifiques aussi faibles ? Il semble difficile de ne pas formuler l'hypothèse d'une visée consistant essentiellement à justifier une approche médicamenteuse du problème.

Du point de vue de l'industrie pharmaceutique, l'établissement d'une durée plafond a certes pour inconvénient de délégitimer l'intervention thérapeutique au-delà de la valeur pivot (Waldinger, 2008), mais elle comporte l'avantage de la justifier en deçà, à plus forte raison si la forme d'EP qu'elle délimite est présentée comme une anomalie biologique et qu'un traitement pharmacologique est déclaré être la seule alternative pour améliorer la situation. C'est précisément le point de vue défendu par le groupe d'experts de l'ISSM. Faut-il y voir une coïncidence ? La plupart d'entre ces experts reconnaissent des intérêts liés à l'industrie pharmaceutique.

Le choix d'apparenter les EP primaires caractérisées par une latence éjaculatoire de moins d'une minute à une dysfonction neurobiologique procède cependant d'un syllogisme. Des études épidémiologiques citées par le groupe d'experts indiquent que de nombreuses maladies organiques (par ex. l'ostéoporose, les diabètes et les maladies cardiovasculaires) touchent environ 0,5 à 2,5% de la population. Dans la mesure où la valeur seuil d'une minute de pénétration réduit à cette proportion de la population la part des hommes concernés (< 5%, cf. supra), la forme sévère d'EP dont ils sont porteurs devient théoriquement assimilable à un déficit d'organe (McMahon et al., 2008).

Le syllogisme du raisonnement ne prouve pas en soi le caractère erroné de sa conclusion. Les auteurs évoquent

encore d'autres arguments à l'appui de leur proposition, ils citent une série d'études indicatrices de la participation de facteurs bio-constitutionnels dans l'EP. Sont évoqués les travaux de Jern et al. (2007) qui, à partir d'une série de jumeaux finlandais, évaluent le taux d'héritabilité de l'EP, toutes formes confondues, à 28% ; les travaux de Corona et al. (2011) qui épinglent un impact possible du milieu hormonal ; et une étude de Janssen et al. (2009) qui, au sein d'un échantillon des sujets EP présentant des durées de pénétration inférieures à la minute, constatent que les porteurs de la variante LL du gène *5-HTLPR* impliqué dans la transmission sérotoninergique se caractérisent par des latences éjaculatoires encore plus brèves que leurs homologues porteurs des variantes SS et SL. Cependant, rien dans ces études, ni à notre connaissance dans aucune autre, ne permet de conclure que les facteurs biologiques incriminés jouent un rôle exclusif ou même prépondérant dans les EP primaires assorties de latences éjaculatoires inférieures à une minute. La réduction de cette forme certes sévère du trouble à un déséquilibre neurochimique demeure à l'heure actuelle parfaitement hypothétique.

En cohérence avec la perception d'une EP primaire sévère imputable à un déficit bio-constitutionnel, l'utilisation à long terme de molécules sérotoninergiques visant à retarder le réflexe éjaculatoire a souvent été présentée comme la seule possibilité de traitement (Althof et al., 2010 ; Porst, 2012 ; Waldinger, 2007). Au moins trois essais cliniques semblent pourtant démentir le propos. De Carufel et Trudel (2006), De Sutter et al. (2002) et Kempeneers et al. (2012) ont en effet trouvé que des sujets affectés d'une latence éjaculatoire particulièrement courte pouvaient également répondre favorablement à un traitement sexo-comportemental. Les améliorations sont, il est vrai chez eux de moindre ampleur qu'elles ne le sont chez les sujets EP signalant a priori des durées de pénétration supérieures à une minute (Kempeneers et al., 2012), mais elles n'en sont pas moins présentes. Du reste un constat similaire vaut également pour les traitements médicamenteux (Waldinger, 2007) de sorte qu'il apparaît au bout du compte que les latences inférieures à une minute reflètent un gradient de sévérité de l'affection, lequel limite, sans pour autant l'anéantir, l'efficacité des traitements quels qu'ils soient.

En guise de conclusion

Au cours des 10 à 15 dernières années, de nombreux travaux ont été publiés qui éclairent de manière intéressante les tenants biologiques de l'EP. Cela a fait avancer les connaissances sans pour autant prétendre tout expliquer (Bonierbale, 2013). Dans la foulée, nombreux ont été les essais cliniques portant sur les traitements pharmacologiques du trouble, en particulier sur les molécules inhibitrices de la recapture de la sérotonine. En comparaison, le volume des publications relatives aux aspects psychologiques et socioculturels de l'EP apparaît dérisoire, les essais cliniques portant sur l'approche sexo-comportementale de la difficulté ne concernent au total guère plus de 1000 sujets, leurs résultats sont parfois contradictoires, leurs méthodes incertaines et souvent difficilement comparables entre elles (Berner et Gunzler,

2012 ; Jern, 2013 ; Kempeneers et al., in press ; Melnik et al., 2011). Cette disproportion des informations disponibles mêlée à d'évidents intérêts commerciaux a certainement contribué à attirer l'attention du public et des cliniciens sur les composantes biologiques et chimiothérapeutiques du problème au détriment de ses composantes psychosociales et sexothérapeutiques. Sans doute cela a-t-il favorisé la perception d'une EP réduite à un déficit d'organe.

L'état actuel des connaissances ne permet en définitive pas d'affirmer que les formes sévères d'EP primaires relèvent d'un trouble neurobiologique traitable seulement par voie médicamenteuse. On peut tout à fait soutenir l'existence de facteurs bio-constitutionnels susceptibles d'accroître le risque d'EP, la sévérité du trouble, mais force est par ailleurs de reconnaître la grande plasticité dont semble jouir la condition biologique. En matière de temps de pénétration, les normes biologiques s'inscrivent de toute façon en deçà des normes socioculturelles de sorte qu'énormément d'hommes « biologiquement normaux » doivent apprendre à gérer leur excitation adéquatement s'ils souhaitent prolonger leurs coïts au-delà de ce à quoi les dispose leur nature. Et beaucoup y parviennent, avec ou sans l'aide d'un sexothérapeute. La logique n'est pas différente pour les hommes qui présentent a priori des temps de pénétration de moins d'une minute. Les apprentissages adéquats leurs seront peut-être plus difficiles qu'à d'autres, mais pas pour autant impossibles.

Deux stratégies thérapeutiques sont disponibles : soit agir par voie chimique sur la transmission nerveuse, soit favoriser l'apprentissage de comportements propices à une meilleure gestion de l'excitation sexuelle. La question de leurs indications respectives ne semble pas pouvoir être tranchée sur la base d'une durée a priori de pénétration. On peut du reste parfaitement les concevoir comme complémentaires (Kempeneers et al., in press).

En raison de ses possibles effets secondaires, la stratégie médicamenteuse ne devrait en toute rigueur pas être proposée en traitement de première intention, pas même probablement aux hommes qui présentent une latence éjaculatoire inférieure à une minute. Le développement d'instruments efficaces d'auto-traitement devrait opportunément rendre plus accessible l'option sexothérapeutique en première ligne (De Sutter et al., 2002 ; Kempeneers et al., 2012 ; Kempeneers et al., in press). Par ailleurs, du moment qu'il s'agisse d'un usage éclairé et puisque le but est de soulager une souffrance, il serait dommage de s'interdire de recourir aux médicaments en cas d'inefficacité ou d'impossibilité d'un traitement psycho-sexologique, même lorsqu'on a affaire à des temps de pénétration réputés statistiquement normaux. Enfin, la combinaison des deux types de traitement gagnerait à être envisagée, en particulier pour ces formes sévères d'EP également résistantes à l'une et l'autre approche prises séparément. Leurs effets synergiques semblent établis (Li et al., 2006 ; Yuan et al., 2008), mais restent encore peu étudiés.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- Althof SE, Abdo CHN, Dean J, Hacket G, McCabe M, McMahon CG, et al. *International Society for Sexual Medicine's guidelines for the diagnosis and treatment of premature ejaculation*. *J Sex Med* 2010;7:2947–69.
- Althof SE, Levine SB, Corty EW, Risen CB, Stern EB, Kurit DM. *A double-blind crossover trial of clomipramine for rapid ejaculation in 15 couples*. *J Clin Psychiatry* 1995;56:402–7.
- APA: American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th Ed. Washington DC: APA; 2013 [DSM-5].
- Berner M, Gunzler C. *Efficacy of psychosocial interventions in men and women with sexual dysfunctions – a systematic review of controlled clinical trials. Part 1 – The efficacy of psychosocial interventions for male sexual dysfunction*. *J Sex Med* 2012;9:3089–107.
- Bonierbale M. *Evolving concepts in premature ejaculation: implications for practice*. *Sexologies* 2013;22:e33–8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.sexol.2013.03.002>.
- Corona G, Janini EA, Lotti F, et al. *Premature and delayed ejaculation: two ends of a single continuum influenced by hormonal milieu*. *Int J Androl* 2011;34:41–8.
- Corty EW, Guardiani JM. *Canadian and American sex therapists' perceptions of normal and abnormal ejaculatory latencies: how long should intercourse last?* *J Sex Med* 2008;5:1251–6.
- De Carufel F. *L'éjaculation prématurée : compréhension et traitement par la thérapie sexofonctionnelle*. Louvain-la-Neuve, B: Presses universitaires de Louvain; 2009.
- De Carufel F, Trudel G. *Effects of a new functional-sexological treatment for premature ejaculation*. *J Sex Marital Ther* 2006;32:97–114.
- De Sutter P, Reynaert N, Van Broeck N, De Carufel F. *Traitement de l'éjaculation précoce par une approche bibliothérapeutique cognitivo-comportementale sexologique*. *JTCC* 2002;12:131–6.
- Ehrenberg A. *La fatigue d'être soi. Dépression et société*. Paris: Odiles Jacob; 1998.
- Frances A. *Saving normal. An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the medicalization of ordinary life*. New York: Harper Collins Publishers; 2013 [Traduction française : *Sommes-nous tous des malades mentaux ? Le normal et le pathologique*. Paris: Odile Jacob; 2013].
- Giami A. *Social epidemiology of premature ejaculation*. *Sexologies* 2013;22:e27–32, <http://dx.doi.org/10.1016/j.sexol.2013.01.001>.
- 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* 2008;53:1048–57.
- Jannini EA, McMahon CG, Waldinger MD. *Premature ejaculation. From etiology to diagnosis and treatment*. Milan, I: Springer; 2013.
- Janssen PK, Bakker SC, Zwinderman AH, Touw DJ, Olivier B, Walinger MD. *Serotonin transporter promoter region (5-HTTLPR) polymorphism is associated with the intravaginal ejaculation latency time in Dutch men with lifelong premature ejaculation*. *J Sex Med* 2009;6:276–84.
- Jern P. *Evaluation of a behavioral treatment intervention for premature ejaculation using a handheld stimulating device*. *J Sex Marital Ther* 2013., <http://dx.doi.org/10.1080/0092623X.2013.857376> [Accepted author version posted online].
- Jern P, Santtila P, Witting K, Alanko K, Harlaar N, Johansson A, et al. *Premature and delayed ejaculation: genetic and environmental effects in a population-based sample of Finnish twins*. *J Sex Med* 2007;4(6):1739–49.
- Kempeneers P, Andrianne R, Bauwens S, Georis I, Pairoux JF, Blairy S. *Clinical outcomes of a new self-help booklet for premature ejaculation*. *J Sex Med* 2012;9:2419–28.

- Kempeneers P, Andrianne R, Bauwens S, Georis I, Pairoux JF, Blairy S. Functional and psychological characteristics of Belgian men with premature ejaculation and their partners. *Arch Sex Behav* 2013;42(1):51–66.
- Kempeneers P, Andrianne R, Lequeux A, Blairy S. [Premature ejaculation: a review of topics]. *L'éjaculation précoce: une revue de questions*. RFCCC in press. <http://hdl.handle.net/2268/163736>
- Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Gingell C, Moreira E, et al. Sexual problems among women and men aged 40–80: prevalence and correlates identified in the global study of sexual attitudes and behaviors. *Int J Impot Res* 2005;17:39–57.
- Levinson S. Les «difficultés» de la fonction sexuelle: contextes, déterminants et significations. In: Bajos N, Bozon M, editors. *Enquête sur la sexualité en France: pratiques, genre et santé*. Paris: La Découverte; 2008. p. 485–508.
- Li P, Zhu GS, Xu P, Sun LH, Wang P. [Interventional effect of behavior psychotherapy on patients with premature ejaculation]. *Zhonghua Nan Ke Xue* 2006;12(8):717–9.
- McMahon C. Long-term results of treatment of premature ejaculation (PE) with Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI) drugs. *Int J Impot Res* 2002;14(S19), abstract C1.7.
- McMahon CG, Althof SE, Waldinger MD, Porst H, Dean J, Sharlip ID, et al. An evidence-based definition of lifelong premature ejaculation: report of the International Society for Sexual Medicine (ISSM) ad hoc committee for the definition of premature ejaculation. *J Sex Med* 2008;5(7):1590–606.
- McMahon CG, Lee G, Park JK, Adaikan PG. Premature ejaculation and erectile dysfunction prevalence and attitudes in Asia-Pacific Region. *J Sex Med* 2012;9:454–65.
- Melnik T, Althof S, Atallah AN, Puga MEDS, Glina S, Riera R. Psychosocial interventions for premature ejaculation. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;8:CD008195 [Review].
- Metz ME, McCarthy BW. *Coping with premature ejaculation*. Oakland, US-CA: New Harbinger Publications; 2003.
- Montorsi F. Prevalence of premature ejaculation: a global and regional perspective. *J Sex Med* 2005;52:96–102.
- Nagoski E. *The good in bed guide to female orgasm*. New York: Kindle Edition; 2010.
- Park HJ, Park JK, Park K, Lee SW, Kim SW, Yang DY, et al. Prevalence of premature ejaculation in young and middle-aged men in Korea: a multicenter internet-based survey from the Korean Andrological Society. *Asian J Androl* 2010;12:880–9.
- Patrick DL, Althof SE, Pryor JL, Rosen R, Rowland DL, Ho FK, et al. Premature ejaculation: an observational study of men and their partners. *J Sex Med* 2005;2:358–67.
- Porst H. Premature ejaculation. In: Porst H, Reisman Y, editors. *The European Society of Sexual Medicine syllabus of sexual medicine*. Amsterdam (NL): Medix Publishers; 2012. p. 547–92.
- 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* 2007;51:816–24.
- Pryor JL, Broderick GA, Ho KF, Jamieson S, Gagnon DD. Comparison of estimated versus measured intravaginal ejaculatory latency time (IELT) in men with and without premature ejaculation (PE) [Abstract N° 126]. *J Sex Med* 2006;3:54.
- Rosen RC, McMahon CG, Niederberger C, Broderick GA, Jamieson C, Gagnon DD. Correlates to the clinical diagnosis of premature ejaculation: results from a large observational study of men and their partners. *J Urol* 2007;177:1059–64.
- Schover LR, Friedman JM, Weiller SJ, Heiman JR, LoPiccolo J. Multiaxial problem-oriented system for sexual dysfunctions. *Arch Gen Psychiatry* 1982;39:614–9.
- Segraves RT. Considerations for an evidence-based definition of premature ejaculation in the DSM-V. *J Sex Med* 2010;7:672–9.
- Symonds T, Perelman M, Althof S, Giuliano F, Martin M, May K, et al. Development and validation of premature ejaculation diagnostic tool. *Eur Urol* 2007;52:565–73.
- Waldinger MD. Premature ejaculation: definition and drug treatment. *Drugs* 2007;67(4):547–68.
- Waldinger MD. Premature ejaculation: different pathophysiologies and etiologies determine its treatment. *J Sex Marital Ther* 2008;13:1–13.
- Waldinger MD, Hengeveld MW, Zwinderman AH, Olivier B. An empirical operationalization study of DSM-IV diagnostic criteria for premature ejaculation. *Int J Psychiatry Clin Pract* 1998;2:287–93.
- Waldinger MD, McIntosh J, Schweitzer DH. A five-nation survey to assess the distribution of the intravaginal ejaculatory latency time among the general male population. *J Sex Med* 2009;6:2888–95.
- Waldinger MD, Quinn P, Dilleen M, Mundayat R, Schweitzer DH, Boolell M. A multinational population survey of intravaginal ejaculation latency time. *J Sex Med* 2005;2:492–7.
- WHO: World Health Organization. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. 10th ed. Geneva, CH: World Health Organization; 1994 [ICD 10].
- Yuan P, Dai J, Yang Y, Guao J, Liang R. [A comparative study on treatment for premature ejaculation: citalopram used in combination with behavioral therapy versus either citalopram or behavioral therapy alone]. *Chinese J Androl* 2008;22(5):35–8.