Article original

Dysfonctions sexuelles chez le militaire

Identification, évaluation et stratégies thérapeutiques

G. SIPAHIMALANI[(1)], T. LONG-DEPAQUIT[(2)], A. PEYROTTES[(3)], M. REMADI[(4)], M. DUSAUD[(5)], É. SAGUIN[(6)]

(1) Hôpital National d'Instruction des Armées Percy, Service de Psychiatrie, Clamart
(2) Hôpital National d'Instruction des Armées Sainte-Anne, Service Urologie, Toulon
(3) Hôpital Saint-Louis, Service Urologie, Paris
(4,6) Hôpital National d'Instruction des Armées Bégin, Service de Psychiatrie, Saint-Mandé
(5) Hôpital National d'Instruction des Armées Bégin, Service Urologie, Saint-Mandé

Auteur correspondant : gilles.sipahi@hotmail.fr

Open access DOI
10.17184/eac.10222

Reçu
le 26 septembre 2025

Accepté
le 7 juillet 2026

Publié
le 5 septembre 2026

Conflit d'intérêt
Les auteurs ne déclarent pas de conflit d'intérêt.

Résumé :
Les Dysfonctions sexuelles (DS) représentent un enjeu majeur de santé, souvent sous-estimé en milieu militaire, impactant la qualité de vie, le bien-être psychologique et les relations interpersonnelles. Leur repérage et leur prise en soins adaptée sont indispensables pour préserver la santé globale des militaires.
L'identification des DS repose sur une évaluation rigoureuse des causes sous-jacentes, qu'elles soient organiques, psychiques ou iatrogènes. Cette étape essentielle conditionne l'efficacité des traitements. Une attention particulière est portée à la coordination avec les spécialistes (gynécologue, urologue, sexologues) et à l'évaluation des traitements médicamenteux susceptibles d'altérer la fonction sexuelle. L'information claire et bienveillante des patients sur ces effets favorise l'adhésion thérapeutique.
Les stratégies de prise en soins combinent plusieurs approches complémentaires. Les mesures hygiéno-diététiques, telles que l'arrêt des substances toxiques, la promotion de l'activité physique et l'amélioration de la qualité du sommeil, sont encouragées. L'éducation sexuelle, encore insuffisamment mobilisée, constitue un levier clé pour déstigmatiser les troubles, améliorer la communication et restaurer une image corporelle positive. Les traitements symptomatiques spécifiques, comme les lubrifiants vaginaux ou les inhibiteurs de la phosphodiestérase-5, sont prescrits selon les indications. En cas de troubles persistants ou complexes, une prise en soins sexologique intégrative est recommandée.
La prévention occupe une place centrale, notamment via des entretiens médicaux proactifs et confidentiels, ainsi que la lutte contre les tabous liés à la sexualité en milieu militaire.

Enfin, le développement de formations spécifiques et d'outils cliniques standardisés, ainsi que le renforcement de la coordination interdisciplinaire, sont essentiels pour améliorer la reconnaissance et la gestion des DS au sein des forces armées.

Mots-clés : Dysfonction sexuelle. Personnel militaire. Recommandations cliniques. Santé sexuelle. Médecine d'armée.

Abstract:
SEXUAL DYSFUNCTION IN MILITARY PERSONNEL
Identification, Assessment, and Management Strategies
Sexual dysfunctions (SD) represent a major health issue, often underestimated in military settings, affecting quality of life, psychological well-being, and interpersonal relationships.
Their identification and appropriate management are essential to preserve the overall health of military personnel.
The identification of SD relies on a thorough assessment of underlying causes, whether organic, psychological, or iatrogenic. This critical step determines the effectiveness of subsequent treatments. Particular attention is given to coordination with specialists (gynecologists, urologists, sexologists) and to the evaluation of medications that may impair sexual function. Clear and compassionate patient education about these effects promotes therapeutic adherence.
Management strategies combine several complementary approaches. Hygienic and dietary measures, such as cessation of toxic substances, promotion of physical activity, and improvement of sleep quality, are encouraged. Sexual education, still insufficiently utilized, is a key lever to destigmatize disorders, enhance communication, and restore a positive body and sexual image. Specific symptomatic treatments, such as vaginal lubricants or phosphodiesterase type 5 inhibitors, are prescribed according to clinical indications. In cases of persistent or complex dysfunctions, an integrative sexological approach is recommended.
Prevention occupies a central role, notably through proactive, confidential medical consultations and efforts to break down taboos surrounding sexuality in the military context. Finally, the development of specialized training programs, standardized clinical tools, and strengthened interdisciplinary coordination are essential to improve the recognition and management of SD within the armed forces.

Keywords: Sexual disorders. Military personnel. Clinical practice guidelines. Sexual health. Military medicine.

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.3 : Dossier La santé mentale du militaire*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006011, doi : 10.17184/eac.9782813006011

Introduction

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit la santé sexuelle comme un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité (1).
Historiquement, la médecine militaire s'est longtemps focalisée sur les pathologies vénériennes (2,3). Cependant, les évolutions sociales, médicales et la féminisation croissante des armées ont mené à porter une vigilance accrue sur des questions auparavant laissées au second plan : contraception, avortement, violences sexuelles et troubles de la fertilité (4,5). Parmi ces nouveaux enjeux, les Dysfonctions sexuelles (DS) apparaissent comme un domaine encore peu exploré, bien qu'elles constituent une composante essentielle de la santé sexuelle.

Les DS affectent différentes phases de la réponse sexuelle, notamment le désir, l'excitation et l'orgasme (6), dont le processus physiologique simplifié est rappelé sur la figure 1 (7). Elles se manifestent par un déficit de l'intérêt, du désir ou de l'excitation sexuelle, des difficultés d'érection, une sécheresse muqueuse, des douleurs ou une absence de plaisir lors des rapports, ainsi que des troubles de l'orgasme et de l'éjaculation. La typologie et la prévalence des DS varient selon le sexe et l'âge.
Leur survenue est souvent multifactorielle, impliquant des facteurs biographiques (antécédents d'abus, violences, grossesse, avortement), médicaux (pathologies somatiques, troubles psychiatriques, traitements médicamenteux), socio-familiaux (conflits conjugaux, croyances religieuses) ainsi que des habitudes de vie (consommation de tabac, d'alcool). À l'inverse, certains facteurs protecteurs – comme la pratique régulière d'une activité physique et des relations interpersonnelles de qualité avec le ou la partenaire – réduisent le risque de DS (8-10).

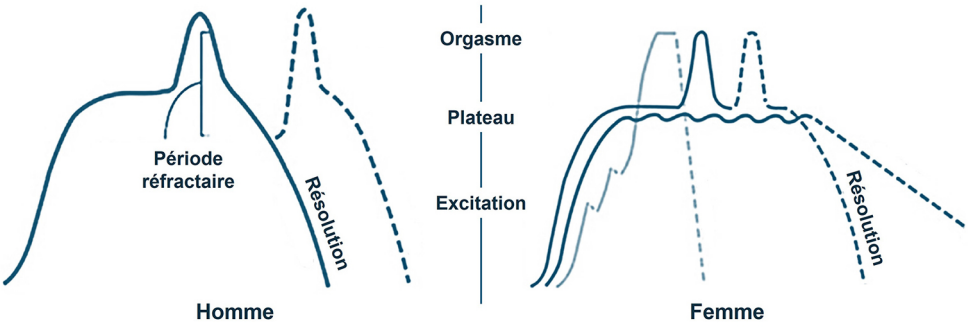


Fig. 1 : Réponse sexuelle d'après Masters and Johnson, 1966

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.3 : Dossier La santé mentale du militaire*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006011, doi : 10.17184/eac.9782813006011

Dans l'Armée française, les DS touchent 5,3 % des hommes et 15,5 % des femmes, des taux supérieurs à ceux observés dans la population civile après ajustement sur l'âge (4). Ces écarts de prévalence, tant intersexes qu'entre personnels civils et militaires, suggèrent l'implication de déterminants multiples, à la fois individuels, contextuels et systémiques. Plusieurs facteurs spécifiques au milieu militaire y contribuent : prévalence accrue des Infections sexuellement transmissibles (IST), violences sexuelles et Interruptions volontaires de grossesse (IVG) (4) ; consommation élevée de substances psychoactives dans des situations marquées par la promiscuité, le rythme opérationnel soutenu et les dynamiques de groupe (11,12). Les contraintes du milieu militaire peuvent générer des réactions de stress, connues comme des facteurs de risque majeurs de DS (9).

L'éloignement prolongé du ou de la partenaire, ainsi que l'instabilité relationnelle liée aux mutations et déploiements fréquents, contribuent à générer des tensions affectives et sexuelles. Ces contraintes affectent également la fonction sexuelle des personnes célibataires. Le tabou entourant la sexualité et la stigmatisation associée à certaines situations, telles que la grossesse non désirée ou les IST, freinent l'accès aux soins, en particulier chez les femmes (13). Enfin, l'État de stress post-traumatique (ESPT) est fortement associé au DS, rapportées chez plus de 70 % des patients concernés (10).

Malgré leur fréquence élevée et leur impact majeur sur la qualité de vie (4,10,14), les DS demeurent peu explorées en consultation de médecine générale (15). Leur prise en soins se heurte à de multiples freins, tant du côté des patients — sentiment de gêne, peur de la stigmatisation, méconnaissance des ressources disponibles (16,17) — que du côté des professionnels de santé, qui rapportent un manque de formation, d'outils cliniques et de temps (18). Dans ce contexte, il apparaît essentiel de renforcer les capacités de repérage et de prise en soins des dysfonctions sexuelles chez les militaires.

Ce travail propose une synthèse des recommandations actuelles, adaptée aux réalités spécifiques du milieu militaire. Il vise à offrir aux praticiens des repères concrets pour repérer précocement les DS, mener une exploration adaptée au contexte militaire et orienter et prendre en soins de manière efficiente les patients concernés.

En structurant le parcours de soins autour de la santé sexuelle, cet article ambitionne de contribuer à une meilleure reconnaissance de ces troubles dans les armées et à une amélioration de la qualité de vie des personnels.

1 Identification, évaluation et exploration des dysfonctions sexuelles

La prise en soins des DS repose sur une démarche structurée en trois étapes successives : évaluation clinique initiale ; examens complémentaires et orientation spécialisée ; et prise en soins thérapeutique.

Ces étapes sont synthétisées dans la figure 2 et détaillées dans différents tableaux (tableaux 1, 2 et 3).

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.3 : Dossier La santé mentale du militaire*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006011, doi : 10.17184/eac.9782813006011

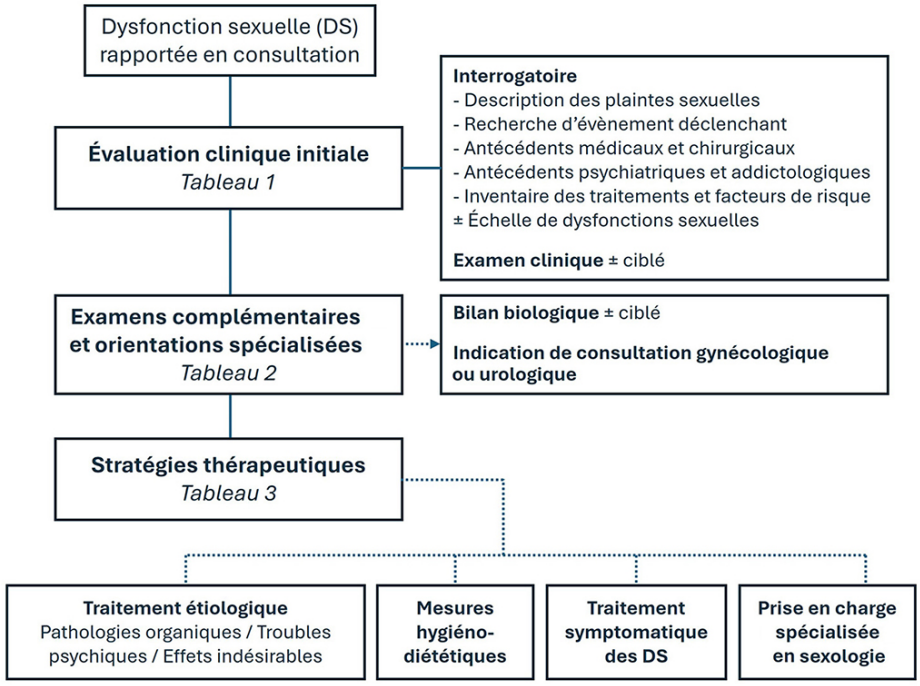


FIG. 2 : Algorithme d'évaluation et de prise en soins des dysfonctions sexuelles (inspiré de Hatzichristou *et al.*, 2010)

Les Dysfonctions sexuelles (DS) sont rarement évoquées spontanément par les patients, en particulier en milieu militaire. Leur repérage repose donc sur une démarche proactive et prudente du praticien (16). Un affichage en salle d'attente signalant que les dysfonctions sexuelles peuvent être évoquées en consultation pourrait sensibiliser les patients et faciliter leur démarche.

Si les visites médicales périodiques constituent une opportunité pour aborder la sexualité, certaines situations cliniques justifient un dépistage ciblé : plaintes indirectes (irritabilité, conflits relationnels), troubles psychiatriques ou addictologiques, antécédents de chirurgie pelvienne ou rachidienne, affections chroniques (diabète, pathologies cardiovasculaires, urologiques ou gynécologiques), prescription de traitements à risque (antidépresseurs, antihypertenseurs, opioïdes), ou survenue d'événements sensibles comme une IVG, une agression sexuelle ou une infection sexuellement transmissible (IST). L'introduction d'une question simple, telle que « Avez-vous des difficultés dans votre vie sexuelle actuellement ? », permet d'aborder le sujet sans brusquer le ou la patient(e) et facilite l'ouverture du dialogue. Une formulation plus ouverte peut également être proposée, par exemple : « Comment les choses se passent-elles pour vous sur le plan affectif et sexuel en ce moment ? », laissant davantage au patient la possibilité de définir lui-même les aspects qu'il souhaite évoquer.

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.3 : Dossier La santé mentale du militaire*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006011, doi : 10.17184/eac.9782813006011

En cas de plainte, il est important de distinguer (19) :

- les interrogations et préoccupations d'ordre sexuel, pouvant être apaisées par un temps d'information et d'éducation sexuelle ;
- les difficultés sexuelles transitoires, souvent circonstancielles (période de stress, évènements de vie) et spontanément résolutives ;
- les dysfonctions sexuelles avérées, durables et altérant la qualité de vie.

Ces dernières, définies par le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (DSM-5) (20) comme des troubles durant depuis au moins six mois et entraînant une détresse cliniquement significative, justifient une évaluation approfondie.

1.1 Évaluation clinique

L'évaluation des DS repose avant tout sur un interrogatoire structuré. Il permet de caractériser les troubles, souvent multiples, et d'en retracer l'évolution, les circonstances d'apparition et les facteurs déclenchants (somatiques, psychiques ou contextuels).
Il est essentiel d'évaluer leur retentissement fonctionnel : qualité de vie, relation de couple, estime de soi et bien-être psychique. Cette approche globale facilite l'orientation du bilan complémentaire et la mise en place d'une prise en soins adaptée. Elle est d'autant plus importante en milieu militaire, où les plaintes peuvent être masquées, minimisées ou exprimées de façon indirecte. Les éléments cliniques et anamnestiques à rechercher sont présentés dans le tableau 1.

L'évaluation des symptômes et de leur sévérité peut s'appuyer sur l'utilisation d'échelles standardisées.

Le *Female Sexual Function Index* (FSFI) (21) est un questionnaire auto-administré, validé en langue française (22) et permettant une évaluation multidimensionnelle de la fonction sexuelle féminine. Il comporte 19 items répartis en six domaines fondamentaux : désir, excitation, lubrification, orgasme, satisfaction et douleur. Le score total, compris entre 2 et 36, reflète l'intensité de la fonction sexuelle, un seuil de 26,55 étant généralement retenu pour identifier une dysfonction sexuelle (21). Cet outil s'avère particulièrement pertinent pour objectiver une plainte, en suivre l'évolution, et faciliter l'approche diagnostique dans un cadre clinique ou médico-militaire.

Le *Male Health Sexual Questionnaire* (MHSQ) (23) est une échelle validée d'évaluation de la fonction sexuelle masculine, centrée sur l'érection, l'éjaculation et la satisfaction sexuelle globale. Utilisé en version française complète ou abrégée selon les besoins cliniques (24), il permet une quantification fine de l'expérience sexuelle et de son retentissement. Le score total, qui peut aller jusqu'à 125, offre une mesure fiable des perturbations sexuelles, avec des sous-scores distincts pour chaque domaine fonctionnel. Cet outil peut être utilisé dans le bilan initial comme dans le suivi.

Ces questionnaires présentent toutefois des limites (caractère normatif et stéréotypé, temps de passation) et ne peuvent que compléter une approche relationnelle individualisée de la sexualité, reposant sur une vision globale et non stigmatisante.

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.3 : Dossier La santé mentale du militaire*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006011, doi : 10.17184/eac.9782813006011

La mise en évidence d'une ou plusieurs plaintes concernant la fonction sexuelle doit amener à réaliser un examen clinique minutieux. Les déterminants organiques d'une dysfonction sexuelle regroupent des composantes anatomiques, vasculaires, neurologiques, hormonales et iatrogènes. Il est nécessaire de rechercher des antécédents médico-chirurgicaux (25) et psychiques pouvant être impliqués.

En raison des vulnérabilités psychiques potentielles, notamment en cas d'antécédents de psychotraumatismes ou de violences sexuelles, la réalisation d'actes invasifs à visée diagnostique (toucher vaginal ou rectal) n'est pas systématique. Leur indication repose sur la mise en évidence de points d'appel au cours de l'anamnèse ou de l'examen général. Le cas échéant, une information claire, loyale et adaptée doit être délivrée à la personne concernée. Le consentement libre et éclairé doit être recueilli et consigné dans le dossier médical. Il convient également de rappeler à la personne qu'elle peut à tout moment interrompre l'examen. L'acte doit être réalisé par un praticien formé à ce type d'examen, dans un environnement garantissant la confidentialité, le respect de la dignité et la sécurité de la personne examinée. La présence d'un tiers (membre de l'équipe soignante ou personne de confiance) peut être proposée, conformément aux recommandations en vigueur.

Tab. 1 : Évaluation clinique initiale des dysfonctions sexuelles

<table>
<tr><th></th><th>Chez la femme</th><th>Chez l'homme</th></tr>
<tr><td rowspan="2">Identification et caractérisation des DS</td><td colspan="2">■ Recherche de plainte relative à la fonction sexuelle :
- Avez-vous remarqué un changement dans votre désir ou votre plaisir sexuel ?
- Rencontrez-vous des difficultés lors des rapports (érection, lubrification, orgasme, etc.) ?
- Est-ce que votre vie sexuelle vous satisfait ?
- Ces difficultés ont-elles un impact sur votre qualité de vie ou votre relation de couple ?
- Depuis quand ces troubles sont-ils présents ? Y a-t-il eu un élément déclencheur ?
■ Caractérisation de la (des) plainte(s) :
- Altération du désir, de l'intérêt ou de l'excitation sexuelle ;
- Altération de l'orgasme (anorgasmie, difficulté à atteindre l'orgasme) ;
- Dyspareunie, douleur pendant/après les rapports ;
- Baisse ou absence de satisfaction sexuelle.</td></tr>
<tr><td>- Vaginisme ;
- Sécheresse vaginale, troubles de la lubrification.</td><td>- Trouble de l'érection, difficulté d'obtention ou de maintien ;
- Trouble de l'éjaculation, éjaculation prématurée, retardée, absente, douleurs, sensation d'inconfort.</td></tr>
<tr><td>Recherche des antécédents et facteurs de risques</td><td colspan="2">■ Antécédents médicaux : cardiovasculaires, neurologiques, endocrinopathies, oncologiques etc.
■ Antécédents chirurgicaux : chirurgies pelviennes, urologiques, digestives ou rachidiennes, séquelles de traumatismes médullaires ou périnéaux, etc.
■ Antécédents obstétricaux : grossesses, accouchement
■ Troubles psychiques : troubles dépressifs ou anxieux, état de stress post-traumatique, etc.
■ Troubles addictologiques : consommations de tabac, alcool, cannabis, etc.
■ Traitements pouvant altérer la fonction sexuelle : psychotropes, antihypertenseurs, médicaments hormonaux, etc.
■ Difficultés personnelles, conjugales, familiales, professionnelles</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Examen clinique</td><td colspan="2">■ Examen clinique standard
■ Évaluation hormonale indirecte : pilosité (perte ou excès), acné, gynécomastie
■ Signes de syndrome métabolique : tension artérielle, poids, tour de taille
± Examen des organes génitaux selon la plainte et les points d'appel</td></tr>
<tr><td>± Examen gynécologique : toucher vaginal, état de la muqueuse, recherche de prolapsus, etc.</td><td>± Recherche de déformation du sexe (maladie de Lapeyronie)
± Toucher rectal chez l'homme sur point d'appel prostatique</td></tr>
<tr><td>Outils standardisés</td><td>Female Sexual Function Index (FSFI)</td><td>Male Health Sexual Questionnaire (MSHQ)</td></tr>
</table>

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.3 : Dossier La santé mentale du militaire*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006011, doi : 10.17184/eac.9782813006011

1.2 Explorations complémentaires

La réalisation d'examens complémentaires est guidée par les données recueillies à l'interrogatoire et les points d'appel cliniques. L'orientation vers un médecin spécialiste (urologue ou gynécologue) est discutée selon les cas. Le tableau 2 résume la conduite à tenir pour explorer les dysfonctions sexuelles.

Tab. 2 : Examens complémentaires et orientations spécialisées face à une dysfonction sexuelle

<table>
<tr><th></th><th>Chez la femme</th><th>Chez l'homme</th></tr>
<tr><td rowspan="2">Bilan biologique</td><td colspan="2">Exemple de bilan sanguin (non systématique) :
■ Numération formule sanguine
■ Ionogramme
■ Urée, créatinine, calcul de la clairance rénale
■ ASAT, ALAT, GGT, AL, bilirubine
■ Glycémie à jeun
■ Cholestérol total, HDL, LDLc, triglycérides
± TSH : en cas de signe de dysthyroïdie (notamment symptômes dépressifs)
± Prolactine : en cas de galactorrhée, céphalées ou troubles visuels avec baisse de désir sexuel
± Dépistage des infections sexuellement transmissibles : sur point d'appel</td></tr>
<tr><td>± Examen microbiologique : si inflammation locale</td><td>± Testostérone totale matinale ou testostérone biodisponible : en cas de signes de déficit en testostérone (baisse de désir sexuel, fatigue, baisse de performance physique, dysfonction érectile)
± PSA (matinale à distance d'éjaculation et d'exercice physique intense) : en cas de volonté de dépistage du cancer de la prostate, après information du patient sur les bénéfices et les conséquences</td></tr>
<tr><td>Indication d'adressage au spécialiste</td><td>Indication de consultation gynécologique
■ Au moindre doute pour réalisation d'un examen gynécologique
■ Douleurs sexuelles persistantes (dyspareunie, vaginisme)
■ Troubles hormonaux (ménopause précoce, troubles du cycle, hirsutisme, acné)
■ Bilan de fertilité : après 12 mois sans grossesse malgré rapports sexuels non protégés réguliers</td><td>Indication de consultation urologique
■ Dysfonction érectile résistante au traitement de 1re intention
■ Suspicion de pathologie prostatique ou andrologique
■ Bilan de fertilité : après 12 mois sans grossesse malgré rapports sexuels non protégés réguliers</td></tr>
</table>

2 Prise en soins des dysfonctions sexuelles

La prise en soins des dysfonctions sexuelles (DS) repose sur quatre principes complémentaires : l'identification et le traitement des pathologies organiques ou psychiques, l'adaptation des traitements médicamenteux susceptibles d'altérer la fonction sexuelle, la promotion d'une éducation à la santé sexuelle et de mesures de prévention personnalisées, ainsi que, le cas échéant, le recours à une approche médicamenteuse ou psychosexuelle spécialisée. Cette approche doit s'inscrire dans une relation thérapeutique bienveillante, respectueuse de l'intimité et du contexte particulier du patient militaire, en tenant compte des enjeux de mobilité, de confidentialité et des possibilités d'accès aux soins spécialisés. L'ensemble des mesures de première intention est synthétisé dans le tableau 3.

2.1 Traitement étiologique et gestion des effets indésirables

L'identification et la prise en soins d'une cause sous-jacente — médicale, chirurgicale, psychique ou iatrogène — sont la première étape de la prise en soins. Elles conditionnent l'efficacité des traitements symptomatiques.

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.3 : Dossier La santé mentale du militaire*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006011, doi : 10.17184/eac.9782813006011

La mise en évidence d'une pathologie organique (ex. : diabète, syndrome métabolique, maladie neurologique) nécessite son exploration et sa prise en soins. En cas de trouble psychiatrique (dépression, trouble anxieux, ESPT, etc.), un traitement adapté doit être initié ou ajusté, en coordination avec un psychiatre si besoin.

Lorsqu'un médicament est suspecté d'avoir un effet iatrogène (psychotrope, antihypertenseur, contraceptif hormonal, etc.), une évaluation de l'intérêt d'une modification thérapeutique (réduction de dose, arrêt, substitution) s'impose (26). L'information du/de la patient(e) sur les effets secondaires potentiels de certains traitements et leur impact sur la sexualité est cruciale. Elle favorise l'adhésion thérapeutique et diminue les sentiments de gêne ou de culpabilité souvent associés aux DS.

2.2 Mesures hygiéno-diététiques, réduction des facteurs de risque, éducation sexuelle

Certaines habitudes de vie ont un impact direct sur la fonction sexuelle et peuvent faire l'objet d'interventions simples, efficaces et peu coûteuses. L'arrêt ou la réduction de consommation des substances – tabac, alcool, cannabis, etc. – la pratique régulière d'une activité physique, l'amélioration de la qualité du sommeil, ou encore la perte de poids en cas de syndrome métabolique, peuvent significativement améliorer la fonction sexuelle, indépendamment des traitements spécifiques. Ces mesures devraient être systématiquement encouragées, notamment dans une optique de prévention secondaire.

Par ailleurs, l'éducation sexuelle constitue un levier thérapeutique essentiel, encore trop peu mobilisé. Elle vise à améliorer la compréhension du fonctionnement sexuel, à distinguer les variations normales des troubles avérés, et à réduire les représentations erronées souvent sources d'anxiété. Elle contribue également à renforcer la communication au sein du couple, à encourager l'adoption de comportements sexuels plus satisfaisants, et à restaurer une image corporelle et sexuelle positive. Elle peut s'appuyer sur des supports adaptés (brochures, outils numériques, programmes éducatifs validés), à destination des patients comme des professionnels. Citons notamment le site Internet de Santé Publique France, proposant de nombreuses fiches pratiques relatives à l'éducation sexuelle, disponibles à l'adresse suivante : https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/outils.

Bien que non spécifiques, ces approches sont souvent suffisantes pour améliorer les troubles sexuels légers à modérés, en particulier lorsqu'ils sont liés à des facteurs contextuels ou psychologiques.

2.3 Traitements symptomatiques des dysfonctions sexuelles

Lorsqu'un traitement étiologique ne permet pas une amélioration satisfaisante, ou en l'absence de cause identifiée, une prise en soins symptomatique peut être proposée.

Chez la femme, les douleurs sexuelles et les troubles trophiques peuvent bénéficier de plusieurs interventions. L'utilisation de lubrifiants pendant les rapports permet de limiter les douleurs liées à la sécheresse vaginale. L'application régulière d'hydratants vaginaux contribue à préserver l'intégrité des muqueuses et à améliorer le confort au quotidien. En cas de syndrome génito-urinaire de la ménopause, un traitement œstrogénique local est recommandé en première intention, sous réserve de l'absence

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.3 : Dossier La santé mentale du militaire*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006011, doi : 10.17184/eac.9782813006011

de contre-indication (cancers du sein et de l'endomètre, saignements génitaux inexpliqués, maladies thromboemboliques, etc.) et après évaluation du rapport bénéfice-risque. Par ailleurs, la rééducation périnéale constitue une stratégie thérapeutique pertinente en cas de troubles du plancher pelvien ; elle permet de réduire les douleurs et d'améliorer la qualité des rapports. Ces deux dernières interventions sont prises en soins par l'Assurance Maladie.

Chez l'homme, les inhibiteurs de la phosphodiestérase de type 5 (IPDE5), traitement de référence en première intention, favorisent la relaxation intracaverneuse et améliorent l'érection lors de stimulation sexuelle, mais sont contre-indiqués en cas de prise de dérivés nitrés ou médicaments donneurs de monoxyde d'azote en raison du risque majeur d'hypotension. Une évaluation cardiovasculaire préalable, incluant la capacité à pratiquer une activité physique modérée, est recommandée avant leur prescription.

Ces traitements sont à adapter en fonction de l'âge, du statut hormonal et des comorbidités. Une synthèse des principales recommandations est présentée dans le tableau 3. Pour des recommandations plus détaillées pour chez la femme et chez l'homme, se reporter aux documentations proposées par l'*American College of Obstetricians and Gynecologists* (27) et l'*European Association of Urology* (28) respectivement.

Dans certaines situations, notamment en cas de troubles du désir, de l'excitation ou de l'orgasme, ces approches médicamenteuses s'avèrent insuffisantes. Une orientation vers une prise en soins sexologique spécialisée devient alors nécessaire.

2.4 Place de la sexologie dans la prise en soins

Lorsque les dysfonctions sexuelles persistent malgré une prise en soins médicale adaptée, qu'ils génèrent une souffrance importante ou qu'ils sont associés à une détérioration de la relation de couple, un accompagnement sexologique peut être proposé.

Il convient de s'assurer que le professionnel consulté dispose d'une formation reconnue, notamment le Diplôme interuniversitaire (DIU) de sexologie et de santé sexuelle, accessible aux médecins, psychologues, sages-femmes, infirmiers et kinésithérapeutes. La sexologie clinique repose sur une approche intégrative, à la croisée de la médecine, de la psychologie et des sciences humaines. Elle permet d'explorer les représentations, les émotions et les comportements liés à la sexualité, dans un cadre thérapeutique structuré. Selon les besoins, les interventions peuvent inclure des entretiens de clarification, de la psychoéducation, des thérapies cognitivo-comportementales centrées sur les DS ou une thérapie de couple. Les approches psychodynamiques s'intéressent à la subjectivité et la parole du patient. C'est en explorant ce que la dysfonction révèle de son rapport au désir, au corps et à l'autre, que la psychothérapie ouvre une voie de transformation. Cette dimension, irréductible à des protocoles standardisés, constitue le cœur du travail clinique. En France, seules les consultations médicales sont prises en soins par l'Assurance Maladie (avec de possibles dépassement d'honoraire pour les praticiens en secteur 2), ce qui rend nécessaire une information claire sur l'offre disponible. L'AIUS (Association Interdisciplinaire post-Universitaire de Sexologie) est la société savante de référence en sexologie médicale en France, à l'origine du diplôme national de sexologie. Elle propose un annuaire en ligne regroupant des professionnels de santé formés : https://aius.fr/carte-interactive.

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.3 : Dossier La santé mentale du militaire*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006011, doi : 10.17184/eac.9782813006011

Tab. 3 : Stratégies thérapeutiques face aux dysfonctions sexuelles

	Chez la femme	Chez l'homme
Traitement étiologique	■ Prise en soins d'une pathologie organique ou psychique sous-jacente (troubles anxiodépressifs, dysthyroïdies, endométriose, etc.) ■ Réévaluation d'un traitement en cours (contraception hormonale, psychotropes, etc.) ■ Orientation vers un spécialiste si nécessaire	
Mesures hygiéno-diététiques	■ Alimentation équilibrée ■ Activité physique régulière adaptée à l'état de santé ■ Hygiène du sommeil ■ Sevrage/réduction des consommations de tabac, d'alcool et autres substances psychoactives	
Éducation sexuelle	■ Supports : *cf. site internet de Santé Publique France* ■ Objectifs : - Favoriser la compréhension des mécanismes physiologiques et émotionnels liés à la sexualité ; - Déstigmatiser les DS et normaliser les variations de désir et de plaisir ; - Encourager la communication avec le ou la partenaire ; - Réduire l'anxiété de performance ou les représentations dysfonctionnelles ; - Promouvoir des comportements sexuels plus sécurisés, satisfaisants et respectueux.	
Traitement symptomatique de 1re intention	■ Lubrifiants et hydratants vaginaux* en cas de sécheresse et/ou de douleurs à la pénétration *Ordonnance type :* *Acide hyaluronique (Mucogyne®) crème* *1 application locale quotidienne le soir pendant 1 mois* ■ Traitement œstrogénique local en cas de syndrome génito-urinaire de la ménopause (en l'absence de contre-indication) *Ordonnance type :* *Promestriène (Colpotrophine®) et acide hyaluronique (Mucogyne®) crèmes* *1 application quotidienne de Mucogyne le soir pendant 1 mois* *Puis alternance Mucogyne/Colpotrophine 6 jours sur 7, 3 semaines sur 4 pendant 6 mois* ■ Rééducation périnéale en cas de troubles du plancher pelvien	■ Inhibiteurs de la phosphodiestérase-5* en cas de dysfonction érectile, contre-indiqués en association avec des dérivés nitrés ou médicaments donneurs de NO (molsidomine, nicorandyl) et pouvant nécessiter un bilan cardiologique. *Ordonnance type :* *Tadalafil (Cialis®) 10mg PO 1 heure avant les rapports (max 1 fois/jour), effet durant 36 à 48 heures, dose pouvant être augmentée à 20mg ou diminuée à 5 mg selon la tolérance et l'efficacité.* *Possibilité de prendre 5mg (ou 2,5 mg) quotidiennement.* *Sildenafil (Viagra®) 50 mg PO 1 heure avant les rapports (max 1 fois/jour), dose pouvant être augmentée à 100mg ou diminuée à 25mg selon la tolérance et l'efficacité* *Vardenafil (Levitra®) 10mg PO 1 heure avant les rapports (max 1 fois/jour), dose pouvant être augmentée à 20mg ou diminuée à 5mg selon la tolérance et l'efficacité.*
Prise en soins sexologique	■ Indications - Troubles persistants ou résistants aux traitements de 1ère intention - Troubles à composante psychosexuelle marquée : anxiété, vaginisme, etc. - Impact relationnel important malgré traitement étiologique. ■ Exemples d'approches (en individuel ou en couple) - Éducation et psychoéducation sexuelles ; - Thérapies cognitivo-comportementales ; - Thérapies de couple centrées sur la sexualité ; - Travail sur les représentations, attentes et scénarios sexuels ; - Réhabilitation du désir. (Liste non exhaustive)	

*Note. *Absence de remboursement par la sécurité sociale*

2.5 Prévention

La prévention des dysfonctions sexuelles implique une intégration active de la santé sexuelle dans les visites médicales périodiques et circonstanciées. Elle passe par une information systématique du personnel militaire sur les facteurs de risque, les comportements protecteurs et les ressources disponibles. La lutte contre les tabous entourant la sexualité, notamment chez les femmes, est un enjeu majeur, tout comme la promotion d'un environnement propice à la discussion de ces sujets.

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.3 : Dossier La santé mentale du militaire*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006011, doi : 10.17184/eac.9782813006011

Ces mesures de prévention sont particulièrement nécessaires avant les projections opérationnelles, associées à une majoration des conduites à risque chez certains militaires.

Un entretien médical mené de manière proactive, respectueuse, confidentielle et sans jugement, au bon moment, reste l'un des outils les plus efficaces pour initier une prise en soins adaptée. Reconnaître la santé sexuelle comme un déterminant à part entière de la santé globale contribue à renforcer la qualité de vie des militaires, à la fois sur le plan personnel, relationnel et professionnel.

2.6 Violences sexistes et sexuelles

Dans certains contextes, notamment en milieu militaire, les Violences sexistes et sexuelles (VSS) peuvent constituer un facteur déclenchant ou aggravant de dysfonctions sexuelles, contribuant à une altération durable de la santé sexuelle et psychique des victimes. En France, les violences sexistes et sexuelles désignent l'ensemble des actes, propos ou comportements à caractère sexuel ou fondés sur le sexe/genre, exercés sans consentement, et susceptibles de porter atteinte à la dignité, à l'intégrité ou aux droits fondamentaux d'une personne. Elles incluent notamment le harcèlement sexuel ou sexiste, les agressions sexuelles, le viol, ainsi que d'autres formes de violence fondées sur les rapports de genre (29).

Face à ces violences, plusieurs dispositifs institutionnels ont été mis en place pour garantir l'écoute, la protection et la prise en soins des victimes, en complément des procédures judiciaires ou disciplinaires. Dans ce cadre, la cellule Thémis, créée en 2014 au sein du ministère des Armées, a pour mission de recueillir, traiter et accompagner les signalements de harcèlement sexuel, violences sexuelles, outrages sexistes et discriminations en lien avec l'Institution (themis@intradef.gouv.fr ; 09 88 68 55 55 ; Contrôle général des armées – cellule Thémis – 60, bd du général Martial VALIN – 75509 Paris Cedex 15). La complexité des situations rencontrées, et l'imbrication fréquente entre les dimensions médicales, psychologiques, sociales et juridiques, peuvent justifier le recours à des structures spécialisées telles que la Maison des femmes, qui proposent une prise en soins pluridisciplinaire et coordonnée, notamment en région parisienne.

Conclusion

Ce travail ne prétend pas restituer toute la complexité des parcours de soins liés aux dysfonctions sexuelles. Il vise avant tout à souligner l'importance d'un repérage systématique au sein de la population militaire, en particulier dans des contextes où la parole peut être entravée par des tabous ou des contraintes institutionnelles.

Il propose une démarche structurée, adaptable à la pratique de médecine générale, reposant sur quelques réflexes cliniques essentiels : rechercher systématiquement une étiologie somatique ou psychique, initier des mesures de première intention simples mais efficaces, et savoir orienter vers une offre de soins spécialisée lorsque cela s'avère nécessaire. Dans cette perspective, une attention particulière doit être portée aux situations de violences sexistes et sexuelles, qui peuvent constituer des facteurs sous-jacents majeurs et souvent silencieux des troubles sexuels.

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.3 : Dossier La santé mentale du militaire*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006011, doi : 10.17184/eac.9782813006011

Dans le milieu militaire, ces enjeux prennent une résonance particulière : l'exposition à des situations de stress intense, l'éloignement du partenaire et la confrontation au réel de la violence laissent souvent une empreinte dans la vie sexuelle. La dysfonction sexuelle peut alors traduire non seulement une difficulté individuelle mais aussi le retentissement d'un vécu collectif et institutionnel. Prendre en compte ce contexte dans l'évaluation et l'accompagnement clinique permet d'ouvrir un espace où le sujet peut élaborer son expérience et réinscrire sa sexualité dans son histoire singulière.

3 Perspectives

La reconnaissance et la prise en soins des dysfonctions sexuelles en milieu militaire supposent de dépasser des freins persistants, liés à la formation, aux représentations et à l'organisation des soins. Le développement de formations spécifiques en santé sexuelle, adaptées aux besoins du service de santé des armées, constitue une priorité pour renforcer les compétences cliniques des soignants et favoriser une démarche plus précoce et plus ouverte. La mise à disposition d'outils standardisés – questionnaires validés, grilles de repérage, supports pédagogiques – permettrait d'harmoniser les pratiques et de sécuriser l'évaluation.

Enfin, la structuration de parcours de soins coordonnés et d'équipes de soins, associant médecine générale, médecins spécialistes, psychologie et sexologie, repose en grande partie sur l'engagement des médecins des forces, qui occupent une position stratégique au sein du système de soins militaire. Par leur proximité avec les patients et leur connaissance du terrain, ils sont des acteurs clés dans la mise en place de dispositifs accessibles, confidentiels et adaptés aux contraintes opérationnelles.

Contributions des auteurs

Conceptualisation : GS – Rédaction : brouillon original : GS - Rédaction : révision et édition : TL, AP, MR, MD, ES – Supervision : ES.

Références bibliographiques

1. Organisation mondiale de la Santé. Developing sexual health programmes : a framework for action. Geneva (CH) : Organisation mondiale de la Santé ; 2010. Disponible : https://coilink.org/20.500.12592/gmv5hk

2. Hudon P. Les soldats vénériens pendant la Révolution et le Premier Empire : les défis de la médicalisation. Cah Cent Rech Hist. 1994 ;(12). doi : 10.4000/ccrh.2730

3. Seña AC, Miller WC, Hoffman IF, Chakraborty H, Cohen MS, Jenkins P, @et al.@ Trends of gonorrhea and chlamydial infection during 1985-1996 among active-duty soldiers at a United States Army installation. Clin Infect Dis. 2000 ;30(4) :742-8. doi : 10.1086/313742

4. Duron S, Bohet A, Panjo H, Bajos N, Migliani R, Marimoutou C,*et al.* Sexual health in the French military : a multidimensional and gendered perspective. BMC Public Health. 2018 ;18(1) :750. doi : 10.1186/s12889-018-5571-x

5. Moreau C, Bedretdinova D, Duron S, Bohet A, Panjo H, Bajos N, @et al.@ From sexual harassment to sexual assault : prevalence and correlates of sexual trauma in the French military. PLoS One. 2021 ;16(11) :e0259182. doi : 10.1371/journal.pone.0259182

6. Gelman F, Atrio J. Flibanserin for hypoactive sexual desire disorder : place in therapy. Ther Adv Chronic Dis. 2017 ;8(1) :16-25. doi : 10.1177/2040622316679933

7. Organisation mondiale de la Santé. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. 10e revision. Genève (CH) : Organisation mondiale de la Santé ; 1992. Disponible : https://www.who.int/fr/standards/classifications/classification-of-diseases

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.3 : Dossier La santé mentale du militaire*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006011, doi : 10.17184/eac.9782813006011

8. McCabe MP, Sharlip ID, Lewis R, Atalla E, Balon R, Fisher AD, *et al.* Incidence and prevalence of sexual dysfunction in women and men : a consensus statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. J Sex Med. 2016 ;13(2) :144-52. doi : 10.1016/j.jsxm.2015.12.034
9. Allen MS, Walter EE. Health-related lifestyle factors and sexual dysfunction : a meta-analysis of population-based research. J Sex Med. 2018 ;15(4) :458-75. doi : 10.1016/j.jsxm.2018.02.008
10. Sipahimalani G, Remadi M, Baldacci A, Long-Depaquit T, Peyrottes A, Dusaud M, *et al.* Understanding sexual dysfunction in French military service members with PTSD : findings from a descriptive study. Basic Clin Androl. 2025 ;35(1) :19. doi : 10.1186/s12610-025-00266-1
11. Marchi J, Mayet A, Chamonaz C, de Laval F, Paul F, Marimoutou C. Differential impact according to mission's operational intensity on psychoactive substance use : a retrospective cohort of French male army service members. Subst Use Misuse. 2019 ;54(5) :841-51. doi : 10.1080/10826084.2018.1547908
12. Mayet A, Lavagna C. Épidémiologie des usages de substances psychoactives en milieu militaire : perspectives et prévention. Toxicol Anal Clin. 2023 ;35(3) :S119. Disponible : https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2352007823002640
13. Manski R, Grindlay K, Burns B, Holt K, Grossman D. Reproductive health access among deployed U.S. servicewomen : a qualitative study. Mil Med. 2014 ;179(6) :645-52. doi : 10.7205/MILMED-D-13-00302
14. Wilcox SL, Redmond S, Hassan AM. Sexual functioning in military personnel : preliminary estimates and predictors. J Sex Med. 2014 ;11(10) :2537-45. doi : 10.1111/jsm.12643
15. Vargas SE, Norris C, Landoll RR, Crone B, Clark MF, Quinlan JD, @et al.@ Interventions to improve sexual and reproductive health in US active duty military service members : a systematic review. Am J Health Promot. 2020 ;34(5) :538-48. doi : 10.1177/0890117120908511
16. Shepardson RL, Mitzel LD, Trabold N, Crane CA, Crasta D, Funderburk JS. Sexual dysfunction and preferences for discussing sexual health concerns among veteran primary care patients. J Am Board Fam Med. 2021 ;34(2) :357-67. doi : 10.3122/jabfm.2021.02.200326
17. Feldhaus-Dahir M. Female sexual dysfunction : barriers to treatment. Urol Nurs. 2009 ;29(2) :81-6. Disponible : https://Web.archive.org/Web/20200320235858id_/\url{https://www.suna.org/download/education/2011/article29081085.pdf}
18. Dyer K, das Nair R. Why don't healthcare professionals talk about sex ? A systematic review of recent qualitative studies conducted in the United Kingdom. J Sex Med. 2013 ;10(11) :2658-70. doi : 10.1111/j.1743-6109.2012.02856.x
19. Hatzichristou D, Rosen RC, Derogatis LR, Low WY, Meuleman EJ, Sadovsky R, @et al.@ Recommendations for the clinical evaluation of men and women with sexual dysfunction. J Sex Med. 2010 ;7(1 Pt 2) :337-48. doi : 10.1111/j.1743-6109.2009.01619.x
20. American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e éd. Arlington (VA) : American Psychiatric Publishing ; 2013.
21. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, @et al.@ The Female Sexual Function Index (FSFI) : a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. J Sex Marital Ther. 2000 ;26(2) :191-208. doi : 10.1080/009262300278597
22. Wylomanski S, Bouquin R, Philippe HJ, Poulin Y, Hanf M, Dréno B, *et al.* Psychometric properties of the French Female Sexual Function Index (FSFI). Qual Life Res. 2014 ;23(7) :2079-87. doi : 10.1007/s11136-014-0652-5
23. Rosen RC, Catania J, Pollack L, Althof S, O'Leary M, Seftel AD. Male Sexual Health Questionnaire (MSHQ) : scale development and psychometric validation. Urology. 2004 ;64(4) :777-82. doi : 10.1016/j.urology.2004.04.056
24. Giuliano F. Les questionnaires recommandés en médecine sexuelle. Prog Urol. 2013 ;23(9) :811-21. doi : 10.1016/j.purol.2013.01.006
25. Leemans C, Van den Broucke S, Jeitani C. Sexual dysfunction in patients with chronic non-genital physical disease : an umbrella review. Int J Environ Res Public Health. 2025 ;22(2) :157. doi : 10.3390/ijerph22020157
26. Lee JJML, Low LL, Ang SB. Oral contraception and female sexual dysfunction in reproductive women. Sex Med Rev. 2017 ;5(1) :31-44. doi : 10.1016/j.sxmr.2016.06.001
27. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Gynecology. Female sexual dysfunction : ACOG practice bulletin clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists, number 213. Obstet Gynecol. 2019 ;134(1) :e1-18. doi : 10.1097/AOG.0000000000003324v
28. Salonia A, Capogrosso P, Boeri L, Cocci A, Corona G, Dinkelman-Smit M, *et al.* European Association of Urology guidelines on male sexual and reproductive health : 2025 update on male hypogonadism, erectile dysfunction, premature ejaculation, and Peyronie's disease. Eur Urol. 2025 ;88(1) :76-102. doi : 10.1016/j.eururo.2025.04.010
29. Ministère chargé de l'Égalité entre les femmes et les hommes. Violences sexistes et sexuelles [En ligne]. [consulté le 20 septembre 2025]. Disponible : https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.52 No.3 : Dossier La santé mentale du militaire*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813006011, doi : 10.17184/eac.9782813006011