

Dysfonctions sexuelles en médecine de premier recours

Dre LAURA SOSSAUER^a, Pre JASMINE ABDULCADIR^b, Dr LORENZO SOLDATI^c,
Pr NGUYEN TOAN TRAN^{d,e}, Dre ANNE MEYNARD^f et Dre SARA ARSEVER^g

Rev Med Suisse 2026; 22: 210-4 | DOI : 10.53738/REVMED.2026.22.947.48269

Les dysfonctions sexuelles sont fréquentes en médecine de premier recours et peuvent considérablement altérer la qualité de vie des patients. Toutefois, de nombreux médecins généralistes rapportent des difficultés à aborder ce sujet, par pudeur ou par manque de connaissances. Cet article se base sur la stratégie du service de médecine de premier recours concernant les dysfonctions sexuelles. Il propose un algorithme de prise en charge visant à guider la pratique clinique afin d'identifier les causes les plus fréquentes et d'initier des traitements fondés sur les preuves, sans systématiquement orienter les patients vers un spécialiste.

Sexual dysfunctions in primary care

Sexual dysfunction is common in primary care and can significantly impair patients' quality of life. However, many general practitioners report difficulties in addressing this topic due to discomfort or a lack of knowledge. This article proposes a management algorithm to guide clinical practice in identifying the most frequent causes and initiating evidence-based treatments without systematically requiring specialist referral.

DÉFINITION ET ÉPIDÉMIOLOGIE

Selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition (DSM-5), les dysfonctions sexuelles (DS) englobent les différentes difficultés qu'une personne peut rencontrer pour répondre sexuellement ou éprouver du plaisir sexuel. Bien que ces problèmes concernent environ 30 à 40% des patient-e-s, ils sont rarement abordés par les médecins généralistes.¹

Le DSM-5 classe les DS selon les différentes phases de la réponse sexuelle: désir (intérêt pour la sexualité), excitation (réponse physique périphérique ou centrale, souvent associée au plaisir), orgasme (phase correspondant au pic de plaisir), résolution (retour à l'état de repos) et période réfractaire

(phase durant laquelle une reprise de l'excitation n'est pas possible). Cet article se base sur des modèles développés chez des personnes cisgenres. Les termes «homme» et «femme» désignent ici des hommes et des femmes cisgenres.

APPROCHE DIAGNOSTIQUE D'UNE DYSFONCTION SEXUELLE

Cet article se base sur la stratégie du service de médecine de premier recours concernant les DS.² Il propose une approche systématique pour évaluer une plainte de nature sexuelle (figure 1).

Anamnèse

Un cadre bienveillant et sans jugement est nécessaire pour aborder la sexualité, notamment en contextualisant le sujet, en obtenant le consentement et en signifiant la possibilité de ne pas répondre aux questions. L'utilisation de formulations inclusives permet à toutes les personnes de se sentir incluses.³

L'anamnèse doit aborder la satisfaction globale, le contexte relationnel, les antécédents médicochirurgicaux et psychiatriques, les traitements, les facteurs socioculturels et la consommation de substances. Le **tableau 1** propose des questions types.

Critères d'une dysfonction sexuelle

Selon le DSM-5, une DS peut être retenue si elle:

- Persiste depuis ≥ 6 mois.
- Est présente ≥ 75% du temps.
- Entraîne une détresse significative.
- N'est pas mieux expliquée par un autre trouble psychiatrique, une détresse relationnelle ou un autre facteur de stress significatif, ou n'est pas attribuable aux effets d'un médicament ou d'une pathologie médicale.

Il est possible de présenter des difficultés sexuelles dans certaines phases de la vie (période périnatale, transition ménopausique, deuil), sans que cela ne soit nécessairement pathologique. Même en l'absence de diagnostic formel de DS, les symptômes sexuels doivent être pris en charge lorsqu'ils affectent la qualité de vie des patient-es.

Type de dysfonction sexuelle

Le type de DS se détermine en fonction de la phase de la réponse sexuelle atteinte. Le **tableau 2** présente les

^aService de médecine de premier recours, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, ^bService de gynécologie, Département de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, ^cUnité de médecine sexuelle et sexologie, Service des spécialités psychiatriques, Département de psychiatrie, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, ^dDépartement de médecine de famille, Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Rue de la Corniche 21, 1010 Lausanne, ^eThe Australian Centre for Public and Population Health Research (ACPPHR), Faculty of Health, University of Technology Sydney, 235 Jones St, Ultimo NSW 2007 (PO Box 123), Australie, ^fCentre médical de Lancy, Rte de Chancy 59C, 1213 Petit-Lancy, ^gUnité de santé sexuelle et planning familial, Service de médecine de premier recours, Département de médecine communautaire et de premier recours, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14
laura.sossauer@hug.ch | jasmine.abdulcadir@unige.ch | lorenzo.soldati@hug.ch
nguyen-toan.tran@unige.ch | anne.meynard@hin.ch | sara.arsever@hug.ch

TABEAU 1**Exemples de phrases types pour explorer une plainte sexuelle**

Général	Êtes-vous satisfait-e de votre vie sexuelle? Qu'est-ce qu'une sexualité épanouie pour vous? Comment cela se passe-t-il avec votre/vos partenaire(s)? Lors des rapports, avez-vous certaines difficultés à continuer?
Situationnel ou généralisé	Le trouble est-il présent dans toutes les situations? Si vous avez plusieurs partenaires, le trouble survient-il avec tous et toutes? Y a-t-il des situations où cela se passe bien?
Primaire ou secondaire	Comment le trouble est-il apparu pour la première fois? Dans quelles circonstances? Était-ce soudain ou progressif?
Diminution du désir, trouble de l'intérêt sexuel ou de l'excitation	Êtes-vous intéressé par l'activité sexuelle? En parlez-vous à votre partenaire? Avez-vous l'impression d'avoir des problèmes d'excitation? De lubrification? Visionnez-vous de la pornographie? Seul-e ou en couple?
Trouble de l'érection	Votre érection est-elle suffisamment dure pour permettre la pénétration? Avez-vous de la difficulté à maintenir votre érection? Avez-vous des érections nocturnes ou matinales?
Troubles éjaculatoires	Quel est le temps entre la pénétration et l'éjaculation? Pouvez-vous la retarder? Avez-vous des difficultés d'éjaculation?
Troubles de l'orgasme	Avez-vous des difficultés à avoir des orgasmes? Leur intensité et/ou leur fréquence a-t-elle changé? Surviennent-ils également lorsque vous vous masturbez?
Troubles liés à des douleurs génitopelviques ou à la pénétration	Avez-vous des douleurs pendant les rapports? Cela dépend-il du type de rapport (main, bouche, vibromasseur, organes génitaux)? À quel moment du rapport les douleurs surviennent-elles (pénétration superficielle versus profonde, toucher/caresses des organes génitaux)? Vous arrive-t-il d'éviter ou d'interrompre un rapport à cause de la douleur?
Relations interpersonnelles	Comment cela se passe-t-il avec votre/vos partenaire(s)? Y a-t-il une bonne communication? Des tensions, des conflits, des violences? Qui initie le plus souvent l'acte sexuel? Pourquoi? Comment le trouble est-il géré dans le couple? En parlez-vous avec votre/vos partenaire(s)?
Contexte culturel	Quelle éducation sexuelle avez-vous reçue? Comment votre culture et/ou religion et/ou famille aborde-t-elle le sujet? Discutez-vous facilement de votre sexualité? Ressentez-vous des pressions?

(Adapté de réf.2).

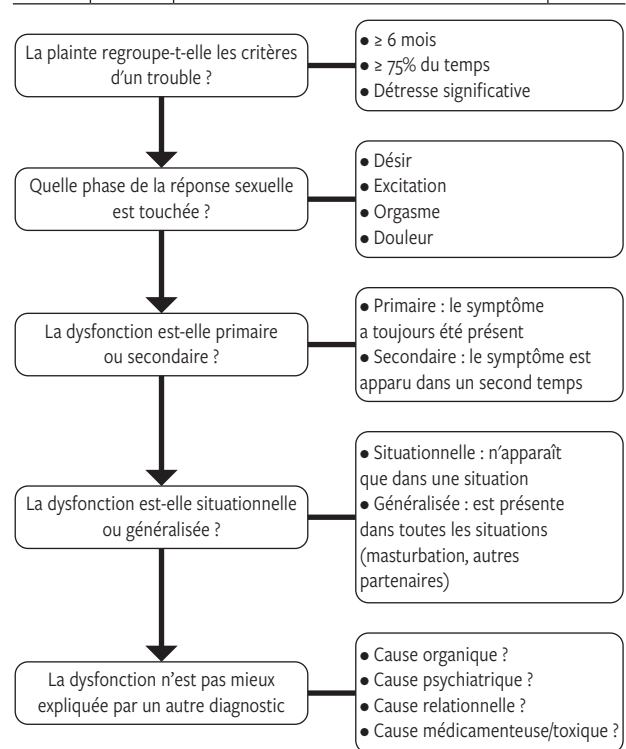
définitions du DSM-5. Une DS pouvant en masquer une autre ou en être à l'origine, il convient d'explorer toutes les étapes de la réponse sexuelle.

Primaire ou secondaire

Déterminer si la DS est primaire (présente depuis toujours) ou secondaire (apparue secondairement) aide à identifier la cause. Une DS primaire est suggestive d'une pathologie somatique de longue date ou peut être liée à des événements survenus lors du développement psychosexuel de l'enfance et/ou de l'adolescence (notamment des épisodes de violence). À l'inverse, une DS secondaire doit faire évoquer un stress psychosocial ou une pathologie plus récente.

Situationnelle ou généralisée

Déterminer si la DS survient dans certains contextes ou est présente systématiquement aide à cibler les diagnostics différentiels. Il faut explorer si le trouble est présent lors de la masturbation ou avec différent-es partenaires. Une DS

FIG 1**Algorithme de prise en charge d'une dysfonction sexuelle**

(Tirée de réf.2).

présente uniquement dans certains contextes peut être suggestive d'une cause relationnelle ou psychologique.

Intensité de la dysfonction sexuelle

Le DSM-5 spécifie le degré de souffrance personnelle liée à la DS, une notion subjective évaluée avec la personne (légère, modérée ou grave).

Dysfonction sexuelle «idiopathique»

Il faut rechercher une cause organique, une cause psychiatrique, des facteurs interpersonnels (tableau 3) ou un effet secondaire médicamenteux ou toxique (tableau 4) pouvant expliquer la DS. En l'absence de tels facteurs, la DS peut être qualifiée d'«idiopathique».

Questionnaires existants

Plusieurs questionnaires permettent d'explorer la fonction sexuelle, comme l'International Index of Erectile Function⁴ pour la dysfonction érectile ou le Premature Ejaculation Profile⁵ pour l'éjaculation précoce. Le Men Health Sexual Questionnaire⁶ (homme) et le Female Sexual Function Index⁷ (femme) permet une approche plus complète de la sexualité.

Examen clinique

Un examen clinique est requis pour rechercher une pathologie somatique et/ou psychiatrique. Celui-ci est guidé par les plaintes identifiées à l'anamnèse.

TABLEAU 2

Définition des troubles selon la phase affectée (DSM-5)

CIM-11: Classification internationale des maladies, onzième révision; DSM-5: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition.

Phase	Définition
Désir	Diminution du désir sexuel chez l'homme Déficiência ou absence persistante ou répétée de pensées sexuelles/érotiques ou de fantasmes imaginatives ou de désir d'activité sexuelle (en tenant compte de l'âge, ainsi que du contexte somatique et socioculturel) Trouble de l'intérêt pour l'activité sexuelle ou de l'excitation sexuelle chez la femme Déficiência ou réduction significative de l'intérêt pour l'activité sexuelle ou de l'excitation sexuelle qui se manifeste par au moins trois des symptômes suivants: 1. Absence/diminution de l'intérêt pour l'activité sexuelle 2. Absence/diminution des pensées érotiques ou sexuelles ou des fantasmes imaginatives 3. Peu ou pas d'initiation de l'activité sexuelle et, typiquement, absence de réceptivité aux tentatives du/de la partenaire pour initier l'activité sexuelle 4. Absence/diminution de l'excitation ou du plaisir sexuel dans presque toutes ou toutes les situations de rencontre sexuelle 5. Absence/diminution de l'intérêt sexuel ou de l'excitation sexuelle en réponse à des signaux sexuels/ érotiques, internes ou externes (écrits, verbaux, visuels) 6. Absence/diminution des sensations génitales ou non génitales pendant l'activité sexuelle dans presque toutes ou toutes les rencontres sexuelles
Excitation	Trouble de l'érection Au moins deux des trois symptômes suivants doivent être éprouvés dans presque toutes ou toutes les occasions (75-100%) d'activité sexuelle avec un-e partenaire: 1. Difficulté marquée à parvenir à une érection au cours de l'activité sexuelle 2. Difficulté marquée à maintenir une érection jusqu'à l'achèvement de l'acte sexuel 3. Diminution marquée de la rigidité érectile
Orgasme	Éjaculation précoce Troubles de l'éjaculation persistants ou répétés survenant pendant le rapport sexuel avec un-e partenaire, approximativement dans la minute suivant la pénétration vaginale (ou autre stimulation sexuelle selon la CIM-11) et avant que la personne ne souhaite éjaculer Éjaculation retardée L'un ou les deux symptômes suivants doivent être présents dans presque toutes ou toutes les occasions d'activité sexuelle avec un-e partenaire et sans que le sujet ne souhaite retarder l'éjaculation: 1. Retard marqué à l'éjaculation 2. Absence ou diminution marquée de la fréquence de l'éjaculation Trouble de l'orgasme chez la femme Présence de l'un ou des deux symptômes suivants dans presque toutes ou toutes les situations d'activité sexuelle: 1. Retard marqué pour parvenir à l'orgasme ou diminution marquée de la fréquence ou absence d'orgasme 2. Diminution marquée de l'intensité des sensations orgasmiques
Douleurs liées à l'activité sexuelle (pour les femmes)	Troubles liés à des douleurs génitopelviennes ou à la pénétration (vaginisme et dyspareunie) Difficultés persistantes ou répétées dans un ou plusieurs des cas suivants: 1. Pénétration vaginale pendant la relation sexuelle 2. Douleurs vulvovaginales ou pelviennes marquées pendant la relation sexuelle ou lors des tentatives de pénétration 3. Peur ou anxiété marquée d'une douleur vulvovaginale ou pelvienne par anticipation, pendant ou résultant de la pénétration vaginale 4. Tension ou crispation marquée de la musculature du plancher pelvien au cours des tentatives de pénétration vaginale

(Adapté de réf.2).

TABLEAU 3

Causes sous-jacentes d'une dysfonction sexuelle

Liste non exhaustive.

- **Causes cardiovasculaires:** hypertension artérielle, insuffisance cardiaque
- **Causes néphrologiques:** insuffisance rénale, dialyse
- **Causes infectieuses:** prostatites, maladies inflammatoires pelviennes
- **Causes neurologiques:** accident vasculaire cérébral, polyneuropathies (diabète/alcool)
- **Causes endocriniennes:** diabète, hypogonadisme
- **Causes respiratoires:** syndrome d'apnées obstructives du sommeil
- **Causes gynécologiques:** syndrome génito-urinaire de la ménopause, endométriose, lichen scléreux vulvaire
- **Causes urologiques:** affections prostatiques, chirurgies urologiques ou rectales, incontinence urinaire
- **Causes angiologiques:** insuffisance veineuse ou artérielle
- **Âge:** par exemple, vieillissement asymétrique dans un couple
- **Douleurs chroniques:** par exemple, arthrose, arthrites
- **Causes oncologiques:** cancers urologiques, colorectaux ou gynécologiques
- **Causes personnelles:** anxiété de performance, stress, deuil, fausses croyances, mauvaises expériences passées, pas/peu d'éducation sexuelle, mauvaise image de soi et/ou de son corps, antécédents de violence sexuelle
- **Causes relationnelles:** conflit de couple, routine, pression ou violences de couple, processus de procréation médicalement assistée, mauvaise communication
- **Causes psychiatriques:** dépression, trouble anxieux, paraphilies

(Adapté de réf.2).

TABLEAU 4

Médicaments et toxiques pouvant causer une dysfonction sexuelle

- Substances: alcool, tabac, cocaïne, héroïne, méthadone, amphétamines
- Antihypertenseurs: thiazides, inhibiteurs de l'enzyme de conversion, anticalciques, bêta-bloquants, spironolactone, clonidine
- Digoxine
- Antidépresseurs: tricycliques, inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine, inhibiteurs de la monoamine-oxydase, antagonistes des récepteurs de la dopamine
- Antiacides, antihistaminiques
- Barbituriques, benzodiazépines
- Inhibiteurs de la 5 alpha-réductase
- Antipsychotiques, lithium, phénytoïne, méthylodopa
- Anticholinergiques
- Radiothérapie/chimiothérapie
- Hormonothérapie: contraceptifs œstrogéniques et progestatifs, anti-androgènes, agonistes de la gonadolibérine, inhibiteurs de la 5 alpha-réductase
- Indométacine
- Kétoconazole
- Gel lubrifiant/mousse, latex (irritation)

(Adapté de réf.2).

Il faut rechercher une hypertension artérielle, une obésité, ainsi que des signes suggestifs d'une artériopathie périphérique et d'une polyneuropathie. Un examen des organes génitaux externes est aussi recommandé à la recherche d'un lichen scléreux, d'une altération de la trophicité vulvaire, d'une déviation de la verge, de cicatrices ou de séquelles de radiothérapie. Un examen psychiatrique doit être réalisé en cas de plainte suggestive d'un trouble anxiodépressif.

En présence d'une DS avec douleur nouvellement apparue, il est pertinent de recourir à un-e médecin spécialiste (gynécologue, urologue) afin d'exclure une cause organique.

BILAN DE BASE

Un bilan de base est recommandé, sans distinction de sexe ou de genre, chez toute personne présentant une DS (formule sanguine avec répartition, fonction rénale, hémoglobine glyquée, bilan hépatique et lipidique). Un dosage de la thyroïdostimuline

(TSH) et de la prolactine peut être ajoutée en cas de symptômes évocateurs.

Chez les femmes, un dosage de l'hormone folliculostimulante (FSH), de l'hormone lutéinisante (LH) et de l'estradiol peut être proposé en cas de troubles du cycle ou de symptômes de ménopause, surtout si celle-ci est précoce. La testostérone totale ne doit pas être dosée systématiquement, mais uniquement lorsqu'un traitement par testostérone est envisagé.⁸

Chez l'homme, en particulier en présence de symptômes d'hypoandrogénie, il est possible de doser la testostérone totale matinale. En cas de valeur basse, il est recommandé d'ajouter un dosage de la testostérone libre, de la prolactine et de la LH afin de préciser l'étiologie.⁹

En cas de suspicion de maladie athéromateuse, il est recommandé de réaliser un électrocardiogramme, voire un test d'effort en cas de risque cardiovasculaire élevé et/ou d'anamnèse suggestive, avant d'introduire un traitement tel que le sildénafil, en raison du risque d'hypotension.

TRAITEMENTS

Généralités

Dans la majorité des troubles sexuels, une sexothérapie peut être proposée. Il s'agit d'une forme de psychothérapie intégrative se focalisant sur les troubles sexuels. Elle peut intégrer des éléments de pleine conscience, de thérapie cognitivo-comportementale ou d'hypnose, selon la/le thérapeute et l'indication. Dans certaines conditions, une thérapie de couple peut aussi être proposée.

Les paragraphes ci-dessous détaillent les autres traitements pouvant être proposés en fonction du diagnostic retenu.

Diminution du désir sexuel chez l'homme¹⁰

En cas d'hypogonadisme concomitant, une substitution de la testostérone, des agonistes dopaminergiques ou une optimisation du mode de vie peuvent être indiqués. La substitution de la testostérone présente de nombreuses contre-indications et nécessite une surveillance spécifique compte tenu du risque d'effets secondaires, raison pour laquelle il est préférable d'instaurer d'emblée un suivi endocrinologique ou urologique en parallèle.

Trouble de l'intérêt pour l'activité sexuelle chez la femme¹¹

Sur le plan médicamenteux, la flibansérine et le brémélanotide sont approuvés aux États-Unis pour les troubles du désir hypoactif, mais ne sont pas reconnus par Swissmedic. Un traitement hormonal substitutif (THS), bien que controversé dans cette indication, peut être tenté si la personne est ménopausée. Selon un consensus international, la testostérone est indiquée chez les personnes ménopausées présentant une détresse liée à une baisse du désir sexuel, mais n'est pas reconnue par Swissmedic pour cette indication et n'est pas remboursée.¹² Sa prescription et son suivi devraient dès lors se faire en concertation avec un-e médecin spécialiste.

Trouble de l'excitation sexuelle chez la femme

L'utilisation de lubrifiants constitue une option simple et efficace pour améliorer le confort et la réponse sexuelle. Un THS peut être proposé si la personne est ménopausée. À noter qu'un trouble de l'excitation peut également être secondaire à une pathologie cardiovasculaire, métabolique ou neurologique, ou à la prise de médicaments.

Troubles de l'érection¹³

La dysfonction érectile est un marqueur indépendant et précoce du risque cardiovasculaire. Elle doit donc motiver une évaluation du risque cardiovasculaire et la mise en place de stratégies de prévention primaire ou secondaire.¹⁴

Le traitement médicamenteux de première ligne fait appel aux inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5 (IPDE5) (non remboursés par l'assurance maladie de base). Ils sont contre-indiqués en cas de prise de nitrés ou de poppers (effet hypotenseur), ainsi que lors d'événement cardiovasculaire récent ou d'hypertension non contrôlée. En cas d'hypogonadisme, un traitement substitutif de la testostérone peut être proposé (cf. Diminution du désir sexuel chez l'homme ci-dessus).

En cas d'échec ou de contre-indication aux IPDE5, des alternatives peuvent être proposées en collaboration avec des spécialistes (injections intra-caverneuses ou intra-urétrales de prostaglandines, système à vacuum (pompe à vide), approches invasives).

Éjaculation précoce¹⁵

La dapoxétine a été homologuée pour cette indication, mais n'est pas remboursée. D'autres inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (paroxétine, fluoxétine et sertraline), peuvent être utilisés (hors autorisation de mise sur le marché). Sur le plan topique, la lidocaïne en spray doseur, les préservatifs retardants (formulés avec un lubrifiant anesthésiant) ou encore les crèmes anesthésiantes peuvent être proposés. La sexothérapie ne doit être proposée qu'en complément ou en cas d'éjaculation précoce secondaire d'origine psychologique.

Éjaculation retardée¹⁶

L'approche est principalement sexologique. À ce jour, il n'existe pas de traitement médicamenteux dont l'efficacité est solidement établie. Si l'éjaculation retardée est l'effet indésirable d'un traitement ou d'une substance, il peut être indiqué de l'arrêter ou d'en adapter le dosage lorsque ceci est possible.

Troubles liés à des douleurs génitopelviques ou à la pénétration¹⁷

L'étiologie et la localisation des douleurs doivent être précisées (dyspareunie superficielle, moyenne ou profonde; vaginisme; vulvodynie spontanée ou provoquée, localisée ou généralisée), car les traitements varient en fonction de ces caractéristiques. La physiothérapie spécialisée du plancher pelvien est indiquée en cas de dysfonction du plancher pelvien ou de vaginisme.

Les personnes ménopausées souffrant de sécheresse vaginale peuvent bénéficier de THS systémiques, mais surtout locaux (estrogènes, testostérone ou prastérone). Des traitements hydratants non hormonaux existent sous forme d'ovules, de gels ou de crèmes pour les personnes ne souhaitant pas d'hormonothérapie ou non ménopausées.

En cas de douleurs neuropathiques associées, la gabapentine, la prégabaline ou des antidépresseurs, tels que l'amitriptyline ou la duloxétine, montrent un bénéfice modeste. La capsaïcine ou la lidocaïne topique peuvent soulager avec une efficacité limitée. En cas de douleurs cycliques liées à une endométriose ou à une dysménorrhée, les contraceptifs et les agonistes de la gonadolibérine sont indiqués. Enfin, les blocs nerveux, les injections de points gâchettes ou encore la chirurgie peuvent être proposés en cas d'échec des traitements ci-dessus.

Trouble de l'orgasme chez la femme¹⁸

Une rééducation du plancher pelvien peut être utile en cas d'antécédents de traumatismes obstétricaux ou d'incontinence. En cas d'anorgasmie coïtale, l'amélioration de la stimulation clitoridienne est visée, notamment par l'utilisation de sex-toys ou l'adaptation des pratiques sexuelles. En cas d'anorgasmie également présente lors de la masturbation, des exercices de masturbation dirigée peuvent être proposés.

LIMITATIONS

L'approche binaire sur laquelle s'appuient les modèles présentés dans cet article présente des limites, notamment pour les personnes ne s'identifiant pas comme cisgenres. De plus, il n'y a pas de consensus sur les catégories diagnostiques de DS, la Classification internationale des maladies, onzième révision, ne retenant pas exactement les mêmes catégories.

CONCLUSION

Il est fréquent que des patient-e-s présentent des plaintes d'ordre sexuel en consultation, sans que celles-ci ne remplissent les critères diagnostiques d'une DS. Dans ces situations, offrir

un espace d'écoute et de discussion, une information ciblée ainsi qu'un accompagnement peut être suffisant et bénéfique.

Cependant, si les symptômes persistent dans la durée et s'accompagnent d'une détresse significative, une prise en charge spécifique est indiquée. Celle-ci repose sur une démarche médicale systématique, comprenant un bilan de base (somatique, psychologique et relationnel) et, si nécessaire, un bilan élargi suivant le profil du/de la patient-e et ses facteurs de risque (hormonaux, cardiométaboliques, médicamenteux, relationnels ou psychiatriques).

Conflit d'intérêts: les autrices et auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Remerciement: les auteurs et autrices remercient le Dr Gillibert pour sa relecture de la stratégie sur laquelle se base cet article.

Utilisation de l'IA: les auteurs et autrices ont déclaré avoir utilisé l'IA (OpenEvidence) pour la recherche bibliographique et la mise en page des références. Ils et elles ont ensuite validé la version finale de l'article.

ORCID ID:

L. Sossauer: <https://orcid.org/0000-0001-5182-7962>

J. Abdulcadir: <https://orcid.org/0000-0001-6245-9181>

N. Toan Tran: <https://orcid.org/0000-0001-7134-7878>

S. Arsever: <https://orcid.org/0000-0002-3611-8321>

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Une exploration systématique selon les critères du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition, permet de distinguer les dysfonctions sexuelles (DS) cliniquement pertinentes.
- Un bilan somatique, relationnel, psychologique et médicamenteux est essentiel avant d'initier un traitement, souvent pluridisciplinaire (sexothérapie, thérapie de couple, traitement hormonal, traitement médicamenteux ou physiothérapie spécialisée).
- Chez l'homme, la dysfonction érectile peut constituer un marqueur précoce de pathologies cardiovasculaires, en particulier après l'âge de 40 ans.
- Chez la femme, les troubles de l'excitation ou de l'intérêt sexuel sont les plus fréquents, souvent multifactoriels et liés à des facteurs hormonaux, psychologiques et/ou relationnels.

1 Bianchi-Demicheli F, De Ziegler D. Traitement pharmacologique des dysfonctions sexuelles féminines: chimère ou réalité? *Rev Med Suisse*. 2005 Mar 16;1(11):749-53.

2 **Sossauer L, Abdulcadir J, Gillibert C, et al. Stratégie de médecine de premier recours [En ligne]. Hôpitaux universitaires de Genève. Disponible sur: www.hug.ch/medecine-premier-recours/strategies-medecine-premier-recours

3 Vu F, Arsever S. Aborder la sexualité en médecine ambulatoire: une nécessité souvent négligée. *Rev Med Suisse*. 2026;22(946):102-6.

4 Rosen RC, Riley A, Wagner G, et al. The International Index of Erectile Function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*. 1997 Jun;49(6):822-30.

5 Symonds T, Perelman MA, Althof S,

et al. Development and validation of a premature ejaculation profile. *Int J Impot Res*. 2007;19(6):554-64.

6 Rosen RC, Catania JA, Pollack L, et al. Male Sexual Health Questionnaire (MSHQ): Scale development and psychometric validation. *Urology*. 2004 Oct;64(4):777-82.

7 Rosen R, Brown C, Heiman J, 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 Apr-Jun;26(2):191-208.

8 Davis SR. Sexual Dysfunction in Women. *N Engl J Med*. 2024 Aug 22;391(8):736-45.

9 McVary KT. Clinical practice. Erectile dysfunction. *N Engl J Med*. 2007 Dec 13;357(24):2472-81.

10 Bianchi-Demicheli F, Ortigue S,

Meyer P. Désir sexuel hypoactif chez l'homme: prise en charge en médecine sexuelle. *Rev Med Suisse*. 2010 Mar 24;6(241):614-9.

11 Cour F, Bonierbale M. Troubles du désir sexuel féminin. *Prog Urol*. 2013 Jul;23(9):562-74.

12 *Kling JM. Testosterone for the Treatment of Hypoactive Sexual Desire Disorder in Perimenopausal and Postmenopausal Women. *Obstet Gynecol*. 2025 Jul 24;146(3):341-9.

13 *Peixoto N, Mengin M, Iselin CE. Dysfonction érectile, une prise en charge urologique et multidisciplinaire. *Rev Med Suisse*. 2018 Nov 28;14(629):2172-6.

14 Mostafaei H, Mori K, Hajebrahimi S, et al. Association of erectile dysfunction and cardiovascular disease: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *BJU Int*.

2021 Jul;128(1):3-11.

15 Wisard M, Audette N. Éjaculation précoce: traitement médicamenteux ou approche sexologique? *Rev Med Suisse*. 2008 Mar 26;4(150):780-4.

16 *Martin-Tuite P, Shindel AW. Management Options for Premature Ejaculation and Delayed Ejaculation in Men. *Sex Med Rev*. 2020 Jul;8(3):473-85.

17 *Faubion SS, Rullo JE. Sexual Dysfunction in Women: A Practical Approach. *Am Fam Physician*. 2015 Aug 15;92(4):281-8.

18 Somboonporn W, Davis S, Seif MW, Bell R. Testosterone for peri- and postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005 Oct 19;(4):CD004509.

* à lire

** à lire absolument