



# Ejaculation précoce : traitement médicamenteux ou approche sexologique ?

Rev Med Suisse 2008 ; 4 : 780-4

**M. Wisard**  
**N. Audette**

**Dr Marc Wisard**  
Centre de procréation médicalement assistée  
Rue de la Vigie 5, 1003 Lausanne  
marc.wisard@cpma.ch

**Nicole Audette**  
Sexothérapeute  
6142 Durocher, Montréal H2V 3Y6  
Québec  
info@naudette.com

## Premature ejaculation : pills or sexology ?

Premature ejaculation (PE) is a frequent male sexual complaint that affects 20 to 30% of men. The exact aetiology is unknown : psychological/behavioristic and biogenic etiologies have been proposed. The introduction of selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) was revolutionary in the medical treatment of PE. However precautions should be taken because of potential adverse side effects. There is no clear consensus as to whether SSRI may represent an eventual cure of PE or will be required for life. The sexocorporeal approach is an other treatment of PE, but convincing scientific treatment data are also lacking.

L'éjaculation précoce (EP) est un trouble sexuel qui touche 20 à 30% des hommes. Son étiologie est variée (psychologique, comportementale, neurobiologique et génétique). Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) ont révolutionné son traitement. Leur efficacité à court terme est prouvée. Ils provoquent toutefois des effets secondaires et leur efficacité à long terme reste inconnue (guérissent-ils l'EP ou faut-il les prendre à vie?).

Une approche sexologique, non médicamenteuse, comme l'approche sexocorporelle garde toute sa place dans la prise en charge de l'EP, quand bien même les preuves scientifiques de son efficacité à court, moyen et long termes font défaut.

## INTRODUCTION

La prise en charge de la dysfonction érectile a été révolutionnée par l'arrivée du sildénafil, du vardénafil et du tadalafil. Efficaces chez plus de 80% des patients, ces trois molécules ont rapidement supplanté toutes les autres formes de traitements jusque-là disponibles. La même révolution pharmacologique est en train de se produire dans l'éjaculation précoce : les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)

risquent de supplanter toutes les autres formes de traitements essentiellement d'essence psychosexologique. Il nous a semblé utile de faire le point sur la prise en charge de ce trouble sexuel extrêmement fréquent.

## INCIDENCE, DÉFINITION, ÉTILOGIE ET RÉPERCUSSION DE L'ÉJACULATION PRÉCOCE

Dans le monde animal, plus une espèce est vulnérable, plus elle éjacule rapidement. Durant des siècles, le fait d'éjaculer rapidement était synonyme de survie et de vigueur. La révolution sexuelle, le droit à l'orgasme ont envoyé ce concept archaïque aux oubliettes.

### Incidence

L'incidence de l'éjaculation précoce selon les données récentes de la littérature serait de 20 à 30%. C'est le premier trouble sexuel chez l'homme de moins de 30 ans. Son incidence reste relativement stable avec l'âge puisqu'elle est de 22% entre 40 et 49 ans et 23% entre 50 et 59 ans. 60% des hommes souhaiteraient éjaculer plus tardivement.<sup>1</sup>

### Définition

Durant des années, la définition de l'éjaculation précoce a reposé sur une mesure du temps ou de mouvements. Le sexe se pratiquant en général à deux, certaines définitions ont ensuite intégré la partenaire. Pour Master et Johnson, était éjaculateur précoce l'homme qui éjaculait avant que sa femme n'arrive à l'orgasme dans 50% des rapports sexuels.<sup>2</sup> Cette définition n'était pas satisfaisante : en effet, l'homme qui éjacule après douze minutes mais dont la parte-



naire a besoin de quinze minutes pour arriver à l'orgasme ne peut être taxé d'éjaculateur précoce !

Pour H. Kaplan, l'éjaculateur précoce est l'homme dont l'orgasme se produit en tant qu'acte réflexe, c'est-à-dire qui échappe à son contrôle volontaire, une fois que son excitation sexuelle a atteint une certaine intensité.<sup>3</sup> La seconde consultation internationale sur les dysfonctions sexuelles a intégré dans sa définition la souffrance que ce trouble engendre : brièveté de la latence éjaculatoire, perte de contrôle et détresse psychologique du patient et ou de sa partenaire.<sup>4</sup>

Dans le DSM-IV, l'éjaculation précoce est définie ainsi : éjaculation survenant de manière persistante ou récurrente, avec une stimulation sexuelle minimale, avant ou rapidement après la pénétration, avant que l'individu le souhaite. Pour poser ce diagnostic, il faut en outre que le trouble induise une détresse psychologique ou des difficultés de couple. Cette définition a une faible valeur prédictive et elle n'est pas employable en recherche ou en clinique. Les études cliniques visant à évaluer les ISRS, en les comparant entre eux et à des placebos, ont amené à reprendre comme critère de mesure, le temps et à utiliser le IELT (*Intravaginal ejaculation latency time*) qui définit le temps entre le début de la pénétration vaginale et l'éjaculation intravaginale.<sup>5</sup> Dans une étude internationale réalisée dans cinq pays, portant sur 500 couples, le IELT médian était de 5,4 minutes, passant de 6,5 minutes chez les 18-30 ans et à 4,3 minutes chez les plus de 50 ans. Une autre étude aux Etats-Unis a montré que le IELT est de 7,3 minutes chez les individus sans troubles éjaculatoires et de 1,8 minute chez ceux consultant pour éjaculation précoce.<sup>6</sup>

M. D. Waldinger définit de manière empirique l'éjaculateur précoce comme étant l'homme dont le IELT est inférieur à une minute dans plus de 90% des rapports sexuels, indépendamment de son âge et de la durée de sa relation.

## Etiologie

Les conceptions sur l'étiologie de l'éjaculation précoce ont évolué ces cent dernières années et peuvent être réparties en quatre phases chronologiques :

- la *première*, 1887-1917, est celle où l'éjaculation précoce est reconnue et apparaît dans la littérature médicale, citée en 1887 par Gross, puis en 1901 par Krafft-Ebing ;
- la *seconde* qui s'étend de 1917 à 1950, est celle où elle est décrite comme une neurose relative à un conflit inconscient. Déjà à l'époque certains auteurs attirent l'attention sur le fait qu'un problème anatomique comme un frein court, voire une hypersensibilité du gland, pourrait jouer un rôle ;
- la *troisième* qui s'étend de 1950 à 1990 est celle où Master et Johnson considèrent que l'éjaculation précoce est secondaire à un problème d'apprentissage ;
- la *quatrième* qui a débuté en 1990 est celle où l'on évoque des problèmes d'hyper, voire d'hyposensibilité, des récepteurs cérébraux à la sérotonine.

Citons encore l'association reconnue, sans que cela soit considéré comme des facteurs de risque de l'éjaculation précoce, avec l'anxiété, la dépression et la faible activité sexuelle. Un lien a également été suggéré avec la prostatite chronique et les troubles érectiles.

Une autre hypothèse biologique récente est celle d'une anomalie de la leptine qui, au niveau cérébral, est en relation étroite avec le système sérotoninergique : il existe une corrélation positive entre les taux de leptine et le IELT.

M. D. Waldinger a récemment proposé de départager l'éjaculation précoce en quatre groupes distincts :<sup>7</sup>

1. *L'éjaculation précoce primaire* apparaît dès les premiers rapports sexuels, elle est présente à chaque rapport, avec des partenaires différentes, durant toute la vie. 80% des patients ont un IELT compris entre 30 et 60 sec et 20% entre une et deux minutes. L'origine serait neurobiologique ou/et génétique. La prévalence est faible. Les données scientifiques pour savoir si ce type d'EP est guérissable manquent !
2. *L'éjaculation précoce secondaire ou acquise* apparaît subitement ou progressivement chez un homme qui jusque-là contrôlait bien son éjaculation. Elle est associée à un trouble érectile, à une prostatite, à un problème psychologique ou à un conflit de couple. Elle disparaît lorsque le problème associé est réglé. La prévalence est faible.
3. *L'éjaculation précoce naturelle* apparaît de manière occasionnelle suivant les circonstances. Il ne s'agit que de variations normales du IELT. La prévalence est élevée.
4. *La pseudo-éjaculation précoce* : l'homme a un IELT normal entre 5 et 25 minutes mais, malgré cela, se croit éjaculateur précoce. La prévalence est élevée.

Selon M. D. Waldinger, le chiffre de 20 à 30% d'hommes éjaculateurs précoces doit être relativisé car les deux premiers types d'éjaculation précoce ont une prévalence basse et les deux derniers types une prévalence élevée.

L'impact de l'éjaculation précoce sur l'homme, la femme et le couple peut être grave et mener au divorce. Rappelons que dans les pays industrialisés occidentaux du Nord, le taux de divorce se situe entre 30 et 50%. En Suisse, à la fin du XX<sup>e</sup> siècle, 43% des mariages se sont terminés par un divorce. Aux Etats-Unis, dans 22% des cas, la cause du divorce est une dysfonction sexuelle !

## APPROCHE MÉDICAMENTEUSE : LES INHIBITEURS SÉLECTIFS DE LA RECAPTURE DE LA SÉROTONINE

Dès leur mise sur le marché, les déprimés ont remarqué que sous ISRS, ils éjaculaient de manière retardée. Depuis lors, l'effet sur l'éjaculation de la plupart des ISRS disponibles sur le marché a été évalué. Ils augmentent tous le IELT : la paroxétine (20-40 mg) de 8,8 fois, la clomipramine (10-50 mg) de 4,6 fois, la sertraline (50-100 mg) de 4,1 fois et la fluoxétine (20-40 mg) de 3,9 fois. Notons au passage que le placebo est également efficace puisqu'il l'augmente de 1,4 fois. L'effet se fait sentir après une semaine déjà, mais certaines études ont montré qu'il peut diminuer au bout de six à douze mois.<sup>8,9</sup> Les guidelines de l'AUA (American Urological Association) et de l'EAU (European Urological Association) recommandent la prescription de ces molécules soit en dose journalière, soit à la demande quatre heures avant un rapport sexuel. Les éjaculateurs précoces de longue date préfèrent la prise quotidienne à la prise à la demande car elle permet une meilleure spontanéité de l'acte sexuel.<sup>10</sup>

La dapoxétine, un nouvel ISRS, de courte durée d'ac-



tion, utilisée à la demande, juste avant un rapport sexuel a été développée spécialement pour traiter l'éjaculation précoce. A la dose de 30 à 60 mg, elle augmente de trois à quatre fois le IELT au bout d'une période de douze semaines, avec une bonne tolérance et une bonne sécurité.<sup>11</sup>

Si les ISRS s'avèrent efficaces, il faut mentionner les effets secondaires qu'ils induisent : fatigue, bâillements, nausées. Ils sont toutefois modérés. Survenant en début de traitement, ils disparaissent graduellement en deux à trois semaines. Une baisse de la libido et une dysfonction érectile sont extrêmement rares chez les patients en bonne santé, non déprimés, souffrant de longue date d'EP. Le recours aux ISRS ne devrait pas se faire chez les jeunes de moins de dix-huit ans, déprimés ayant des idées suicidaires. De récentes méta-analyses ont en effet montré que les ISRS augmentent les idées suicidaires ainsi que les tentatives de suicides comparativement au placebo mais pas plus que les autres antidépresseurs.<sup>12</sup>

Les IRSS sont indéniablement efficaces comme l'attestent plusieurs études scientifiques à la méthodologie rigoureuse. Au-delà de leurs effets secondaires, reste la question de leur efficacité à long terme : guérissent-ils de l'éjaculation précoce ou faut-il les prendre à vie ?

Les opposants aux ISRS s'offusqueront en avançant que cette voie pharmacologique est une nouvelle tentative de médicalisation de la sexualité. C'est pour cela qu'il nous a semblé utile de présenter une approche sexologique non médicamenteuse : l'approche sexocorporelle.

## APPROCHE SEXOLOGIQUE AVEC LA MÉTHODE SEXOCORPORELLE

Il n'est pas si simple de rester à la pointe de ce qui se passe en sexologie. Depuis quelques années, il existe une sexothérapie appelée « approche sexocorporelle ». <sup>13,14</sup> Comme son nom l'indique, cette approche implique le corps. Elle s'applique à plusieurs dysfonctions sexuelles, tant chez les hommes que chez les femmes. Chez les hommes souffrant d'anxiété de performance ou d'un manque d'intrusivité, par exemple ; quant aux femmes qui manquent de désir sexuel, qui sont anorgasmiques ou qui souffrent de vaginisme, elles bénéficient grandement de cette approche.

L'approche sexocorporelle se base sur les lois du corps universellement reconnues, soit l'utilisation de l'espace, l'intensité musculaire et le rythme, propres à toutes activités corporelles comme la danse, les arts martiaux, le sport, etc. Cette approche a pour but d'améliorer la qualité de l'excitation sexuelle sur le plan physiologique, en tenant compte du plaisir et de la jouissance qui devraient l'accompagner. On sait que le plaisir et la jouissance sont des données qualitatives et subjectives, c'est-à-dire perceptives et émotionnelles. Basée sur un concept de « santé sexuelle », l'approche sexocorporelle évalue les problématiques sexuelles tant au plan de la fonction excitatoire que de la fonction de plaisir. La première se rapporte aux réactions physiologiques de l'excitation sexuelle et la deuxième, aux facteurs psycho-émotionnels, eux-mêmes formés de plusieurs éléments. Ces deux fonctions, aussi importantes l'une que l'autre, sont en continuelle interaction et influencent la qualité de l'excitation ainsi que celle du plaisir.

C'est donc à partir de cette grille que se fait un diagnostic en thérapie sexocorporelle. Toutefois, cette approche consiste également en l'apprentissage de certaines habiletés sexocorporelles, lorsque nécessaire, ce qui rend cette approche unique et innovatrice. De façon générale, ces habiletés permettent à un individu d'apprendre à diffuser son excitation, à la canaliser, à la gérer ainsi qu'à effectuer un lâcher-prise, afin de lui permettre de s'abandonner dans un orgasme puissant.

Cette approche est donc tout indiquée chez les hommes éjaculateurs précoces ou rapides, dont la difficulté à prolonger l'excitation sexuelle relève généralement des réactions physiologiques se manifestant dans leur corps lorsqu'ils sont excités. Notons que la différence entre « précoce » et « rapide » se situe dans la durée. Nous disons « précoce » lorsqu'un homme ne peut maintenir son excitation coïtale plus d'une minute, et « rapide » lorsqu'il peut la maintenir environ deux minutes. La plupart des hommes qui consultent pour ce problème sont également affectés sur le plan émotionnel. Toutefois, c'est davantage leur difficulté à gérer leur excitation qui suscite en eux des malaises émotionnels, parfois très importants, plutôt que l'inverse. Les hommes qui éjaculent malgré eux, après quelques va-et-vient, appréhendent généralement la pénétration, vécue avec une anxiété grandissante. Un homme peut donc être au sommet de l'excitation physiologique, tout en étant au sommet de son déplaisir émotionnel. C'est sans compter le sentiment de faible estime de soi-même développé à la suite d'échecs répétés.

Certains hommes se « préoccupent » tellement des réactions de leur partenaire, qu'ils en oublient de « s'occuper » d'eux-mêmes. Privés du contact avec leur propre corps, ils sont envahis par l'excitation, sans pouvoir intervenir à temps. Pour traiter efficacement l'éjaculation précoce et rapide, l'approche sexocorporelle se base sur la compréhension de ce qui advient dans le corps d'un homme excité sexuellement, soit la congestion sanguine du réflexe érectile d'une part, et la pression exercée par certaines réactions musculaires sur cette congestion, d'autre part. Ce qui favorise, chez les hommes facilement excitables, le déclenchement involontaire des spasmes éjaculatoires. Ces réactions musculaires sont des contractions provoquées particulièrement par la posture et les mouvements d'un homme lors de la pénétration, mais aussi par la contraction réflexe et souvent inconsciente des muscles ischio-caverneux et bulbo-caverneux.

Au cours d'une évaluation sexologique, certaines questions spécifiques s'imposent. En a-t-il toujours été ainsi, ou seulement avec une partenaire en particulier ? Vit-il une excitation plus intense avec cette partenaire ? Y a-t-il de l'anxiété lorsqu'il fait l'amour ? Peut-il être caressé manuellement ou oralement sans problème ? Est-il capable de saisir son point de « non-retour » lorsqu'il est seul ? A-t-il toujours recherché un soulagement rapide lorsqu'il se masturbait ou cherchait-il, sans succès, à prolonger son excitation ? La compréhension du lien existant entre les contractions musculaires et les risques de déclenchement des spasmes éjaculatoires est essentielle. En simulant les mouvements de la pénétration, l'homme peut facilement prendre conscience des tensions exercées sur la conges-



tion sanguine du pénis lors d'une relation sexuelle. Tant qu'un homme conservera ses mêmes vieilles habitudes, il perpétuera le problème qu'il déplore.

Les habiletés qu'un homme aura à développer pour parvenir à un summum d'excitation et de plaisir consisteront donc à lui apprendre à bouger avec un minimum de tensions musculaires. La respiration abdominale fait partie des apprentissages liés aux relâchements musculaires. Notons entre autres les «habiletés de base» et les «habiletés intégrées». Les premières consistent en l'apprentissage de la double bascule réflexe, tandis que les habiletés intégrées permettent de faire ce mouvement de va-et-vient avec un minimum de tensions musculaires. La notion de rythme fait également partie des habiletés intégrées. La double bascule réflexe est un mouvement de bascule du bassin ainsi que du haut du corps, incluant le renversement de la tête vers l'arrière. Pour en faciliter l'exécution de manière consciente, un sexothérapeute formé à l'approche sexocorporelle enseignera d'abord comment basculer le bassin dans plusieurs positions : à quatre pattes pour faciliter la position du missionnaire ; debout pour faciliter la position derrière une partenaire ; sur le dos ; sur le côté. Après une semaine de cet apprentissage, le sexothérapeute enseignera comment exécuter la bascule du haut du corps, ainsi que la renverse de la tête. Puis, comment associer ces deux bascules.

La majorité des hommes peuvent, en deux à quatre séances, exécuter les habiletés de base. L'apprentissage des habiletés intégrées s'ajoute seulement lorsque ces hommes possèdent les habiletés de base. Ils peuvent alors prendre conscience de la différence entre un état de tension et un état de relâchement musculaire. Ils apprennent ainsi à faire la double bascule réflexe tout en relâchant les muscles «à risque», soit les muscles fessiers, ceux des jambes, les ischi-caverneux et les bulbo-caverneux, ainsi que le sphincter anal.

Le rôle de la respiration est très important. Nous distinguerons deux types de respiration. Tout d'abord, la respiration abdominale, qui consiste à remplir le bas du ventre comme un ballon. C'est une «bouée de sauvetage». Cette simple respiration a pour effet de relâcher les muscles du bas du ventre situés près des zones génitales. Plusieurs hommes sont surpris de ressentir un énorme changement dans la durée de leurs relations sexuelles, même après une seule rencontre, grâce à cette manière de respirer et de se détendre. Cette respiration a d'abord pour but de prendre une pause, et même plusieurs, lorsque ces hommes font seuls l'apprentissage de leur point de «non-retour».

Ensuite, la respiration axée sur l'expiration profonde. En effet, c'est principalement la manière d'expirer qui permet à un éjaculateur précoce ou rapide de continuer à bouger, tout en relâchant au maximum les muscles déjà mentionnés. Toutefois, la respiration «bouée de sauvetage» lui sera toujours utile, voire même nécessaire, à certains moments. Lorsque nous expirons très profondément, nos muscles abdominaux se «compriment», ce qui a pour effet de permettre à notre bassin d'avancer vers l'avant, sans l'intervention de nos muscles fessiers. L'expiration en profondeur joue donc un rôle primordial dans l'exécution

de la double bascule réflexe. Elle permet non seulement au bassin d'avancer de lui-même, mais aussi à la bascule du haut du corps de se faire sans effort, ainsi qu'à la tête de se renverser automatiquement. Nous le constatons plus facilement lorsque nous, hommes ou femmes, sommes sur le dos, les jambes repliées ou allongées.

Quant au rythme, il revêt également une grande importance pour gérer l'excitation sexuelle, puisqu'un rythme très rapide déclenche les automatismes de la décharge, surtout chez les hommes facilement excitables. Il s'agira donc pour ces hommes de pratiquer la double bascule réflexe à divers rythmes, en les adaptant à leur degré d'excitation, sans oublier le relâchement musculaire.

Ainsi, après l'intégration de leurs habiletés sexocorporelles, bien des hommes éjaculateurs précoces et rapides parviennent à décider du moment de leur décharge éjaculatoire et obtiennent ainsi le maximum de plaisir et de satisfaction dans la phase d'excitation. C'est le jeu de l'interaction qui se manifeste. La sexothérapie est terminée lorsqu'un homme est capable de gérer son excitation et qu'il s'en dit satisfait. De façon générale, les commentaires de leur partenaire reflètent également cette satisfaction. Une dernière séance a lieu trois semaines plus tard, afin de s'assurer de la consolidation positive de la thérapie. Des patients ont fourni la preuve que leur capacité à gérer leur excitation était durable lorsqu'ils revenaient, après plusieurs années, pour une autre raison. Il est toutefois arrivé que d'autres patients aient à déplorer une plus grande difficulté à maîtriser leur excitation. Après évaluation, il s'avérait qu'ils avaient repris leurs «vieilles habitudes». Dans ces cas, quelques séances suffisent pour les remettre sur le bon chemin de la volupté. En résumé, les pressions musculaires exercées sur la congestion sanguine du pénis sont en lien direct avec les risques de déclencher les spasmes éjaculatoires. C'est pourquoi l'approche sexocorporelle, qui en tient compte, a autant de succès auprès des éjaculateurs précoces et rapides.

Après avoir traité avec succès plus de 1500 hommes, depuis une vingtaine d'années, nous pouvons affirmer que cette approche, tout en étant brève, est efficace et durable. Après environ six à dix rencontres, la plupart apprennent à gérer leur excitation et certains parviennent même à la prolonger au-delà d'une quinzaine de minutes. Non seulement parviennent-ils à prolonger leur excitation de façon significative, mais ils découvrent le plaisir et la jouissance qui l'accompagnent.

## CONCLUSION

Ejaculation précoce : traitement pharmacologique ou sexologique ? D'un point de vue scientifique, le traitement pharmacologique a fait de manière indiscutable la preuve de son efficacité à court terme. Cependant, ses effets secondaires ne sont pas négligeables et son efficacité à long terme reste inconnue. Il est impossible aujourd'hui d'affirmer qu'il guérit l'éjaculation précoce.

L'approche sexocorporelle est efficace selon ses partisans. Force est toutefois de constater, et c'est malheureusement le cas pour la plupart des traitements sexologiques, que les études prouvant cette efficacité font cruellement



défaut. Le recours à la sexologie ne s'applique pas à tout éjaculateur précoce. Il faut en effet être prêt à consulter un sexologue, à se remettre en question, à investir du temps, de l'énergie et parfois de l'argent. Enfin, il vaut mieux partager son lit avec une partenaire compréhensive, patiente et à l'esprit ouvert. Ces conditions optimales ne se rencontrent pas chez tout un chacun. C'est la raison pour laquelle les ISRS, et notamment, la dapoxétine ont un bel avenir devant eux, ceci d'autant plus, qu'au contraire des sexologues, les moyens financiers pour faire leur promotion ne vont pas manquer. Le « marché » est là ! 20% à 30% des hommes souffrent d'éjaculation précoce et... 60% souhaitent éjaculer plus tardivement ! ■

### Implications pratiques

- L'éjaculation précoce est un trouble sexuel très fréquent
- L'éjaculation précoce ne devrait pas être négligée car ses répercussions peuvent être dévastatrices
- L'éjaculation précoce est un trouble qui se traite

### Bibliographie

- 1 \* Jannini EA, Lenzi A. Epidemiology of premature ejaculation. *Curr Opin Urol* 2005;15:399-403.
- 2 Masters WH, Johnson VE. Premature ejaculation. In: *Human sexual inadequacy*. Boston: Little Brown, 1970: 92-115.
- 3 Singer Kaplan H. L'éjaculation précoce: comment y remédier. Laval-Canada: Guy St-Jean Ed., 1994.
- 4 Lue T, Giuliano F, Khoury S, Rosen R. Clinical manual of sexual medicine. Report of the 2nd International Consultation on sexual dysfunctions. Paris June 20-July 1, 2003.
- 5 Waldinger MD, Hengeveld MW, Zwinderman AH, Olivier B. An empirical operationalization study of DSM-IV diagnostic criteria for premature ejaculation. *Int J Psychiatry* 1998;2:287-93.
- 6 \* Waldinger MD, Quinn P, Dileen M. A multinational population survey of intravaginal ejaculation latency time. *J Sex Med* 2005;2:492-7.
- 7 \*\* Waldinger MD. Premature ejaculation: State of the art. *Urol Clin N Am* 2007;34:591-9.
- 8 Patrick DL, Althof SE, Pryor JL. Premature ejaculation. An observational study of men and their partners. *J Sex Med* 2005;2:358-67.
- 9 Giuliano F, Clément P. Serotonin and premature ejaculation: From physiology to patient management. *Eur Urol* 2006;50:454-66.
- 10 Waldinger MD, Zwinderman AH, Olivier B, Schweitzer DH. The majority of men with lifelong premature ejaculation prefer daily drug treatment: An observation study in a consecutive group of dutch men. *J Sex Med* 2007;(4 Pt 1):1028-37.
- 11 \* Pryor JL, Stanley EA, Steidle C, et al. Efficacy and tolerability of dapoxetine in treatment of premature ejaculation: An integrated analysis of two double-blind, randomised controlled trials. *Lancet* 2006;368:929-37.
- 12 Hättenschwiler J, Baumann P, Hatzinger M, et al. Les antidépresseurs favorisent-ils la suicidalité et le suicide chez les individus dépressifs? *Forum Med Suisse* 2007;7:757-64.
- 13 Desjardins JY. Approche sexocorporelle. La compétence érotique à la portée de tous. Dans: *La sexothérapie: quelle thérapie choisir en sexologie clinique?* Mansour El Feki. Bruxelles: de Boeck & Larcier ed, 2007;2:61-97.
- 14 \*\* Audette N. Atteindre l'extase grâce à l'approche sexocorporelle. Québec: Les éditions logiques, 2005.

\* à lire

\*\* à lire absolument