

# Reconnecter les Hommes à la Vie



Professeur Eric Allaire [www.drallaire.com](http://www.drallaire.com)

# Pourquoi les Érections sont-elles si importantes ?

Les hommes sont vulnérables face aux troubles de l'érection — mineurs ou majeurs, imaginaires ou réels. Souvent, ce n'est pas la perte de l'érection qui est en jeu, mais la préservation ou l'amélioration de la qualité des érections au fil du temps. Très vite, ces problèmes engendrent de l'anxiété et altèrent l'estime de soi. Pour beaucoup d'hommes, la dysfonction érectile s'accompagne d'une perte du désir sexuel — et, plus largement, d'un désintérêt pour la vie.

Pourquoi les troubles de l'érection occupent-ils une place si envahissante dans l'esprit des hommes ? Après des années passées à restaurer les érections naturelles chez ceux que l'on appelle "impuissants", j'en suis arrivé à une conclusion : **l'érection relie l'homme à son existence même**. Notre cerveau est structuré de telle manière que, lorsque l'érection faiblit, c'est toute notre perception de la vie et de l'avenir qui vacille. Ce n'est pas un sujet nouveau : on en parlait déjà il y a 4 000 ans, à l'époque de la déesse Ishtar. C'est ce que mes patients, et leurs partenaires, me confient en consultation — à travers leurs mots, leurs récits. Parfois — pour environ 20 % des patients que j'ai opérés de fuites veineuses —, les troubles de l'érection ont provoqué des pensées suicidaires. C'est tout le sens de notre action : **Reconnecter les Hommes à la Vie**, et le titre de ce guide qui résume résumer ce que je souhaite offrir à chaque homme confronté à une difficulté érectile.

Fait paradoxal : alors que les hommes sont censés diriger les affaires du Monde, ils reçoivent bien peu d'attention lorsqu'il s'agit de leurs érections. J'estime qu'ils portent une part de responsabilité dans cet état de fait : les hommes hésitent souvent à reconnaître leurs vulnérabilités. Mais il existe sans doute une autre explication : l'érection se situe à la frontière entre le psychique et le corporel. Sur le plan médical, elle appartient à la fois au domaine des troubles psychologiques et à celui des maladies physiques. Naviguer entre ces deux univers crée de nombreuses difficultés. En pratique, lorsqu'il s'agit de troubles de l'érection, la confusion, les erreurs de jugement et les mauvaises interprétations sont fréquentes — y compris parmi les professionnels de santé.

Les conséquences de ces défaillances sont considérables : les hommes peuvent légitimement se sentir abandonnés dans un aspect essentiel de leur vie. Les occasions d'améliorer leur santé globale — et peut-être de prolonger leur longévité — sont manquées. Le délai moyen entre l'apparition des troubles de l'érection et la chirurgie que j'ai désormais pratiquée chez plus de 500 hommes est de **onze ans**. Entre-temps : détresse, perte d'image de soi, sexualité insatisfaisante, paternité manquée, divorce, solitude, infarctus, accident vasculaire cérébral.

**Changeons cela**. Nos ambitions pour la vie sont désormais grandes. Nous bénéficions d'une longévité en bonne santé exceptionnelle. Mon objectif est que, d'ici dix ans, les hommes puissent accéder facilement à des professionnels compétents et fiables, capables de prendre en charge leurs troubles de l'érection. C'est la mission de **NeoHominis**. Faisons de la santé érectile la prochaine grande frontière pour les hommes et les couples.

Comment améliorer ses érections ? Comment les préserver ? Comment dépister la dysfonction érectile, en identifier la cause et la traiter ? Ce **Guide** a pour but d'offrir aux hommes et aux femmes curieux une feuille de route pour reprendre le contrôle : comprendre comment fonctionnent les érections — et pourquoi elles échouent, savoir comment évaluer leur état, découvrir les liens entre érection et santé générale, et enfin, apprendre ce qu'il est possible de faire pour se reconnecter à la Vie.

Je vous souhaite une excellente lecture.

**Professeur Éric Allaire**

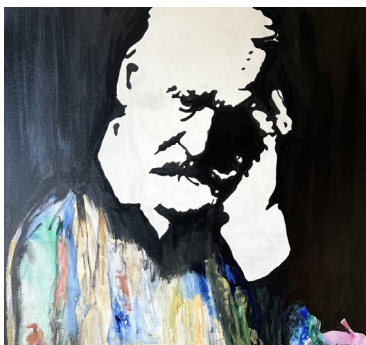
# 1. Un problème fréquent

Les troubles de l'érection sont fréquents. Les hommes qui rencontrent des problèmes d'érection ne doivent donc pas se sentir isolés, même lorsqu'ils sont jeunes. Les conséquences s'exercent sur la sexualité, mais aussi sur la santé globale.



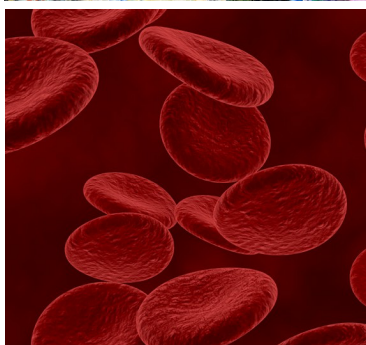
**2 % des jeunes hommes de moins de 25 ans ne peuvent pas obtenir d'érections suffisamment fermes pour permettre la pénétration lors des rapports sexuels, en raison de fuites veineuses — une maladie entraînant une incapacité du pénis à retenir le sang, étape nécessaire au développement et au maintien d'une érection rigide.**

(Ludwig W et al. *Organic causes of erectile dysfunction in men under 40*. Urol Int. 2014;92(1):1-6.  
Rastrelli G et al. *Erectile dysfunction in fit and healthy young men: psychological or pathological?* Transl Androl Urol. 2017;6:79-90.  
Allaire E et al. *Ligation and embolization in one procedure for caverno-venous leakage in 171 patients with drug-resistant erectile dysfunction*. Annals of Vascular Surgery, 2025;121:664-672)



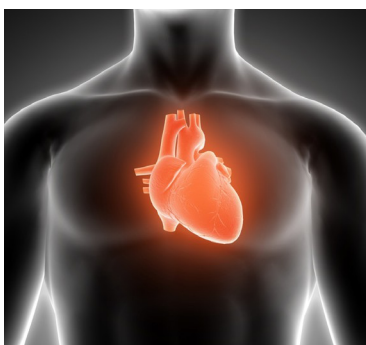
**70% à 70 ans La fréquence des troubles de l'érection augmente avec l'âge. Elle atteint 70 % à 70 ans. Les érections peuvent toutefois être améliorées à tout âge.**

(Aytac IA. The likely worldwide increase in erectile dysfunction between 1995 and 2025 and some possible policy consequences. British Journal of Urology 1999;84:50-56) Image credit: Muriel Deumié



**50% La moitié des dysfonctions érectiles résistantes aux médicaments pour l'érection sont dues à des maladies des veines et des artères qui contrôlent la circulation sanguine dans le pénis. Dans la grande majorité des cas, il s'agit de fuites veineuses.**

(Wespes E et al. Sildenafil non-responders: haemodynamic and morphometric studies. Eur Urol. 2005;48(1):136-9  
Allaire E. Nosology. Epidemiology, socio-economic aspects of vascular erectile dysfunction. Phlebologie 2021, 74, 4, p.14-22)



**X2 L'apparition d'une dysfonction érectile multiplie par deux le risque d'infarctus ou d'accident vasculaire cérébral dans les trois ans à venir. Mais elle représente aussi une opportunité pour augmenter sa longévité, en permettant de détecter et de traiter précocement les maladies cardiovasculaires sous-jacentes.**

(Uddin SMI et al. Erectile Dysfunction as an Independent Predictor of Future Cardiovascular Events The Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. Circulation 2018; 138:540-542  
Piegza M et al. Sexual and cardiovascular health. J Vasc Health Risk Manag. 2025;21:51-60)

# 2. Comprendre les érections

## Anatomie du pénis

Ce que vous voyez : le pénis.

À l'intérieur du pénis :

- **Les deux corps caverneux**, qui s'étendent à la partie inférieure du bassin (*Figure 1*).

En **coupe transversale** (*Figure 2*), ils apparaissent côte à côte. Chaque corps caverneux contient le **tissu érectile**, une structure qui ressemble à une éponge et se **remplit de sang** pendant l'érection. C'est cette partie du pénis qui **devient rigide** lors de l'érection.

- **Le corps spongieux**, prolongé à son extrémité par le gland, est situé sous les corps caverneux. Il entoure l'urètre, le canal par lequel s'évacuent l'urine et le sperme.

Il gonfle pendant l'érection, mais ne devient pas aussi dur que les corps caverneux.

**Point essentiel pour comprendre :** Les érections surviennent parce que le pénis est connecté à la circulation générale, par des artères qui y apportent le sang pour constituer l'érection, et par des **veines** qui reconduisent le sang dans la circulation générale pour que l'érection se résorbe (*Figure 3*).

[*Figure 1 : Anatomie du pénis*]

[*Figure 2 : Coupe transversale du pénis*]

[*Figure 3 : Connexion artérielle et veineuse à la circulation générale*]

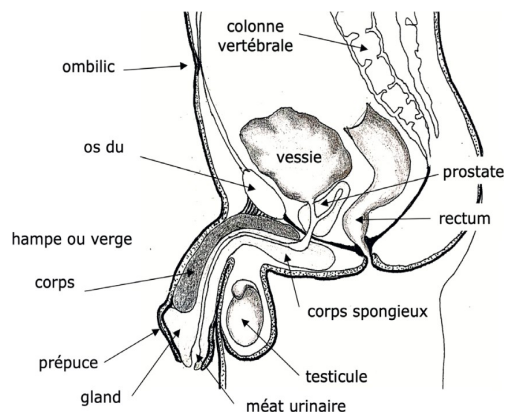


Figure 1

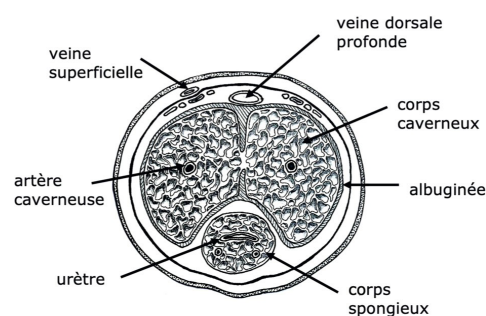


Figure 2

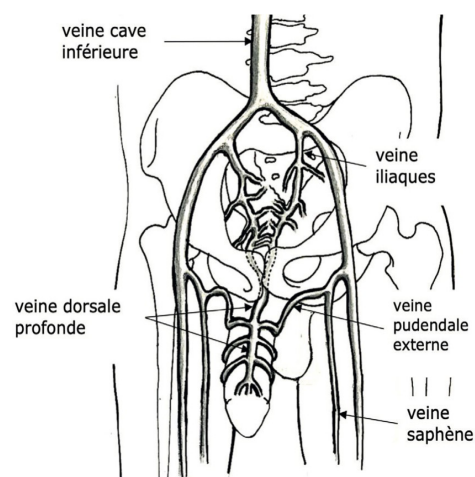


Figure 3

# Comment se font les érections

## L'accumulation de sang dans le pénis provoque l'érection

Les érections se développent parce que du sang parvenant de la circulation générale entre dans le pénis et y reste piégé pendant toute la durée de l'érection.

Le désir sexuel, initié dans le cerveau, déclenche l'arrivée du sang dans le pénis par les artères honteuses internes (ou artères pudendales).

À la fin de l'érection — par exemple après l'éjaculation —, les 50 à 80 ml de sang retenus dans le pénis retournent vers la circulation générale par d'autres vaisseaux, appelés veines.

## Les artères qui apportent le sang au pénis sont très fines

Les artères honteuses internes, par lesquelles le sang arrive dans le pénis, sont très étroites (diamètre : 1,5 à 2,5 mm).

Ces petits vaisseaux peuvent être fragilisés ou obstrués (occlusion, sténose, rétrécissement) sous l'effet de différents facteurs : tabac, diabète, excès de cholestérol dans le sang, hypertension, stress.

Lorsque les artères du pénis sont endommagées, le sang ne peut plus parvenir au pénis suffisamment pour permettre le développement d'érections satisfaisantes.

## À la fin des érections, le sang retourne dans la circulation générale par les veines

Tant que le pénis reste pleinement rigide, pendant l'érection, les veines retiennent le sang piégé à l'intérieur du pénis.

À la fin de l'érection, le sang quitte le pénis par les veines et retourne dans la circulation générale, et le pénis redevient flasque (sans érection).

Lorsque les veines ne parviennent plus à retenir le sang dans le pénis, en raison d'une fuite veineuse, l'érection ne peut pas se développer, le pénis reste mou. La fuite veineuse est la cause la plus fréquente de dysfonction érectile. Elle est responsable de formes sévères de dysfonction érectile chez environ 4,4 millions d'hommes aux États-Unis.

# Neurobiologie et facteurs psychologiques

## Le cerveau orchestre de multiples influences pour créer le désir et les érections

Désir, excitation, pulsion érotique, perceptions sensorielles, hormones, neurotransmetteurs. Inhibition, peur, stress, refoulement, morale, interdits. Connaissance, ignorance, appréhension.

Tous ces éléments peuvent influencer les individus, les couples, les lois, les comportements sociaux et même la médecine.

Les érections dépendent d'un ensemble de facteurs biologiques, psychologiques, comportementaux, religieux et sociaux. Le cerveau humain intègre ces multiples influences et stimulations pour faciliter ou au contraire inhiber les érections.

Le succès ou l'échec dans l'obtention et le maintien d'une érection résulte de l'interaction complexe entre ces facteurs. L'anxiété de performance et la baisse du désir peuvent favoriser la survenue d'une dysfonction érectile.

## Du cerveau au pénis

Les signaux provenant du cerveau qui régulent les érections, voyagent à travers la moelle épinière et les nerfs pour atteindre le pénis via un circuit complexe. Toute atteinte de ces structures — qu'il s'agisse d'un traumatisme, d'une compression nerveuse, d'un diabète, d'une consommation excessive d'alcool ou de maladies neurologiques — peut altérer la fonction érectile.

## Érections nocturnes et matinales : le rôle du système nerveux autonome

Les érections sont également contrôlées par le système nerveux autonome, qui régule de manière inconsciente les fonctions vitales du corps (battements cardiaques, respiration, digestion).

Ce système comporte deux sous-ensembles :

- le **système sympathique**, activé par le stress, le danger,
- et le **système parasympathique**, impliqué dans la détente et la relaxation.

Sous l'effet du système parasympathique, les hommes en bonne santé connaissent 3 à 5 épisodes d'érection chaque nuit, pendant les phases de sommeil paradoxal, d'une durée moyenne de 30 à 60 minutes chacun. Ce phénomène inconscient est appelé « érection nocturne ».

Au réveil, les « érections matinales » sont une manifestation consciente de cette activité parasympathique : elles sont un signe de bonne santé.

Il est important de noter que les érections nocturnes et matinales ne dépendent pas du désir ou de la stimulation sexuelle.

En revanche, dans la vie éveillée, les hommes ressentent les effets du système nerveux autonome :

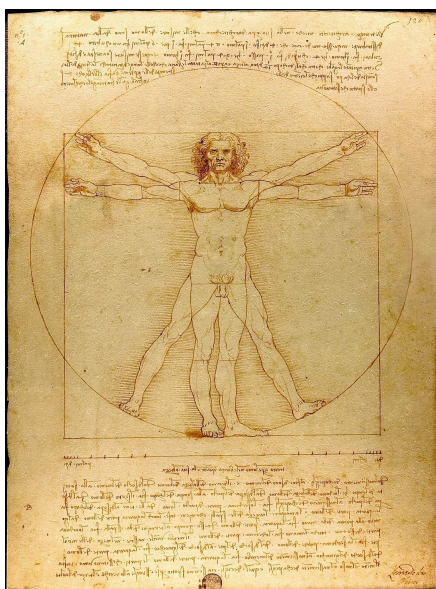
- la **relaxation** qui favorise les érections,
- le **stress** qui les inhibe.

# Les hormones

Les hormones sont des molécules qui circulent dans le sang. Elles jouent un rôle essentiel dans de nombreuses fonctions physiques et psychiques.

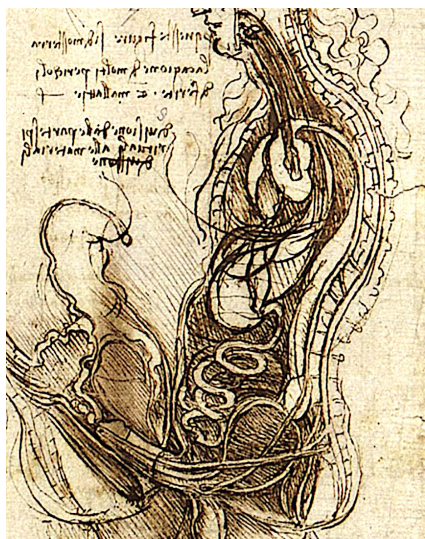
La testostérone est l'hormone associée à la masculinité la plus connue. Contrairement à une idée reçue, la testostérone n'agit pas directement sur l'érection. Cependant, un taux bas de testostérone peut réduire le désir sexuel et, à long terme, altérer la structure du tissu érectile.

Un équilibre hormonal sain contribue à la vitalité, à la motivation et à la santé sexuelle globale.



L'homme de Vitruve, Léonard de Vinci, Galerie de l'Académie, Venise.

Un modèle d'équilibre, condition au bon fonctionnement du corps.



Coût d'un homme et d'une femme en coupe sagittale - Léonard de Vinci, Royal Collection Trust, Royaume-Uni. Wikimedia Commons.

Il est intéressant de noter que Léonard de Vinci avait représenté tous les acteurs de l'érection : le cerveau, la moelle épinière, les nerfs et les vaisseaux sanguins.

Il fut le premier à supposer que l'érection résulte de l'accumulation de sang dans le pénis.

# 3. Les causes de dysfonction érectile

## Pourquoi les érections peuvent-elles ne plus fonctionner ?

John Hunter, chirurgien londonien du XVIII<sup>e</sup> siècle et pionnier de la chirurgie vasculaire (il a effectué la première ligature de l'aorte), proposait déjà de classer les causes de l'impuissance masculine en deux catégories :

- **l'impuissance d'origine somatique**, liée à l'incapacité du corps à produire une érection
- **l'impuissance par imagination**, c'est-à-dire d'origine psychologique.

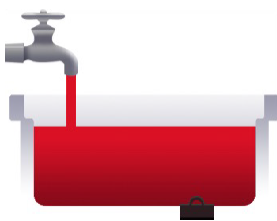
Commençons par les causes somatiques. Les affections vasculaires — maladies des artères et des veines — sont les plus fréquentes, représentant environ 50 % des cas.

Les autres causes somatiques incluent des troubles neurologiques, hormonaux, ou des pathologies diverses plus rares.

### Comprendre comment les atteintes veineuses et artérielles provoquent une dysfonction érectile

Imaginez que le pénis soit une baignoire. L'érection correspond à la baignoire remplie d'eau. L'artère, par laquelle le sang arrive, joue le rôle du robinet. Pour que la baignoire reste pleine (comme le pénis rempli de sang et rigide), il faut que la bonde retienne bien l'eau — c'est le rôle des veines qui doivent retenir le sang.

#### Érections normales



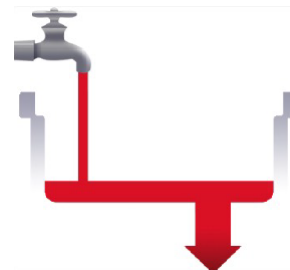
La baignoire se remplit lorsque le robinet s'ouvre : le sang afflue dans le pénis par les artères, et la bonde retient l'eau (le sang) à l'intérieur.

#### Dysfonction érectile par insuffisance artérielle



L'eau n'arrive plus par le robinet : le sang ne peut plus entrer dans le pénis, et l'érection ne se développe pas.

#### Dysfonction érectile par fuite veineuse



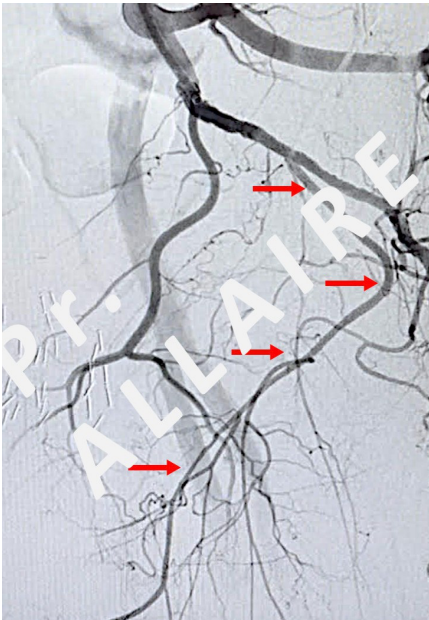
L'eau arrive bien par le robinet, mais s'échappe aussitôt car la bonde ne retient plus rien : le sang s'évacue trop vite par les veines, et l'érection ne tient pas.

## Les artères qui amènent le sang au pénis peuvent se boucher

La cause la plus fréquente d'obstruction des artères péniennes est l'athérosclérose, un processus déclenché par :

- le tabagisme
- le diabète
- l'hypertension artérielle
- le stress
- l'excès de cholestérol.

Une autre cause possible de lésion des artères est une fracture du bassin, qui peut provoquer l'interruption de la circulation sanguine dans les artères.



Artériographie montrant une artère pudendale (flèches rouges) qui amènent le sang au pénis.  
(Collection personnelle du Pr Allaire)

# Les fuites veineuses expliquées

Quand les veines ne peuvent plus retenir le sang dans le pénis, l'érection ne se développe pas. Si le sang arrive bien dans le pénis par les artères, mais en ressort tout de suite, la pression ne peut pas monter dans le pénis qui reste mou.

Cette maladie s'appelle les fuites veineuses (ou fuites caverno-veineuses).

Les fuites veineuses sont la cause la plus fréquente de dysfonction érectile. Elle est responsable de formes sévères de dysfonction érectile chez environ 4,4 millions d'hommes aux États-Unis, et constitue la première cause de dysfonction érectile chez les adolescents et les hommes de moins de 30 ans.

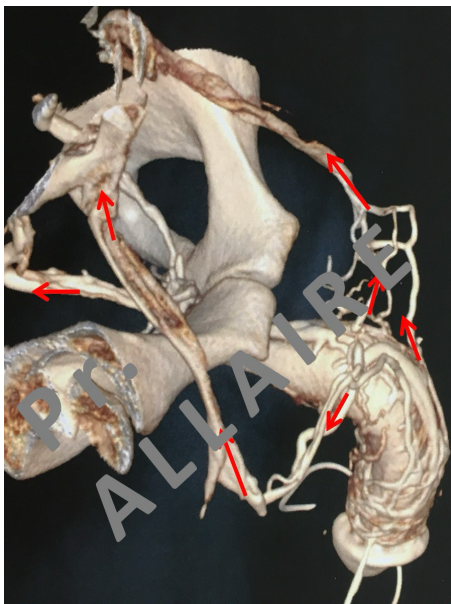
Ses conséquences peuvent être :

- Des érections incomplètes (qui n'atteignent pas la fermeté nécessaire à la pénétration)
- Ou une instabilité érectile (perte d'érection répétée et soudaine).

Dans les cas les plus graves, les médicaments destinés à provoquer l'érection se révèlent inefficaces. Le Viagra, le Cialis, augmentent la quantité de sang arrivant dans le pénis, mais si les fuites sont importantes, cette augmentation ne compense pas la sortie du sang.

L'origine exacte de la fuite veineuse reste mal comprise. Elle peut être :

- Primitive (apparues avant l'âge de 30 ans, souvent depuis l'adolescence), liée peut-être à une malformation,
- Ou secondaire (apparaissant après 30 ans, après une vie sexuelle normale)
- Plus rarement, elle est déclenchée par un traumatisme du pénis, la maladie de Lapeyronie, ou une chirurgie de la prostate.



Reconstruction 3D d'une tomodensitométrie caverneuse montrant des fuites veineuses provenant du pénis (flèches rouges). À noter que le pénis est flasque en raison de la fuite veineuse. (Collection personnelle du Pr Allaire)

# Les causes non vasculaires de dysfonction érectile

Les causes non vasculaires de dysfonctionnement de « la machine à faire les érections » sont plus rares, mais doivent être connues :

- **Neurologiques** : toute altération des connexions nerveuses entre le cerveau et le pénis.
- **Douleurs chroniques** ou maladies inflammatoires
- **Déséquilibres hormonaux** (thyroïde, testostérone, etc.)
- **Médicaments** : dont certains traitements antihypertenseurs ou antidépresseurs peuvent provoquer une dysfonction érectile
- **Chirurgies** de la **prostate**, de la **vessie**, du **rectum** ou du **côlon**
- **Maladies du pénis** (fibrose, plaques, traumatismes).

## Le problème est-il dans ma tête ?

### La part psychologique

Il est tout à fait normal de se poser la question lorsqu'une dysfonction érectile apparaît :

*Est-ce dans ma tête, ou dans mon corps ?*

Dans la majorité des cas, la réalité est mixte : une cause physique (par exemple vasculaire) a en général pour conséquence de provoquer une **angoisse de performance** ou une perte de confiance, ce qui aggrave le trouble de l'érection.

Il est important de comprendre que le fait qu'il existe une angoisse de performance, qui est un phénomène vécu comme psychique, n'exclut pas une cause organique (ou physique, ou somatique). L'enjeu pour trouver une solution est de faire la part des choses : l'angoisse de performance est-elle primaire, c'est-à-dire la cause initiale du trouble de l'érection, ou est-elle secondaire, c'est-à-dire la conséquence d'une maladie « de la machine à faire les érections ».

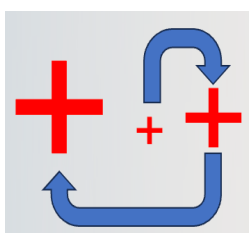
### L'angoisse de performance : un cercle vicieux

Qu'elle soit primaire ou secondaire, l'angoisse de performance est bien identifiée par les hommes.

« Je ne vais pas y arriver. » – « Je vais perdre mon érection. » Tous les hommes connaissent cette crainte au cours de leur vie sexuelle, et lorsque cette pensée devient constante, elle peut conduire à une angoisse de performance.

### L'angoisse de performance est vécue ainsi :

- Une érection lors d'un rapport sexuel échoue une première fois, souvent pour une raison banale (fatigue, stress, alcool, tension relationnelle), ou à cause d'une maladie des érections
- Le patient en garde un souvenir négatif, associé à la peur de revivre la même situation, plus encore si des propos vexants ont été tenus
- Lors des rapports suivants, le stress centré sur « la peur de ne pas y arriver », active le système nerveux sympathique qui inhibe les érections.



Cette anxiété s'auto-entretient : la peur active le système nerveux sympathique, provoquant la libération de l'adrénaline, l'hormone du stress.

Cette dernière réduit l'afflux sanguin vers le pénis, entraînant la perte de l'érection : c'est une manifestation artérielle du stress.

La boucle d'auto-amplification de l'échec.

## **Une maladie en soi ou la conséquence d'une maladie « de la machine à faire les érections » ?**

L'angoisse de performance entretient la dysfonction érectile, quelle qu'en soit la cause.

Heureusement, il existe des indices qui permettent d'apprécier si une angoisse de performance est a priori secondaire à une dysfonction érectile d'origine organique, ou au contraire, plutôt le problème qui explique le trouble de l'érection.

### **Quand l'angoisse de performance est primaire, c'est-à-dire à l'origine du trouble de l'érection**

L'origine psychologique, l'angoisse de performance, peut être au premier plan. Cela est probable lorsque :

- Les érections nocturnes et matinales sont présentes et normales,
- Les troubles apparaissent dans certaines situations mais pas dans d'autres,
- Il est possible d'obtenir une érection tout seul, mais pas à deux,
- L'apparition du trouble est brutale (après un événement, une remarque, une rupture, etc.).

Ces situations traduisent souvent :

- un stress ou une injonction de performance, éventuellement associée à des propos vexants
- une culpabilité
- une peur d'échouer
- une perte de désir liée à la routine, au conflit ou à la distance émotionnelle dans le couple
- Ou une vulnérabilité personnelle.

### **Quand l'angoisse de performance est secondaire, c'est à dire la conséquence d'une maladie "de la machine à faire les érections"**

Une cause organique est probable lorsque :

- La perte des érections est progressive
- Les érections matinales disparaissent,
- D'autres signes de maladies cardiovasculaires sont présents : fatigue, douleurs à l'effort, essoufflement.
- L'angoisse de performance est toujours présente.

## Comment résoudre l'angoisse de performance ?

### Existe-t-il une maladie "de la machine à faire les érections" ?

Il faut analyser avec précision le trouble de l'érection. C'est ce que j'appelle la sémiologie du trouble de l'érection (littéralement, l'analyse des signes, ici, des symptômes ressentis par le patient).

Selon ces signes et d'autres éléments de l'histoire du patient, des examens médicaux permettront de déterminer la ou les causes somatiques du trouble de l'érection.

- Une échographie Doppler pénienne permet l'analyse des flux sanguin et d'identifier une maladie artérielle ou une fuite veineuse,
- Un électromyogramme permettra de détecter une maladie neurologique
- Un bilan sanguin identifiera une cause hormonale.

### Construire ou reconstruire la confiance

Pour sortir de ce cercle vicieux, il faut d'abord traiter la cause somatique.

Ensuite, il s'agira de reconstruire la confiance, parfois à l'aide d'une thérapie comportementale, d'un accompagnement sexologique, ou d'une approche combinée avec un traitement médical temporaire.

### Les causes psychiques des troubles de l'érection se réduisent-ils à l'angoisse de performance ?

Certainement non. Les maladies du psychisme peuvent induire des troubles de l'érection. Ces situations sont complexes. Il convient comme toujours de faire la part des choses, et démêler les facteurs qui contribuent au trouble de l'érection, de la maladie psychique, à la contribution des médicaments utilisés pour une maladie psychiatrique, en passant par les préjugés multiples, personnels et collectifs.

Et il faut garder à l'esprit qu'une maladie « de la machine à faire les érections » peut également être en cause.

# Le lien entre troubles de l'érection et maladies cardiovasculaires

## Les troubles de l'érection indiquent-ils un risque de maladie cardiovasculaire ?

### LE CANARIS DANS LA MINE

L'athérosclérose est la même maladie qui provoque l'obstruction des artères du pénis et la dysfonction érectile, mais aussi l'infarctus du myocarde (crise cardiaque) et l'accident vasculaire cérébral (AVC).

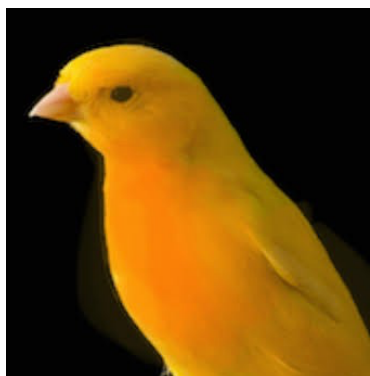
Des études ont montré que la dysfonction érectile multiplie par deux le risque d'infarctus du myocarde et d'AVC dans les trois années suivantes.

Pourquoi la dysfonction érectile peut-elle apparaître plusieurs années avant un infarctus ou un AVC ? C'est principalement parce que les artères péniennes sont très étroites (diamètre de 1,5 à 2,5 mm) : elles sont donc les premières à s'obstruer, avant les artères plus larges qui irriguent le cœur (artères coronaires : 4 à 5 mm de diamètre) ou le cerveau (artères carotides : 5 mm de diamètre).

Une fois que l'échographie-doppler du pénis (voir plus loin) a révélé que la dysfonction érectile est due à une atteinte des artères péniennes, nous entreprenons un bilan cardiovasculaire complet, centré sur les artères coronaires (qui apportent le sang au cœur) et carotides (qui apportent le sang au cerveau).

Avant de traiter les artères péniennes, nous nous assurons que tout risque d'infarctus ou d'AVC a été identifié et corrigé.

Un programme de prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaires est alors mis en place pour réduire le risque d'infarctus et d'AVC dans les années à venir.



Les canaris étaient essentiels à la sécurité des mineurs de charbon, car ils étaient très sensibles aux gaz toxiques présents dans les mines. Un canari mort signifiait qu'il y avait du gaz toxique dans les environs !

# 4. S'ÉVALUER SOI-MÊME

## Qu'est-ce qui est "normal" ?

### La longueur du pénis

- Au repos (sans érection) : 7 à 10 cm
- En érection : 12 à 16 cm
- La longueur moyenne en érection est d'environ 13,2 cm

### La circonférence du pénis

- Moyenne au repos : 9,3 cm
- Moyenne en érection : 11,7 cm

**Durée moyenne entre la pénétration vaginale et l'éjaculation** : 5,6 minutes.

**Fin de l'érection après l'éjaculation** : généralement moins de 2,5 minutes.

**Volume de l'éjaculation** : en moyenne 2,5 ml. Ce volume peut varier selon la fréquence des éjaculations (plus elles sont fréquentes, plus le volume diminue), l'hydratation, l'état de santé général. Il diminue avec l'âge.

**Période réfractaire** (délai entre une éjaculation et la possibilité d'une nouvelle érection)

- Jeunes hommes : 15 à 30 minutes.
- Hommes plus âgés (50 ans et plus) : plusieurs heures ou jours.

Ce temps varie largement selon l'âge, le niveau d'excitation et la condition physique.

### Fréquence des rapports sexuels

- Moyenne : 1,3 rapport par semaine (dans les couples stables).
- Les jeunes couples ont souvent des rapports plus fréquents.
- La fréquence diminue généralement avec l'âge ou la durée de la relation.

### Fréquence des éjaculations

- De 0 à 2 par jour.

Il n'existe pas de norme stricte : cela dépend de l'âge, du désir et du mode de vie. Certains hommes éjaculent chaque jour, d'autres seulement quelques fois par semaine ou par mois.

Une éjaculation très fréquente (plus de 5 fois par jour) est rare et peut traduire des facteurs comportementaux.

### Courbure du pénis

Une courbure légère, sans gêne lors des rapports sexuels, est fréquente.

### Vieillesse et érections

Les hommes âgés peuvent avoir de bonnes érections. S'ils ont perdu leurs érections, ils peuvent les retrouver !

# Éjaculation prématurée et érections

L'éjaculation prématurée (EP) correspond à une éjaculation survenant plus rapidement que souhaité, souvent dans la minute suivant la pénétration.

La dysfonction érectile (DE) et l'éjaculation précoce coexistent fréquemment.

La DE peut provoquer une anxiété de performance, qui favorise l'EP.

De même, les hommes présentant une DE peuvent précipiter le rapport par crainte de perdre leur érection, ce qui entretient les éjaculations précoces.

## La masturbation : une alliée ou un danger ?

La masturbation est une activité sexuelle normale et saine pour la plupart des personnes. Lorsqu'elle est pratiquée avec modération, elle peut aider à réduire le stress, améliorer le sommeil et renforcer la conscience de son corps et de sa sexualité.

Cependant, une masturbation excessive ou compulsive peut avoir des conséquences sur la sexualité en couple, notamment lorsqu'elle s'inscrit dans un contexte de dépendance à la pornographie.

Comme pour beaucoup de choses, ses effets dépendent de l'équilibre, du contexte et de l'état d'esprit de chacun.

# 5. Diagnostic et évaluation

## Comment évaluer soi-même ses érections ?

Connaître l'état de ses érections est utile au maintien de sa santé. L'auto-évaluation des érections est possible ! Vous pouvez analyser votre situation avec plus de précision que de nombreux médecins qui n'ont pas été formés pour le faire.

Dans mes consultations, j'utilise une échelle d'évaluation de la dureté, l'EHS (Erection Hardness Score), graduée de 1 à 4 (4 est le niveau le plus dur).

J'en ai reformulé les descriptions pour qu'elles soient parfaitement compréhensibles par tous les hommes :

- **Grade 1** : le pénis augmente de taille, mais pas complètement, et reste flasque.
- **Grade 2** : le pénis atteint sa pleine longueur, mais la dureté reste insuffisante pour la pénétration.
- **Grade 3** : le pénis est assez dur pour permettre la pénétration vaginale, mais il peut être plié.
- **Grade 4** : le pénis est aussi dur que du bois.

C'est un langage universel, compris par les hommes de tous les continents — je l'ai constaté dans mes consultations.

Le **grade 4** correspond à une érection normale.

Le **grade 3** permet des rapports sexuels avec pénétration.

J'utilise l'EHS pour diagnostiquer la dysfonction érectile et évaluer les résultats des chirurgies et autres traitements.

Vous trouverez explications et des conseils pour réaliser votre auto-évaluation sur notre site Internet : [www.drallaire.com](http://www.drallaire.com)

# Les examens médicaux pour identifier les causes

## Quels examens pour identifier la cause d'un trouble de l'érection ?

Le diagnostic de la dysfonction érectile se déroule en quatre étapes :

**Première étape :** une description précise du trouble de l'érection est réalisée lors d'une consultation ou d'une téléconsultation.

**Deuxième étape :** une **échographie Doppler pénienne** avec test pharmacologique est réalisée afin de détecter une atteinte artérielle ou une fuite veineuse.

**Troisième étape :** des **examens complémentaires** sont prescrits pour identifier d'éventuelles affections médicales influençant l'érection (bilan hormonal, neurologique, etc.).

**Quatrième étape :** la synthèse des résultats des examens est effectué avec le patient, et le diagnostic posé.

Les solutions possibles peuvent être discutées, et l'option thérapeutique choisie.

## L'échographie-doppler du pénis avec stimulation médicamenteuse

Cet examen évalue le flux sanguin dans les artères, l'expansion du tissu érectile au sein des corps caverneux permettant l'augmentation du volume du pénis, ainsi que la capacité du pénis à retenir le sang pour maintenir une érection durable. Les résultats fournissent également des informations sur la rigidité de l'érection après injection intra-caverneuse de médicaments destinés à induire une érection.

### Comment se déroule l'échographie Doppler pénienne avec test pharmacologique ?

Le médecin utilise une sonde d'échographie-doppler pour évaluer le flux sanguin dans les artères du pénis. Il injecte ensuite, à l'aide d'une très fine aiguille, un médicament dans le pénis afin de provoquer une érection (l'injection est indolore ; un anesthésique local peut être utilisé si le patient est anxieux). Le médecin enregistre alors le flux artériel en réponse à l'injection et recherche toute sortie précoce du sang par les veines (fuite veineuse).

Enfin, il évalue la dureté de l'érection obtenue.



Sonde utilisée pour l'examen.

# S'assurer de la qualité de l'examen

## Comment s'assurer de la qualité d'une échographie-doppler du pénis ?

L'échographie Doppler pénienne doit être réalisée selon des règles précises, sans lesquelles elle n'a aucune valeur. Il est donc essentiel de choisir un bon médecin.

Le compte rendu doit comporter les informations suivantes :

- Le médicament injecté et la dose utilisée
- La dureté du pénis au moins 10 minutes après l'injection, ainsi que l'évolution de cette dureté au cours des 30 minutes suivantes.
- La qualité du flux sanguin dans les deux artères (droite et gauche), entre 2 et 5 minutes après l'injection du médicament
- La vitesse du sang en fin de phase diastolique du cycle cardiaque (*End Diastolic Velocity*)
- Le flux sanguin 10 minutes après l'injection dans la veine dorsale profonde et les veines superficielles.
- La résistance au flux sanguin dans le pénis peut également être mesurée.

## À la fin de l'examen

Avant de quitter le cabinet médical, il est important que le pénis soit redevenu flasque (sans érection). Si l'érection persiste, le médecin peut administrer un médicament destiné à la faire régresser.

## Les autres examens pour détecter d'autres problèmes médicaux à l'origine d'un trouble de l'érection

Selon le profil du patient, d'autres examens peuvent être nécessaires. La plupart peuvent être réalisés dans votre pays. Ils seront prescrits par le Pr Allaire à la fin de la première consultation et/ou après les résultats de l'échographie Doppler.

- Un bilan hormonal et autres analyses sanguines (généralement réalisées dans votre pays)
- Une électromyographie du pénis (généralement réalisée en Suisse)
- Un bilan cardiaque et vasculaire (généralement réalisé dans votre pays).

## Le scanner du pénis et de ses vaisseaux pour choisir la meilleure technique opératoire

En cas de fuite veineuse diagnostiquée par échographie Doppler pénienne, une tomodensitométrie du pénis (caverno-scanner) est indispensable avant la chirurgie.

Son objectif est d'établir une cartographie précise des fuites afin de guider l'embolisation et/ou la chirurgie.

Cet examen est réalisé en Suisse avant l'intervention.

En cas d'atteinte artérielle, une tomodensitométrie artérielle sera effectuée afin de guider l'intervention. Elle sera réalisée en Suisse.

# 6. Les traitements disponibles

## Les médicaments sous forme de comprimés en première ligne

Une fois les causes des troubles de l'érection identifiées, les options de traitement peuvent être présentées et la meilleure choisie.

Selon les causes, les facteurs de risque pour la santé cardiovasculaire doivent être évalués et corrigés. Comme évoqué précédemment, la dysfonction érectile est associée à un risque deux fois plus élevé d'infarctus du myocarde et d'accident vasculaire cérébral.

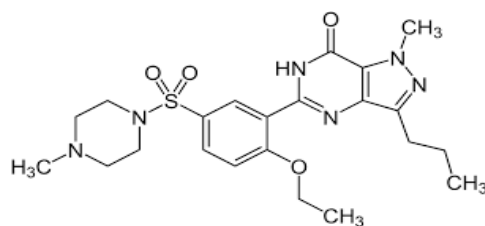
L'identification d'une dysfonction érectile doit être considérée comme une occasion unique de réduire ce risque.

Nous y parvenons en réalisant un bilan cardiovasculaire complet afin d'évaluer les menaces existantes.

### Faut-il toujours essayer des comprimés pour l'érection avant d'envisager d'autres traitements ?

Oui, ils constituent le traitement de première intention. Parmi les solutions discutées pour améliorer les érections, les comprimés sont les plus simples à utiliser. Les médicaments les plus couramment prescrits appartiennent à la famille des inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5. Le Viagra (sildénafil) a été le premier autorisé sur le marché en 1998. Le Cialis (tadalafil) et le Lévitra (vardénafil) sont arrivés ensuite.

Lequel choisir ? Comment l'utiliser efficacement ? Existe-t-il des risques et des contre-indications ? Que peut-on en attendre ? Quelles options en cas d'effets indésirables (20-30 %) ? Que faire en cas d'inefficacité (40 %) ?



Viagra – La molécule de sildénafil.

# Les options lorsque les comprimés pour l'érection ne sont pas efficaces ou sont mal tolérés ?

## Quelles sont les options lorsque les comprimés ne sont pas la solution ?

La signification de l'inefficacité d'un comprimé doit être questionnée : problèmes de désir ? Fuite veineuse ?

Il existe de nombreuses autres options lorsque les comprimés, ou leurs associations, ne sont pas efficaces ou provoquent des effets indésirables.

Chaque approche pour retrouver des érections a ses avantages et ses limites : des auto-injections de médicaments dans le pénis aux pompes à vacuum péniennes, mais aussi la psychothérapie pour traiter l'anxiété de performance, les exercices de Kegel, et, en cas d'échec, la pose d'une prothèse pénienne. Toutes les options sont envisageables.

**Notre expérience montre qu'il existe toujours une solution, en fonction du profil psychologique individuel du patient, de ses attentes et de sa volonté de résoudre le problème.**

# 7. Les interventions vasculaires

## Le traitement des fuites veineuses

### Le passé et le présent

Les fuites veineuses ont la réputation d'être incurables. Selon les sociétés européennes et nord-américaines d'urologie, les interventions chirurgicales et les embolisations ne sont pas recommandées, car inefficaces.

Par le passé, les traitements reposaient sur l'utilisation d'une seule de ces deux techniques et non de la combinaison des deux, avec des résultats faibles et variables rapportés dans la littérature médicale.

(Salonia A et al. European Association of Urology Guidelines on Sexual and Reproductive Health-2021 Update: Male Sexual Dysfunction. European Urology 2021;80(3):333-57)

### Notre philosophie

Compte tenu des limites de l'embolisation ou de la chirurgie lorsqu'elles sont pratiquées seules, nous avons développé une nouvelle approche pour traiter les fuites veineuses : **toutes les fuites devant être fermées** afin de restaurer durablement les érections, nous utilisons une combinaison de plusieurs techniques, ce qui permet d'atteindre toutes les fuites.

En effet, si certaines fuites persistent après une embolisation ou une chirurgie seule, elles s'aggraveront avec le temps et les érections redeviendront molles.

Notre approche associe chirurgie et embolisation de manière coordonnée, au cours d'une même intervention, afin d'atteindre cet objectif.

(Allaire et al. Ligation and embolization in one procedure for caverno-venous leakage in 171 patients with drug-resistant erectile dysfunction. Annals of vascular Surgery 2025;121:664-672)

### Nos techniques

Le Pr Allaire utilise la chirurgie, la microchirurgie et plusieurs techniques d'embolisation, combinées selon une séquence précise afin d'optimiser les résultats.

Toutes les options possibles sont présentées. Les probabilités de succès de l'embolisation seule, de la chirurgie seule ou de leur combinaison sont expliquées. Le choix final revient au patient, selon ses priorités.

### L'embolisation comme seule modalité de traitement

Parce qu'elle ne nécessite que des ponctions percutanées, l'embolisation seule est une option attrayante pour de nombreux patients.

D'après notre expérience, dans de rares cas, l'embolisation seule peut traiter efficacement toutes les fuites, selon leur localisation déterminée lors du bilan préopératoire.

Cependant, le plus souvent, l'embolisation seule ne suffit pas à traiter durablement les fuites veineuses. Les résultats rapportés dans la littérature médicale manquent souvent d'une évaluation post-opératoire par échographie Doppler pénienne permettant d'en documenter l'efficacité réelle.

Le choix appartient au patient après discussion avec le Pr Allaire.

# Une évaluation post-opératoire rigoureuse

Une échographie Doppler pénienne de contrôle est réalisée trois mois après l'intervention (pas avant, ce délai de trois mois étant nécessaire pour que le système veineux atteigne un nouvel équilibre) afin d'en évaluer le succès.

## Comment se passent les interventions pour fuites veineuses ?

### Le bilan pré-opératoire

Cette étape permet d'éliminer les autres causes possibles de dysfonction érectile, donc d'être certain du diagnostic de trouble de l'érection, et d'établir une cartographie précise des fuites veineuses qui guidera l'intervention.

### L'intervention

Dans la plupart des cas, l'intervention est réalisée sous anesthésie générale pour le confort du patient. Un contrôle de l'occlusion des fuites veineuses est effectué à la fin de la procédure. Aucune douleur n'est ressentie au réveil, car une anesthésie locale est administrée en fin d'intervention.

### L'hospitalisation

Le patient reste généralement une nuit à l'hôpital.  
L'intervention peut également être réalisée en ambulatoire.

### Après l'intervention

En cas d'embolisation, les voyages en avion sont possibles seulement 5 jours après l'intervention pour les vols en Europe, et jusqu'à 14 jours pour les longs courriers (10 jours pour les vols transatlantiques).

Il n'existe aucune limitation pour les trajets en train. Un contact téléphonique avec le Pr Allaire est possible si nécessaire.

**Consultation post-opératoire à un mois (en visio).** L'objectif est de s'assurer que tout est optimal et de conseiller le patient selon sa situation personnelle. La reprise de l'activité physique et sexuelle est alors discutée.

**Contrôle post-opératoire à trois mois : échographie Doppler pénienne.** Ce contrôle est organisé en fonction du pays de résidence du patient. Il est indispensable de vérifier, par échographie Doppler pénienne, que toutes les fuites ont bien été occluses.

### Au-delà de l'intervention

Selon leur situation et leurs attentes, des services de suivi complémentaire peuvent être proposés aux patients qui le souhaitent.

## L'évaluation de l'efficacité du traitement pour fuite veineuse est indispensable

Le traitement d'une fuite veineuse doit impérativement inclure une échographie Doppler pénienne de contrôle afin d'évaluer si toutes les fuites ont été correctement occluses.

Cet examen permet au patient d'avoir confiance dans la qualité de ses érections. Cette échographie de contrôle doit être réalisée trois mois après l'embolisation ou la chirurgie, jamais avant.

En effet, il faut environ trois mois pour que le système veineux pénien atteigne un nouvel équilibre. Toute évaluation avant ce délai serait inexacte.

## Les résultats des traitements combinés chirurgie + embolisation

Les statistiques basées sur plus de 400 patients opérés pour fuites veineuses par une combinaison d'embolisation et de chirurgie, avec une échographie Doppler pénienne de contrôle systématique après trois mois, montrent la disparition de toute fuite significative chez 70 à 80 % des patients.

Ce résultat reste stable dans le temps.

Allaire E et al., Erectile dysfunction resistant to medical treatment caused by cavernovenous leakage: an innovative surgical approach combining pre-operative work up, embolization and open surgery. Eur J vasc endovasc surg. 2021;61(3):510-517).

Allaire E et al. Combination of simultaneous ligation and embolization for caverno-venous leaks in 171 patients with erectile dysfunction. Jun 30:S1078-5884(25)00644-6. doi: 10.1016/j.ejvs.2025.06.073

Allaire et al. Ligation and embolization in one procedure for caverno-venous leakage in 171 patients with drug-resistant erectile dysfunction. Annals of vascular Surgery 2025;121:664-672.



À la fin de chaque intervention, avant le réveil du patient, une cavernographie est réalisée afin de vérifier que les fuites ont été fermées.

À noter que le pénis est alors en érection complète et rigide. Collection personnelle du Pr Allaire.

## Les érections peuvent-elles être moins bonnes après l'intervention qu'avant ?

Lorsque les troubles de l'érection ont commencé après l'âge de 31 ans, tous les patients ont présenté une amélioration de leurs érections, ou au minimum aucune aggravation après le traitement.

Lorsque les troubles de l'érection ont débuté à 30 ans ou avant, voire depuis l'adolescence, les érections après traitement étaient moins rigides qu'auparavant chez 5 % des patients.

95 % ont toutefois présenté des érections meilleures ou équivalentes après le traitement. Pour cette raison, le Pr Allaire n'opère jamais les patients dont les médicaments pour l'érection sont efficaces lorsque la dysfonction érectile a commencé avant l'âge de 30 ans.

# Les obstructions des artères et les angioplasties percutanées

## Les traitements lorsque les artères du pénis sont obstruées

La cause la plus fréquente d'atteinte des artères péniennes est l'athérosclérose, liée notamment au tabagisme, au diabète, à l'hypertension artérielle, à l'hypercholestérolémie, au stress, etc. L'athérosclérose rétrécit les artères par une accumulation de graisses et de fibrose dans les zones où le sang devrait normalement circuler (artères obstruées). En conséquence, le sang atteint difficilement le pénis, empêchant le développement d'une érection normale.

## Notre technique

Nous utilisons des techniques permettant de désobstruer les artères péniennes (appelées artères pudendales) afin de rétablir un flux sanguin normal vers le pénis. L'intervention se réalise par une simple ponction au niveau de l'aîne (sans incision cutanée) et utilise des « ballons d'angioplastie » ultrafins recouverts de molécules diffusées dans la paroi artérielle, comme pour le traitement des artères coronaires. Le diamètre de ces ballons (qui sont en réalité des cylindres) varie de 1,5 à 2,5 millimètres selon celui de l'artère pudendale. Nous recourons rarement aux stents, car les lésions à traiter s'étendent généralement sur plusieurs centimètres.

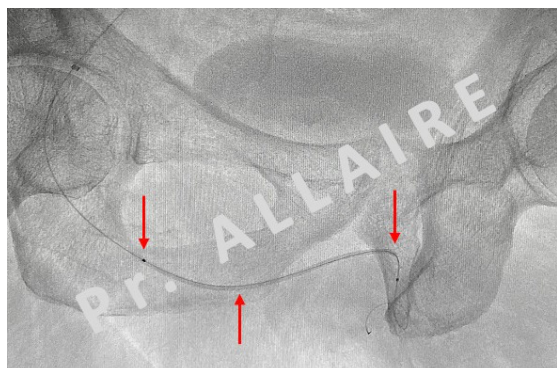


Image du ballon (flèches rouges) gonflé dans une artère conduisant le sang au pénis. Collection personnelle du Pr Allaire.



Ballon d'angioplastie utilisé pour rétablir le flux sanguin dans les artères péniennes. La surface du ballon est recouverte d'un médicament qui adhère à la paroi artérielle à la fin de l'intervention.

Le diamètre du ballon est compris entre 1,5 et 2,5 mm. La pression de gonflage est de 16 atmosphères. Crédit : Biotronikartère pénienne au cours d'une intervention.

# Traitement des traumatismes péniers et blessures vasculaires

## Les traitements lorsque un traumatisme pénien a provoqué la perte des érections

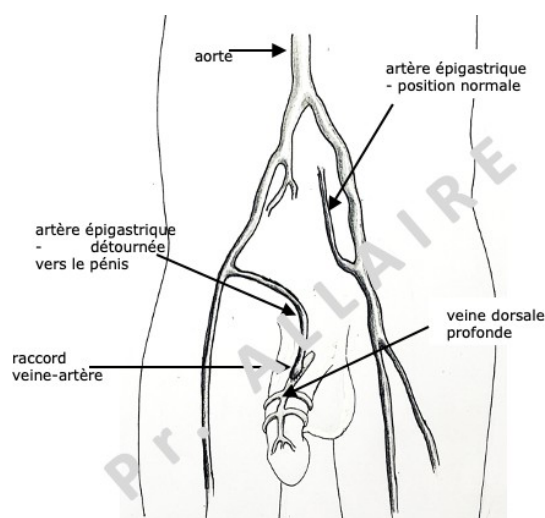
Un traumatisme du pénis ou du bassin peut endommager les artères et les veines et entraîner une dysfonction érectile.

Un traumatisme direct du pénis provoque le plus souvent une fistule artério-veineuse pénienne (communication anormale entre une artère et une veine), mais peut également entraîner une fuite veineuse, une occlusion artérielle ou une combinaison de ces lésions.

Dans ces situations, les nerfs de l'érection peuvent également être atteints.

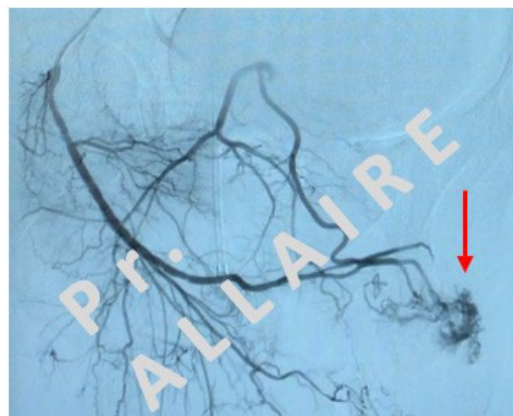
Ces cas sont généralement complexes et nécessitent un bilan préopératoire précis afin d'identifier les lésions et de déterminer la meilleure stratégie pour corriger le trouble de l'érection. Les éventuelles atteintes des nerfs pelviens doivent également être documentées.

Nous utilisons différentes techniques selon les résultats des examens préopératoires : embolisation, pontage, etc.



Pontage réalisé par le Pr Allaire chez des patients présentant une occlusion des vaisseaux péniers afin de rétablir l'apport sanguin vers le pénis, selon la technique de R. Virag.

Extrait de *Le guide de l'impatient*, Pr Allaire, Amazon.



Fistule artério-veineuse (flèche rouge) causée par un traumatisme direct du pénis.

Collection personnelle du Pr Allaire.

## 8. Les traitements non chirurgicaux

De nombreuses solutions permettent de restaurer des érections naturelles. Une fois la cause de la dysfonction érectile identifiée, si les comprimés pour l'érection ou les interventions ne sont pas efficaces, d'autres options peuvent être proposées.

### Les auto-injections

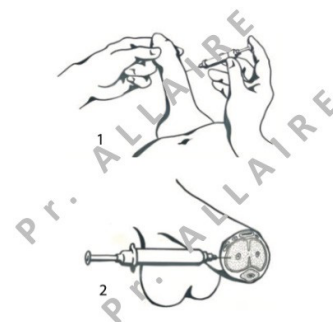
Nous apprenons aux patients à pratiquer en toute sécurité les auto-injections dans le pénis, à choisir la combinaison appropriée de molécules (Prostaglandine E1, Alprostadil ou Vitaros, Edex, Bimix, Trimix) ainsi que le bon dosage.

Nous enseignons également comment neutraliser l'effet du médicament en cas de priapisme.

Les protocoles d'auto-injection sont définis avec le patient en fonction de son profil érectile.

Les limites et les risques sont clairement expliqués.

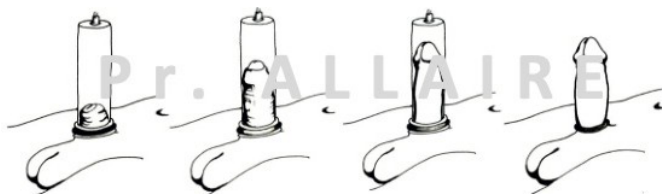
Linnet OI. Efficacy and safety of intracavernosal alprostadil in men with erectile dysfunction. The New England Journal of Medicine 1996;334: 873-7



Apprentissage de la réalisation et de l'utilisation sécurisée des auto-injections. Extrait de *Le guide de l'impatient*, Pr Allaire, Amazon

### Les pompes à vide

Nous apprenons aux patients à utiliser en toute sécurité une pompe à vide, en expliquant les risques éventuels et ce que l'on peut attendre de cette méthode.



Utilisation de la pompe à vide pénienne. Extrait de *Le guide de l'impatient*, Pr Allaire, Amazon.

### Les autres options

De nombreuses autres options thérapeutiques sont testées dans le monde entier. Elles suscitent souvent de grands espoirs. Cela inclut les nouveaux médicaments, la thérapie par ondes de choc extracorporelles de faible énergie, les injections de PRP (plasma riche en plaquettes), etc.

Nous n'utilisons que des approches dont l'efficacité a été démontrée par la recherche clinique. Nous conseillons les patients qui envisagent un élargissement ou un allongement du pénis, ou un traitement du micropénis. Y a-t-il un véritable problème de longueur ou de diamètre par rapport à la normale ? Quelles sont vos attentes ?

# Les implants péniers

## Quand une prothèse pénienne constitue-t-elle une solution ?

Notre engagement est d'aider les hommes à retrouver leur vie sexuelle et la connexion avec la vie qu'ils souhaitent.

Parfois, il n'existe pas d'option raisonnable pour récupérer des érections naturelles. Nous considérons que, dans ces situations, la pose d'un implant pénien constitue une excellente solution.

Le Pr Allaire collabore avec des urologues expérimentés maîtrisant parfaitement la technique d'implantation de prothèses péniennes.



La pose d'une prothèse pénienne est une intervention irréversible.  
Nous collaborons avec des urologues afin d'offrir des prestations de pointe.

## La récupération psychologique – l'angoisse de performance et la reconquête de la sexualité

Vivre une dysfonction érectile, qu'elle soit légère ou sévère, peut être une expérience traumatisante. L'anxiété de performance est une conséquence constante dans ces situations.

Des psychologues et sexologues, soigneusement sélectionnés, apportent aide et conseils.

Nous accompagnons les patients dans leur parcours afin de les reconnecter à la vie, grâce à un réseau solide, engagé et collaboratif, centré sur leurs besoins.

## Comment améliorer ses érections et les maintenir sur le long terme

Avoir des érections fait partie du bon fonctionnement du corps, tout comme courir, penser, pratiquer un art ou un sport.

De ce fait, les érections peuvent être améliorées. De même, maintenir des érections satisfaisantes dans le temps nécessite une attention particulière.

Le comportement personnel, l'alimentation, l'entraînement, le coaching et la qualité des relations contribuent tous à une vision et à un projet de vie personnels.

Nous conseillons les hommes et les couples.

# 9. Notre philosophie du soin

## Nos convictions

- L'érection ne concerne pas seulement la sexualité, elle est aussi profondément liée à la santé générale et à la qualité de vie.
- Le silence, l'isolement et la résignation en sont les pires ennemis.

## Nos engagements

- Écouter chaque patient avec respect.
- Offrir à chaque patient une confidentialité absolue.
- Trouver une solution personnalisée pour chaque patient qui nous consulte.

## La confidentialité

Le Pr Allaire et son équipe préservent l'anonymat de tous les patients.

Nous communiquons via la plateforme sécurisée suisse Proton Mail. Vous pouvez également utiliser cette plateforme pour échanger des courriels avec le Pr Allaire en créant un compte (<https://proton.me>), afin de bénéficier d'un chiffrement de bout en bout.

Sur demande, nous proposons un protocole de communication garantissant que votre nom n'apparaisse pas dans nos échanges par e-mail ou par téléphone.

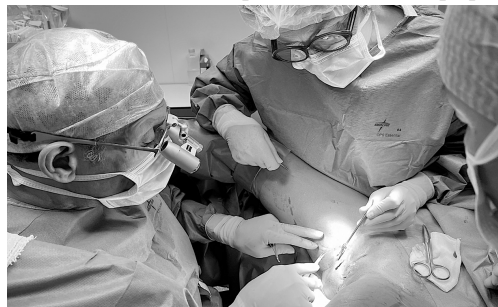
Vous pouvez utiliser un pseudonyme pour communiquer avec le Pr Allaire et son équipe.

## Améliorer encore nos résultats

En toutes circonstances, selon notre expérience, l'anxiété de performance doit être prise en charge pour garantir le succès final. Un suivi par consultations ou téléconsultations peut être proposé.

Le Pr Allaire collabore avec des psychologues et sexologues soigneusement sélectionnés pour accompagner les patients sur le chemin d'une récupération complète.

**Passion, dévouement, respect et travail d'équipe.**



# 10. Ressources

## Glossaire

- **Accident vasculaire cérébral (AVC)** – Lésion cérébrale soudaine provoquée par une interruption de l'irrigation sanguine ou une hémorragie.
- **Anéjaculation** – Absence complète d'émission de sperme lors de l'orgasme, malgré une stimulation sexuelle normale.
- **Angoisse de performance** – Anxiété liée à la performance sexuelle, pouvant interférer avec l'érection ou la satisfaction.
- **Artère** – Vaisseau sanguin transportant le sang oxygéné du cœur vers les tissus.
- **Artère carotide** – Grande artère du cou qui irrigue le cerveau, le cou et le visage.
- **Artère coronaire** – Artère qui alimente le muscle cardiaque en sang.
- **Artère pudendale** – Principale artère qui irrigue le pénis et le périnée.
- **Athérosclérose** – Maladie caractérisée par l'accumulation de dépôts graisseux à l'intérieur des artères, entraînant leur rétrécissement et leur durcissement.
- **Caverno-scanner (Caverno-CT)** – Scanner spécialisé réalisé après injection dans le pénis pour évaluer une fuite veineuse.
- **Corps caverneux** – L'un des deux tissus érectiles jumelés du pénis qui se gorgent de sang lors de l'érection.
- **Corps spongieux** – Tissu érectile entourant l'urètre et se terminant par le gland du pénis.
- **Crise cardiaque** – Terme souvent employé pour désigner une lésion du muscle cardiaque provoquée par l'obstruction soudaine d'une artère coronaire (infarctus du myocarde).
- **Dysfonction érectile** – Incapacité persistante à obtenir ou à maintenir une érection suffisante pour une activité sexuelle satisfaisante.
- **Dysfonction érectile psychogène** – Dysfonction érectile causée principalement par des facteurs psychologiques tels que l'anxiété, la dépression ou des troubles relationnels.
- **Dysfonction érectile somatique (ou organique)** – Dysfonction érectile causée par des troubles physiques affectant les vaisseaux sanguins, les nerfs ou les tissus.
- **Échographie Doppler pénienne** – Examen échographique utilisant l'effet Doppler pour mesurer le flux sanguin pénien et détecter une fuite veineuse.
- **Électromyographie pénienne** – Examen mesurant l'activité électrique des muscles et des nerfs du pénis.
- **Éjaculation** – Expulsion du sperme par l'urètre lors de l'orgasme.
- **Éjaculation précoce** – Éjaculation survenant plus tôt que souhaité, souvent dans la minute suivant la pénétration.
- **Embolisation** – Procédure mini-invasive consistant à obstruer des vaisseaux sanguins par l'injection de particules ou d'agents spécifiques.
- **Érections nocturnes** – Érections spontanées survenant pendant le sommeil, en particulier durant les phases de sommeil paradoxal (REM).
- **Exercices de Kegel** – Contractions des muscles du plancher pelvien destinées à renforcer les fonctions urinaire et sexuelle.
- **Fuite veineuse** – Trouble dans lequel le sang s'échappe trop rapidement du pénis, empêchant le maintien d'une érection stable.
- **Hormone** – Messenger chimique sécrété dans le sang, régulant diverses fonctions de l'organisme.
- **Inhibiteurs de la phosphodiésterase de type 5** – Classe de médicaments (par ex. Viagra [sildénafil], Cialis [tadalafil], Levitra [vardénafil]) améliorant l'érection en augmentant le flux sanguin pénien.
- **Injection intra-caverneuse** – Injection directe d'un médicament dans les corps caverneux pour provoquer une érection.
- **Instabilité de l'érection** – Tendance d'une érection à s'affaiblir ou à disparaître avant ou pendant l'activité sexuelle.

- **Maladie de Lapeyronie** – Affection caractérisée par la formation de plaques fibreuses dans le pénis, entraînant une courbure et des érections douloureuses.

- **Pénis** – Organe sexuel externe masculin, impliqué dans la miction et la reproduction.

- **Période réfractaire** – Phase de récupération après l'orgasme durant laquelle une nouvelle érection est temporairement impossible.

- **Priapisme** – Érection prolongée, souvent douloureuse, sans lien avec une stimulation sexuelle.

- **Testostérone** – Principal hormone sexuelle masculine, responsable de la fonction sexuelle, de la masse musculaire et des caractères sexuels secondaires.

- **Résistance aux comprimés pour l'érection** – Réponse réduite ou absente aux inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5, malgré une utilisation correcte.

- **Sexologie** – Approche scientifique de la sexualité humaine, de ses comportements et de ses relations.

- **Système nerveux autonome** – Partie du système nerveux qui contrôle les fonctions involontaires telles que le rythme cardiaque, la digestion et l'érection.

- **Système nerveux sympathique** – Branche du système nerveux autonome responsable de la réaction d'alerte, du stress et de l'inhibition de l'érection.

- **Veine** – Vaisseau sanguin ramenant le sang des organes vers le cœur.

# Contact & Consultation

## Parlons-en et trouvons une solution

Le Pr Allaire reçoit les patients à la Clinique de Genolier, située entre Genève et Lausanne, à proximité du lac Léman, Route du Muids 3, 1272 Genolier, Suisse.

## Une première visio-consultation est souvent très utile

By Mail: [dr.ericallaire@neohominis.swiss](mailto:dr.ericallaire@neohominis.swiss)

By Phone: +41 79 812 8000 /

Du lundi au vendredi, heure universelle coordonnée (UTC) : 10h00 – 16h00.

Website: [www.drallaire.com](http://www.drallaire.com)

## Réseaux sociaux

Chaine YouTube: <https://www.youtube.com/@DrAllaire>

Linkedin: <https://www.linkedin.com/in/eric-allaire-851112a9>

Instagram: <https://www.instagram.com/pr.eric.allaire/>

## Organisation du diagnostic et du traitement pour les patients voyageant depuis l'étranger

Pour les patients résidant à distance, une première téléconsultation permet d'obtenir des informations suffisamment précises pour déterminer les examens nécessaires et évaluer si une embolisation, une chirurgie, une angioplastie percutanée ou d'autres options sont envisageables.

Sur demande, nous pouvons organiser les examens et le traitement au cours d'un **séjour unique**.

Il est également possible d'opter pour une organisation en **deux séjours distincts** : l'un pour le diagnostic, l'autre pour le traitement. À la suite de la première consultation, un **devis détaillé** des examens et du traitement est établi, en fonction de l'état médical anticipé et de la complexité du cas, avec différentes options d'hébergement.





Dr. ALLAIRE

## Le Pr. Eric Allaire

Le Dr. Eric Allaire est professeur de chirurgie vasculaire et endovasculaire, certifié par la Société européenne de chirurgie vasculaire et endovasculaire.



Il est également membre :

- de l'Académie Nationale de Chirurgie (France),
- de la Société Européenne de Chirurgie Vasculaire et Endovasculaire (European Society of Vascular and Endovascular Surgery),
- de la Société Française de Chirurgie Vasculaire et Endovasculaire,
- de la Société Européenne de Médecine Sexuelle (European Society of Sexual Medicine).

Il a également été chercheur post-doctoral à l'Université de Washington à Seattle, aux États-Unis.  
Il est titulaire d'un doctorat (PhD) en biologie vasculaire et en sciences chirurgicales.

Il est l'auteur de plus de 120 publications scientifiques et chapitres d'ouvrages dans les domaines de la chirurgie vasculaire, de la biologie vasculaire, ainsi que de la thérapie génique et cellulaire endovasculaire appliquée aux vaisseaux.

### **Pour avoir accès aux publications du Pr. Allaire**

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Allaire+eric>

### **Actuellement**

Il a construit le Centre de Santé Masculine à la Clinique de Genolier, qui permet la collaboration de médecins, psychologues, physiothérapeutes de 15 spécialités différentes.

Il consacre son activité médicale et chirurgicale au diagnostic et au traitement de la dysfonction érectile et des troubles associés.

Il a développé des techniques innovantes pour le traitement des fuites veineuses et a réalisé plus de 500 interventions dans ce domaine.

Il enseigne également les techniques innovantes de traitement de la dysfonction érectile.



Dr. ALLAIRE



This ebook was created with the support of



**PRODIE SANTÉ**  
ETHICAL RECRUITMENT OF DOCTORS WORLDWIDE