

## Caractéristiques d'un échantillon de 400 sujets souffrant d'éjaculation précoce et réponses thérapeutiques à une bibliothérapie : résultats préliminaires

Ph. Kempeneers<sup>(a,b)</sup>, R. Andrianne<sup>(c)</sup>, S. Bauwens<sup>(c)</sup>, I. Georis<sup>(c)</sup>,  
J.F. Pairoux<sup>(a)</sup>, S. Blairy<sup>(a)</sup>

### 1. Introduction

L'éjaculation précoce (EP) est une plainte extrêmement répandue. On estime habituellement sa prévalence aux alentours de 20 à 30 % de la population masculine. Les hommes affectés ne sont cependant pas nombreux à consulter des professionnels pour solutionner leur difficulté. Selon Levinson (2008), en France, ils ne seraient pas plus de 20%. Certaines explications ont été avancées : la gêne de dévoiler un problème intime, par exemple, même à un professionnel de la santé, le manque d'informations quant aux traitements disponibles (Althof, 2007) et/ou le coût relatif de ceux-ci. Tous ces éléments seraient d'importants freins à la consultation.

Cette situation est regrettable car des traitements efficaces existent. En effet, même s'il n'y a pas encore de consensus quant à l'étiologie du trouble, certains mécanismes de l'EP sont actuellement bien connus, ce qui permet des méthodes d'action de plus en plus précises et efficaces, tant au plan pharmacologique qu'au plan sexothérapeutique. En outre, dès les années 1970, des études ont montré que la lecture de documents didactiques concernant l'EP pouvait aider de nombreux hommes présentant ce trouble (Lowe & Mikulas, 1974; Trudel et al., 1985; De Sutter et al., 2002). Ce type d'approche est appelé « bibliothérapie ».

### 2. Objectifs

Le projet *BibliothEP* (pour « évaluation d'une *Bibliothérapie* de l'*Éjaculation Précoce* ») a pour objectif de remédier au faible taux de consultation pour EP.

1. L'objectif principal du projet consiste à améliorer l'approche bibliothérapeutique de l'EP à partir de connaissances et de techniques actualisées. À cette fin, une nouvelle bibliothérapie, le *Guide pratique de l'éjaculation précoce*, a été rédigée et testée auprès de 400 sujets présentant une EP. Les bénéfices escomptés sont de disposer <sup>(1)</sup> d'un manuel didactique efficace plus concis que ses prédécesseurs, <sup>(2)</sup>

de consignes thérapeutiques plus faciles à assimiler et, ainsi, <sup>(3)</sup> d'une méthode rendue accessible à un large public qui, ordinairement, ne consulte pas

2. Deuxièmement, l'étude *BibliothEP* vise également à établir certaines caractéristiques fonctionnelles et psychométriques d'un échantillon d'homme souffrant d'EP.

### 3. Méthode

#### 3.1. Le Guide pratique de l'EP

Le *Guide pratique* (Kempeneers, Bauwens & Andrianne, 2008) condense en 41 pages A5 des principes thérapeutiques simples d'explication et d'application. Il s'agit d'une adaptation vulgarisée du protocole décrit et argumenté par Kempeneers, Bauwens et De Sutter en 2004.

#### 3.2. Déroulement de l'essai et population

- **Pré-test (T0)** : 400 hommes EP (critères DSM IV) environ ont reçu le *Guide pratique* de l'EP après avoir rempli un questionnaire de pré-test en ligne (T0).
- **Groupe contrôle (Ti)** : parmi ceux-ci, un groupe contrôle a été constitué d'un peu plus de 60 sujets placés pendant deux mois sur une liste d'attente avant de remplir un second questionnaire de pré-test (Ti) puis de recevoir le *Guide pratique*.
- **Post-test 1 (T1)** : 120 sujets environ ont rempli un questionnaire de post-test (T1) en ligne 4 à 8 mois après avoir reçu le *Guide pratique*.
- **Post-test 2 (T2)** : parmi ceux-ci, à l'heure où nous écrivons ces lignes, 60 sujets ont en outre rempli un second questionnaire de post-test (T2) 4 à 8 mois après T1.

#### 3.3. Indicateurs

Les paramètres suivants ont été évalués :

##### Données sociodémographiques et psychométriques en pré-test

- Âge / niveau d'éducation
- Inventaire des tempéraments et des caractères (TCIR) de Cloninger

2<sup>e</sup> congrès de la BeSSM - Hôpital Erasme – Bruxelles – 5 juin 2010

- Échelle d'anxiété trait de Spielberger (STAI-B)
- Test d'auto-évaluation des pensées en interaction sociale (TAPIS) de Glass et al.
- Échelle d'anxiété sociale de Liebowitz (LSAS)

### Fonctionnement sexuel (comparaisons pré-test/post-test 1 et 2/contrôle)

- Latence éjaculatoire
  - « Durant ces derniers mois, quelle a été la durée moyenne de vos pénétrations ? »
  - 1. éj. avant intronmission 8. > 10 minutes
- Sentiment de contrôle
  - « Durant ces derniers mois, quel a été votre sentiment de contrôle sur votre éjaculation ? »
  - 1. aucun contrôle 7. contrôle total
- Satisfac on sexuelle
  - « Durant ces derniers mois, quelle a été votre satisfac on sexuelle globale ? »
  - 1. satis. nulle 7. satis. totale
- Détresse liée au trouble
  - « À quel point votre éjaculation prématurée représente-t-elle actuellement pour vous un problème important ? »
  - 1. pas un p. du tout 7. p. extrêmement important
- Anxiété durant les rapports sexuels
  - Échelle adaptée de la STAI-A (état) de Spielberger

### Cognitions sexuelles

#### (comparaisons pré-test/post-test)

- Questionnaire d'irrationalité sexuelle (SIQ) de McCormick & Jordan

### Sentiment d'amélioration en post-test

- 1. amélioration nulle 7. amélioration très nette

## 4. Résultats

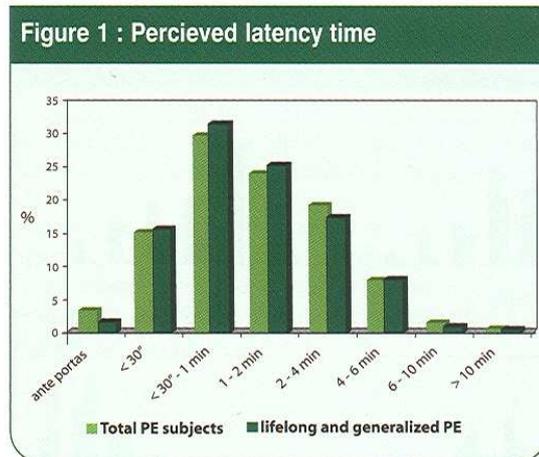
### 4.1. Caractéristiques fonctionnelles et psychométriques de l'échantillon

Parmi les 400 sujets de l'échantillon, 75% présentaient une forme primaire (de tous temps) et 25% une forme secondaire (acquise) du trouble. Cette répartition ne diffère guère de la distribution approximative de 2/3 (I) - 1/3 (II) considérée par Althof (2007) comme la règle générale.

Pour 80%, l'EP était généralisée (dans toutes les circonstances) et, pour 20%, elle était situationnelle. Dans ces

derniers cas, les facteurs de variation les plus souvent rapportés concernaient les émotions ressenties envers la partenaire, en ce compris l'excitation inhérente aux positions adoptées. Dans une moindre mesure, les sujets incriminaient des facteurs extérieurs à la relation : fatigue, stress, alcool. Enfin un peu moins de 20% s'estimaient incapables d'identifier valablement des facteurs de variation.

La **Figure 1** représente la distribution des temps de latence éjaculatoire rapportés par les sujets. La distribution reste la même lorsque l'on ne retient que les sujets relatant une forme primaire et généralisée du trouble (un peu moins des deux tiers de l'échantillon). Selon certains auteurs (Althof et al., 1995 ; Pryor et al., 2005 ; Rosen et al., 2007), l'autoévaluation des temps de latence serait, chez les hommes EP, assez fidèle à leur mesure chronométrique. Remarquons qu'un groupe d'experts mené par McMahon (2008) conseille de retenir des valeurs seuils de 1 à 2 minutes maximum pour diagnostiquer cette forme primaire et stable (« lifelong ») du trouble. Dans notre échantillon cependant, ces valeurs seuils auraient conduit à écarter du diagnostic respectivement 51% et 26% des sujets présentant effectivement une EP primaire et généralisée telle qu'établie sur la base des critères du DSM-IV.



Les sujets EP présentent des scores d'anxiété trait (STAI-B), d'anxiété sociale (LSAS, TAPIS) et d'irrationalité sexuelle (SIQ) faiblement mais significativement plus élevés que les normes. Les résultats aux échelles de personnalité



(TCIR) s'inscrivent quant à eux globalement dans des valeurs normales. Nous pourrions formuler l'hypothèse que les caractéristiques psychométriques des sujets EP ne s'écartent que modérément des normes de référence en raison du caractère non homogène du trouble. L'éjaculation prématurée pourrait en effet se devoir à plusieurs mécanismes morbides différents qui, dans une population EP globale, se côtoieraient et donneraient lieu à une certaine variabilité des profils psychologiques.

À l'appui de cette hypothèse, les résultats montrent que les formes d'EP les plus sévères, à savoir celles qui présentent un caractère à la fois primaire et généralisé et qui s'accompagnent d'un temps de latence moyen inférieur à 30 secondes (environ un dixième de l'échantillon), se distinguent du reste de l'échantillon par une anxiété sociale et un score d'évitement du danger (TCIR) significativement plus élevés. Ces observations soutiennent la proposition de Waldinger (2007), selon lequel les formes les plus sévères d'EP seraient largement dues à un hypofonctionnement sérotoninergique. En effet, l'hypofonctionnement sérotoninergique est également souvent invoqué dans l'explication des phobies sociales et des propensions à éviter les situations aversives, soit « l'évitement du danger ». Nos résultats corroborent donc le postulat étiologique d'un hypofonctionnement séro-

toninergique commun à ces divers types de difficultés. Toutefois, nous devons conclure avec précautions car il importe aussi de noter que les tendances exprimées par les indicateurs psychométriques demeurent statistiquement discrètes. À côté de cette forme sévère, on trouve la forme situationnelle d'EP qui concerne, elle, environ 20% de l'échantillon. Les sujets souffrant de cette forme d'EP sont moins enclins à l'anxiété sociale et à l'évitement du danger que ceux qui présentent la forme la plus sévère du trouble. En revanche, ils présentent des scores plus élevés à l'échelle d'anxiété-état STAI-B.

Ces résultats contrastés reflètent le rôle complexe de l'anxiété dans l'éjaculation prématurée. L'hypothèse pourrait être posée que des processus psychologiques différents expliquent en partie ces résultats. D'une part, certains sujets présenteraient une vulnérabilité anxieuse de nature biologique, peut-être innée, qui favoriserait l'émergence d'une EP sévère aussi bien que d'une anxiété sociale et d'une propension aux évitements phobiques. D'autre part, d'autres sujets se caractériseraient plutôt par une forme d'émotivité accompagnée d'une grande sensibilité aux circonstances, ce qui expliquerait les variations du trouble.

#### 4.2. Efficacité clinique de la bibliothérapie

Après lecture du *Guide pratique*, on observe une amélioration significative de tous les indicateurs de fonctionnement sexuel. Les améliorations se maintiennent après un an (T2).

La **Figure 2** illustre l'évolution des indicateurs de fonctionnement sexuel.

Les scores au Questionnaire d'irrationalité sexuelle ont eux aussi diminué suite à la bibliothérapie. Autrement dit, les personnes qui ont lu le *Guide pratique*, semblent présenter moins de croyances sexuelles réputées inadaptées.

#### 4.3. Facteurs d'amélioration et de non-amélioration.

Les résultats concernant le sentiment subjectif d'amélioration en post-test sont représentés à la **Figure 3**. En T1, plus de 85% des sujets estimaient que leur situation s'était améliorée suite à la bibliothérapie, au moins légèrement. D'un autre côté, près de 15% disaient n'en avoir retiré aucun bénéfice (valeur 1) et près de 20% estimaient l'amélioration seulement très légère (valeur 2).

Figure 2 : Improvement of the sexual functioning

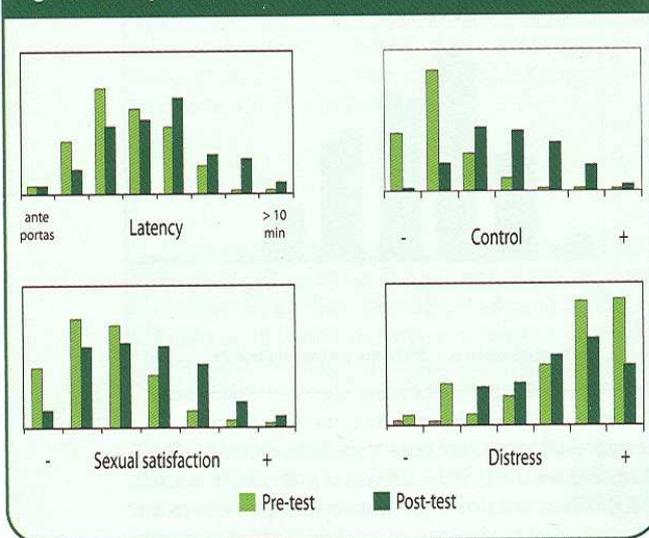
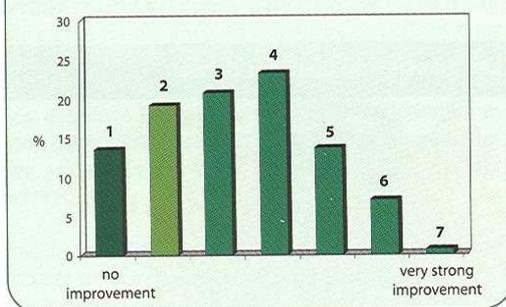


Figure 3 : feeling of improvement



En cas de non-amélioration, les sujets étaient invités à apporter des commentaires. Ceux-ci renvoient à trois grandes classes de motifs :

1. Exercices non réalisés. Les exercices préconisés dans le *Guide pratique* n'ont pas été réalisés, ou trop peu fréquemment. En cause un défaut de temps, des conditions d'intimité insuffisantes ou des réticences personnelles relatives à la masturbation.
2. Manque de recul. La fréquence des relations sexuelles reste insuffisante pour apprécier les résultats.
3. Inculpation de la partenaire ou de la relation. On trouve ici des explications telles qu'une partenaire opposée au changement sexuel, des difficultés relationnelles, des réticences sexuelles imputées à la partenaire ou un état de santé de la partenaire inconciliable avec la « pratique ».

*Existe-t-il un profil d'hommes qui prédirait une meilleure réponse thérapeutique ?*

Cette question a été explorée en croisant le sentiment d'amélioration en post-test T1 avec l'ensemble des paramètres évalués en ligne de base (T0). La réponse semble significativement meilleure pour les sujets qui avaient une latence éjaculatoire et un sentiment de contrôle moins mauvais en ligne de base, et pour ceux qui présentaient une EP situationnelle plutôt que généralisée. En revanche, la réponse ne dépend ni de l'âge, ni du niveau d'éducation, ni des facteurs de personnalité. En somme, le *Guide pratique* trouverait peut-être sa meilleure efficacité lorsque l'EP est d'un niveau de sévérité modéré.

## 5. Conclusions et perspectives

Sur le plan psychométrique, les premiers résultats de notre étude montrent que les hommes EP ne diffèrent que faiblement de la population générale. Toutefois, des différences émergent légèrement lorsque l'on considère certains sous-groupes. En l'occurrence, les formes les plus sévères du trouble s'accompagnent d'un niveau plus élevé d'anxiété sociale et d'une propension plus marquée à fuir les situations aversives. Même si la tendance reste discrète, cette observation ne va pas sans alimenter l'hypothèse étiologique d'un hypofonctionnement sérotoninergique caractérisant une vulnérabilité à plusieurs difficultés, dont l'EP. À l'opposé, les formes situationnelles d'EP se caractérisent, elles, par une anxiété de nature un peu différente, une forme d'émotivité, probablement, responsable des variations du trouble en fonction de circonstances relationnelles et affectives.

Sur le plan de l'efficacité clinique, la bibliothérapie permet effectivement une amélioration sensible des problèmes d'EP, surtout lorsque ceux-ci sont d'un niveau de sévérité modéré. Certains tableaux cliniques sont toutefois d'une complexité qui dépasse la capacité thérapeutique du *Guide pratique*. Des paramètres relationnels notamment peuvent parfois hypothéquer son efficacité. Dans ces cas, la rencontre d'un professionnel reste indispensable à l'ajustement du traitement. Quoi qu'il en soit, le rapport coût/bénéfice du *Guide pratique* en fait un instrument thérapeutique idéal en première ligne. Sa large diffusion pourrait en outre s'avérer utile en matière de prévention, en œuvrant à l'amélioration de la santé sexuelle des populations.

Par ailleurs, on peut se demander si certaines formes sévères d'EP ne bénéficieraient pas davantage encore d'un traitement combinant bibliothérapie et pharmacothérapie. Des essais cliniques complémentaires devraient être envisagés en ce sens. ■

a. Université de Liège, Unité de Psychologie Clinique Comportementale et Cognitive (B). b. Clinique Psychiatrique des Alexiens, Henri-Chapelle (B). c. Université de Liège, Service d'Urologie (B). d. Sexologues d'exercice libéral, Liège (B).  
Contact : p.kempeneers@ulg.ac.be

Références disponibles sur demande