

Le point sur les traitements psycho-comportementaux de l'éjaculation prématurée

In Sexualités Humaines, n° 69, juin 2026, pp 56-63. ISBN 978-2-487229-19-8.

Philippe Kempeneers, PhD
Psychologue, sexologue

Université de Liège, Département de psychologie, Liège, Belgique
Université Libre de Bruxelles, Centre de formation continue en Sciences de la vie et de la santé, Bruxelles, Belgique

Résumé

Les traitements psycho-comportementaux des problèmes d'éjaculation prématurée produisent des effets allant de faibles à grands. L'analyse de leurs variations permet d'identifier les probables processus efficients. Il en ressort que, pour être efficaces, les traitements doivent inclure des exercices de stimulations péniennes. Ceux-ci s'inscrivent dans une double visée d'habituation/désensibilisation et de régulation de l'excitation. La localisation des stimulations (gland ou racine du pénis) semble indifférente, l'adjonction de stimulations nociceptives (« squeeze ») aux stimulations péniennes apparaît inutile et l'utilisation d'un vibreur n'apporte globalement pas d'avantages, il est inutile de la recommander d'emblée. Son emploi ne doit cependant pas être écarté dans certaines situations spécifiques. Des techniques complémentaires corporelles (ex. relaxation musculaire, cohérence cardiaque) et cognitives (ex. pleine conscience) peuvent utilement être proposées dans un objectif de régulation de l'excitation. En revanche, des exercices visant spécifiquement au renforcement de la musculature pelvienne ou à la réduction de l'anxiété sont inutiles s'ils ne sont pas subordonnés à un objectif de régulation de l'excitation. L'encadrement par un professionnel est souhaitable afin de favoriser la compréhension adéquate par le patient du mode d'action du traitement et d'en adapter les modalités aux éventuelles situations particulières. Cependant, le développement de traitements automatisés soutenus par l'intelligence artificielle pourrait être une perspective prometteuse.

Tout le monde s'accorde à considérer l'éjaculation prématurée (EP) comme un trouble qui répond à trois critères. Il s'agit : (1) d'une éjaculation qui survient « rapidement », (2) sur laquelle l'homme a un faible sentiment de contrôle, et (3) cette situation doit être à l'origine d'une détresse significative^{1,2}. Le critère de la rapidité pose cependant une question fondamentale à propos de laquelle il n'existe pas de réponse consensuelle, à savoir « trop vite c'est combien de temps ? » Certains laissent cette question ouverte, dans la CIM-11¹ par exemple, tandis que d'autres tâchent d'apporter des précisions en termes de timing objectif, c'est le cas par exemple du DSM-5-TR² qui préconise de ne retenir comme pathologiques que les éjaculations survenant en dessous d'une à deux minutes de stimulations tactiles. Sans entrer dans le détail des arguments déployés de part et d'autre – ce n'est pas l'objet de cette communication – il convient tout de même de noter que, selon le point de vue que l'on adopte, les estimations de prévalence peuvent être très différentes, elles s'échelonnent de moins de 5 % de la population masculine, lorsque la définition est très restrictive³, à plus de 25 % lorsque l'on considère l'ensemble de ceux qui se plaignent d'éjaculer trop vite^{4,5}.

L'étiologie de l'EP reste relativement nébuleuse⁶. La recherche fait état de nombreux facteurs de risques (endocriniens⁷, génétiques⁸, cognitifs⁹, émotionnels¹⁰, etc.) sans qu'aucun ne puisse s'avérer franchement décisif, et ce quelle que soit la forme du trouble : primaire ou acquise,

généralisée ou variable. Il semble vain de trouver à l'EP une cause unique, elle est manifestement sous l'influence de multiples facteurs de risques, et il apparaît de même illusoire de faire correspondre une forme donnée du trouble à une cause particulière ou un cocktail spécifique de facteurs causaux.

Quant aux traitements de l'EP reconnus efficaces, ils sont essentiellement de deux types : pharmacologiques d'un côté – essentiellement l'utilisation d'inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)¹¹ – et psycho-comportementaux de l'autre – essentiellement des interventions combinant de l'éducation sexuelle et des exercices visant à moduler l'excitation sexuelle^{12,13}.

Certains auteurs^{14,15} ont soutenu que les formes sévères et primaires d'EP avaient une origine essentiellement neuro-constitutionnelle et que la stratégie thérapeutique à privilégier devait être plutôt neuropharmacologique. Quant aux formes réputées légères ou variables, elles renverraient plutôt à des explications émotionnelles et psychosociales, et elles appelleraient essentiellement des interventions de type psychoéducatif et psycho-comportemental. Cette vue ne correspond cependant pas aux observations puisqu'il ressort de l'examen de multiples essais cliniques que la forme de l'EP ne prédit aucunement la plus ou moins grande efficacité d'un type de traitement spécifique ; les traitements psycho-comportementaux et pharmacologiques sont tous les deux plus ou moins efficaces quelle que soit la forme d'EP considérée¹³⁻¹⁷. La moindre efficacité des uns comme des autres dépend identiquement du degré de sévérité de la condition, auquel cas il peut être recommandé de combiner les deux approches¹⁸. En définitive, quelle que soit sa forme, l'EP peut se représenter comme une condition biologique tantôt primaire tantôt acquise dont les tenants demeurent relativement indéterminés, mais qui peut être modulée soit par voie pharmacologique, soit par voie psycho-comportementale, le choix de la méthode dépendant non pas de la forme d'EP mais des préférences du patient.

Avec les ISRS, on vise à modérer chimiquement l'activité des voies sérotoninergiques mésocorticales impliquées dans les réponses émotionnelles en générale, dans l'émotion sexuelle en particulier et sans doute plus spécifiquement encore dans le déclenchement de la réaction orgasmique. Avec les traitements psycho-comportementaux, on cherche d'une part à optimiser la satisfaction sexuelle des partenaires en élargissant au besoin l'éventail de leurs comportements érotiques et on vise d'autre part à affiner la conscience qu'a l'homme de l'ensemble des réactions corporelles, posturales, attentionnelles et comportementales impliquées dans l'excitation sexuelle, des réactions qui se renforcent mutuellement et dont l'exacerbation mène rapidement à l'orgasme. Le but est d'en moduler délibérément le déroulement pour, au bout compte, parvenir à contrôler le moment de survenue de l'éjaculation. En somme l'approche pharmacologique est plutôt de type bottom-up, et l'approche psycho-comportementale de type top-down. Chacune a ses avantages et ses limites.

L'approche pharmacologique nécessite peu d'investissement personnel du patient et peu d'investissement financier dans la mesure où beaucoup d'ISRS sont disponibles en produits génériques. Les traitements sont faciles à prescrire et à se procurer. A l'examen cependant, les taux d'abandon se révèlent assez élevés, on les situe entre 29 %¹⁹ et 90 %^{20,21}. Les motifs recensés chez les gens qui ont soit arrêté¹⁹⁻²³ soit refusé²⁰ un traitement par ISRS sont les suivants : (1) certains incriminent une efficacité insuffisante. De fait, retarder l'éjaculation ne veut pas forcément dire la contrôler ; toute retardée soit elle, lorsqu'elle l'est, l'éjaculation peut toujours survenir trop vite. (2) Des effets secondaires sont également allégués ainsi que (3) la nécessité d'une utilisation à long terme des produits. De fait, la médication ne « guérit » pas l'EP, quand on

l'interrompt, on assiste généralement à un retour au *statu quo ante*. Enfin (4) certains expriment des réserves quant au principe même de l'utilisation d'un médicament.

En regard de telles limites, les traitements psycho-comportementaux représentent une alternative intéressante : ils ne s'accompagnent pas d'effets secondaires, ils sont plus « naturels » et ils ont la prétention de produire des résultats pérennes puisqu'ils visent à l'apprentissage de la gestion de l'excitation. D'un autre côté, ils restent assez onéreux – du moins à court terme – et ils présentent des niveaux d'efficacité variables, et donc une efficacité incertaine. De fait, les tailles d'effets s'échelonnent de négligeables à très importantes selon les protocoles¹³.

Il importe dès lors d'identifier les ingrédients efficaces des traitements psycho-comportementaux afin de rationaliser au mieux ceux-ci. L'examen détaillé des protocoles publiés^{13,24,25} permet dans une certaine mesure de démêler les techniques efficaces de celles qui ne le sont guère et de préciser sur cette base quels sont les modes d'action efficaces. Il en ressort les observations suivantes :

1. Les approches efficaces sont essentiellement celles qui proposent des exercices de stimulations péniennes, comme le stop-start²⁶ par exemple ou la masturbation poignet fixe/corps mobile²⁷. L'adjonction de stimulations nociceptives (« squeeze ») durant les phases d'arrêt des stimulations²⁸ n'apporte apparemment aucun bénéfice complémentaire, de même que le fait de localiser les stimulations plutôt au niveau du gland ou de la racine du pénis. L'utilisation d'un vibreur ne gagne rien non plus à être prescrite d'emblée. On peut toutefois la garder en réserve pour les cas où les exercices standards de stimulation ne produisent pas suffisamment d'excitation.
2. L'approche par stimulations péniennes gagne souvent à s'accompagner d'autres techniques corporelles visant à réguler de l'excitation : des techniques de pleine conscience centrée sur les sensations corporelles par exemple, ou des techniques de relaxation visant à réguler la respiration, le tonus musculaire, l'activation orthosympathique. Il importe de noter que les approches purement verbales ou l'emploi de techniques corporelles qui feraient l'économie de stimulations péniennes demeurent plutôt infructueuses.
3. Attention, les exercices de stimulation pénienne (accompagnés ou non de techniques corporelles complémentaires) ne semblent efficaces qu'à la condition expresse qu'ils visent explicitement à la gestion délibérée du processus d'excitation sexuelle et/ou à l'habituation/désensibilisation des sensations d'excitation. En effet, une même technique peut être utilisée dans des objectifs différents : un improbable reconditionnement du réflexe éjaculatoire par exemple ou un meilleur discernement, en soi insuffisant, des sensations pré-éjaculatoires. Ils ne donnent alors guère lieu à des résultats appréciables. Ceci était typiquement le cas de nombreux essais menés dans les années 1970-1980, qui ne sont pas parvenus à répliquer des résultats pourtant initialement prometteurs²⁸. Probablement des objectifs inappropriés instillaient-ils des attentes d'efficacité quasi médicamenteuse à l'égard de ces techniques, le stop-start pour l'essentiel, avec des résultats forcément décevants. Il en va de même pour des exercices corporels qui viseraient essentiellement un état général relaxation ou qui se focaliseraient sur une réhabilitation des muscles du plancher pelvien. De tels exercices ne servent pas à grand-chose s'ils ne sont pas clairement subordonnés à un objectif de gestion de l'excitation.
4. Enfin, si les approches purement verbales restent largement infructueuses en ce qu'elles ne permettent en soi aucun apprentissage concret, il est un fait cependant que la parole du thérapeute reste l'élément par excellence qui permet au patient d'assimiler adéquatement

les objectifs du traitement et d'en adapter les modalités à sa situation particulière. L'encadrement a son importance.

L'adéquation des techniques et leur utilisation judicieuse implique la rencontre d'un professionnel averti. L'accès à des professionnels dûment formés n'est toutefois pas toujours évident, et les prestations de ces derniers dans le cadre d'un colloque singulier peuvent représenter un coût important pour certaines personnes ne bénéficiant pas de couvertures d'assurance *ad hoc*. Des solutions de traitement standard sous formes d'écrits²⁹ (bibliothérapies) ou d'applications³⁰ peuvent représenter un début de solution à ce problème, à partir du moment du moins où elles s'appuient sur une veille scientifique de qualité. Les outils de ce genre ne sont pas encore nombreux mais, au fur et à mesure que l'on parvient à identifier les processus efficaces, ils devraient se développer.

Le dernier instrument en date, une application testée en Allemagne dans le courant de 2025, livre des résultats encourageants³⁰. Son utilisation pendant 12 semaines a permis d'observer des effets moyens à forts respectivement sur les durées de pénétration et sur des échelles composites. En termes de tailles d'effets, ces résultats apparaissent comparables voire légèrement supérieurs à ceux observés antérieurement avec une bibliothérapie en format papier^{31,32}, à cette importante nuance près que les taux d'attrition y sont sensiblement moindres. Le format application pour smartphone possède sans doute certains avantages, notamment en termes de convivialité. L'outil présente toutefois des limites : bien que la situation des utilisateurs se soit globalement améliorée, 62 % d'entre eux peuvent encore être formellement considérés comme présentant un problème d'EP après 12 semaines d'utilisation. On apprécie les marges de progression.

Un des inconvénients des traitements standardisés de ce type tient sans doute à leur ignorance des effets d'alliance thérapeutique et à un défaut d'individualisation qui rendent difficile l'ajustement du message aux situations particulières des usagers. Ceci peut appeler un accompagnement humain complémentaire et renvoyer alors à la question de son coût résiduaire. Mais cela ouvre aussi une nouvelle question : le développement de l'intelligence artificielle ne pourrait-il permettre aux algorithmes de s'affiner et aux interfaces conversationnelles de gagner en convivialité pour donner lieu à des outils plus performants capables d'intégrer davantage de singularités ? Bien qu'à leurs balbutiements, des recherches récentes menées sur l'utilisation de robots conversationnels dans des domaines voisins de la santé mentale donnent lieu à des résultats encourageants³³⁻³⁵, elles laissent augurer de progrès sensibles en cette matière et indiquent là une voie potentiellement féconde en termes de santé publique.

Références

1. WHO (World Health Organization). (2025). *International Classification of Diseases, 11th Edition*. Retrieved 09 25, 2025, from <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en>
2. APA (American Psychiatric Association). (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition*, Text Revision Washington, DC: APA.
3. McMahon, C.G., et al. (2008). An evidence-based definition of lifelong premature ejaculation: report of the International Society for Sexual Medicine (ISSM) ad hoc committee for the definition of premature ejaculation. *Journal of Sexual Medicine*, 5, 7, 1590-1606.
4. Laumann, E.O., et al. (2005). Sexual problems among women and men aged 40-80: Prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *International Journal of Impotence Research*, 17, 39-57.

5. Porst, H. Et al. (2007). The Premature Ejaculation Prevalence and Attitudes (PEPA) Survey: Prevalence, Comorbidities, and Professional Help-Seeking. *European Urology*, 51, 816-24.
6. Puppo, V., & Puppo, G. (2016). Comprehensive review of the anatomy and physiology of male ejaculation: Premature ejaculation is not a disease. *Clinical Anatomy*, 29, 111-119. doi: 10.1002/ca.22655.
7. Corona, G., Jannini, E. A., Lotti, F., Boddi, V., De Vita, G., Forti, G., Lenzi, A., Mannucci, E., & Maggi, M. (2011). Premature ejaculation and delayed ejaculation: two ends of a single continuum influenced by hormonal milieu. *International Journal of Andrology*, 34, 41-8
8. Waldinger, M. D. (2013). Risks factors in premature ejaculation: The genetic risk factor. In E. Jannini, C. G. McMahon, & M. D. Waldinger (Eds.), *Premature ejaculation. From etiology to diagnosis and treatment* (pp. 111-123). Milan: Springer.
9. Kempeneers, P., Andrianne, R., Cuddy, M., & Blairy, S. (2018). Sexual cognitions, trait anxiety, sexual anxiety and distress in men suffering from different types of premature ejaculation and in their partners. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 44(4): 319-332. doi: 10.1080/0092623X.2017.1405299.
10. Rowland, D. L., & Cooper, S.E. (2013). Risk factors for premature ejaculation: The intrapsychic risk factor. In E. Jannini, C. G. McMahon, & M. D. Waldinger (Eds.), *Premature ejaculation. From etiology to diagnosis and treatment* (pp. 99-109). Milan: Springer.
11. Sathianathan, N. J., Hwang, E. C., Mian, R., Bodie, J. A., Soubra, A., Lyon, J. A., Sultan, S., & Dahm, P. (2022). Selective Serotonin Re-Uptake Inhibitors for Premature Ejaculation in Adult Men: A Cochrane Systematic Review. *World Journal of Men's Health*, 40(2):257-263. doi: 10.5534/wjmh.210155.
12. Cooper, K., Martyn-St James, M., Kaltenthaler, E., Dickinson, K., Cantrell, A., et al. (2015). Behavioral therapies for management of premature ejaculation: A systematic review. *Journal of Sexual Medicine*, 3, 174-188.
13. Kempeneers, P. (2022). Revue systématique des essais consacrés aux sexothérapies de l'éjaculation précoce. *Sexologies*, 31(1), 35-51. doi : 10.1016/sexol.2021.09.002. <https://orbi.uliege.be/handle/2268/265475>
14. Serefoglu, E. C., McMahon, C. G., Waldinger, M. D., Althof, S. E., et al. (2014). An evidence-based unified definition of lifelong and acquired premature ejaculation: Report of the second International Society for Sexual Medicine ad hoc committee for the definition of premature ejaculation. *Journal of Sexual Medicine*, 11, 1423-41. doi: 10.1111/jsm.12524.
15. Waldinger, M. D. (2007). Premature ejaculation: Definition and drug treatment. *Drugs*, 67(4), 547-568.
16. Porst, H., McMahon, C. G., Althof, S. E., Sharlip, I., Bull, S., Aquilina, J. W., Tesfaye, F., & Rivas, D. A. (2010). Baseline characteristics and treatment outcomes for men with acquired or lifelong premature ejaculation with mild or no erectile dysfunction: integrated analyses of two phase 3 dapoxetine trials. *Journal of Sexual Medicine*, 7(6), 2231-42. doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.01820.x.
17. Kempeneers, P., & Desseilles, M. (2014). Le « trouble » de l'éjaculation précoce : le critère d'une minute maximum de pénétration en question. *Sexologies*, 23, 101-106. doi: 10.1016/j.sexol.2014.06.004.
18. Althof, S.E. (2020). Treatment of premature ejaculation. In K. S. K. Hall, & Y. M. Binik (Eds.), *Principles and practice of sex therapy, 6th Edition*. New York, NY: Guilford Press.
19. Jern, P., Johansson, A., Piha, J., Westberg, L., & Santtila, P. (2014). Antidepressant treatment of premature ejaculation discontinuation rates and prevalence of side effects for dapoxetine and paroxetine in a naturalistic setting. *International Journal of Impotence Research*, 27, 75-80. doi: 10.1038/ijir.2014.37
20. Mondaini, N., Fusco, F., Cai, T., Benemei, S., Mirone, V., & Bartoletti, R. (2013). Dapoxetine treatment in patients with lifelong premature ejaculation: the reasons of a "Waterloo". *Urology*, 82(3), 620-4. doi: 10.1016/j.urology.2013.05.018. PMID: 23987156.

21. Park, H. J., Park, N. C., Kim, T. N., Baek, S. R., Lee, K. M., & Choe, S. (2017). Discontinuation of Dapoxetine Treatment in Patients With Premature Ejaculation: A 2-Year Prospective Observational Study. *Sexual Medicine*, 5(2), e99-105. doi: 10.1016/j.esxm.2017.02.003
22. Salonia, A., Rocchini, L., Sacca, A., Pellucchi, F., Ferrari, M., Carro, U. D., Ribotto, P., Gallina, A., Zanni, G., Deho, F., Rigatti, P., & Montorsi, F. (2009). Acceptance of and discontinuation rate from paroxetine treatment in patients with lifelong premature ejaculation. *The Journal of Sexual Medicine*, 6, 2868-77.
23. Zhong, C., Li, C., Geng, Q., Han, Q., Gao, Q., Zhang, J., & Wang, F. (2022). Reasons and treatment strategy for discontinuation of dapoxetine treatment in premature ejaculation patients in China: A retrospective observational study. *Andrologia*, 54(7), 1598-604. doi:10.1111/and.14425
24. Kempeneers P, Andrianne R, Desseilles M. (2019). Sex therapy for premature ejaculation: An overview. *Urology: Research and Therapeutics Journal*, 2(2):128. <https://orbi.uliege.be/handle/2268/247199>
25. de Carufel, F. (2017). *Premature ejaculation: Theory, evaluation and therapeutic treatment*. New York, NY: Routledge.
26. Semans, J. H. (1956). Premature ejaculation: A new approach. *Southern Medical Journal*, 49, 353-8.
27. de Carufel F, Trudel G. (2006). Effects of a new functional-sexological treatment for premature ejaculation. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 39, 97-114.
28. Masters WH, Johnson VE. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston, MA: Little-Brown.
29. Kempeneers, P., Bauwens, S. & Andrianne, R. (2015). *Lutter contre l'éjaculation précoce. Guide pratique de l'éjaculation précoce*. Paris: Solal-De Boeck.
30. Kormann, F., Koch, R., Karschuck, P., & Groeben, C. (2025-09-19). [Results of Climax Study: Effects of a digital health application on symptoms of premature ejaculation] [Oral communication]. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie, Hamburg, Germany. <https://drks.de/search/en/trial/DRKS00032774>
31. Kempeneers, P., Andrianne, R., Bauwens, S., Georis, I., Pairoux, J.-F., & Blairy, S. (2012). Clinical outcomes of a new self-help booklet for premature ejaculation. *Journal of Sexual Medicine*, 9, 2419-28. doi: 10.1111/j1743-6109.2012.02764x.
32. Kempeneers, P., Andrianne, R., Cuddy, M., Georis, I., Longrée, Q., Pairoux, J.-F., & Blairy, S. (2018). A comparative study of guided vs pure self-treatment for premature ejaculation. *Sexual and Relationship Therapy*, 33(3), 309-324. doi: 10.1080/14681994.2017.1323074.
33. Beatty, C., Malik, T., Meheli, S., & Sinha, C. (2022). Evaluating the therapeutic alliance with a free-text CBT conversational agent (Wysa): A mixed-methods study. *Frontiers in Digital Health*, 4, e847991. doi: 10.3389/fdgth.2022.847991.
34. Heinz, M. V., Mackin, D. M., Trudeau, B. M., Bhattacharya, S., et al. (2025). Randomized trial of a generative AI chatbot for mental health treatment. *NEJM AI*, 2(4), e2400802. doi: 10.1056/Aloa2400802.
35. Nie, J., Shao, H., Fan, Y., Shao, O., You, H., Preindl, M., & Jiang, X. (2024). LLM-based Conversational AI Therapist for Daily Functioning Screening and Psychotherapeutic Intervention via Everyday Smart Devices. *ACM Transactions on Computing for Healthcare*. New York, NY. doi: 10.1145/3712299.