

**Université de Poitiers**  
**Faculté de Médecine et Pharmacie**

**ANNEE 2012**

*Thèse n°*

**THESE**

**POUR LE DIPLOME D'ETAT**  
**DE DOCTEUR EN MEDECINE**  
**(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement  
le 27 septembre 2012 à Poitiers  
par **Madame Clémence PERNIN**

**Evaluation de stratégies pour aborder  
l'éjaculation précoce en médecine générale :  
étude pilote**

**Composition du Jury :**

**Président** : Monsieur le Professeur Bertrand DORE

**Membres** : Madame le Professeur Christine SILVAIN  
Monsieur le Professeur Michel MORICHAU-BEAUCHANT  
Monsieur le Professeur Bernard GAVID  
Monsieur le Docteur Sébastien CADIER  
Madame Marie-Line LASSAGNE BOUCHELOT

**Directeur de thèse** : Monsieur le Docteur Sébastien CADIER

# REMERCIEMENTS

Je voudrais adresser mes sincères remerciements à Monsieur le Professeur DORE pour avoir accepté de présider ce jury de thèse.

Merci également à Madame le Professeur SILVAIN et à Monsieur le Professeur MORICHAU-BEAUCHANT d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse bien que le sujet s'éloigne un peu de leur discipline d'exercice.

Merci également à Monsieur le Professeur Bernard GAVID, représentant de la filière de médecine générale, de participer au jury.

Je remercie également la sexologue Madame Marie-line LASSAGNE BOUCHELOT pour sa précieuse aide et sa disponibilité dans cette étude ; merci de me faire l'honneur de participer à ce jury de thèse.

Un grand merci à toi Sébastien pour ta patience et ton aide ; sans toi, jamais cette belle aventure n'aurait pu avoir lieu.

Merci de m'avoir guidée tout au long de ce parcours sans jamais avoir douté de moi et de mes capacités ; j'espère un jour être capable de rendre la pareille.

Ton implication dans la recherche est tout à ton honneur ; heureusement qu'il existe des médecins comme toi pour guider et aider les plus jeunes dans leurs premiers pas de recherche.

Ta rencontre m'a beaucoup appris, merci encore pour tout.

Merci à Madame Marie-Noëlle BORDAGE pour sa disponibilité et sa bonne humeur tout au long de mes études.

Je remercie mes parents pour leur soutien indéfectible pendant toutes ces années et plus particulièrement lors de cette dernière année.

Merci à mes amis qui m'ont toujours soutenue, et plus particulièrement cette dernière année.

Merci à toi Laurent pour ta patience légendaire avec moi et ta gentillesse. Je suis heureuse de t'avoir rencontrée.

# UNIVERSITE DE POITIERS

## Faculté de Médecine et Pharmacie

*Le Doyen*

Année universitaire 2011-2012

### LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

#### Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, Bactériologie-Virologie
2. ALLAL Joseph, Thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, Neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, Cancérologie-Radiothérapie
5. BRIDOX Franck, Néphrologie
6. BURUCOA Christophe, Bactériologie-Virologie-Hygiène
7. CARRETIER Michel, Chirurgie générale
8. CHRISTIAENS Luc, Cardiologie
9. CORBI Pierre, Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
10. DAGREGORIO Guy, Chirurgie plastique et Reconstructrice
11. DEBAENE Bertrand, Anesthésiologie Réanimation Chirurgicale
12. DEBIAIS Françoise, Rhumatologie
13. DORE Bertrand, Urologie
14. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
15. EUGENE Michel, Physiologie
16. FAUCHERE Jean-Louis, Bactériologie-Virologie (surnombre)
17. FAURE Jean-Pierre, Anatomie
18. FRITEL Xavier, Gynécologie-Obstétrique
19. FROMONT-HANKARD Gaëlle, Anatomie et cytologie pathologiques
20. GAYET Louis-Etienne, Chirurgie orthopédique et traumatologique
21. GICQUEL Ludovic, Pédopsychiatre
22. GILBERT Brigitte, Génétique
23. GOMBERT Jean-Marc, Immunologie
24. GOUJON Jean-Michel, Anatomie et cytologie pathologiques
25. GUILHOT-GAUDEFFROY François, Hématologie et Transfusion
26. GUILLET Gérard, Dermatologie
27. HADJADJ Samy, Endocrinologie et Maladies métaboliques
28. HANKARD Régie, Pédiatrie
29. HAUET Thierry, Biochimie
30. HERPIN Daniel, Cardiologie et Maladies vasculaires
31. HOUETO Jean-Luc, Neurologie
32. INGRAND Pierre, Biostatistiques, Informatique médicale
33. IRANI Jacques, Urologie
34. KEMOUN Gilles, Médecine physique et Réadaptation (détachement)
35. KITZIS Alain, Biologie cellulaire
36. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
37. KRAIMPS Jean-Louis, Chirurgie générale
38. LECRON Jean-Claude, Biochimie et Biologie moléculaire
39. LEVARD Guillaume, Chirurgie infantile
40. LEVILLAIN Pierre, Anatomie et Cytologie pathologiques
41. MAGNIN Guillaume, Gynécologie-obstétrique (surnombre)
42. MARCELLI Daniel, Pédopsychiatre (surnombre)
43. MARECHAUD Richard, Médecine interne
44. MAUCO Gérard, Biochimie et Biologie moléculaire
45. MENU Paul, Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
46. MEURICE Jean-Claude, Pneumologie
47. MIMOZ Olivier, Anesthésiologie, Réanimation chirurgicale
48. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, Hépto-Gastro-Entérologie
49. NEAU Jean-Philippe, Neurologie
50. ORIOT Denis, Pédiatrie
51. PACCALIN Marc, Gériatrie
52. PAQUEREAU Joël, Physiologie
53. PERAULT Marie-Christine, Pharmacologie clinique
54. PERDRISOT Rémy, Biophysique et traitement de l'Image
55. PIERRE Fabrice, Gynécologie et obstétrique
56. POURRAT Olivier, Médecine interne
57. PRIES Pierre, Chirurgie orthopédique et traumatologique
58. RICCO Jean-Baptiste, Chirurgie vasculaire
59. RICHER Jean-Pierre, Anatomie
60. ROBERT René, Réanimation médicale
61. ROBLLOT France, Maladies infectieuses, Maladies tropicales
62. ROBLLOT Pascal, Médecine interne
63. RODIER Marie-Hélène, Parasitologie et Mycologie
64. SENON Jean-Louis, Psychiatrie d'adultes
65. SILVAIN Christine, Hépto-Gastro-Entérologie
66. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, Rhumatologie
67. TASU Jean-Pierre, Radiologie et Imagerie médicale
68. TOUCHARD Guy, Néphrologie
69. TOURANI Jean-Marc, Cancérologie Radiothérapie, option cancérologie (type clinique)
70. TURHAN Ali, Hématologie-transfusion
71. VANDERMARCO Guy, Radiologie et Imagerie médicale
72. WAGER Michel, Neurochirurgie

### ***Maîtres de Conférences des Universités Praticiens Hospitaliers***

1. ARIES Jacques, Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
2. BEBY-DEFAUX Agnès, Bactériologie-Virologie-Hygiène
3. BEN-BRIK Eric, Médecine du travail
4. BOINOT Catherine, Hématologie et Transfusion
5. BOUNAUD Jean-Yves, Biophysique et Traitement de l'Image
6. BOURMEYSTER Nicolas, Biologie cellulaire
7. CASTEL Olivier, Bactériologie-Virologie-Hygiène
8. CATEAU Estelle, Parasitologie et Mycologie
9. CREMNITER Julie, Bactériologie, Virologie
10. DAHYOT-FIZELIER Claire, Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
11. DIAZ Véronique, Physiologie
12. FAVREAU Frédéric, Biochimie et Biologie moléculaire
13. GRIGNON Bernadette, Bactériologie, Virologie-Hygiène
14. GUILLARD Olivier, Biochimie et Biologie moléculaire
15. HURET Jean-Loup, Génétique
16. JAAFARI Nematollah, Psychiatrie d'adultes
17. KARAYAN-TAPON Lucie, Cancérologue
18. LAFAY Claire, Pharmacologie clinique
19. MIGEOT Virginie, Santé publique
20. ROUMY Jérôme, Biophysique, Médecine nucléaire
21. ROY Lydia, Hématologie
22. SAPANET Michel, Médecine légale
23. TALLINEAU Claude, Biochimie et Biologie moléculaire
24. TOUGERON David, Hépto-Gastro-Entérologie

### ***Professeur des universités de médecine générale***

GOMES DA CUNHA José

### ***Maîtres de Conférences associés de Médecine générale***

BINDER Philippe  
BIRAULT François  
PARTHENAY Pascal  
VALETTE Thierry

### ***Professeur certifié d'Anglais***

DEBAIL Didier

### ***Professeurs émérites***

1. BECQ-GIRAUDON Bertrand, Maladies infectieuses, maladies tropicales
2. DABAN Alain, Cancérologie Radiothérapie
3. GIL Roger, Neurologie
4. LAPIERRE Françoise, Neurochirurgie

### ***Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires***

1. ALCALAY Michel, Rhumatologie
2. BABIN Michèle, Anatomie et Cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, Anatomie et Cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, Chirurgie générale (émérite)
5. BARRIERE Michel, Biochimie et biologie moléculaire
6. BEGON François, Biophysique, Médecine nucléaire
7. BONTOUX Daniel, Rhumatologie (émérite)
8. BURIN Pierre, Histologie
9. CASTETS Monique, Bactériologie-Virologie-Hygiène
10. CAVELLIER Jean-François, Biophysique et Médecine nucléaire
11. CHANSIGAUD Jean-Pierre, Biologie du développement et de la reproduction
12. CLARAC Jean-Pierre, Chirurgie orthopédique
13. DESMAREST Marie-Cécile, Hématologie
14. DEMANGE Jean, Cardiologie et Maladies vasculaires
15. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino-Laryngologiste (émérite)
16. GOMBERT Jacques, Biochimie
17. JACQUEMIN Jean-Louis, Parasitologie et Mycologie médicale
18. KAMINA Pierre, Anatomie (émérite)
19. LARSEN Christian-Jacques, Biochimie et biologie moléculaire
20. MAIN de BOISSIERE Alain, Pédiatrie
21. MARILLAUD Albert, Physiologie
22. MORIN Michel, Radiologie, Imagerie médicale
23. PATTE Dominique, Médecine interne
24. PATTE Françoise, Pneumologie
25. POINTREAU Philippe, Biochimie
26. REISS Daniel, Biochimie
27. RIDEAU Yves, Anatomie
28. SULTAN Yvette, Hématologie et transfusion
29. TANZER Joseph, Hématologie et transfusion (émérite)

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b> .....	p 14
---------------------------	------

<b><u>A – L' EJACULATION PREMATUREE : une définition en pleine évolution</u></b> .....	p 14
--	------

1 - La définition du DSM-III et du DSM-III-R .....	p 14
2 - La définition de la CIM 10 .....	p 15
3 - La définition du DSM- IV-TR .....	p 15
4 - La définition de l'ISSM .....	p 16
4 - 1 L'éjaculation prématurée primaire .....	p 16
4 - 2 L'éjaculation prématurée acquise ou secondaire .....	p 18
5 - Vers une nouvelle définition de l'éjaculation prématurée : en route pour le DSM-V et l'ICD11 .....	p 18
5 - 1 L'instauration d'un délai d'éjaculation intra-vaginal (IELT) selon les règles de l'Evidence Based Medecine .....	p 19
5 - 2 Définition de l'éjaculation prématurée comme un Syndrome .....	p 21
5 - 3 Vers une nouvelle définition du Syndrome de l'éjaculation prématurée primaire .....	p 21
5 - 4 Vers une nouvelle définition du Syndrome de l'éjaculation prématurée acquise .....	p 23
5 - 5 Définition de « l'éjaculation prématurée naturelle variable » et de « la fausse éjaculation prématurée » .....	p 25
6 - Comparaison des propositions de définition de l'ISSM et de Waldinger pour le futur DSM-V .....	p 26
6 - 1 Validité de la définition de l'ISSM .....	p 27

- Validité de l'inclusion du délai de 1 minute dans la définition de l'ISSM	
- Validité de l'inclusion du critère « d'incapacité à retarder la survenue de l'éjaculation » dans la définition de l'ISSM	
- Validité de l'inclusion du critère de souffrance dans la définition de l'ISSM	
6.- 2 Validité de la proposition de définition de Waldinger et al .....	p 29
- Validité du choix de la valeur seuil de l'IELT	
- Abandon des critères diagnostiques obligatoires de « contrôle sur l'éjaculation » et de « répercussions personnelles négatives »	
7 - Existence d'autres définitions .....	p 32
7 – 1 Définition en fonction du nombre de poussées pelviennes .....	p 32
7 – 2 Définition en fonction de la durée de la pénétration uniquement .....	p 32
7 – 3 Définition en fonction de la fréquence orgasmique de la femme .....	p 33
7 – 4 Définition en fonction du contrôle sur le réflexe éjaculatoire .....	p 34
7 – 5 Définition en fonction des critères subjectifs du couple .....	p 34
7 – 6 Définition en fonction des critères évolutionnistes .....	p 35

## **B- LES ETIOLOGIES** .....

1 - L'éjaculation prématurée primaire .....	p 35
1 – 1 L'origine neurobiologique .....	p 35
1 – 2 Les autres hypothèses .....	p 36
2 - L'éjaculation prématurée acquise .....	p 37
3 - L'éjaculation prématurée naturelle variable et la fausse éjaculation prématurée.....	p 38
4 - Les causes sexologiques .....	p 38
4 – 1 La physiopathologie de l'éjaculation .....	p 38

4 – 2	Les courbes de l'excitation sexuelle .....	p 39
4 – 3	Les causes sexologiques .....	p 41
4 – 4	Les causes péri- sexologiques .....	p 41
	L'anxiété .....	p 41
	Les troubles relationnels .....	p 42
5	La théorie psychanalytique .....	p 43

## **C – LE TRAITEMENT** .....

1	Traitement de la pathologie sous-jacente .....	p 43
2	Les traitements topiques .....	p 43
3	Les traitements pharmacologiques per os .....	p 43
3 – 1	Les antidépresseurs .....	p 43
3 – 2	La dapoxétine .....	p 45
3 – 3	Les inhibiteurs de la 5 phosphodiesterase .....	p 47
4	Les thérapies cognitivo-comportementales .....	p 47
4 – 1	Le stop and go de Semans .....	p 47
4 – 2	La technique de compression pénienne de Masters and Johnson .....	p 48
5	L'approche sexo-corporelle.....	p 49
6	Comparaison des thérapies cognitivo-comportementales et des traitements pharmacologiques per os.....	p 50

## **D – L'EJACULATION PREMATUREE ET LA MEDECINE GENERALE** .....

1	Un trouble sexuel très fréquent .....	p 52
2	La place du médecin généraliste dans la prise en charge de l'éjaculation prématurée.....	p 53
3	Du côté des patients.....	p 54

## **E – QUESTION DE RECHERCHE** ..... p 55

- 1 - La problématique .....p 55
- 2 - Les résultats de la thèse de Marie Barais .....p 56
- 3 - Question générale de recherche .....p 57
- 4 - Questions spécifiques de recherche .....p 58
- 5 - Nécessité d'une étude préliminaire d'intervention .....p 59

## **MATERIEL ET METHODE** .....p 60

### **A – DEROULEMENT DE L'ETUDE** ..... p 60

- 1 - L'élaboration d'un scénario pédagogique .....p 60
  - 1 – 1 Connaissance .....p 60
  - 1 – 2 Compréhension .....p 61
  - 1 – 3 Application .....p 61
  - 1 – 4 Analyse .....p 61
  - 1 – 5 Synthèse .....p 62
- 2 - Constitution des échantillons .....p 62
  - 2 – 1 Sélection des médecins du groupe stratégie .....p 62
  - 2 – 2 Sélection des médecins du groupe témoin.....p 62
- 3 – Test de l'intervention .....p 63

**B – L'INTERVENTION AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES  
DU GROUPE STRATEGIE** .....p 63

- 1 - Le contenu de l'intervention .....p 63
- 2 - Le déroulement de l'intervention .....p 65
- 3 - Le questionnaire d'inclusion des patients du groupe stratégie .....p 65
- 4 - En pratique .....p 67

**C – L'INTERVENTION AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES  
DU GROUPE TEMOIN** .....p 67

- 1 - Le déroulement de l'intervention .....p 67
- 2 - Le contenu de l'intervention .....p 67
- 3 - Le questionnaire d'inclusion des patients du groupe témoin .....p 68

**D – LE RECUEIL DES DONNEES** .....p 68

- 1 - Le recueil des questionnaires .....p 68
- 2 - Les relances des médecins .....p 69
- 3 - Les modifications apportées à la méthode en fonction de l'analyse  
des premiers recueils de données.....p 69
  - 3 – 1 Dans le groupe stratégie .....p 69
  - 3 – 2 Dans le groupe témoin .....p 69

**E – RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE** .....p 70

## **RESULTATS** .....p 71

### **A – DESCRIPTION DE L’ECHANTILLON** .....p 71

1 - Le groupe stratégie .....p 71

2 - Le groupe témoin .....p 72

### **B – DESCRIPTION DES RESULTATS** .....p 72

1 - Du groupe stratégie .....p 72

2 - Du groupe témoin .....p 73

3- Evaluation de l’intervention auprès des médecins généralistes  
du groupe stratégie .....p 73

4 - Evaluation du mode de recueil rétrospectif du groupe témoin .....p 75

5 - Les obstacles rencontrés par les médecins généralistes  
pour l’inclusion des patients .....p 75

5 - 1 Dans le groupe stratégie .....p 75

5 - 2 Dans le groupe témoin .....p 76

## **DISCUSSION** .....p 76

### **A – DISCUSSION DES PRINCIPAUX RESULTATS** .....p 77

1 - Discussion des résultats du groupe stratégie .....p 77

1 – 1 Le rôle essentiel de l’intervention .....p 77

1 – 2 Les obstacles rencontrés par les médecins généralistes  
du groupe stratégie à l’application des stratégies mises en  
évidence par M. Barais.....p 79

1 – 3 Les autres solutions de la littérature pour aborder  
le sujet en consultation de médecine générale .....p 80

2 – Discussion des résultats du groupe témoin .....	p 82
2 – 1 Importance du mode de recrutement des médecins du groupe témoin pour leur implication dans l'étude, la fréquence d'inclusion des patients et la compréhension des consignes d'inclusion des patients .....	p 82
2 – 2 Importance du mode de recueil des patients : comparaison des deux modes de recueils, prospectif et rétrospectif .....	p 82

## **B – DISCUSSION DE LA METHODE** .....

1 - Rappel sur le choix de la méthode .....	p 84
2 - Les différents biais de l'étude .....	p 85
2 – 1 Le biais de sélection des médecins .....	p 85
2 – 2 Le biais de sélection des patients du groupe témoin .....	p 85
2 – 3 Le biais de pollution de la pratique des médecins du groupe témoin .....	p 86
2 – 4 Le biais de classement des patients souffrant d'éjaculation prématurée dans le groupe stratégie .....	p 86
2 – 5 Le biais de classement des patients souffrant d'éjaculation prématurée dans le groupe témoin .....	p 86

## **C – PROPOSITION D'UN PROTOCOLE DE RECHERCHE** .....

1 - Le but de l'étude .....	p 87
2 - La méthode .....	p 88
3 - Sujets éligibles .....	p 88
3 -1 Les médecins .....	p 88
3 – 2 Les patients .....	p 88
4 - Bilan initial .....	p 88

5 - L'intervention auprès des médecins .....	p 89
5 -1 Les médecins du groupe intervention .....	p 89
5 – 2 Les médecins du groupe témoin .....	p 90
6 - Tirage au sort .....	p 90
7 - Nombre de sujets nécessaires .....	p 91
8 - Critères de jugement.....	p 91
9 - Le questionnaire d'inclusion des patients .....	p 92
9 -1 Pour le groupe stratégie .....	p 92
9 - 2 Pour le groupe témoin .....	p 94
10 – Surveillance .....	p 94
11 - Perdus de vue .....	p 95
12 - Non respect du protocole .....	p 95
13 - Suivi et relance des médecins .....	p 95
14 - Analyse des résultats .....	p 96

**CONCLUSION** ..... p 96

**REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES** ..... p 98

**ANNEXES** .....p 106

Annexe 1 : The Premature Ejaculation Profile (PEP)  
ou Patient Related Outcomes (Pros questionnaire) ..... p 107

Annexe 2 : La fonctionnalité sexuelle (d'après l'approche sexo-corporelle).....p 108

<u>Annexe 3</u> : The Chinese Index of sexual function for Premature Ejaculation (CIPE) .....	p 109
<u>Annexe 4</u> : The Premature Ejaculation Diagnostic Tool (PEDT) .....	p 111
<u>Annexe 5</u> : Questionnaire d'évaluation de l'intervention auprès des médecins du groupe stratégie .....	p 112
<u>Annexe 6</u> : Le contenu de l'intervention auprès des médecins du groupe stratégie (power point) .....	p 113
<u>Annexe 7</u> : Les cas cliniques de l'intervention auprès des médecins du groupe stratégie .....	p 116
<u>Annexe 8</u> : Le questionnaire d'inclusion des patients du groupe stratégie .....	p 120
<u>Annexe 9</u> : Le questionnaire d'inclusion des patients du groupe témoin .....	p 121
<u>Annexe 10</u> : Le questionnaire d'évaluation des difficultés et obstacles rencontrés par les médecins du groupe stratégie à l'application des stratégies pour aborder l'éjaculation prématurée.....	p 122
<u>Annexe 11</u> : Les résultats d'inclusion du groupe stratégie .....	p 123
<u>Annexe 12</u> : Les résultats d'inclusion du groupe témoin .....	p 124
<b>INDEX</b> .....	p 127
<b>RESUME</b> .....	p 128
<b>SERMENT</b> .....	p 129

# INTRODUCTION

## A – L'ÉJACULATION PRÉMATURÉE : Une définition en pleine évolution

L'éjaculation prématurée est considérée comme le trouble sexuel le plus fréquent par de nombreux auteurs [1,2], cependant sa définition est longtemps restée floue.

Porst et al définissaient un patient éjaculateur précoce s'il existait un manque ou une absence de contrôle sur l'éjaculation, associé à une souffrance psychologique [1] ; Lauman et al se basaient, eux, simplement sur l'estimation par le patient de son délai d'éjaculation considéré comme trop rapide [2].

En 1917, le psychanalyste Karl Abraham publiait un texte portant sur un problème inconscient dont souffriraient plusieurs patients qu'il a eu en analyse ; le terme d'éjaculation précoce est ainsi mentionné pour la première fois pour décrire le trouble en question. L'origine de ce trouble selon Abraham serait due à une angoisse de castration ou à une peur / haine inconsciente envers la femme [3].

Suite aux publications d'Abraham, l'éjaculation prématurée a ainsi été associée à un trouble mental et le traitement de choix pendant de nombreuses années a été la psychanalyse [3].

Plusieurs définitions vont s'affronter par la suite compliquant le diagnostic pour le clinicien.

De nos jours, on peut considérer qu'il existe 3 courants distincts : la définition américaine du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* [4], la définition de l'*International Society for Sexual Medicine* [5] et l'approche des sexologues [6].

### 1 - La définition du DSM-III et du DSM-III-R

La première définition officielle de l'éjaculation prématurée a été proposée en 1980 par l'*American Psychiatric Association* (APA) dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III* (DSM III) [7].

L'éjaculation prématurée a ainsi été définie pour la première fois comme étant une « **éjaculation qui survient avant que le patient ne le souhaite, en relation avec une absence fréquente ou constante du contrôle volontaire et raisonnable de l'éjaculation et de l'orgasme, au cours d'une activité sexuelle** ».

La notion de « contrôle raisonnable et volontaire » a été éliminée lors de la révision du DSM-III en 1987 et remplacée par la notion de « temps d'éjaculation court ». Ainsi, l'éjaculation prématurée dans le DSM-III-R est définie comme étant « la survenue d'une ***éjaculation fréquente ou constante avec un minimum de stimulation, avant pendant ou rapidement après la pénétration et avant que le patient ne le souhaite*** [8]. »

Pour la première fois, la définition de l'éjaculation prématurée comportait une notion de contrôle, spécifiée par les termes « avant que le patient ne le souhaite ».

Le clinicien doit également tenir compte de plusieurs facteurs de risques qui affectent la durée de la phase d'excitation comme l'âge, la nouveauté du partenaire sexuel ou de la situation, et de la fréquence des rapports sexuels [8].

## 2 - La définition de la CIM 10

La CIM est la Classification Internationale des Maladies (la version anglophone est ICD : *International Classification Disorders*). Elle dépend de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Cette classification ne se limite pas aux seules pathologies mentales mais s'étend à l'ensemble des maladies.

La dernière version a été publiée en 1994 [9] (ICD-10), une dernière mise à jour a été faite en 2010 [10] (ICD-10-2010).

La version de la CIM-11 doit être soumise à l'Assemblée Mondiale de la Santé pour une commercialisation dès 2015.

L'ICD 10 définit l'éjaculation prématurée (chapitre V, F 52-4) comme étant « l'impossibilité de contrôler l'éjaculation suffisamment pour éprouver du plaisir pour les deux partenaires [10]. »

Cette définition intègre comme la définition du DSM-III la notion de contrôle sur l'éjaculation ; par contre aucune de ces deux définitions ne prend en compte les répercussions psychologiques de la pathologie sur le patient ou le couple.

## 3 - La définition du DSM-IV-TR

La dernière révision du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* date de 2000 avec le DSM-IV-TR (*Fourth edition Text Revision*) [4]. Il a été gardé la définition du DSM-III avec ajout de la notion « de souffrance ou de difficultés personnelles induites par le trouble sexuel ».

La 5ème édition (DSM-V) est en préparation et devrait être publiée courant 2013.

L'éjaculation prématurée est ainsi définie dans le DSM-IV-TR comme étant :

- la survenue d'une éjaculation fréquente ou constante lors de stimulations minimales, avant la pénétration, pendant ou rapidement après, et avant que le patient ne le souhaite (critère A) ;
- à l'origine d'une souffrance psychologique ou de difficultés interpersonnelles (critère B) ;
- l'éjaculation prématurée n'est pas due exclusivement à l'effet direct d'une substance (par exemple, sevrage en opioïde) (critère C).

Le clinicien doit tenir compte des facteurs qui modifient la durée de la phase d'excitation sexuelle tels que l'âge, la nouveauté de l'expérience sexuelle ou du partenaire, et de la fréquence de l'activité sexuelle [4].

En comparaison avec la définition de l'ICD 10 et du DSM-III, cette définition prend en compte les répercussions psychologiques de l'éjaculation prématurée sur le patient mais ne fournit pas de délai d'éjaculation, ce qui laisse son utilisation en pratique clinique, tributaire de l'appréciation subjective du médecin.

De plus, le DSM IV-TR distingue l'éjaculation prématurée primaire qui touche les patients dès les premiers rapports sexuels, d'une éjaculation prématurée secondaire, qui apparaît après avoir eu des rapports sexuels considérés comme « normaux » [4].

#### 4 - La définition de l'ISSM :

Les deux définitions du DSM IV-TR et de l'ICD 10 sont basées sur une autorité d'opinion et non sur des études épidémiologiques et cliniques fiables ; elles reposent en effet seulement sur des opinions et expériences cliniques d'experts qui ont participé aux comités de définition [5,11].

*D'autre part, l'absence de délai dans la définition du DSM-IV-TR est responsable d'inclusion de patients avec un délai d'éjaculation très variable, donc non comparables d'une étude à l'autre.*

Les résultats de plusieurs études cliniques sérieuses associés à la nécessité de définir l'éjaculation prématurée à partir de données fiables selon les règles de *Evidence Based Medicine* (EBM) ont amené *l'International Society for Sexual Medicine* (ISSM) à se réunir en octobre 2007.

##### 4 – 1 L'éjaculation prématurée primaire :

De cette réunion de 21 experts, une nouvelle définition de l'éjaculation prématurée primaire a été élaborée, à savoir [5] :

- **éjaculation qui survient toujours ou presque toujours avant la pénétration vaginale ou au cours de la minute qui la suit ;**

- **avec une incapacité à retarder l'éjaculation** lors de toutes ou presque toutes les pénétrations vaginales ;

- **et des conséquences personnelles négatives** (frustration, soucis, souffrance psychologique et/ou évitement de l'intimité sexuelle).

Il était en effet nécessaire que la définition inclue 3 critères majeurs:

- **Le délai de l'éjaculation** avec une référence chronologique précise, basée sur des études observationnelles rigoureuses ;

- **La notion d'incapacité à retarder l'éjaculation** avec abandon du terme « contrôle » portant à confusion ;

- **Les conséquences personnelles négatives de l'éjaculation prématurée sur l'homme.**

Les moyens d'évaluation objectifs dont on dispose pour diagnostiquer un patient souffrant d'éjaculation prématurée sont [5] :

- La mesure objective (par un chronomètre) du temps de latence de l'éjaculation intra vaginale (*Intravaginal Ejaculation Latency Time* ou IELT) ;

- La mesure estimée par le patient ou sa partenaire de ce temps de latence, lequel est en pratique courante correctement corrélé au temps chronométré [5] ;

- Des questionnaires validés comme le « *Premature Ejaculation Profile* » ou « PEP » qui fournissent une quantification par le patient lui-même de paramètres intriqués à son comportement éjaculatoire tels que *l'incapacité à retarder l'éjaculation et les conséquences personnelles négatives de l'éjaculation prématurée.*

Ce sont ce que les anglophones qualifient de « *Patient Related Outcomes* » ou *PROs questionnaire* (cf annexe 1).

Les données objectives recueillies à propos de l'éjaculation prématurée par les études observationnelles rigoureuses ne concernent pour l'instant que les hommes qui en présentent la forme primaire (« *lifelong premature ejaculation* »), définie par le fait que *l'éjaculation prématurée a toujours existé, dès les premiers rapports sexuels et est quasi constante.*

Cette définition a été présentée dans les congrès internationaux à partir de fin 2007 et publiée début 2008 dans des revues scientifiques ; elle n'a pas soulevé d'opposition caractérisée.

Il est à noter que cette définition n'est valable que pour un patient hétérosexuel et dans le cadre de rapport sexuel vaginal.

Cette définition a été proposée pour le futur DSM-V à venir.

#### 4 – 2 L'éjaculation prématurée acquise ou secondaire :

Une autre réunion s'est tenue le 1er juillet 2008 à l'instigation d'un comité multidisciplinaire formé par l'Académie Européenne d'Andrologie, en collaboration avec le comité des standards de l'ISSM, dans la perspective de définir cette fois l'éjaculation prématurée secondaire ou acquise (« *acquired premature ejaculation* »), *qui apparaît secondairement après une période d'activité sexuelle pendant laquelle le délai d'éjaculation est « normal ».*

Les 20 experts internationaux ont conclu [5] que les données actuelles ne permettaient pas de déterminer une relation étiologique indiscutable entre la survenue d'une éjaculation prématurée secondaire et tous les facteurs de risques cités dans la littérature malgré la rigueur des études observationnelles. Il a également été conclu *qu'il n'existait pas pour cette catégorie d'éjaculation prématurée de données objectives sur le délai d'éjaculation intra vaginal, ni de résultats d'estimation quantifiés par le patient des autres paramètres liés à l'éjaculation prématurée* (PROs questionnaire ou PEP) ; le comité a donc estimé qu'il n'était pas possible d'élaborer une définition de l'éjaculation prématurée acquise qui soit basée sur des preuves scientifiques.

Un accord fut obtenu sur une définition provisoire de l'éjaculation prématurée acquise [12], à savoir, la survenue d'une éjaculation avec :

- **une diminution importante du délai éjaculatoire par rapport à l'expérience antérieure du sujet ;**
- avec **une incapacité à retarder l'éjaculation** lors de toutes ou presque toutes les pénétrations vaginales ;
- et **des conséquences personnelles négatives** (frustration, soucis, souffrance psychologique et/ou évitement de l'intimité sexuelle).

Il a été recommandé à nouveau qu'une recherche clinique spécifique soit entreprise pour obtenir des données objectives sur le délai de l'éjaculation intra vaginal ainsi que sur les résultats des autres évaluations comportementales dans ce sous type d'éjaculation prématurée [5].

5 - Vers une nouvelle définition de l'éjaculation prématurée : en route pour le DSM-V et l'ICD 11

La définition de l'éjaculation prématurée du DSM-IV-TR a été établie selon une série d'opinions et d'autorités fondées sur des pratiques cliniques et non

sur des études épidémiologiques d'essais cliniques et de cohorte randomisées basés sur *l'Evidence Based Medicine*.

De plus, l'absence de délai d'éjaculation quantifiable dans la définition du DSM-IV-TR, remplacé par les termes « rapidement après la pénétration » ou « avant que le patient ne le souhaite » a abouti à la sélection de patients non comparables d'une étude à l'autre.

C'est pour ces raisons que Waldinger et al ont proposé de redéfinir l'éjaculation prématurée selon les règles de *l'Evidence Based Medicine* et selon des mesures objectives et reproductibles.

5 – 1 Instauration d'un délai d'éjaculation intra vaginal (IELT) selon les règles de *l'Evidence Based Medicine* :

En 1994, alors qu'il n'existait pas de définition opérationnelle et neurobiologique de l'éjaculation prématurée, le concept de l'IELT (Intravaginal Ejaculatory Latency Time) a été introduit et défini comme étant **le temps qui se passe entre la pénétration et l'éjaculation** [13,14].

L'utilisation de la mesure de l'IELT dans les essais cliniques randomisés a ainsi facilité l'interprétation et la comparaison des différents traitements et protocoles, contribuant ainsi à une approche *d'Evidence Based Medicine* [15]. L'utilisation de ce paramètre quantifiable a de plus permis de poser un regard critique sur les différents résultats des études en fonction de la sélection des patients via leur IELT.

Pour la nouvelle proposition de définition du DSM-V, Waldinger et son équipe ont cherché à quantifier un IELT « anormal » à partir d'un IELT « normal ».

Dans une étude clinique de patients sélectionnés pour leur souffrance et à la recherche d'un traitement [16], il a été démontré que **80 % des patients souffrant d'éjaculation prématurée primaire éjaculaient dans les 30 secondes, 10 % éjaculaient entre 40 et 60 secondes et les 10 % restant entre 1 et 2 minutes**.

Cependant, pour définir un temps de latence intra vaginal « anormal », il faut d'abord connaître le délai d'éjaculation moyen « normal » dans la population masculine.

En 2005, une grande cohorte avec mesure de l'IELT par un chronomètre, portant sur 491 hommes de 5 pays différents (Grande Bretagne, Espagne, Turquie, Etats Unis et Pays Bas) a été menée ; l'IELT médian de la population masculine a été situé à 5,4 minutes (soit 5 minutes et 24 secondes) avec une distribution allant de 0,55 à 44,1 minutes (soit de 33 secondes à 44 minutes et 6 secondes) [17]. Il a ainsi été proposé d'utiliser les percentiles 0,5 et 2,5 en accord avec un IELT compris entre 0,9 et 1,3 minutes (soit entre 54 secondes et 1 minute et 18 secondes) pour la caractérisation des patients souffrant

d'éjaculation prématurée, en relation avec les patients souffrant de ce trouble et à la recherche d'un traitement [16].

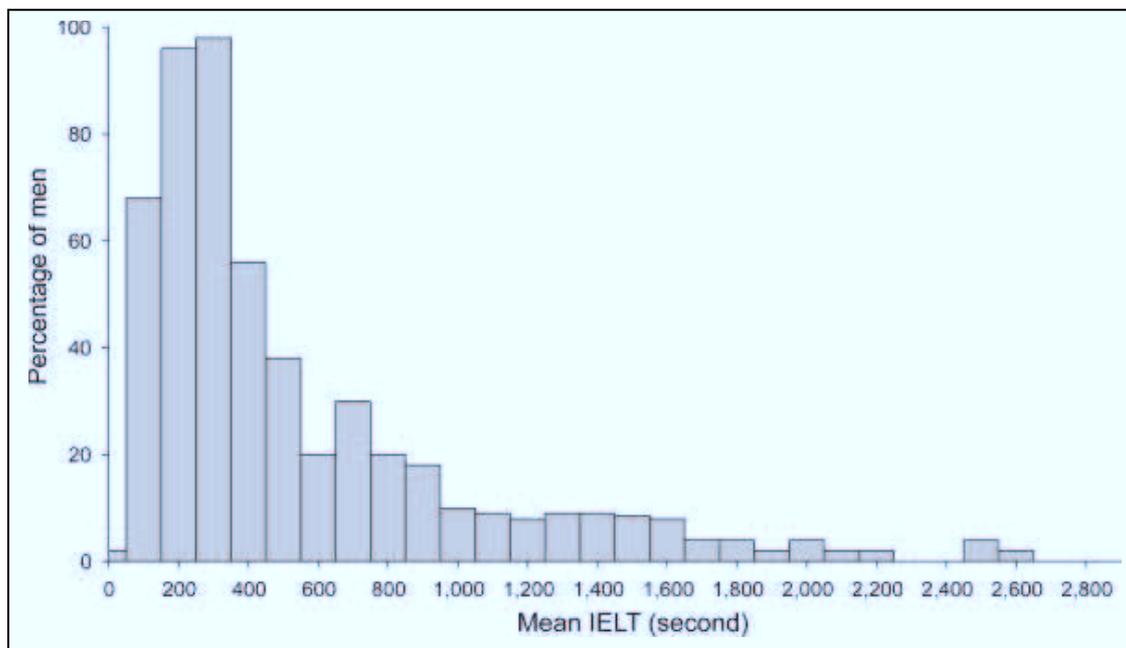
A partir de là, Waldinger et al ont proposé une définition de l'éjaculation prématurée primaire comme étant une dysfonction **éjaculatoire avec une mesure de l'IELT inférieure à 1 voire 1 minute et 30 secondes** et peut être 2 minutes [18].

De plus, il a été proposé de définir la sévérité de l'éjaculation prématurée en cas d'association à des facteurs psychologiques [18].

L'intérêt de cette définition est l'évidence based medicine sur laquelle les limites de la norme de l'IELT, c'est-à-dire les percentiles 0,5 et 2,5 ont été établis ; bien que d'autres études épidémiologiques avec un chronomètre soient nécessaires, il apparaît pour le moment que les valeurs d'IELT comprises entre 1 et 1 minute et 30 secondes et peut être 2 minutes sont les plus proches des 2 percentiles établis.

L'autre intérêt de cette définition est l'introduction d'un paramètre quantitatif pour la caractérisation de l'éjaculation prématurée, en association à des paramètres psychologiques pour la détermination de sa sévérité [18].

Courbe de répartition de l'IELT de la population masculine selon les résultats de la cohorte de 2005. Waldinger MD, Quinn P, Dilleen M, et al. **A Multi-national population survey of intra vaginal ejaculation latency time**, J Sex Med.2005;2(4):492-7.



## 5 – 2 Définition de l'éjaculation prématurée comme un syndrome

C'est Shapiro pour la première fois en 1943 qui a décrit l'éjaculation prématurée comme une entité clinique à part ou un syndrome [19] ; il distinguait les types A et B qui seront plus tard nommés « primaire et acquise » par Gospodinoff [20].

La plupart des plaintes sont basées sur des symptômes d'un ou plusieurs dysfonctionnements ; ces dysfonctionnements sont souvent objectifs et reproductibles. Cependant, il existe des **plaintes et symptômes sans substrat d'objectivité et reproductibilité retrouvés**. Par exemple, un homme se plaignant d'éjaculation prématurée et qui a un IELT court souffre d'un symptôme en rapport avec un dysfonctionnement objectivé et reproductible, ici en l'occurrence un IELT court. En opposition, un individu qui présente un IELT supérieur à 10 minutes peut également présenter une souffrance psychologique en rapport avec son délai d'éjaculation qui ne le satisfait pas lui ou sa partenaire ; ces sentiments subjectifs sont à l'origine d'une souffrance psychologique mais cette fois-ci sans substrat objectif et reproductible avéré c'est-à-dire sans « IELT anormal ».

Cependant, bien qu'un syndrome soit basé ou non sur des dysfonctionnements objectivés et reproductibles qui amènent à une plainte, il était souhaitable pour l'équipe de Waldinger que le « **syndrome éjaculation prématurée soit assigné comme étant un syndrome associé à une plainte basée sur un IELT anormal seulement et donc sur des symptômes objectifs et reproductibles [11]** ».

En effet, pour Waldinger et al, tant qu'une « approche syndromale » ne sera pas utilisée, il ne sera pas possible de décrire les différents syndromes de l'éjaculation prématurée et donc d'avancer dans la recherche clinique.

Un syndrome étant un ensemble de symptômes réguliers, **une éjaculation prématurée sans symptômes réguliers ne doit pas non plus appartenir au « syndrome éjaculation prématurée »** mais doit être regardée comme étant une plainte d'un individu qui pense ou croit que son temps d'éjaculation est trop court ou qui a un IELT actuellement court mais irrégulièrement [11].

Waldinger et al ont donc distingué deux types de syndromes : **le syndrome de l'éjaculation prématurée primaire et le syndrome de l'éjaculation prématurée acquise**.

## 5 – 3 Vers une nouvelle définition du syndrome de l'éjaculation prématurée primaire [11]

Les nouveaux critères diagnostiques proposés pour la future définition du DSM-V par Waldinger et al sont [11] :

- **La survenue régulière d'une éjaculation rapide et involontaire durant le rapport sexuel ;**
- La survenue de l'éjaculation prématurée **se produit dans 90 % ou plus des rapports sexuels ;**
- La survenue de l'éjaculation prématurée **se produit avec presque toutes les partenaires sexuelles ;**
- L'éjaculation prématurée **existe depuis la première expérience sexuelle ou dans ces environs ;**
- **La rapidité de l'éjaculation reste identique durant toute la vie ou peut devenir encore plus rapide dans le temps ;**
- En l'absence de pathologie sous-jacente, la fonction érectile est normale mais l'érection peut survenir très rapidement (érection précoce) ;
- **La capacité à contrôler l'éjaculation** (c'est-à-dire la capacité à différer l'éjaculation au moment imminent de sa survenue) **peut être diminuée ou manquer, mais ce n'est pas un critère diagnostique obligatoire ;**
- **Les expériences régulières de diminution ou d'absence de contrôle sur l'éjaculation sont en accord avec un IELT court** (c'est-à-dire une éjaculation qui survient dans les 1 minute et 30 secondes après la pénétration) ;
- La rapidité de l'éjaculation n'est pas due exclusivement à l'effet physiologique d'une quelconque substance utilisée ou d'un problème médical (endocrinologique ou urologique) ;
- **Cette éjaculation prématurée peut être à l'origine d'une souffrance** (légère, modérée ou sévère) **ou non et/ou de problèmes relationnels** (légers, modérés, sévères) **ou non qui en ont font toute sa sévérité.**

Pour résumer cette nouvelle proposition de définition, le syndrome de l'éjaculation prématurée primaire survient dans 90 % des rapports sexuels ou plus avant la pénétration (éjaculation « ante portas ») ou immédiatement après la pénétration, dans un délai de 1 minute et 30 secondes (80 % des plaignants éjaculent dans les 30 secondes, 10 % dans les 40 à 60 secondes et 10 % dans les 1 à 2 minutes [16]).

Le trouble existe depuis les premiers rapports sexuels et survient avec toutes ou presque toutes les partenaires. L'éjaculation prématurée garde la même rapidité durant toute la vie et peut devenir parfois plus rapide. Le trouble peut être à l'origine de problèmes sexuels secondaires (troubles érectiles) en relation avec une angoisse de performance mais aussi d'un évitement des rapports sexuels et d'une baisse du désir sexuel. L'éjaculation prématurée peut être responsable d'un sentiment de frustration de la partenaire et être ainsi à

l'origine de problème relationnel avec celle-ci. Le patient peut avoir une baisse de son estime personnelle et des sentiments de dépression également.

La notion de souffrance et de répercussions personnelles négatives, critère diagnostique important dans le DSM-IV-TR ***n'est pas un critère diagnostique retenu pour cette nouvelle proposition de définition mais une conséquence de l'éjaculation prématurée.***

De même, la notion de contrôle sur l'éjaculation qui était un des critères diagnostiques obligatoires du DSM-IV-TR n'est pas un critère obligatoire requis pour le diagnostic dans cette nouvelle proposition de définition.

Deux autres symptômes qui n'ont pas été étudiés en détail ont également été proposés pour intégrer la nouvelle définition du syndrome de l'éjaculation prématurée primaire.

En 1943, Shapiro avait noté le premier que *l'éjaculation prématurée primaire semblait survenir plus fréquemment parmi les membres masculins d'une même famille* [19]. Dans une cohorte, il a été démontré que la prévalence de l'éjaculation prématurée primaire, définie en délai d'éjaculation avec un IELT inférieur à 1 minute, était plus élevée chez les membres masculins de premier degré d'une même famille, ce qui ne pouvait être expliqué que par le simple hasard [21].

Shapiro avait également noté en 1943 que *beaucoup d'hommes souffrant du syndrome d'éjaculation prématurée obtenaient rapidement une érection qui avait été appelé « érection précoce »* [19]. Ce terme n'a jamais été cité autre part dans la littérature, certainement parce que le terme d'érection précoce ne dénote pas de trouble érectile sous-jacent.

Dans une étude, Waldinger émet une possible relation entre la survenue d'une éjaculation prématurée et d'une « érection précoce », secondaire à la libération d'ocytocine chez les patients souffrant d'éjaculation prématurée [22].

#### 5 – 4 Vers une nouvelle définition du syndrome de l'éjaculation prématurée acquise

Les nouveaux critères diagnostiques proposés par l'équipe de Waldinger pour la future définition du DSM-V sont [11] :

- la survenue **régulièrement ou non** d'une éjaculation rapide et involontaire lors des rapports sexuels ;
- La survenue de l'éjaculation prématurée **peut survenir avec seulement une seule partenaire ou presque toutes les partenaires** ;
- L'éjaculation prématurée **est survenue à un moment donné de la vie avant laquelle le patient n'avait jamais été confronté à ce problème** ;
- Après sa survenue, le délai d'éjaculation reste similaire ou peut s'aggraver dans le temps ;

- **La capacité à contrôler l'éjaculation** (c'est-à-dire la capacité à différer l'éjaculation au moment imminent de sa survenue) **peut être diminuée ou manquer, mais ce n'est pas un critère diagnostique obligatoire ;**

- **Les expériences régulières ou irrégulières de diminution ou d'absence de contrôle sur l'éjaculation sont en accord avec un IELT court** (c'est-à-dire une éjaculation qui survient dans les 1 minute et 30 secondes après la pénétration vaginale) ;

- **La rapidité de l'éjaculation est soit due à l'effet physiologique direct d'une substance ou d'une pathologie médicale** (troubles endocrinologiques ou urologiques) **soit due à un problème psychologique ou à des problèmes relationnels ;**

- **Cette éjaculation prématurée peut être à l'origine d'une souffrance** (légère, modérée ou sévère) **ou non et/ou de problèmes relationnels** (légers, modérés, sévères) **ou non, qui en font sa sévérité.**

Pour résumer cette nouvelle proposition de définition, il s'agit donc d'une éjaculation prématurée régulière ou non qui survient soudainement ou progressivement, après des premiers rapports sexuels normaux.

Ce syndrome peut être en relation avec un partenaire sexuel particulier ou un problème relationnel plus général ; un traitement par conseil ou psychothérapie semble être indiqué dans ce cas là [23,24]. Mais il faut avant tout éliminer des causes médicales potentiellement responsables de ce trouble, à savoir une pathologie urologique comme une **prostatite, une inflammation chronique de la prostate** [25], **une insuffisance érectile initiale** [24] ou **bien une dysthyroïdie** [26], nécessitant un avis et un traitement spécialisé.

La distinction avec le syndrome de l'éjaculation prématurée primaire se situe essentiellement au niveau de son étiologie et de ses possibilités thérapeutiques. En effet, l'étiologie du syndrome de l'éjaculation prématurée primaire reste encore inconnue d'où sa difficulté à le traiter. En ce qui concerne le syndrome de l'éjaculation prématurée acquise, les étiologies sont d'ordre psychologiques ou médicales ; dans les deux cas, le traitement adapté de la cause permet de résoudre le trouble sexuel.

A noter également que le critère de contrôle sur l'éjaculation dans cette nouvelle proposition de définition du DSM-V pour le syndrome de l'éjaculation prématurée acquise - comme pour le syndrome de l'éjaculation prématurée primaire d'ailleurs - **n'est pas un critère diagnostique obligatoire requis, à la différence de la définition du DSM -IV-TR.**

De plus, la notion de souffrance et de répercussions psychologiques, critères diagnostiques importants dans le DSM-IV-TR, **ne sont pas des critères diagnostiques retenus pour cette nouvelle proposition de définition du syndrome de l'éjaculation acquise** - comme pour le syndrome de l'éjaculation prématurée primaire d'ailleurs - **mais une conséquence de l'éjaculation prématurée.**

## 5 - 5 Définitions de l' « éjaculation prématurée naturelle variable » et de la « fausse éjaculation prématurée » :

En 2006, deux autres entités ont été proposées par l'équipe de Waldinger : « l'éjaculation prématurée naturelle variable » [11, 27, 28] et la « fausse éjaculation prématurée » [3,28].

### « L'éjaculation prématurée naturelle variable » :

Certaines situations (longue abstinence, nouvelle partenaire, mauvaise partenaire...) peuvent être en effet responsables d'éjaculation prématurée mais il s'agit de cas situationnel ; en aucun cas ces situations d'éjaculation rapide ne peuvent être considérées comme un symptôme ou une manifestation d'une pathologie mais comme une variante des performances sexuelle normales.

Les patients généralement font très bien face à ces situations mais en cas de recherche de conseils, ils ont besoin de retrouver une confiance par un discours expliquant que leurs plaintes restent dans le domaine de problèmes situationnels et de facteurs réversibles [11].

La prévalence de « l'éjaculation prématurée naturelle variable » est inconnue mais selon Waldinger et al, il est possible que l'existence de ce type d'éjaculation prématurée *contribue aux fortes prévalences d'éjaculation prématurée retrouvées dans de nombreuses études* [11].

Les critères diagnostiques proposés par l'équipe de Waldinger pour la définition de l'éjaculation prématurée naturelle variable sont [11] :

- **La survenue d'une éjaculation rapide, involontaire et irrégulière au cours des rapports sexuels ;**
- **Dans la plupart des rapports sexuels, la performance éjaculatoire n'est pas rapide ou perçue comme telle ;**
- La capacité de contrôle sur l'éjaculation (c'est-à-dire la capacité à repousser l'éjaculation au moment imminent de sa survenue) peut être diminuée ou manquer mais ce n'est pas un critère diagnostique obligatoire ;
- **Les expériences de diminution ou de manque de contrôle sur l'éjaculation, régulières ou irrégulières, sont en accord avec un délai d'éjaculation court ou normal (c'est-à-dire une éjaculation qui se produit en moins ou plus de 1 minute et 30 secondes après la pénétration vaginale) ;**
- La rapidité de l'éjaculation n'est pas due exclusivement à l'effet physiologique direct d'une substance ou d'une pathologie médicale (endocrinienne ou dysthyroïdie) ;

- Cette éjaculation prématurée peut être à l'origine d'une souffrance (légère, modérée ou sévère) ou non et/ou de problèmes relationnels (légers, modérés, sévères) ou non.

**«La fausse éjaculation prématurée » :**

Dans la « fausse éjaculation prématurée », il s'agit de patients avec un IELT normal, voire parfois très long (entre 5 et 25 minutes) mais qui ne s'en satisfont pas, ou de patients qui perçoivent une éjaculation rapide associée ou non à un manque de contrôle dessus mais avec un IELT normal ou long [3,28].

Ce trouble trouverait son origine dans un problème psychologique ou relationnel et ne peut en aucun cas être considéré comme un syndrome d'éjaculation prématurée pour Waldinger et al [11].

Les critères diagnostiques proposés par l'équipe de Waldinger pour la définition de la fausse éjaculation prématurée sont [11] :

- **La survenue d'une éjaculation perçue comme rapide, régulière ou irrégulière, durant les rapports sexuels ;**

- **La plainte est en relation avec une perception faussée d'une éjaculation perçue comme trop rapide ou avec une perception faussée d'un manque de contrôle sur l'éjaculation ;**

- **Le délai d'éjaculation intra-vaginal est normal ou peut être parfois long** (c'est-à-dire un IELT compris entre 5 et 25 minutes) ;

- La capacité de contrôle sur l'éjaculation (c'est-à-dire la capacité à repousser l'éjaculation au moment imminent de sa survenue) peut être diminuée ou manquer mais ce n'est pas un critère diagnostique obligatoire ;

- La plainte n'est pas expliquée par un autre trouble mental ;

- La plainte peut être à l'origine d'une souffrance (légère, modérée ou sévère) ou non et/ou de problèmes relationnels (légers, modérés, sévères) ou non.

6 – Comparaison des propositions de définition de l'ISSM et de Waldinger et al

Il est de bon sens que les compagnies pharmaceutiques souhaitent commencer dès que possible les campagnes d'incitation à l'utilisation de médicaments contre l'éjaculation prématurée chez le plus de patients possibles. Une approche attractive pour les compagnies pharmaceutiques serait d'insister par exemple sur le fait que l'éjaculation prématurée est le trouble sexuel le plus fréquent, se basant sur les fortes prévalences de 20 à 30 % qui ont été publiées

dans certaines études [1,2]. Cependant, il s'agit de patients qui ont été identifiés comme souffrant d'éjaculation prématurée sur les critères diagnostiques du DSM- IV-TR souvent, ou via des questionnaires, sans mesure objective de l'IELT comme critère diagnostique.

*La différence entre le pourcentage de patients éjaculateurs précoces en tant que plainte et en tant que syndrome est importante et certainement moins attractive pour les campagnes d'incitation à prescrire.*

D'un point de vue médical, il serait raisonnable de ne prescrire **des médicaments que pour les patients souffrant d'un vrai syndrome d'éjaculation prématurée, c'est-à-dire pour les éjaculations prématurées primaires et acquises**. Les « fausses éjaculations prématurées » et « les éjaculations prématurées naturelles variables » relèvent, elles, soit d'une prise en charge psychologique avec notamment un travail de perception sur l'image personnelle, soit d'une réassurance.

Le potentiel thérapeutique se situant surtout au niveau des patients souffrant « d'éjaculation prématurée naturelle variable » et de « fausse éjaculation prématurée », quels critères diagnostiques les firmes vont-elles retenir pour pouvoir inclure le plus de patients possibles dans leurs recommandations ?

#### 6 –1 Validité de la définition de l'ISSM

D'un coté, la définition de l'ISSM pour le diagnostic de l'éjaculation prématurée primaire reprend deux des trois critères précédemment retenus dans la définition du DSM-IV-TR, à savoir **la notion de souffrance et/ou de répercussions personnelles négatives et d'incapacité à retarder l'éjaculation** (à la place de la notion de contrôle sur l'éjaculation) avec **quantification d'un délai d'IELT à 1 minute**, basé sur des études chronométrées [16], **lors de tous ou presque tous les rapports sexuels**.

En l'absence de données fiables concernant l'éjaculation prématurée acquise, une définition provisoire a seulement été proposée par l'ISSM [12].

#### **Validité de l'inclusion du délai de 1 minute dans la définition de l'ISSM :**

Le choix du délai de 1 minute s'appuie sur plusieurs résultats d'études. Une étude de Waldinger et al portant sur 110 patients souffrant d'éjaculation prématurée et recrutés en fonction de leur plainte et de leur souhait de retarder la survenue de leur éjaculation - sans référence aux critères diagnostiques du DSM-IV-TR ou de l'ICD 10 [16] - a montré que **90 % d'entre eux éjaculaient dans la minute et 10 % éjaculaient entre 1 et 2 minutes**.

De plus, dans cette étude, *la mesure avec un chronomètre de l'IELT n'a pas montré de différences significatives avec la propre estimation de l'IELT du patient en cas d'IELT chronométré inférieur à 1 minute*.

Une autre étude rétrospective de Mc Mahon [29] portant sur 1346 patients souffrant d'éjaculation prématurée et recrutés également en fonction de leur plainte et de leur souhait de retarder la survenue de leur éjaculation - sans référence aux critères diagnostiques du DSM-IV-TR ou de l'ICD 10 - a retrouvé ***un IELT moyen de 43.4 secondes avec 77 % des patients qui éjaculaient dans la minute.***

Par ailleurs, d'autres études [30,31] ont montré un *bon recoupement (sensibilité et spécificité de 80 %) entre la mesure de l'IELT via un chronomètre et l'estimation de l'IELT par le patient (en cas d'IELT inférieur à 1 minute)* ; de plus, il existait dans ces études une *association complémentaire entre l'estimation de l'IELT par le patient et les résultats du PROs questionnaire (annexe 1)* portant sur le contrôle de l'éjaculation, la satisfaction sexuelle et la souffrance personnelle pour poser le diagnostic d'éjaculation prématurée en pratique courante [31].

Sur la base de ces résultats, le comité a jugé que **le délai de 1 minute capturerait la plupart des patients (90 %) ayant consulté pour ce trouble, donc en souffrance et à la recherche d'un traitement, donc à la recherche d'un moyen de contrôler et par conséquent de différer la survenue de leur éjaculation**, ce qui correspond bien aux deux autres critères diagnostiques principaux d'inclusion de l'éjaculation prématurée pour l'ISSM.

Ce délai permet dans le même temps de fournir un délai quantifiable pouvant correspondre au terme de « rapidement après » et « avant que le patient ne le souhaite » du DSM-IV-TR [5].

De plus, l'utilisation du terme « dans la minute » permet au clinicien une certaine *flexibilité* pour poser le diagnostic d'éjaculation prématurée afin de pouvoir inclure les 10 % de patients qui éjaculent dans les 1 à 2 minutes mais qui ne peuvent pas retarder la survenue de leur éjaculation et qui en souffrent [5].

### **Validité de l'inclusion du critère « d'incapacité à retarder la survenue de l'éjaculation » dans la définition de l'ISSM:**

Quelques études ont démontré un faible lien entre la valeur de l'IELT et le sentiment de contrôle que peut avoir un patient sur son éjaculation [16,32, 33].

Cependant, d'autres études ont démontré l'inverse, comme l'étude de Patrick et al [34] qui a observé que ***72 % des patients souffrant d'éjaculation prématurée, diagnostiquée selon les critères du DSM-IV-TR, avaient un contrôle « faible » ou « très faible » sur leur éjaculation.*** Selon les résultats de son étude, 67 % des patients avec un IELT inférieur à 1 minute estimaient avoir un contrôle « faible » ou « très faible » sur leur éjaculation contre 10,2 % des patients avec un IELT supérieur à 1 minute et 6,7 % des patients avec un IELT supérieur à 2 minutes ; *donc plus la valeur de l'IELT est faible et plus le sentiment de contrôle sur l'éjaculation est faible dans cette étude.*

De même, Giuliano et al ont reporté *un contrôle « bon » ou « très bon » sur leur éjaculation chez 13,2 % des patients souffrant d'éjaculation prématurée*, diagnostiquée selon les critères du DSM-IV-TR et chez 78,4 % des patients sans éjaculation prématurée [35].

D'autre part, plusieurs études ont démontré le rôle prépondérant joué par la notion de perception du contrôle sur l'éjaculation avec les autres critères du PROs ou PEP questionnaire ; en effet, *la perception qu'ont les patients sur le contrôle de leur éjaculation a un effet direct sur la sensation de souffrance ou de satisfaction sexuelle alors que la valeur de l'IELT n'aurait aucun effet sur ces deux autres critères* [35, 36, 37].

Le comité de l'ISSM a donc conclu ***qu'il existait plus d'arguments en faveur de l'importance du contrôle sur l'éjaculation pour la caractérisation des patients souffrant d'éjaculation prématurée*** et ont donc inclus la notion « d'incapacité à retarder la survenue de l'éjaculation » comme critère diagnostique de l'éjaculation prématurée bien que ce critère subjectif ne soit pas quantifiable et pas réservé uniquement aux patients souffrant d'éjaculation prématurée [32].

### **Validité de l'inclusion du critère de « souffrance et de répercussions personnelles négatives » dans la définition de l'ISSM :**

Toutes les études menées suggèrent que l'éjaculation prématurée est associée à des conséquences négatives que ce soit pour le patient, sa partenaire ou leur relation, via le PROs questionnaire (annexe 1).

L'étude de Patrick et al par exemple [34] a démontré que **64 % des patients souffrant d'éjaculation prématurée, diagnostiquée selon les critères du DSM-IV-TR, se sentaient « beaucoup » ou « assez » en souffrance personnelle contre 4 % des patients ne souffrant pas d'éjaculation prématurée** et que **31 % des patients souffrant d'éjaculation prématurée se sentaient « beaucoup » ou « assez » en difficultés relationnelles contre 1 % des patients ne souffrant pas d'éjaculation prématurée**.

De même, Giuliano et al ont trouvé des résultats similaires [35] via les résultats du PROs questionnaire ; ainsi **43,9 % des patients souffrant d'éjaculation prématurée diagnostiquée selon les critères du DSM-IV-TR contre 1,4 % des patients indemnes de ce trouble se déclaraient « beaucoup » ou « assez » en souffrance personnelle**.

De plus, dans cette étude, 30,2 % des partenaires de patients souffrant d'éjaculation prématurée se déclaraient « beaucoup » ou « assez » en souffrance personnelle contre 1 % des partenaires de patients ne souffrant pas de ce trouble.

**Le comité de l'ISSM a décidé de ne retenir que le critère de « souffrance et répercussions personnelles négatives » dans la définition de l'éjaculation précoce** car beaucoup d'hommes souffrant d'éjaculation précoce n'ont pas de partenaire et les notions de « souffrance du partenaire et de « difficultés relationnelles », bien qu'importantes, ne peuvent donc pas être généralisées à tous les hommes souffrant de ce trouble.

#### 6 - 2 Validité de la proposition de définition de Waldinger et al pour le futur DSM-V

D'un autre côté, Waldinger et son équipe ont proposé de **redéfinir l'éjaculation précoce comme un syndrome basé sur des faits quantifiables, objectifs et reproductibles, associé à un abandon de deux des trois critères diagnostiques du DSM-IV-TR, à savoir la notion de souffrance / répercussions personnelles négatives et la notion de contrôle sur l'éjaculation.**

#### **Validité du choix de la valeur seuil de l'IELT :**

Afin de déterminer un délai d'éjaculation fiable que l'on puisse considérer comme « anormal », Waldinger et son équipe sont partis de résultats d'IELT de patients souffrant d'éjaculation précoce primaire et à la recherche active d'un traitement - sans référence aux critères diagnostiques du DSM-IV-TR ou de l'ICD 10 - [16] : **90 % des patients éjaculaient en moins de 1 minute et les 10 % restant éjaculaient entre 1 et 2 minutes.**

Ces valeurs d'IELT ont été extrapolées aux résultats d'IELT de la population générale, obtenus via une cohorte de plusieurs pays [17]. L'IELT médian de la population masculine se situant d'après leur résultat à 5,4 minutes avec une distribution allant de 0,55 à 44,1 minutes, les percentiles 0,5 et 2,5 correspondant respectivement à un IELT de 0,9 et 1,3 minute (soit 54 secondes et 1 minute et 18 secondes) ont été suggérés pour délimiter l'IELT « normal » de l'IELT « anormal » [17].

A partir de là, Waldinger et al ont proposé une définition de l'éjaculation précoce primaire comme étant une dysfonction **éjaculatoire avec une mesure de l'IELT inférieure à 1 voire 1 minute et 30 secondes** et peut être 2 minutes [18].

#### **Abandon des critères diagnostiques obligatoires de « contrôle sur l'éjaculation » et de « répercussions personnelles négatives » :**

Waldinger et son équipe ont choisi, à la différence de la proposition de l'ISSM, d'abandonner la notion de contrôle sur l'éjaculation comme critère diagnostique obligatoire ainsi que la notion de souffrance et de répercussions personnelles négatives.

Le premier choix a été justifié par le constat ***qu'il existait des patients ne souffrant pas d'éjaculation prématurée mais qui pouvaient eux aussi avoir un mauvais contrôle sur leur éjaculation et des patients souffrant d'éjaculation prématurée qui pouvaient ressentir un bon contrôle sur leur éjaculation.***

Ces constats s'appuient sur une autre étude de Waldinger et al [16] où 62 % des patients souffrant d'éjaculation prématurée primaire, diagnostiquée selon les critères du DSM-IV-TR, déclaraient avoir un manque de contrôle sur leur éjaculation et 24% un contrôle modéré, ainsi que sur une étude de Grenier et Byers [32] qui n'a trouvé qu'un *lien modéré entre la valeur de l'IELT et la sensation de perception de contrôle sur l'éjaculation du patient* .

De même, pourquoi abandonner le critère diagnostique de « souffrance et répercussions personnelles négatives sur le patient », critère diagnostique important de l'éjaculation prématurée dans le DSM IV-TR, et le citer seulement comme une répercussion du trouble sexuel, en association à sa sévérité [11] ?

En fait, pour Waldinger et son équipe, ***le critère diagnostique essentiel pour la nouvelle définition du syndrome de l'éjaculation prématurée est le délai de l'IELT car il s'appuie sur des valeurs objectives et reproductibles.*** Mais va-t-on traiter un patient qui a un IELT inférieur à 1 minute et 30 secondes avec une sensation de contrôle sur son éjaculation et qui n'en souffre pas lui et sa partenaire pour diverses raisons ?

La nouvelle proposition de définition par Waldinger et son équipe est faite de telle sorte qu'un patient ayant un IELT « anormal » souffre d'un syndrome d'éjaculation prématurée sans que l'on s'intéresse à comment il le vit.

Pour résumer, la nouvelle proposition de définition de Waldinger comporte deux principaux intérêts, à savoir la distinction de deux entités cliniques en syndromes bien distincts, le syndrome de l'éjaculation prématurée primaire et acquise et l'introduction de valeurs quantitatives seuils de l'IELT, basées sur des études menées selon les règles de l'évidence based médecine. Bien que d'autres études épidémiologiques avec un chronomètre soient nécessaires, il apparaît pour le moment que les valeurs de l'IELT comprises entre 1 et 1 minute et 30 secondes soient les plus proches des deux percentiles établis pour l'instant.

Ces deux éléments nouveaux permettent de mieux cerner le problème complexe de l'éjaculation prématurée pour la recherche clinique. Toutefois, **la mesure de l'IELT seule ne permet en aucun cas, pour un clinicien en pratique courante, de poser sur un patient le diagnostic d'éjaculation prématurée et de décider de l'utilisation ou non d'une thérapeutique sans la notion de souffrance et de répercussions personnelles négatives.**

La formulation d'une définition selon les règles de *evidence based médecine* a pour objectif de rechercher à limiter les erreurs de diagnostic [38] ; une méthode pour diminuer le risque d'erreur de diagnostic est d'utiliser une définition comprenant plusieurs critères plutôt qu'une définition comprenant un seul critère, comme la valeur seuil de l'IELT ici. ***Une définition « multi variable » de l'éjaculation prématurée, incluant des notions plus***

**subjectives, associées à une valeur objective et quantitative permet au clinicien de réaliser une discrimination plus fine pour le diagnostic.**

En revanche, pour le chercheur, une définition reposant sur des critères essentiellement objectifs et quantifiables est indispensable pour la comparaison des patients entre eux.

## 7 - Existence d'autres définitions :

### 7 – 1 Définition en fonction du nombre de poussées pelviennes

*Plusieurs sexologues ont utilisé le nombre de mouvements de va-et-vient du pénis à l'intérieur du vagin comme critère de définition de l'éjaculation prématurée ; ainsi certains considéraient comme telle une **éjaculation qui se produisait à la suite de 15 mouvements ou moins** [39], d'autres suggéraient le **chiffre de huit poussées** [40].*

La critique qui peut être faite de cette définition est qu'elle prend un chiffre arbitraire et ce d'autant plus que les poussées en pratique courante ne peuvent pas être comparées entre elles, que ce soit au niveau de la vitesse, de la profondeur et de l'intensité, rendant cette définition peu valide [41].

### 7 - 2 Définition en fonction de la durée de la pénétration

Que ce soit 15 secondes [9], 1 minute [42], 1 minute et 30 secondes [18], 1 minute et 48 secondes [34], 3 minutes [31], 4 minutes [43], 5 minutes [44] ou 7 minutes [45], *ce délai comme seul critère de définition de l'éjaculation prématurée n'est pas justifié* pour le sexologue De Carufel [41]. En effet, ***un homme, à l'intérieur d'un temps donné peut effectuer un nombre différent de poussées intra-vaginales et satisfaire plus ou moins sa partenaire.***

*Avec cette définition, un homme parce qu'il éjacule à l'intérieur d'une durée fixée, sera considéré comme souffrant d'éjaculation prématurée même si lui et sa partenaire sont satisfaits du rapport sexuel ; à l'inverse un homme qui éjacule 15 secondes après la durée déterminée ne sera pas considéré comme souffrant du trouble sexuel même s'il n'arrive pas à se contrôler et que sa partenaire et lui ne retirent pas de plaisir d'une telle situation.*

***« La problématique ne réside pas dans la durée de la pénétration en tant que telle mais dans l'attitude et le ressenti que les gens ont envers celle - ci [41] ».***

Une étude de Rowland et al [36] a d'ailleurs montré une faible corrélation entre la durée de la pénétration et les variables du PROs questionnaire, à savoir : le sentiment de manque de contrôle sur l'éjaculation, la satisfaction sexuelle, la détresse personnelle et les difficultés relationnelles.

Cette définition de l'éjaculation prématurée en fonction d'un critère quantitatif unique se rapproche en quelque sorte de la proposition de Waldinger et al pour le futur DSM-V.

### 7 – 3 Définition en fonction de la fréquence orgasmique de la femme

Masters et Johnson [46] estimaient, eux, qu'un homme souffrait d'éjaculation prématurée *s'il ne pouvait pas retarder la survenue de son éjaculation suffisamment longtemps durant la pénétration de telle sorte que sa partenaire puisse obtenir l'orgasme dans au moins 50 % de leurs rapports sexuels* ; en cas de femme souffrant d'anorgasmie, cette définition n'était plus valable.

Cette définition en faisant dépendre le diagnostic de la capacité de réponse sexuelle propre à chaque femme introduisait un biais.

De même, la désignation d'un pourcentage s'est faite de manière tout aussi arbitraire que le choix d'une durée de pénétration ou du nombre de mouvements de va-et-vient pour les autres définitions.

### 7 – 4 Définition en fonction du contrôle sur le réflexe éjaculatoire

Selon Kaplan, l'éjaculation prématurée ne pouvait pas être définie en termes quantitatifs mais en fonction du contrôle sur le réflexe éjaculatoire [47, 48] qui fait défaut chez les patients éjaculateurs précoces.

Selon le sexologue De Carufel, **l'éjaculation est un processus fondamentalement réflexe, donc hors du contrôle de la volonté** [41] ; *« aucun individu, qu'il parvienne ou non à prolonger la durée de la pénétration n'a de contrôle sur son éjaculation, il n'en a que sur ce qui mène à l'éjaculation, à savoir son excitation [41]. »*

### 7 – 5 Définition en fonction des critères subjectifs du couple

Certains auteurs affirment que la précocité de l'éjaculation ne peut être définie qu'en fonction de l'appréciation subjective des deux conjoints [49]. Cette définition a pour avantage de situer la sexualité dans un cadre interactif où les dimensions personnelles et relationnelles occupent une place égale.

Cette définition *permet également d'identifier l'existence d'un trouble sexuel à partir de l'insatisfaction sexuelle ressentie des deux côtés* plutôt que sur une durée ou un nombre de poussées effectives.

Par contre, cette définition ne contient aucun élément objectif sur lequel on peut s'appuyer pour établir des normes, comparer des populations ou des traitements.

Pour De Carufel, la problématique de l'expression « éjaculation prématurée » réside dans le fait que cette expression ne se réfère pas à un phénomène objectif, observable et mesurable en pratique courante, comme l'hypoglycémie ou l'hypertension artérielle, d'où la difficulté à lui trouver une définition.

En effet, ce terme ne désigne pas une donnée physiologique particulière ou une pathologie distincte mais ne fait que souligner une relation entre un phénomène physiologique, l'éjaculation, et son moment d'apparition, qui survient plus tôt qu'il est souhaité.

Autrement dit pour De Carufel, **une éjaculation ne devient prématurée que si elle se manifeste avant un désir, un critère ou une norme spécifique**, c'est-à-dire en pratique courante avant que l'un des deux membres du couple ne le souhaite ; c'est seulement à partir de ce moment là qu'on peut parler de dysfonction ou de difficulté sexuelle.

Cette observation est importante parce **qu'elle « dépathologise » la réaction des patients qui éjaculent tôt après le début de la pénétration mais qui n'en souffrent pas et réhabilite le désir et les frustrations des individus qui consultent pour une éjaculation se déclenchant après plusieurs minutes de pénétration mais qui aimeraient davantage prolonger la durée de celle-ci** [41].

En fait, il n'existe pas de corrélation entre la durée de la pénétration et la satisfaction éprouvée [32,33]. Cependant, les changements sociaux actuels en promouvant l'égalité des sexes, la liberté, l'émancipation et le droit au plaisir sexuel de la femme, encouragent le développement d'attentes chez ces dernières et contribuent à augmenter leur insatisfaction envers les relations de courte durée [50].

En conclusion, pour De Carufel l'expression « éjaculation prématurée » ne se réfère pas à une réalité objective mais à une condition relative aux souhaits des gens [41] ; c'est la théorie sexo-corporelle qui définit l'éjaculation prématurée comme étant **une éjaculation qui se produit avant que l'homme ou la femme ne le désire** sans critère diagnostique quantitatif objectif.

## 7 – 6 Définition en fonction des critères évolutionnistes

Enfin, d'autres auteurs ont considéré que l'éjaculation prématurée *reflétait un trait de supériorité biologique même si cette caractéristique pouvait s'avérer désavantageuse pour sa partenaire.*

En effet, selon la théorie évolutionniste, l'homme qui éjacule précocement est moins susceptible d'être rejeté par la femelle ou d'être agressé par les autres mâles, et augmente par conséquent les probabilités de se reproduire et de transmettre ses traits génétiques à sa descendance.

Cette affirmation trouve un support dans les recherches de Wainberg [51] qui a démontré que tous les grands mammifères - y compris les primates - éjaculaient immédiatement après la pénétration.

Hong [52] a continué de développer cette théorie en rajoutant que ***l'éjaculation prématurée ne serait devenue un trait dysfonctionnel que récemment dans l'espèce humaine, c'est-à-dire à partir du moment où l'acte sexuel n'a plus été assimilé à un acte de reproduction mais à un acte de plaisir sexuel.***

## **B – LES ETIOLOGIES**

### 1 - L'éjaculation prématurée primaire

#### 1 –1 L'origine neurobiologique

L'origine de cette dysfonction éjaculatoire chronique reste encore floue ; une prédisposition génétique et/ou une origine neurobiologique sont suspectées.

Cette hypothèse est partie du constat que *la prise d'antidépresseur sérotoninergique contribuait à retarder la survenue de l'éjaculation chez les patients dépressifs.*

Une diminution de la neurotransmission de la sérotonine le long des voies neuronales qui contrôlent l'éjaculation ou une hyposensibilité des récepteurs 1A de la sérotonine ou bien une hypersensibilité des récepteurs 2C de la sérotonine, ou bien la combinaison de ces facteurs seraient à l'origine du dysfonctionnement.

L'origine serait génétique et ferait en sorte que le seuil de déclenchement du réflexe éjaculatoire soit bas [22].

#### 1 – 2 Autres hypothèses

D'autres hypothèses comme certaines conditions urologiques (hyperesthésie du gland, raccourcissement du frein) [19] et certaines pathologies de la moelle épinière (spina bifida) [47] ont été évoquées mais restent dans le domaine de l'hypothétique en l'absence d'études rigoureuses.

De même, une étude de Waldinger et al [17] n'a pas trouvé de lien entre la circoncision et la capacité à prolonger le coït. En effet, dans son étude, l'IELT de 491 couples de 5 pays différents a été mesuré pendant 6 mois (Etats-Unis, Royaume Uni, Espagne, Turquie et Pays Bas) afin de déterminer un délai d'éjaculation moyen de la population.

Ainsi, l'IELT moyen des hommes circoncis de cette étude (98 patients) a été mesuré à 6,7 minutes avec une distribution allant de 0,7 à 44,1 minutes et l'IELT moyen des hommes non circoncis de l'étude (296 patients) a été mesuré, lui, à 6 minutes avec une distribution allant de 0,5 à 37,4 minutes, soit une différence non significative pour l'étude.

Cependant, dans cette étude, la mesure des IELT des patients turcs n'a pas été prise en compte pour la distinction des IELT entre patients circoncis et non circoncis, en raison d'un taux de circoncision très élevé pour les hommes de ce pays et d'un IELT moyen déjà significativement plus bas par rapport aux autres IELT moyens des autres pays de l'étude (IELT moyen de 3,7 minutes en Turquie).

Une autre étude, elle, [53] a trouvé un allongement significatif de l'IELT chez des patients après circoncision pour motif esthétique ou religieux, celui-ci passant de 2,9 minutes à 4,6 minutes 12 semaines après la circoncision. Le BMSFI (*Brief Male Sexual Function Inventory*) qui évalue la qualité de la vie sexuelle, la qualité de l'érection, la qualité de l'éjaculation, l'estimation d'un problème sexuel et la satisfaction sexuelle globale du patient n'avait pas été, lui, modifié 12 semaines après la circoncision.

*L'épiderme du gland étant kératinisé chez les hommes circoncis, cela pourrait être à l'origine d'une diminution de la sensibilité du gland et donc d'une diminution du seuil de déclenchement de l'éjaculation.* Cependant, il faut également prendre en compte dans cette étude l'effet psychologique de la circoncision sur l'allongement de l'IELT car la circoncision pour les musulmans est un signe de virilité et donc d'assurance.

## 2 - L'éjaculation prématurée acquise

Deux origines principales, **psychologique ou relationnelle et médicale** [11].

Les principales étiologies médicales qui ressortent des études sont la prostatite chronique, la dysthyroïdie et l'insuffisance érectile.

Une étude de Carani et al a constaté chez 34 patients consultant pour hyperthyroïdie que 50 % d'entre eux souffraient d'éjaculation prématurée selon les critères du DSM-IV-TR ; après le traitement de leur dysthyroïdie, seulement 15% des patients se plaignaient encore d'éjaculation prématurée et la durée moyenne de la pénétration est passée de 2,4 minutes à 4,0 minutes [26].

Une étude de Waldinger et al, elle [54], n'a pas retrouvé de dysthyroïdie chez 680 patients souffrant d'éjaculation prématurée primaire.

A noter toutefois que ces études ne sont pas comparables du fait des motifs d'inclusion différents des patients.

Concernant la prostatite chronique, une étude récente [25] a recueilli chez 46 patients souffrant d'éjaculation prématurée (définie dans l'étude comme étant une éjaculation qui survient en moins de 2 minutes dans la moitié des rapports sexuels au moins) une analyse d'urine et un dosage de PSA : 28 % des patients souffrant d'éjaculation prématurée rapportaient un ou plusieurs symptômes de prostatite alors que *48 % d'entre eux avaient une prostatite chronique avec identification à chaque fois du même germe, ureplasma urealyticum*, contre 9 % dans le groupe témoin.

61 % des patients ayant une prostatite chronique souffrait d'éjaculation prématurée : ***l'infection ou l'inflammation de la prostate prédispose à l'éjaculation prématurée.***

La présence d'une inflammation chronique pourrait altérer la sensibilité et être à l'origine de la physiopathologie de l'éjaculation prématurée acquise mais de plus grandes études et des études évaluant l'impact d'un traitement antibiotique à visée urinaire sur l'éjaculation prématurée sont nécessaires pour confirmer ces premiers résultats.

Une autre étiologie possible, l'insuffisance érectile. En effet, l'homme souffrant de trouble érectile a besoin d'une plus grande stimulation pour obtenir une érection ; étant déjà très excité, lorsque vient le moment de la pénétration, il possède peu de marge de manœuvre avant de parvenir à l'éjaculation au bout de quelques mouvements coïtaux.

En l'absence de dysthyroïdie, de prostatite chronique et d'insuffisance érectile dépistées, une origine psychologique doit être envisagée, tout en sachant que la ou les étiologies exactes sont encore à ce jour inconnues ; par conséquent la prise en charge doit englober aussi bien un versant psychologique que comportemental et médicamenteux [55].

D'une manière générale, il existe une forte influence chez l'homme entre les problèmes de santé (principalement l'infection urinaire), les problèmes psychologiques et l'existence de troubles sexuels ; ainsi selon Laumann et al, [2], il existerait une *augmentation de tous les troubles sexuels chez les hommes en cas de stress, de problème émotionnel ou d'infection urinaire.*

### 3 - L'éjaculation prématurée naturelle variable et la fausse éjaculation prématurée

Leurs origines sont relationnelles ou psychologiques [11] et nécessitent en premier lieu soit un travail personnel de l'image de soi avec réassurance soit une prise en charge plus globale d'ordre psychologique.

### 4 - Les causes sexologiques

#### 4 – 1 La physiopathologie de l'éjaculation

L'éjaculation comprend deux phases, la phase d'émission et la phase d'expulsion, ces deux phases sont réflexes et se déroulent en suivant. Lorsque l'excitation devient suffisamment élevée, elle déclenche le réflexe d'émission qui se manifeste par des contractions involontaires des organes génitaux accessoires de reproduction. Des influx nerveux sympathiques efférents produisent des contractions péristaltiques des muscles lisses de l'épididyme et du canal déférent mettant ainsi en marche la progression des spermatozoïdes.

Au même moment, les vésicules séminales ainsi que la prostate se contractent rythmiquement pour sécréter les fluides séminal et prostatique, lesquels s'associent aux spermatozoïdes et au mucus déjà versés par les glandes bulbo-urétrales. Les différentes composantes émises par ces organes forment le sperme qui s'accumule dans l'urètre prostatique au niveau du bulbe urétral. Celui-ci se dilate alors du double ou du triple, les hommes éprouvent alors une sensation d'irrésistibilité appelée « inévitabilité éjaculatoire », correspondant à des contractions, qui une fois déclenchées ne peuvent plus s'arrêter car réflexes et donc inaccessibles à la volonté [41].

Lorsque le bulbe urétral est assez distendu par l'accumulation de sperme, la phase d'expulsion débute. Il se produit alors un ensemble de contractions réflexes du bulbe urétral et des muscles du périnée propulsant le fluide séminal de l'urètre prostatique dans l'urètre pénien puis à l'extérieur du méat urinaire. Le sphincter de l'urètre déjà contracté lors de la phase d'émission, empêche le sperme de se diriger vers la vessie et de causer une éjaculation rétrograde [41].

Les sexologues appellent le « point de non retour » le moment où l'homme atteint le niveau d'excitation seuil qui déclenche le réflexe d'émission ; **l'éjaculation commence à se produire et son déroulement se poursuit jusqu'à la fin**, peu importe ce que l'homme tente de faire pour la stopper.

En fait, pour les sexologues, **la difficulté à prolonger la durée de la pénétration n'est pas due à un trouble de l'éjaculation mais plutôt à une mauvaise gestion de l'excitation**. L'éjaculation est tout à fait normale, sa physiologie est saine et ses processus se déroulent naturellement ; le problème vient de l'excitation qui atteint le seuil déclencheur du réflexe d'émission et entraîne l'éjaculation plus tôt que ne le souhaitent les individus.

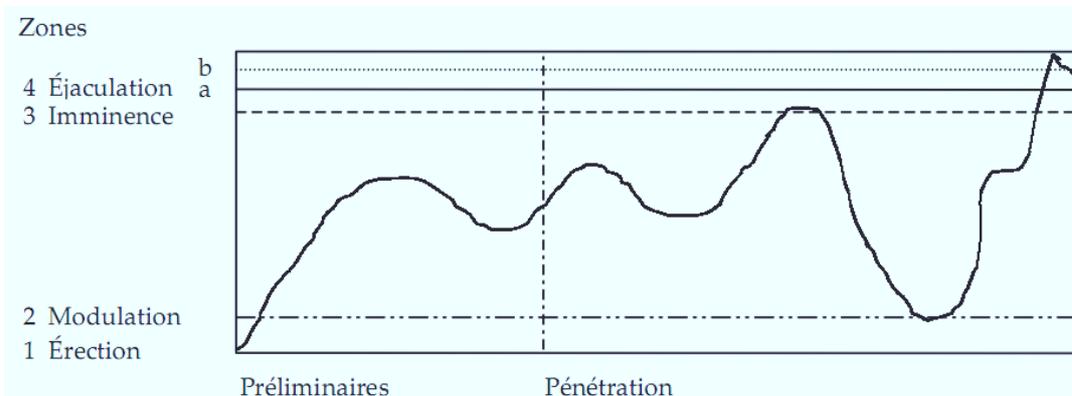
**Personne n'a de contrôle sur son éjaculation, seulement sur son excitation** ; si un homme veut prolonger la durée de la pénétration, il doit conserver son excitation en dessous du seuil d'excitation qui déclenche le réflexe d'émission [41].

#### 4 – 2 Les courbes de l'excitation sexuelle

L'excitation sexuelle est une réaction neurologique apparaissant à la suite d'une stimulation sexuelle externe ou interne efficace ; elle est constituée d'une suite d'impulsions nerveuses provenant de la stimulation des terminaisons nerveuses d'organes cibles et de la mise en jeu de centres cérébraux spécifiques. Ces impulsions nerveuses varient en quantité et en intensité, entraînant à leur tour des réactions physiologiques telles que *l'érection du pénis, l'accroissement de la fréquence cardiaque et du rythme respiratoire, l'élévation de la pression artérielle ou l'augmentation de la tension musculaire*.

L'évolution de l'excitation sexuelle se transpose virtuellement à l'aide d'une courbe où son intensité est portée en ordonnée et sa durée en abscisse.

Courbe d'excitation sexuelle normale : extraite du manuel de De Carufel, *l'éjaculation prématurée : compréhension et traitement par la théorie sexo-fonctionnelle*, p 50.



On peut découper la courbe de l'excitation sexuelle en 4 zones :

- la zone 1 : **la zone de l'apparition et de la disparition de l'érection.**

Ce niveau n'est pas fixe et varie en fonction des circonstances, de l'âge et de l'état de santé de l'individu ; par exemple, en cas de diabète ou d'âge élevé, ce niveau se situe beaucoup plus haut.

- la zone 2 : **la zone de modulation de l'excitation sexuelle.**

Cette zone commence lorsque l'érection est établie et se termine lors de l'entrée dans la zone de l'imminence éjaculatoire. C'est la meilleure zone pour contrôler son excitation ; à l'intérieur de celle-ci, l'homme peut se tenir à une distance sécuritaire de la zone de l'éjaculation tout en maintenant une bonne érection et en ayant du plaisir. En cas de difficulté à prolonger la pénétration, c'est cette phase qui est raccourcie (cf graphe infra).

- la zone 3 : **la zone de l'imminence éjaculatoire.**

A ce stade, ***une infime augmentation de l'excitation causée par un léger surplus de stimulation entrainera l'éjaculation*** ; c'est donc une zone à risque pour les couples qui souhaitent prolonger la durée de la pénétration.

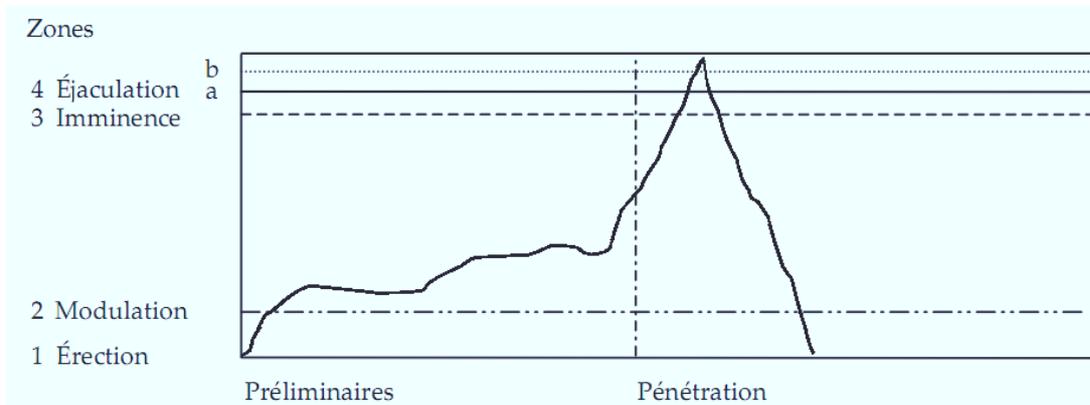
Cette zone est facilement identifiable pour les hommes en raison des réactions physiologiques qui se manifestent au niveau de leurs organes génitaux (rapprochement des testicules du corps, augmentation de la rigidité du pénis et de la contraction des muscles du périnée) ; certains hommes ressentent des frissons le long de la hampe du pénis, d'autres ont l'impression que leur gland va exploser.

Malheureusement, il est impossible de rester à l'intérieur de cette zone, soit l'excitation continue à monter et va déclencher le réflexe éjaculatoire, soit l'excitation redescend dans la zone de modulation de l'excitation pour prolonger l'acte sexuel.

-la zone 4 : **la zone de l'éjaculation** comprenant le réflexe d'émission ou le point de non retour et le réflexe d'éjaculation.

### Courbe d'excitation sexuelle en cas de difficulté à prolonger la durée de la pénétration :

(Extrait du manuel de De Carufel, *l'éjaculation prématurée : compréhension et traitement par la thérapie sexo-fonctionnelle*, p 49)



On voit dans cette courbe qu'après avoir obtenu une érection, l'excitation monte rapidement pour arriver inévitablement au point de non retour, qui sera suivi automatiquement par le réflexe éjaculatoire.

#### 4 – 3 Les causes sexologiques

Pour les sexologues, **c'est l'excitation qui est la cause de l'éjaculation, qu'elle se produise rapidement ou pas après la pénétration.** Ainsi toutes les causes sexologiques qui sont à l'origine d'une surstimulation peuvent être responsables de la survenue précoce d'une éjaculation comme [41] :

- au niveau de la partenaire : apparence physique, expressions verbales et corporelles, les touchers, les mouvements.
- au niveau du partenaire : les fantasmes, le sens qu'il donne à la rencontre amoureuse, la vision qu'il a de sa partenaire, le plaisir qu'il retire de ses propres mouvements et de ses tensions musculaires.
- au niveau du contexte : l'ambiance et le lieu jouent en général un rôle moins important pour l'homme que pour la femme.

De plus, une ***mouvance corporelle globale, rapide, hypertonique et de faible amplitude favorise la montée rapide de l'excitation.***

Une longue période d'abstinence ainsi que l'apprentissage des premières expériences sexuelles rend également plus difficile la gestion de l'excitation sexuelle.

Toutes ces causes dites « sexologiques » seraient en relation avec un **défaut d'apprentissage de la montée de l'excitation.**

Par une méthode dite « sexo-corporelle », les sexologues proposent à leur patient d'apprendre à écouter leur corps et les signaux d'alarme (tension musculaire, fréquence respiratoire..) envoyés par celui-ci, leur informant de l'approche du point de non retour et donc de l'éjaculation (cf supra) [41].

#### 4 – 4 les causes péri-sexologiques

##### **L'anxiété :**

Les travaux de Rowland et al [56,57] ont montré que les hommes qui éjaculaient rapidement avaient tendance à être plus anxieux que les autres durant les activités sexuelles ; ils ont également moins de facilité à obtenir et à maintenir leur érection et leur fréquence cardiaque est plus élevée.

Rowland et al ont conclu ***qu'un changement de rapport entre les processus nerveux autonomes impliqués dans l'érection et l'éjaculation pouvait accélérer la venue de l'éjaculation [57].***

En effet, en temps normal, le système nerveux parasympathique domine au début du cycle de la réponse sexuelle et assure l'apparition de l'érection ; ensuite, quand l'individu devient suffisamment excité, le système nerveux sympathique prend la relève et provoque l'éjaculation.

Chez les hommes qui éjaculent prématurément, la transition du parasympathique au sympathique pourrait être altérée par l'anxiété ; en effet, cette émotion est reconnue pour activer le sympathique et ce dernier peut ainsi devenir trop stimulé et entrer en jeu plus tôt que prévu. ***L'activation prématurée du sympathique peut ainsi être tenue responsable de l'accélération de la fréquence cardiaque, de la faiblesse des érections et de la venue rapide de l'éjaculation.***

De plus, comme le sympathique est antagoniste du parasympathique, il peut se trouver également à l'origine d'érections moins fortes.

Finalement, *l'activation du sympathique causée par l'anxiété pourrait s'ajouter à l'activation du sympathique générée par l'excitation sexuelle* ; cette addition pourrait amener le déclenchement de l'éjaculation bien que l'excitation n'ait pas encore atteint le seuil du réflexe éjaculatoire [57].

L'anxiété favoriserait également la venue de l'éjaculation par le biais d'autres mécanismes. La peur d'échouer ou de frustrer sa partenaire provoque, comme n'importe quelle autre peur, des changements corporels chez l'homme ; il respire plus haut et plus rapidement, contracte plusieurs groupes de muscles qui se joignent aux contractions causées par l'excitation sexuelle, facilitant l'apparition de l'éjaculation.

De plus, les pensées anxieuses distraient l'individu, détournant son attention et l'empêchant ainsi de percevoir les signaux indicateurs de la montée de son excitation.

Cependant, il faut faire attention à ne pas confondre l'anxiété générale et l'anxiété liée à la sexualité ; en effet, seule cette dernière pourrait hâter la

survenue de l'éjaculation. Toutefois, si cette dernière peut être une des causes de la survenue d'une éjaculation prématurée, elle peut très bien être aussi une des conséquences du trouble sexuel.

### Les troubles relationnels :

Les conflits d'intérêts, les luttes de pouvoir, la haine, l'hostilité envers la conjointe, la vengeance et la discorde maritale sont autant d'éléments qui peuvent induire un manque de contrôle chez l'homme [58].

De même, certaines femmes manifestent leur hostilité envers leur mari en provoquant volontairement son éjaculation par une surexcitation et en le leur reprochant après [59].

Cependant, même s'il est évident que les interactions négatives du couple peuvent entraîner l'éjaculation prématurée du conjoint, *elles ne sont pas les seules causes de cette dysfonction*, au même titre que l'anxiété. D'ailleurs, la thérapie maritale, bien qu'améliorant la relation de couple, n'a habituellement pas d'effet sur l'éjaculation prématurée [60].

Il importe donc de bien évaluer si le conflit conjugal nuit à la gestion de l'excitation lors des relations sexuelles ; en l'absence de relation entre la conjugopathie et la survenue du trouble sexuel, le conflit conjugal ne peut pas être considéré comme un facteur causal de l'éjaculation prématurée.

En résumé, il faut être prudent lorsqu'on tente d'établir un lien de cause à effet entre un désordre péri-sexologique, que ce soit pour l'anxiété ou les troubles relationnels, et une dysfonction sexuelle.

Il existe beaucoup d'individus qui souffrent de difficultés émotionnelles, professionnelles, sociales, familiales, conjugales ou financières et qui ne peuvent pas en plus prolonger la durée de leurs relations sexuelles. Mais *la plupart du temps, il n'existe aucun lien entre ces difficultés et leur trouble sexuel*, par contre l'inverse est souvent vrai ; ***beaucoup d'états dépressifs, de baisse de rendement au travail et de tensions conjugales ont pour origine des frustrations sexuelles mal vécues*** [41].

## 5 - La théorie psychanalytique

Salzman et Stanley [61] avancent que l'homme souffrant d'éjaculation prématurée entretiendrait dans son inconscient des affects sadiques intenses envers la femme, l'amenant à éjaculer rapidement dans le but de souiller et de priver celle-ci de plaisir.

Cette attitude sadique serait en relation avec la dynamique qui s'est établie entre la mère et l'enfant lors de la phase urétrale du développement psychosexuel. Ce symptôme permettrait à l'homme de se venger symboliquement de sa mère en privant sa partenaire de plaisir sexuel et lui permettant du même coup de préserver son équilibre émotif en conservant ses pulsions sadiques refoulées.

Abraham [62] ajoute une composante masochiste qui se traduirait par un désir de l'homme à se punir en abrégant son propre plaisir.

## **C – LE TRAITEMENT**

Il n'existe aucune Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) des différentes thérapeutiques spécifiques à l'éjaculation prématurée détaillées ci-dessous.

### 1 – Traitement de la pathologie sous-jacente

En cas de pathologie organique sous-jacente, celle-ci doit être traitée en priorité (dysthyroïdie, infection urinaire, dysfonction érectile).

### 2 – Les traitements topiques

L'association de prilocaïne et de lidocaïne (emla 2.5 g) est le plus ancien traitement proposé pour traiter cette dysfonction éjaculatoire. Le but est de diminuer la sensibilité du gland par une application du topique 20 à 30 minutes avant le rapport, au niveau du gland et jusqu'à 2 centimètres plus bas sur le corps du pénis, puis de recouvrir la verge par un préservatif afin de conserver la crème.

Une application plus prolongée risque de provoquer un trouble érectile par engourdissement de la verge.

Il convient ensuite soit d'enlever le topique avant le rapport, soit d'utiliser un préservatif afin de ne pas anesthésier la paroi vaginale.

Cette méthode semblerait augmenter significativement la durée de l'IELT dans des études randomisées [63,64] ; *la durée d'application de 20 minutes avant le rapport sexuel semble celle qui donne de meilleur résultat en terme de délai d'éjaculation* avec un IELT moyen augmenté de 3 à 5 minutes chez des patients éjaculant dans la minute sans anesthésiant [64].

A noter également qu'il existe des « préservatifs retardant » constitués de 5 % de benzocaïne, en vente en grande surface ; à ce jour, il n'existe aucune étude sur le délai de survenue de l'éjaculation lors de l'utilisation de cette nouvelle classe de préservatifs.

### 3 – Les traitements pharmacologiques per os

#### 3 – 1 Les antidépresseurs

L'idée d'employer des antidépresseurs pour augmenter la durée de la pénétration tire son origine de l'observation clinique que ces mêmes substances ont pour effet secondaire de retarder la venue de l'éjaculation chez les patients souffrant de dépression.

Il y a d'abord eu la clomipramine (antidépresseur tricyclique) puis les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (ISRS).

Selon une méta-analyse qui a analysé 35 études de 1943 à 2003 portant sur l'efficacité des traitements per os de l'éjaculation prématurée, les molécules comme la **fluoxétine, la sertraline ou la paroxétine** sont responsables d'une augmentation significative de la durée de l'IELT [65].

L'effet commence au bout de quelques jours mais est plus évident au bout de une à deux semaines de traitement et peut être maintenu plusieurs années [65] mais peut parfois diminuer.

Les posologies d'ISRS à utiliser pour l'éjaculation prématurée sont généralement moindres que celles utilisées dans la dépression [65,66].

Les effets indésirables à court terme ont moins bien été évalués que dans la dépression mais paraissent être identiques et un peu moins prononcés ; ils ont tendance à s'estomper au bout de une à deux semaines de traitement et tendent à disparaître progressivement dans les deux à trois semaines. Ce sont essentiellement la *fatigue, les nausées, la diarrhée, la transpiration, la sécheresse buccale, la somnolence* [65,66]. La *baisse de la libido, les troubles de l'érection et l'anorgasmie* seraient moins fréquents que chez les patients dépressifs [66].

D'autres effets secondaires rares des ISRS sont le risque de saignement, de priapisme [67] et l'augmentation des idées suicidaires [66].

**Aucune de ces différentes molécules n'a l'AMM en France, ni l'approbation de la *Food and Drug Administration* aux USA dans cette indication spécifique.**

Par contre, leur utilisation est recommandée par l'*American Urological Association* (AUA) [66] et l'*European Urological Association* (EUA) qui recommandent la prescription de ces molécules soit en dose journalière, soit à la demande quatre heures avant un rapport sexuel.

En effet, il n'existe **pas de consensus sur le schéma thérapeutique** [66]. Ainsi, il est possible de prendre le traitement en continu ou à la demande ; toutefois, l'usage en continu semble le plus efficace et doté de moins d'effets indésirables, c'est aussi le mieux connu et évalué.

Ainsi, selon une étude de Waldinger et al [68], **81 % des hommes préféreraient un traitement journalier plutôt qu'un traitement à la demande**, principalement en raison du fait que le traitement journalier permettrait plus de spontanéité dans les relations sexuelles et que le traitement à la demande nécessiterait d'attendre plusieurs heures avant que celui-ci ne fasse effet à partir du moment de sa prise.

Une méta-analyse des différentes études réalisées sur les traitements à la demande est impossible à ce jour en raison des différentes méthodologies et principes actifs utilisés et comparés entre eux.

Cependant, une étude randomisée en double aveugle a semblé montrer que l'utilisation à la demande de 20 mg de paroxétine ou de clomipramine n'améliorait pas le délai d'éjaculation après 3 à 5 heures de prise [69]. A l'inverse, dans deux autres études également randomisées en double aveugle, l'utilisation à la demande de 25 à 50 mg de clomipramine a semblé améliorer l'IELT après 12 à 24 heures de prise [40,70].

Il n'existe également **pas de consensus sur la durée du traitement**.

### 3 – 2 La dapoxétine

En 2006, deux études sont parues dans le Lancet concernant un nouvel ISRS, la dapoxétine, **conçue spécifiquement pour traiter l'éjaculation prématurée à la demande** [71,72] ; en effet, sa pharmacocinétique révèle un pic plasmatique atteint rapidement en 1 à 3 heures après sa prise et une élimination rapide également en quelques heures [73].

Pryor et al [71] ont réalisé en 2006 une étude multicentrique randomisée en double aveugle de la dapoxétine versus placebo, phase III dans le processus de commercialisation.

Dès les premières doses, soit 30 mg, le temps de latence intra vaginal a été augmenté de manière significative par rapport au placebo après 1 à 3 heures de prises ; ainsi la moyenne de l'IELT est passée de 0,9 minutes à 1,9 minutes dans le groupe placebo, à 3,2 minutes avec 30 mg de dapoxétine et à 3,5 minutes avec 60 mg de dapoxétine.

Les principaux effets indésirables sont les nausées, les céphalées, les diarrhées, les vertiges et la somnolence.

D'autres études ont depuis critiqué ces résultats [74], certaines montrant la non supériorité de la dapoxétine par rapport à la paroxétine en prise continue sur l'allongement de l'IELT [75].

Il subsiste quand même un avantage du traitement par la dapoxétine, c'est l'amélioration de l'IELT, même modéré avec une prise à la demande.

**La dapoxétine a été validée comme traitement de l'éjaculation prématurée dans 7 pays européens (Suède, Autriche, Finlande, Allemagne, Espagne, Italie, Portugal) mais n'a pas été approuvé en 2005 et 2006 aux Etats Unis par « the Food and Drug Administration » ; il**

semblerait que soient en causes les nombreux effets indésirables de la substance pharmaceutique.

Récemment, en janvier 2012, ***l'Agence Européenne des médicaments a émis un avis favorable concernant la commercialisation de la dapoxétine entre les différents pays membres de l'Union Européenne.*** Le Comité des Médicaments à usage Humain de l'Agence (CHMP) a conclu que les bénéfices du dosage à 60 mg apportaient plus de bénéfices par rapport aux risques qu'ils comportaient et que l'autorisation de mise sur le marché obtenue dans certains pays européens pouvait être généralisée à l'ensemble des pays membres.

En effet, l'origine du désaccord portait sur la commercialisation du produit à la posologie de 60 mg ; pour certains pays, le bénéfice supplémentaire de la dapoxétine au dosage de 60 mg n'était pas assez significatif par rapport au dosage de 30 mg au regard du risque accru de malaises graves avec évanouissement (syncope), survenus dans les études de commercialisation. Le Comité des Médicaments à usage Humain de l'Agence Européenne des Médicaments a conclu, en se basant sur les données cliniques actuellement disponibles, que les bénéfices de la dapoxétine étaient supérieurs aux risques qu'ils comportaient et que dès lors, l'autorisation de mise sur le marché devait être acceptée par tous les Etats membres concernés ; le CHMP a également conclu que le risque de syncope pouvait être maîtrisé en initiant le traitement à la posologie de 30 mg et en n'augmentant la posologie à 60 mg qu'en l'absence suffisante de réponse thérapeutique au dosage inférieur, associé à l'absence de signes évocateurs ou annonciateurs d'un malaise [76].

### 3 – 3 Les inhibiteurs de la 5 phosphodiesterase

Plusieurs études sont en contradiction, la majorité tend à démontrer l'absence d'augmentation de l'IELT sous sildenafil [77,78].

Une méta-analyse de 2001 à 2006 a analysé 14 études portant sur le sildenafil, vardenafil et tadalafil [79] ; seule une étude remplissait les critères actuels de la médecine fondée sur la science, à savoir la définition claire de la population étudiée, une randomisation en double aveugle et la présence d'une mesure objective de l'IELT.

Cette étude concluait ***qu'il n'existait pas d'effet direct des inhibiteurs de la 5 phosphodiesterase sur le contrôle central ou périphérique de l'éjaculation ou sur un quelconque rôle dans le traitement de l'éjaculation prématurée sauf pour les hommes souffrant de dysfonction érectile associée.***

L'AUA ne recommande pas l'utilisation des inhibiteurs de la 5 phosphodiesterase dans le traitement de l'éjaculation prématurée [66].

## 4 – Les thérapies cognitivo-comportementales

Ces thérapies proposent une analyse fonctionnelle du comportement sexuel associée à un recadrage et à une restructuration cognitive de l'éducation sexuelle, un apprentissage de la communication corporelle, une sensibilisation au toucher et enfin l'apprentissage de techniques plus spécifiques comme le stop and go de Semans ou la compression pénienne de Masters et Johnson.

### 4 – 1 Le stop and go de Semans

Semans en 1956 a émis l'hypothèse que la difficulté à prolonger la durée de la pénétration était causée par une non perception des sensations érotiques précédant le réflexe éjaculatoire [80] ; l'élément central du traitement qu'il propose consiste à amener l'homme à se **concentrer de façon continue sur ses sensations « pré-orgasmiques » afin d'éviter d'être distrait par les composantes de l'interaction sexuelle avec la partenaire.**

Ainsi, l'homme doit d'abord réapprendre à percevoir les sensations qui précèdent le réflexe éjaculatoire lors de « masturbations encadrées » avec sa partenaire, d'abord manuellement puis oralement puis avec du lubrifiant, afin de reconstituer au mieux les conditions vaginales. Quand l'homme sent que le point de non retour s'est éloigné, la partenaire peut reprendre sa stimulation.

Quand l'homme sent qu'il a acquis un certain contrôle sur son éjaculation, le couple peut procéder à la pénétration selon les mêmes étapes progressives.

Kaplan en 1974 a utilisé la technique du stop and go de Semans en rajoutant à cet élément central des techniques de communication corporelle entre les conjoints [81].

Quand l'homme sent qu'il a acquis un certain contrôle sur son éjaculation grâce « aux masturbations encadrées », le couple peut procéder à la pénétration, d'abord en position dite Andromaque (la partenaire est au dessus) permettant ainsi un meilleur contrôle pour l'homme ; lorsque l'excitation est maximale, l'homme demande à sa partenaire d'arrêter ses mouvements de bassin (stop) et de les reprendre quand l'excitation est redescendue (and go).

Puis une fois cette position maîtrisée, le couple peut étendre ses positions pour finir par la position où l'homme se trouve sur sa partenaire.

Kaplan rapporte obtenir 80 % de succès avec cette technique psycho-comportementale mais, comme avec Semans, l'auteur n'a pas effectué de mesure objective de la durée de pénétration après traitement, ni utilisé de groupe témoin.

### 4 – 2 La technique de compression pénienne de Masters et Johnson

Masters et Johnson [46] attribuent la difficulté à prolonger la durée de la pénétration aux conditionnements associés aux premières expériences

sexuelles. Afin d'inverser les effets de ces conditionnements et de modifier les habitudes sexuelles développées par le couple en réaction à cette dysfonction, ils ont élaboré en 1970 un programme d'intervention multimodal sur deux semaines qui *met l'accent sur l'exploration du toucher, le développement de la communication corporelle, l'acquisition de connaissances sur la sexualité et l'apprentissage de la compression pénienne.*

Après des rappels sur l'anatomie des organes génitaux, sur la physiologie de la réponse sexuelle masculine et féminine, sur les étiologies de l'éjaculation prématurée et leurs conséquences sur la vie conjugale et sexuelle du couple, les deux partenaires réapprennent ensemble à découvrir les sensations corporelles provoquées par le toucher de leur conjoint. Ces exercices s'effectuent à tour de rôle, l'un des conjoints étant receveur et l'autre donneur.

Le donneur a pour mission de toucher, caresser ou masser le receveur, dans le but de lui procurer du plaisir sans état d'excitation à atteindre ; lors des premières séances, le contact avec les seins et les organes génitaux externes sont proscrits.

Au fil des séances, un système de communication corporelle entre les deux conjoints s'installe avec identification de préférences pour chacun des deux conjoints ; le receveur étant invité à guider le donneur en plaçant sa main sur la sienne pour lui indiquer ses préférences en termes d'endroits à stimuler, de pressions à exercer ou de touchers à effectuer.

Puis, le couple passe à l'apprentissage de la technique de compression pénienne ou squeeze technique qui consiste pour la femme **à placer son pouce sur le frénulum puis son index et majeur de chaque côté de la couronne du gland et d'exercer une pression de 3 à 4 secondes** ; l'homme perd à ce moment là son envie d'éjaculer associée à une petite perte d'érection de 10 à 30 %. Les premières séances sont faites d'alternance de stimulation et compression pour permettre à l'homme d'identifier les niveaux d'excitation en dessous du point de non retour, puis le couple peut procéder à la pénétration et à des activités sexuelles classiques par pallier progressif.

Masters et Johnson préconisent d'employer la technique de compression pénienne pendant 6 à 12 mois après la fin du programme, d'avoir des préliminaires avant toute pénétration et des activités sexuelles régulières.

Les auteurs ont publié d'excellents résultats avec 97,8 % de leurs patients qui ont augmenté leur durée de pénétration à la fin du traitement mais il s'agissait de patients soigneusement sélectionnés qui avaient déjà suivi une psychothérapie. D'autre part, il n'y a pas eu de mesure objective de l'augmentation de la durée de la pénétration ainsi qu'une absence de groupe témoin ce qui porte atteinte à la validité de l'étude [41].

Depuis, d'autres chercheurs [82] ont utilisé la même technique avec semble-t-il des résultats proches de ceux de Masters et Johnson ; toutefois, les études portant sur de longues périodes tendent à révéler que la plupart des individus qui ont suivi un traitement cognitivo-comportemental sur l'éjaculation prématurée du même type que celui de Masters et Johnson ont tendance à perdre avec le temps le gain acquis au cours de la thérapie.

Une hypothèse pouvant expliquer cette régression généralisée serait *qu'il est facile de perdre les techniques apprises, et ce d'autant plus si les couples n'ont pas l'occasion de les mettre souvent en pratique* [41].

Cependant, l'inconvénient majeur du programme de Masters et Johnson réside dans le caractère anti érotique de la compression pénienne qui demande d'interrompre brutalement l'activité sexuelle en cours et de faire un geste allant à l'encontre de l'atmosphère de la relation amoureuse. Les conjoints alternent donc entre une atmosphère érotique et thérapeutique, à la différence de la méthode de Semans où le couple ne fait que s'arrêter, sans interrompre nécessairement les échanges amoureux.

## 5 – L'approche sexo-corporelle [6]

L'approche sexo-corporelle a été mise en place par le docteur Jean-Yves Desjardins et enseignée au département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal. Cette approche a été structurée de façon systématique à partir de 1985 par le docteur Desjardins et le sexologue Jean-Francois De Carufel.

Elle a été ensuite connue et enseignée en France (Toulouse, Paris, Lyon) sous l'égide du CIFRES (Centre International de Formation et de Recherche en Sexualité).

L'approche sexo-corporelle repose sur le concept de l'unicité fondamentale du *cerveau-corps* et du *corps-cerveau* ; c'est-à-dire que ***toute émotion ou perception suscite une modification corporelle et tout changement corporel se répercute sur la perception émotionnelle***. C'est ce qui est appelé le «corps-miroir».

Ainsi, pour l'approche sexocorporelle, la fonction excitatoire peut se subdiviser en deux éléments constitutifs, la *vasocongestion sanguine* qui relève du système neurovégétatif et les *réactions physiologiques* qui s'inscrivent dans les lois du corps (mouvements, rythmes et tensions musculaires). Le réflexe excitatoire faisant partie du système neurovégétatif, celui-ci ne peut être influencé directement et volontairement ; cependant il est possible de jouer sur les réactions concomitantes qui l'accompagnent.

Ainsi, ***la gestion des rythmes, des mouvements et des tensions musculaires est à la base de tous les apprentissages et de tous les arts corporels***, y compris les arts érotiques. ***La façon pour un homme, comme pour une femme d'améliorer sa fonction excitatoire est de passer par les lois du corps*** ; ainsi par des apprentissages adéquats, il est possible d'apprendre à diffuser l'excitation sexuelle pour ensuite la canaliser et lâcher prise à une décharge orgasmique.

L'approche sexo-corporelle intervient donc autour de trois axes :

- un recadrage cognitif visant à informer le patient des connaissances et systèmes de pensées sur la sexualité, associé à une évaluation sexologique (cf annexe 2) ;
- l'élaboration d'un projet sexo-clinique en accord avec l'adhésion cognitive et émotionnelle du patient ;
- atteindre les objectifs fixés par des moyens adéquats sexo-cliniques.

Cette nouvelle approche thérapeutique pour l'éjaculation prématurée a obtenu d'aussi bons résultats que les autres thérapies cognitivo-comportementales (the squeeze technique et the stop and go) avec amélioration significative de l'IELT et de la satisfaction sexuelle par rapport au groupe placebo [83].

## 6 – Comparaison des thérapies cognitivo-comportementales et des traitements pharmacologiques per os

Une étude Cochrane [84] a analysé les différentes études comparant les traitements psycho-comportementaux entre eux et avec des traitements per os ; seules quatre études [82,83,85,86] remplissaient les critères *d'evidence based medicine* (randomisation de l'étude, définition de l'éjaculation prématurée selon les critères du DSM-IV-TR ou de l'ISSM, évaluation de l'efficacité des thérapies testées via la mesure de l'IELT, l'amélioration de la perception du contrôle sur l'éjaculation et l'amélioration du plaisir lors des rapports sexuels).

Parmi les quatre études sélectionnées, trois études comparaient des traitements psycho-comportementaux pour le traitement de l'éjaculation prématurée aux traitements pharmacologiques per os [82,85,86] et une étude comparait des traitements psycho-comportementaux au traitement sexo-fonctionnel de De Carufel [83] ou à un placebo.

Dans l'étude de Carufel [83], 36 couples ont bénéficié pendant 12 semaines soit du traitement sexo-fonctionnel, soit d'un traitement psycho-comportemental type « the squeeze technique ou the stop start technique », soit d'un traitement placebo. Les résultats de cette étude ont montré qu'il n'y avait ***pas de différence significative entre le traitement sexo-fonctionnel et les thérapies cognitivo-comportementales***, que ce soit sur la mesure objective de l'IELT, la satisfaction sexuelle ressentie par les deux conjoints durant les rapports sexuels et la perception de contrôle sur l'éjaculation du patient. Par contre, le groupe traitement sexo-fonctionnel ou traitement psycho-comportemental a obtenu de meilleurs résultats par rapport au groupe placebo.

Li [85] a étudié chez 90 patients l'association clomipramine - thérapie psycho-comportementale à la prise de clomipramine seule pendant 6 semaines. Les résultats basés sur la mesure de l'IELT et le *Chinese Index of Sexual Function for Premature Ejaculation* (CIPE : annexe 3) ont montré la ***supériorité de l'association clomipramine - thérapie psycho-comportementale à la clomipramine seule***.

Yuan [86] a comparé, lui, chez 96 patients l'utilisation d'une technique psycho-comportementale seule avec la prise de citalopram seule et en association avec une technique psycho-comportementale. Les résultats ont montré une *meilleure efficacité du groupe citalopram seul sur la mesure de l'IELT et la satisfaction sexuelle par rapport au groupe thérapie psycho-comportementale seul* mais une ***meilleure efficacité du groupe citalopram - thérapie psycho-comportementale par rapport au groupe citalopram seul.***

Abdel-Hamid [82], lui, a mené une étude chez 31 patients, portant sur l'administration 3 à 5 heures avant un rapport sexuel soit de clomipramine, soit de sertraline, soit de paroxétine, soit du sildénafil ; ces résultats ont été comparés à l'utilisation de la technique psycho-comportementale « the squeeze technique ». L'amélioration de l'IELT et de la satisfaction sexuelle a été meilleure dans le groupe paroxétine et sildénafil par rapport au groupe « squeeze technique » ; par contre, les résultats du groupe « squeeze technique » sont similaires avec ceux des groupes sertraline et clomipramine.

Pour résumer, *les thérapeutiques per os pour l'éjaculation prématurée semblent, d'après les résultats de l'étude Cochrane, donner de meilleurs résultats que les traitements psycho-comportementaux mais l'association des deux thérapeutiques semble encore être plus efficace.*

Toutefois, il est difficile selon la revue Cochrane de conclure sur telle ou telle efficacité d'une stratégie, les études sélectionnées comportant plusieurs biais comme l'absence de description des protocoles utilisés pour les thérapies psycho-comportementales, l'absence de précision des caractéristiques du thérapeute (sa formation, ses expériences), l'absence de suivi à moyen terme des patients et le faible échantillonnage des études.

## **D – L'EJACULATION PREMATUREE ET LA MEDECINE GENERALE**

### 1 – Un trouble sexuel très fréquent

La prévalence varie selon les études en fonction de la définition utilisée et des mesures d'évaluations utilisées [87] ; elle varierait ainsi de **5 à 30 %** selon les études [87].

Sa prévalence reste relativement stable avec l'âge puisqu'elle est de 22 % entre 40 et 49 ans et de 23 % entre 50 et 59 ans [87] ; d'après la même étude, 60 % des hommes souhaiteraient éjaculer plus tardivement.

Une méta-analyse de toutes les études portant sur ce trouble [87] est impossible en raison des différents critères diagnostiques pris en compte pour l'inclusion des patients, des différentes mesures d'évaluation (différents scores) et de l'absence de prise en compte de l'histoire sexuelle des patients.

De plus, il n'a jamais été fait de distinction claire dans les études entre l'éjaculation prématurée primaire et acquise.

Les troubles sexuels sont un enjeu de santé publique. D'ailleurs, l'OMS en définissant la santé sexuelle comme faisant partie intégrante de la santé, du bien-être et de la qualité de vie, a reconnu l'importance et la nécessité d'avoir une sexualité fonctionnelle [88].

Dans une autre étude [89] portant sur 13 618 hommes âgés entre 40 et 80 ans de 29 pays différents, l'éjaculation prématurée est apparue comme étant le trouble sexuel le plus fréquent avec la prévalence la plus élevée en Asie du Sud Est de 30,5 %, ce chiffre englobant 5,3 % d'éjaculation prématurée occasionnelle (éjaculation prématurée naturelle), 19,8 % d'éjaculation prématurée intermittente et 5,4 % d'éjaculation prématurée fréquente.

La prévalence confondue en Europe était d'environ 21 % avec 8 à 10 % d'éjaculation prématurée occasionnelle selon les pays, 7 à 10 % d'éjaculation prématurée intermittente et 3 à 4 % d'éjaculation prématurée fréquente.

Dans cette étude, le diagnostic d'éjaculation prématurée avait été posé sur simple réponse positive à la question « durant les douze derniers mois, avez-vous été confrontés pendant une période d'au moins deux mois à la survenue d'une éjaculation trop rapide ? »

***La prévalence de l'éjaculation prématurée en tant que plainte semble donc être de l'ordre de 20 à 30 % tandis que celle de l'éjaculation prématurée primaire semble être beaucoup moins élevée, de l'ordre de 3 à 5 % environ.***

D'une manière générale, les fortes prévalences retrouvées dans les études doivent englober tous les types d'éjaculations prématurées précédemment décrits, à savoir l'éjaculation prématurée primaire et acquise mais aussi l'éjaculation prématurée naturelle et la fausse éjaculation prématurée, ces deux dernières entités devant jouer un rôle important dans les fortes prévalences retrouvées.

Cependant, tant qu'il n'existera pas de consensus clair sur la définition à adopter, il sera difficile d'établir des prévalences fiables.

## 2 – La place du médecin généraliste dans la prise en charge de l'éjaculation prématurée

Dans une étude portant sur des patients âgés entre 18 et 70 ans, recrutés sur le net et inclus sur les critères d'une absence ou d'un manque de contrôle sur l'éjaculation, s'associant à une souffrance soit pour le patient, soit pour le conjoint, soit pour les deux [1], ***seulement 9 % des patients de cette étude avaient consulté leur médecin généraliste pour ce symptôme*** (dont 69 % pour un autre motif initial et 30 % pour ce symptôme à part entière) ***et 4 % un psychiatre ou un sexologue.***

*Plus d'un patient éjaculateur précoce sur deux qui n'avait pas consulté son médecin pour ce symptôme n'y avait pas pensé.*

Les autres raisons pour lesquelles les patients n'avaient pas consulté leurs médecins étaient ***la gêne, le sentiment qu'aucun médicament ne peut les aider à contrôler leur éjaculation, la crainte de devenir dépendant d'un médicament pour être performant sexuellement et la résignation.***

Une autre étude menée auprès de 133 médecins généralistes anglais via des questionnaires adressés par courrier postal [90] a montré que **seulement 6 % des médecins généralistes ont un réel centre d'intérêt pour la santé sexuelle de leur patient**. Dans cette même étude, 33 % des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire avaient reçu une formation portant sur le diagnostic d'un trouble sexuel et 36 % sur la gestion d'un trouble sexuel.

65 % des médecins de cette étude jugeaient les troubles sexuels comme étant une priorité moyenne de leur pratique, 19 % comme une priorité importante et 13 % comme une faible priorité.

Quatre types de barrières ont été identifiés par les médecins dans cette étude [90] :

- le médecin lui-même : son manque de formation sur la sexualité, sa gêne pour aborder un trouble sexuel et gérer l'interrogatoire avec un langage adapté ;

- le patient : la gêne du patient pour aborder le sujet qui est souvent présenté par un cheval de Troie, c'est-à-dire par un autre motif initial de consultation, souvent un problème urologique ou sexuel courant, avant de recentrer la conversation sur le réel motif de consultation, l'éjaculation prématurée dans notre cas ;

- la relation médecin-patient : pour les médecins interrogés, une différence de sexe peut gêner le patient à aborder le sujet ; le médecin quant à lui est gêné en cas de cultures ou d'âges différents ;

- le contexte : le manque de temps, le manque de choix dans les thérapeutiques, le manque de spécialistes et la stigmatisation du sexe par la société sont autant d'éléments qui ne rendent pas l'abord de la sexualité facile.

Les solutions proposées par les médecins de cette étude pour améliorer le dépistage des troubles sexuels étaient d'**améliorer l'éducation, la formation et les connaissances des médecins généralistes et des patients sur le sujet, d'augmenter le temps de consultation, de favoriser l'accès aux spécialistes et aux traitements [90]**. Cependant, ces résultats doivent être temporisés car la pratique de la médecine en Angleterre et en France sont différentes, notamment concernant l'accès aux spécialistes.

Dans d'autres études du même type, le manque de temps [91,92], le sentiment d'incompétence des professionnels face aux troubles sexuels [91,92, 93], la difficulté à mener une consultation avec un langage adapté et l'absence de priorité en terme de santé publique [91,94] sont des obstacles qui reviennent également fréquemment.

D'autres obstacles sont aussi cités régulièrement comme le souci d'une vision normative de la sexualité à ne pas imposer au patient ainsi que la gêne du médecin avec les patients de cultures et d'âges différents [90,91].

De plus, l'impression que les patients de cultures différentes sont moins ouverts sur le sujet est une idée très répandue chez les médecins [91] ;

l'adoption d'un langage adapté est d'autant plus difficile pour les médecins dans ces situations.

La discussion est aussi plus difficile avec les sujets âgés : *plus l'âge est élevé et plus il est délicat de parler de sexualité pour le médecin*. A partir de 40 ans, la sexualité est perçue comme plus personnelle et potentiellement plus offensante en cas de dysfonction sexuelle soulevée.

Les médecins ont également le sentiment d'être peu compétents pour les patients non hétérosexuels [91].

D'autres propositions comme **apprendre les techniques de communication pour initier l'interrogatoire** sur ce sujet difficile avec des patients jeunes comme âgés, **tout en dépassant son propre inconfort** [91,92] et proposer des supports écrits dans la salle d'attente permettant aux patients d'engager plus facilement le sujet avec leurs médecins ont été proposées [91].

### 3 – Du côté des patients

Gott et al. [95] ont réalisé des interviews semi-structurés auprès de 22 femmes et de 23 hommes âgés entre 50 et 92 ans afin d'explorer les éléments spécifiques empêchant l'évocation du sujet.

Les personnes interrogées ont désigné le médecin généraliste comme la principale source d'aide en matière de problème sexuel.

Une relation privilégiée construite depuis souvent plusieurs années permet d'avoir la confiance nécessaire ; cependant aucun des médecins soignant la population interviewée n'avait évoqué ou initié la discussion à propos d'un problème de sexualité, même lorsque des pathologies ou traitements prescrits avaient un retentissement sur la sexualité.

Au-delà des caractéristiques personnelles du praticien (genre, âge) toujours présentes, c'est ***l'attitude plus globale du médecin généraliste face à la sexualité qui est déterminante pour les patients***.

Le stéréotype de la personne âgée « asexuée » semble profondément ancré pour les médecins. De plus, pour les patients âgés, ***l'idée que le sexe appartient à la sphère privée est attachée à cette génération***.

Le fait que médecin et patient se connaissent depuis longtemps gêne également la discussion sur un sujet aussi délicat : ***le patient est soucieux de l'image qu'il peut alors donner à son généraliste***.

Les patients ont aussi tendance à mettre sur le compte de la vieillesse l'apparition de dysfonction sexuelle. Ils manquent de connaissances quant à l'existence de traitements disponibles.

La peur de « prendre du temps » à leur médecin pour un problème qu'ils considèrent souvent comme secondaire est aussi évoquée.

Beaucoup de raisons expliquent pourquoi les patients ayant eu l'expérience de problèmes sexuels ne sont pas pris en charge.

## **E – QUESTION DE RECHERCHE**

### 1 – La problématique

L'éjaculation prématurée est, on l'a vu, un problème fréquent. Elle est responsable d'une altération de la qualité de vie pour le patient et pour sa partenaire [96].

Différents types de traitements existent : locaux, médicamenteux, psychothérapies analytiques ou cognitivo-comportementales, et l'approche sexo-corporelle. Cependant, il n'existe à ce jour aucun consensus sur la prise en charge du trouble sexuel, ni aucune AMM pour les différentes thérapeutiques locales ou per os existantes.

Le médecin généraliste est, d'après les patients, un interlocuteur privilégié dans ce type de situation [97,98].

En effet, selon une étude anglaise menée via des questionnaires adressés par voie postale et portant sur les troubles sexuels de la population, **52 % des patients souffrant d'un trouble sexuel aimeraient de l'aide de la part de leur médecin généraliste**. Pourtant, dans cette même étude, seulement 1 patient /10 souffrant d'un trouble sexuel avait reçu une aide de la part de son médecin généraliste [98].

Dans une autre étude menée auprès de 170 patients attendant dans la salle d'attente de leurs médecins, 35 % des patients interrogés à l'aide d'un questionnaire déclaraient souffrir d'un trouble sexuel et 31 % d'éjaculation prématurée (diagnostic posé sur simple réponse positive du patient à la question « éjaculez vous avant la pénétration, juste après la pénétration ou trop rapidement au cours du rapport sexuel »). 69 % des patients interrogés dans cette étude ont déclaré que leur médecin généraliste était un professionnel approprié pour parler de leur trouble sexuel [97] ; pourtant, l'existence du trouble sexuel n'était notée que dans 2 % des dossiers des patients ayant participé à l'étude.

De nombreux obstacles au dépistage de ce trouble existent : le fait de parler d'un problème de sexualité pour le patient, le manque de temps et de formation approfondie pour le médecin généraliste sont les principaux.

D'autre part, l'existence de différentes définitions et questionnaires diagnostiques (*PROs questionnaire* ou *PEP : Premature Ejaculation Profile*, le *PEDT : the Premature Ejaculation Diagnostic Tool*) sans véritable consensus ne simplifie pas la tâche du médecin.

Pourtant, bien que le problème soit complexe, il existe des situations où le patient arrive à aborder le sujet en consultation de médecine générale. On peut

donc penser que certains médecins ont des stratégies pour aider le patient à aborder le sujet.

Ceci était l'objectif de la thèse de Marie Barais, à savoir ***identifier les stratégies qui ont permis à certains médecins généralistes d'aborder l'éjaculation prématurée en consultation.***

## 2 –Les résultats de la thèse de Marie Barais

Marie Barais a mené des entretiens semi dirigés auprès de médecins généralistes qui avaient adressé des patients à un sexologue pour éjaculation prématurée ; cette démarche qualitative a permis d'identifier 6 stratégies qui ont été utilisées par les médecins interrogés pour aborder le sujet en consultation, 3 stratégies d'investigation et 3 stratégies d'attitude [99].

Les stratégies d'investigation sont des *stratégies utilisées par des médecins généralistes qui ont volontairement aiguillé la conversation vers les dysfonctions sexuelles* ; ces stratégies sont :

- **le questionnement systématique** lors d'une consultation de prévention ;
- **l'évocation de signes que le patient pourrait avoir** : « vous avez quand même des signes de dépression, la dépression ça donne une fatigue physique, morale, parfois même sexuelle... » ;
- **l'aide à la verbalisation** en posant des questions sur le contexte personnel du patient : « je lui ai posé beaucoup de questions sur sa vie, sur ses rapports, comment ça se passait avec sa femme... ».

Les stratégies d'attitude correspondent plus à une *attitude ou à une réflexion que le médecin a eu lors de la consultation pour inciter le patient à se livrer et lui faire comprendre qu'il était réceptif à tous les sujets* ; ces stratégies sont :

- **une attention intacte jusqu'au dernier moment de la consultation**, le médecin montrant par son attitude qu'il reste ouvert à un autre motif de consultation, même lorsqu'il est sur le point d'ouvrir la porte, ceci afin de pouvoir laisser au patient la possibilité d'aborder le sujet librement et à tout moment ;
- **L'humour** : « on plaisante, sans être graveleux pour essayer d'ouvrir un peu la conversation » ;
- **L'approche « fonctionnaliste » dédramatisant la sexualité** : « c'est un organe comme un autre qui a ses travers... ». Insister sur la fonction mécanique et naturelle de la sexualité permettrait d'alléger le caractère dramatique du sujet.

De plus, il ressort de la thèse de Marie Barais que l'éjaculation prématurée a été abordée dans 3 types de circonstances :

- soit il s'agissait du motif principal de la consultation ;
- soit le patient consultait pour un autre motif, généralement ***un sujet de la sphère génitale, un trouble urinaire ou une demande de sérologie VIH***, ceci pour tester la réaction du médecin face au sujet de la sexualité ; c'est ce que Marie Barais a appelé « le cheval de Troie » ;
- soit il s'agissait de l'exploration d'une souffrance psychique.

### 3 – Question générale de recherche

La thèse de M. Barais a cherché à identifier des stratégies développées par des médecins généralistes face à un sujet peu abordé au cours des études médicales, et touchant le domaine de l'intime, du tabou au sein de la population générale.

Les capacités relationnelles développées au sein de la relation médecin malade étant au cœur de la problématique, le choix d'une méthode qualitative était justifiée ; ceci afin d'appréhender le fait humain au plus près pour mieux le décrire.

A partir de là, on peut se demander si ces stratégies mises en évidence sont efficaces, du fait de l'absence de résultats chiffrés de leur application. C'est l'objectif d'une étude quantitative, à savoir *démontrer grâce à des tests statistiques qu'il existe ou pas une relation entre telle hypothèse et tel résultat*.

Il s'agit ici de vérifier ***si l'application des stratégies mises en évidence par M. Barais permet ou pas d'identifier plus de patients souffrant d'éjaculation prématurée par rapport à la pratique courante en médecine générale***.

A noter qu'on peut déjà présumer d'une certaine efficacité de ces stratégies car celles-ci ont permis aux médecins qui les ont appliquées d'adresser leur patient à un sexologue pour prise en charge d'une éjaculation prématurée ; la question est de savoir à présent si celles-ci sont généralisables ou non à d'autres médecins généralistes?

### 4 – Questions spécifiques de recherche

Cette question étant posée, d'autres questions se posent dans le cadre de cet objectif de validation des stratégies de M. Barais.

Par exemple, nous avons une idée approximative de la prévalence de patients souffrant d'éjaculation prématurée dans la population générale mais ***quelle proportion de patients souffrant d'éjaculation prématurée est prise en charge en pratique courante chez le médecin généraliste ?***

Il existe peu de données littéraires dessus ; selon une étude anglaise ayant interrogé des patients attendant dans la salle d'attente, environ 35 % des hommes souffriraient de troubles sexuels et 31 % d'éjaculation prématurée, le diagnostic ayant été posé sur simple réponse positive du patient à la question « éjaculez-vous avant la pénétration, juste après la pénétration ou trop rapidement au cours du rapport sexuel ». Cependant, après analyse des dossiers des patients interrogés, **seulement 2 % des dysfonctions sexuelles des patients étaient mentionnées dans les dossiers médicaux** [97].

Cette étude quantitative de validation des stratégies permettra ainsi d'obtenir une prévalence de prise en charge de l'éjaculation prématurée en pratique courante chez le médecin.

D'autre part, se pose la question de la formation des médecins généralistes aux stratégies pour aborder l'éjaculation prématurée, quel contenu doit-elle avoir ? Sous quelle forme doit-elle se dérouler ? Permettra-t-elle de répondre aux attentes des médecins sur le sujet ?

Se pose aussi la question de la motivation des médecins formés à ces stratégies, comment les motiver dans le cadre de ce projet de thèse ?

Pour finir, combien de temps faut-il aux médecins formés pour recruter le quota de patients fixés par l'étude ?

## 5 – Nécessité d'une étude préliminaire d'intervention

Toutes ces questions sur la formation à administrer aux médecins généralistes, leur motivation et le temps nécessaire pour le recrutement des patients ne peuvent avoir de réponse sans la réalisation d'une étude préliminaire.

L'objectif premier de cette thèse est le **calcul d'une prévalence de patients identifiés comme souffrant d'éjaculation prématurée avec et sans l'utilisation des stratégies de Marie Barais.**

Pour ce faire, une étude quantitative de deux groupes de médecins (groupe stratégie et groupe pratique courante) a été menée. Les différentes étapes de cette étude d'intervention ont été les suivantes :

- constitution d'un scénario pédagogique afin d'identifier les principaux objectifs à atteindre ;
- élaboration d'une intervention pour le groupe de médecins stratégie, portant sur la prise en charge de l'éjaculation prématurée et sur l'assimilation des stratégies mises en évidence par M. Barais ;

- élaboration d'un questionnaire informatif d'inclusion des patients pour chacun des deux groupes;
- test de l'intervention et du questionnaire d'inclusion des patients du groupe stratégie auprès d'un groupe de médecins test ;
- recrutement des médecins des deux groupes, basé sur le volontariat ;
- intervention auprès des deux groupes de médecins ;
- recueil des résultats ;
- analyse des résultats, calcul d'une prévalence de prise en charge de l'éjaculation précoce pour chacun des deux groupes ;
- discussion des résultats avec proposition d'un protocole de recherche de validation des stratégies.

**Les objectifs secondaires** de cette étude d'intervention sont de répondre à ***des problèmes de faisabilité par la description du déroulement de l'étude et des difficultés rencontrées.***

Les résultats en terme de prévalence de cette étude préliminaire permettront également de calculer la taille définitive des échantillons dans l'étude de validation des stratégies.

## **MATERIEL ET METHODE**

### **A – DEROULEMENT DE L'ETUDE**

#### 1 – L'élaboration d'un scénario pédagogique

Le scénario pédagogique a permis de fixer clairement les objectifs à atteindre pour l'intervention du groupe stratégie, à savoir :

- ***élaborer une synthèse des connaissances à avoir sur l'éjaculation précoce afin que les médecins de ce groupe soient capables de débiter une prise en charge en cabinet ;***
- ***être capable pour les médecins de ce groupe d'appliquer une ou plusieurs de ces stratégies chez tous les hommes de plus de 18 ans consultant pour problème uro-génital, sexuel ou psychique ;***

- ***être capable pour les médecins de ce groupe de remplir le questionnaire d'inclusion des patients après chaque stratégie appliquée en consultation.***

Le scénario pédagogique a permis également de fixer les moyens pédagogiques à utiliser pour atteindre les objectifs de l'intervention (brainstorming, diaporama, cas cliniques).

Afin de fixer clairement les objectifs à atteindre ainsi que les moyens pédagogiques à utiliser, il a été utilisé la taxonomie de Bloom [100].

#### 1 – 1 Connaissance

A la fin de l'intervention, les médecins généralistes devaient être capables :

- d'énoncer la prévalence de l'éjaculation prématurée ;
- de citer les sous types d'éjaculation prématurée ;
- de citer les critères diagnostiques de l'éjaculation prématurée ;
- de nommer les problèmes de dépistage ;
- de lister les différentes thérapeutiques.

Le moyen pédagogique choisi pour atteindre cet objectif a été un diaporama.

#### 1 – 2 Compréhension

A la fin de l'intervention, les médecins devaient avoir compris et assimilés les différentes stratégies mises en évidence par M. Barais.

Le diaporama a été également choisi comme moyen pédagogique pour atteindre cet objectif.

#### 1 – 3 Application

A la fin de l'intervention, les médecins devaient être capables d'identifier les situations cliniques où les stratégies mises en évidence par M. Barais pouvaient être appliquées.

Il est ressorti de la thèse de M. Barais [99] que les patients avaient évoqué leur trouble sexuel en consultation lors de trois situations :

- soit d'emblée comme motif initial de consultation ;
- soit sur un cheval de Troie par l'intermédiaire d'un autre motif de consultation uro-génital ;
- soit lors de l'évocation d'un problème psychique.

Il a donc été décidé ***d'appliquer ces stratégies chez tous les patients de plus de 18 ans consultant pour motif sexuel, uro-génital (cheval de Troie) ou psychique.***

Des cas cliniques collectifs mettant en situation les médecins ont été choisis comme moyen pédagogique pour atteindre cet objectif.

De plus, à la fin de l'intervention, les médecins devaient être capables de remplir le questionnaire d'inclusion des patients présenté et expliqué à la fin de cette dernière ; l'accès au questionnaire se faisant par un lien informatique adressé aux médecins le lendemain de l'intervention.

#### 1 – 4 Analyse

A la fin de l'intervention, les médecins devaient remplir un questionnaire (cf annexe 5) évaluant le contenu et le déroulement de celle-ci.

#### 1 – 5 Synthèse

L'intervenant grâce aux remarques et suggestions du questionnaire de fin d'intervention (annexe 5) pourra éventuellement procéder ou proposer des modifications de celle-ci afin d'améliorer son contenu et/ou son déroulement pour l'étape de validation des stratégies par la suite.

### 2 – Constitution des échantillons

Les 2 groupes de cette étude ont été constitués selon le volontariat des médecins.

#### 2 - 1 Sélection des médecins du groupe stratégie

Les médecins du groupe stratégie ont été tous recrutés parmi des maîtres de stage de la région d'Angoulême appartenant à deux groupes de pairs.

Les médecins recrutés ont été contactés initialement par un message électronique les informant d'une étude se déroulant dans le cadre d'une thèse

et portant sur le dépistage des troubles sexuels en général pour ne pas induire un biais de sélection supplémentaire.

Il leur a été demandé s'ils acceptaient que leur prochain groupe de pairs soit modifié par une intervention leur expliquant les modalités de l'étude ; la durée de l'intervention devait être de 1 heure environ.

L'objectif numérique initialement fixé pour le groupe stratégie de l'étude était de 15 médecins.

J'ai ainsi mené deux interventions à 3 semaines d'intervalle, la première sur Champniers (code postal 16 430) début avril 2011 qui a rassemblé 5 médecins et la seconde sur Angoulême (code postal 16 000) fin avril 2011 qui a rassemblé 9 médecins, soit un total de 14 médecins pour le groupe stratégie.

## 2 – 2 Sélection des médecins du groupe témoin

Les médecins du groupe témoin ont été sélectionnés parmi des médecins généralistes exerçant en Gironde (3 médecins sur Cadillac, 2 médecins sur Créon, 1 médecin sur Cavignac et 4 médecins sur Targon dont 1 médecin maître de stage), dans les Pyrénées-Atlantiques (3 médecins sur Anglet, 2 médecins sur Bayonne, 5 médecins sur Sames dont 3 maîtres de stage, 2 médecins sur Biarritz et 1 médecin sur Ciboure) et dans le Lot et Garonne (1 médecin à Pont du Casse), soit un total de 24 médecins dont 4 médecins maîtres de stage.

Les médecins ont été contactés initialement par messagerie électronique, leur demandant s'ils souhaitaient participer à une étude portant sur les troubles sexuels abordés en médecine générale.

Il a été utilisé la méthode « boule de neige » pour recruter les médecins de ce groupe, c'est-à-dire qu'il a été contacté initialement quelques médecins qui à leur tour ont proposé à leurs associés ou confrères de participer à l'étude et ainsi de suite.

Les médecins ont ensuite été informés qu'ils appartenaient au groupe témoin soit lors d'un contact direct pour les médecins les plus proches, soit par téléphone ou mail pour les médecins les plus éloignés.

## 3 – Test de l'intervention

Avant d'aller former les médecins du groupe stratégie, il importait de tester le contenu de l'intervention, son déroulement ainsi que le questionnaire d'inclusion des patients à remplir.

Il a donc été réalisé deux « entraînements », le premier avec le directeur de thèse seul et le second dans un cabinet de 3 médecins généralistes à Saint Aubin De Médoc (code postal 33 160), où je remplaçais régulièrement.

Cela a permis d'affiner le contenu de l'intervention, de compléter des points sur certaines interrogations que les médecins ont eu lors de cette séance test et de revoir le questionnaire d'inclusion des patients, ce dernier n'étant pas assez clair et prenant trop de temps à remplir d'après l'avis des médecins testés.

## **B –L'INTERVENTION AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES DU GROUPE STRATEGIE**

### 1 – Le contenu de l'intervention (cf annexe 6, 7 et 8)

Pour l'élaboration de cette intervention, il a d'abord fallu faire le tri de toutes les informations disponibles portant sur le sujet, en l'absence de consensus établi au niveau de la définition, de la prévalence et des différentes thérapeutiques.

Cette intervention devait apporter une définition claire et pratique, facile à retenir pour les médecins généralistes participant à cette intervention. Il a donc été décidé, en accord avec mon directeur de thèse, de ne reprendre que les 3 critères diagnostiques qui revenaient le plus fréquemment dans les différentes définitions, c'est à dire **les critères de vitesse** (sans fixer de délai d'éjaculation limite aux médecins), **de souffrance psychologique / répercussions personnelles négatives et d'absence de contrôle sur la survenue de l'éjaculation.**

Il a été cité oralement un délai d'éjaculation limite de l'ordre de 1 à 2 minutes comme délai d'éjaculation de référence à retenir, en l'absence de consensus établi.

Il a été également bien précisé qu'il n'existait pas de consensus sur la définition de l'éjaculation prématurée pour l'instant et que chaque définition, que ce soit celle de l'ISSM, de l'ICD 10 ou du DSM-IV-TR différait en plusieurs points (délai d'éjaculation, critères diagnostiques), ce qui faisait toute la complexité du diagnostic.

Il a été précisé aussi que la révision du DSM- IV-TR était en cours.

Les différents sous types de l'éjaculation prématurée avec leurs étiologies respectives ont été rapidement abordés, essentiellement pour distinguer l'éjaculation prématurée primaire où l'origine neurobiologique prédomine, de l'éjaculation prématurée acquise où il est nécessaire de rechercher quelques étiologies médicales (dysthyroïdie, prostatite, insuffisance érectile) sans oublier l'éjaculation prématurée naturelle et la fausse éjaculation prématurée où les étiologies psychologiques prédominent.

L'approche sexo-corporelle a également été expliquée en s'appuyant sur des courbes d'excitation sexuelle afin que les médecins généralistes identifient cette autre approche de l'éjaculation prématurée.

Enfin, les différentes thérapeutiques possibles ont été listées, tout en précisant bien qu'il n'existait actuellement pour aucun des traitements cités d'AMM en France. La dapoxétine a été citée oralement ainsi que son AMM dans les 5 pays européens en question.

Il a été également cité les principaux axes thérapeutiques de l'approche sexo-corporelle.

Bien sûr, la prévalence du trouble a été vue, de l'ordre de 10 à 30 % selon les études et leurs critères diagnostiques ; il a été précisé que ce chiffre englobait tous les sous types d'éjaculation prématurée avec certainement une forte prévalence due aux éjaculations prématurées naturelles et aux fausses éjaculations prématurées.

Puis, après avoir conduit ce résumé sur le diagnostic et la prise en charge des patients souffrant d'éjaculation prématurée, je suis passée à l'exposé des objectifs et résultats de la thèse de M. Barais.

J'ai ainsi résumé l'objectif de la thèse de M. Barais, à savoir identifier des stratégies pour aborder l'éjaculation prématurée en médecine générale à l'aide d'entretiens semi-dirigés réalisés auprès de confrères généralistes ayant adressé des patients à un sexologue pour prise en charge du trouble sexuel.

Puis, les six stratégies mises en évidence ont été détaillées et l'objectif de l'étude a été clairement présenté, à savoir ***être capable pour les médecins présents d'appliquer ces stratégies en consultation chez tous les hommes de plus de 18 ans consultant pour motif uro-génital, sexuel ou psychique.***

Enfin, l'appropriation des 6 stratégies a été faite par l'intermédiaire de cas cliniques (annexe 7) et le questionnaire d'inclusion des patients a été présenté en fin d'intervention (annexe 8).

## 2 – Le déroulement de l'intervention

La première partie de l'intervention consistait à faire le point sur les connaissances et interrogations des médecins généralistes sur le sujet via un brainstorming, à l'aide de post-it et d'un tableau en support.

La deuxième partie de l'intervention consistait en l'exposé des connaissances à acquérir pour diagnostiquer et débiter une prise en charge d'un patient souffrant d'éjaculation prématurée ; puis, il a été présenté les stratégies mises en évidence par M. Barais et l'objectif de l'étude.

Cette deuxième a été réalisée à l'aide d'un diaporama (cf annexe 6) et d'un support papier où étaient listées les différentes stratégies.

Pour finir cette partie, il a été refait un tour rapide des post-it du brainstorming initial afin de s'assurer que toutes les questions du début de la séance avaient trouvé leurs réponses avec l'exposé.

La troisième partie de l'intervention consistait en l'appropriation des stratégies mises en évidence par M. Barais à l'aide de cas cliniques groupés et de diapositives comme support (cf annexe 7). L'énoncé des cas cliniques était

lu oralement puis il était demandé aux médecins de proposer des stratégies afin d'inclure les patients des cas cliniques dans l'étude.

Ainsi, chaque médecin proposait une ou plusieurs stratégies qu'il utiliserait face à ce potentiel patient en consultation.

A noter que les cas cliniques ont été un peu allégés pour la 2ème intervention, d'après les remarques des médecins du 1er groupe, afin de se conformer un peu plus à la réalité des consultations.

La dernière partie de l'intervention consistait à expliquer le fonctionnement du questionnaire d'inclusion aux médecins ; il s'agissait d'un questionnaire en ligne, réalisé avec le site google.com, d'accès par un lien informatique adressé aux médecins le lendemain de l'intervention.

Chaque intervention a duré environ 1 heure et demie, la première s'est déroulée début avril 2011 et la deuxième, trois semaines après.

### 3 – Le questionnaire d'inclusion des patients du groupe stratégie (annexe 8)

#### Groupe stratégie

Vérifier que les critères d'inclusion ci-dessous sont respectés :

- sexe masculin ;
- âge > 18 ans ;
- motif uro-génital, sexuel ou psychologique.

**\*Obligatoire**

Prénom du patient \* :

Ejaculation précoce abordée (éjaculation rapide + absence de contrôle+ souffrance) :



Oui



Non

#### Stratégie(s) utilisée(s)

Stratégie(s) utilisée(s) :

- Questionnement systématique
- Humour
- Approche fonctionnaliste
- Attention intacte
- Évocation de signes
- Aide à la verbalisation

Autre(s) stratégie(s) utilisée(s) :

Le questionnaire était anonyme.

Il était rappelé en début de questionnaire les critères d'inclusion des patients dans l'étude, à savoir le sexe masculin, l'âge requis de 18 ans ou plus et le motif de consultation initial uro-génital, sexuel ou psychologique.

Il avait été décidé avec mon directeur de thèse de demander aux médecins de préciser le prénom du patient à chaque inclusion, afin de pouvoir retrouver ce dernier si besoin avec plus de facilité en cas de problème ou d'éventuelles précisions à apporter par la suite pour son inclusion dans l'étude.

Puis, il était demandé de répondre si oui ou non le problème de l'éjaculation prématurée avait été abordé lors de la consultation - avec rappel des 3 critères diagnostiques requis - et quelle(s) stratégie(s) avai(ent) été utilisée(s).

Il était en effet ressorti de l'intervention test auprès des médecins du groupe médical de Saint Aubin De Médoc, que le questionnaire d'inclusion des patients devait être simple et rapide à remplir avec essentiellement des cases à cocher et peu d'écriture à fournir.

#### 4 – En pratique

N'aimant pas forcément m'exprimer en grand comité, je me suis tenue à respecter plusieurs conseils qui m'avaient été prodigués pour gérer cette intervention, comme réguler le débit de mon discours, laisser des temps de pauses nécessaires pour l'assimilation des différents concepts et m'adresser directement aux participants.

Je n'avais également noté sur le support informatique que le strict minimum, privilégiant le discours oral et évitant de cette façon de lire le diaporama.

De plus, ce sujet étant assez particulier, j'avais été confrontée à des plaisanteries ou à des anecdotes lors de l'intervention test à Saint Aubin De Médoc qui avaient émaillé l'intervention. Celles-ci pouvant un peu perdurer et retarder le déroulement de l'intervention, j'avais appris à recentrer le sujet de conversation par des méthodes simples comme se poster devant le médecin ou le regarder tranquillement et attendre qu'il finisse de raconter son anecdote.

### **C– L' INTERVENTION AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES DU GROUPE TEMOIN**

## 1 – Le déroulement de l'intervention

Les médecins de ce groupe ont été informés qu'ils appartenaient au groupe témoin d'une étude portant sur les troubles sexuels abordés en médecine générale, soit lors d'une petite réunion par groupe de 3 à 4 médecins, soit par téléphone ou par mail en cas de distance trop éloignée.

Il a été préféré ne pas évoquer le sujet précis de l'étude pour induire le moins de biais possible dans la pratique des médecins de ce groupe et donc dans l'inclusion des patients.

Le directeur de thèse est ainsi intervenu auprès des médecins de ce groupe pendant la deuxième quinzaine du mois d'avril 2011.

## 2 – Le contenu de l'intervention

Après avoir précisé l'objectif de l'étude au groupe témoin, à savoir refléter la pratique des médecins généralistes en pratique courante et avoir une prévalence de dépistage des troubles sexuels en médecine générale en pratique courante, il a été présenté aux médecins de ce groupe les modalités d'inclusions des patients.

Il a ainsi été donné pour consigne ***d'inclure tous les patients de sexe masculin et de plus de 18 ans qui consultaient pour motif uro-génital, sexuel ou psychologique et de préciser si un trouble sexuel avait été évoqué lors de la consultation. En cas de réponse positive, il était demandé de détailler la nature du trouble sexuel*** afin de pouvoir recentrer l'étude sur le trouble de l'éjaculation précoce, sans toutefois laisser d'indice aux médecins de ce groupe sur le véritable sujet de l'étude.

Puis il a été présenté le questionnaire d'inclusion des patients du groupe témoin (cf infra).

Celui-ci a été envoyé par la suite à chaque médecin du groupe témoin par message électronique, l'accès au questionnaire se faisant en cliquant sur un lien hypertexte dans le message reçu.

## 3 – Le questionnaire d'inclusion des patients du groupe témoin (annexe 9)

**Vérifier que les critères d'inclusion suivant sont respectés :**

- *sexe masculin ;*
- *âge > 18 ans ;*
- *motif urogénital, sexuel ou psychologique*

**Prénom du patient :**

**Trouble sexuel abordé :**

- Oui
- Non

**Nature du trouble sexuel abordé :**

Comme pour le questionnaire du groupe stratégie, les critères d'inclusion des patients dans l'étude étaient rappelés en début de questionnaire et le prénom du patient demandé en cas de précision à apporter par la suite. Puis, il était demandé si cette consultation avait été l'occasion d'aborder un trouble sexuel et en cas de réponse positive, d'en préciser le diagnostic.

Le questionnaire du groupe témoin était également anonyme.

## **D – LE RECUEIL DES DONNEES**

### 1 – Le recueil des questionnaires

Le recueil des premiers questionnaires a permis de mettre en évidence le problème de la faible fréquence d'inclusion des patients dans les 2 groupes et celui de l'inclusion préférentielle des patients évoquant un trouble sexuel dans le groupe témoin.

### 2 – Relance des médecins

Chaque patient inclus était donc directement enregistré dans l'étude via l'utilisation d'un questionnaire électronique, mais encore fallait-il que les médecins incluent régulièrement des patients.

Rapidement, nous nous sommes aperçus que la fréquence d'inclusion des patients était beaucoup plus basse que celle prévue initialement, autant pour le groupe témoin que pour le groupe stratégie.

Les médecins ont été régulièrement relancés, par mail principalement pour le groupe témoin, par mail et téléphone pour le groupe stratégie.

### 3 – Les modifications apportées en fonction de l'analyse des premiers recueils de données

### 3 – 1 Dans le groupe stratégie

Les différents éléments cités dans la littérature [90,91] pour expliquer la faible fréquence de dépistage des troubles sexuels ont été repris comme principales hypothèses pour expliquer la faible fréquence de recrutement de la part des médecins du groupe stratégie.

Il a été apporté des modifications au protocole de départ vers le milieu du mois de juin afin d'inciter les médecins à davantage d'implication dans l'étude.

Il a ainsi été décidé d'effectuer des relances positives afin de valoriser l'objectif de cette étude, **comme tenir informé tous les médecins du groupe stratégie d'une nouvelle inclusion de patient éjaculateur précoce avec l'utilisation de ces stratégies**, dans le but de motiver les médecins à les appliquer.

Il a également été fixé un objectif acceptable pour les médecins de ce groupe, comme inclure 1 à 1,5 patients / semaine / médecin.

De plus, les médecins de ce groupe ont été informés que d'après les résultats de certaines études [98], *la plupart des patients souffrant d'éjaculation précoce aimeraient que leur médecin aborde en premier le sujet* ; ceci afin de déculpabiliser les médecins à s'immiscer un peu dans l'intimité de leur patient.

Toutes ces différentes informations ont été données par mail à l'ensemble du groupe stratégie.

Pour finir, il a été décidé de faire remplir aux médecins de ce groupe un questionnaire d'évaluation des difficultés et obstacles rencontrés au cours de l'étude à l'application des stratégies de dépistage de l'éjaculation précoce (cf annexe 10).

### 3 – 2 Dans le groupe témoin

Il a été décidé de comparer deux modes de recueils pour la fréquence d'inclusion des patients : **le mode de recrutement rétrospectif et prospectif**.

Afin d'éviter un biais de mémoire, il a été décidé que le recueil rétrospectif devait être réalisé **sur les dernières 24 à 48 h de consultation** du médecin à l'aide du dossier médical informatisé comme méthode d'ancrage visuel.

Le but de l'intervention était donc d'inclure tous les hommes de plus de 18 ans qui avaient consulté pour motif uro-génital, sexuel ou psychologique durant les dernières 24 à 48 heures, que la notion de troubles sexuels ait été évoquée ou pas.

Cette intervention rétrospective avait donc pour objectif de comparer la fréquence d'inclusion des deux modes de recueils mais également de permettre

de vérifier le biais de sélection suspecté de la part des médecins généralistes de ce groupe, à savoir ***l'inclusion préférentielle dans l'étude des patients avec lesquels un trouble sexuel avait été abordé lors de la consultation.***

Pour finir, cette analyse rétrospective allait également permettre de fournir un pourcentage d'hommes de plus de 18 ans consultant pour motif uro-génital, sexuel ou psychologique, vus quotidiennement par un médecin généraliste.

## **E – RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE :**

Il a été utilisé essentiellement deux méthodes.

La première méthode a consisté en l'analyse des articles issus des références bibliographiques des premiers articles en ma possession et ainsi de suite; c'est la méthode boule de neige.

Les premiers articles qui ont été en ma possession m'ont été donnés par mon directeur de thèse qui avait également dirigé la thèse de M. Barais.

La seconde méthode a consisté à effectuer une recherche d'articles sur des moteurs de recherches scientifiques, via l'utilisation de mots clés.

J'ai ainsi utilisé le moteur de recherche de pubmed avec différents mots clés et filtres afin de limiter le nombre d'articles sélectionnés par ce dernier.

Ainsi, en lançant une recherche simple sur pubmed avec les mots clés suivant :

- « premature ejaculation », 944 articles ont été répertoriés par le moteur de recherche.

- « premature ejaculation screening », 235 articles ont été répertoriés par le moteur de pubmed.

- « premature ejaculation screening strategies », 7 articles ont été répertoriés.

- Avec les mots clés « premature ejaculation screening diagnosis », 225 articles ont été sélectionnés ; si l'on utilise les filtres « clinical predictions guides/ narrow », on retombe à 13 articles. En utilisant le filtre « diagnosis/ narrow », il reste 7 articles sélectionnés.

J'ai également lancé une recherche avancée sur le même moteur de recherche avec la sélection de plusieurs mots clés (« meSH Terms ») :

- « premature ejaculation » et « diagnosis » : 343 articles sont répertoriés

- « premature ejaculation » et « strategies » : 25 articles sont répertoriés

Les articles ont été sélectionnés en fonction de différents critères issus de la grille CONSORT [101] (pertinence de l'étude, taille de l'échantillon, critères d'inclusion/exclusion, critères de jugements, choix de la méthode, randomisation, tests statistiques utilisés...) et de leur disponibilité. En effet, la majorité des articles n'étant pas disponible en ligne (« free texte ») sur le moteur de recherche de pubmed, la méthode la plus utilisée a été la méthode boule de neige.

# RESULTATS

## A - DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON :

### 1 – Le groupe stratégie

Genre	Exercice en milieu rural	Exercice en milieu urbain	TOTAL
Hommes	0	3	3
Femmes	0	3	3
TOTAL	0	6	6

*Parmi les 13 médecins initialement sensibilisés à l'application des stratégies, 6 médecins au final ont inclus des patients dans cette étude.*

3 médecins avaient 50 ans ou plus et 3 médecins moins de 50 ans dans le groupe stratégie. Tous exerçaient en milieu urbain et étaient maitres de stage.

### 2 – Le groupe témoin

Genre	Exercice en milieu rural	Exercice en milieu urbain	TOTAL
Hommes	4	7	11
Femmes	0	2	2
TOTAL	4	9	13

Parmi les 24 médecins ayant accepté de participer à l'étude, 13 médecins ont inclus des patients au final.

8 médecins recruteurs avaient moins de 50 ans et 5 médecins 50 ans ou plus. 4 médecins exerçaient en milieu rural et 9 en milieu urbain, il n'y avait qu'un seul maitre de stage.

## **B – DESCRIPTION DES RESULTATS**

### 1 – Le groupe stratégie

Parmi les 13 médecins sensibilisés aux stratégies, 6 médecins ont au final inclus 26 patients, ce qui équivaut à une fréquence d'inclusion pour ce groupe à 0,7 patient / semaine / médecin, l'étude ayant duré 6 semaines.

Parmi ces 26 inclusions, *8 patients ont été identifiés éjaculateurs précoces* selon les critères suivants : rapidité de survenue de l'éjaculation, absence de contrôle sur la survenue de l'éjaculation et répercussions psychologiques.

**Le pourcentage de patients souffrant d'éjaculation prématurée dans le groupe stratégie est donc de 30,77 %.**

Il a été utilisé plusieurs stratégies la plupart du temps mais une stratégie n'a cependant jamais été utilisée, l'humour.

Les stratégies les plus utilisées ont été le questionnement systématique et l'évocation de signes, comme le résume le tableau ci-dessous :

	Questionnement systématique	Aide à la verbalisation	Evocation de signes	Approche fonctionnaliste	Attention intacte	Humour	Total
Questionnement systématique	10	1			1		12
Aide à la verbalisation	1	2			1		4
Evocation de signes			4	1	1		6
Approche fonctionnaliste			1	2	1		4
Attention intacte	1	1	1	1	1		5
humour							0
TOTAL	12	4	6	4	5	0	31

### 2 – Le groupe témoin

Parmi les 24 médecins recrutés initialement pour l'étude, 13 médecins ont inclus 61 patients, ce qui équivaut à une fréquence d'inclusion de 0,8 patient / médecin / semaine, l'étude s'étant déroulée sur une durée de 6 semaines.

Parmi ces 61 inclusions, *4 patients ont été identifiés comme souffrant d'éjaculation prématurée*, soit un pourcentage de 6,56 %.

**Le pourcentage de patients souffrant d'éjaculation prématurée dans le groupe témoin est donc de 6.56 %.**

	groupe témoin	groupe intervention
Nombre de patients inclus	61	26
Patients éjaculateurs précoces dépistés	4	8
pourcentage	<b>6,56</b>	<b>30,77</b>

### 3 – L'évaluation de l'intervention auprès des médecins du groupe stratégie

Celle-ci s'est faite par l'intermédiaire de questionnaires distribués en fin d'intervention (cf annexe 5).

Les objectifs de l'intervention ont été pour tous les participants atteints, à savoir:

- reconnaître, diagnostiquer et débiter une prise en charge d'un patient évoquant un problème d'éjaculation prématurée en médecine générale ;
- être capable d'appliquer les stratégies mises en évidence par M. Barais pour aborder l'éjaculation prématurée en cabinet ;
- remplir le questionnaire d'inclusion google.

A la question, « ***l'exposé sur l'éjaculation prématurée a-t-il un intérêt pour votre pratique*** » :

- 10 médecins ont répondu « oui »
- 1 médecin n'a pas répondu
- 3 médecins ne savaient pas

A la question « ***seriez-vous venu à une réunion sur la prise en charge de l'éjaculation prématurée si celle-ci ne s'était pas déroulée dans le cadre d'une thèse*** » :

- 10 médecins ont répondu « non »
- 2 médecins ont répondu « oui »
- 2 médecins « peut-être »

*La durée de l'intervention* a été satisfaisante pour 13 médecins et non satisfaisante pour 1 médecin.

A la question « **le déroulement de l'intervention selon le schéma brainstorming, diaporama et cas cliniques permet-il selon vous une assimilation correcte de la prise en charge de l'éjaculation précoce et de l'utilisation des stratégies** » :

- 12 médecins ont répondu « oui » globalement
- 1 médecin a répondu « oui pour l'utilisation des stratégies » seulement
- 1 médecin a répondu « moyennement »

A la question « ***pensez-vous que vous pouvez appliquer à votre cabinet dès demain, les stratégies vues ce soir pour aborder l'éjaculation précoce*** » :

- 9 médecins ont répondu « oui »
- 2 médecins ont répondu « ne sait pas »
- 2 médecins ont répondu « difficilement »
- 1 médecin a répondu « pas toutes »

Les principaux points positifs de l'intervention soulignés par les médecins sont :

- la prise de conscience d'un problème peu évoqué en médecine générale ;
- « l'enthousiasme de l'exposante » cité par 1 médecin ;
- la méthode de dépistage des troubles sexuels sur un cheval de Troie ;
- le déroulement court de l'exposé théorique et les cas cliniques ;
- parler d'un sujet tabou ;
- la convivialité ;
- la réponse aux questions initiales du brainstorming ;
- la praticité de la formation ;
- aborder le sujet de l'éjaculation précoce en médecine générale ;
- l'évocation de stratégies pour aborder les troubles sexuels en général.

Les suggestions évoquées pour améliorer l'intervention sont :

- envisager une finalité au problème initial soulevé ;
- apporter quelques modifications aux cas cliniques, mieux les « cadrer » pour qu'ils se reflètent un peu plus à la réalité des consultations.

#### 4 – L'évaluation du mode de recueil rétrospectif

Celui-ci a été réalisé auprès de 6 médecins généralistes du groupe témoin et a analysé 1 à 2 journées de consultation de manière rétrospective pour chaque médecin, à l'aide du dossier médical comme méthode d'ancrage.

Sur l'ensemble des 6 médecins vus, l'analyse rétrospective des journées de consultation a ainsi permis d'inclure 11 patients de plus qui n'avaient pas été inclus, soit par oubli, soit par mauvaise compréhension des consignes d'inclusion de la part des médecins.

*La moyenne quotidienne de patients de plus de 18 ans vus par ces 6 médecins généralistes était de 6 patients âgés de plus de 18 ans / jour / médecin et la moyenne quotidienne de patients de plus de 18 ans consultant pour motif uro-génital, sexuel ou psychologique était de 1,2 patient / jour/ médecin, soit 6 patients / semaine / médecin si on comptabilise 5 journées de travail hebdomadaire pour chaque médecin.*

5 – Les obstacles rencontrés par les médecins généralistes pour l'inclusion des patients

5 – 1 Dans le groupe stratégie (cf annexe 10)

6 médecins sensibilisés à l'application des stratégies pour aborder l'éjaculation précoce ont inclus des patients sur les 13 médecins initialement sensibilisés au sujet.

Pour l'ensemble des médecins de ce groupe sauf un, le dépistage des troubles sexuels n'était pas une priorité.

Les principales difficultés rencontrées ont été :

- l'oubli de l'étude ;
- le manque de temps ;
- le manque d'intérêt ;
- la gêne du médecin face au sujet portant sur la sexualité ;
- le manque de patients correspondant aux critères d'inclusion pour les médecins de sexe féminin, du fait d'une clientèle essentiellement féminine et infantile.

Les médecins à l'aise face au sujet de la sexualité ont rencontrés moins de difficultés à l'application des stratégies, hormis celle du temps.

La plupart des médecins ont estimé que *l'utilisation de ces stratégies en pratique courante avait peu d'intérêt* mais que l'évocation de ce trouble sexuel les avait sensibilisés à son dépistage en cas de problème de couple, de mal être de la part d'un patient, ou de présentation d'un motif de consultation sur un cheval de Troie.

5 – 2 Dans le groupe témoin

13 médecins sur les 24 initialement recrutés ont inclus des patients. Les principaux obstacles rencontrés dans ce groupe ont été :

- l'oubli de l'étude,  
- et la confusion des critères d'inclusion des patients (motif de consultation sexuel, psychologique ou uro-génital) avec les critères de jugement (trouble sexuel abordé).

Certains médecins de ce groupe n'ont inclus en effet que les patients qui consultaient pour motif uro-génital, sexuel ou psychologique et qui avaient évoqué un trouble sexuel au cours de la consultation.

## DISCUSSION

Les résultats sont explicites : *l'identification de patients souffrant d'éjaculation précoce passe de 6,56 % en pratique courante à 30,77 % avec l'utilisation des stratégies mises en évidence par M. Barais.*

La fréquence des patients de sexe masculin et de plus de 18 ans consultant pour motif uro-génital, sexuel ou psychologique a été de 6 patients / semaine / médecin alors que la fréquence des patients inclus dans les deux groupes a été bien inférieure, de l'ordre de 0,7 à 0,8 patient / semaine / médecin.

Plusieurs obstacles ont donc été rencontrés par les médecins des deux groupes pour l'inclusion des patients dans l'étude.

### A – DISCUSSION DES PRINCIPAUX RESULTATS

#### 1 – Discussion des résultats du groupe stratégie

##### 1 – 1 Le rôle essentiel de l'intervention

Il ressort de l'analyse de tous les questionnaires d'évaluation de l'intervention (cf annexe 5) que celle-ci a répondu globalement à tous les objectifs fixés du scénario pédagogique, à savoir :

**- élaborer une synthèse des connaissances à avoir sur l'éjaculation précoce afin que les médecins de ce groupe soient capables de débiter une prise en charge en cabinet ;**

**- être capable pour les médecins de ce groupe d'appliquer une ou plusieurs des stratégies mises en évidence par M. Barais chez tous les hommes de plus de 18 ans consultant pour problème uro-génital, sexuel ou psychique ;**

**- être capable pour les médecins de ce groupe de remplir le questionnaire d'inclusion des patients après chaque stratégie utilisée.**

La plupart des médecins (10/14) ont trouvé que l'exposé présenté sur l'éjaculation précoce avait un intérêt pour leur pratique. Cependant, la majorité des médecins (10/14) ne seraient pas venus à cette soirée si celle-ci ne s'était pas déroulée dans le cadre d'une thèse ; on peut donc en conclure que même si ce sujet est intéressant, il n'en reste pas moins un sujet non prioritaire pour la plupart des médecins généralistes.

La satisfaction sexuelle des patients n'est pas un objectif prioritaire pour la majorité des médecins de cette étude, comme l'a souligné une étude anglaise qui a révélé que pour 65 % des médecins anglais, les troubles sexuels étaient considérés comme une priorité moyenne [90].

64% des médecins du groupe stratégie (9/14) pensaient à la fin de l'intervention, pouvoir appliquer ces stratégies à leur cabinet mais quelques uns (5/14) restaient sceptiques, en relation avec une gêne à s'immiscer un peu trop loin dans l'intimité du patient.

En résumé, l'intervention a atteint globalement les objectifs fixés du scénario pédagogique mais il n'en reste pas moins que pour près de 35 % des médecins à la fin de cette intervention, il était difficile de parler de sexualité avec leurs patients.

*Où s'arrête le champ d'action du médecin généraliste ? Quelle barrière le médecin doit-il se fixer ?*

Une des solutions pour aider ces médecins à aborder le sujet tabou de la sexualité serait, je pense, de les former en techniques de communication portant sur la gestion d'une consultation touchant à la sphère de la sexualité. Cela sous entend soit pour l'intervenant de se former à ces techniques de communication et d'en faire profiter les médecins lors de l'intervention dans un second temps, soit de faire intervenir un second intervenant, comme un sexologue.

Néanmoins, la durée (environ 1h15 à 1h30) et le contenu de l'intervention étant déjà dense, il me paraît difficile de rajouter un autre thème aussi complet que la gestion d'une consultation portant sur la sexualité dans une même soirée.

Deux suggestions ont été proposées par les médecins afin d'améliorer l'intervention: l'amélioration et le cadrage des cas cliniques, et un médecin a suggéré d'envisager une finalité au problème soulevé.

En effet, ce qui a pu certainement déranger ce médecin, c'est l'absence de solution concrète à proposer au problème de l'éjaculation précoce ; il n'existe de ce fait à ce jour aucun médicament disposant d'une AMM, ni aucune thérapeutique validée, tout comme aucune certitude sur une étiologie précise de la pathologie.

Cela peut en effet être frustrant et aberrant pour un médecin d'identifier des patients souffrant d'éjaculation prématurée s'il n'existe pas d'outil efficace pour remédier au problème en pratique courante.

Néanmoins, l'étude Cochrane [84] portant sur l'évaluation des thérapies psycho-comportementales a émis la conclusion que *celles-ci semblaient être efficaces pour le traitement de l'éjaculation prématurée*. Cette conclusion s'appuie sur une étude [83] qui a montré un allongement significatif de l'IELT ainsi qu'une augmentation du plaisir et de la satisfaction sexuelle avec la thérapie sexo-fonctionnelle et les autres thérapies psycho-comportementales évaluées (squeeze technique et stop-start technique). Toutefois, l'étude Cochrane conclue également qu'il est nécessaire de disposer de davantage de recherche dans ce domaine avec notamment des études de puissance supérieure en terme d'effectif avant de pouvoir affirmer une réelle efficacité de ce type de traitement.

En ce qui concerne les cas cliniques, ces derniers ont été un peu « allégés » pour la seconde intervention, d'après les commentaires du 1er groupe de médecin, afin qu'ils se conforment un peu plus à la réalité des consultations.

#### 1 – 2 Les obstacles rencontrés par les médecins généralistes du groupe stratégie à l'application des stratégies mises en évidence par M. Barais

Après analyse des questionnaires d'évaluation de fin d'étude (cf annexe 10), il ressort que les obstacles rencontrés par les médecins du groupe stratégie sont les mêmes que ceux cités dans la littérature.

Plusieurs études anglaises [90-93] ont en effet retrouvé des obstacles communs à l'évocation des troubles sexuels en consultation de médecine générale : ***sujet tabou, manque d'intérêt, manque de temps, médecin mal à l'aise face à la sexualité, difficultés pour aborder le sujet, peur de s'immiscer dans la vie sexuelle des patients***.

Les médecins du groupe stratégie n'ont pas pu appliquer de façon systématique les stratégies à tous les patients qui ont consulté pour motif urogénital, sexuel ou psychologique, mais à certaines situations seulement, du fait de ces obstacles rencontrés en pratique courante, responsables par conséquent de la faible fréquence d'inclusion retrouvée dans l'étude.

Selon l'étude anglaise de Sarah Humphery et Irwin Nazareth portant sur les obstacles à l'évocation des troubles sexuels en médecine générale [90], les médecins anglais interrogés avaient proposé des solutions pour tenter de pallier à ces difficultés, comme *améliorer la formation et les connaissances des médecins et des patients sur le sujet, améliorer la prise de conscience quant à l'importance de la pathologie, augmenter le temps de consultation et l'accès aux spécialistes, et favoriser l'accès aux différentes thérapeutiques*.

Dans notre étude, l'amélioration des connaissances sur le sujet et la prise de conscience de la pathologie ont été apportées au travers de l'intervention ; de toute évidence, cela n'a pas suffi à rendre les médecins qui ne l'étaient pas plus à l'aise face au sujet de la sexualité, ou à augmenter leur intérêt pour le dépistage des troubles sexuels. Quelles solutions envisager ? Augmenter le temps de consultation, améliorer les connaissances des patients sur le sujet ?

**La gêne à l'évocation d'un trouble sexuel en consultation a une répercussion directe sur la fréquence d'inclusion des patients ; donc pour augmenter la fréquence d'inclusion des patients, il faut aider les médecins à aborder avec plus de facilité le sujet en consultation.**

Il s'agit là d'influer sur le comportement des médecins dans un but de changement ; or toute modification de comportement passe nécessairement par plusieurs phases successives et étalées dans le temps.

Un exemple de processus de changement décrit en 1982 par DiClemente et Prochaska est le modèle transthéorique [102] ; dans ce modèle de changement, les auteurs ont identifié différents stades de changement, à savoir :

- la précontemplation : stade où l'individu n'a pas l'intention de modifier son comportement dans un avenir proche (6 mois) ;

- la contemplation : stade au cours duquel les individus ont sérieusement l'intention de changer de comportement au cours des 6 prochains mois ;

- la préparation : stade au cours duquel les individus ont l'intention de prendre des initiatives très prochainement, généralement dans le mois qui suit ;

- l'action : stade au cours duquel des modifications du comportement ont été faites, cette phase est à haut risque de retomber dans le comportement antérieur ;

- le maintien : période qui commence 6 mois après l'atteinte de l'objectif jusqu'au moment où il n'existe plus de risque de rechute vers le comportement antérieur ;

- et la terminaison : stade où il n'existe plus aucun risque de rechute vers le comportement antérieur.

Tous ces différents stades ne suivent pas nécessairement une progression linéaire mais cyclique avec possibilité de retour en arrière.

Ainsi, selon ce modèle de changement de comportement, toute modification de comportement prendrait plusieurs mois de délai ; une séance de formation, même intensive, n'aurait par conséquent aucun impact pour induire une modification de la pratique des médecins, aussi rapidement que le nécessite une étude.

### 1 – 3 Les autres solutions de la littérature pour aborder le sujet en consultation de médecine générale

Une étude grecque réalisée en 2006 a permis d'identifier quatre facteurs prédictifs ou non de l'implication des médecins face aux pathologies liées à la sexualité [103].

**L'entraînement aux techniques de communication est le facteur prédictif le plus fort.**

Lorsque le médecin s'enquiert du contexte psycho-social du patient, le thème de la sexualité est également plus facilement abordé ; à noter *qu'on peut assimiler cette technique de communication à la stratégie « aide à la verbalisation » de M. Barais.*

Le type de spécialisation médicale est également déterminant : les médecins généralistes ont plus de difficultés par rapport aux sexologues ou aux urologues à évoquer les problèmes sexuels.

**Enfin, évoquer le sujet semble plus facile chez les médecins ayant une attitude libérée vis à vis de la sexualité.**

Mais surtout, c'est l'attitude générale du médecin face à la sexualité qui conditionne l'implication dans ce champ d'action.

Une étude réalisée par Giarni en 2008 portant sur l'abord de la sexualité en vue de décrire la spécialisation informelle des médecins généralistes [104] a permis d'identifier quatre postures face à la sexualité : ***un évitement de la prise en charge des problèmes liés à la sexualité, une gestion de ces problèmes sur le modèle de l'appropriation médicale, une approche globale et holistique et devenir sexologue.***

Dans la thèse de M. Barais [99], il est d'ailleurs ressorti que ***la maîtrise des techniques de communication et une approche globale et holistique sont les deux capacités qui avaient été utilisées par les médecins interrogés pour aborder l'éjaculation précoce avec leur patient dans son étude.***

En effet, la relation médecin-patient nécessaire à l'abord d'un sujet aussi intime que l'éjaculation précoce nécessite l'application de plusieurs des compétences spécifiques à la médecine générale comme l'approche *globale et holistique, mais aussi la prise en charge centrée sur la personne et celle de communication adaptée à la situation.*

Selon la définition européenne de la WONCA élaborée en 2002, l'adoption d'un modèle holistique « comporte la capacité à utiliser un modèle biopsychosocial qui prenne en considération les dimensions culturelles et existentielles du patient » [105].

Les médecins qui s'inscrivent dans cette posture manifestent un intérêt pour la sexualité dépassant le cadre de la simple pathologie en la replaçant dans un contexte à la fois physiologique, relationnel et social. Il n'est plus question ici de la fragmenter en entités anatomo-cliniques pouvant faire l'objet d'exams ou de prescriptions mais bien de l'approcher de façon plus « globale » et « holistique » car celle-ci conditionne l'équilibre de la personne et de son couple.

Le sujet pour ces médecins a été abordé de façon active lorsqu'il existait un syndrome dépressif, à la fois pour identifier une possible étiologie, ou une conséquence de la pathologie. Pour eux, cela faisait partie de leurs prérogatives en tant que médecin généraliste d'aborder ce sujet de façon systématique afin de dépister et de guider leur patient. Il ne s'agissait plus de raisonner ici en termes de normes personnelles ou morales, ni d'imposer une sexualité « obligatoire » mais bien de ne pas occulter un champ qui interagissait aussi sur le reste de l'existence, afin de lui redonner sa place.

La sexualité était présentée par ces médecins comme un facteur d'épanouissement physique qui s'apprend et qui n'est pas une compétence acquise [99].

En résumé, **l'évocation de la sexualité en médecine générale dépend de l'attitude et des croyances du médecin face à cette dernière.** Un médecin assez libéré sur le sujet en parlera beaucoup plus facilement et arrivera à la situer beaucoup plus facilement dans une démarche globale et centrée sur la personne afin de justifier son intervention, par rapport à un autre médecin qui rechigne à en parler parce que ce sujet lui est tabou pour diverses raisons et croyances qui lui sont propres.

C'est dans ce dernier cas, une **modification de l'attitude générale et des croyances face à la sexualité qui est nécessaire, afin de permettre aux médecins d'être plus à l'aise avec ce sujet** et d'en parler ainsi tranquillement en consultation. Peut-être qu'une formation aux techniques de communication sur les troubles sexuels, associée à une amélioration des connaissances pratiques sur le sujet pourraient aider ces médecins réfractaires à l'évocation de troubles sexuels en consultation ?

Cependant, toute modification de comportement prenant du temps, la formation devrait se dérouler dans le temps et être souhaitée par le médecin lui-même pour être efficace.

## 2 – Discussion des résultats du groupe témoin

### 2 – 1 Importance du mode de recrutement des médecins du groupe témoin pour leur implication dans l'étude, la fréquence d'inclusion des patients et la compréhension des consignes d'inclusion des patients

Les médecins de ce groupe ont été régulièrement sollicités par mail pour différentes informations administratives manquantes ainsi que pour les relances d'inclusion des patients.

Il ressort principalement de cette étude que **les médecins de ce groupe avec lesquels il y a eu un contact direct se sont plus impliqués dans l'étude par rapport aux médecins contactés soit par téléphone, soit par mail** du fait de l'éloignement trop important.

L'implication a été meilleure à tous les niveaux, aussi bien concernant les réponses administratives manquantes, que concernant la fréquence d'inclusion des patients ; d'où *l'importance du mode de recrutement des médecins en cas d'inclusion des patients selon un mode prospectif.*

De plus, il y a eu également semble t-il moins d'erreur de compréhension concernant les critères d'inclusion des patients avec les médecins rencontrés en personne, par rapport aux autres médecins contactés différemment.

## 2 – 2 Importance du mode de recueil des patients : comparaison des deux modes de recueils, prospectif et rétrospectif

Le mode de recueil rétrospectif a permis d'inclure 11 patients de plus sur les 6 médecins que j'ai rencontrés et les 9 journées de consultation analysées.

Ainsi, la moyenne de patients de plus de 18 ans consultant pour motif uro-génital, psychologique ou sexuel a été de 1,2 patient / jour / médecin avec ce mode de recueil, soit 6 patients / semaine / médecin si on comptabilise une moyenne de 5 journées de consultation travaillées / semaine pour les médecins de ce groupe.

En comparaison, le mode de recueil prospectif a permis d'inclure sur les 6 semaines de l'étude 0,8 patient / semaine / médecin généraliste.

**Le mode de recueil rétrospectif est donc 7,5 fois plus rapide au niveau de la fréquence d'inclusion des patients que le mode de recueil prospectif.**

L'analyse du mode de recueil rétrospectif des 6 médecins a permis de révéler également que *la plupart des médecins ont oublié tout simplement d'inclure les patients qui consultaient pour motif uro-génital, sexuel ou psychologique, par simple oubli, manque de temps ou aussi par mauvaise appréciation des critères d'inclusion.*

Il est vrai que les critères d'inclusion laissés en instruction aux médecins du groupe témoin, à savoir « inclure tous les patients de sexe masculin et de plus de 18 ans qui consultaient pour motif uro-génital, sexuel ou psychologique » étaient assez imprécis, et ce justement afin d'éviter une fréquence d'inclusion trop basse de patients de la part des médecins.

La plupart des médecins ont donc inclus les patients en fonction de ce qu'il considérait être un motif urologique, sexuel ou psychologique. Par exemple, un renouvellement d'ordonnance pour hypertrophie bénigne de la prostate ou pour un traitement hormonal d'un cancer de la prostate ne rentrait pas dans les critères d'inclusion pour certains d'entre eux.

De même, les médecins vus n'ont inclus les patients que si le motif initial de la consultation rentrait dans les critères d'inclusion. Or, dans une consultation de médecine générale, la moyenne des motifs de consultation étant d'environ 2 motifs / consultation [106] et la plupart des patients ayant un problème sexuel commençant leur consultation sur un cheval de Troie, il est licite je pense, d'inclure tout patient qui, *au cours de la consultation*, présente un problème uro-génital, sexuel ou psychologique.

D'autre part, un des médecins que j'ai rencontré pour le mode de recueil rétrospectif a beaucoup été gêné par l'absence de définition claire du critère d'

inclusion « motif psychologique ». En effet, ce médecin côtoie beaucoup de patients dépressifs à divers stades ; pour lui, il est nécessaire de définir clairement dans le protocole final sur quels critères un patient est étiqueté comme dépressif dans cette étude (DCM-IV, Hamilton).

Cette démarche rétrospective a permis également de révéler que certains médecins ont mal compris les critères d'inclusion (consultation pour motif uro-génital, sexuel ou psychologique) et ont confondu ces derniers avec les critères de jugement (évocation d'un trouble sexuel). En effet, un médecin avait compris qu'il ne devait inclure les patients consultant pour motif uro-génital, sexuel ou psychologique, que si chez ces derniers, des troubles sexuels avaient été dépistés. Il s'agissait d'un médecin qui avait été recruté par ses associés selon la méthode boule de neige. Ce constat est important car il signifie qu'il existe une ***perte d'information essentielle au niveau de la communication sur les critères d'inclusion, quand le médecin est recruté par un investigateur extérieur à l'étude.***

La méthode « boule de neige » pour le recrutement des médecins de ce groupe est donc à proscrire.

Pour finir, le mode de recueil rétrospectif est plus efficace en terme de rapidité d'inclusion des patients, mais il permet également de contrôler la pratique des médecins de ce groupe qui ont tendance à rechercher davantage l'existence de troubles sexuels chez leurs patients qui consultent pour motif uro-génital, sexuel ou psychologique par rapport à d'habitude.

En résumé, ***le mode de recueil rétrospectif est beaucoup plus rapide en fréquence d'inclusion, évite les biais de sélection des patients de la part des médecins et la modification de leurs pratiques, auto-induites par les consignes de recrutement laissées, permettant ainsi de refléter plus sûrement la pratique courante des médecins généralistes.***

Cependant, celui-ci nécessite plus d'investissement en terme de temps de la part des investigateurs ; de plus, la méthode de recueil du groupe stratégie ne pouvant être que prospective afin de pouvoir évaluer l'utilisation de nouvelles stratégies, *le choix d'une méthode de recueil rétrospective pour le groupe témoin marquerait une différence de méthodologie, à prendre en considération pour le choix de la méthode dans l'étude finale.*

Aussi, les principaux biais du mode de recueil prospectif pourraient être contrôlés autrement que par le choix d'un mode de recueil rétrospectif : en modifiant tout simplement les consignes initiales de recrutement laissées aux médecins, ainsi que le questionnaire d'inclusion des patients.

En effet, quand les médecins de ce groupe ont été recrutés, il leur a été donné pour consigne, d'inclure tous les patients de sexe masculin et de plus de 18 ans qui consultaient pour motif uro-génital, sexuel ou psychologique et de mentionner si oui ou non des troubles sexuels avaient été évoqués lors de la consultation. Il est possible tout simplement de modifier les consignes d'inclusion, en demandant plus largement de spécifier, si parmi les patients de sexe masculin et de plus de 18 ans consultant pour motif uro-génital, sexuel ou psychologique, *d'autres problèmes médicaux ont été évoqués lors de la consultation et si oui, de les spécifier.* Cela permettrait ainsi de ne pas

mentionner les mots « troubles sexuels » afin de ne pas susciter de modifications induites des pratiques de la part des médecins recrutés ; cela permettrait également d'éviter la confusion des critères de jugement avec les critères d'inclusion.

Toutefois, en utilisant des consignes d'inclusion moins précises, le remplissage du questionnaire d'inclusion des patients du groupe témoin risque de prendre un peu plus de temps en écriture pour les médecins de ce groupe, afin de préciser les autres problèmes médicaux évoqués au cours de la consultation.

## **B – DISCUSSION DE LA METHODE**

### 1 – Rappel sur le choix de la méthode

Cette étude quantitative avait pour but de déterminer une prévalence de patients souffrant d'éjaculation prématurée et pris en charge en médecine générale, avec et sans l'utilisation de stratégies pour aborder l'éjaculation prématurée ; rappelons que ces stratégies avaient été elles-mêmes mises en évidence par une méthode qualitative à l'aide d'entretiens semi dirigés, réalisés auprès de confrères médecins généralistes ayant adressé des patients à un sexologue pour prise en charge du trouble sexuel.

Mais cette étude avait également comme objectifs secondaires de répondre à des questions de faisabilité, comme *déterminer le temps nécessaire à un médecin formé pour inclure les dix patients initialement demandés, évaluer la qualité de l'intervention auprès des médecins du groupe stratégie ainsi que la motivation des médecins des deux groupes dans cette étude non lucrative.*

Le principal problème rencontré a été la faible fréquence d'inclusion des patients pour les deux groupes de médecins. Cette étude préliminaire se déroulant dans le cadre d'un projet de thèse, celle-ci s'est basée sur le volontariat des médecins et n'avait pas vocation à être lucrative. Cependant, *on peut se demander si une incitation financière n'aurait pas augmenté l'intérêt des médecins pour cette étude, notamment au niveau de la fréquence d'inclusion des patients ?*

## 2 – Les différents biais de l'étude

### 2 – 1 Le biais de sélection des médecins

Il existe un biais de sélection des médecins pour les 2 groupes car leur *participation est basée sur le volontariat*.

De plus, les médecins du groupe stratégie sont tous maitres de stage, ce qui n'est pas non plus représentatif de la population des médecins généralistes de France, le pourcentage de maitres de stage en France étant de 15 % en 2011 selon une étude de la Direction, de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) de la santé ayant porté sur trois régions en 2011 [107].

Enfin, *la majorité des médecins du groupe témoin a été recruté et informé des consignes d'inclusion des patients par mail, sans aucun contact verbal avec l'intervenant, ce qui diffère de la méthode utilisée pour le groupe stratégie.*

### 2 – 2 Le biais de sélection des patients du groupe témoin

Il s'agit ici de la mauvaise compréhension des critères d'inclusion des patients ou de la confusion de ceux-ci (motif uro-génital, sexuel ou psychologique) avec les critères de jugement (évocation d'un trouble sexuel), ayant abouti à *l'inclusion préférentielle des patients chez lesquels des troubles sexuels avaient été évoqués au cours de la consultation.*

Ce biais est responsable d'une *diminution de la fréquence d'inclusion des patients consultant pour motif uro-génital, psychologique ou sexuel et n'ayant pas de trouble sexuel* ; il est par conséquent responsable d'une probable surestimation de la fréquence des patients identifiés comme souffrant d'éjaculation précoce en pratique courante, en relation avec un dénominateur sous estimé.

### 2 – 3 Le biais de pollution de la pratique des médecins du groupe témoin

Il s'agit ici de la modification des pratiques des médecins du groupe témoin, auto-induites par les consignes d'inclusion laissées à ces derniers, notamment avec l'utilisation des mots « troubles sexuels ».

*Ce biais va en la défaveur de l'efficacité des stratégies car il a augmenté l'intérêt des médecins du groupe témoin pour la prise en charge des patients souffrant de troubles sexuels et donc d'éjaculation précoce.*

Il a été vu plus haut comment pallier à ce biais, soit par la modification des consignes initiales laissées aux médecins et du questionnaire d'inclusion, soit en choisissant un mode de recueil rétrospectif.

#### 2 – 4 Le biais de classement des patients souffrant d'éjaculation prématurée dans le groupe stratégie

Il a en effet été laissé aux médecins du groupe stratégie la libre appréciation pour poser le diagnostic d'éjaculation prématurée, sans possibilité de vérifier que les 3 critères : rapidité, absence de contrôle sur la survenue de l'éjaculation et souffrance psychologique étaient bien présents chez tous les patients inclus.

Ce mode de remplissage du questionnaire d'inclusion avait été préféré au remplissage des questionnaires diagnostiques (PE Profile, PEDT) du fait de sa simplicité et parce qu'il s'agissait également d'une étude préliminaire.

Pour l'étude de validation des stratégies, il faudra rajouter au questionnaire d'inclusion des patients de ce groupe, un questionnaire diagnostique validé de l'éjaculation prématurée (PEDT, PE Profile) afin de contrôler ce biais de classement des patients.

#### 2 – 5 Le biais de classement des patients souffrant d'éjaculation prématurée dans le groupe témoin

Dans la description des résultats du groupe témoin, j'ai comptabilisé quatre patients souffrant d'éjaculation prématurée alors qu'il n'y avait que deux patients sûrs qui avaient été identifiés, et il existait un doute sur les deux autres patients.

En effet, à deux reprises, un médecin avait noté dans la case « précision du trouble sexuel » du questionnaire d'inclusion (cf annexe 9) « trouble de l'érection et trouble de l'éjaculation » sans autre précision. Ces questionnaires étant anonymes, il ne nous a pas été possible de remonter jusqu'au médecin source pour lui demander des précisions.

Les deux patients ont donc été considérés par défaut comme souffrant d'éjaculation prématurée, ceci afin de contrôler au mieux le biais, en allant en la défaveur de l'efficacité des stratégies, faisant du coup augmenter la prévalence du trouble sexuel dans le groupe témoin de 3,2 % à 6,5 %.

De même, le diagnostic des patients identifiés comme éjaculateurs prématurés dans le groupe témoin a été fait par les médecins de ce groupe sans préciser si les patients combinaient les trois principaux critères diagnostiques qui étaient requis pour le diagnostic du trouble sexuel dans le groupe stratégie.

Pour le groupe témoin, ce biais de classement me semble difficile à contrôler en cas de questionnaire anonyme prospectif sans éveiller l'attention du médecin sur le véritable sujet de l'étude. Il est possible néanmoins de contrôler ce biais en rappelant le patient ultérieurement pour lui faire préciser



Il leur est demandé s'ils acceptent de participer à une étude randomisée en grappe dont le sujet leur sera précisé par la suite.

Il est précisé qu'ils peuvent appartenir au groupe témoin ou au groupe stratégie en fonction du tirage au sort.

### 3 – 2 Les patients

Inclusion de tous les patients de sexe masculin et de plus de 18 ans consultant pour motif uro-génital, sexuel ou psychologique.

### 4 – Bilan initial

Caractéristiques des médecins recrutés :

- Age ;
- Sexe ;
- Lieu d'exercice : rural, urbain (seuil 2000 habitants), exercice en groupe ;
- Groupe d'appartenance (unité de randomisation);
- Spécificités supplémentaire du médecin : maitre de stage, médecin coordinateur dans une autre structure, diplôme universitaire (DU) ;
- Exclusion des médecins ayant un DU de sexologie

### 5 – L'intervention auprès des médecins

#### 5 – 1 Les médecins du groupe stratégie

Présentation de l'étude lors d'une soirée à des petits groupes de médecins :

Brainstorming initial pour évaluer l'état des connaissances sur le sujet et les interrogations des médecins.

Formation des médecins par un exposé magistral sur support informatique (annexe 6) portant spécifiquement sur le sujet et abordant :

- la physiopathologie de la maladie ;
- les critères diagnostiques ;
- les différents sous types d'éjaculations prématurées ;

- les différentes possibilités de prise en charge thérapeutique de l'éjaculation précoce ;
- la fréquence du trouble.

Présentation des stratégies mises en évidence et à tester (sur support informatique et papier).

Assimilation des stratégies grâce à des cas cliniques collectifs présentés oralement à l'aide d'un support informatique (annexe 7).

Présentation de l'objectif de l'étude : **appliquer en consultation au moins une des stratégies suivantes chez tous les patients de sexe masculin et de plus de 18 ans consultant pour motif uro-génital, sexuel ou psychologique**:

- Humour ;
- Attention intacte ;
- Approche fonctionnaliste dédramatisant la sexualité ;
- Aide à la verbalisation ;
- Evocation de signes que le patient pourrait avoir ;
- Questionnement systématique

Présentation du questionnaire d'inclusion des patients et du questionnaire diagnostique validé PEDT de l'éjaculation précoce.

Possibilité dans un 2ème temps de la soirée ou lors d'une prochaine soirée, de présenter un *résumé sur les techniques de communication à utiliser pour la gestion d'une consultation portant sur les troubles sexuels*, soit par le même intervenant, soit par un sexologue, soit par quelqu'un d'autre formé à ces techniques de communication.

## 5 – 2 Les médecins du groupe témoin

**L'objectif principal de l'étude étant la comparaison des pratiques des médecins des deux groupes**, stratégie et témoin, nécessité d'utiliser la même méthode, en l'occurrence ici le mode de recueil prospectif.

- Rencontre directe des médecins du groupe témoin ;
- Présentation de l'objectif de l'étude : **refléter la pratique courante des médecins, mais afin d'éviter tout biais, le sujet précis de l'étude ne peut être dévoilé** ;
- Énoncé des critères d'inclusion des patients dans l'étude : **inclure tous les patients de sexe masculin et de plus de 18 ans qui consultent pour motif**

**uro-génital, sexuel ou psychologique et préciser si d'autres sujets ont été abordés au cours de la consultation ;**

Ces critères d'inclusion laissés aux médecins permettent ainsi de pallier aux biais de sélection des patients et de pollution des pratiques constatés lors de l'analyse de l'étude préliminaire.

- Présentation du questionnaire d'inclusion des patients ;
- Rappel ultérieur de tous les patients inclus et ayant évoqué un problème d'éjaculation prématurée afin de vérifier le diagnostic via le PEDT ; cela permettra de contrôler le biais de classement des patients diagnostiqués éjaculateurs précoces par les médecins de ce groupe.  
Pour cela, nécessité pour le médecin de tenir un registre des patients inclus avec notamment leurs coordonnées personnelles.

## 6 – Tirage au sort

Les 4 centres sont tirés au sort pour éviter un biais de pollution : 2 centres pour le groupe « stratégie », 2 centres pour le groupe « témoin ».

Moment : après recrutement du nombre de médecins nécessaire dans chaque région

Modalités : tirage au sort équilibré (tailles d'échantillons égales), administration sans aveugle.

## 7 – Nombre de sujets nécessaires

Effectif total : 112.

Nombres d'unités de grappes : 24

Avec les hypothèses suivantes :

- Proportion d'EP diagnostiquées en pratique courante : 7 % ;
  - Proportion d'EP dans le groupe stratégie : 28 % ;
  - Puissance : 80 % ;
  - Egalité des effectifs des 2 groupes ;
- Il faudrait en cas de randomisation des patients : 93,46 patients au total.

En tenant compte de l'effet cluster dû à la randomisation des médecins, c'est-à-dire au fait que tous les patients inclus par un même médecin risquent d'avoir plus de ressemblance (par exemple au niveau de l'effet de l'intervention) que des patients indépendants, il faut augmenter les effectifs en les multipliant par un facteur d'inflation. Ce facteur est égal à  $[1 + (m-1)\rho]$  où  $m$  est la taille moyenne d'une grappe et  $\rho$  est égal au niveau de corrélation entre les réponses des sujets d'une même grappe.

En prenant  $p=0,05$ , l'effectif total doit être de 112 également réparti en 2 groupes [108,109].

## 8 – Critères de jugement

Patient estimé comme souffrant d'éjaculation prématurée dans les deux groupes en cas de score du PEDT supérieur ou égal à 9 (cf annexe 4).

Les patients inclus par les médecins et présentant un score inférieur à 9 sont considérés comme non éjaculateurs précoces.

Exemple de traduction du questionnaire PEDT en Français : ce questionnaire permet l'évaluation de 2 critères diagnostiques principaux, à savoir le contrôle sur la survenue de l'éjaculation et la souffrance psychologique du patient sans tenir compte du délai de survenue de l'éjaculation (IELT).

### **1 - Avez-vous des difficultés pour retarder la survenue de votre éjaculation ?**

- 0  Aucune difficulté
- 1  Difficultés occasionnelles
- 2  Difficultés modérées
- 3  Difficultés importantes
- 4  Extrêmement difficile

### **2 - Éjaculez-vous avant de le vouloir ?**

- 0  Jamais ou pratiquement jamais
- 1  Environ dans 25 % des cas
- 2  Environ dans la moitié des cas
- 3  Environ dans 75 % des cas
- 4  Toujours ou pratiquement toujours

### **3 - Ejaculez-vous avec très peu de stimulation ?**

- 0  Jamais ou pratiquement jamais
- 1  Environ dans 25 % des cas
- 2  Environ dans la moitié des cas
- 3  Environ dans 75 % des cas
- 4  Toujours ou pratiquement toujours

### **4 - Éprouvez-vous de la frustration lorsque vous éjaculez avant que vous ne le souhaitiez ?**

- 0  Pas du tout
- 1  Un peu
- 2  Modérément
- 3  Beaucoup
- 4  Extrêmement

## 5 - Vous sentez-vous concernés lorsque la survenue de votre éjaculation prématurée laisse votre partenaire insatisfaite ?

- 0  Pas du tout
- 1  Un peu
- 2  Modérément
- 3  Beaucoup
- 4  Extrêmement

## 9 –Le questionnaire d’inclusion des patients

### 9 – 1 Pour le groupe stratégie

Questionnaire d’inclusion des patients identique à celui de cette étude préliminaire du fait de sa simplicité de remplissage, auquel :

- on rajoute les items du PEDT traduit en français en cas de réponse « oui » à la question « éjaculation précoce abordée » ;
- on attribue pour chaque médecin des numéros de patients spécifiques, qui permettront ainsi de mieux retrouver ces derniers en cas d’éventuelles précisions à apporter par la suite pour leur inclusion ; cela sous-entend pour chaque médecin, de tenir à jour un registre des patients inclus avec leur coordonnées personnelles et leur numéro d’inclusion correspondant.

## Groupe stratégie

Vérifier que les critères d’inclusion ci-dessous sont respectés :

- sexe masculin ;
- âge > 18 ans ;
- motif uro-génital, sexuel ou psychologique.

### \*Obligatoire

Numéro de patient \* :

Ejaculation précoce abordée (éjaculation rapide + absence de contrôle+ souffrance) :

- Oui
- Non

En cas de réponse positive, merci de compléter le questionnaire ci-dessous :

## 1 - Avez-vous des difficultés pour retarder la survenue de votre éjaculation ?

- 0  Aucune difficulté
- 1  Difficultés occasionnelles
- 2  Difficultés modérées

- 3  Difficultés importantes
- 4  Extrêmement difficile

## 2 - Éjaculez-vous avant de le vouloir ?

- 0  Jamais ou pratiquement jamais
- 1  Environ dans 25 % des cas
- 2  Environ dans la moitié des cas
- 3  Environ dans 75 % des cas
- 4  Toujours ou pratiquement toujours

## 3 - Ejaculez-vous avec très peu de stimulation ?

- 0  Jamais ou pratiquement jamais
- 1  Environ dans 25 % des cas
- 2  Environ dans la moitié des cas
- 3  Environ dans 75 % des cas
- 4  Toujours ou pratiquement toujours

## 4 - Éprouvez-vous de la frustration lorsque vous éjaculez avant que vous ne le souhaitez ?

- 0  Pas du tout
- 1  Un peu
- 2  Modérément
- 3  Beaucoup
- 4  Extrêmement

## 5 - Vous sentez-vous concernés lorsque la survenue de votre éjaculation prématurée laisse votre partenaire insatisfaite ?

- 0  Pas du tout
- 1  Un peu
- 2  Modérément
- 3  Beaucoup
- 4  Extrêmement

### Stratégie(s) utilisée(s)

Stratégie(s) utilisée(s) :

- Questionnement systématique
- Humour
- Approche fonctionnaliste
- Attention intacte
- Évocation de signes
- Aide à la verbalisation

Autre(s) stratégie(s) utilisée(s) :

## 9 – 2 Pour le groupe témoin

Modification du questionnaire d'inclusion initial :

- suppression de l'item « trouble sexuel abordé» et remplacement par « autre(s) motif(s) de consultation abordé(s) » ;
- mise en place d'un système de codage des patients avec attribution d'un numéro spécifique pour chaque patient.

**Vérifier que les critères d'inclusion suivant sont respectés :**

- *sexe masculin ;*
- *âge > 18 ans ;*
- *motif urogénital, sexuel ou psychologique*

**Numéro de patient :**

**Autre(s) motif(s) de consultation abordé(s) :**

Vérification par la suite du diagnostic d'éjaculation prématurée portée par les médecins de ce groupe via le PEDT : rappel des patients par le médecin idéalement grâce à un registre de coordonnées personnelles tenu par le médecin lui-même et le numéro du patient sur le questionnaire.

## 10 – Surveillance

Aucune surveillance des patients n'est nécessaire.

## 11 – Perdus de vue

L'inclusion d'un patient souffrant d'éjaculation prématurée dans l'étude est effective si le score du questionnaire PEDT est supérieur ou égal à 9.

Pour le groupe stratégie, le remplissage du score s'effectue directement lors de l'inclusion du patient dans l'étude ; il ne peut théoriquement pas y avoir de « perdus de vue » dans ce groupe.

Pour le groupe témoin, le remplissage du questionnaire PEDT se faisant dans un second temps, il peut y avoir des patients « perdus de vue » ; ces patients ne pourront donc pas être confirmés comme souffrant d'éjaculation prématurée et seront donc à inclure comme non éjaculateurs précoces.

L'inclusion d'un patient non éjaculateur précoce est effective lorsque le score du questionnaire PEDT est inférieur à 9 ; pour le groupe stratégie, celui-ci étant rempli directement lors de l'inclusion du patient, il ne peut pas y avoir de « perdus de vue ».

Pour le groupe témoin, tout patient rappelé et dont le score du PEDT est inférieur à 9 ou qui ne souhaite pas répondre au questionnaire sera considéré comme non éjaculateur précoce.

## 12 – Non respect du protocole

Un médecin du groupe témoin utilisant une stratégie reste dans le groupe témoin.

Un médecin du groupe stratégie n'utilisant pas de stratégie reste dans le groupe stratégie.

Tous les patients inclus sont analysés.

## 13 – Suivi et relance des médecins

### - Par contact téléphonique régulier :

Inconvénients : prend du temps pour le chercheur et le médecin, exaspération possible des médecins à la longue.

Avantage : contact direct avec les médecins, questions/interrogations possible de la part des médecins, vérification de la bonne compréhension des critères d'inclusion.

### - Par mail :

Avantages : prend moins de temps pour le chercheur et le médecin, moins exaspérant pour le médecin, possibilité de faire des relances positives à chaque nouveau patient inclus.

Inconvénients : moins d'impact pour le suivi.

Une autre piste qui n'a pas été utilisée et qui avait été évoquée pour le suivi des médecins du groupe stratégie consistait à adresser automatiquement après chaque nouvelle inclusion de patient dans ce groupe, via le questionnaire électronique, une *synthèse graphique de tous les patients inclus, précisant le pourcentage de patients souffrant d'éjaculation prématurée et inclus grâce à l'application des stratégies à tester*, dans le but de motiver les médecins à les mettre en pratique.

## 14 – Analyse des résultats

Analyse par modèles mixtes ou marginaux [109].

## CONCLUSION

La prévalence de l'éjaculation prématurée varie beaucoup selon les études, de 5 à 30 % [87].

En l'absence de consensus bien défini sur la définition, la comparaison des différents résultats des études semble difficile et ne permet pas la détermination d'une prévalence moyenne, la plupart des études ne faisant pas la distinction entre les différents types d'éjaculations prématurées.

*Le but premier de l'étude était de calculer une prévalence de patients souffrant d'éjaculation prématurée et pris en charge en médecine générale avec et sans l'utilisation des stratégies ainsi que de répondre à des problèmes de faisabilité de l'étude.*

Les premiers résultats retrouvés dans cette étude préliminaire permettent de faire l'hypothèse que le pourcentage de patients souffrant d'éjaculation prématurée et pris en charge en médecine générale passe de 6,56 % en pratique courante à 30,77 % avec l'application des stratégies testées.

***Les chiffres retrouvés permettent ainsi d'émettre des hypothèses argumentées sur le réel intérêt de mener une étude randomisée en grappes afin de confirmer ces premiers résultats.***

Un aspect important à souligner qui ressort de cette étude préliminaire est la faible fréquence d'inclusion des patients dans les deux groupes de médecins.

Concernant le groupe témoin, l'oubli est le plus souvent responsable de cette basse fréquence d'inclusion.

Concernant le groupe stratégie, hormis le manque d'intérêt du sujet de l'étude, il s'agit plus d'une gêne à parler de la sexualité qui est en cause, bien que les médecins aient reçu une petite formation sur le sujet en question lors de l'intervention.

La communication sur la gestion d'un trouble sexuel est au centre de la problématique. *Si l'on veut tester efficacement des stratégies pour aborder l'éjaculation prématurée, il faut que les médecins qui les testent soient à l'aise face à ce sujet et à la sexualité en général ; cette attitude ne s'improvisant pas, pour l'étude finale, un gros travail de communication sur la sexualité est à prévoir pour l'intervention auprès des médecins du groupe stratégie.*

## **BIBLIOGRAPHIE**

- [1]: Porst H, Montorsi F, Rosen RC et al. **The Premature Ejaculation Prevalence and Attitudes (PEPA) Survey : Prevalence, Comorbidities and Professional Help-Seeking**, Eur Urol.2007;51(3):816-23.
- [2]: Laumann EO, Paik A, Rosen RC. **Sexual dysfunction in the United States**, JAMA.1999;281(6):537-44.
- [3]: Abraham K. **Ueber Ejaculatio Praecox**. Zeitschr. Aerztl Psychoanal 1917;4:171-86.
- [4]: Croq M, Guelfi J, American Psychiatric Association. **DSM IV-TR: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux**. Issy-les-moulineaux:Masson;2004.
- [5]: Mc Mahon CG, Althof S, Waldinger MD 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**, BJU Int.2008;102(3):338-50.
- [6]: Philippe Brenot, **Dictionnaire de la sexualité humaine**, Ed l'esprit du temps, 2004, p 569-77.
- [7]: American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-III. 3<sup>rd</sup> Ed**.Washington,DC:APA;1980.
- [8]: American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-III-R. 3<sup>rd</sup> Ed Revised**. Washington,DC:APA;1987.
- [9]: World Health Organization. **International Classification of Diseases and Related Health Problems.10<sup>th</sup> ed**. Geneva:WHA;1994.
- [10]: <http://www.who.int/classifications/icd10>
- [11]: Waldinger MD, Schweitzer DH, **Changing paradigms from an historical DSM III and DSM IV view towards an evidence based definition of premature ejaculation. Part II- proposals for DSM V and ICD 11**, J Sex Med.2006;3(4):693-705.
- [12]: Jacques Buvat, **La nouvelle définition de l'éjaculation prématurée élaborée par l'ISSM, un progrès dans sa caractérisation basée sur l'évidence clinique**, [www.sfms.fr](http://www.sfms.fr), littérature, articles originaux.
- [13]: Waldinger MD, Hengeveld MW, Zwinderman AH. **Paroxetine treatment of premature ejaculation: a double-blind, randomized, placebo-controlled study**, Am J Psychiatry.1994;151(9):1377-9.

- [14]: Waldinger MD. **Chapter 15: Rapid ejaculation.** In: Levine SB, Risen CB, Althof SE, eds. Handbook of clinical sexuality for mental health professionals. New York, Hove: Brunner-Routledge;2003,p 257-74.
- [15]: Waldinger MD. **Towards evidence-based drug treatment research on premature ejaculation: A critical evaluation of methodology.** Int J Imp Res.2003;15(3):309-13.
- [16]: Waldinger MD, Hengeveld MW, Zwinderman AH, et al. **An empirical operationalization study of DSM-IV diagnostic criteria for premature ejaculation,** Int J Psychiatry Clin Pract.1998;2(4):287-93.
- [17]: Waldinger MD, Quinn P, Dilleen M, et al. **A Multi-national population survey of intra vaginal ejaculation latency time,** J Sex Med.2005;2(4):492-7.
- [18]: Waldinger MD, Zwinderman AH, Olivier B, et al. **Proposal for a definition of lifelong premature ejaculation based on epidemiological stopwatch data,** J Sex Med. 2005;2(4):498-507.
- [19]: Shapiro B. **Premature ejaculation: a review of 1 130 cases,** J Urol.1943; 50:374-9.
- [20]: Gospodinoff JC. **Premature ejaculation: clinical subgroups and etiology,**J Sex Marital Ther.1989;15:130-4.
- [21]: Waldinger MD, Rietschel M, Nothen MM, et al. **Familial occurrence of primary premature ejaculation,** Psychiatr Genet.1998;8(1):37-40.
- [22]: Waldinger MD. **The neurobiological approach to premature ejaculation (review),** J Urol.2002;168(6):2359-67.
- [23]: Althof SE. **Psychological treatment strategies for rapid ejaculation: rationale, practical aspects, and outcome.** World J Urol.2005;23(9):89-92.
- [24] Hartmann W, Schedlowski M, Kruger THC; **Cognitive and partner-related factors in rapid ejaculation: differences between dysfunctional and functional men,** World J Urol.2005;23(2):93-101.
- [25]: Screponi E, Carosa E, Stasi E, et al. **Prevalence of chronic prostatitis in men with premature ejaculation,**Urology.2001;58(2):198-202.
- [26]: Carani C, Isidori AM, Granata 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.
- [27]: Waldinger MD, Schweitzer DH, **Changing paradigms from an historical DSM III and DSM IV view towards an evidence based definition of premature ejaculation. Part I: validity of DM IV-TR,**J Sex Med.2006;3(4):682-92.

- [28]: Waldinger MD. **Premature ejaculation: definition and drug treatment**, Drugs.2007;67(4):547-68.
- [29]: MC Mahon CG, **Long term results of treatment of premature ejaculation with selective serotonin re-uptake inhibitors**, Int J Imp Res.2004;14(suppl 3):S 19.
- [30]: Pryor JL, Broderick GA, HO KF, et al. **Comparison of estimated versus measured intravaginal ejaculatory latency time (IELT) in men with and without premature ejaculation**. J Sex Med.2005;3(54),abstract 126.
- [31]: Rosen RC, McMahon CG, Niederberger C et al. **Correlates to the clinical diagnosis of premature ejaculation: results from a large observational study of men and their partners**, J Urol.2007;177(3):1059-64.
- [32]: Grenier G, Byers ES. **The relationships among ejaculatory control, ejaculatory latency, and attempts to prolong heterosexual intercourse**, Arch Sex Behav.1997;26(7):27- 47.
- [33]: Grenier G, Byers ES. **Operationalizing premature or rapid ejaculation**, Journal Sex Res.2001;38:369-78.
- [34]: Patrick DL, Althof SE, Pryor JL, et al. **Premature ejaculation: an observational study of men and their partners**. Sex J Med.2005;2(3):358-67.
- [35]: Giuliano F, Patrick DL, Porst H, et al. **Premature ejaculation: results from a five-country European observational study**, Eur Urol.2008;53(5): 1048-57.
- [36]: Rowland D, Perelman M, Althof S, et al. **Self-reported premature ejaculation and aspects of sexual functioning and satisfaction**, Sex J Med.2004;1(2):225-32.
- [37]: Patrick DL, Rowland DL, Rothman M. **Interrelationships among measures of premature ejaculation: the central role of perceived control**, J Sex Med.2007;4(3):780-8.
- [38]: Althof S, Rowland D. **Identifying constructs and criteria for the diagnostic of premature ejaculation: implication for making errors of classification**, BJU Int. 2008;102(6):708-12.
- [39]: Colpi GM, Fanciullacci F, Beretta G, et al. **Cortical Evoked Sacral Potentials in Subjects with True Premature Ejaculation**, Andrologia.1986; 18(6):583-6.
- [40]: Segraves RT, Saran A, Segraves K, et al. **Clomipramine versus Placebo in the treatment of Premature Ejaculation: a pilot study**, J Sex Marital Ther.1993;19(3):198-200.

- [41]: De Carufel F. **L'éjaculation prématurée: compréhension et traitement par la thérapie sexofonctionnelle**, UCL Presses Universitaires de Louvain; 2008.
- [42]: Cooper A, Magnus R. **A clinical Trial of the Beta Blocker Propranolol in Premature Ejaculation**, J Psychosom Res.1984;28:331-336.
- [43]: LoPiccolo J. **Direct Treatment of Sexual Dysfunction in the Couple**. In: J Money, H Mesaph (Eds), Handbook of sexology, vol 5: Selected Syndromes and Therapy. New York:Elsevier;1978.p.1227-44.
- [44]: Killmann PR, Auerbach R. **Treatments of Premature Ejaculation and Psychogenic Impotence: A critical review of the literature**, Arch Sex behave.1979; 8(1):81-100.
- [45]: Scholver LR, Friedman JM, Weiler SJ, et al. **Multiaxial Problem-Oriented System for Sexual Dysfunctions**, Arch Gen Psychiatry.1982;39(5):614-9.
- [46]: Masters WH, Johnson VE. **Human Sexual Inadequacy**. Boston: Little Brown;1970
- [47]: Kaplan HS. **The new Sex Therapy: active treatment of sexual dysfunctions**. New York:Brunner/Mazel;1974.
- [48]: Kaplan HS. **PE: How to overcome Premature Ejaculation**. New York: Brunner / Mazel;1989.
- [49]: Rowland DL, Cooper SE, Schneider M. **Defining Premature Ejaculation for Experimental and Clinical Investigations**, Arch Sex Behav.2001;30(3): 235-53.
- [50]: Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE. **Sexual Behavior in the Human Male**. Philadelphia: WB Saunders ;1948.
- [51]: Wainberg J, **Essai d'interprétation ontogénétique de l'éjaculation prématurée**, In J. Buvat, P Jouannet (Eds), L'éjaculation et ses perturbations. Lyon-Villeurbanne : Simep ;1984.p 112-6.
- [52]: Hong LK. **Survival of the Fastest: On the Origin of Premature Ejaculation**, Journal of Sex Research,1984;20(2):109-122.
- [53]: Senkul T, Iseri C, Sen B et al. **Circumcision in adults: effect on sexual function**, Urology.2004;63(1),155-8.
- [54]: Waldinger MD, Zwinderman AH, Olivier B, et al. **Thyroid-Stimulating Hormone Assessments in a Dutch Cohort of 620 men with Lifelong Premature Ejaculation without erectile dysfunction**, J Sex Med.2005; 2(6): 865-70.

- [55]: Segraves RT. **Rapid Ejaculation: a review of nosology, prevalence and treatment**, Int J Impot Res.2006;18(suppl 1):S24-S32.
- [56]: Rowland DL, Cooper SE, Slob AK. **Genital and psychoaffective response to erotic stimulation in sexually functional and dysfunctional men**, J Abnorm Psychol.1996;105(2):194-203.
- [57]: Rowland DL. **Psychophysiology of ejaculatory function and dysfunction**, World J Urol.2005;23(2):82-8.
- [58]: Polonsky D. **Premature Ejaculation**, In: SR Leiblum, R Rosen, (eds) Principles and Practice of Sex Therapy, New York: Guilford;2000.p 305-342.
- [59]: Jehu D. **Sexual Dysfunctions**, New York: John Wiley and Sons;1979.
- [60]: Zilbergeld B. **Group Treatment of Sexual Dysfunction in Men without Partners**, J Sex Mar Ther.1975;1(3):204-14.
- [61]: Salzman L. **Psychoterapy with patients with sexual disorders**.In M. Hammer (Ed) The theory and practice of psychotherapy with specific disorders. Springfield, Ill: Charles C Thomas;1972.p 108-143.
- [62]: Abraham G, **Sexologie Clinique**. Paris: Edition Doin;1967.
- [63]: Atikeler MK, Gecit I, Senol FA, **Optimum usage of prilocaïne-lidocaïne cream in premature ejaculation**, Andrologia.2002;34(6):356-9.
- [64]: Busato W, Galindo CC. **Topical anaesthetic use for treating premature ejaculation: a double-blind, randomized, placebo-controlled study**, BJU Int. 2003;93(7):1018-21.
- [65]: Waldinger MD, Zwinderman AH, Schweitzer DH et al, **Relevance of methodological design for the interpretation of efficacy of drug treatment of premature ejaculation: a systematic review and meta-analysis**, Int J Impot Res. 2004;16(4):369-81.
- [66]: Montague DK, Jarow J, Broderick GA et al. **AUA guideline on the pharmacologic management of premature ejaculation**, J Urol.2004;172(1): 290-4.
- [67]: Rand EH. **Priapisme in a patient taking sertraline**, J Clin Psychiatry. 1998;59(10):538.
- [68]: Waldinger MD, Zwinderman AH, Olivier B, et al. **Majority of men with lifelong premature ejaculation prefer daily drug treatment: an observational study in a consecutive group of Dutch men**, J Sex Med.2007; 4:1028-37.
- [69]: Waldinger MD, Zwinderman AH, Olivier B. **On-demand treatment of premature ejaculation with clomipraline and paroxetine: a randomized,**

**double-blind fixed-dose study with stopwatch assessment**, Eur Urol.2004; 46(4):510-6.

[70]: Haensel SM, Rowland DL, Kallan KT, et al. **Clomipramine and sexual function in men with premature ejaculation and controls**, J Urol,1996;156 (4):1310-5.

[71]: Pryor J, Althof S, 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(9539):929-37.

[72]: Waldinger MD, Schweitzer DH, Olivier B. **Dapoxetine treatment of premature ejaculation**, Lancet.2006;368(9550):1869.

[73]: Andersson KE, Mulhall JP, Wyllie MG. **Pharmacokinetic and pharmacodynamic features of dapoxetine, a novel drug for “on demand” treatment of premature ejaculation**, BJU Int.2006;97(2):311-5.

[74]: Safarinejad MR. **Safety and efficacy of dapoxetine in the treatment of premature ejaculation: a double-blind, placebo, controlled, fixed-dose, randomized study**, Neuropsychopharmacology.2008;33(6):1259-65.

[75]: Safarinejad MR. **Comparison of dapoxetine versus paroxetine in patients with premature ejaculation: a double-blind, placebo-controlled, fixed-dose, randomized study**, Clin Neuropharmacol.2006;29(5):243-52.

[76]: <http://www.ema.europa.eu> / Referral procedures-priligy / janvier 2012

[77]: McMahon CG, Stuckey BG, Andersen M, et al. **Efficacy of sildenafil citrate (Viagra) in men with premature ejaculation**, J Sex Med.2005;2(3): 368-75.

[78]: Atan A, Basar MM, Tuncel A, et al. **Comparison of efficacy of sildenafil-only, sildenafil plus topical EMA cream and topical EMLA cream-only in treatment of premature ejaculation**, Urology.2006;67(2):388-91.

[79]: McMahon CG, McMahon CN, Leow LJ, et al. **Efficacy of type-5 phosphodiesterase inhibitors in the drug treatment of premature ejaculation: a systematic review**, BJU Int.2006;98(2): 259-72.

[80]: Semans JH. **Premature Ejaculation: a new approach**, South Med J.1956;49(4): 353-8.

[81]: Kaplan HS, Kohl RN, Pomeroy WB, et al. **Group treatment of premature ejaculation**, Arch Sex Behav.1974;3(5):443-52.

[82]: Abdel-Hamid IA, El Nagggar EA, El Gilany AH. **Assessment of as needed use of pharmacotherapy and the pause-squeeze-technique in premature ejaculation**, Int J Impot Res.2001;13(1):41-5.

- [83]: De Carufel F, Trudel G. **Effects of a new functional-sexological treatment for premature ejaculation**, J Sex Mar Therapy.2006;32(2):97-114.
- [84]: Melnik T, Althof S, Atallah AN et al. **Psychosocial interventions for premature ejaculation (review)**, The Cochrane Collaboration, John Wiley and Sons, Ltd, 2011.
- [85]: Li P, Zhu GS, Xu P et al. **Interventional effect of behaviour psychotherapy on patients with premature ejaculation**, National Journal of Andrology.2006;12 (8):717-9.
- [86]: Yuan P, Dai J, Yang Y et al. **A comparative study on treatment for premature ejaculation : citalopram used in combination with behavioral therapy versus either citalopram or behavioral therapy alone**, Chinese Journal of Andrology.2008 ;22(5) :35-8.
- [87]: Jannini EA, Lenzi A. **Epidemiology of premature ejaculation**, Curr Opin Urol. 2005;15(6):399-403.
- [88]: <http://www.who.int>
- [89]: Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, 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 Imp Res.2005;17(1): 39-57.
- [90]: Humphery S, Nazareth I. **GPs' views on their management of sexual dysfunction**, Fam Pract.2001;18(5),516-8.
- [91]: Gott M, Galena E, Hinchliff S, et al. **"Opening a can of worms": GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care**. Fam Pract. 2004;21(5):528-36.
- [92]: Temple-Smith M, Hammond J, Pyett P, et al. **Barriers to sexual history taking in general practice**. Aust Fam Physician.1996; 25(9 Suppl2):S71-4.
- [93]: Platano G, Margraf J, Alder J, et al. **Frequency and focus of sexual history taking in male patients-a pilot study conducted among Swiss general practitioners and urologists**. J Sex Med. 2008; 5(1):47-59.
- [94]: Temple-Smith MJ, Mulvey G, Keogh L. **Attitudes to taking a sexual history in general practice in Victoria, Australia**. Sex Transm Infect.1999;75(1):41-4.
- [95]: Gott M, Hinchliff S. **Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care : a qualitative study with older people**. Fam Pract.2003; 20(6):690-5.
- [96]: Barnes T.**The impact of premature ejaculation on partners and relationships**. Eur Uro Supp.2007;6(13):775-9.

[97]: Read S, King M, Watson J. **Sexual dysfunction in primary medical care: prevalence, characteristics and detection by the general practitioner.** J Public Health Med.1997;19(4):387-91.

[98]: Dunn KM, Croft PR, Hackett GI. **Sexual problems: a study of the prevalence and need for health care in the general population.**Fam Pract.1998;15(6):519-24.

[99]: Barais M, Cadier S, Chiron B, et al. **Ejaculation prématurée : stratégies pour aborder le sujet en médecine générale,** Exercer.2011;95;10-5.

[100]: Bloom BS, David R. Krathwohl, **The classification of educational goals, by a committee of college and university examiners,** New York, Longmans, 1956.

[101]: Goichot B, Meyer N. **Guide de lecture critique d'un article médical original,** <http://www-ulpmed.u-strasbg.fr>, septembre 2011.

[102]: Prochaska JO, Di Clemente CC. **Transtheoretical therapy toward a more integrative model of change.**Psychotherapy : theory, research and practice.1982;19(3):276-87.

[103]: Tsimitsiou Z, Hatzimouratidis K, Nakopoulou E, et al.**Predictors of physicians' involvement in addressing sexual health issues.** J Sex Med. 2006;3(4):583-8.

[104]: Giami A. **La spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la sexualité.** Singuliers généralistes. Sociologie des médecins généralistes. Editions EHESP. Rennes.2008, pp 147-167.

[105]: **Définitions européennes des caractéristiques de la discipline de médecine générale, du rôle du médecin généraliste et une description des compétences fondamentales du médecin généralistes – médecin de famille.** WONCA Europe, Société Européenne de médecine générale - médecine de Famille. 2002, <http://www.cnge.fr>

[106]: Jouan S, Figon S. **Fréquence et analyse des demandes de fin de consultation en médecine générale:** Lyon thèse de médecine générale : université de Claude-Bernard Lyon 1 : 2006.

[107]: <http://www.drees.sante.gouv.fr>, programme d'études et d'enquêtes 2012 de la DREES, 16 mars 2012.

[108]: J Bouyer, méthodes statistiques. Médecine- biologie, ed estem,1996 ; p 170-1.

[109]: B Giraudeau, **L'essai Clinique randomisé en grappes,** médecine science, 2004 ; vol 20(3), 363-6.

## **ANNEXES**

Annexe 1 : The Premature Ejaculation Profile (PEP) ou Pros questionnaire

Annexe 2 : La fonctionnalité sexuelle selon l'Approche Sexo-corporelle

Annexe 3 : The Chinese Index of sexual function for Premature Ejaculation (CIPE)

Annexe 4 : The Premature Ejaculation Diagnostic Tool (PEDT)

Annexe 5 : Questionnaire d'évaluation de l'intervention auprès des médecins généralistes du groupe stratégie

Annexe 6 : Le power point de l'intervention auprès des médecins du groupe stratégie

Annexe 7 : Les cas cliniques de l'intervention auprès des médecins du groupe stratégie

Annexe 8 : Questionnaire d'inclusion des patients du groupe stratégie

Annexe 9 : Le questionnaire d'inclusion des patients du groupe témoin

Annexe 10 : Le questionnaire d'évaluation des difficultés et obstacles rencontrés par les médecins généralistes du groupe stratégie à l'application des stratégies pour aborder l'éjaculation prématurée

Annexe 11 : Les résultats d'inclusion du groupe stratégie

Annexe 12 : Les résultats d'inclusion du groupe témoin

## ANNEXE 1

### THE PREMATURE EJACULATION PROFILE OU PROs QUESTIONNAIRE

Celui-ci évalue en 4 items *l'estimation qu'a le patient du contrôle de son éjaculation, de sa satisfaction sexuelle, de sa souffrance psychologique et des difficultés interpersonnelles qui en résultent.*

Perceived control over ejaculation: « ***over the past month, was your control over ejaculation during sexual intercourse:***»

- 0: Very poor
- 1: poor
- 2: Fair
- 3: Good
- 4: Very good

Satisfaction with sexual intercourse: “***over the past month, was your satisfaction with sexual intercourse:***”

- 0: very poor
- 1: poor
- 2: fair
- 3: good
- 4: very good

Personal distress related to ejaculation: “***how distressed are you by how fast you ejaculate (come) during sexual (vaginal) intercourse?***”

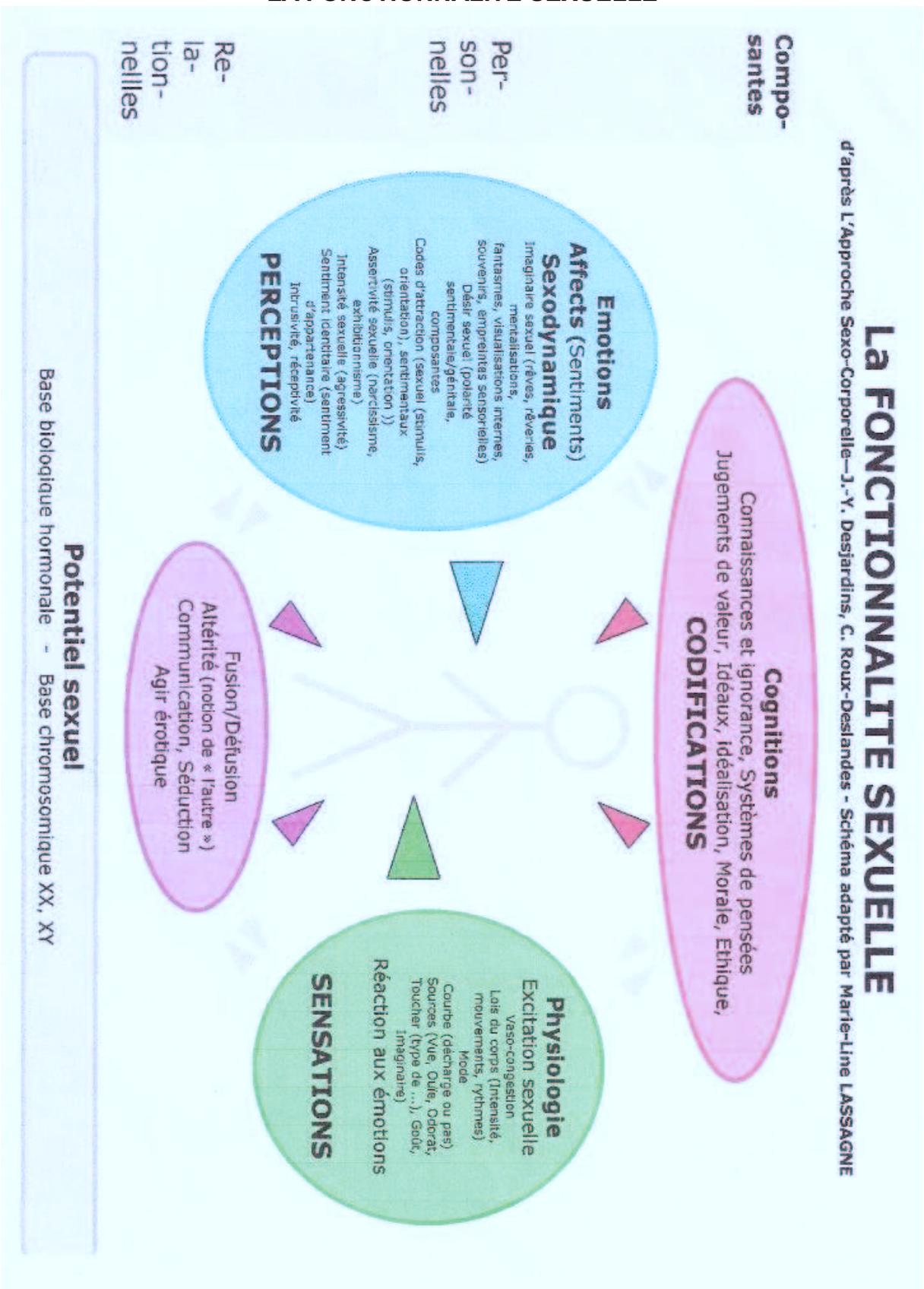
- 0: extremely
- 1: quite a bit
- 2: moderately
- 3: a little bit
- 4: not at all

Interpersonal difficulty related to ejaculation: “***To what extent does how fast you ejaculate (come) during sexual (vaginal) intercourse cause difficulty in your relationship with your partner?***”

- 0: extremely
- 1: quite a bit
- 2: moderately
- 3: a little bit
- 4: not at all

## ANNEXE 2

### LA FONCTIONNALITE SEXUELLE



## ANNEXE 3

### THE CHINESE INDEX OF SEXUAL FUNCTION FOR PREMATURE EJACULATION (CIPE)

Ce score comprend 10 items, chaque réponse va de 1 à 5 points. Pour la question 4, en cas d'IELT > 3 minutes, le score est de 5 points.

Les 10 questions portent sur la libido, la qualité de l'érection, la durée de l'IELT, la capacité ou non à prolonger la durée d'un rapport sexuel, la satisfaction sexuelle du patient et du partenaire, la fréquence des rapports où le partenaire a un orgasme, la confiance du patient pendant les rapports sexuels, l'existence de sentiments d'angoisse, de stress ou de dépression au cours des activités sexuelles.

Question 1: Your sexual libido or interest?

1. Very low
2. Low
3. General
4. High
5. Very high

Question 2: Do you have erections hard enough for sexual intercourse?

1. Almost never
2. Seldom
3. Half of time
4. Often
5. Always

Question 3: Can you maintain erection to complete sexual intercourse?

1. Almost never
2. Seldom
3. Half of time
4. Often
5. Always

Question 4: How long from intromission to ejaculation?

1. Too short (<30 sec)
2. Very short (<1 min)
3. Short (<2 min)
4. Often short (<3 min)
5. Not short (>3 min)
6. > 4-5 min (min)
7. 6-10 min (min)
8. 11-20 min (min)
9. 21-30 min (min)
10. 30-45 min (min)

Question 5: Can you prolong the intercourse time?

1. Very difficult
2. Always difficult
3. Difficult
4. Seldom difficult
5. Not difficult

Question 6: Your sexual satisfaction?

1. Very dissatisfied
2. Always dissatisfied
3. Generally satisfied
4. Often satisfied
5. Always satisfied

Question 7: Your partners sexual satisfaction?

1. Very dissatisfied
2. Always dissatisfied
3. Generally satisfied
4. Often satisfied
5. Always satisfied

Question 8: Does your partner reach orgasm in sexual intercourse?

1. Almost never
2. Seldom
3. Half of time
4. Often
5. Always

Question 9: How about your confidence in completing sexual activity?

1. Very low
2. Low
3. General
4. High
5. Very high

Question 10: Do you feel anxiety, depression or stress in sexual activity

1. Always
2. Often
3. Half of time
4. Seldom
5. Almost never

## ANNEXE 4

### THE PREMATURE EJACULATION DIAGNOSTIC TOOL (PEDT)

Il s'agit d'un score diagnostique validé pour l'éjaculation prématurée :

- En cas de score < ou égal à 8 : **pas d'éjaculation prématurée**
- En cas de score compris entre 9 et 10 : **éjaculation prématurée probable**
- En cas de score > ou égal à 11 : **éjaculation prématurée sûre**

	Not difficult at all	Somewhat difficult	Moderately difficult	Very difficult	Extremely difficult
1. How difficult is it for you to delay ejaculation?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
	Almost never or never 0%	Less than half the time 25%	About half the time 50%	More than half the time 75%	Almost always or always 100%
2. Do you ejaculate before you want to?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. Do you ejaculate with very little stimulation?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
	Not at all	Slightly	Moderately	Very	Extremely
4. Do you feel frustrated because of ejaculating before you want to?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5. How concerned are you that your time to ejaculation leaves your partner sexually unfulfilled?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Pfizer Ltd ©: 27 July 2005					

## **ANNEXE 5**

### **QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE L'INTERVENTION AUPRES DU GROUPE STRATEGIE**

*Les objectifs de l'intervention, à savoir :*

- élaborer une synthèse des connaissances à avoir sur l'éjaculation prématurée afin que les médecins de ce groupe soient capables de débiter une prise en charge en cabinet ;*
- être capable pour les médecins de ce groupe d'appliquer une ou plusieurs de ces stratégies chez tous les hommes de plus de 18 ans consultant pour problème uro-génital, sexuel ou psychique ;*
- être capable pour les médecins de ce groupe de remplir le questionnaire d'inclusion des patients après chaque stratégie utilisée.*

*sont-ils clairement identifiés pour vous ?*

*L'exposé sur l'éjaculation prématurée a-t-il un intérêt pour votre pratique ?*

*Seriez-vous venu à une réunion sur la prise en charge de l'éjaculation prématurée si celle-ci ne s'était pas déroulée dans le cadre d'une thèse ?*

*Le déroulement de la formation selon le schéma brainstorming, diaporama et cas cliniques permet-il selon vous une assimilation correcte de la prise en charge de l'éjaculation prématurée et de l'utilisation des stratégies mises en évidence par Marie Barais ?*

*La durée de la formation est-elle satisfaisante ?*

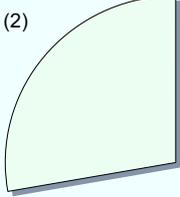
*Pensez-vous que vous pouvez mettre en pratique à votre cabinet dès demain les stratégies vues ce soir pour aborder l'éjaculation prématurée?*

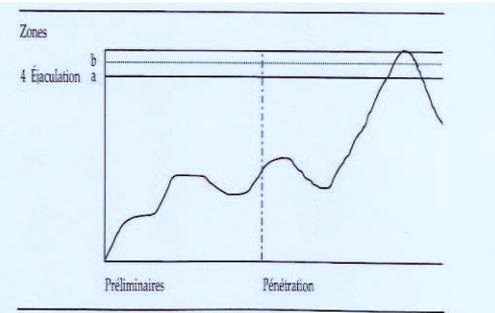
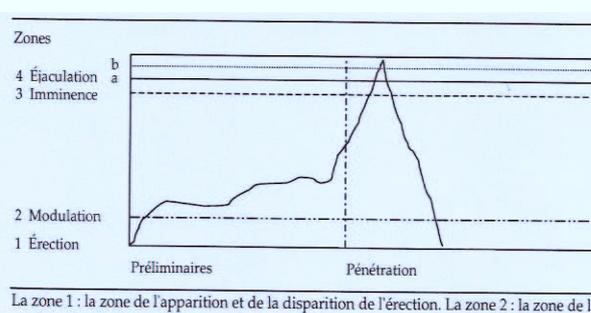
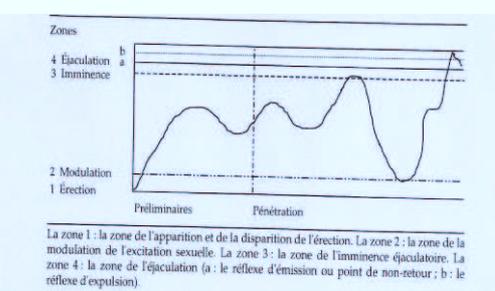
*Quels sont les points positifs de la formation ?*

*Vos suggestions pour une amélioration de la formation ?*

## ANNEXE 6

### LE POWER POINT DU CONTENU DE L'INTERVENTION AUPRES DES MEDECINS DU GROUPE STRATEGIE

<p style="text-align: center;"><b>Le dépistage de l'éjaculation prématurée</b></p> <p> <a href="http://www.univ-poitiers.fr">www.univ-poitiers.fr</a></p> <p> <a href="http://www.faculte.medphar.univ-poitiers.fr">www.faculte.medphar.univ-poitiers.fr</a></p>	<p><u>1 - prévalence</u></p> <p><b>21 à 30 % population (1) (2)</b></p> <p>Sous diagnostiquée? Sur diagnostiquée?</p> 
<p><u>2 – critères diagnostiques (3)(4):</u></p> <p>Survenue <b>régulière</b> d'une éjaculation avec:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-un <b>délai rapide</b></li> <li>-une <b>absence de contrôle</b></li> <li>-des <b>répercussions personnelles négatives</b></li> </ul>	 <p style="text-align: center;">vitesse</p>  <p style="text-align: center;">Absence de contrôle</p>  <p style="text-align: center;">souffrance</p>
<p><u>3 – les sous type d'éjaculation prématurée (5) (6) (7) :</u></p> <p><b>Primaire:</b> faible prévalence déterminisme génétique? hypothèse neurobiologique via la voie de la sérotonine origine psychologique??</p> <p><b>Acquise:</b> faible prévalence origine psychologique ou médicale (prostatite, dysthyroïdie)</p> <p><b>Naturelle:</b> variation normale des performances masculines, forte prévalence</p>	<p><u>4 – défaut d'apprentissage de gestion de l'excitation sexuelle : La théorie sexo-corporelle (6) (7)</u></p> <p>Pas de contrôle sur le reflexe éjaculatoire</p> <p>Contrôle seulement de l'excitation</p> <p>Courbes d'excitation sexuelle</p>

 <p style="text-align: center;"><b>Éjaculation normale</b></p>	 <p style="text-align: center;"><b>Éjaculation prématurée</b></p> <p>La zone 1 : la zone de l'apparition et de la disparition de l'érection. La zone 2 : la zone de la modulation de l'excitation sexuelle. La zone 3 : la zone de l'imminence éjaculatoire. La zone 4 : la zone de l'éjaculation (a : le réflexe d'émission ou point de non-retour ; b : le réflexe d'expulsion).</p>
 <p style="text-align: center;"><b>Éjaculation normale</b></p>	<p><b>4 – les traitements :</b></p> <p>Pas d'AMM mais efficacité validé par les études(8)</p> <p><b>&amp; les topiques:</b> Lidocaïne – prilocaïne cream (emla) Préservatifs retardant</p> <p><b>&amp; les traitement per os : SSRI</b> Paroxétine, clomipramine, sertraline, fluoxétine, citalopram Bonne efficacité sur les EP primaire Effets indésirables</p> <p><b>&amp; les stratégies psycho-comportementales:</b> Stop start The squeeze technique Masturbation avant le rapport</p>
<p><b>&amp; -La thérapie sexo – fonctionnaliste (6) (7):</b></p> <p>Contrôle de la montée de l'excitation en agissant sur:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Respiration</i></li> <li>- <i>Tension musculaire</i></li> <li>- <i>Mouvement</i></li> <li>- <i>rythme</i></li> </ul> <p>Action sur les niveaux d'excitation: <i>repérage et la modulation des niveaux d'excitabilité</i></p> <p>Action sur la dégénéralisation psychique: <i>prendre de la distance par rapport à l'excitation génitale</i></p> <p>Possibilité d'inclure la femme dans la thérapie</p>	<p><b>5 - les stratégies de Marie Barais (9):</b></p> <p>Identification de <b>6 stratégies de dépistage</b> dans le cadre d'une enquête qualitative pour dépister l'éjaculation précoce.</p> <p>Stratégies utilisées par des MG chez des patients consultant pour <u>motif urologique, sexuel ou psychique.</u></p> <p>Stratégies non validées.</p>

<p><b><u>&amp; 3 stratégies d'attitude:</u></b></p> <p><i>Attention intacte : attention portée au patient jusqu'au dernier moment de la consultation afin de pouvoir laisser le patient s'exprimer à tout moment.</i></p> <p><i>Humour: plaisanter pour ouvrir le sujet</i></p> <p><i>Approche fonctionnaliste dédramatisant la sexualité: « c'est un organe comme un autre qui a ses travers, son mode d'emploi, sa notice de fonctionnement.... »</i></p> <p><b><u>&amp; 3 stratégies d'investigation:</u></b></p> <p><i>Aide à la verbalisation en posant des questions sur le contexte personnel du patient</i></p> <p><i>Questionnement systématique</i></p> <p><i>Évocation de signes que le patient pourrait avoir: « vous avez quand même des signes de dépression, la dépression ça donne une fatigue physique, morale, parfois sexuelle....»</i></p>	<p><b><u>6 - Objectif de l'étude:</u></b></p> <p>Efficacité des stratégies à démontrer via une <u>étude d'intervention</u></p> <p>Pour quel patient ?</p> <p><b><u>À tous les patients &gt; 18 ans consultant pour motifs urologiques,génitaux, sexuels ou psychologiques</u></b></p> <p><b>Recrutement par chaque médecin formé de 10 patients consultant pour motif uro- sexuel, génital ou psychique</b></p>
<p>Références</p> <p>(1) Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States. JAMA 1999; 281:537-44</p> <p>(2) Hartmut Porst, Francesco Montorsi, Raymond C Rosen, Lisa gaynor, Stepha Grupe, Joseph Alexander. The Premature Ejaculation Prevalence and Attitudes (PEPA) Survey: Prevalence, Comorbidities and Professional Help-Seeking, european urology, 2007;51:816-24.</p> <p>(3) McMahon CG, Althof SE, Waldinger MD. An evidence-based definition of Lifelong premature ejaculation: report of the International Society For Secual Medicine(ISSM) ad hoc committee for the definition of premature ejaculation.J Sex Med 2008;5:1590-1606</p> <p>(4) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM IV, ed. 4, text rev, ed. 4.Washington, DC: American Psychiatri Association; 2000.</p> <p>(5) Marcel D. Waldinger. Premature Ejaculation: State of the Art, Urol Clin N Am p 591-599.</p>	<p>(7) Francois de Carufel, l'éjaculation précoce, UCL presses universitaires de Louvain</p> <p>(8) Montague Drogo K, Jarow J, Broderick Gregory A et al, AUA guideline on the pharmacologic Management of premature ejaculation, the journal of Urology, 2004;172,p 290-294</p> <p>(9) Barais M, Cadier S, Chiron B, Barraine P, Nabbe P, Le Reste JY. Ejaculation précoce : stratégies pour aborder le sujet en médecine générale. Exercer 2011;95:10-5</p>

## ANNEXE 7

### LES CAS CLINIQUES DE L'INTERVENTION AUPRES DES MEDECINS DU GROUPE STRATEGIE

*Un patient de 35 ans vient vous consulter pour une demande de sérologie VIH. Vous lui demandez la raison de cette sérologie. Il vous répond que c'est dans le cadre d'un dépistage global pour enlever le préservatif avec sa copine.*

Vous avez été désigné pour mener une étude de terrain dans le cadre d'une recherche sur le dépistage de l'éjaculation prématurée.

Quelles stratégies utiliseriez-vous dans ce cas clinique ?

► Vous pouvez ouvrir directement sur la sexualité :  
*Ca fait longtemps que vous êtes ensemble, pas de problème lors des rapports sexuels, **pas de trouble de l'éjaculation**, ...*

► Stratégie d'investigation

► Questionnement systématique



*Un patient de 45 ans vient vous consulter pour brulures urinaires. Vous suspectez une prostatite et prescrivez un ECBU. Celui-ci revient négatif. Par ailleurs, tout le bilan MST que vous avez réalisé revient négatif et le toucher rectal réalisé ne retrouve pas de douleur.*

Vous reprenez l'interrogatoire.

En fait, il s'agit de brulures urinaires intermittentes, plus souvent en fin de soirée. Il n'y a pas d'hématurie, pas de pollakiurie, pas de dysurie, pas de lésion cutanée, pas d'écoulement urétral. Les urines sont claires. Le patient vous avoue que cela lui était déjà arrivé il y a quelques mois mais avait passé au bout de quelques jours. Il vous certifie qu'il n'a jamais eu de rapports extra conjugaux... et que même au niveau des rapports avec sa femme, ça ne peut pas venir de là ...

Vous commencez à suspecter un autre problème sous jacent à ces brulures urinaires.

Quelles stratégies adopteriez-vous dans le cadre de l'étude ?

► Stratégie d'investigation via un **questionnement systématique** sur un cheval de Troie

*Et sinon, vous n'avez pas de douleur au niveau des rapports sexuels ? Pas de trouble de l'éjaculation ?*



► Autre stratégie possible, **l'évocation des signes** :

*Vous avez certes une fatigue morale, physique, mais la dépression peut créer aussi une fatigue sexuelle... vous pourriez donc très bien avoir des troubles sexuels en rapport avec votre état comme des troubles de l'érection ou de l'éjaculation, ça c'est déjà vu dans la dépression...*



Un homme de 30 ans vient vous voir. Vous êtes la remplaçante de son médecin habituel et il a l'air surpris de vous voir. Il dit que l'on ne l'avait pas prévenu au secrétariat que c'était vous et c'est assez gênant.

Vous lui demandez alors en quoi c'est gênant que ce soit vous. Il vous répond qu'il aurait préféré parler de ça à un homme. C'est tout.

Vous lui demandez s'il veut bien vous en parler à vous et lui dites que vous ferez de votre mieux.

En fait, répond-t-il, c'est assez personnel, ça concerne le sexe et plus particulièrement les rapports sexuels... J'ai quelques soucis en ce moment...

Quelles stratégies utiliseriez-vous dans le cadre de l'étude ?

► **L'attention intacte** : vous attendez posément que le patient se livre à vous en le regardant de toute votre attention et en l'encourageant de votre regard.

► **Le questionnement systématique**

► **L'approche fonctionnaliste** pour dédramatiser la situation : et oui, parfois on a besoin d'une petite révision pour repartir d'aplomb... ou bien de relire la notice d'emploi...

► **L'humour** pour tenter de détendre la situation afin que le patient se livre à vous avec plus de facilité

*Eh oui, quand l'amour vous tient, rien ne va plus... (mais peut être difficile dans cette situation, le patient étant déjà mal à l'aise avec vous)*



Un homme de 30 ans vient. Il est à bout de nerfs, il présente des tremblements des extrémités, des épigastralgies, il ne dort plus et craque devant vous.

*Je n'en peux plus, je ne dors plus depuis 1 semaine, j'angoisse pour un rien, toute mauvaise nouvelle me fait pleurer, je ne mange plus, je suis épuisé, je ne suis pas arrivé à aller bosser ce matin... je ne comprends pas pourquoi je suis comme ça.*

*Ma femme est partie de chez nous, elle veut me quitter, ça n'allait pas trop fort tous deux ces derniers temps, mais jamais je n'aurais pensé que ça me mettrait dans tous ces états.*

Vous diagnostiquez un état de stress secondaire à l'annonce d'une mauvaise nouvelle.

Dans le cadre de l'étude, quelle stratégie allez-vous utiliser pour éliminer un trouble sexuel à l'origine de cette séparation ?

► **L'aide à la verbalisation :**

*Dans votre couple, qu'est ce qui ne fonctionnait pas ?*

► Autre possibilité : **l'attention intacte.**

◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇

Un homme de 45 ans vient vous voir pour une demande de sérologie VIH. Vous lui demandez pourquoi, il vous répond que c'est parce qu'il a fait une bêtise. Vous lui demandez ce qu'il entend par là, il vous répond qu'il a eu une relation extra conjugale mais qu'il a eu tord... Il semble vouloir continuer à parler mais vous regarde et s'arrête.

Quelles stratégies utiliseriez-vous pour inclure ce patient dans l'étude ?

► **L'aide à la verbalisation :**

*Vous voulez m'en dire plus ? Il y a un autre problème ?*

► Autre stratégies possibles :

► **L'attention intacte :** Vous fixez le patient et lui montrez que vous êtes intéressé par ce qu'il a à dire, l'invitant à poursuivre.

► **Le questionnement systématique.**

► **L'évocation des signes.**

◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇

## ANNEXE 8

### LE QUESTIONNAIRE D'INCLUSION DES PATIENTS DU GROUPE STRATEGIE

#### Groupe stratégie

Vérifier que les critères d'inclusion ci-dessous sont respectés :

- sexe masculin ;
- âge > 18 ans ;
- motif uro-génital, sexuel ou psychologique.

**\*Obligatoire**

Prénom du patient \* :

Ejaculation précoce abordée (éjaculation rapide + absence de contrôle+ souffrance) :



Oui



Non

#### Stratégie(s) utilisée(s)

Stratégie(s) utilisée(s) :



Questionnement systématique



Humour



Approche fonctionnaliste



Attention intacte



Évocation de signes



Aide à la verbalisation

Autre(s) stratégie(s) utilisée(s) :

## **ANNEXE 9**

### **LE QUESTIONNAIRE D'INCLUSION DES PATIENTS DU GROUPE TEMOIN**

*Vérifier que les critères d'inclusion suivant sont respectés :*

- sexe masculin ;**
- âge > 18 ans ;**
- motif urogénital, sexuel ou psychologique**

**Prénom du patient :**

**Trouble sexuel abordé :**

Oui   

Non   

**Nature du trouble sexuel abordé :**

## ANNEXE 10

### LE QUESTIONNAIRE D'EVALUATION DES DIFFICULTES ET OBSTACLES RENCONTRES PAR LES MEDECINS DU GROUPE STRATEGIE A L'APPLICATION DES STRATEGIES POUR ABORDER L'EJACULATION PREMATUREE

*Merci avant tout pour votre implication dans cette étude qui s'est terminée le 14 juillet.*

*Afin de mieux cerner les difficultés auxquelles vous avez été confrontés pour l'inclusion des patients, merci de m'accorder quelques minutes pour le remplissage de ce questionnaire.*

Combien avez-vous inclus de patients au final sur les 10 patients demandés (environ) ?

Le dépistage des troubles sexuels est-il une priorité importante à vos yeux ?

OUI  NON

Avez-vous rencontré des difficultés ou des obstacles pour appliquer les stratégies en consultation ?

OUI  NON

Si oui, lesquelles :

- Manque de temps
- Oubli
- Manque d'intérêt
- Gêne pour aborder le sujet de la sexualité face aux patients
- Peu de patients correspondant aux critères d'inclusion
- Autres raisons :

Si Non, comment ont réagi les patients face à vos investigations ?

- plutôt bien dans l'ensemble
- plutôt mal dans l'ensemble

Pensez-vous que l'application des stratégies vous ont permis d'identifier plus de patients souffrant d'éjaculation précoce par rapport à votre pratique quotidienne ?

OUI  NON

Commentaires :

## ANNEXE 11

### LES RESULTATS D'INCLUSION DU GROUPE STRATEGIE

	Prénom	Ejaculation prématurée abordée	Stratégie(s) utilisée(s)
13/05/2011	pierre	non	Questionnement systématique
13/05/2011	andré	non	Questionnement systématique
18/05/2011	michem	<b>oui</b>	Questionnement systématique
30/05/2011	Abdou bacar	non	Questionnement systématique Aide à la verbalisation
30/05/2011	christophe	<b>oui</b>	Questionnement systématique
30/05/2011	gérard	non	Evocation de signes
30/05/2011	Jean philippe	non	Aide à la verbalisation
30/05/2011	brice	non	Attention intacte Aide à la verbalisation
03/06/2011	frédéric	non	Questionnement systématique
08/06/2011	raoul	non	
10/06/2011	Jean jacques	non	Attention intacte
20/06/2011	Jean pierre	Non	Evocation de signes
21/06/2011	Didier	<b>Oui</b>	Evocation de signes
22/06/2011	Antoine	Non	Questionnement systématique
22/06/2011	Charles	Non	Questionnement systématique
22/06/2011	Guy	Non	Questionnement systématique
23/06/2011	Laurent	Non	Evocation de signes
24/06/2011	Jacob	Non	Approche fonctionnaliste
27/06/2011	Joseph marie	<b>oui</b>	Questionnement systématique Attention intacte
06/07/2011	Laurent	<b>oui</b>	Attention intacte Evocation de signes Aide à la verbalisation
06/07/2011	Frédéric	<b>Oui</b>	Approche fonctionnaliste
06/07/2011	Emmanuel	<b>Oui</b>	Approche fonctionnaliste Evocation de signes
06/07/2011	Bernard	<b>Oui</b>	Approche fonctionnaliste Attention intacte
15/07/2011	martial	non	Aide à la verbalisation
15/07/2011	gérard	non	Questionnement systématique
15/07/2011	thierry	non	Questionnement systématique

## ANNEXE 12

### LES RESULTATS D'INCLUSION DU GROUPE TEMOIN

	Prénom	Trouble sexuel abordé	Nature du trouble sexuel évoqué
20/05/2011	Bernard	Oui	Pas d'envie, contexte disthymique et post retraite
24/05/2011	Bruno	Oui	Trouble érectile
24/05/2011	Hans	Oui	Pannes à répétition
25/05/2001	Jean pierre	Oui	Ejaculation rétrograde
25/05/2011	Pierre	Oui	Suivi de troubles érectiles, pas de trouble en ce moment, arrêt du sildenafil
25/05/2011	Georges	Oui	Prostatite chronique sur HBP, sous alpha bloquants, qualité de l'érection moindre
25/05/2011	Jacques	Oui	Dysurie sur HBP, sous alpha bloquant, constate une diminution du nombre d'érections matinales
25/05/2011	Serge	Oui	Absence d'érection et de relation depuis des années suite à un adénocarcinome de la prostate traité par chirurgie et radiothérapie
25/05/2011	Guy	Oui	Diminution des érections et de la satisfaction des masturbations, sous neuroleptique sédatif à forte dose pour psychose chronique stable
26/05/2011	Thierry	Oui	<b>Problème d'érection et d'éjaculation</b>
26/05/2011	Christophe	Non	
26/05/2011	Hubert	Non	
26/05/2011	Patrick	Oui	<b>Problème d'érection et d'éjaculation</b>
06/01/2011	Jean jacques	Non	
01/06/2011	Eric	Non	
01/06/2011	Gérard	Non	
01/06/2011	Francis	Non	
01/06/2011	Patrick	Oui	Patient sous cialis, réévaluation de l'efficacité du traitement, bonne qualité de l'érection
01/06/2011	Mohamed	Oui	Trouble de l'érection sur HBP
01/06/2011	Philippe	Non	
03/06/2011	Philippe	Oui	Douleur à l'éjaculation
03/06/2011	Aguer	Non	

05/06/2011	Robert	Oui	Qualité de l'érection
05/06/2011	Robert	Non	
05/06/2011	Hervé	Oui	Baisse de la fonction érectile
06/06/2011	Druetto	Oui	S'inquiète des conséquences sexuelles possibles d'une prostatite
07/06/2011	Cyril	Oui	Trouble érectile
08/06/2011	Alain	Non	
08/06/2011	José	Non	
18/06/2011	Mohamed	Oui	Impuissance
20/06/2011	Stefano	Non	
21/06/2011	Casalta	Oui	Impuissance
21/06/2011	Vilches	Oui	Tendance homosexuelle
21/06/2011	Henri	Oui	Trouble érectile
23/06/2011	Francis	Non	
23/06/2011	Emmanuel	Non	
23/06/2011	Charles	Oui	impuissance
24/06/2011	Christian	Oui	Impuissance
24/06/2011	Henri	Non	Reprise d'une activité sexuelle à 59 ans
27/06/2011	Yves	Oui	impuissance
27/06/2011	Francis	Non	
27/06/2011	Joseph	Non	
27/06/2011	Jean	Oui	Erection difficile
27/06/2011	Gérard	Non	
27/06/2011	Guy	Non	
27/06/2011	Bernard	Oui	<b>Ejaculation précoce</b>
27/06/2011	Pierre	Non	
27/06/2011	Jean	Non	
27/06/2011	Baillon	Oui	Erection insuffisante
28/06/2011	Christian	Non	
29/06/2011	Christian	Non	
29/06/2011	Guellil	Oui	<b>Ejaculation précoce puis difficulté à obtenir une érection satisfaisante par la suite, demande de traitement</b>
01/07/2011	Arnaud	Non	
04/07/2011	André	Oui	Trouble érectile post AVP
04/07/2011	Christian	Oui	Trouble érectile
04/07/2011	Jean claude	Oui	Trouble érectile post prostatectomie totale
08/07/2011	Xavier	Non	
09/07/2011	Jean pierre	Non	
09/07/2011	Jean pascal	non	
10/07/2011	Rétrospectif, suivi de PSA	Non	
10/07/2011	Rétrospectif, hypochondriaque, anxiété	Non	
10/07/2011	Rétrospectif, dépressif	Oui	Pas d'envie

10/07/2011	Rétrospectif, RO pour le diabète, vient avec sa femme qui évoque des troubles sexuels	Oui	Pb ancien et récurrent, ont déjà consulté un sexologue, oubli de précision du trouble en question
10/07/2011	Rétrospectif, motif psychologique	Non	
10/07/2011	Rétrospectif, colique néphrétique	Non	
10/07/2011	Rétrospectif, prostatite	Non	
10/07/2011	Rétrospectif, HBP	Non	
10/07/2011	Rétrospectif, RO cialis	Oui	Satisfaction de la qualité de l'érection
10/07/2011	Rétrospectif, balanite	Oui	Inquiétude sur l'impact des rapports sexuels
10/07/2011	Rétrospectif, suivi de PSA	non	

## **INDEX:**

**APA:** American Psychiatric Association

**DSM:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

**CIM / ICD:** Classification Internationale des Maladies / International Classification Disorders

**OMS:** Organisation Mondiale de la Santé

**EBM:** Evidence Based Medicine

**ISSM:** International Society of Sexual Medicine

**IELT:** Intravaginal Ejaculatory latency Time

**PEP:** Premature Ejaculation Profile

**PROs:** Patient Related Outcomes

**BMSFI:** Brief Male Sexual Function Inventory

**AMM:** Autorisation de Mise sur le Marché

**ISRS:** Inhibiteur de la Recapture de la sérotonine

**AUA:** American Urological Association

**CIFRES:** Centre International de Formation et de Recherche en Sexualité

**DREES:** Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

## **RESUME :**

### Introduction :

L'éjaculation prématurée est considérée comme le trouble sexuel masculin le plus fréquent ; sa prévalence varie de 5 à 30 % dans la population selon les études et les définitions utilisées.

Le médecin généraliste est considéré par bon nombre de patients comme un interlocuteur privilégié pour aborder ce sujet ; cependant peu de patients abordent le sujet en pratique courante.

De plus, il n'existe aucune donnée sur le nombre de patients souffrant d'éjaculation prématurée et pris en charge en médecine générale.

Six stratégies pour aborder l'éjaculation prématurée ont été récemment mises en évidence via une étude qualitative, à l'aide d'entretiens semi-dirigés réalisés auprès de médecins généralistes ayant adressé des patients à un sexologue pour prise en charge du trouble sexuel.

Objectif : détermination d'une prévalence de patients souffrant d'éjaculation prématurée et pris en charge en médecine générale avec et sans l'utilisation des stratégies.

Méthode : étude préliminaire quantitative descriptive de 2 groupes de médecins, le groupe témoin et le groupe stratégie.

Résultats : 30,77 % des patients du groupe stratégie ont abordé le problème de l'éjaculation prématurée en consultation, contre 6,56 % dans le groupe témoin.

Conclusion : cette étude a permis d'estimer la proportion de patients évoquant un problème d'éjaculation prématurée en pratique courante de médecine générale et lorsque le médecin utilisait des stratégies spécifiques. Cette proportion a été multipliée par plus de 4.

Un protocole de recherche pour la validation de ces stratégies a été rédigé en tenant compte de ces données chiffrées.

Mots clés : éjaculation prématurée, stratégies, médecine générale

Titre en anglais : strategies to broach premature ejaculation in general practice: a pilot study

Key words : premature ejaculation, strategies, general practice



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

