



DR ARNAUD ZELER

Éjaculation prématurée

Le guide complet pour comprendre et guérir

DIAGNOSTIC, TRAITEMENTS
ET RÉÉDUCATION SEXUELLE

Médecin sexologue

Avant-propos

Il existe des motifs de consultation que l'on annonce dès le seuil du cabinet. L'éjaculation précoce appartient rarement à ceux-là. Elle apparaît plutôt au terme d'une hésitation, parfois lorsque le rendez-vous semble déjà fini : quelques mots longtemps retenus, une gêne dans le regard, puis le récit de rapports trop brefs et d'une éjaculation devenue impossible à différer.

La question tient en peu de mots, tandis que ce qu'elle charrie occupe souvent une place immense. Avec les mois ou les années sont venus la crainte de décevoir, l'impression de ne plus pouvoir faire confiance à son propre corps, les stratégies destinées à éviter une nouvelle déconvenue. Certains hommes accélèrent encore, comme pour en finir avec l'épreuve qu'est devenu le rapport sexuel. D'autres s'éloignent de toute intimité, renoncent à une rencontre ou laissent leur désir s'émousser. Les partenaires, de leur côté, cherchent une explication et finissent parfois par se demander s'ils sont encore désirés.

Depuis des années, je reçois des hommes qui ont lu des conseils, essayé de se distraire pendant l'amour, serré les dents, contracté leur périnée, changé de position, utilisé une crème ou suivi des exercices dont personne ne leur avait vraiment expliqué le sens. Beaucoup connaissent déjà des fragments de la solution. Une compréhension assez claire leur permettrait de remettre chaque élément à sa place et de savoir, enfin, par où commencer.

Ce livre est né de ces consultations. J'ai voulu y rassembler ce que la médecine sait de l'éjaculation précoce, ce que l'expérience clinique apprend au contact des patients et ce que les meilleures sexothérapies proposent de réellement utilisable. Le trouble y est expliqué sans détour, les traitements sont présentés avec leurs indications et leurs limites, puis un parcours de rééducation rend progressivement à la sexualité ce que la peur de l'éjaculation lui a retiré : du temps, de la liberté et du plaisir.

Pourquoi parler de guérison ?

J'ai choisi le mot « guérir » en connaissance de cause. Il peut sembler trop affirmatif pour un trouble dont les mécanismes et les formes sont multiples. Pourtant, quelques minutes gagnées répondraient imparfaitement à ce que demandent les patients. Ils souhaitent différer l'éjaculation, cesser d'entrer dans chaque rapport avec la peur de son dénouement, comprendre ce qui se passe

dans leur corps, retrouver une marge de choix et pouvoir à nouveau se laisser surprendre par leur propre sexualité.

La guérison prend donc plusieurs visages. Chez certains hommes, l'éjaculation devient nettement plus tardive et le contrôle suffisamment stable pour que la difficulté disparaisse de la vie quotidienne. Chez d'autres, une évolution plus modeste du délai s'accompagne de signes mieux perçus, de possibilités de ralentir plus nombreuses et d'un effacement de la souffrance. Une amélioration profonde peut aussi nécessiter le traitement d'un trouble de l'érection, d'une maladie, d'une anxiété envahissante ou d'une difficulté relationnelle qui entretenait l'éjaculation précoce.

Cette diversité impose de poser le bon diagnostic avant de choisir les moyens. Une méthode efficace pour un homme qui a toujours éjaculé très rapidement répondra rarement à une difficulté apparue après plusieurs années de sexualité satisfaisante. De même, demander de multiplier les pauses à celui qui perd son érection dès que la stimulation diminue risque d'aggraver le cercle dans lequel il se trouve. La compréhension de la situation clinique constitue déjà la première étape du traitement.

À qui ce livre peut-il servir ?

Certains lecteurs ouvriront ce guide sans savoir si le terme d'éjaculation précoce correspond vraiment à ce qu'ils vivent. Ils y trouveront les repères qui permettent de distinguer un épisode occasionnel, une durée simplement différente de celle que l'on imaginait et un trouble qui mérite une consultation. D'autres auront déjà reçu un diagnostic et chercheront à mieux comprendre un médicament, une proposition de sexothérapie ou les exercices conseillés par leur médecin. Les partenaires pourront, eux aussi, suivre le raisonnement, mesurer ce qui se joue au-delà du chronomètre et trouver la place qu'ils souhaitent prendre sans devenir responsables du traitement.

Le livre parle des personnes qui éjaculent à partir d'un pénis, sans déduire de leur anatomie leur orientation sexuelle, leur identité de genre, leurs pratiques ni la nature de leurs relations. Construits autour de la pénétration vaginale, les critères historiques de l'éjaculation précoce ne décrivent qu'une partie des sexualités. La masturbation, le sexe oral, la pénétration anale, la place insertive ou réceptive et les changements de pratique seront donc considérés dans leur singularité.

Le diagnostic relève d'une évaluation médicale. La lecture peut préparer cette consultation et la rendre plus féconde : les mots viennent plus facilement, les questions sont mieux ordonnées et les choix thérapeutiques deviennent compréhensibles. Lorsqu'un médecin a déjà évalué la situation, le guide prolonge ses explications et donne à la rééducation une continuité difficile à assurer pendant le temps d'une consultation.

Comment avancer dans le livre ?

Les premières parties donnent les repères nécessaires pour comprendre la rapidité éjaculatoire, reconnaître les différentes formes du trouble et repérer ce qui peut le compliquer. Une place particulière est accordée au trouble de l'érection, dont l'association avec l'éjaculation précoce est fréquente et change profondément la manière de traiter. Viennent ensuite les médicaments, les approches sexothérapeutiques et les stratégies combinées, avant le parcours de rééducation proprement dit.

Ce parcours commence au chapitre 20. Les cinq modules forment une progression : observer la montée de l'excitation, reconnaître les tensions qui l'accompagnent, apprendre à moduler la stimulation, transférer ces compétences dans une sexualité partagée, puis les consolider jusqu'à ce qu'elles cessent d'occuper toute l'attention. Chaque étape prépare la suivante et donne leur sens aux exercices.

Le lecteur encore sans diagnostic gagnera à parcourir au moins les chapitres consacrés à la définition, aux formes cliniques, au trouble de l'érection et au bilan initial avant de commencer la rééducation. Celui dont le diagnostic a déjà été posé pourra rejoindre plus vite les chapitres correspondant au traitement choisi, sans négliger le bilan du chapitre 20. Quant au ou à la partenaire, les chapitres sur le retentissement, l'érection, la vie relationnelle et le transfert des exercices fourniront une première lecture cohérente.

Le cahier intégré au livre sert à noter ce que la mémoire reconstruit mal : la manière dont l'excitation s'est élevée, les premiers signes perçus, ce qui a permis de ralentir, la stabilité de l'érection et les changements observés au fil des semaines. Ces relevés éclairent l'apprentissage sans transformer chaque rapport en examen ; ils s'effaceront lorsque les nouvelles compétences seront devenues familières.

Avant de commencer les exercices

Une éjaculation précoce apparue après une période de fonctionnement satisfaisant mérite une évaluation orientée, car un changement récent peut accompagner un trouble de l'érection, une douleur, des symptômes génitaux ou urinaires, une maladie, une modification de traitement, une souffrance psychique ou une difficulté relationnelle. La même prudence s'impose devant un écoulement, des brûlures urinaires, du sang dans le sperme ou les urines, une réactivation traumatique ou une altération nette de l'état général.

Une douleur très vive et brutale d'un testicule, une impossibilité soudaine d'uriner, un malaise grave ou un danger immédiat relèvent des urgences. En France, il faut appeler le 15 ou le 112. En présence d'idées suicidaires, le 3114 répond gratuitement vingt-quatre heures sur vingt-quatre et sept jours sur sept ; le 15 ou le 112 demeure indiqué lorsque le danger est immédiat.

Les mots et les sources

L'expression « éjaculation précoce » reste la plus familière au grand public. Les recommandations médicales emploient désormais « éjaculation précoce », traduction du terme international premature ejaculation. Ce livre retiendra cette expression.

Le socle médical repose sur les recommandations européennes mises à jour en 2026, les recommandations françaises de l'AIUS et de l'AFU publiées en 2023, les résumés réglementaires des médicaments et les synthèses scientifiques récentes. L'étude de plusieurs programmes sexothérapeutiques francophones a nourri l'organisation pédagogique du parcours. Le niveau de preuve, lui, demeure celui des références scientifiques et réglementaires. Lorsque l'histoire, l'expérience clinique ou une hypothèse d'auteur prennent le relais des données établies, leur statut sera clairement indiqué.

Sommaire

I Comprendre avant de traiter

1	Quand la rapidité éjaculatoire pouvait être valorisée	9
2	Combien de temps un rapport sexuel devrait-il durer ?	13
3	Reconnaître une éjaculation précoce	17
4	Ce qui se passe dans le corps au moment d'éjaculer	21
5	Apprendre à lire la montée de l'excitation	25

II Comprendre la situation clinique

6	Une même plainte, quatre histoires différentes	30
7	Pourquoi éjacule-t-on trop vite ?	34
8	Quand quelques secondes finissent par envahir toute la sexualité	38
9	Éjaculation précoce et difficulté d'érection : le cercle à dénouer	42
10	Lorsqu'une éjaculation précoce apparaît soudainement	46
11	Ce que l'anxiété, la dépression ou un traumatisme peuvent changer	50
12	Parler d'éjaculation précoce chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	53
13	La place du ou de la partenaire	56

III Choisir les traitements

14	À quoi reconnaît-on qu'un traitement fonctionne ?	60
15	Les deux médicaments autorisés en France	63
16	Les traitements hors autorisation et ceux qu'il vaut mieux écarter	67
17	Ce que travaille réellement une sexothérapie	71
18	Respirer, relâcher et retrouver un bassin mobile	75
19	Construire une stratégie thérapeutique combinée	78

IV De la compréhension au réapprentissage

20	Avant de commencer : construire son parcours	82
21	Module 1 : retrouver ce qui se passe avant qu'il soit trop tard	87
22	Module 2 : délier le souffle, le périnée et le bassin	91
23	Module 3 : ralentir avant le point de non-retour	95
24	Module 4 : retrouver la modulation dans une sexualité partagée	99
25	Module 5 : faire disparaître peu à peu le programme de la sexualité	103

V Lorsque le parcours demande à être ajusté

26	Quand les progrès tardent	108
27	Trouver le professionnel qui correspond au besoin	113
28	Après la rééducation : retrouver confiance dans les variations	118

I

Comprendre avant de traiter

CHAPITRE 1

Quand la rapidité éjaculatoire pouvait être valorisée

Dans une chambre du XX^e siècle, quelques secondes peuvent suffire à faire naître l'idée d'un échec. Ailleurs, autrefois, ces mêmes secondes n'auraient peut-être appelé ni jugement ni diagnostic. La médecine ne disposait pas du mot « éjaculation précoce », les rapports sexuels n'étaient pas évalués à l'aide d'un chronomètre et le plaisir de la partenaire n'occupait pas la place qu'il a progressivement acquise dans les représentations occidentales de la sexualité.

Ce déplacement du regard mérite que l'on s'y arrête. La souffrance de celui qui vit un trouble sexuel est bien réelle. Les mots choisis pour le décrire, les qualités attendues d'un homme et la durée supposée convenable d'un rapport déterminent cependant une part de la manière dont cette souffrance se forme. L'histoire desserre déjà l'étau de la honte.

Avant que la montre n'entre dans la chambre

Pendant des siècles, la rapidité d'une éjaculation a été interprétée à partir d'autres préoccupations : la fécondité, la vigueur prêtée au sperme, la capacité de l'homme à engendrer, les rapports de pouvoir entre les sexes ou la méfiance religieuse à l'égard du plaisir. Dans certains récits, la promptitude pouvait témoigner d'un désir puissant et d'une virilité ardente, tandis qu'une éjaculation tardive risquait de faire soupçonner la faiblesse, l'impuissance ou l'absence d'intérêt. D'autres traditions valorisaient la maîtrise et la retenue.

La Chine ancienne offre l'exemple le mieux documenté de cette seconde conception. Plusieurs textes érotiques recommandaient à l'homme de différer l'éjaculation et, parfois, de conserver sa semence. Les explications énergétiques qui accompagnaient ces préceptes appartiennent à leur temps et ne décrivent en rien la physiologie moderne. Elles rappellent néanmoins qu'il n'a jamais existé une règle universelle selon laquelle tous les peuples auraient admiré la rapidité.

Idéaliser le passé serait aussi imprudent que de lui appliquer nos critères actuels. L'expérience d'une éjaculation très rapide s'inscrivait alors dans d'autres catégories et recevait d'autres interprétations. Le temps de la pénétration n'était pas encore devenu l'un des grands étalons de la réussite sexuelle masculine.

Comment la rapidité est devenue un diagnostic

Les premières descriptions médicales modernes d'une éjaculation jugée anormalement rapide apparaissent à la fin du XIXe siècle et au début du XXe. En 1917, Karl Abraham emploie l'expression latine *ejaculatio praecox*. La psychanalyse naissante cherche alors l'origine du trouble dans les conflits inconscients, l'hostilité envers les femmes ou l'immaturité psychique. Plus tard viendront les modèles comportementaux, centrés sur l'apprentissage, puis les recherches neurobiologiques consacrées notamment à la sérotonine et au contrôle du réflexe éjaculatoire.

Chacun de ces modèles a éclairé une partie du phénomène et s'est égaré lorsqu'il a prétendu fournir une explication unique. L'immaturité, l'apprentissage sexuel, la sensibilité pénienne ou la transmission neurochimique échouent, pris isolément, à décrire l'ensemble des hommes concernés. L'éjaculation précoce recouvre plusieurs formes, plusieurs trajectoires et probablement plusieurs mécanismes qui peuvent se mêler chez une même personne.

Sa médicalisation accompagne, par ailleurs, une transformation plus large de la sexualité. À mesure que le plaisir partagé devenait une aspiration légitime, que la pénétration se chargeait d'une valeur symbolique considérable et que l'homme était sommé d'en maîtriser le début, la durée et la fin, l'éjaculation rapide cessait d'être une simple variation. Elle devenait une défaillance possible de la performance masculine.

Ce changement a eu une vertu : des hommes qui souffraient en silence ont pu nommer leur difficulté et demander des soins. Il a aussi produit un excès, celui de confondre une durée courte avec une maladie. Les définitions contemporaines tentent précisément d'éviter cette confusion. Le diagnostic associe un délai inhabituellement bref ou réduit, une faible possibilité de retarder l'éjaculation, la répétition du phénomène et un retentissement personnel ou relationnel. Une montre, à elle seule, ne pose aucun diagnostic.

L'histoire évolutive que j'aime raconter

En 1984, le sociologue Lee K. Hong a proposé une hypothèse aussi simple que séduisante. Dans un environnement où plusieurs mâles se disputaient l'accès à une femelle, celui qui éjaculait rapidement aurait réduit le risque d'être interrompu, repoussé ou agressé avant d'avoir transmis ses gènes. De génération en génération, la sélection naturelle aurait ainsi pu favoriser les hommes capables d'éjaculer sous l'effet d'une excitation forte et dans un contexte de pression.

J'aime cette histoire parce qu'elle renverse, l'espace d'un instant, le regard porté sur le symptôme. L'homme qui se croit défaillant peut y reconnaître l'exagération contemporaine d'une aptitude autrefois avantageuse : répondre vite lorsque l'enjeu, l'excitation ou le danger augmentent. L'observation clinique lui donne une résonance familière. Beaucoup d'hommes constatent qu'ils éjaculent plus rapidement lorsqu'ils se sentent pressés, très excités ou anxieux, alors qu'un contexte détendu leur laisse davantage de marge.

Cette cohérence donne au récit sa plausibilité. Son statut demeure celui d'une hypothèse. Personne n'observait les populations préhistoriques avec une définition clinique, un chronomètre et un protocole de recherche. Les travaux modernes sur la compétition spermatique décrivent certains ajustements sexuels liés au contexte. Ils laissent toutefois sans réponse la question d'une sélection de l'éjaculation prématuration humaine comme avantage reproductif. Ils ne permettent pas davantage d'attribuer une origine héréditaire à chaque cas ni d'en déduire sa persistance.

Cette hypothèse garde une valeur clinique et humaine. Un réflexe ancien, automatique et sensible à la pression ne révèle aucune faute de caractère. L'apprentissage, le soin et un environnement différent peuvent aujourd'hui moduler ce que l'évolution aurait éventuellement favorisé. La préhistoire offre ainsi une autre manière de raconter ce corps qui va trop vite.

Ce que cette histoire change pour le traitement

Les normes sexuelles participent à la manière dont chacun interprète son corps. La souffrance, elle, peut envahir très concrètement la vie sexuelle. Certains hommes subissent une éjaculation presque immédiate, évitent les rapports, redoutent une nouvelle relation et perdent confiance en eux. Réduire leur

difficulté à une construction sociale les abandonnerait au moment même où un traitement peut les aider.

Deux fils devront donc rester noués tout au long du livre. Le premier concerne le trouble clinique, ses mécanismes et les moyens de rendre l'éjaculation plus modulable. Le second conduit vers les exigences ajoutées par la comparaison, le modèle de la pénétration interminable et l'obligation de satisfaire l'autre par la seule durée. Traiter l'éjaculation précoce, c'est travailler sur les deux : redonner une marge de contrôle au corps et retirer au chronomètre le pouvoir exorbitant qu'il a parfois acquis.

L'essentiel

- La rapidité éjaculatoire n'a pas reçu la même signification selon les époques et les cultures.
- Certaines représentations anciennes valorisaient la promptitude ; d'autres recherchaient déjà la maîtrise de l'éjaculation.
- Le diagnostic médical s'est construit progressivement depuis la fin du XIXe siècle.
- L'avantage reproductif d'une éjaculation rapide constitue une hypothèse plausible, que les données disponibles ne permettent pas de démontrer.
- Comprendre l'histoire du trouble réduit la honte sans nier la souffrance ni la nécessité du traitement.

Références principales

Kempeneers P, Andrianne R. L'éjaculation précoce : une perspective socio-historique. Sexualités Humaines. 2016.

Hong LK. Survival of the fastest: On the origin of premature ejaculation. Journal of Sex Research. 1984.

McMahon CG. Ejaculatory dysfunction: the evolution of a new understanding. Translational Andrology and Urology. 2016.

Karamanou M et coll. Techniques de contrôle de l'éjaculation dans l'ancienne Chine. Andrologie. 2010.

CHAPITRE 2

Combien de temps un rapport sexuel devrait-il durer ?

Cette question revient sans cesse dans les consultations, les magazines et les recherches sur Internet. Elle semble appeler une réponse nette, exprimée en minutes, qui séparerait les hommes « normaux » de ceux qui ne tiendraient pas assez longtemps. Le chronomètre promet de dissiper le doute ; il le déplace souvent, car la mesure additionne des expériences qui n'ont parfois presque rien en commun.

À quel instant faudrait-il déclencher la montre ? Au premier geste sexuel, au début de la stimulation du pénis, lors de la pénétration ou au moment où l'excitation devient difficile à contenir ? Et quand l'arrêter ? À l'éjaculation, à l'orgasme du ou de la partenaire, à la fin de la pénétration ou lorsque s'achève l'ensemble de la rencontre ? Avant même de parler de durée, encore faut-il savoir ce que l'on mesure.

Ce que les études chronomètrent réellement

Pour comparer des groupes et évaluer des traitements, les chercheurs utilisent souvent le délai éjaculatoire intravaginal. Il correspond au temps écoulé entre le début d'une pénétration vaginale et l'éjaculation. Ce repère possède une utilité scientifique incontestable : une définition commune rend les comparaisons possibles. Son champ se limite toutefois à un fragment de la sexualité. Les caresses, la masturbation, le sexe oral, la pénétration anale, les interruptions et tout ce qui peut suivre l'éjaculation restent hors de la mesure.

Le chiffre obtenu change également de sens selon la manière dont il est vécu. Deux hommes peuvent éjaculer après un délai voisin et raconter des expériences opposées. Le premier sent l'excitation progresser, sait qu'il pourrait ralentir et ne souffre aucunement de cette durée. Le second ne perçoit presque rien avant l'imminence, subit l'éjaculation à chaque rapport et entre dans la sexualité avec la certitude d'échouer. Leurs montres indiquent peut-être la même chose ; leurs situations cliniques, elles, ne se ressemblent pas.

Ce que mesure un seuil diagnostique

Dans les études portant sur l'éjaculation précoce présente depuis les premiers rapports, la définition internationale retient une éjaculation qui survient toujours ou presque toujours avant la pénétration ou dans la minute environ qui la suit. Pour la forme acquise, elle décrit une réduction gênante et cliniquement significative du délai antérieur, souvent jusqu'à trois minutes environ ou moins.

Ces valeurs servent à reconnaître un tableau clinique. La durée d'un rapport satisfaisant et l'objectif d'une rééducation restent propres à chaque personne. Une minute constitue un repère de recherche dont la signification dépend des autres dimensions du diagnostic.

Le changement obtenu par le traitement comporte plusieurs dimensions. Passer de trente secondes à trois minutes peut bouleverser la vie sexuelle d'un couple ; ailleurs, le même gain paraîtra insuffisant. Un homme peut aussi connaître une amélioration décisive parce qu'il perçoit enfin la montée, sait comment ralentir et se sent moins emporté, malgré une différence modeste au chronomètre. Plusieurs minutes gagnées au prix d'une anesthésie excessive, d'une érection instable ou d'une surveillance de chaque sensation peuvent, de leur côté, altérer la qualité de la sexualité.

L'idéal contemporain de maîtrise

L'importance contemporaine accordée à la durée s'inscrit dans un scénario sexuel qui attribue souvent à l'homme la responsabilité de l'érection, du rythme, de la pénétration et du moment de l'éjaculation. Il devrait désirer au bon instant, rester rigide aussi longtemps que nécessaire, deviner ce qui procure du plaisir à l'autre et attendre d'avoir rempli cette mission pour jouir. Plusieurs fonctions distinctes se trouvent ainsi rassemblées sous une même obligation de performance.

Dans ce modèle, l'orgasme du ou de la partenaire devient parfois la preuve qui acquitte l'homme, tandis qu'une éjaculation rapide le condamne. Une telle équation méconnaît la diversité des plaisirs, des corps et des pratiques. La satisfaction sexuelle se construit à partir du désir, de l'excitation, du confort, du consentement, des préférences et de la qualité de la rencontre. Une activité

prolongée peut être douloureuse ou ennuyeuse. Après une pénétration brève, le plaisir et la rencontre sexuelle peuvent se poursuivre autrement.

Cette diversité coexiste avec des formes cliniques qui méritent un traitement. Lorsqu'un homme éjacule presque toujours avant le moment qu'il souhaite, n'aperçoit aucune possibilité de ralentir et en souffre, le soin cherche à lui rendre une marge de modulation tout en desserrant l'exigence d'une endurance sans fin.

Mesurer ce qui éclaire le diagnostic

Une estimation du délai aide à poser le diagnostic et à suivre l'évolution. Elle peut prendre une forme simple : « avant la pénétration », « pendant la première minute », « après quelques minutes » ou « très variable selon la pratique ». Dans la plupart des consultations, cette précision suffit. Le chronométrage systématique de chaque rapport transforme facilement la rencontre sexuelle en épreuve et entretient l'attention anxieuse portée aux secondes qui passent.

Le cahier de rééducation accordera donc autant de place à d'autres repères : l'apparition des premiers signes, la possibilité de faire réellement redescendre l'excitation, la stabilité de l'érection, la sensation de choix, la satisfaction et l'envie de recommencer. Le délai sera noté lorsqu'il répond à une question clinique, puis remis à sa juste place.

Ce déplacement est capital. La liberté sexuelle réapparaît lorsque le temps cesse d'occuper toute la pensée.

L'essentiel

- Le délai éjaculatoire intravaginal mesure la période comprise entre le début d'une pénétration vaginale et l'éjaculation.
- Les seuils des recommandations ne fixent aucune durée idéale.
- Le contrôle perçu, la répétition, la souffrance et le retentissement donnent au délai sa signification clinique.
- Le plaisir partagé dépend de multiples dimensions propres aux personnes et à la rencontre.
- Mesurer peut aider à comprendre. Se chronométrer sans cesse entretient parfois le trouble que l'on cherche à traiter.

Références principales

European Association of Urology. Disorders of Ejaculation. 2026.

ÉJACULATION PRÉMATURÉE

Serefoglu EC et coll. An evidence-based unified definition of lifelong and acquired premature ejaculation. Sexual Medicine. 2014.

Kempeneers P, Andrianne R. L'éjaculation précoce : une perspective socio-historique. 2016.

CHAPITRE 3

Reconnaître une éjaculation précoce

« J'éjacule trop vite » exprime une plainte, parfois une souffrance. Le diagnostic demande ensuite d'en préciser la réalité : une éjaculation presque immédiate depuis les premières expériences, un changement récent après des années sans difficulté, une rapidité limitée à certaines pratiques ou encore un délai objectivement long qui ne correspond pas aux attentes de l'homme ou de son partenaire.

La médecine doit préserver cette diversité au lieu de la faire entrer de force dans une définition trop étroite. Elle recherche quatre dimensions qui, réunies, dessinent l'éjaculation précoce : un délai trop bref ou raccourci, une faible possibilité de retarder l'éjaculation, la répétition du phénomène et le retentissement qu'il entraîne.

Le temps, replacé dans son contexte

Le délai désigne la période qui sépare le début d'une activité sexuelle clairement définie de l'éjaculation. En consultation, une estimation suffit le plus souvent. L'homme peut dire que l'éjaculation survient avant la pénétration, au cours de la première minute, après quelques minutes ou seulement dans une pratique particulière. Lui demander de chronométrer chacun de ses rapports apporterait rarement une information assez utile pour justifier la pression supplémentaire.

Un nombre isolé n'acquiert de sens qu'à la lumière de l'histoire. Une minute vécue sereinement par un homme qui pourrait ralentir n'a pas la même valeur clinique qu'une minute subie, presque identique à chaque rapport, après laquelle restent la honte et l'envie de ne plus recommencer.

La marge de choix

Le contrôle perçu désigne une possibilité concrète et réaliste : sentir que l'excitation progresse, disposer encore d'une action efficace et pouvoir différer

l'éjaculation lorsque cela est souhaité. Cette marge de choix s'exerce sur le déroulement de l'excitation, avec les limites propres à un réflexe physiologique.

Certains hommes décrivent une montée dont ils reconnaissent les étapes et qu'ils savent infléchir. D'autres ont l'impression de passer sans transition du plaisir au point de non-retour. L'absence de marge donne alors à la rapidité son caractère pénible et répétitif, même lorsque le chiffre paraît moins spectaculaire.

La répétition

La sexualité varie. Une longue abstinence, une rencontre très attendue, une excitation inhabituelle, la fatigue, la peur d'être surpris ou un nouveau contexte peuvent raccourcir ponctuellement le délai. Le diagnostic repose sur la répétition du phénomène. Un épisode isolé, même décevant, appartient aux variations ordinaires de la sexualité.

Le diagnostic suppose que la difficulté se répète assez souvent pour devenir une manière habituelle de fonctionner. Cette répétition doit toujours être rapportée à la pratique concernée. Un homme peut, par exemple, se sentir libre pendant la masturbation et perdre presque toute possibilité de modulation lors d'une pénétration. Un autre ne rencontrera la difficulté que dans un rôle insertif précis. Ces différences orientent déjà le traitement.

La souffrance et ses conséquences

La rapidité devient un trouble clinique lorsqu'elle pèse réellement sur la vie sexuelle ou affective. Elle peut provoquer frustration, honte, perte de confiance, évitement des rapports, difficulté à rencontrer un nouveau partenaire ou tensions dans le couple. Certains hommes continuent à avoir des rapports tout en surveillant chaque sensation ; d'autres cessent peu à peu de les rechercher.

Le vécu de l'homme et celui du ou de la partenaire sont évalués séparément. Une personne peut souffrir profondément alors que l'autre se dit satisfaite. L'insatisfaction du partenaire prend également place dans l'entretien, parmi les autres éléments qui donnent à une durée courte sa signification clinique. La consultation écoute ainsi les deux vécus sans confondre leurs places.

Les questions qui font apparaître le diagnostic

Un entretien bien conduit précise progressivement l'histoire sexuelle. Depuis quand la difficulté existe-t-elle ? Était-elle déjà présente lors des premières expériences ou a-t-elle succédé à une période satisfaisante ? Concerne-t-elle toutes les situations ? À quel moment l'éjaculation survient-elle, et quels signes la précèdent ? Une diminution de la stimulation permet-elle encore de ralentir ? Que se passe-t-il alors pour l'érection, le plaisir et la relation ?

Quelques questions médicales complètent nécessairement ce récit. Une douleur, des symptômes urinaires ou génitaux, une modification de traitement, une maladie récente ou une baisse de rigidité peuvent transformer l'évaluation. La phrase « c'est toujours trop vite » exprime parfaitement la plainte ; pour choisir le soin, il faut encore comprendre ce que recouvre ce « toujours ».

Des questionnaires comme le Premature Ejaculation Diagnostic Tool peuvent aider à structurer l'entretien. L'histoire sexuelle et l'examen du contexte leur donnent leur signification. Leur portée devient particulièrement limitée lorsque la sexualité s'écarte du scénario pénovaginal pour lequel ils ont été conçus.

Une formulation simple à retenir

Une éjaculation prématuurée est probable lorsque l'éjaculation survient régulièrement plus tôt que souhaité dans une pratique définie, que la possibilité de la retarder paraît faible, que le phénomène se répète et qu'il entraîne une souffrance ou des conséquences sexuelles ou relationnelles.

Cette première définition doit ensuite être précisée. Une difficulté apparue récemment appelle la recherche d'un changement médical, sexuel ou relationnel. Une baisse de rigidité conduit à examiner en priorité la fonction érectile. Une forme ancienne, déjà évaluée, permet d'aborder plus directement les traitements et la rééducation. Le chapitre 6 distinguera les quatre grands tableaux cliniques.

Fiche de repérage

Cocher ce qui correspond à la situation actuelle.

- ☐ L'éjaculation survient régulièrement plus tôt que souhaité.
- ☐ La marge de modulation paraît faible ou absente.

- ☐ La difficulté se répète dans une ou plusieurs pratiques identifiées.
- ☐ Elle provoque une souffrance, un évitement ou un retentissement relationnel.
- ☐ Elle existe depuis les premiers rapports.
- ☐ Elle est apparue après une période de fonctionnement satisfaisant.
- ☐ Une baisse de rigidité survient avant l'éjaculation.
- ☐ Une douleur, un symptôme urinaire ou génital, un changement de santé ou de traitement est associé.

Les quatre premières réponses réunies font évoquer une éjaculation précoce. L'une des quatre suivantes modifie le parcours et sera reprise dans les chapitres 6, 9 ou 10.

Références principales

European Association of Urology. Disorders of Ejaculation. 2026.

AIUS et AFU. Recommandations pour le traitement de l'éjaculation précoce. 2023.

Serefoglu EC et coll. Définition unifiée des formes présente depuis les premiers rapports et acquise. 2014.

CHAPITRE 4

Ce qui se passe dans le corps au moment d'éjaculer

L'éjaculation paraît soudaine parce que sa dernière étape l'est. Son expulsion vient pourtant au terme d'une succession d'événements qui ont déjà mobilisé le système nerveux, les voies génitales, la prostate, le col de la vessie, l'urètre et plusieurs muscles du plancher pelvien. La modulation reste possible pendant une partie de cette séquence, jusqu'à l'engagement irréversible du réflexe.

Comprendre cette organisation change le regard porté sur le trouble. L'homme tente souvent d'intervenir au moment où le réflexe est déjà engagé, comme on voudrait retenir un éternuement après son déclenchement. Le travail thérapeutique consiste à reconnaître ce qui précède l'irréversible et à agir plus tôt.

Éjaculation et orgasme : deux phénomènes distincts

Dans l'expérience ordinaire, l'orgasme et l'éjaculation semblent former un seul événement. L'orgasme désigne un vécu subjectif : un acmé de plaisir, accompagnée de modifications de la conscience corporelle et de réactions végétatives. L'éjaculation correspond à la séquence physiologique qui conduit le sperme vers l'urètre puis l'expulse.

Les deux surviennent habituellement ensemble, avec des dissociations possibles dans certaines situations médicales : un orgasme peut survenir sans émission visible de sperme, tandis qu'une éjaculation peut s'accompagner d'un vécu orgasmique faible ou altéré. Le traitement de l'éjaculation précoce doit préserver l'expérience du plaisir tout en retardant l'éjaculation.

L'émission prépare l'expulsion

Au cours de la phase d'émission, les canaux déférents acheminent les spermatozoïdes, tandis que les vésicules séminales et la prostate ajoutent leurs

sécrétions. L'ensemble gagne l'urètre postérieur. Dans le même temps, le col de la vessie se ferme afin de limiter le passage du sperme vers la vessie.

Cette progression dépend principalement de commandes nerveuses autonomes. À mesure qu'elle avance, l'impression d'imminence devient plus nette et la possibilité d'interrompre la séquence diminue. Les signes perçus diffèrent d'un homme à l'autre : tension à la base du pénis, sensation de poussée, changement dans la qualité du plaisir, remontée des testicules ou contraction profonde du bassin. Leur présence et leur perception consciente varient selon les personnes.

Vient ensuite l'expulsion. Des contractions rythmiques du bulbo-spongieux et d'autres muscles du plancher pelvien propulsent le sperme dans l'urètre, puis à l'extérieur par le méat. C'est la partie la plus visible du phénomène, celle que l'on prend souvent pour l'éjaculation tout entière alors qu'elle en constitue l'aboutissement.

Repérage, coordination, relâchement et force du périnée

Parce que les muscles périnéaux se contractent pendant l'expulsion, un raisonnement séduisant consiste à vouloir les renforcer chez tous les hommes. Il confond participation au réflexe et capacité à le retarder. Un muscle plus puissant ne garantit nullement une éjaculation plus tardive ; chez l'homme qui serre déjà le bassin à l'approche de l'orgasme, ajouter encore de la contraction peut même rendre la montée plus abrupte.

Le repérage, la coordination, le relâchement et le renforcement répondent à des objectifs différents. Les données récentes conduisent à réserver les contractions périnéales répétées aux situations où leur indication a été évaluée. Le chapitre consacré au corps apprendra à distinguer les tensions utiles des crispations automatiques et à retrouver une mobilité qui préserve la marge avant le réflexe.

Une commande répartie entre la moelle et le cerveau

Les informations sensorielles venues du pénis, du périnée et du reste du corps rejoignent la moelle épinière et le cerveau. Des réseaux spinaux organisent une partie de la réponse ; les centres cérébraux l'influencent à travers l'excitation, l'attention, les émotions et le contexte.

La sérotonine occupe une place particulière dans les recherches sur l'éjaculation précoce présente depuis les premiers rapports. Certains médicaments qui modifient sa transmission retardent effectivement l'éjaculation. Cet effet pharmacologique documente la participation de la sérotonine au mécanisme sans permettre d'identifier, chez chaque homme, une « carence en sérotonine » qui expliquerait à elle seule le trouble.

La sensibilité du gland appelle la même prudence. Les études fondées sur les seuils vibratoires ont produit des résultats variables et décrivent des situations différentes d'un homme à l'autre. L'évaluation associe l'intensité de la sensation, la vitesse à laquelle elle progresse, l'attention qui lui est accordée et le moment où elle devient consciente.

Intervenir avant l'urgence

La composante réflexe de l'éjaculation explique l'inefficacité de la volonté une fois la séquence engagée. Avant cet engagement, une marge persiste. Le rythme, l'intensité et l'amplitude de la stimulation peuvent changer ; une tension peut se relâcher ; une pause peut laisser l'excitation redescendre. Les médicaments, lorsqu'ils sont indiqués, déplacent parfois cette zone ou ralentissent la progression qui y conduit.

Les consignes données au dernier instant échouent parce qu'elles arrivent trop tard. Retenir sa respiration, serrer le périnée, penser à autre chose ou lutter contre l'orgasme augmente souvent la crispation sans rendre le réflexe réversible. La rééducation commencera donc loin du point de non-retour, là où le corps dispose encore de plusieurs chemins.

L'essentiel

- L'éjaculation comprend une phase d'émission puis une phase d'expulsion.
- L'orgasme est un vécu subjectif ; l'éjaculation est une séquence physiologique. Ils sont proches sans être identiques.
- La moelle épinière et le cerveau coordonnent et modulent le réflexe.
- Les contractions périnéales de l'expulsion ne justifient pas un renforcement systématique.
- La modulation reste possible avant l'engagement irréversible de la séquence.

Références principales

European Association of Urology. Disorders of Ejaculation. 2026.

ÉJACULATION PRÉMATURÉE

Shindel AW et coll. Review of recent data on disorders of ejaculation and orgasm in men. Consultation internationale en médecine sexuelle. 2025.

Soni KK, Jeong HS, Jang S. Neurons for Ejaculation and Factors Affecting Ejaculation. 2022.

CHAPITRE 5

Apprendre à lire la montée de l'excitation

L'excitation sexuelle avance par vagues, s'attarde, repart brusquement et change avec les gestes, les pensées, le désir, la respiration, les tensions du corps et la présence de l'autre. Chez l'homme qui souffre d'éjaculation précoce, ce mouvement paraît souvent réduit à deux états : avant, tout semble encore possible ; l'instant d'après, il est déjà trop tard.

La rééducation va donner de l'épaisseur à cet intervalle. Elle affine la perception des premières inflexions du plaisir, des accélérations, des tensions qui annoncent l'imminence et du moment où une modification de la stimulation produit encore un effet, sans chercher à éteindre les sensations.

Le modèle du seuil

Pour rendre cette progression intelligible, on peut imaginer l'excitation comme le résultat de signaux qui la favorisent et d'autres qui la freinent. Tant que leur équilibre reste en dessous d'un certain seuil, la séquence éjaculatoire n'est pas engagée. Lorsque ce niveau de déclenchement est franchi, le réflexe devient irréversible.

Ce modèle propose une représentation pédagogique d'une physiologie beaucoup plus complexe. Aucune jauge cachée dans le corps ni aucun chiffre mesurable en consultation ne lui correspondent. Il aide à comprendre que le traitement agit sur le trajet qui conduit au seuil, avant l'engagement irréversible de l'éjaculation.

La trajectoire varie selon les hommes. Certains sentent l'excitation grimper très vite dès le début de la stimulation. Chez d'autres, elle reste longtemps modérée avant de s'emballer. D'autres encore vivent plusieurs changements qu'ils savent nommer une fois l'urgence apparue. Avant d'appliquer une technique, chacun devra donc découvrir sa propre géographie.

Les signes qui ouvrent une possibilité d'action

Les indices précoces peuvent se situer dans le pénis, le périnée, le bassin, le ventre, la respiration ou l'ensemble du corps. Une tension à la base du pénis, une sensation qui devient plus étroite ou plus pressante, l'envie d'accélérer, le bassin qui se fige, le souffle qui se bloque ou le plaisir qui change de qualité peuvent annoncer l'approche du déclenchement. Aucun signe n'est imposé ; le bon repère est celui qui revient assez souvent pour devenir reconnaissable.

Un signal réellement utile possède trois qualités. Il apparaît avant l'irréversible, se répète au fil des séances et conduit à une action possible. Une sensation spectaculaire perçue une fraction de seconde avant l'éjaculation apprend peu. Un changement plus discret, reconnu plus tôt, permet déjà de réduire l'intensité, de ralentir ou de relâcher une crispation.

Quatre zones pour dessiner une carte personnelle

Le cahier propose de répartir la montée en quatre zones. Ce langage pédagogique fournit des repères que chacun remplira de ses sensations personnelles. Les limites entre les zones varient ainsi d'un homme à l'autre.

1. **Excitation faible.** La stimulation est agréable et aucun changement annonçant l'éjaculation n'est encore perceptible.
2. **Montée reconnaissable.** Les premières modifications apparaissent, sans urgence ni perte de liberté.
3. **Excitation forte mais encore modulable.** L'imminence augmente ; une diminution nette de la stimulation peut néanmoins faire redescendre la montée.
4. **Déclenchement irréversible.** L'éjaculation est engagée. Une pause ne peut plus l'interrompre.

Avec l'entraînement, les frontières deviennent moins abstraites. L'homme qui ne connaissait que « ça va » et « trop tard » commence à distinguer une tension, un changement de rythme intérieur, une envie d'accélérer ou le moment précis où une pause reste efficace. Cette finesse perceptive rend enfin les autres outils utilisables.

Quand la pression accélère la montée

Une excitation intense rapproche naturellement du déclenchement. Le stress agit de manière moins uniforme. La peur d'échouer peut pousser à accélérer, augmenter les tensions musculaires, bloquer la respiration ou concentrer toute l'attention sur le risque d'éjaculer. Chez certains hommes, le délai se raccourcit alors nettement. Chez d'autres, la même pression perturbe surtout l'érection, le désir ou l'orgasme.

L'anxiété accélère la montée chez certains hommes et joue un rôle moindre dans d'autres formes d'éjaculation précoce. Respirer plus librement et relâcher certaines tensions deviennent utiles lorsqu'ils changent un mécanisme réellement observé. Une forme présente depuis les premiers rapports peut nécessiter, en parallèle, un médicament qui ralentira suffisamment la montée pour que l'apprentissage devienne possible.

De la lutte à la modulation

Le mot « contrôle » évoque volontiers une épreuve de force. La première compétence recherchée est beaucoup plus concrète : reconnaître une zone encore réversible, diminuer la stimulation et vérifier que l'excitation baisse vraiment. La reprise intervient après cette baisse, selon les sensations observées.

Si l'arrêt de la stimulation entraîne presque toujours une perte de rigidité, la question de l'érection doit être examinée avant de multiplier les pauses. Si la pause augmente l'hypervigilance, une diminution progressive du rythme, de l'amplitude ou de l'intensité conviendra parfois mieux. Une technique adaptée au fonctionnement du corps préserve la spontanéité.

Première observation

Au cours d'une stimulation sexuelle habituelle, repérer un changement qui apparaît avant l'urgence. Noter sa localisation, la manière dont il se manifeste et l'effet produit par une diminution nette de la stimulation. L'exercice complet, avec ses règles de sécurité et son critère de passage, figure au chapitre 21.

L'essentiel

- La montée de l'excitation varie selon les personnes et les situations.

- Le modèle du seuil aide à comprendre le déclenchement sans prétendre mesurer un mécanisme individuel.
- Un signe précoce devient utile lorsqu'il est reproductible et conduit à une action efficace.
- La pression accélère certains hommes et perturbe surtout l'érection ou le plaisir chez d'autres.
- La rééducation commence par une baisse observable de l'excitation avant le point de non-retour.

Références principales

European Association of Urology. Disorders of Ejaculation. 2026.

Rowland DL. Genital and heart rate response to erotic stimulation in men with and without premature ejaculation. 2010.

Ventus D et coll. Vibrator-Assisted Start-Stop Exercises Improve Premature Ejaculation Symptoms. 2020.

II

Comprendre la situation clinique

CHAPITRE 6

Une même plainte, quatre histoires différentes

Deux hommes peuvent prononcer exactement la même phrase, « j'éjacule trop vite », et avoir besoin de soins très différents. Pour l'un, la rapidité accompagne presque tous les rapports depuis le commencement de sa vie sexuelle. Le deuxième découvre ce trouble après des années sans difficulté. Chez un troisième, les épisodes restent occasionnels. Le quatrième possède une marge de contrôle réelle et se juge pourtant à l'aune d'une durée irréaliste.

Les recommandations regroupent ces histoires en quatre formes cliniques. Cette classification guide directement le traitement. Elle permet d'éviter un médicament inutile lorsque la difficulté réside surtout dans la perception, et d'associer une aide pharmacologique aux exercices lorsqu'une forme ancienne et très rapide le nécessite.

La forme présente depuis les premiers rapports

Souvent appelée « primaire », ou lifelong dans la littérature internationale, cette forme accompagne la vie sexuelle depuis ses débuts. Dans les pratiques concernées, l'éjaculation survient toujours ou presque toujours très rapidement ; l'homme éprouve peu de possibilité de la retarder et la situation le fait souffrir.

Les études fondées sur la pénétration vaginale situent habituellement le délai avant la pénétration ou dans la minute environ qui la suit. Ce repère aide à reconnaître le tableau, sans pouvoir être transposé tel quel à la masturbation, au sexe oral ou à la pénétration anale. La pratique réelle doit rester le point de départ de l'entretien.

Parce que la difficulté existe depuis le commencement, beaucoup d'hommes concluent qu'ils ont mal appris ou qu'un blocage psychologique ancien les condamne à répéter le même scénario. Rien ne permet une telle affirmation. Les recherches explorent une vulnérabilité neurobiologique, des particularités

individuelles et l'influence des apprentissages ; aucun examen courant ne peut attribuer à un homme un mécanisme unique.

L'European Association of Urology place le médicament en première intention dans cette forme. Les recommandations françaises ajoutent un accompagnement psychosexologique pour tous et, lorsque cela est possible, une thérapie centrée sur la sexualité associée au traitement pharmacologique. Les exercices conservent donc une place importante au sein d'une prise en charge qui tient compte des mécanismes du trouble et des limites de la seule volonté.

La forme acquise

La forme acquise introduit une rupture dans l'histoire. Pendant une période parfois longue, le délai et le contrôle étaient satisfaisants ; puis l'éjaculation s'est mise à survenir plus tôt, de manière assez nette pour devenir gênante. Le changement peut concerner l'ensemble de la sexualité ou rester lié à une relation, une pratique ou une période particulière.

Cette chronologie impose de regarder ce qui s'est modifié autour du même moment. Une rigidité devenue instable, des douleurs pelviennes, des symptômes urinaires, une modification de traitement, une hyperthyroïdie lorsqu'elle est plausible, une dépression, une forte anxiété sexuelle ou un événement relationnel peuvent accompagner l'apparition du trouble. Les associations statistiques ouvrent des pistes que l'histoire et l'examen permettent ensuite de confronter au cas individuel.

Les recommandations européennes demandent de traiter d'abord le trouble sous-jacent lorsqu'il est retrouvé. Les recommandations françaises placent également la dapoxétine à la demande parmi les traitements de première intention de la forme acquise. Ces approches se complètent : comprendre et soigner ce qui a changé, tout en traitant l'éjaculation précoce lorsqu'elle demeure une difficulté en elle-même.

La forme variable

Dans la forme variable, des épisodes rapides surviennent, parfois très mal vécus, entre des rapports pendant lesquels le délai et la capacité de modulation restent satisfaisants. Une rencontre nouvelle, une excitation particulièrement forte, une

longue période sans activité sexuelle, la crainte de devoir réussir ou certaines pratiques peuvent modifier temporairement le fonctionnement.

La souffrance est parfois nourrie par l'interprétation donnée à chaque épisode : une éjaculation rapide devient la preuve que le trouble s'installe, et cette crainte accompagne le rapport suivant. Le bilan recherche donc la fréquence, la prévisibilité et les situations concernées. Une information juste, un objectif moins rigide et un travail ciblé sur les contextes déclenchants suffisent souvent. L'indication d'un traitement pharmacologique régulier dépend de l'ensemble de cette évaluation.

La forme subjective

Dans la forme subjective, l'homme se plaint d'éjaculer trop tôt alors que son délai reste habituellement long ou variable et qu'une possibilité réelle de ralentir existe. La comparaison avec la pornographie, le souvenir d'une performance exceptionnelle, l'idée de devoir attendre l'orgasme du partenaire ou l'exigence d'un contrôle total peuvent alimenter la plainte. Une autre difficulté sexuelle se cache parfois derrière la question de la durée.

Le mot « subjective » désigne le rôle central du vécu et de l'interprétation. La détresse est réelle et mérite d'être entendue, puis replacée au bon endroit. Le traitement porte sur la perception du fonctionnement, les attentes, la surveillance du temps et les éventuels troubles associés. Allonger davantage le délai à l'aide d'un médicament exposerait parfois à des effets indésirables sans atteindre la source de l'insatisfaction.

Retrouver son histoire parmi ces quatre formes

La classification devient plus claire lorsqu'on la confronte à une chronologie précise. La difficulté a-t-elle toujours existé ou marque-t-elle une rupture ? Survient-elle presque chaque fois ou seulement dans certaines circonstances ? Que se passe-t-il entre les épisodes rapides ? La possibilité de ralentir a-t-elle disparu, varié ou toujours été faible ?

Une plainte ancienne, très répétitive et accompagnée d'un faible contrôle évoque la forme présente depuis les premiers rapports. Une modification nette après une période satisfaisante oriente vers la forme acquise et justifie une évaluation médicale. Des épisodes irréguliers, séparés par des rapports

satisfaisants, correspondent plutôt à la forme variable. Enfin, une durée habituellement longue associée à une marge de contrôle préservée conduit à envisager la forme subjective.

Repérage personnel

- Début : dès les premiers rapports / après une période satisfaisante / variable selon les périodes.
- Pratiques concernées : masturbation / sexe oral / pénétration vaginale / pénétration anale insertive / autre.
- Répétition : toujours ou presque / souvent / occasionnellement.
- Délai habituel : avant le début / au début / après plusieurs minutes / très variable.
- Contrôle perçu : absent / faible / variable / habituellement satisfaisant.
- Retentissement : aucun / gêne / évitement / souffrance marquée / conflit.

Références principales

European Association of Urology. Disorders of Ejaculation. 2026.

AIUS et AFU. Recommandations pour le traitement de l'éjaculation précoce. 2023.

Serefoglu EC et coll. Définition unifiée des formes présente depuis les premiers rapports et acquise. 2014.

CHAPITRE 7

Pourquoi éjacule-t-on trop vite ?

La recherche d'une cause unique est presque irrésistible. Un homme se demande s'il est trop sensible, trop anxieux, mal habitué depuis l'adolescence ou prisonnier d'une particularité biologique. Trouver le coupable donnerait l'impression de tenir déjà la solution. L'éjaculation précoce résulte le plus souvent d'une histoire plus complexe.

Les formes cliniques, les trajectoires et les réponses aux traitements diffèrent. Chez une même personne peuvent se rencontrer une vulnérabilité ancienne, une montée de l'excitation difficile à lire, la peur de perdre l'érection, une habitude de stimulation rapide et un contexte relationnel devenu tendu. Le raisonnement repère les éléments qui, aujourd'hui, peuvent être évalués ou modifiés.

Ce que la biologie permet d'identifier

La forme présente depuis les premiers rapports a suscité de nombreux travaux sur la sérotonine et d'autres systèmes de neurotransmission. Certains médicaments qui agissent sur ces systèmes retardent effectivement l'éjaculation, ce qui confirme leur participation au réflexe. Cette efficacité ne permet pas de diagnostiquer chez un individu une anomalie chimique précise.

Des variants génétiques ont également été étudiés. Les résultats, encore hétérogènes, ne justifient ni dépistage courant ni prédiction familiale. Une prédisposition peut rendre certains hommes plus vulnérables à une montée rapide sans déterminer seule le moment de chaque éjaculation.

L'hypersensibilité du gland constitue une autre explication séduisante, souvent proposée avant même toute évaluation. Les mesures des seuils vibratoires révèlent pourtant des profils hétérogènes. L'effet retardateur d'un anesthésique local montre qu'une réduction des sensations peut modifier le délai. Il ne permet pas d'attribuer à tous les hommes une sensibilité excessive, de la même manière que l'efficacité d'un antalgique ne révèle pas toujours l'origine d'une douleur.

La manière dont l'excitation progresse

Certains hommes partent de très haut, comme si la rencontre sexuelle commençait déjà près du seuil. Chez d'autres, la montée demeure longtemps tranquille avant une accélération brutale. D'autres enfin ne reconnaissent les signaux qu'au moment où toute action devient tardive. Le niveau de stimulation, les pensées, la respiration, les tensions corporelles et l'excitation initiale modifient cette progression.

Une longue période sans activité sexuelle peut accroître temporairement la rapidité. La fréquence de rapports ou de masturbation qui conviendrait à tous n'existe pas. Se masturber peu avant une rencontre ralentit certains hommes ; chez d'autres, le désir ou la qualité de l'érection diminuent. Cette stratégie peut être essayée à titre personnel et évaluée selon ses effets.

La pression de performance

Lorsque toute l'attention se fixe sur le risque d'éjaculer, les gestes peuvent s'accélérer, le bassin se crispier et les premiers signes passer inaperçus. La même anxiété fragilise parfois l'érection, ce qui pousse l'homme à renoncer aux pauses et à intensifier la stimulation. Chaque tentative de sauvegarder le rapport rapproche alors un peu plus de l'éjaculation redoutée.

Ce cercle concerne une partie des hommes. Les études retrouvent surtout une association de l'anxiété sexuelle et des pensées liées à la performance avec la souffrance et l'entretien du trouble. Elles décrivent moins clairement une anxiété étendue à tous les domaines de la vie. Une forme ancienne peut persister dans un contexte parfaitement détendu ; une forme acquise peut apparaître pendant une période de pression en l'absence de trouble anxieux général.

La relation et les pratiques

Le corps ne répond pas dans le vide. Une nouvelle relation, un partenaire avec lequel l'enjeu paraît plus fort, la reprise de la sexualité après une longue interruption ou la crainte de décevoir modifient l'excitation. Constaté que la difficulté survient avec une personne et pas avec une autre apporte une information précieuse, sans rendre la relation responsable.

Les pratiques changent également la sensation. Masturbation, sexe oral, pénétration vaginale et pénétration anale insertive n'imposent ni les mêmes mouvements ni la même intensité. Chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, le rôle sexuel peut varier d'une rencontre à l'autre. Une évaluation sérieuse décrit ces situations avant d'en tirer une interprétation sur l'orientation sexuelle ou le couple.

Les facteurs médicaux à rechercher

Lorsqu'une éjaculation précoce apparaît secondairement, plusieurs troubles peuvent lui être associés : difficulté d'érection, symptômes de prostatite chronique ou de douleur pelvienne, hyperthyroïdie, diabète, sommeil perturbé, dépression ou modification de traitement. La plupart des études sont observationnelles. Elles montrent que deux phénomènes se rencontrent plus souvent ensemble, sans établir lequel précède l'autre chez un patient donné.

Le trouble de l'érection occupe une place particulière, car son association avec l'éjaculation précoce est bien documentée et modifie directement les exercices. Les recommandations demandent de le traiter en priorité. Les autres pistes seront explorées lorsqu'un symptôme, une chronologie ou l'examen clinique les rend plausibles.

Ce que l'habitude peut entretenir

Une sexualité longtemps organisée dans l'urgence favorise parfois une stimulation très rapide et une reconnaissance tardive de l'excitation. Il serait injuste d'en conclure que l'homme a provoqué lui-même son trouble. Les premiers rapports se déroulent souvent dans des conditions peu propices à l'apprentissage : peur d'être surpris, manque d'intimité, excitation intense, masturbation expéditive ou désir d'en finir avant que l'érection ne baisse.

La rééducation s'appuiera sur une idée féconde : quelle que soit l'origine, de nouvelles compétences peuvent être apprises aujourd'hui. Les habitudes anciennes seront examinées pour leur rôle actuel, sans leur attribuer l'ensemble du trouble.

Carte personnelle

Classer chaque élément parmi les facteurs présents, absents ou encore à évaluer.

- Difficulté depuis les premiers rapports.
- Changement récent du fonctionnement.
- Montée de l'excitation très rapide.
- Signes reconnus seulement à l'approche de l'éjaculation.
- Accélération volontaire pour préserver l'érection.
- Peur de décevoir ou pression de performance.
- Difficulté limitée à une pratique ou à un contexte.
- Douleur, symptômes urinaires ou pelviens.
- Changement de médicament ou de santé.
- Humeur dépressive, perte d'intérêt ou détresse marquée.
- Sommeil non réparateur, ronflements importants ou somnolence.

Une liste longue ne démontre pas une causalité multiple. Elle donne une forme à l'entretien et fait apparaître ce qui mérite une consultation ou un travail ciblé.

Références principales

European Association of Urology. Disorders of Ejaculation. 2026.

Van Raaij JJ et coll. Possible pathophysiologic roles of neurotransmitter systems in lifelong premature ejaculation. 2024.

Che S et coll. Prevalence of depression and anxiety with premature ejaculation and its four subtypes. 2025.

CHAPITRE 8

Quand quelques secondes finissent par envahir toute la sexualité

L'éjaculation dure un instant ; son anticipation peut occuper des jours. Bien avant de consulter, certains hommes ont déjà réorganisé une partie de leur vie intime autour de ce qu'ils redoutent : ils évitent une rencontre, écourtent les préliminaires, surveillent leur érection, calculent le moment du prochain rapport ou s'éloignent des gestes tendres qui pourraient y conduire.

L'ampleur de la souffrance dépend de la rapidité, de sa répétition, de l'impression de n'avoir aucun choix et du sens donné à chaque épisode. La phrase « j'ai éjaculé plus tôt que je ne le souhaitais » se charge alors de conclusions beaucoup plus vastes : l'homme se dit qu'il n'est pas à la hauteur, qu'il déçoit ou qu'il ne pourra jamais vivre une sexualité satisfaisante.

L'image de soi mise à l'épreuve

Parce que la maîtrise sexuelle reste fortement associée à la virilité, l'éjaculation précoce atteint facilement l'estime de soi. Un rapport qui s'est bien déroulé peut s'effacer de la mémoire, tandis qu'un épisode rapide devient la référence qui annonce les suivants. La honte retarde la demande d'aide et rend chaque conversation plus difficile.

L'évitement prend alors des formes parfois discrètes. On se couche plus tard, on réduit les caresses, on provoque une dispute au moment où l'intimité devenait possible, on se masturbe juste avant la rencontre ou l'on boit dans l'espoir de ralentir. L'alcool possède un effet imprévisible sur l'éjaculation, altère l'érection chez certains hommes et expose à des risques qui dépassent le bénéfice recherché.

D'autres poursuivent les rapports en s'en absentant peu à peu. L'attention quitte le plaisir pour contrôler la durée, la rigidité et les réactions de l'autre. Cette surveillance permanente peut accélérer la montée chez certains hommes,

fragiliser l'érection chez d'autres et, chez presque tous, appauvrir l'expérience sexuelle.

Ce que vit le ou la partenaire

Le ou la partenaire vit parfois la situation autrement et avec une intensité différente. Dans plusieurs études, la détresse moyenne reste plus élevée chez les hommes concernés que chez leurs partenaires. Chaque couple peut toutefois s'écarter largement de cette moyenne.

Pour l'un, la brièveté de la pénétration sera la difficulté principale. Un autre souffrira surtout du silence, de l'évitement ou de l'arrêt brutal de toute activité après l'éjaculation. Certains partenaires finissent par craindre leur propre excitation, comme si manifester trop de plaisir risquait de précipiter ce que l'homme cherche à retenir. D'autres se demandent si la distance installée traduit une baisse de désir ou un désamour.

Le ou la partenaire garde sa place de partenaire pendant le traitement. Sa participation aux exercices repose sur un accord explicite, limité à ce qu'elle souhaite réellement faire et révoquant à tout moment. Elle peut manifester son plaisir librement et participer aux ajustements choisis ensemble, sans devenir gardienne du rythme ni thérapeute.

Les malentendus qui s'installent dans le couple

Lorsque les mots manquent, chacun donne un sens au comportement de l'autre. L'homme évite les rapports pour se protéger d'un nouvel échec ; son partenaire y voit un désintérêt. Une remarque sur la durée est entendue comme une attaque contre la virilité. Une proposition d'aide, pourtant bienveillante, ressemble à une prise de contrôle.

Nommer précisément le trouble permet déjà de séparer ce qui s'était confondu. L'éjaculation précoce concerne le moment du déclenchement et la faible possibilité de le moduler. La valeur de l'homme, la qualité de la relation et la capacité de son partenaire à susciter ou à recevoir du plaisir appartiennent à d'autres registres.

La conversation gagne à explorer ce qui reste agréable. Quelles pratiques chacun apprécie-t-il ? Que peut-il se passer après l'éjaculation ? Quelle place donner à la pénétration ? Une rencontre peut se poursuivre après un rapport

trop bref. Le silence qui suit l'éjaculation la referme parfois plus sûrement que l'éjaculation elle-même.

Choisir ce que le traitement doit réellement changer

Avant de commencer, il est utile de nommer deux conséquences prioritaires. L'objectif dépendra de la situation : éviter toute nouvelle relation, voir son érection s'effondrer sous la surveillance ou ne plus parvenir à parler du sujet dans le couple appellent des réponses différentes. Le délai entrera dans l'évaluation avec la honte, l'évitement et la distance relationnelle.

Évaluer régulièrement ces conséquences permet de voir des progrès que la montre ignore. Un homme peut recommencer à initier une rencontre, rester présent dans ses sensations ou poursuivre une activité après l'éjaculation avant même que le délai n'ait beaucoup augmenté. Ces changements appartiennent déjà au traitement.

Repérer le retentissement actuel

- Évitement des rapports, d'une rencontre ou de certaines pratiques.
- Honte, anticipation anxieuse ou surveillance pendant la sexualité.
- Diminution du plaisir ou du désir.
- Fragilisation de l'érection.
- Difficulté à parler de la situation.
- Souffrance ou frustration du ou de la partenaire.
- Réduction des gestes tendres ou de la sexualité après l'éjaculation.

Choisir les deux conséquences qui pèsent le plus. Elles serviront, avec le délai et le contrôle perçu, à juger l'amélioration.

Lorsque la détresse dépasse la sexualité

Une humeur dépressive, une perte d'intérêt ou de plaisir presque quotidienne pendant au moins deux semaines, une dévalorisation intense ou des idées suicidaires nécessitent une évaluation médicale. Les fiches du livre ne posent pas ce diagnostic. En France, le 3114 répond gratuitement à la personne en détresse et à son entourage, vingt-quatre heures sur vingt-quatre. En cas de danger immédiat, il faut appeler le 15 ou le 112.

L'essentiel

- La honte, l'évitement et la surveillance peuvent devenir plus invalidants que le délai.
- Le partenaire possède un vécu propre, à explorer directement avec lui ou elle.
- Le partenaire participe au traitement dans les limites convenues et en laisse la responsabilité à la personne concernée et aux soignants.
- Les objectifs doivent porter sur les conséquences réellement éprouvées.
- Une détresse psychique plus large mérite une évaluation et un traitement propres.

Références principales

European Association of Urology. Disorders of Ejaculation. 2026.

Kempeneers P et coll. Sexual cognitions, trait anxiety, sexual anxiety and distress in men with different subtypes of premature ejaculation and in their partners. 2018.

CHAPITRE 9

Éjaculation prématurée et difficulté d'érection : le cercle à dénouer

Éjaculer trop tôt et perdre son érection paraissent, au premier regard, deux problèmes opposés. L'un évoque une excitation qui déborde ; l'autre, une excitation qui ne se maintient pas. Dans la réalité des consultations, ils se rencontrent souvent et peuvent s'alimenter l'un l'autre jusqu'à former un cercle dont l'ordre initial devient difficile à reconnaître.

Cette association modifie directement le diagnostic et le traitement. Une grande partie de la rééducation repose sur la possibilité de ralentir, de faire une pause ou de changer de mouvement. Si l'érection diminue chaque fois que la stimulation s'interrompt, l'homme accélère pour conserver sa rigidité et se rapproche précisément de l'éjaculation qu'il voulait retarder.

Quand la peur de perdre l'érection fait accélérer

Dans un premier scénario, la difficulté érectile apparaît avant l'accélération éjaculatoire. La rigidité devient moins fiable ; une pause, un préservatif ou un changement de position suffisent parfois à la fragiliser. L'homme apprend alors à maintenir la stimulation, augmente le rythme dès qu'il sent l'érection baisser et contracte davantage le bassin pour poursuivre la pénétration. Cette stratégie préserve l'érection quelques instants au prix d'une réduction de la marge qui précédait l'éjaculation.

À force, la rapidité semble devenir le problème principal et masque le trouble qui l'a précédée. Une consigne de type « arrêtez quand l'excitation monte » risque alors de mettre l'homme en échec : il sait qu'en s'arrêtant il perdra sa rigidité, et la technique lui demande justement ce qu'il ne peut plus faire sereinement.

Quand l'éjaculation précoce ébranle l'érection

L'enchaînement inverse existe aussi. Après des épisodes répétés, l'homme entre dans le rapport avec la certitude qu'il ne parviendra pas à retarder l'éjaculation. Il surveille son pénis, tente de contrôler chaque variation et se demande si l'érection tiendra assez longtemps pour lui laisser une chance. Cette attention anxieuse, qui devait prévenir l'échec, rend parfois la rigidité plus instable.

La difficulté érectile devient alors secondaire à la perte de confiance et se manifeste par une réaction corporelle réelle à la pression. Chaque diminution confirme la crainte du rapport suivant. Le traitement doit donc inclure cette nouvelle fragilité pour dénouer l'ensemble du cercle.

Un facteur commun peut agir sur les deux

Dans d'autres situations, une maladie vasculaire ou neurologique, un diabète, un médicament, une anxiété sexuelle, une dépression ou une difficulté relationnelle agit simultanément sur l'érection et l'éjaculation. Le raisonnement reconstitue alors la chronologie et les mécanismes qui entretiennent aujourd'hui les deux troubles.

Il faut enfin distinguer la baisse de rigidité qui précède l'éjaculation de la détumescence physiologique qui suit l'orgasme. Le diagnostic de trouble érectile s'intéresse donc à ce qui se passe avant l'éjaculation.

Reconstituer l'ordre des événements

Une méta-analyse confirme que les deux troubles sont statistiquement associés, sans permettre de conclure que l'un provoque toujours l'autre. L'histoire clinique apporte une information plus utile que cette moyenne. Quand la rigidité commence-t-elle à diminuer ? La difficulté d'érection existait-elle avant que l'éjaculation ne s'accélère ? L'érection reste-t-elle stable en masturbation, pendant le sexe oral et dans les différentes formes de pénétration ? Que produisent une pause, un préservatif ou un changement de position ?

La réponse varie parfois selon les pratiques. Un homme peut conserver une bonne rigidité pendant la masturbation et la perdre lors de la pénétration, ou se sentir stable avec un partenaire et beaucoup moins dans une nouvelle relation. Ces variations précisent les conditions d'apparition du symptôme.

Questions à se poser

1. La rigidité diminue-t-elle avant l'éjaculation ou seulement après ?
2. La difficulté érectile a-t-elle précédé l'accélération de l'éjaculation ?
3. L'érection est-elle suffisante pendant la masturbation, le sexe oral et les différentes pénétrations ?
4. Une pause, un préservatif, une baisse de rythme ou un changement de position la fragilisent-ils ?
5. Les gestes sont-ils accélérés afin d'éviter cette baisse ?

Pourquoi l'érection doit être traitée en premier

Les recommandations françaises et européennes demandent de rechercher systématiquement un trouble de l'érection associé et, lorsqu'il existe, de le traiter en priorité. Cette hiérarchie restaure les conditions nécessaires à la rééducation de l'éjaculation prématurée : pouvoir ralentir, interrompre un mouvement et reprendre sans vivre chaque pause comme une menace.

L'évaluation médicale recherche les facteurs vasculaires, métaboliques, neurologiques, hormonaux, médicamenteux, psychologiques et relationnels pertinents. Dans de nombreuses situations, les inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5 constituent un traitement pharmacologique de première intention, après vérification des contre-indications.

Ces médicaments ne doivent jamais être associés aux poppers, qui contiennent des dérivés nitrés et exposent à une chute potentiellement grave de la tension artérielle. Cette interdiction demeure absolue, quelle que soit la dose ou l'ancienneté d'utilisation des poppers.

Une autre précaution concerne la dapoxétine. Le résumé français des caractéristiques de PRILIGY demande de ne pas l'utiliser chez un patient prenant un inhibiteur de la PDE5, en raison d'une possible diminution de la tolérance orthostatique. Certaines études et recommandations internationales ont discuté de telles associations ; la règle réglementaire française reste celle qui s'applique en pratique.

Reprendre ensuite la question de l'éjaculation

Le traitement de l'érection retire l'urgence qui poussait à accélérer et permet de réévaluer l'éjaculation précoce dans un cadre plus stable. Le délai, le contrôle perçu et la souffrance peuvent alors être observés de nouveau avant de choisir un éventuel traitement ejaculatoire.

Lorsque la rigidité reste stable pendant les pauses, le parcours habituel peut commencer. Si elle diminue de manière répétée avant l'éjaculation, les exercices de pause et reprise sont suspendus jusqu'à l'évaluation médicale. Une érection satisfaisante en masturbation et instable avec un partenaire conduit à préciser le contexte, le préservatif, la pratique et la pression ressentie. Ces éléments décrivent les conditions du trouble et orientent son traitement.

Décision pratique

- Rigidité stable avant l'éjaculation : poursuivre l'évaluation et la rééducation de l'éjaculation précoce.
- Rigidité instable avant l'éjaculation : consulter et traiter d'abord la difficulté érectile.
- Diminution uniquement après l'éjaculation : reconnaître la détumescence physiologique.
- Poppers associés à un médicament de l'érection : interrompre cette association et demander conseil au prescripteur ou au pharmacien.

Références principales

European Association of Urology. Disorders of Ejaculation. 2026.

AIUS et AFU. Recommandations pour le traitement de l'éjaculation précoce. 2023.

Corona G et coll. Interplay between premature ejaculation and erectile dysfunction. 2015.

AFU et SFMS. Prise en charge thérapeutique de la dysfonction érectile. 2024.

CHAPITRE 10

Lorsqu'une éjaculation prématurée apparaît soudainement

Un homme qui a toujours éjaculé rapidement connaît son fonctionnement, même s'il en souffre. Celui qui découvre cette difficulté après des années de sexualité satisfaisante vit une rupture. Son corps lui paraît devenu étranger, et la question de la cause prend une acuité particulière : qu'est-ce qui a changé ?

La consultation commence par cette chronologie et examine d'abord les modifications les plus proches : qualité de l'érection, douleur, symptômes urinaires ou génitaux, état de santé, sommeil, humeur, relation, médicaments et consommation de substances. Les causes rares seront explorées lorsque certains éléments les rendent plausibles.

Reconstruire le moment du changement

Une accélération brutale ne se lit pas comme une évolution progressive. Il faut retrouver le délai antérieur, le délai actuel, la possibilité de ralentir et les circonstances dans lesquelles la difficulté survient. Est-elle générale ou limitée à une pratique ? A-t-elle commencé avec une nouvelle relation, une maladie, un traitement ou une période de forte pression ? La rigidité a-t-elle diminué avant que l'éjaculation ne s'accélère ?

Cette enquête établit une chronologie, puis confronte chaque événement voisin aux autres signes avant de lui attribuer un rôle. Une douleur à l'éjaculation, du sang dans le sperme, un écoulement, des brûlures urinaires ou une envie d'uriner devenue plus fréquente orientent le bilan vers les voies génitales et urinaires. Une difficulté apparue au moment où l'érection est devenue instable conduit à examiner en priorité la fonction érectile.

Les symptômes génitaux, urinaires et pelviens

Un écoulement par le pénis, des brûlures urinaires, une lésion génitale, une rougeur du scrotum, une douleur pendant les rapports ou une fièvre peuvent évoquer une infection sexuellement transmissible ou une autre affection génito-urinaire. Ils justifient une consultation et, selon la situation, un dépistage.

Une éjaculation douloureuse ou du sang visible dans le sperme mérite également une évaluation médicale. La présence de sang dans les urines conduit à consulter sans tarder. Une impossibilité totale et soudaine d'uriner constitue une urgence. De même, une douleur très vive apparue brutalement dans un testicule impose de rejoindre les urgences ou d'appeler le 15 ou le 112.

Les syndromes de prostatite chronique et de douleur pelvienne sont associés, dans certaines études, à des dysfonctions sexuelles. Cette association justifie de rechercher les symptômes correspondants. Le diagnostic repose ensuite sur ces symptômes, l'examen et les investigations pertinentes.

La thyroïde, le diabète et l'état général

L'hyperthyroïdie peut accompagner une éjaculation prématuurée acquise. Elle sera recherchée lorsque d'autres signes la rendent plausible : perte de poids malgré un appétit conservé, palpitations, tremblements, intolérance à la chaleur, sueurs, irritabilité ou troubles du sommeil. Le diagnostic d'un trouble thyroïdien exige une évaluation clinique et des dosages sanguins ; une éjaculation plus rapide et isolée apporte trop peu d'éléments pour le suspecter.

Les liens avec le diabète varient selon les études et le type de diabète. L'équilibre glycémique, les complications neurologiques ou vasculaires et l'éventuel trouble de l'érection doivent être examinés ensemble. La seule présence du diabète dans les antécédents ne permet pas de lui attribuer automatiquement l'accélération de l'éjaculation.

Le sommeil et la santé psychique

Une mauvaise qualité de sommeil a été associée à certaines formes acquises. Des ronflements importants, des pauses respiratoires observées, des réveils avec sensation d'étouffement, un sommeil non réparateur ou une somnolence dans la journée doivent faire évoquer une apnée du sommeil. Son traitement protège la

santé générale et peut améliorer plusieurs dimensions de la vie sexuelle, sans garantir à lui seul la disparition de l'éjaculation précoce.

Une dépression, une anxiété sexuelle ou une période de détresse peut précéder le changement aussi bien qu'en résulter. Cette souffrance mérite une évaluation et un traitement propres, au sein d'un bilan qui conserve ses autres dimensions médicales, sexuelles et relationnelles.

Les médicaments, la PrEP et les autres substances

La liste des traitements doit être complète, y compris les médicaments ponctuels, les produits sans ordonnance, les compléments et les substances consommées dans un contexte sexuel. Un traitement utile ne doit jamais être arrêté de sa propre initiative afin de vérifier son rôle. Le prescripteur met en regard la date de début, l'effet attendu, les alternatives et les risques d'une modification.

Chez une personne qui prend une prophylaxie préexposition au VIH, ou PrEP, ou un traitement antirétroviral, le nom exact des molécules est nécessaire. Plusieurs inhibiteurs puissants du CYP3A4, parmi lesquels certains antirétroviraux, sont contre-indiqués avec la dapoxétine. La PrEP ou le traitement du VIH ne doit être ni interrompu ni décalé pour permettre la prise d'un médicament sexuel.

Un bilan guidé par l'histoire

Les examens utiles dépendent de l'interrogatoire, de l'examen clinique et des signes associés. Une batterie identique pour tous les hommes accumulerait souvent des résultats difficiles à interpréter, sans rapprocher du diagnostic.

Une forme acquise demande une méthode guidée par l'histoire. Reconstituer ce qui a changé, traiter le trouble associé lorsqu'il est retrouvé, puis réévaluer l'éjaculation donne au soin un ordre intelligible.

Fiche à apporter en consultation

- Date approximative du changement et caractère brutal ou progressif.
- Pratiques concernées, délai antérieur et délai actuel.
- Qualité de l'érection avant l'éjaculation.
- Douleur, symptômes urinaires, pelviens ou génitaux.

- Changements de santé, de sommeil ou d'humeur.
- Médicaments, PrEP, traitement antirétroviral, compléments et substances.
- Événement relationnel ou contexte sexuel associé.

Références principales

European Association of Urology. Disorders of Ejaculation. 2026.

AIUS et AFU. Recommandations pour le traitement de l'éjaculation précoce. 2023.

Culha MG et coll. Frequency of etiological factors among patients with acquired premature ejaculation. 2020.

CHAPITRE 11

Ce que l'anxiété, la dépression ou un traumatisme peuvent changer

« C'est psychologique » est l'une des explications les plus souvent avancées devant une difficulté sexuelle. Son apparente évidence, surtout lorsque les examens sont rassurants, recouvre des réalités dont l'origine et le traitement diffèrent. Une peur liée au rapport, une dépression, un traumatisme ancien et une forme d'éjaculation précoce présente depuis toujours demandent chacun une évaluation particulière.

La souffrance psychique peut précéder la rapidité éjaculatoire, en résulter ou évoluer à ses côtés. Les études retrouvent des associations, sans permettre d'attribuer chaque cas à l'anxiété, à la dépression ou à une histoire traumatique. La consultation précise ce qui se passe réellement et donne à chaque élément sa juste place.

Distinguer l'anxiété sexuelle de l'anxiété générale

L'anxiété générale se déploie dans plusieurs domaines de la vie. L'anxiété sexuelle apparaît autour du désir, de l'érection, de l'éjaculation, de l'image corporelle, du risque de décevoir ou de la réaction du partenaire. Un homme peut être calme dans son quotidien et se trouver envahi dès qu'une rencontre devient possible.

Les travaux disponibles décrivent des niveaux variables d'anxiété générale chez les hommes présentant une éjaculation précoce. L'anxiété sexuelle accompagne plus fréquemment la détresse et peut devenir l'un des puissants mécanismes d'entretien du trouble, quelle que soit son origine.

La pression modifie alors la manière d'agir. L'homme accélère pour « réussir » avant que l'érection ne baisse, surveille chaque sensation, vit une pause comme une menace, retient sa respiration et rigidifie son bassin. Le traitement portera sur ces réactions observables : stabiliser l'érection, ralentir une stimulation précipitée, réduire la surveillance, corriger une attente impossible ou travailler les pensées qui déclenchent l'urgence.

Lorsque la souffrance devient dépressive

Les méta-analyses retrouvent souvent des symptômes anxieux ou dépressifs chez les hommes concernés, avec des résultats extrêmement hétérogènes. Ces chiffres ne prédisent pas la situation d'un lecteur ; ils rappellent qu'une souffrance débordant la sexualité doit être recherchée.

Une humeur dépressive ou une perte d'intérêt et de plaisir présente presque chaque jour pendant au moins deux semaines, lorsqu'elle s'accompagne d'un retentissement, nécessite une évaluation médicale. La dépression peut réduire le désir, fragiliser l'érection, altérer l'attention et rendre les exercices presque impossibles. Elle possède ses propres traitements et prend alors une place prioritaire dans le parcours de soin.

Des idées suicidaires doivent être prises au sérieux, même si elles paraissent fugaces. En France, le 3114 répond gratuitement, vingt-quatre heures sur vingt-quatre et sept jours sur sept, à la personne en détresse comme à son entourage. En cas de danger immédiat, il faut appeler le 15 ou le 112.

Quand une histoire traumatique devient cliniquement pertinente

Un antécédent de violence sexuelle peut retentir sur la sexualité de nombreuses manières. Les études consacrées aux fonctions sexuelles masculines après des abus subis dans l'enfance restent hétérogènes et ne démontrent aucun lien causal spécifique avec l'éjaculation précoce.

L'histoire traumatique devient directement pertinente lorsque la stimulation provoque une peur intense, une sidération, une impression de quitter son corps, une reviviscence ou un sentiment de contrainte. Dans ces circonstances, poursuivre coûte que coûte un exercice reproduirait précisément la perte de contrôle que le soin doit éviter.

Le programme exclut toute exposition forcée. Un exercice peut être interrompu à tout moment et une adaptation peut être demandée sans récit détaillé du traumatisme. Une dépersonnalisation, une impression d'irréalité, une perte de repères ou une détresse importante impose l'arrêt de la séance. La reprise se prépare avec un médecin, un psychologue, un psychiatre ou un psychothérapeute formé au psychotraumatisme.

Lorsqu'une relation comporte de la violence, de la peur ou de la contrainte, aucun exercice partagé ne doit commencer. Un entretien individuel et confidentiel précède toute implication du partenaire.

Habiter ses sensations

Penser à autre chose peut retarder ponctuellement l'éjaculation. Certains hommes convoquent une tâche professionnelle, une image désagréable ou un calcul mental afin de faire baisser leur excitation. La stratégie fonctionne parfois, au prix d'une étrange absence : le corps est engagé dans la relation tandis que l'esprit tente de s'en échapper.

Employée systématiquement, cette distraction appauvrit le plaisir et empêche d'apprendre les signes qui permettraient d'agir plus tôt. Le programme recherche une attention plus souple. Il s'agit de sentir sans se mesurer en permanence, de reconnaître l'apparition d'une pensée de performance, puis de revenir au corps et de choisir une action avant l'urgence.

La pleine conscience peut compléter ce travail. Les recommandations européennes lui accordent une place prudente, car les données spécifiques à l'éjaculation précoce demeurent limitées. Son intérêt s'évalue selon la situation et en complément des autres composantes du traitement.

Choisir le niveau d'accompagnement

- Pression limitée et exercices bien tolérés : poursuivre avec les adaptations du chapitre 23.
- Anxiété qui rend chaque séance presque impossible : associer un accompagnement psychosexuel.
- Symptômes dépressifs persistants : demander une évaluation médicale.
- Dissociation, reviviscence ou détresse traumatique : interrompre les exercices et consulter un professionnel formé.
- Violence, peur ou contrainte dans la relation : ne pas entreprendre d'exercice partagé avant un entretien individuel.

Références principales

Che S et coll. Prevalence of depression and anxiety with premature ejaculation and its four subtypes. 2025.
Kempeneers P et coll. Sexual cognitions, trait anxiety, sexual anxiety and distress. 2018.
Gewirtz-Meydan A, Opuda E. The impact of child sexual abuse on men's sexual function. 2022.

CHAPITRE 12

Parler d'éjaculation précoce chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Pendant des décennies, la recherche a observé l'éjaculation précoce presque exclusivement à travers un seul scénario : un homme hétérosexuel pénétrant une femme par voie vaginale. Les critères diagnostiques, les questionnaires et même le vocabulaire du délai se sont construits autour de cette scène. Les appliquer sans adaptation aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, ou HSH, revient à mesurer des pratiques différentes avec un instrument qui n'a pas été conçu pour elles.

Les quatre dimensions du diagnostic restent pertinentes : le moment de l'éjaculation, la possibilité de la retarder, la répétition et la souffrance. Leur contenu doit cependant être défini à partir de la sexualité réelle de la personne et des pratiques concernées.

Pratiques et identité : deux informations distinctes

Le terme HSH décrit le fait d'avoir des rapports sexuels avec des hommes. Il renseigne sur les pratiques et laisse à chacun les mots qui définissent son orientation ou son identité. Deux hommes partageant la même orientation peuvent avoir des pratiques, des désirs et des difficultés très éloignés.

L'entretien précise donc la masturbation, le sexe oral, les pratiques sans pénétration et, lorsqu'il y en a une, la pénétration anale insertive ou réceptive. Un homme peut occuper l'un de ces rôles, les alterner ou n'en choisir aucun. L'éjaculation précoce concerne l'éjaculation à partir du pénis et peut devenir gênante pendant une pratique qui ne comporte aucune pénétration.

Définir le délai dans la situation concernée

Pour une pénétration anale insertive, le point de départ peut être l'intromission. Pendant le sexe oral ou une masturbation partagée, il correspondra au début d'une stimulation clairement convenue. Chacune de ces pratiques demande ainsi un repère adapté, distinct du seuil construit pour la pénétration vaginale.

Une étude menée auprès de jeunes HSH a d'ailleurs retrouvé des estimations très différentes selon que l'on utilisait un questionnaire, l'autoévaluation ou le délai estimé. Ce faible accord souligne la nécessité d'un entretien descriptif attentif à la plainte : que se passe-t-il, dans quelle pratique, avec quel rôle et à quel moment ?

L'érection, le préservatif et la place du rôle sexuel

Chez les HSH comme ailleurs, une difficulté d'érection doit être recherchée en même temps que la rapidité éjaculatoire. Elle peut apparaître lors de la mise en place du préservatif, pendant une pause, dans le rôle insertif ou sous l'effet d'une pression particulière. Le rôle et la pratique apportent alors les renseignements les plus directement utiles au traitement.

Les exercices de pause et reprise seront adaptés à la stabilité de la rigidité et à la sécurité du préservatif. Si l'érection baisse au point que celui-ci risque de glisser, il faut se retirer en le maintenant à la base. Toute nouvelle pénétration nécessitera un préservatif neuf.

Pénétration anale, lubrification et douleur

Une lubrification suffisante améliore le confort et réduit le risque de rupture du préservatif. Avec le latex, un gel à base d'eau ou de silicone convient ; les corps gras le fragilisent. Toute douleur anale ou pénienne impose l'arrêt de l'exercice, puis une vérification du confort, de la quantité de lubrifiant, du consentement et, si elle persiste, une consultation.

Le transfert proposé au chapitre 24 organise des variations d'intensité et de mouvement compatibles avec la pratique choisie. Le corps, le rôle sexuel et le plaisir de la personne déterminent la position et la durée des éventuelles pauses.

PrEP, traitement du VIH et médicaments sexuels

La PrEP et les traitements antirétroviraux correspondent à des associations de molécules différentes. Une interaction ne se devine donc pas à partir du mot « PrEP » ou « trithérapie » ; elle se vérifie avec le nom exact du traitement.

Plusieurs inhibiteurs puissants du CYP3A4 utilisés dans certains traitements antirétroviraux sont contre-indiqués avec la dapoxétine. Le ritonavir modifie aussi fortement l'exposition au sildénafil. La PrEP ou le traitement du VIH ne doit jamais être interrompu, décalé ou ajusté afin de prendre un médicament destiné à l'érection ou à l'éjaculation précoce. Le médecin ou le pharmacien vérifie l'ensemble des molécules.

Les poppers contiennent des dérivés du nitrite. Leur association avec un inhibiteur de la PDE5, comme le sildénafil, le tadalafil ou le vardénafil, expose à une hypotension potentiellement grave et demeure formellement interdite. Les nitrites peuvent également accroître le risque de méthémoglobinémie lié à la prilocaïne contenue dans FORTACIN. Une consommation de poppers doit donc être signalée ; FORTACIN ne sera pas associé sans avis médical ou pharmaceutique préalable.

Une fiche construite autour des pratiques

Pour chaque situation dans laquelle la difficulté survient, noter :

- le type de stimulation et le rôle sexuel ;
- le moment habituel de l'éjaculation ;
- la possibilité de ralentir ou d'interrompre ;
- la stabilité de l'érection ;
- l'usage du préservatif et du lubrifiant ;
- la souffrance et le retentissement ;
- les médicaments, la PrEP, le traitement antirétroviral et les substances utilisées.

Cette description corrige un angle mort de la recherche et rend le soin fidèle à la sexualité vécue, selon les mêmes principes cliniques que pour toute autre personne.

Références principales

McNabney SM et coll. Are the Criteria for the Diagnosis of Premature Ejaculation Applicable to Gay Men or Sexual Activities Other than Penile-Vaginal Intercourse? 2022.

De Mello Ferreira Dos Reis M et coll. Premature ejaculation prevalence among young men who have sex with men. 2023.

CHAPITRE 13

La place du ou de la partenaire

Une éjaculation se produit dans un corps ; ses conséquences se déploient souvent dans une relation. La présence d'un partenaire modifie l'excitation, les attentes, le plaisir et les possibilités d'exercice. L'origine du trouble et le traitement relèvent toutefois de la personne concernée et des professionnels qui l'accompagnent.

Cette distinction protège les deux personnes. L'homme reste acteur de son traitement sans porter seul le poids de toute la sexualité du couple. Son ou sa partenaire peut comprendre, exprimer ce qu'il ou elle vit et participer à certaines étapes, sans devenir l'observateur chargé de corriger chaque mouvement.

Décrire ensemble ce qui arrive

La conversation devient plus simple lorsqu'elle commence par des faits. L'éjaculation survient régulièrement plus tôt que souhaité ; une démarche de soin est engagée ; certains ajustements pourront être essayés. Le désir, la virilité et la capacité du partenaire à donner du plaisir restent extérieurs à cette description clinique.

L'autre personne possède son propre récit. Elle peut souffrir de la brièveté de la pénétration et de ce qui l'accompagne : le silence, l'évitement, la disparition des caresses ou la fin immédiate de toute activité après l'éjaculation. Certaines craignent de manifester leur excitation. D'autres se sentent enfermées dans une attente de pénétration longue qui ne correspond pas à leurs préférences. Nommer l'effet réel permet de choisir une réponse précise.

La rencontre peut se poursuivre après l'éjaculation

Après l'éjaculation, la rigidité et l'excitation de l'homme diminuent souvent. Rien n'impose pour autant que toute activité sexuelle s'arrête. Caresses, sexe oral, stimulation manuelle, jouets ou simples gestes de tendresse peuvent prolonger la rencontre si les deux personnes le souhaitent.

Ces pratiques appartiennent pleinement à la sexualité, au même titre que la pénétration. Chacun reste libre de les souhaiter ou de les refuser. Les préférences du partenaire doivent être demandées, jamais déduites de son genre. Le plaisir partagé se nourrit de l'ensemble de la rencontre.

Le consentement garde toute sa place

Avant un exercice partagé, les partenaires s'accordent sur la pratique, le signal de ralentissement ou d'arrêt et la possibilité de mettre fin à la séance. Le consentement peut changer à tout moment. Une douleur, une peur, un retrait de l'accord ou une détresse importante arrête immédiatement l'exercice.

Une relation marquée par la contrainte, la violence ou la peur n'offre pas un cadre sûr pour la rééducation à deux. Un entretien individuel et confidentiel doit précéder toute implication du partenaire.

La participation du ou de la partenaire

Le ou la partenaire peut suivre une consigne de stimulation, respecter un signal et décrire son propre ressenti. Il ou elle n'a pas à noter une performance, interpréter les réactions corporelles ni garantir le résultat. L'homme concerné reste celui qui nomme la sensation, indique la modification souhaitée et décide d'arrêter.

Le parcours solitaire permet d'apprendre pleinement à reconnaître la montée, moduler la stimulation et observer les réactions corporelles. Le transfert dans une sexualité partagée viendra lorsqu'une relation et un accord le permettront. Les personnes en couple et celles qui sont seules disposent ainsi de parcours différents et complets.

Préparer une demande compréhensible

Une conversation peut s'organiser autour de trois éléments : le fait observé, son effet et la demande précise. Par exemple : « L'éjaculation survient souvent au début de la pénétration. Je me mets alors à accélérer et je profite moins de ce qui se passe. Pendant l'exercice, j'aimerais que le mouvement ralentisse lorsque je le demande, puis qu'il reprenne quand je sens l'excitation redescendre. »

Le partenaire répond avec ses limites et ses préférences. S'il ne souhaite pas participer à cet exercice, une version solitaire ou une autre pratique sera choisie. Insister détruirait la sécurité dont l'apprentissage a précisément besoin.

Préparer la conversation

- Le fait observé : « L'éjaculation survient souvent... »
- L'effet actuel : « Cela conduit à... »
- La demande précise : « Pour l'exercice, il serait utile de... »

Après un épisode plus rapide que souhaité

Le moment qui suit l'éjaculation se prête mal à un débriefing technique lorsque l'émotion est vive. Mieux vaut d'abord vérifier ce que chacun souhaite poursuivre ou arrêter. L'analyse viendra plus tard et pourra rester très simple : quel a été le premier signe reconnu, une diminution de la stimulation a-t-elle été tentée, qu'a-t-elle produit et comment la situation a-t-elle été vécue ?

Les progrès précédents restent acquis après un épisode rapide. Si la difficulté redevient durable et envahissante, le chapitre 26 aidera à reprendre le raisonnement à partir de ces acquis.

L'essentiel

- Le partenaire possède un vécu propre sans porter la responsabilité de la guérison.
- Les pratiques et les préférences ne se déduisent jamais du genre.
- Le consentement s'applique à chaque exercice et demeure révocable.
- Le parcours sans partenaire permet un apprentissage complet.
- Après l'éjaculation, la sexualité peut se poursuivre si les deux personnes le désirent.

Références principales

European Association of Urology. Disorders of Ejaculation. 2026.
AIUS et AFU. Recommandations pour le traitement de l'éjaculation précoce. 2023.
Kempeneers P et coll. Sexual cognitions, trait anxiety, sexual anxiety and distress. 2018.

III

Choisir les traitements

CHAPITRE 14

À quoi reconnaît-on qu'un traitement fonctionne ?

La question paraît appeler un chiffre : combien de minutes ont été gagnées ? Ce résultat prend son sens avec la sensation de choix, la stabilité de l'érection et le retour d'une sexualité agréable. Une durée accrue sous la surveillance de chaque seconde laisse persister une part essentielle du trouble.

Le traitement vise donc une sexualité moins soumise à l'éjaculation. Les essais et les recommandations observent le délai, le contrôle perçu, la souffrance, la satisfaction et les difficultés relationnelles. Ces dimensions évoluent parfois ensemble, parfois à des rythmes différents.

Retrouver une marge de choix

Le contrôle perçu correspond à la capacité de reconnaître la montée et d'agir avant le déclenchement. Il offre une marge de choix adaptée aux variations ordinaires du corps. Une amélioration apparaît lorsque l'homme identifie un signe plus tôt, peut diminuer la stimulation, obtient une baisse réelle de l'excitation ou reprend sans être immédiatement emporté.

Cette marge varie selon les jours, le désir, l'espacement des rapports et la pratique. Une rencontre particulièrement excitante peut encore se terminer plus vite. L'efficacité du traitement apparaît dans la répétition des situations où l'homme conserve une possibilité d'agir et dans le caractère occasionnel de ces épisodes rapides.

Donner au délai sa juste place

Le délai apporte une information utile à condition de préciser dans quelle pratique il est observé. Une estimation par grandes catégories suffit le plus souvent : avant la pénétration, au début, après plusieurs minutes ou de manière

très variable. Une mesure plus précise n'a d'intérêt que lorsqu'elle modifie une décision thérapeutique.

L'évolution sera évaluée sur plusieurs situations représentatives. Une performance exceptionnelle peut encourager, tandis que la répétition du changement indique sa solidité. Un gain modeste devient parfois cliniquement décisif lorsqu'il ouvre la possibilité de ralentir, de changer de position ou de cesser enfin de redouter chaque rencontre.

Mesurer ce qui pesait réellement

La souffrance comprend la honte, l'anticipation, la frustration et l'impression d'échec. Elle peut diminuer avant même que le délai ne change beaucoup, parce que l'homme comprend son fonctionnement et ne donne plus à chaque épisode la même signification. Elle peut aussi persister malgré un bon résultat pharmacologique, signe que la dimension psychosexuelle mérite encore d'être travaillée.

La satisfaction sexuelle concerne toute la rencontre : le désir, le plaisir, l'érection, le confort, les pratiques choisies et ce qui se passe après l'éjaculation. Le retentissement relationnel, enfin, inclut l'évitement, les malentendus, les conflits et la place prise par le trouble dans le couple. Lorsque cela est possible, chaque partenaire l'évalue pour lui-même.

Transformer une ambition en objectif observable

« Tenir le plus longtemps possible » reconduit la logique de performance par son absence de limite. Un objectif thérapeutique utile décrit une situation, une compétence et le changement attendu. Il peut s'agir de reconnaître un signe avant l'urgence au cours de deux séances, de conserver une érection stable pendant un ralentissement, de reprendre une pénétration sans accélération immédiate ou de parler du rythme avec son partenaire sans qu'un conflit n'éclate.

D'autres objectifs porteront sur la vie autour du rapport : cesser d'éviter les rencontres, retrouver l'envie d'initier une activité sexuelle, diminuer la surveillance ou rendre l'anxiété compatible avec le plaisir. Les nombres proposés dans les critères de passage servent uniquement à organiser l'apprentissage et reposent sur des choix pédagogiques.

Ce que « guérir » peut vouloir dire

Pour certains hommes, la guérison correspondra à la disparition durable des critères du trouble. Pour d'autres, les épisodes rapides deviendront rares, modulables et dépourvus de retentissement. Une forme variable ou subjective s'améliore parfois surtout lorsque les attentes et la surveillance changent. Une forme présente depuis les premiers rapports nécessite souvent un médicament associé à la rééducation.

Le résultat se juge donc dans la durée, au regard de l'érection, du plaisir, des effets indésirables et de la charge imposée par le traitement. Une solution permanente doit laisser à la sexualité suffisamment d'espace. À terme, les compétences apprises se font assez discrètes pour que la rencontre reprenne le premier plan.

Bilan de départ

- Contrôle perçu : absent / faible / variable / satisfaisant.
- Délai dans la pratique la plus gênante : avant le début / au début / après plusieurs minutes / variable.
- Souffrance : faible / modérée / forte.
- Satisfaction sexuelle : faible / moyenne / bonne.
- Évitement : jamais / parfois / souvent.
- Érection avant l'éjaculation : stable / variable / régulièrement insuffisante.
- Retentissement pour le ou la partenaire : absent / présent / non discuté.

Choisir deux objectifs prioritaires. Ces mêmes dimensions seront reprises après les premiers traitements et à la fin du parcours.

Références principales

European Association of Urology. Disorders of Ejaculation. 2026.

AIUS et AFU. Recommandations pour le traitement de l'éjaculation précoce. 2023.

Li L et coll. Cognitive behavioral therapy combined with selective serotonin reuptake inhibitors for premature ejaculation. 2025.

CHAPITRE 15

Les deux médicaments autorisés en France

Un médicament peut ralentir suffisamment la montée pour que l'homme retrouve une marge, reprenne confiance et rende les exercices réellement praticables. Il s'intègre alors à la compréhension du trouble et à l'apprentissage. En France, deux traitements disposent d'une autorisation de mise sur le marché pour l'éjaculation précoce : la dapoxétine par voie orale et l'association lidocaïne-prilocaine appliquée localement.

Ces traitements partagent une indication générale et agissent par des voies très différentes. La dapoxétine modifie la transmission de la sérotonine dans l'ensemble de l'organisme et nécessite une ordonnance. L'association lidocaïne-prilocaine diminue temporairement la sensibilité du gland. Le choix dépend de la forme clinique, de l'érection, des pratiques, des autres traitements et du risque d'interaction.

Les informations qui suivent ont été vérifiées en juillet 2026. La notice et le résumé des caractéristiques du produit en vigueur restent prioritaires.

Dapoxétine : PRILIGY

La dapoxétine est un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine à action courte. PRILIGY est autorisé chez les hommes de 18 à 64 ans qui réunissent les critères réglementaires de l'éjaculation précoce. Délivré sur ordonnance, il se prend à la demande.

La dose initiale est de 30 mg, environ une à trois heures avant l'activité sexuelle prévue. Le comprimé doit être avalé entier avec au moins un grand verre d'eau. PRILIGY n'est pas conçu pour une prise quotidienne continue et ne doit jamais être pris plus d'une fois au cours de vingt-quatre heures.

Le traitement commence à 30 mg. Le médecin envisage une augmentation à 60 mg uniquement lorsque la réponse reste insuffisante et qu'aucun effet

indésirable modéré ou grave, symptôme annonciateur de syncope ou réaction orthostatique n'est survenu. À 60 mg, les effets indésirables deviennent plus fréquents et plus sévères.

Après les quatre premières semaines, ou au moins six prises, le bénéfice et les risques sont réévalués. Lorsque le traitement se poursuit, cette réévaluation a lieu au minimum tous les six mois. Les données disponibles au-delà de vingt-quatre semaines restent limitées.

Prévenir les malaises et les pertes de connaissance

Nausées, vertiges et maux de tête comptent parmi les effets indésirables fréquents. Une baisse de tension au passage en position debout et des syncopes ont également été rapportées. Certaines sensations peuvent annoncer une perte de connaissance : nausée, étourdissement, palpitations, faiblesse, confusion ou sueurs.

À leur apparition, il faut s'allonger avec la tête plus basse que le reste du corps ou s'asseoir en plaçant la tête entre les genoux, puis attendre leur disparition. La conduite et l'utilisation de machines dangereuses sont à éviter si ces symptômes surviennent. L'alcool accentue les effets neurocognitifs et le risque de syncope ; il doit être évité pendant le traitement.

Avant toute prescription, le médecin recherche des antécédents de malaise ou de syncope, vérifie la réponse orthostatique, les maladies cardiovasculaires, les atteintes du foie ou du rein et l'ensemble des traitements. La liste complète des contre-indications et des interactions est trop longue pour être remplacée par un chapitre de livre.

La dapoxétine ne doit pas être associée aux médicaments sérotoninergiques contre-indiqués par le résumé, parmi lesquels d'autres ISRS, certains antidépresseurs, le tramadol, le millepertuis et plusieurs autres molécules. Les inhibiteurs puissants du CYP3A4, dont certains antirétroviraux comme le ritonavir, sont également contre-indiqués.

Le résumé français demande en outre de ne pas utiliser PRILIGY avec un inhibiteur de la PDE5, comme le sildénafil, le tadalafil ou le vardénafil, en raison d'une possible diminution de la tolérance orthostatique. Cette règle réglementaire française s'applique même si certaines publications internationales ont étudié de telles associations.

Lidocaïne-prilocaine : FORTACIN

FORTACIN est un spray cutané autorisé chez l'homme adulte pour la forme présente depuis les premiers rapports. Son action locale diminue temporairement la sensibilité du gland. Sa disponibilité sans ordonnance laisse entière la nécessité de vérifier son indication et d'en respecter précisément l'utilisation.

Une dose correspond à trois pulvérisations, réparties de manière à couvrir le gland après avoir entièrement dégagé le prépuce. Le flacon se tient verticalement et doit être préparé conformément à la notice. Cinq minutes après l'application, l'excédent est essuyé avant toute activité sexuelle. Le maximum autorisé est de trois doses en vingt-quatre heures, séparées d'au moins quatre heures.

Pulvériser davantage augmente surtout le risque d'anesthésie trop profonde, de transfert au partenaire et d'effets indésirables. Le produit s'applique uniquement sur le gland, à la dose indiquée.

Éviter le transfert au partenaire

Le spray peut être transféré vers la bouche, la gorge, les organes génitaux ou la muqueuse anale du partenaire. L'engourdissement qui en résulte risque de masquer une douleur et de favoriser une blessure. Attendre cinq minutes puis essuyer l'excédent réduit cette exposition sans autoriser pour autant un contact non désiré.

FORTACIN ne doit pas être utilisé avec les préservatifs masculins ou féminins en polyuréthane, car une détérioration a été observée. Le résumé indique une compatibilité avec le latex, le polyisoprène, le nitrile et le silicone. Même compatible, un préservatif n'empêche ni la diminution de sensibilité de l'homme ni une éventuelle baisse de l'érection.

En cas de projet de conception, le résumé recommande d'éviter le produit ou, si son emploi est indispensable à la pénétration, de laver soigneusement le gland cinq minutes après l'application et avant le rapport. Une grossesse, une allergie aux anesthésiques locaux ou une irritation justifie de demander conseil au médecin ou au pharmacien.

Effets indésirables et méthémoglobinémie

Chez l'homme, les effets indésirables les plus fréquents sont une diminution de la sensibilité génitale et une difficulté d'érection. Brûlure, irritation, rougeur, douleur ou démangeaison peuvent également apparaître. Le partenaire peut ressentir une brûlure ou un engourdissement à l'endroit du contact.

La prilocaïne peut favoriser une méthémoglobinémie, notamment en présence de certaines maladies ou de substances qui augmentent ce risque. Les nitrates et les nitrites figurent parmi elles. Comme les poppers contiennent des dérivés du nitrite, FORTACIN ne doit pas leur être associé sans avis médical ou pharmaceutique préalable. Le nom commercial d'un produit ne permet jamais de conclure à sa compatibilité.

Une coloration bleu-gris de la peau accompagnée d'un essoufflement, d'un malaise, de symptômes neurologiques ou de signes cardiovasculaires impose l'arrêt de FORTACIN et une aide médicale urgente.

Choisir le traitement qui correspond à la situation

La dapoxétine agit dans l'ensemble de l'organisme, possède de nombreuses interactions et nécessite une prescription. FORTACIN agit localement, s'adresse à la forme primaire et expose surtout à une diminution de sensibilité ou à un transfert. L'érection, les pratiques sexuelles, les médicaments en cours et les préférences orientent le choix.

Lorsqu'ils sont bien indiqués, ces traitements peuvent élargir le temps pendant lequel l'excitation reste modulable et donner au travail psychosexuel l'espace qui lui manquait.

Références principales

Base de données publique des médicaments. PRILIGY 30 mg et 60 mg, résumés mis à jour le 1er décembre 2025.

Base de données publique des médicaments. FORTACIN 150 mg/ml + 50 mg/ml, résumé en vigueur en juillet 2026.

AIUS et AFU. Recommandations pour le traitement de l'éjaculation précoce. 2023.

CHAPITRE 16

Les traitements hors autorisation et ceux qu'il vaut mieux écarter

Le marché de l'éjaculation précoce abonde en produits et en promesses. Antidépresseurs, antalgiques, crèmes mystérieuses, injections dans le gland ou chirurgie du frein sont tour à tour présentés comme la solution qui aurait échappé aux traitements habituels. Leur valeur scientifique et leur statut réglementaire varient profondément, quel que soit leur degré de visibilité dans une publication ou sur un site commercial.

Certains médicaments peuvent être prescrits hors autorisation de mise sur le marché dans un cadre médical précis. D'autres interventions possèdent un rapport entre bénéfice et risque trop incertain pour être proposées couramment. Savoir les distinguer protège de l'automédication autant que des renoncements prématurés.

Ce que signifie une prescription hors AMM

Une autorisation de mise sur le marché, ou AMM, définit les indications, les doses et les conditions d'utilisation officiellement reconnues d'un médicament. Une prescription hors AMM demeure encadrée. En l'absence d'alternative autorisée appropriée, le médecin peut y recourir lorsqu'il la juge indispensable au regard des connaissances disponibles et du cadre légal.

Le patient doit alors être informé du statut du médicament, des bénéfices espérés, des risques, des contraintes et des modalités de prise en charge. La mention réglementaire figure sur l'ordonnance et la décision est inscrite au dossier. Une recommandation professionnelle peut soutenir ce choix ; elle ne transforme pas l'usage en indication autorisée. C'est pourquoi ce guide ne donne aucune dose destinée à l'autotraitement.

Paroxétine et autres antidépresseurs

Plusieurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine, pris quotidiennement, retardent l'éjaculation. Après l'échec des traitements autorisés et en l'absence de contre-indication, la recommandation française envisage un ISRS hors AMM, de préférence la paroxétine.

La paroxétine reste un antidépresseur, avec des effets indésirables digestifs, neurologiques, psychiques et sexuels possibles. Elle interagit avec d'autres substances sérotoninergiques et peut provoquer des symptômes de sevrage, surtout lorsqu'elle est arrêtée brutalement. Sa prescription comprend donc une surveillance et, lorsque vient le moment de l'interrompre, une diminution progressive décidée avec le médecin.

La clomipramine a également été étudiée. Son appartenance aux antidépresseurs tricycliques lui confère d'autres contre-indications, précautions et interactions. Son éventuelle prescription relève d'une décision médicale et d'une surveillance, après évaluation des autres possibilités thérapeutiques.

La dapoxétine ne se combine pas librement avec ces traitements. Une accumulation de substances sérotoninergiques expose au syndrome sérotoninergique, qui peut associer modification de l'état mental, fièvre, instabilité végétative, tremblements, réflexes exagérés, myoclonies, rigidité et symptômes digestifs.

Le tramadol : un rapport entre bénéfice et risque défavorable

Le tramadol est un opioïde doté d'un effet retardant sur l'éjaculation. Somnolence, dépression respiratoire, convulsions, syndrome sérotoninergique, dépendance et sevrage composent toutefois un risque disproportionné par rapport à cet effet. La recommandation française l'écarte du traitement de l'éjaculation précoce, y compris comme solution ponctuelle détournée.

Les médicaments de l'érection

Les inhibiteurs de la PDE5 traitent la difficulté érectile. Ils ne possèdent pas d'indication française dans une éjaculation précoce isolée. Lorsqu'un trouble

de l'érection est associé, celui-ci doit être traité en priorité selon les recommandations qui lui sont propres.

Aucun inhibiteur de la PDE5 ne doit être associé aux poppers. Le résumé français de PRILIGY demande aussi de ne pas combiner la dapoxétine avec cette classe. Qu'une étude internationale ait examiné une association ne permet pas de la reproduire en dehors du cadre réglementaire français.

Chirurgie du frein et circoncision

Une section du frein ou une circoncision peut être indiquée devant une pathologie propre du prépuce ou du frein : douleur, fissures, gêne mécanique ou frein réellement court. L'éjaculation précoce, à elle seule, ne fournit aucune indication chirurgicale. Les recommandations françaises n'emploient pas ces opérations comme traitement courant du trouble.

Un homme qui ressent une douleur localisée ou constate une anomalie mérite une évaluation urologique. Il ne doit pas subir une intervention irréversible sur la seule promesse d'une éjaculation plus tardive.

Les injections d'acide hyaluronique

Des injections dans le gland ont été étudiées pour réduire la sensibilité. La recommandation européenne leur accorde une place faible dans certaines situations, tandis que les données de sécurité à long terme et le risque de complications restent insuffisamment établis. Leur caractère invasif, leur statut hors autorisation dans cette indication et ces incertitudes conduisent à les écarter de ce guide destiné au public français.

Les produits et appareils vendus en ligne

Un spray qui promet un retard immédiat peut contenir un anesthésique, une concentration inconnue ou une substance non déclarée. L'absence d'ordonnance ne renseigne ni sur son indication, ni sur sa compatibilité avec un préservatif, ni sur ses interactions. Tout produit dépourvu d'une composition, d'une notice et d'un statut réglementaire vérifiables doit être écarté.

Les vibrateurs et autres dispositifs de stimulation peuvent servir de support à un exercice. Un petit essai randomisé a retrouvé une amélioration après une

séquence répétée de pause et reprise assistée par vibreur. Ce résultat soutient le principe de l'exercice, sans établir l'efficacité propre d'un appareil ni rendre son achat nécessaire.

Décision pratique

- Traitement autorisé insuffisant ou mal toléré : réévaluer le diagnostic, l'érection, l'utilisation réelle et les objectifs avec le médecin.
- Antidépresseur proposé : vérifier le statut hors AMM, les interactions, la surveillance et le plan d'arrêt.
- Tramadol, chirurgie ou produit de composition inconnue : ne pas entreprendre sans réévaluation spécialisée.
- Trouble de l'érection associé : le traiter en priorité, sans jamais associer un inhibiteur de la PDE5 aux poppers ou à PRILIGY.

Références principales

AIUS et AFU. Recommandations pour le traitement de l'éjaculation précoce. 2023.

Code de la santé publique, articles relatifs aux prescriptions non conformes à l'autorisation.

Base de données publique des médicaments. Résumés de la paroxétine, de la clomipramine et du tramadol.

CHAPITRE 17

Ce que travaille réellement une sexothérapie

Une sexothérapie observe ce qui se produit avant, pendant et après la rencontre sexuelle : la manière dont l'excitation monte, les pensées qui précipitent les gestes, les tensions du corps, la stabilité de l'érection, la place du partenaire et les conséquences laissées par chaque épisode. Elle organise à partir de cette observation un travail ciblé, bien plus précis qu'une suite d'astuces destinées à « tenir ».

Selon la forme clinique, ce travail peut suffire ou accompagner un médicament. Les formes variables et subjectives répondent parfois surtout à une information juste et à la modification des attentes. Dans les formes anciennes et persistantes, l'association avec un traitement pharmacologique offre souvent une marge sans laquelle les exercices restent trop difficiles.

Les objectifs derrière les techniques

Les recommandations européennes retiennent plusieurs directions : améliorer la perception de l'excitation et la capacité de modulation, réduire l'anxiété et la souffrance, restaurer la confiance, faciliter la communication et résoudre les difficultés qui maintiennent le trouble. Les recommandations françaises traduisent ce travail en cinq axes pratiques : sensations, pensées, respiration, relâchement musculaire et fluidité du bassin.

L'ordre dépend de la situation. Une difficulté d'érection, une douleur, une dépression, une relation violente ou une forme acquise encore inexpliquée peut imposer d'autres soins avant toute technique sexuelle structurée.

Pause et reprise : apprendre, pas résister

La technique de pause et reprise demande d'interrompre ou de diminuer nettement la stimulation avant le déclenchement irréversible, d'attendre une baisse réelle de l'excitation, puis de reprendre. Chaque arrêt sert à découvrir le

moment où une modification reste efficace et la manière dont le corps redescend.

Les essais comportementaux demeurent peu nombreux et hétérogènes. Un petit essai utilisant un vibreur a néanmoins retrouvé une amélioration de symptômes autodéclarés après des séances répétées. Ce résultat soutient le principe d'apprentissage sans établir un protocole universel.

Une pause entreprise après le déclenchement arrive trop tard pour modifier l'éjaculation. Si elle fragilise systématiquement l'érection ou transforme chaque séance en surveillance anxieuse, la technique doit être adaptée. Diminuer progressivement le rythme, l'amplitude ou l'intensité permet parfois de rester en mouvement sans franchir le seuil. La compression du pénis, ou squeeze, reste en dehors du parcours central en raison de preuves limitées et d'une acceptabilité souvent médiocre.

Travailler les pensées par leurs effets

Une pensée sexuelle devient cliniquement intéressante lorsqu'elle modifie le comportement. « Si je ralentis, mon érection va disparaître » peut conduire à accélérer ; « il faut qu'il ou elle jouisse avant moi » peut transformer le rapport en course ; « je dois contrôler chaque seconde » installe une surveillance qui éloigne du plaisir.

Le travail cognitif examine les effets de ces pensées et vérifie la réalité sur laquelle elles s'appuient. Devant la peur de perdre l'érection, par exemple, la rigidité doit d'abord être évaluée. Si un trouble érectile existe, il est traité. Si l'érection reste stable, une diminution progressive du rythme permettra d'expérimenter une autre réponse.

Une attention souple aux sensations

Reconnaître la montée exige de sentir ; contrôler chaque seconde empêche de vivre. Entre ces deux pôles, l'attention souple permet de percevoir un changement puis de revenir à la rencontre. La pleine conscience peut aider certains hommes à observer sensations et pensées sans réagir immédiatement. Les recommandations européennes la proposent avec prudence, car les données spécifiques restent limitées.

La distraction systématique peut retarder l'éjaculation au prix d'un éloignement du plaisir et de l'apprentissage sensoriel. Le traitement privilégie une présence suffisamment souple pour reconnaître les sensations et agir sur elles.

Sensate focus et travail partagé

Le sensate focus organise des contacts corporels centrés sur les sensations et dégagés d'un objectif immédiat de pénétration ou d'orgasme. Il peut alléger la pression et rouvrir une communication devenue difficile. Les données spécifiques à l'éjaculation prématuurée restent modestes ; l'outil est proposé lorsque les deux partenaires le souhaitent, en complément des traitements mieux établis.

Dans tout exercice partagé, les pratiques, les signaux et les limites sont définis à l'avance. Le partenaire décrit son propre vécu et laisse à l'homme concerné l'observation de ses sensations et de ses progrès.

Pourquoi les associations sont souvent plus efficaces

Les preuves concernant les interventions psychosexuelles isolées demeurent fragiles. Des méta-analyses récentes montrent toutefois qu'une thérapie cognitivo-comportementale associée à un ISRS, ou une intervention non pharmacologique associée à la dapoxétine, améliore plusieurs résultats par rapport au médicament seul. Malgré la diversité des méthodes et de la qualité des essais, l'ensemble soutient une prise en charge combinée.

Le médicament ralentit la montée ; la thérapie apprend quoi faire de cette nouvelle marge. Cette complémentarité explique mieux leur association qu'une opposition stérile entre le corps et l'esprit.

Choisir la bonne compétence professionnelle

Un médecin sexologue peut rechercher les causes médicales et prescrire. Un psychologue ou un psychothérapeute formé à la sexologie travaille les dimensions psychiques et relationnelles, dans les limites propres à sa profession. La formation initiale du professionnel précise donc ses compétences et son droit de prescrire, au-delà du mot « sexologue ». Le chapitre 27 donnera les repères nécessaires.

Références principales

- European Association of Urology. Disorders of Ejaculation. 2026.
- AIUS et AFU. Recommandations pour le traitement de l'éjaculation précoce. 2023.
- Li L et coll. Cognitive behavioral therapy combined with selective serotonin reuptake inhibitors. 2025.
- Nieves Martín M et coll. Dapoxetine combined with non-pharmacological approaches. 2025.

CHAPITRE 18

Respirer, relâcher et retrouver un bassin mobile

À mesure que l'excitation s'élève, le corps change parfois avant que l'homme en ait conscience. Le souffle se raccourcit, les abdominaux se durcissent, les fesses se serrent et le bassin perd sa mobilité. Ces réactions peuvent accélérer la montée ou rendre ses signes moins lisibles, quel que soit leur rôle dans l'origine du trouble.

Le travail corporel vise d'abord à les reconnaître. Il distingue quatre fonctions, la perception, le relâchement, la coordination et la force, dont les besoins varient d'un homme à l'autre. La respiration et le périnée deviennent ainsi des moyens d'observation et d'action ciblés.

Le plancher pelvien remplit plusieurs fonctions

Le repérage consiste à identifier les muscles qui permettraient de retenir simultanément les urines et les gaz. Une contraction douce produit parfois un léger mouvement à la base du pénis et du scrotum. Les fesses, les cuisses et le ventre ne doivent pas prendre le relais.

Vient ensuite le relâchement. Un homme capable de contracter fortement peut rester incapable de laisser toute la tension disparaître. Dans l'éjaculation précoce, le retour au repos prend souvent une importance particulière. Un périnée serré en permanence devra retrouver cette capacité avant d'envisager un renforcement.

La coordination permet enfin d'adapter contraction et détente à une situation fonctionnelle. Le traitement cherche surtout à repérer les crispations involontaires et à les modifier avant l'urgence. Le renforcement, qui augmente les capacités musculaires par des répétitions, répond à une autre indication.

Les méta-analyses publiées en 2026 retrouvent des résultats hétérogènes et une efficacité inférieure à celle de la dapoxétine lorsque le travail musculaire est utilisé seul. Ce livre ne prescrit donc aucun renforcement systématique.

Localiser le plancher pelvien en sécurité

Imaginer que l'on retient les urines et les gaz aide à localiser le plancher pelvien. Interrompre réellement le jet ne doit pas devenir un exercice répété, car la vidange de la vessie pourrait en être perturbée.

La première observation a lieu hors activité sexuelle, avec une respiration normale. Une contraction douce suffit pour reconnaître le mouvement ; elle est suivie d'un relâchement complet. Une douleur, une difficulté persistante à relâcher, des symptômes urinaires ou une tension pelvienne justifient un bilan auprès d'un professionnel formé au plancher pelvien masculin.

La respiration comme témoin et comme appui

Une excitation forte s'accompagne parfois d'un souffle rapide ou bloqué. Retrouver une respiration abdominale confortable et laisser l'expiration s'allonger peut diminuer une tension, tout en rendant la montée plus perceptible. L'effet isolé de cette technique sur l'éjaculation précoce n'est pas établi.

Aucune cadence n'est imposée. Trois repères suffisent : le souffle reste fluide, aucune apnée involontaire ne s'installe et l'expiration accompagne un relâchement que l'homme peut réellement sentir. Des vertiges imposent d'arrêter l'exercice et de reprendre une respiration habituelle.

Rendre au bassin plusieurs possibilités

Un bassin figé oblige le mouvement à suivre un seul rythme. Hors activité sexuelle, des bascules lentes permettent de distinguer l'avancée, le recul, l'amplitude et l'immobilité. Ces mouvements servent à explorer les possibilités du bassin et à retrouver plusieurs manières confortables de bouger.

Pendant la sexualité, cette mobilité offre des choix : réduire l'amplitude, ralentir, interrompre un mouvement sans contracter tout le corps ou reprendre autrement. Chaque adaptation doit respecter la pratique, la douleur éventuelle et le confort du partenaire.

Ce que les études permettent d'affirmer

Les revues récentes suggèrent que la physiothérapie peut aider certains hommes et paraît globalement sûre. Les programmes mélangent toutefois plusieurs techniques, portent sur de petits effectifs et diffèrent beaucoup les uns des autres. Dans les comparaisons quantitatives, la dapoxétine reste favorisée.

La rééducation corporelle prend donc sa place dans une stratégie combinée ou lorsque le médicament n'est pas possible ou souhaité après discussion médicale. Elle offre des compétences adaptées aux réactions observées chez chaque homme.

Quand demander un bilan kinésithérapique

Une douleur pelvienne, une hypertonie suspectée, des symptômes urinaires, l'impossibilité d'identifier ou de relâcher les muscles, un antécédent chirurgical ou l'échec d'exercices bien conduits justifient une évaluation. Le professionnel distingue perception, relâchement, coordination et force afin de ne pas prescrire des contractions répétées à un muscle déjà trop tendu.

Références principales

AIUS et AFU. Recommandations pour le traitement de l'éjaculation précoce. 2023.

De Oliveira FA et coll. Efficacy of pelvic floor muscle training in the management of premature ejaculation. 2026.

Medrano-Sánchez EM et coll. Effectiveness of physiotherapy in male premature ejaculation. 2026.

CHAPITRE 19

Construire une stratégie thérapeutique combinée

Lorsqu'une difficulté possède plusieurs dimensions, chacune peut demander une intervention particulière. Le médicament ralentit la montée. La sexothérapie apporte des compétences. Le traitement de l'érection restaure la possibilité de faire des pauses. Une stratégie combinée organise leur complémentarité selon les besoins observés.

Chaque élément répond à une question précise, pendant une durée définie, avec un critère permettant de décider s'il doit être poursuivi, modifié ou arrêté. Cette organisation évite l'accumulation confuse de produits, de techniques et d'exercices.

Dans la forme présente depuis les premiers rapports

Le traitement pharmacologique occupe une place de première intention dans les recommandations européennes, tandis que les recommandations françaises proposent à tous des conseils psychosexuels. L'association suit une logique simple : le médicament élargit la période pendant laquelle l'excitation peut encore être modulée ; la rééducation utilise cet espace pour apprendre les sensations, les ralentissements et la communication.

Le choix entre dapoxétine et FORTACIN dépend de l'indication, des interactions, de la tolérance, de l'érection et des pratiques. Avant de conclure à l'inefficacité, il faut vérifier que la prise ou l'application correspond réellement aux instructions.

Dans la forme acquise

Le facteur sous-jacent, lorsqu'il est retrouvé, doit être traité avant ou en même temps que l'éjaculation précoce. Une difficulté d'érection reçoit la priorité. Une douleur, une infection, une hyperthyroïdie ou un trouble psychique possède sa propre prise en charge.

La recommandation française permet également de proposer la dapoxétine. La rééducation s'adapte au changement observé : accélération destinée à préserver la rigidité, montée liée à une situation particulière ou anxiété apparue après les premiers épisodes.

Dans les formes variable et subjective

La forme variable bénéficie surtout d'une compréhension des fluctuations, d'une analyse des contextes et d'outils ponctuels de modulation. Dans la forme subjective, le travail porte sur les attentes, le chronomètre, l'exigence d'un contrôle absolu et l'éventuelle difficulté sexuelle qui se cache derrière la plainte. Ajouter un médicament par réflexe, alors que le délai est déjà long et la capacité de retardement conservée, exposerait à des effets indésirables sans répondre au besoin.

Lorsque l'érection est également fragile

Le traitement de la difficulté érectile précède les exercices éjaculatoires. Les médicaments de l'érection sont prescrits après vérification de leurs contre-indications et ne sont jamais associés aux poppers.

La réglementation française demande aussi de ne pas associer PRILIGY à un inhibiteur de la PDE5. Certaines publications discutent des résultats favorables d'une telle combinaison ; le présent guide suit le résumé français des caractéristiques du produit. Le prescripteur devra choisir une autre stratégie.

Lorsque la pression occupe toute la rencontre

Une thérapie psychosexuelle cible les pensées de performance, l'évitement, la surveillance et les comportements qui accélèrent. Un médicament peut, parallèlement, réduire la pression en donnant une marge de retardement plus grande. Le résultat sera évalué sur le délai, la satisfaction et la souffrance.

Une dépression, un trouble anxieux ou un psychotraumatisme appelle un traitement spécifique. Tout médicament psychotrope doit être intégré à la vérification des interactions avant d'envisager la dapoxétine.

Rendre la combinaison lisible

Pour chaque intervention, quatre questions suffisent à maintenir le cap.

- **Objectif.** Quel aspect du trouble doit changer ?
- **Modalité.** Quand et comment le traitement sera-t-il utilisé ?
- **Indicateur.** Quelle observation montrera qu'il agit ?
- **Réévaluation.** À quel moment décidera-t-on de poursuivre, modifier ou arrêter ?

Pour la dapoxétine, par exemple, l'objectif peut être d'élargir la marge de retardement. La prise suit l'ordonnance ; le contrôle, le délai, la tolérance et la satisfaction servent d'indicateurs ; le premier bilan intervient après quatre semaines ou six prises. La rééducation avance en parallèle selon les critères des cinq modules.

Introduire les changements de manière lisible

Deux changements simultanés se justifient lorsqu'ils répondent à deux troubles distincts ou que leur association possède des données favorables. Une succession rapide de produits rend difficile l'identification de ce qui agit ou provoque un effet indésirable. Substances sérotoninergiques, anesthésiques locaux et médicaments de l'érection ne sont jamais combinés par autoexpérimentation.

Dans une stratégie bien construite, chaque élément garde une raison d'être.

Références principales

- European Association of Urology. Disorders of Ejaculation. 2026.
- AIUS et AFU. Recommandations pour le traitement de l'éjaculation précoce. 2023.
- Li L et coll. Cognitive behavioral therapy combined with selective serotonin reuptake inhibitors. 2025.
- Nieves Martín M et coll. Dapoxetine combined with non-pharmacological approaches. 2025.

IV

De la compréhension au réapprentissage

CHAPITRE 20

Avant de commencer : construire son parcours

Le désir de passer enfin aux exercices est compréhensible. Après des années de conseils dispersés, remplir encore un bilan peut donner l'impression de perdre du temps. Pourtant, quelques questions posées dans le bon ordre évitent de consacrer plusieurs semaines à une technique inadaptée, ou de demander au corps ce qu'un trouble de l'érection, une douleur ou une souffrance psychique l'empêche actuellement de faire.

Les pages qui suivent rassemblent les informations utiles, font apparaître les motifs de consultation et donnent au parcours une direction. Le diagnostic, lorsqu'il reste à poser, relève d'une évaluation médicale. Les réponses seront conservées : elles serviront de point de comparaison lorsque les premiers changements apparaîtront.

Faut-il commencer ou consulter d'abord ?

Lire les cinq situations dans l'ordre.

1. **La difficulté est apparue après une période satisfaisante.** Prendre rendez-vous pour une évaluation médicale, puis construire le programme à partir de ce qui aura été retrouvé.
2. **La rigidité diminue régulièrement avant l'éjaculation.** Faire évaluer et traiter la difficulté d'érection avant les exercices fondés sur les pauses.
3. **Une douleur, un écoulement, des brûlures urinaires, du sang dans le sperme ou les urines, une lésion, une fièvre ou un autre changement de santé est associé.** Consulter avant de commencer les exercices sexuels.
4. **Une détresse marquée, une dissociation, une reviviscence traumatique, une violence ou une peur relationnelle est présente.**

Choisir un accompagnement professionnel adapté avant toute exposition sexuelle structurée.

- 5. La forme clinique a été évaluée et aucune des situations précédentes n'interrompt le parcours.** Commencer le module 1 tout en poursuivant les traitements prescrits.

Les urgences décrites dans l'avant-propos ne relèvent pas de cet arbre de décision et nécessitent une aide immédiate.

Fiche 1 : décrire ce qui arrive

Date du bilan :

Depuis quand la difficulté existe-t-elle ?

.....

Dans quelles pratiques survient-elle ?

- ☐ Masturbation
- ☐ Stimulation manuelle partagée
- ☐ Sexe oral
- ☐ Pénétration vaginale
- ☐ Pénétration anale insertive
- ☐ Autre :

Moment habituel de l'éjaculation dans la pratique la plus gênante :

- ☐ Avant le début de la pratique souhaitée
- ☐ Dès le début
- ☐ Après une durée courte mais variable
- ☐ Après plusieurs minutes avec une faible marge de modulation

Contrôle perçu : absent / faible / variable / satisfaisant

Souffrance : faible / modérée / forte

Conséquence qui pèse le plus :

.....

Fiche 2 : retrouver la chronologie

- ☐ La difficulté existe depuis les premiers rapports.
- ☐ Elle est apparue après une période satisfaisante.
- ☐ Les épisodes rapides restent irréguliers et alternent avec des rapports satisfaisants.
- ☐ Le délai est habituellement long et demeure toujours jugé insuffisant.

Forme évoquée après évaluation : présente depuis les premiers rapports / acquise / variable / subjective / non déterminée.

Diagnostic posé par :

Date :

Fiche 3 : noter ce qui doit être signalé au médecin

Cocher les éléments présents ou apparus autour du changement.

- ☐ Baisse de rigidité avant l'éjaculation
- ☐ Douleur à l'éjaculation ou douleur pelvienne
- ☐ Brûlures urinaires, écoulement ou lésion génitale
- ☐ Sang dans le sperme ou les urines
- ☐ Symptômes évocateurs d'hyperthyroïdie
- ☐ Sommeil non réparateur, ronflements importants ou somnolence
- ☐ Diabète ou autre changement de santé
- ☐ Nouveau médicament, changement de dose ou substance
- ☐ PrEP ou traitement antirétroviral
- ☐ Humeur dépressive, perte d'intérêt ou détresse marquée

Décision : consultation avant exercice / évaluation déjà réalisée / aucun élément d'orientation.

Fiche 4 : comprendre le rôle de l'érection

La rigidité diminue-t-elle avant l'éjaculation ? oui / non / parfois

Dans quelles situations ?

.....

Une pause ou une baisse de rythme fragilise-t-elle l'érection ? oui / non

Les gestes sont-ils accélérés pour préserver la rigidité ? oui / non

Décision : parcours EP / évaluation et traitement de l'érection en priorité.

Fiche 5 : rassembler les traitements

Médicaments et doses prescrites :

.....

Produits appliqués localement :

.....

PrEP, traitement antirétroviral, compléments et substances :

.....

Interactions vérifiées par : médecin / pharmacien / non vérifiées.

Date de la prochaine réévaluation :

Fiche 6 : choisir deux changements qui comptent

- ☐ Reconnaître un signe avant l'urgence.
- ☐ Faire redescendre l'excitation en modifiant la stimulation.
- ☐ Maintenir une érection stable pendant un ralentissement.
- ☐ Transférer la modulation à une activité partagée.
- ☐ Réduire l'évitement et la surveillance.
- ☐ Améliorer la satisfaction sexuelle.
- ☐ Pouvoir parler du rythme avec le ou la partenaire.
- ☐ Autre :

Premier objectif observable :

.....

Deuxième objectif observable :

.....

Le chemin des cinq modules

Le premier module donnera une carte personnelle de la montée. Le deuxième ajoutera la respiration, le relâchement et la mobilité du bassin. Dans le troisième, l'observation deviendra action grâce aux variations de stimulation. Le quatrième transférera ces compétences à une sexualité partagée ; le dernier vérifiera qu'elles persistent lorsque les séances deviennent moins structurées.

Les critères de passage règlent la progression sur les compétences acquises. Une compétence déjà présente sera vérifiée brièvement. Une capacité encore absente mérite d'être travaillée avant d'en ajouter une nouvelle. Toute réaction médicale ou psychique défavorable suspend le parcours et conduit à l'adaptation indiquée.

Inscrire les séances dans la vie sexuelle

Choisir un moment sans risque d'interruption et sans obligation de résultat. Une séance structurée reste une expérience sexuelle consacrée à l'apprentissage. L'éjaculation peut survenir lorsqu'elle ne crée ni douleur ni risque. La réussite de la séance dépend des observations et des compétences travaillées.

Le relevé restera bref. Il retiendra le premier signe reconnu, l'effet de la modification, la stabilité de l'érection, la tolérance psychique et la décision pour la fois suivante. Noter chaque détail augmenterait la surveillance sans améliorer l'apprentissage.

Programme retenu

Traitement médical associé :

Date de début du module 1 :

Créneaux prévus :

Parcours : solitaire / partagé / alterné.

Professionnel associé :

Références principales

European Association of Urology. Disorders of Ejaculation. 2026.

AIUS et AFU. Recommandations pour le traitement de l'éjaculation précoce. 2023.

CHAPITRE 21

Module 1 : retrouver ce qui se passe avant qu'il soit trop tard

Beaucoup d'hommes décrivent l'éjaculation comme un événement sans avant. Le plaisir est présent, puis l'imminence surgit et toute tentative pour l'arrêter échoue. Ce premier module va ralentir l'observation afin de faire apparaître ce qui, jusque-là, restait confondu dans une montée trop rapide.

Ce premier temps est entièrement consacré à l'observation. La tâche consiste à reconnaître un signe qui revient avant le déclenchement, puis à vérifier qu'une diminution nette de la stimulation produit une baisse réelle de l'excitation.

Le résultat recherché

À la fin du module, un signe corporel précoce doit avoir été reconnu lors d'au moins deux séances. Lorsque ce signe apparaît, diminuer la stimulation doit permettre à l'excitation de redescendre sans provoquer systématiquement une perte de rigidité.

Trois séances, réparties sur au moins trois jours, sont prévues. Chacune dure environ quinze minutes. Ces repères pédagogiques donnent un cadre à l'apprentissage.

Quand interrompre ou adapter

Une douleur, une détresse importante, une impression de quitter son corps ou une réactivation traumatique impose l'arrêt. Si la rigidité diminue de manière répétée avant l'éjaculation, revenir au chapitre consacré à l'érection. Une surveillance devenue envahissante conduit à alléger les relevés et, si elle persiste, à demander un accompagnement.

Les quatre zones, avec ses propres sensations

La première zone correspond à une excitation faible, agréable, encore éloignée de tout signe éjaculatoire. Dans la deuxième, la montée devient perceptible sans créer d'urgence. La troisième réunit une excitation forte, une imminence croissante et une possibilité encore réelle de redescendre. La quatrième commence lorsque le déclenchement est engagé et qu'aucune pause ne peut plus l'interrompre.

Ces zones prennent une forme différente chez chaque homme. Aucun pourcentage ne leur sera attribué. Leur intérêt réside dans les sensations personnelles qui, au fil des séances, viendront les remplir.

Séance 1 : observer la montée

Choisir un moment sans contrainte horaire et une stimulation familière, assez progressive pour laisser apparaître les changements. La séance vise à observer la montée et les effets d'une diminution de la stimulation.

1. Commencer la stimulation et laisser l'excitation s'élever.
2. Repérer le passage de la première à la deuxième zone.
3. Poursuivre jusqu'à reconnaître une troisième zone encore modulable.
4. Diminuer nettement la stimulation.
5. Observer le souffle, le bassin, le périnée et les sensations génitales.
6. Reprendre lorsque l'excitation a réellement diminué.
7. Ne pas dépasser trois reprises.

L'éjaculation peut survenir après la dernière reprise. Le résultat de la séance s'évalue sur le signe reconnu et l'effet de la diminution.

Relevé de la séance 1

Date et contexte :

Premier signe reconnu avant l'urgence :

.....

Localisation : pénis / périnée / bassin / ventre / respiration / ensemble du corps / autre.

Effet de la diminution : baisse nette / baisse partielle / aucune baisse.

Rigidité suffisante pour reprendre : oui / non.

Effet sur l'anxiété ou la surveillance : aucun / modéré / important.

Séance 2 : vérifier que le signe revient

Reprendre une stimulation comparable, sans provoquer artificiellement la sensation notée. Dès qu'elle apparaît, diminuer de nouveau et observer si l'excitation redescend.

Si le signe ne revient pas, noter le premier changement accessible. S'il n'est reconnu qu'au moment du déclenchement, la prochaine séance commencera plus lentement et le ralentissement interviendra plus tôt.

Relevé de la séance 2

Signe identique à celui de la première séance : oui / non / partiellement.

Nouveau signe observé :

Effet de la diminution : baisse nette / baisse partielle / aucune baisse.

Rigidité stable : oui / non.

Séance 3 : changer un seul élément

Reprendre la séquence en modifiant uniquement le rythme, la pression, la lubrification, la position ou le type de stimulation. Cette variation sert à comprendre la courbe tout en préservant une stimulation agréable.

Élément modifié :

Effet sur la vitesse de montée : plus lente / identique / plus rapide.

Signe précoce reconnu : oui / non.

Excitation redescendue : oui / non.

Si la séance est partagée

La participation du partenaire suppose l'accord des deux personnes. Un signal verbal simple est choisi pour ralentir ou interrompre la stimulation ; les pratiques retenues et celles qui sont exclues sont précisées avant de commencer.

L'homme indique ce qu'il sent et le changement souhaité. Son partenaire suit la consigne sans interpréter les réactions du corps ni se charger du résultat. Douleur, peur, retrait du consentement ou détresse mettent fin à la séance.

Tableau des trois séances

Séance	Signe précoce reconnu	Excitation redescendue	Érection stable	Tolérance correcte
1	oui / non	oui / non	oui / non	oui / non
2	oui / non	oui / non	oui / non	oui / non
3	oui / non	oui / non	oui / non	oui / non

Évolution observée :

.....

Passer au module suivant

Le module 2 peut commencer lorsqu'un signe précoce similaire a été reconnu au cours d'au moins deux séances et que la diminution de stimulation fait vraiment redescendre l'excitation sans baisse systématique de rigidité.

Si le signe reste trop tardif, reprendre avec une montée plus progressive. Une érection instable ramène au chapitre 9. Une anxiété accrue par l'observation conduit à supprimer les relevés détaillés et à réévaluer le format psychosexuel. Douleur ou symptôme médical suspend le programme jusqu'à l'évaluation.

Références principales

Ventus D et coll. Vibrator-Assisted Start-Stop Exercises Improve Premature Ejaculation Symptoms. 2020.
European Association of Urology. Disorders of Ejaculation. 2026.

CHAPITRE 22

Module 2 : délier le souffle, le périnée et le bassin

Le premier module a donné des repères. Celui-ci ajoute trois manières d'agir sur ce qui accompagne la montée : laisser le souffle circuler, reconnaître une contraction inutile et rendre au bassin plusieurs possibilités de mouvement. Chacune sera apprise séparément, loin de l'urgence sexuelle, avant d'être essayée pendant une excitation modérée.

Le module cherche à rendre une action corporelle assez familière pour qu'elle reste disponible lorsque l'excitation augmente.

Le résultat recherché

À la fin du module, la respiration doit pouvoir rester fluide, une tension périnéale être reconnue puis relâchée et le mouvement du bassin modifié pendant une excitation modérée, sans douleur, vertige ni baisse systématique de rigidité.

L'apprentissage se déroule sur cinq jours. Chaque jour comporte une brève séquence hors activité sexuelle ; deux séances de transfert sont ajoutées après les trois premiers jours. Ce calendrier est un choix pédagogique.

Exercice 1 : retrouver un souffle confortable

S'installer assis ou allongé. Poser une main sur le ventre et l'autre sur le thorax, puis laisser l'inspiration déplacer doucement le ventre et les côtes. L'expiration dure un peu plus longtemps, sans chercher à vider entièrement les poumons.

Pendant trois à cinq minutes, vérifier que les épaules, le ventre et le périnée ne se crispent pas. Aucune cadence fixe n'est imposée. Une gêne, des vertiges ou une sensation d'étouffement impose de revenir à la respiration habituelle.

Date : Respiration fluide : oui / non

Tension repérée :

Exercice 2 : reconnaître puis relâcher le plancher pelvien

Imaginer que l'on retient simultanément les urines et les gaz, sans jamais interrompre réellement le jet pour s'entraîner.

1. Contracter doucement une fois tout en respirant.
2. Repérer un léger mouvement à la base du pénis ou du scrotum.
3. Vérifier que les fesses, les cuisses et le ventre ne se serrent pas fortement.
4. Laisser toute la contraction disparaître et observer le contraste.
5. Répéter trois fois seulement.

Ces trois contractions servent uniquement à reconnaître le muscle. Un éventuel programme de renforcement répondrait à une indication distincte, posée après évaluation. Une douleur, des symptômes urinaires ou l'impossibilité de relâcher justifie un bilan kinésithérapique.

Contraction reconnue : oui / non

Relâchement complet ressenti : oui / non / incertain

Muscles parasites : fesses / cuisses / ventre / apnée / aucun

Exercice 3 : rendre le bassin mobile

Debout, assis ou allongé, choisir la position la plus stable. Basculer lentement le bassin vers l'avant puis vers l'arrière, réduire l'amplitude jusqu'à ce que le mouvement devienne fluide et conserver une respiration ordinaire.

S'immobiliser ensuite sans serrer les fesses ni bloquer le souffle, puis reprendre à un autre rythme.

Le mouvement reste indolore et conserve une amplitude confortable.

Mouvement fluide : oui / non

Immobilité sans contraction globale : oui / non

Exercice 4 : introduire une action pendant la stimulation

Choisir une stimulation familière et rester dans les deux premières zones.

1. Observer la respiration pendant une minute environ.
2. Repérer une apnée ou une accélération sans chercher aussitôt à la corriger.
3. Retrouver une expiration confortable.
4. Observer le périnée et relâcher une contraction inutile.
5. Modifier doucement la position ou le mouvement du bassin.
6. Diminuer la stimulation avant la quatrième zone.

La séance ne dépasse pas quinze minutes. Une éjaculation peut survenir ; le résultat recherché demeure l'observation de l'action corporelle.

Premier changement corporel observé :

.....

Action la plus utile : respiration / relâchement / mouvement / diminution de stimulation.

Excitation redescendue : oui / partiellement / non.

Rigidité stable : oui / non.

Deuxième séance de transfert

Reprendre la séquence en entrant brièvement dans la troisième zone. Ajouter une seule action corporelle à la diminution de stimulation afin d'en observer précisément l'effet.

Action choisie :

Effet observé :

Suivi sur cinq jours

Jour	Respiration	Relâchement	Mobilité	Transfert sexuel
1	fait / non	fait / non	fait / non	non prévu
2	fait / non	fait / non	fait / non	non prévu
3	fait / non	fait / non	fait / non	fait / non
4	fait / non	fait / non	fait / non	non prévu

Jour	Respiration	Relâchement	Mobilité	Transfert sexuel
5	fait / non	fait / non	fait / non	fait / non

Passer au module suivant

Le module 3 peut commencer lorsque le souffle reste fluide et qu'au moins une tension ou un mouvement peut être modifié pendant une excitation modérée, sans douleur ni baisse répétée de rigidité.

Le parcours peut se poursuivre avec la respiration et la mobilité lorsque le plancher pelvien reste difficile à reconnaître. En présence de douleur, de symptômes ou d'une hypertonie possible, un bilan kinésithérapique devient indiqué. Le renforcement sera ajouté uniquement après une évaluation qui en montre l'utilité.

Références principales

AIUS et AFU. Recommandations pour le traitement de l'éjaculation précoce. 2023.

De Oliveira FA et coll. Efficacy of pelvic floor muscle training in the management of premature ejaculation. 2026.

Medrano-Sánchez EM et coll. Effectiveness of physiotherapy in male premature ejaculation. 2026.

CHAPITRE 23

Module 3 : ralentir avant le point de non-retour

Le troisième module transforme les signes reconnus en décisions : diminuer assez tôt, attendre que l'excitation ait réellement baissé, puis reprendre sans retrouver immédiatement l'intensité précédente. Selon la situation, l'action prend la forme d'une pause complète ou d'une modification du rythme, de l'amplitude et de la pression.

Au terme du module, deux cycles de diminution et de reprise doivent pouvoir se succéder au cours d'une même séance, avec une érection assez stable et une attention qui laisse encore une place au plaisir.

Six séances pour un premier bilan

Prévoir trois séances par semaine pendant deux semaines. Un essai randomisé a utilisé la même fréquence pendant six semaines avec un vibreur. Le présent programme en reprend le rythme pour organiser un premier bloc. Sa durée relève d'un choix pédagogique et les données de l'essai concernent précisément la stimulation étudiée.

Choisir une stimulation familière. Aucun vibreur n'est nécessaire. Main, lubrification, dispositif ou stimulation partagée ne produisent pas la même intensité ; garder le même format pendant les deux premières séances permettra de comparer les résultats.

Avant de commencer, relire le signe de troisième zone découvert au module 1 et l'action corporelle retenue au module 2. Une intervention commencée seulement lorsque la quatrième zone est déjà atteinte explique fréquemment l'inefficacité de la technique.

Diminuer, laisser redescendre, reprendre

1. Commencer sans rechercher une montée rapide.

2. Reconnaître le passage dans la deuxième zone, puis l'entrée dans la troisième.
3. Diminuer nettement avant le déclenchement irréversible.
4. Utiliser l'action corporelle choisie, sans empiler les consignes.
5. Attendre une baisse perceptible de l'excitation.
6. Reprendre plus doucement qu'au moment de l'arrêt.
7. Réaliser jusqu'à trois cycles.

La pause ne possède aucune durée fixe. Elle se termine lorsque l'excitation a baissé et que l'érection permet une reprise confortable.

Poursuivre à une intensité plus faible

Chez certains hommes, l'interruption complète augmente l'anxiété ou fragilise la rigidité. La variante conserve une stimulation faible : réduire la vitesse et l'amplitude, alléger la pression ou déplacer le contact vers une zone moins intense, puis expirer sans figer le bassin. La reprise s'effectue progressivement après la baisse.

Cette solution sera retenue si elle ralentit mieux la montée tout en préservant l'érection. L'intensité doit rester suffisamment basse pour que l'excitation redescende réellement.

Séances 1 et 2 : trouver le bon moment

Limiter l'ambition à deux cycles efficaces. Si l'éjaculation survient dès le premier ralentissement, commencer plus tôt la fois suivante. Si l'excitation reste élevée, diminuer davantage l'intensité et conserver une pause compatible avec le confort.

Relevé

Date :

Format de stimulation :

Signe utilisé :

Nombre de diminutions avant la quatrième zone : 0 / 1 / 2 / 3

Excitation redescendue : jamais / parfois / chaque fois

Érection stable : oui / non / partiellement

Surveillance : faible / modérée / forte

Pour la prochaine fois : commencer plus tôt / diminuer davantage / utiliser la variante / poursuivre sans changement.

Séances 3 et 4 : faire varier un paramètre

Modifier uniquement la vitesse, la pression, la lubrification ou la position. Repérer ce qui accélère le plus la montée, puis apprendre à réduire ce paramètre avant l'urgence.

Paramètre modifié :

Effet sur la montée : plus lente / identique / plus rapide

Action efficace :

Séances 5 et 6 : se rapprocher de la situation gênante

Choisir une stimulation proche de la pratique dans laquelle la difficulté se manifeste le plus, sans passer encore à une pénétration partagée si la compétence demeure instable. Pour une difficulté pendant une pénétration vaginale ou anale insertive, le rythme et le mouvement du bassin peuvent être reproduits avec une stimulation solitaire adaptée.

Le but reste de conserver deux diminutions efficaces malgré une stimulation plus intense. Chacun choisit le support de stimulation qui lui convient.

Si l'éjaculation survient

Noter le dernier signe reconnu avant le déclenchement. Les cycles déjà réussis restent des apprentissages acquis. À la séance suivante, la montée sera plus progressive ou l'action commencera plus tôt.

Une éjaculation devenue douloureuse, accompagnée de sang ou d'un symptôme inhabituel interrompt le programme jusqu'à l'évaluation médicale.

Bilan après six séances

Compétence	Acquise	Partielle	Absente
Reconnaître la troisième zone	☐	☐	☐
Faire baisser l'excitation	☐	☐	☐
Reprendre sans montée immédiate	☐	☐	☐
Maintenir l'érection	☐	☐	☐
Préserver un plaisir suffisant	☐	☐	☐

Passer au module suivant

Le transfert partagé peut commencer après deux séances comportant au moins deux diminutions efficaces, avec une érection stable et une tolérance psychique correcte.

Si l'excitation ne redescend jamais, vérifier le moment du ralentissement et le traitement médical. Une baisse de rigidité ramène au chapitre 9. Si la surveillance domine l'expérience, réduire le nombre de cycles et associer un accompagnement psychosexuel. Une réponse partielle peut justifier de prolonger le bloc jusqu'à six semaines, avec réévaluation de l'adhésion et du bénéfice.

Références principales

Ventus D et coll. Vibrator-Assisted Start-Stop Exercises Improve Premature Ejaculation Symptoms. 2020. European Association of Urology. Disorders of Ejaculation. 2026.

CHAPITRE 24

Module 4 : retrouver la modulation dans une sexualité partagée

Seul, le cadre est connu : la stimulation, le rythme et le moment de la pause dépendent d'une seule personne. À deux, la rencontre retrouve sa richesse et son imprévisibilité. Le désir du partenaire, les changements de pratique, le préservatif, l'érection, la parole et le consentement entrent dans la scène. Le transfert repose sur les quatre gestes déjà appris : reconnaître, diminuer, laisser redescendre et reprendre.

Le module commence lorsque le critère du précédent est atteint. Les deux personnes choisissent la pratique, le signal de ralentissement et les conditions d'arrêt. Le partenaire participe à l'expérience, tandis que l'homme concerné garde la responsabilité d'indiquer ses sensations et ses besoins.

Une violence, une contrainte, une peur relationnelle, une douleur ou une détresse traumatique exclut le travail partagé avant une évaluation adaptée. Une rigidité qui diminue régulièrement avant l'éjaculation conduit d'abord au traitement de la difficulté érectile.

Une progression adaptée à toutes les pratiques

Les niveaux qui suivent organisent une progression pédagogique applicable aux pratiques choisies. La pénétration y occupe la place que lui donnent les partenaires. Une rencontre structurée par semaine suffit ; les autres activités sexuelles restent libres de tout protocole. Le passage au niveau suivant intervient après une modulation réussie au cours de deux rencontres, qui n'ont pas besoin d'être consécutives.

Niveau 1 : partager une stimulation sans pénétration

Choisir une stimulation manuelle, orale ou réalisée avec un dispositif accepté par les deux personnes. L'homme indique la zone dans laquelle il se trouve et emploie le signal convenu.

1. Commencer avec une intensité modérée.
2. Donner le signal à l'entrée dans la troisième zone.
3. Le partenaire diminue ou interrompt selon la consigne.
4. Reprendre seulement après une baisse réelle.
5. Limiter la première rencontre à deux cycles.

Le signal a été compris : oui / non

Excitation redescendue : oui / non

Vécu du ou de la partenaire :

.....

Niveau 2 : passer d'une intensité à une autre

Alterner deux rythmes ou deux formes de stimulation. Le changement intervient avant l'urgence ; la pratique moins intense reste agréable et désirée afin de maintenir l'attention dans la rencontre.

Variation retenue :

Moment du changement : suffisamment tôt / trop tard

Effet sur l'érection : stable / baisse / surveillance accrue

Niveau 3 : introduire une pénétration choisie

Ce niveau concerne une pénétration vaginale ou anale insertive lorsque les deux personnes la souhaitent. Il ne s'applique pas à un homme qui occupe uniquement le rôle réceptif dans la situation travaillée.

Préparer une lubrification suffisante et un préservatif lorsqu'il est indiqué. Pour une pénétration anale avec préservatif en latex, utiliser un gel à base d'eau ou de silicone ; les corps gras fragilisent le latex.

1. Choisir une position qui permet de réduire facilement le mouvement.
2. Après l'intromission, rester brièvement immobile si cette immobilité est confortable.
3. Commencer avec une amplitude limitée.
4. Donner le signal avant le déclenchement irréversible.
5. Réduire l'amplitude, ralentir ou se retirer selon l'option préparée.

6. Reprendre après une baisse réelle.

L'immobilité constitue l'un des outils possibles et reste soumise au confort. Une position douloureuse, inconfortable ou responsable d'une perte d'érection doit être changée.

Si la rigidité baisse au point que le préservatif risque de glisser, se retirer en le maintenant à la base. Toute nouvelle pénétration nécessite un préservatif neuf.

Niveau 4 : laisser la rencontre redevenir moins prévisible

Varier positions, rythmes et pratiques sans annoncer chaque étape. Un seul signal de sécurité est conservé. La modulation intervient lorsqu'elle devient nécessaire, puis l'attention revient au plaisir au lieu de rester fixée sur le contrôle.

La rencontre peut se dérouler sans pénétration. Une éjaculation peut survenir avant le moment souhaité ; la sexualité se poursuit ou s'arrête selon le désir des deux personnes, sans que l'exercice dicte la suite.

Adapter le transfert à chaque pratique

Pendant le sexe oral, le signal doit pouvoir être compris sans ambiguïté. Un geste de la main peut compléter un mot. FORTACIN ne doit pas être transféré vers la bouche, où il pourrait provoquer un engourdissement.

Pour une pénétration anale insertive, le rôle, le confort, la lubrification et le préservatif sont précisés. Le délai est évalué à partir de cette pratique, selon des repères qui lui sont propres.

Avec un jouet, l'intensité se réduit par paliers. L'utilisation d'un appareil reste facultative et dépend des pratiques habituelles.

Lorsqu'une personne alterne les rôles, chacun est évalué séparément. Le vécu dans le rôle réceptif demande ainsi une description propre, indépendamment d'une éventuelle rapidité gênante dans le rôle insertif.

Fiche de rencontre

Date :

Niveau : 1 / 2 / 3 / 4

Pratique et rôle :

Signal utilisé :

Première modulation : efficace / partielle / trop tardive

Érection : stable / variable / insuffisante

Consentement et confort : préservés / difficulté à discuter

Après l'éjaculation, la rencontre a pu : se poursuivre / s'arrêter sereinement / devenir source de tension.

Un ajustement pour la prochaine rencontre :

.....

Passer au module suivant

La consolidation peut commencer lorsque la modulation est utilisable dans la pratique la plus gênante au cours de deux rencontres sur trois, que l'érection reste compatible avec les variations et que l'exercice ne domine plus toute la sexualité.

En l'absence d'accord du partenaire, poursuivre en solitaire ou choisir une autre pratique. Une communication durablement difficile peut bénéficier d'une thérapie de couple ou psychosexuelle. Douleur, baisse d'érection ou détresse suivent les orientations déjà définies.

Références principales

European Association of Urology. Disorders of Ejaculation. 2026.

AIUS et AFU. Recommandations pour le traitement de l'éjaculation précoce. 2023.

McNabney SM et coll. Critères diagnostiques selon les pratiques sexuelles. 2022.

CHAPITRE 25

Module 5 : faire disparaître peu à peu le programme de la sexualité

Une rééducation réussie doit finir par se faire oublier. Tant que chaque sensation réclame une note, chaque ralentissement une procédure et chaque rapport une évaluation, les compétences restent fragiles et la sexualité demeure organisée autour du trouble. La consolidation vérifie qu'elles survivent à des rencontres moins structurées, à des contextes différents et aux fluctuations ordinaires de l'excitation.

La consolidation apprend à utiliser la modulation lorsqu'elle devient nécessaire, à tolérer un épisode ponctuellement plus rapide et à conserver une satisfaction suffisante sans chronomètre ni analyse après chaque rapport.

Un bloc de quatre semaines

Prévoir une séance structurée par semaine. Les autres activités sexuelles ne suivent aucun protocole. Cette cadence offre un repère pédagogique, sans constituer une durée de consolidation démontrée.

Un traitement médicamenteux prescrit se poursuit selon le plan médical. Aucun critère du cahier n'autorise à en modifier seul la dose, la fréquence ou la durée.

Semaine 1 : retrouver la compétence dans un terrain familial

Choisir la pratique où la modulation fonctionne le mieux. Utiliser le signe, l'action corporelle et la diminution déjà acquis, puis ne retenir qu'une question : la compétence est-elle restée accessible sans exiger une concentration permanente ?

Résultat : accessible / accessible avec effort / non accessible.

Facteur ayant facilité ou gêné :

Semaine 2 : introduire une variation

Changer le moment de la journée, la position, le type de stimulation, le rôle ou le rythme. Le consentement, la sécurité et les traitements restent inchangés.

Variation :

Effet sur l'excitation :

Modulation possible : oui / partiellement / non.

Semaine 3 : prendre de la distance avec le relevé

Ne rien remplir immédiatement après l'activité. Le lendemain seulement, noter si la difficulté a modifié la satisfaction, l'évitement ou la relation. Cette distance vérifie que l'apprentissage reste disponible sans surveillance détaillée.

Retentissement le lendemain : absent / faible / marqué.

Semaine 4 : une rencontre libre, avec un filet de sécurité

Prévoir une activité sexuelle sans progression imposée. Le signal partagé et la possibilité de diminuer la stimulation restent disponibles et sont utilisés en cas de besoin.

La rencontre a-t-elle été dominée par la surveillance ? oui / non

Le contrôle perçu a-t-il été suffisant ? oui / non / variable

La satisfaction a-t-elle été suffisante ? oui / non

Renoncer aux mesures devenues inutiles

Le chronométrage s'arrête, sauf demande médicale précise. Les zones ne sont plus nommées pendant chaque rapport. Le signal partagé peut rester comme un moyen ordinaire de communication, au même titre que toute demande de ralentir, de changer ou de poursuivre.

En espaçant les relevés, l'homme vérifie que l'apprentissage reste accessible le jour où une difficulté réapparaît, tout en sortant de l'état d'alerte permanent.

Bilan de fin de parcours

Comparer avec le bilan du chapitre 14.

Dimension	Départ	Fin du programme
Contrôle perçu	absent / faible / variable / satisfaisant	absent / faible / variable / satisfaisant
Souffrance	faible / modérée / forte	faible / modérée / forte
Satisfaction	faible / moyenne / bonne	faible / moyenne / bonne
Évitement	jamais / parfois / souvent	jamais / parfois / souvent
Érection	stable / variable / insuffisante	stable / variable / insuffisante
Retentissement relationnel	absent / présent	absent / présent

Objectif 1 atteint : oui / partiellement / non

Objectif 2 atteint : oui / partiellement / non

Traitement à maintenir selon le médecin :

Compétence à reprendre en cas de difficulté :

Vérifier à un mois puis à trois mois

Après un mois, réévaluer le contrôle perçu, la souffrance, l'érection et les effets indésirables d'un éventuel médicament. À trois mois, observer la stabilité dans plusieurs contextes et l'absence de retour de l'évitement. Ces dates sont des repères pratiques.

Une fluctuation isolée ne justifie jamais de recommencer les cinq modules. Revenir simplement au premier point devenu fragile : reconnaissance des signes, action corporelle, modulation ou transfert. Si le trouble se réinstalle durablement, le chapitre suivant aidera à comprendre ce qui s'est passé.

Quand le programme peut s'arrêter

Le parcours structuré prend fin lorsque la modulation reste accessible dans les situations prioritaires, que la souffrance et l'évitement ont diminué et que les

exercices n'occupent plus la rencontre. Une amélioration partielle mais stable pourra être complétée par un traitement médical ou psychosexuel.

La fin du cahier marque le moment où ce qui a été appris retourne à sa place et se met au service de la sexualité.

Références principales

European Association of Urology. Disorders of Ejaculation. 2026.

AIUS et AFU. Recommandations pour le traitement de l'éjaculation précoce. 2023.

Ventus D et coll. Vibrator-Assisted Start-Stop Exercises Improve Premature Ejaculation Symptoms. 2020.

V

**Lorsque le parcours demande
à être ajusté**

CHAPITRE 26

Quand les progrès tardent

Il arrive qu'un homme ait lu, compris, essayé, recommencé, sans obtenir le changement qu'il espérait. Cette situation est décourageante. Elle l'est d'autant plus que la sexualité se prête volontiers aux jugements sommaires : s'il n'y parvient pas, pense-t-il, c'est qu'il manque de volonté, qu'il s'y prend mal ou que son cas est sans issue. Aucune de ces conclusions ne s'impose.

Une réponse insuffisante apporte d'abord une information. Elle indique qu'une pièce du raisonnement mérite d'être reprise : l'objectif était peut-être mal choisi, la forme clinique imparfaitement identifiée, un trouble de l'érection a pu passer au second plan, le traitement n'est pas adapté ou une compétence précise reste inaccessible. Cette recherche méthodique évite d'accumuler les techniques dans l'espoir que l'une d'elles finira, par hasard, par fonctionner.

Nommer exactement ce qui résiste

Dire « rien n'a changé » exprime parfois fidèlement le découragement. Pour décider de la suite, il faut préciser ce qui résiste et ce qui a déjà évolué. L'éjaculation peut survenir presque aussi vite alors que la panique a diminué. Le délai peut aussi s'être allongé tandis que la surveillance de chaque sensation persiste. Une pause devenue possible en masturbation peut encore sembler impraticable pendant une pénétration. Chacune de ces évolutions appelle une réponse différente.

Reprenez les dimensions proposées au chapitre 14, puis cochez celles qui n'ont pas suffisamment évolué.

- ☐ Le délai dans la pratique sexuelle qui compte le plus pour moi
- ☐ La possibilité de ralentir ou de différer l'éjaculation
- ☐ La souffrance liée à la difficulté
- ☐ La satisfaction sexuelle
- ☐ L'évitement de certaines situations
- ☐ La stabilité de l'érection

- ☐ Les conséquences sur la relation
- ☐ L'efficacité ou la tolérance du traitement

Décrivez maintenant une situation précise. Quelques lignes concrètes sont plus instructives qu'un verdict général.

.....

Revenir au diagnostic avant de changer de méthode

Une difficulté présente depuis les premiers rapports, presque constante et très rapide demande souvent d'associer un médicament à la rééducation. Une forme apparue secondairement exige un autre regard : si sa cause n'a pas été recherchée, l'évaluation médicale devient prioritaire avant de perfectionner les exercices.

Les épisodes variables posent encore une autre question. Quelques rapports rapides peuvent devenir le centre de toute l'attention, alors même que d'autres se déroulent de manière satisfaisante. Dans une forme dite subjective, l'exigence d'un contrôle absolu ou l'idée d'une durée normale très éloignée des réalités entretient parfois la souffrance. Le travail porte alors sur ces attentes et cette interprétation du fonctionnement.

Il faut enfin préciser la pratique concernée. Une compétence acquise seul demande un transfert vers chaque nouvelle situation. Le sexe oral, la pénétration vaginale et la pénétration anale insertive produisent des stimulations, des émotions et des possibilités de mouvement différentes. Une difficulté circonscrite à l'une de ces pratiques appelle une adaptation du parcours.

Examiner l'érection en priorité

Parmi les causes d'échec les plus fréquentes, le trouble de l'érection mérite une vigilance particulière. Dès que la rigidité baisse, la pause devient une menace de perdre l'érection. L'homme reprend alors la stimulation trop tôt, accélère, contracte le bassin et précipite parfois l'éjaculation qu'il voulait retarder.

Si ce mécanisme est présent, le traitement de l'érection devient prioritaire, même lorsque la demande initiale portait sur l'éjaculation. Décrivez le moment où la rigidité diminue, ce qui le précède et la manière dont vous réagissez.

.....

.....

Les médicaments de l'érection ne doivent jamais être associés aux poppers. En France, le résumé des caractéristiques de PRILIGY indique en outre que la dapoxétine ne doit pas être utilisée avec un inhibiteur de la PDE5. Cette situation se discute donc avec le prescripteur, elle ne se règle pas par un essai improvisé.

Vérifier l'usage du médicament

Un traitement mal employé peut paraître inefficace alors que sa molécule n'a pas réellement été mise à l'épreuve. Pour la dapoxétine, il faut vérifier avec le prescripteur le délai entre la prise et l'activité sexuelle, la dose effectivement prescrite, la tolérance, les interactions et la réévaluation prévue après quatre semaines ou six prises. Le passage éventuel de 30 à 60 mg répond à des critères médicaux précis ; il ne se décide jamais seul.

Avec FORTACIN, plusieurs détails changent le résultat : trois pulvérisations doivent couvrir le gland, puis il faut attendre cinq minutes et essuyer l'excédent avant l'activité sexuelle. Le produit est autorisé dans la forme primaire. Une quantité excessive, une anesthésie trop importante, une irritation ou une baisse de l'érection peuvent annuler le bénéfice recherché.

Lorsque le médicament a été utilisé correctement, assez longtemps et sans résultat suffisant, une réévaluation s'impose. Ajouter de sa propre initiative un antidépresseur, un anesthésique ou un produit acheté en ligne expose à des effets indésirables, à des interactions et à une confusion supplémentaire. Plus le traitement devient complexe, plus il est difficile de savoir ce qui aide, ce qui gêne et ce qui n'apporte rien.

Retrouver le premier maillon qui cède

La rééducation suit une progression parce que chaque compétence prépare la suivante. Lorsqu'elle se bloque, il faut remonter jusqu'au premier maillon fragile et reprendre le module correspondant.

- Les signes annonciateurs ne sont perçus qu'au dernier moment : reprenez le module 1.
- Le souffle se bloque, le bassin se raidit ou le périnée reste impossible à relâcher : revenez au module 2.
- Une diminution de la stimulation ne suffit pas à faire redescendre l'excitation : reprenez le module 3.
- Les compétences acquises seul deviennent inaccessibles avec le ou la partenaire ou dans la pratique prioritaire : travaillez à nouveau le module 4.
- Le résultat dépend d'un contrôle permanent, au prix d'une attention qui étouffe le plaisir : revenez au module 5.

Pendant une semaine, concentrez-vous sur un seul point. Cette simplicité permet de voir ce qui change réellement.

Reconnaître les limites des exercices

La surveillance anxieuse peut s'intensifier au fil des essais. Certains hommes n'entrent plus dans une relation sexuelle : ils passent un examen qu'ils s'administrent à eux-mêmes. Lorsque la détresse, l'évitement ou la peur d'échouer demeure au premier plan, une thérapie psychosexuelle trouve naturellement sa place dans le parcours.

Une dissociation, une reviviscence traumatique ou une peur intense impose d'interrompre les exercices qui déclenchent ces réactions et de rechercher un accompagnement formé au psychotraumatisme. Il n'y a aucune vertu thérapeutique à forcer une exposition que le corps et l'esprit ne peuvent pas encore traverser en sécurité.

La relation peut également retenir les progrès. Si le signal de ralentissement est mal compris, si la pause est vécue comme un rejet ou si l'un des partenaires n'ose pas dire ce qu'il ressent, le travail doit porter sur la demande, l'écoute et le consentement. Le ou la partenaire participe au changement dans les limites convenues, en conservant sa place de partenaire.

Décider de la suite

Après cette réévaluation, la décision devrait pouvoir tenir en une phrase claire.

- Un facteur médical ou un trouble de l'érection a été repéré : il doit être pris en charge, puis l'éjaculation sera réévaluée.

- Le médicament paraît mal utilisé, insuffisant ou mal toléré : le prescripteur ou le pharmacien doit être consulté.
- Une compétence précise manque : le module correspondant est repris avant d'ajouter une autre stratégie.
- L'anxiété, la souffrance psychique ou la relation occupent le premier plan : une thérapie psychosexuelle est associée au parcours.
- Une douleur ou une difficulté pelvienne persiste : un bilan médical ou kinésithérapique est indiqué.
- Une stratégie correctement conduite n'apporte pas d'amélioration suffisante : un avis en médecine sexuelle ou en urologie devient utile.

Préparer la consultation

Cette fiche donne au professionnel une vue rapide de la structure du problème et prépare le récit de ce que vous vivez.

Forme clinique envisagée :

Traitements essayés, doses et durée :
.....

Effets obtenus :

Effets indésirables :

Module atteint et difficulté précise :

État de l'érection avant l'éjaculation :

Pratique sexuelle concernée :

Question prioritaire pour la consultation :

Références principales

European Association of Urology. Disorders of Ejaculation. 2026.

AIUS et AFU. Recommandations pour le traitement de l'éjaculation précoce. 2023.

CHAPITRE 27

Trouver le professionnel qui correspond au besoin

Oser parler d'une difficulté sexuelle constitue déjà un pas important. Encore faut-il frapper à la bonne porte. Entre le médecin généraliste, l'urologue, le psychologue, le kinésithérapeute et les personnes qui se présentent comme sexologues, il est facile de se perdre. Chacun répond à des besoins particuliers. Le mot « sexologue », employé seul, doit être complété par la profession initiale, le droit de prescrire et les compétences effectivement acquises.

Le choix devient plus simple lorsqu'on part de la question à résoudre. Faut-il confirmer le diagnostic, rechercher une cause médicale, traiter une érection instable, travailler une anxiété envahissante, retrouver la mobilité du bassin ou restaurer le dialogue dans le couple ? La réponse peut conduire vers un seul professionnel ou vers plusieurs soins coordonnés.

Le médecin généraliste, souvent le premier interlocuteur

Le médecin généraliste peut poser ou confirmer le diagnostic, reconnaître une forme apparue secondairement, évaluer l'érection et rechercher des symptômes urinaires ou génitaux. Il tient également compte de la santé psychique, des traitements en cours, des substances utilisées et des facteurs cardiovasculaires ou métaboliques. S'il prescrit un médicament, il en vérifie les contre-indications et les interactions ; lorsque la situation le demande, il oriente vers un confrère ou un autre professionnel.

La chronologie, les pratiques concernées, la possibilité de retarder l'éjaculation, l'état de l'érection et les traitements déjà tentés fournissent un excellent point de départ à la consultation. Les autres détails viendront au fil de l'entretien. La fiche du chapitre 26 permet de préparer ces informations de manière ordonnée.

L'urologue et l'andrologue

L'urologue est particulièrement bien placé lorsqu'il existe une douleur, des signes urinaires, une interrogation anatomique, un trouble de l'érection complexe ou une forme acquise dont l'origine demeure obscure. Son avis est également utile lorsqu'un traitement correctement suivi n'a pas donné le résultat attendu.

Le terme « andrologue » désigne un champ de pratique consacré à la santé sexuelle et reproductive masculine. La qualification initiale et la formation du praticien précisent les compétences auxquelles il correspond. Deux professionnels qui emploient le même mot sur leur plaque peuvent avoir des parcours très différents.

Le médecin formé en sexologie

Un médecin titulaire d'un diplôme interuniversitaire de sexologie, ou de sexologie et médecine sexuelle, peut réunir dans une même consultation l'évaluation clinique, la prescription et le travail psychosexuel. Ce diplôme documente une formation complémentaire. En France, la sexologie conserve ce statut de compétence ajoutée et ne figure pas parmi les spécialités médicales reconnues comme la cardiologie ou l'urologie.

Selon la situation, le suivi aborde les mécanismes corporels, les attentes, les pratiques sexuelles, la place du ou de la partenaire et l'utilisation des médicaments. Il peut aussi coordonner les soins avec un psychologue, un psychothérapeute ou un masseur-kinésithérapeute.

Le psychologue et le psychothérapeute

Le titre de psychologue est réglementé. Celui de psychothérapeute l'est également et suppose une inscription au registre correspondant. Ils correspondent à des formations et à des cadres professionnels distincts. Une formation en sexologie doit être vérifiée séparément.

Un accompagnement psychologique devient particulièrement pertinent lorsque l'anxiété sexuelle, la honte, l'évitement, une dépression, un traumatisme ou une difficulté relationnelle pèse lourdement sur la sexualité. Le psychologue ou le

psychothérapeute travaille dans son domaine propre. Le diagnostic médical et la prescription relèvent du médecin.

Lorsqu'un traumatisme est en cause, il est raisonnable de demander au préalable comment le praticien tient compte du psychotraumatisme et adapte les exercices sexuels. La sécurité ne doit pas dépendre d'une découverte faite au milieu d'une séance trop éprouvante.

Le masseur-kinésithérapeute

Un masseur-kinésithérapeute formé à la rééducation pelvi-périnéale masculine peut examiner le fonctionnement du plancher pelvien, la respiration, les abdominaux, les tensions et la mobilité du bassin. Son bilan distingue ce que les conseils généraux confondent souvent : sentir un muscle, savoir le relâcher, le coordonner avec le souffle et, seulement lorsque c'est indiqué, le renforcer.

Cette évaluation prend tout son sens en présence d'une douleur, de symptômes urinaires, d'une hypertonie possible, d'une difficulté à percevoir ou à détendre le périnée, ou lorsque les consignes corporelles du guide restent inopérantes. Avant le rendez-vous, on peut demander si le professionnel reçoit des hommes pour des troubles sexuels et comment il adapte son travail au bilan individuel.

La thérapie psychosexuelle ou conjugale

Dans certains couples, la difficulté s'est glissée bien au-delà du moment de l'éjaculation, dans les silences, les précautions, les malentendus et parfois les reproches. Une thérapie psychosexuelle ou conjugale peut alors aider les partenaires à retrouver une parole qui ne blesse pas, à poser un signal, à comprendre une pause et à reconstruire une sexualité moins organisée autour du trouble.

L'évaluation médicale d'une éjaculation précoce acquise ou d'un trouble de l'érection reste nécessaire en parallèle. Lorsque la relation est marquée par la violence ou la peur, un espace individuel confidentiel doit précéder tout travail conjoint.

Vérifier les qualifications utiles

L'Annuaire Santé permet de vérifier l'identité d'un professionnel réglementé, sa profession, son numéro RPPS ou Adeli selon le cas, les diplômes enregistrés et son lieu d'exercice. Son expérience particulière de l'éjaculation précoce, des relations entre hommes ou du psychotraumatisme se précise ensuite par quelques questions simples.

- Quelle est votre profession initiale ?
- Quelle formation avez-vous suivie en sexologie ou en médecine sexuelle ?
- Recevez-vous régulièrement des hommes qui présentent une éjaculation précoce ou un trouble de l'érection ?
- Tenez-vous compte des pratiques et des rôles sexuels, sans supposer qu'il s'agit toujours d'une pénétration vaginale ?
- Lorsque c'est nécessaire, comment articulez-vous les dimensions médicale et psychosexuelle ?
- Comment évaluez-vous l'évolution ?
- Comment adaptez-vous les exercices en cas de douleur, de baisse d'érection ou de traumatisme ?

Un professionnel sérieux doit pouvoir expliquer ce qu'il propose, pourquoi il le propose, comment il en appréciera les effets et vers qui il orientera si la situation dépasse son champ de compétence. Les promesses de résultat certain ou de méthode universelle appellent la prudence.

Préparer le premier rendez-vous

Avant la consultation, rassemblez la chronologie de la difficulté, la liste exacte des médicaments et des substances, les pratiques concernées, la qualité de l'érection, les éventuels symptômes associés et les traitements déjà essayés. Choisissez aussi deux objectifs qui comptent réellement pour vous. Commencez par ce qui peut modifier le diagnostic ou le traitement, puis laissez l'entretien trouver son rythme et accueillir progressivement le reste de votre histoire sexuelle.

Ressources françaises

Annuaire Santé : annuaire.esante.gouv.fr

Annuaire des masseurs-kinésithérapeutes ayant déclaré une spécificité d'exercice : ordremk.fr

Informations sur la santé sexuelle et le dépistage : questionsexualite.fr et ameli.fr

Prévention du suicide : 3114.fr ou 3114 par téléphone. Danger immédiat : 15 ou 112.

Références principales

Agence du numérique en santé. Annuaire Santé et RPPS.

Conseil national de l'Ordre des médecins. Titres et mentions autorisés.

Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. Rééducation pelvi-périnéale masculine.

CHAPITRE 28

Après la rééducation : retrouver confiance dans les variations

La sexualité demeure sensible aux circonstances. Le contrôle de l'éjaculation varie avec le désir, la rareté ou la fréquence des rapports, la nouveauté d'une relation, la qualité de l'érection, la fatigue, la santé et la pression ressentie. Après une période d'amélioration, un épisode rapide peut ainsi refléter une variation ponctuelle du corps.

Cette distinction compte beaucoup. Si chaque variation devient une rechute, l'homme se remet aussitôt à chronométrer, à surveiller et à craindre. Il recrée ainsi une partie de la tension dont il avait appris à se dégager. Le suivi à long terme aide à reconnaître le moment où plusieurs épisodes recommencent réellement à réduire le choix, le plaisir ou la relation.

Distinguer une variation d'une réapparition durable

Après une longue période sans activité sexuelle, au début d'une nouvelle relation ou dans un moment d'excitation inhabituelle, l'éjaculation peut survenir plus tôt. Un épisode isolé, entouré de situations où le contrôle reste satisfaisant et où la souffrance demeure absente, appelle une simple observation de l'évolution.

Une réapparition durable se dessine autrement. Plusieurs épisodes se succèdent, la possibilité de ralentir diminue et, surtout, les anciennes conséquences reviennent : appréhension avant le rapport, évitement, surveillance, honte ou tension dans le couple. Il devient alors utile de rechercher ce qui a changé au même moment et de retrouver la première compétence fragilisée.

Reprendre la compétence devenue fragile

Les compétences acquises restent souvent présentes lorsqu'elles se sont émoussées. Quelques séances ciblées peuvent suffire à les rendre de nouveau accessibles, à partir du premier maillon devenu fragile.

- Les sensations ne sont plus reconnues assez tôt : reprenez une ou deux séances du module 1.
- L'apnée, les contractions ou la rigidité du bassin ont réapparu : revenez au module 2.
- L'excitation ne redescend plus lorsque la stimulation diminue : travaillez le module 3.
- La difficulté concerne une pratique particulière ou une nouvelle relation : adaptez le module 4.
- Le chronométrage et la surveillance ont repris toute la place : revenez au module 5.

Si cette reprise brève n'apporte aucun changement, le chapitre 26 aidera à réexaminer le diagnostic, l'érection, le traitement et les facteurs associés.

Continuer à suivre les traitements

La dapoxétine doit être réévaluée après les quatre premières semaines ou six prises, puis au moins tous les six mois lorsqu'elle est poursuivie. Son arrêt, sa reprise et toute modification de dose se décident avec le prescripteur.

FORTACIN mérite également une réévaluation si son effet diminue, si une irritation survient, si l'insensibilité devient excessive, si l'érection baisse ou si un transfert du produit gêne le ou la partenaire. Son accès sans ordonnance laisse toute sa place au conseil du médecin ou du pharmacien.

Lorsqu'un antidépresseur a été prescrit hors autorisation de mise sur le marché, il ne doit pas être interrompu brutalement. La diminution éventuelle appartient au plan de prescription, même lorsque la sexualité s'est améliorée.

Rechercher les causes d'un changement

Une nouvelle baisse de rigidité avant l'éjaculation doit être évaluée en priorité. De même, une douleur, un symptôme urinaire ou génital, du sang, une modification récente de traitement, un changement marqué de l'humeur ou du sommeil ramène au bilan des formes acquises.

La sexualité révèle parfois une évolution de la santé générale avant que celle-ci ne devienne évidente ailleurs. Le stress et l'âge influencent la réponse sexuelle. Chaque changement persistant mérite toutefois une évaluation attentive à l'ensemble des causes possibles.

Laisser au couple une mémoire souple du parcours

Le signal de ralentissement appris pendant la rééducation peut rester un moyen ordinaire de communication. Avec le temps, les partenaires doivent pouvoir retrouver une sexualité spontanée, où chacun exprime son vécu sans transformer chaque rencontre en séance dirigée ni noter les performances de l'autre.

Une nouvelle relation demande parfois d'expliquer la difficulté et de convenir d'un signal. Le transfert des compétences déjà acquises peut prendre un peu de temps, car les désirs, les pratiques, les rythmes et les réactions de cette personne sont nouveaux. Cette adaptation s'appuie sur le chemin déjà parcouru.

Un bilan bref, de temps en temps

Tous les trois mois pendant la première année, ou lorsqu'un changement persiste, cinq questions suffisent. Elles permettent de garder un œil sur l'évolution sans replacer la sexualité sous surveillance permanente.

1. Puis-je encore moduler suffisamment l'excitation dans la pratique sexuelle qui compte le plus pour moi ?
2. Mon érection reste-t-elle stable avant l'éjaculation ?
3. La souffrance ou l'évitement ont-ils réapparu ?
4. Mon traitement reste-t-il efficace et bien toléré ?
5. Une compétence précise mériterait-elle quelques séances de rappel ?

Ce bilan prend quelques minutes. Il ne nécessite ni chronomètre, ni compte rendu détaillé de chaque rapport.

Mon plan de reprise

Le premier signe qui m'indique une réapparition durable :

.....

Le module que je reprendrai : 1 / 2 / 3 / 4 / 5

Le traitement que je ferai réévaluer :

Le professionnel que je contacterai :

Le symptôme qui doit me conduire à consulter :

Après le cahier, la continuité des soins

Le parcours proposé dans ce livre s'achève lorsque l'éjaculation ne gouverne plus toute la sexualité, que la possibilité de choisir est devenue suffisante et que la souffrance a reculé. Un médicament, une thérapie ou un suivi médical peuvent se poursuivre au-delà des exercices. Leur durée dépend du diagnostic, des effets obtenus et de la décision prise avec le professionnel.

Une amélioration durable accueille les variations ordinaires de la sexualité. Un épisode rapide redevient un événement parmi d'autres, dépourvu du pouvoir d'ouvrir un procès contre soi-même. Le plaisir, l'attention portée à l'autre et la confiance reprennent alors la place que la peur leur avait disputée.

Références principales

European Association of Urology. Disorders of Ejaculation. 2026.

AIUS et AFU. Recommandations pour le traitement de l'éjaculation précoce. 2023.

Index pratique

Cet index renvoie aux chapitres. Il permet de retrouver une décision sans relire tout le parcours.

Selon la situation

- Difficulté présente depuis les premiers rapports : chapitres 3, 6, 14, 15, 17 et 19.
- Difficulté apparue récemment : chapitres 6, 9, 10 et 20.
- Érection instable : chapitres 9, 12, 19, 20 et 26.
- Éjaculation trop rapide seulement dans certaines pratiques : chapitres 6, 12, 13, 20 et 24.
- HSH, pénétration anale, rôle insertif ou réceptif : chapitres 12 et 24.
- Absence de partenaire : chapitres 13, 20, 21, 22 et 23.
- Partenaire souhaitant comprendre ou participer : chapitres 8, 13, 21 et 24.
- Anxiété sexuelle ou pression de performance : chapitres 7, 8, 11, 17 et 26.
- Traumatisme, dissociation ou peur : chapitres 11, 13, 20 et 27.
- Douleur, symptômes urinaires ou génitaux : chapitres 10, 20, 26 et 27.
- Réponse insuffisante : chapitre 26.
- Recherche d'un professionnel : chapitre 27.
- Réapparition après amélioration : chapitre 28.

Selon le traitement

- Dapoxétine, PRILIGY : chapitres 15, 19, 25, 26 et 28.
- Lidocaïne-prilocaine, FORTACIN : chapitres 12, 15, 19, 24, 26 et 28.
- Antidépresseur hors AMM : chapitres 16, 19 et 28.
- Médicament de l'érection : chapitres 9, 12, 16, 19 et 26.
- Poppers et interactions : chapitres 9, 12, 15, 16 et 26.
- Sexothérapie : chapitres 17, 19, 26 et 27.
- Plancher pelvien et kinésithérapie : chapitres 18, 22, 26 et 27.
- Pause et reprise : chapitres 17, 21, 23 et 24.

Selon la compétence

- Comprendre le déclenchement : chapitres 4 et 5.

- Reconnaître les sensations : chapitres 5 et 21.
- Respirer et relâcher : chapitres 18 et 22.
- Diminuer l'excitation : chapitre 23.
- Transférer pendant une activité partagée : chapitre 24.
- Réduire la surveillance et consolider : chapitres 25 et 28.

Glossaire

Acquise

Forme d'EP apparue après une période pendant laquelle le délai et le contrôle étaient satisfaisants.

AMM

Autorisation de mise sur le marché. Elle fixe notamment les indications, la population, les doses, les contre-indications et les modalités d'utilisation d'un médicament.

Anéjaculation

Absence d'expulsion de sperme malgré une activité sexuelle. L'anéjaculation constitue un trouble distinct de l'EP.

Contrôle perçu

Impression de pouvoir moduler la montée de l'excitation et différer l'éjaculation lorsque cela est souhaité, dans les limites propres à un réflexe physiologique.

CYP3A4

Enzyme participant au métabolisme de nombreux médicaments. Certains inhibiteurs puissants du CYP3A4 sont contre-indiqués avec la dapoxétine.

Dapoxétine

Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine à action courte autorisé à la demande dans l'EP chez certains hommes de 18 à 64 ans. PRILIGY est son nom commercial en France.

Dysfonction érectile

Incapacité persistante ou récurrente à obtenir ou maintenir une érection suffisante pour une activité sexuelle satisfaisante. Le livre emploie aussi l'expression trouble de l'érection.

Éjaculation

Séquence physiologique associant l'émission des sécrétions dans l'urètre puis leur expulsion.

Éjaculation prématurée

Trouble associant une éjaculation régulièrement plus rapide que souhaité, une faible possibilité de la retarder et des conséquences négatives. La répétition, la pratique et le retentissement participent au diagnostic.

Émission

Première phase de l'éjaculation pendant laquelle les sécrétions des voies génitales rejoignent l'urètre postérieur.

Expulsion

Phase pendant laquelle les contractions coordonnées font progresser puis sortir le sperme par l'urètre.

Forme présente depuis les premiers rapports

Forme ancienne, dite aussi primaire ou lifelong, dans laquelle l'éjaculation très rapide et le faible contrôle existent depuis le début de la vie sexuelle.

Forme subjective

Plainte d'éjaculation trop rapide malgré un délai habituellement long ou variable et une capacité de retardement conservée.

Forme variable

Épisodes rapides irréguliers alternant avec des rapports au délai et au contrôle satisfaisants.

FORTACIN

Spray de lidocaïne et de prilocaïne autorisé dans la forme primaire chez l'homme adulte. Il s'applique sur le gland selon les modalités du chapitre 15.

HSH

Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Le terme décrit des pratiques et laisse à chacun les mots qui définissent son identité sexuelle.

Hypertonie

Tension musculaire excessive ou difficulté à relâcher un muscle. Une hypertonie du plancher pelvien appelle d'abord un travail de relâchement adapté au bilan.

IELT

Intravaginal Ejaculatory Latency Time, ou délai éjaculatoire intravaginal. Il mesure le temps entre le début d'une pénétration vaginale et l'éjaculation dans les études concernées.

Inhibiteur de la PDE5

Médicament de l'érection, comme le sildénafil, le tadalafil ou le vardénafil. Cette classe ne doit jamais être associée aux poppers.

ISRS

Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine. La dapoxétine appartient à cette famille. D'autres ISRS sont parfois prescrits hors AMM dans l'EP.

Méthémoglobinémie

Anomalie de l'hémoglobine qui réduit le transport de l'oxygène. La prilocaïne peut favoriser ce trouble dans certaines situations à risque.

Orgasme

Expérience subjective de plaisir et de modifications corporelles qui accompagne habituellement l'éjaculation sans lui être identique.

PEDT

Premature Ejaculation Diagnostic Tool. Questionnaire de dépistage qui structure l'évaluation sans remplacer l'entretien clinique.

Plancher pelvien

Ensemble musculaire participant au soutien pelvien, à la continence et à la fonction sexuelle. Repérage, relaxation, coordination et renforcement correspondent à des objectifs différents.

Point de non-retour

Expression pédagogique désignant le moment où le déclenchement éjaculatoire devient irréversible. Le livre préfère la notion de zone 4.

PrEP

Prophylaxie préexposition au VIH. Elle regroupe plusieurs schémas et molécules. Le nom exact du traitement est nécessaire pour vérifier les interactions.

Sexothérapie

Approche thérapeutique centrée sur les difficultés sexuelles, les comportements, les pensées, les émotions, le couple et les pratiques. La profession initiale du praticien doit être précisée.

Stop-start

Technique de pause et reprise de la stimulation avant le déclenchement irréversible. Le chapitre 23 l'intègre à une modulation plus large.

Trouble de l'érection

Voir dysfonction érectile.

Bibliographie

Recommandations et documents de référence

Association interdisciplinaire post-universitaire de sexologie, Association française d'urologie. Recommandations pour le traitement de l'éjaculation précoce. Progrès en Urologie. 2023. PMID 36 868 935. doi:10.1016/j.purol.2023.02.003.

European Association of Urology. Sexual and Reproductive Health Guidelines. Disorders of Ejaculation. Version 2026. uroweb.org.

American Urological Association, Sexual Medicine Society of North America. Disorders of Ejaculation: an AUA/SMSNA Guideline. Journal of Urology. 2022. PMID 34 961 344.

British Society for Sexual Medicine. Position statement on premature ejaculation. 2025. PMID 40 034 027. doi:10.1111/and.12799.

Huyghe E, Kassab D, Graziana JP, et coll. Therapeutic management of erectile dysfunction: the AFU/SFMS guidelines. French Journal of Urology. 2024;102 842. doi:10.1016/j.fjurol.2024.102842.

Définition, histoire et représentations

Serefoglu EC, McMahon CG, Waldinger MD, et coll. An evidence-based unified definition of lifelong and acquired premature ejaculation. Sexual Medicine. 2014. PMID 25 356 301. doi:10.1002/sm2.27.

Kempeneers P, Andrianne R. L'éjaculation précoce : une perspective socio-historique. Sexualités Humaines. 2016;30:6-16.

McMahon CG. Ejaculatory dysfunction: the evolution of a new understanding. Translational Andrology and Urology. 2016;5:402-408. PMID 27 652 212. doi:10.21037/tau.2016.05.12.

Hong LK. Survival of the fastest: On the origin of premature ejaculation. Journal of Sex Research. 1984;20:109-122. doi:10.1080/00224498409551212.

Barbaro N, Pham MN, Shackelford TK. Sperm competition risk and sexual coercion predict copulatory duration in humans. *Evolutionary Psychology*. 2015;13:1-8. doi:10.1177/1474704915618411.

Karamanou M, Demetriou T, Liappas I, Androutsos G. Techniques de contrôle de l'éjaculation dans l'ancienne Chine. *Andrologie*. 2010;20:266-272. doi:10.1007/s12610-010-0112-1.

Physiologie et mécanismes

Shindel AW, Serefoglu EC, Althof S, et coll. Review of recent data on disorders of ejaculation and orgasm in men: recommendations from the Fifth International Consultation on Sexual Medicine. *Sexual Medicine Reviews*. 2025;13:318-337. PMID 40192552. doi:10.1093/sxmrev/qeaf016.

Van Raaij JJ, Serefoglu EC, van Amelsvoort TAMJ, Janssen PKC. Possible pathophysiologic roles of neurotransmitter systems in men with lifelong premature ejaculation: a scoping review. *Sexual Medicine Reviews*. 2024;12:638-651. PMID 39034106. doi:10.1093/sxmrev/qeae048.

Mostafa T, Abdel-Hamid IA, Taymour M, Ali OI. Gene Variants in Premature Ejaculation: Systematic Review and Future Directions. *Sexual Medicine Reviews*. 2020;8:586-602. PMID 32800770. doi:10.1016/j.sxmr.2020.07.002.

Soni KK, Jeong HS, Jang S. Neurons for Ejaculation and Factors Affecting Ejaculation. *Biology*. 2022;11:686. PMID 35625414. doi:10.3390/biology11050686.

Chéhensse C, Facchinetti P, Bahrami S, et coll. Human spinal ejaculation generator. *Annals of Neurology*. 2017;81:35-45. PMID 27917533. doi:10.1002/ana.24819.

Rowland DL. Genital and heart rate response to erotic stimulation in men with and without premature ejaculation. *International Journal of Impotence Research*. 2010;22:318-324. PMID 20861844. doi:10.1038/ijir.2010.22.

Strassberg DS, Mahoney JM, Schaugaard M, Hale VE. The role of anxiety in premature ejaculation: a psychophysiological model. *Archives of Sexual Behavior*. 1990;19:251-257. PMID 2360874.

Facteurs associés, psychisme et diversité

Che S, Sun H, Kang Y, Hu X, Liu F. Prevalence of depression and anxiety with premature ejaculation and its four subtypes: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*. 2025;16:1 694 185. PMID 41 561 990. doi:10.3389/fpsyt.2025.1694185.

Kempeneers P, Andrianne R, Cuddy M, et coll. Sexual cognitions, trait anxiety, sexual anxiety and distress in men with different subtypes of premature ejaculation and in their partners. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 2018;44:319-332. PMID 29 161 211.

Gewirtz-Meydan A, Opuda E. The impact of child sexual abuse on men's sexual function: a systematic review. *Trauma, Violence, and Abuse*. 2022;23:265-277. PMID 32 691 693.

Corona G, Rastrelli G, Limoncin E, et coll. Interplay between premature ejaculation and erectile dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Sexual Medicine*. 2015;12:2291-2300. PMID 26 552 599. doi:10.1111/jsm.13041.

Corona G, et coll. Erectile dysfunction and premature ejaculation: a continuum movens supporting couple sexual dysfunction. *Journal of Endocrinological Investigation*. 2022;45:2029-2041. PMID 35 503 598.

McNabney SM, Weseman CE, Hevesi K, Rowland DL. Are the criteria for the diagnosis of premature ejaculation applicable to gay men or sexual activities other than penile-vaginal intercourse? *Sexual Medicine*. 2022;10:100 516. PMID 35 477 122. doi:10.1016/j.esxm.2022.100516.

De Mello Ferreira Dos Reis M, Barros EAC, Monteiro L, et coll. Premature ejaculation prevalence among young men who have sex with men. *Sexual Medicine*. 2023;11:qfac016. PMID 36 910 706.

Shindel AW, Vittinghoff E, Breyer BN. Erectile dysfunction and premature ejaculation in men who have sex with men. *Journal of Sexual Medicine*. 2012;9:576-584. PMID 22 214 402.

Santillán-Romero AS, Valladares-Garrido MJ, Juarez-Ubillus A, et coll. Prevalence and associated factors of premature ejaculation and erectile dysfunction in young, single men who have sex with men in Lima. *Sexual Medicine*. 2024;12:qfae013. PMID 38 560 648.

Culha MG, Tuken M, Gonultas S, et coll. Frequency of etiological factors among patients with acquired premature ejaculation. *International Journal of Impotence Research*. 2020;32:352-357. PMID 31 477 853.

Alshahrani S, Fathi BA, Abouelgreed TA, El-Metwally A. Prevalence of Sexual Dysfunction with Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicina*. 2025;61:1110. PMID 40 572 798. doi:10.3390/medicina61 061 110.

Wu X, Zhang Y, Jiang H, Zhang X. Variations in objectively measured sleep parameters in patients with different premature ejaculation syndromes. *Journal of Sexual Medicine*. 2024;21:889-896. PMID 39 222 965.

Majzoub A, Arafa M, Al-Said S, et coll. Premature ejaculation in type II diabetes mellitus patients: association with glycemic control. *Translational Andrology and Urology*. 2016;5:248-254. PMID 27 141 454.

Bellastella G, Maiorino MI, Olita L, et coll. Premature ejaculation is associated with glycemic control in type 1 diabetes. *Journal of Sexual Medicine*. 2015;12:93-99. PMID 25 424 355.

Traitements et rééducation

Raisi F, Soleimani R, Ahmadzadeh A, et coll. Efficacy and safety of pharmacological treatments in patients with premature ejaculation: an umbrella review of meta-analyses of randomized controlled trials. *Journal of Sexual Medicine*. 2025;22:1014-1023. PMID 40 326 158. doi:10.1093/jsxmed/qdaf094.

Li L, Geng H, Chen M, Hu W, Ye Q. Cognitive behavioral therapy combined with selective serotonin reuptake inhibitors for premature ejaculation: a systematic review and meta-analysis. *Andrology*. 2025;13:1646-1660. PMID 39 492 575. doi:10.1111/andr.13787.

Nieves Martín M, Marín Novoa P, Avendaño-Coy J. Dapoxetine combined with non-pharmacological approaches for lifelong premature ejaculation: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Sexual Medicine*. 2025;22:1948-1957. PMID 41 020 367. doi:10.1093/jsxmed/qdaf238.

Cooper K, Martyn-St James M, Kaltenthaler E, et coll. Behavioral therapies for management of premature ejaculation: a systematic review. *Sexual Medicine*. 2015. PMID 26 468 381. doi:10.1002/sm2.65.

De Oliveira FA, Lima LB, da Costa MO, et coll. Efficacy of pelvic floor muscle training in the management of premature ejaculation: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Sexual Medicine*. 2026;23. PMID 42 132 359. doi:10.1093/jsxmed/qdag131.

Medrano-Sánchez EM, López-Del-Castillo A, Boisseau M, et coll. Effectiveness of physiotherapy in male premature ejaculation: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Sexual Medicine*. 2026;23. PMID 41 990 123. doi:10.1093/jsxmed/qdag096.

Ventus D, Gunst A, Arver S, et coll. Vibrator-Assisted Start-Stop Exercises Improve Premature Ejaculation Symptoms: A Randomized Controlled Trial. *Archives of Sexual Behavior*. 2020;49:1559-1573. PMID 31 741 252. doi:10.1007/s10 508-019-01 520-0.

Optale G, Burigat S, Chittaro L, Riva G. Smartphone-Based Therapeutic Exercises for Men Affected by Premature Ejaculation: A Pilot Study. *Sexual Medicine*. 2020;8:461-471. PMID 32 565 067.

Sources réglementaires et institutionnelles françaises

Base de données publique des médicaments. PRILIGY 30 mg et 60 mg, résumés des caractéristiques du produit, mise à jour du 1er décembre 2025.

Base de données publique des médicaments. FORTACIN 150 mg/ml + 50 mg/ml, résumé des caractéristiques du produit en vigueur en juillet 2026.

Base de données publique des médicaments. DEROXAT 20 mg, paroxétine, résumé mis à jour le 25 novembre 2025.

Base de données publique des médicaments. ANAFRANIL 25 mg, clomipramine, résumé mis à jour le 5 décembre 2025.

Base de données publique des médicaments. Résumés du sildénafil, du tadalafil et du vardénafil consultés en juillet 2026.

Haute Autorité de santé. Traitement préventif préexposition de l'infection par le VIH. 2024.

Assurance Maladie. Informations sur les infections sexuellement transmissibles, l'hyperthyroïdie, l'apnée du sommeil, la dépression et les symptômes urinaires. Consultées en juillet 2026.

Association française d'urologie. Informations destinées aux patients sur les troubles éjaculatoires, l'hématurie et les urgences urologiques. Consultées en juillet 2026.

Agence du numérique en santé. Annuaire Santé et Répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé. Consultés en juillet 2026.

Conseil national de l'Ordre des médecins. Titres et mentions autorisés, documents en vigueur en juillet 2026.

Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. Rééducation pelvi-périnéale masculine et annuaire des spécificités d'exercice. Consultés en juillet 2026.

Conclusion

Lorsqu'un homme vient me parler d'éjaculation précoce, il apporte rarement une simple affaire de secondes. Il parle du moment où son corps semble lui échapper, de la crainte de décevoir, des stratégies qu'il a inventées en silence et de l'attention parfois épuisante qu'il porte à son propre plaisir. Le ou la partenaire, lorsque la difficulté se vit à deux, raconte souvent une autre version de la même histoire : l'envie d'aider, l'incertitude sur les mots à employer, la peur d'ajouter de la pression à la pression.

Ce livre a cherché à rendre cette histoire plus intelligible. Les éjaculations rapides se répartissent entre plusieurs formes cliniques. Une difficulté présente depuis les premiers rapports, une forme apparue plus tard, des épisodes variables et le sentiment d'être trop rapide malgré un délai objectivement long appellent des explications et des soins adaptés. L'érection, les pratiques sexuelles, la santé, le psychisme et la relation peuvent encore en modifier profondément le visage.

Cette diversité écarte l'idée tenace d'une méthode unique, réservée aux hommes les plus habiles ou les plus disciplinés. Soigner commence par comprendre quelle situation on rencontre. Il faut parfois traiter d'abord une difficulté d'érection ou la cause d'une forme acquise ; dans d'autres cas, un médicament autorisé en France apporte l'appui nécessaire. La sexothérapie et la rééducation apprennent, quant à elles, à percevoir plus tôt la montée de l'excitation, à retrouver un corps moins tendu, à ralentir avant le point de non-retour et à transporter ces compétences dans une sexualité partagée.

Une sexualité vivante varie. Elle connaît des élans, des hésitations, des rencontres fulgurantes et d'autres qui s'attardent. La guérison s'apprécie au recul de ce qui faisait le trouble : l'absence de choix, la souffrance, l'évitement, la dégradation de l'érection ou de la relation. La persistance occasionnelle d'un épisode rapide appartient à cette variabilité.

Si les progrès restent partiels, il faut résister à la tentation de se juger et revenir au raisonnement clinique. Le diagnostic mérite-t-il d'être précisé ? L'érection est-elle suffisamment stable ? Le traitement est-il adapté et correctement

utilisé ? Une compétence particulière manque-t-elle encore ? L'anxiété, un traumatisme, une douleur ou une difficulté relationnelle réclament-ils un accompagnement différent ? Ces questions ouvrent des chemins ; la honte, elle, les referme.

J'ai choisi d'employer le mot « guérir » parce qu'il correspond à l'ambition légitime d'un soin. Guérir, ici, consiste à libérer la sexualité de la peur d'éjaculer, à retrouver une marge de décision et à pouvoir accueillir le plaisir sans qu'il annonce aussitôt l'échec. Le corps gardera ses variations, comme dans toute sexualité vivante. Lorsque cette liberté revient, les secondes perdent enfin le pouvoir qu'on leur avait accordé.