

DYSFONCTIONS SEXUELLES CHEZ LES PERSONNES SEXUELLEMENT ACTIVES EN FRANCE ET IMPACT SUR LA SATISFACTION SEXUELLE : PRÉVALENCES ET FACTEURS ASSOCIÉS

// SEXUAL DYSFUNCTIONS AMONG SEXUALLY ACTIVE INDIVIDUALS IN FRANCE AND THEIR IMPACT ON SEXUAL SATISFACTION: PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS

Delphine Rahib¹, Caroline Moreau^{2,3} (cmoreau2@jhu.edu)

¹ Santé publique France, Saint-Maurice

² Inserm, Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations (Cesp), Villejuif

³ Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, États-Unis

Soumis le : 01.12.2025 // Date of submission: 12.01.2025

Résumé // Summary

Introduction – Les dysfonctions sexuelles couvrent un large spectre de symptômes qui peuvent aboutir à une atteinte à la qualité de la vie sexuelle. En s'appuyant sur une conceptualisation à la fois psychosociale et physiologique de la fonction sexuelle, la présente étude vise à fournir des données actualisées sur la prévalence des dysfonctions chez les personnes vivant en France hexagonale (Corse incluse), ainsi que sur leurs conséquences pour la sexualité.

Méthode – L'analyse repose sur les données de l'enquête Contexte des sexualités en France 2023 (CSF-2023). Un échantillon de 9 118 personnes, âgées de 18 à 89 ans et sexuellement actives dans l'année, a été interrogé sur les troubles du désir, la dyspareunie et le manque de plaisir, ainsi que sur la sécheresse vaginale chez les femmes et les troubles de l'érection chez les hommes. Deux indicateurs mesurant la persistance des troubles pendant au moins six mois et l'atteinte à la qualité de la vie sexuelle ont été définis. Ceux-ci ont été analysés au regard de données sociodémographiques et de données d'état de santé des répondants.

Résultats – Au total, 18,9% des hommes et 36,4% des femmes déclarent au moins un trouble sexuel persistant, tandis que 10,9% des hommes et 21,2% des femmes rapportent des troubles source de détresse. Ces troubles augmentent avec l'âge, un état de santé dégradé et, chez les femmes, la survenue au cours de la vie de violences sexuelles.

Conclusion – Les résultats mettent en évidence la nécessité d'intégrer la prise en charge des dysfonctions sexuelles dans une approche globale de la santé, en raison des liens étroits entre santé sexuelle et santé générale.

Introduction – Sexual dysfunctions encompass a broad spectrum of symptoms that may ultimately impair the quality of sexual life. Drawing on a conceptualisation of sexual function that integrates both psychosocial and physiological dimensions, this study aims to provide up-to-date estimates of the prevalence of sexual dysfunctions among people living in mainland France, as well as their implications for sexuality.

Methods – The analysis is based on data from the 'Contexte des sexualités en France 2023' (CSF-2023) survey. A sample of 9,118 individuals, aged 18-89 years who had been sexually active in the past year, was surveyed regarding desire disorders, dyspareunia, and lack of pleasure, as well as vaginal dryness among women and erectile difficulties among men. Two indicators were constructed to capture the persistence of dysfunctions for at least six months and their impact on the quality of sexual life. These indicators were examined in relation to respondents' sociodemographic characteristics and health status.

Results – Overall, 18.9% of men and 36.4% of women reported at least one persistent sexual dysfunction, while 10.9% of men and 21.2% of women reported dysfunctions associated with distress. These difficulties increased with age, poorer health status, and—among women—the experience of sexual violence over the life course.

Conclusion – The results highlight the need to integrate the management of sexual dysfunctions within a comprehensive health approach, given the close links between sexual health and overall health.

Mots clés : Santé sexuelle, Dysfonctions sexuelles, Satisfaction

// *Keywords*: Sexual health, Sexual dysfunctions, Satisfaction

Introduction

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé sexuelle comme un continuum de bien-être physique, psychologique et socioculturel lié à la sexualité¹. Parmi ses composantes, les dysfonctions

sexuelles occupent une place centrale, car elles sont fréquentes dans la population générale^{2,3}.

Selon la Classification internationale des maladies (CIM-10)⁴, ces troubles et difficultés couvrent un large spectre de symptômes, tels que le manque

de désir sexuel, la diminution du plaisir, l'absence de réponse génitale, les troubles de l'orgasme et la dyspareunie⁵. Leur durée et leur gravité sont précisées dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5, *American Psychiatric Association*, 2013), afin de distinguer la dysfonction sexuelle des variations normales de la réponse sexuelle et d'évaluer leur signification clinique^{6,7}. Ces troubles s'inscrivent dans une durée supérieure à six mois. Cette symptomatologie s'appuie sur les modèles classiques proposés par Masters et Johnson⁸ et Kaplan⁹, qui distinguent trois phases – désir, excitation et orgasme – auxquelles s'ajoute la douleur sexuelle. L'ajout de la notion de détresse clinique reflète un débat persistant entre deux approches : un modèle biomédical centré sur la réponse physiologique et un modèle psychosocial qui intègre les dimensions sociales de la sexualité, notamment les attentes liées aux relations sexuelles⁹.

La mesure des dysfonctions sexuelles dans les enquêtes en population générale demeure complexe en raison de la sensibilité du sujet, des contraintes de temps et des risques d'erreurs de déclaration. Les outils standards – *Female Sexual Function Index* (FSFI, 19 questions) pour les femmes hétérosexuelles¹⁰ et *International Index of Erectile Function* (IIEF) pour les hommes¹¹ – sont volumineux, ne distinguent pas les troubles transitoires et persistants, se focalisent sur un seul domaine pour les hommes (dysfonction érectile) et n'évaluent pas la détresse, pourtant essentielle pour apprécier la signification clinique des symptômes. Les données confirment d'ailleurs que de nombreuses personnes présentant des dysfonctions sexuelles ne ressentent pas de détresse¹².

Malgré certaines limites méthodologiques, les enquêtes en population générale indiquent des prévalences élevées de dysfonctions sexuelles. Une méta-analyse récente (2017-2022), regroupant 23 études, estime une prévalence globale de 31% chez les hommes et de 41% chez les femmes¹³. Cette proportion atteint 68% (intervalle de confiance à 95%, IC95%: [56-80]) chez les personnes vivant avec des maladies chroniques¹³. La nature, la fréquence et l'impact de ces troubles varient selon le genre et l'âge. Chez les hommes, l'éjaculation précoce constitue le trouble le plus fréquent à l'adolescence et au début de la vie adulte, tandis que la dysfonction érectile reste rare avant 30 ans, mais augmente avec l'âge, en lien avec les comorbidités cardiovasculaires et métaboliques. Chez les femmes, les jeunes adultes rapportent principalement un désir sexuel hypoactif, des difficultés orgasmiques et parfois des douleurs (dyspareunie), alors que les troubles évoluent avec l'âge vers des problèmes de lubrification et une intensité orgasmique.

En France, les enquêtes nationales confirment ces tendances tout en soulignant des spécificités. L'enquête Contexte des sexualités en France (CSF) de 2006 identifie deux pics de troubles : chez les 18-24 ans, où domine le manque de désir et les

difficultés orgasmiques chez les femmes, ainsi que l'éjaculation précoce chez les hommes, et après 55 ans, où apparaissent des troubles liés aux changements physiologiques (ménopause, andropause)¹⁴. L'étude Fécondité – Contraception – Dysfonctions sexuelles – Volet population générale, 2009-2011, (Fécond)⁽¹⁾ révèle par ailleurs que 31% des jeunes femmes et 9% des jeunes hommes (15-24 ans) déclarent un impact négatif des difficultés sexuelles sur leur satisfaction¹⁵.

En s'appuyant sur une conceptualisation à la fois psychosociale et physiologique de la fonction sexuelle, la présente étude vise à fournir des données actualisées sur la prévalence des dysfonctions chez les personnes vivant en France et sur la manière dont cela affecte la sexualité et la satisfaction sexuelle.

Méthodes

L'analyse repose sur les données de l'enquête CSF, menée entre novembre 2022 et novembre 2023 en France hexagonale (Corse incluse). L'étude a obtenu l'approbation éthique du comité de protection des personnes Sud-Est 1 (CPP Sud-Est 1), du comité d'évaluation éthique de l'Inserm (CEEI-IRB) et de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil).

Un échantillon représentatif de 21 259 personnes âgées de 15 à 89 ans a été constitué par génération aléatoire de numéros de téléphone. Les participants ont répondu à un questionnaire d'une durée moyenne de 33 minutes, après avoir donné leur consentement éclairé (et, pour les mineurs, celui d'un parent). Parmi eux, 12 906 répondants âgés de 18 à 89 ans ont complété un questionnaire supplémentaire en ligne, d'une durée approximative de 30 minutes. Pour cette analyse, nous avons retenu les répondants adultes ayant déclaré au moins un rapport sexuel au cours de leur vie (951 exclusions) et ayant été randomisés pour répondre à une version longue du questionnaire portant sur les dysfonctions sexuelles (8 861 exclusions). De plus, nous avons sélectionné les personnes déclarant des rapports sexuels dans les 12 mois (2 211 exclusions) et ayant des observations complètes concernant les dysfonctions (116 exclusions). La population d'étude finale comprend 9 118 personnes âgées de 18 à 89 ans et sexuellement actives dans l'année.

Les dysfonctions sexuelles ont été définies à partir d'un ensemble de questions explorant les troubles du désir, la dyspareunie et le manque de plaisir chez tous les répondants, ainsi que la sécheresse vaginale chez les femmes et les troubles de l'érection et de l'éjaculation chez les hommes. Ces questions, issues de l'enquête précédente (CSF-2006), permettaient d'estimer la fréquence des difficultés sexuelles. Pour l'analyse, nous avons construit deux indicateurs

⁽¹⁾ <https://data.ined.fr/index.php/catalog/61>

grâce à des questions complémentaires : le premier portait sur les dysfonctions persistantes, défini par la déclaration d'au moins un trouble persistant depuis plus de six mois, et le second sur les dysfonctions source de détresse, conformément aux critères diagnostiques du DSM-5.

Pour explorer ces dysfonctions, nous avons sélectionné des indicateurs sociodémographiques incluant le sexe, l'âge, le niveau d'éducation, la vie en couple, la situation migratoire, le type d'assurance santé, la situation financière (difficultés économiques perçues), ainsi que des indicateurs de santé tels que la santé perçue, la présence d'une maladie chronique, d'une incapacité fonctionnelle, d'une maladie urogénitale et la présence d'une incapacité chez le partenaire. Nous avons également pris en compte les antécédents de violence sexuelle (aucun, attouchements, tentative ou viol), le nombre de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois (0, 1, >1), ainsi que des variables psychosociales comme la dépression et l'anxiété.

Après la présentation de la population étudiée, nous avons observé la distribution des différents types de dysfonctions sexuelles selon le sexe et les groupes d'âge, ainsi que la répartition des indicateurs de dysfonctions en fonction des caractéristiques socio-démographiques et de santé. Nous avons ensuite estimé des modèles de régressions logistiques multivariées pour chacun des indicateurs de dysfonctions, en ajustant sur l'ensemble des covariables (facteurs sociodémographiques et de santé). Enfin, nous avons réalisé des analyses stratifiées selon l'âge (18-29, 30-59, 60-89 ans), la situation conjugale actuelle, l'état de santé (présence d'une incapacité fonctionnelle ou d'une maladie chronique) et avons testé les interactions entre ces dimensions dans les modèles multivariés. Toutes les analyses étaient stratifiées sur le sexe et étaient pondérées pour tenir compte des probabilités inégales de sélection et de la non-réponse.

Résultats

Les caractéristiques de la population d'étude sont résumées dans le tableau 1. L'âge moyen des répondants est de 46,2 ans et 88% ont un partenaire au moment de l'enquête. Plus du tiers (37,1%) ont fait des études supérieures. Près du quart (24,3%) rapportaient une incapacité fonctionnelle, 42,7% déclarent une maladie chronique et 14,5% ont ou ont eu une pathologie urogénitale.

Au total, 18,9% des hommes et 36,4% des femmes déclarent au moins un trouble sexuel persistant, tandis que 10,9% des hommes et 21,2% des femmes rapportent des dysfonctions, source de détresse. La nature de ces dernières varie selon le sexe et l'âge : chez les moins de 30 ans, elles concernent principalement l'insuffisance du désir et les difficultés à atteindre l'orgasme, alors que la sécheresse vaginale et les troubles de l'érection prédominent après 60 ans (figure). La prévalence de l'ensemble des symptômes augmente avec l'âge,

avec un gradient particulièrement marqué chez les hommes après 60 ans. Par ailleurs, tous les symptômes sont plus fréquents chez les femmes à tous les âges, à l'exception des difficultés à atteindre l'orgasme.

Les facteurs associés à la déclaration d'au moins une dysfonction sont présentés dans le tableau 1. Chez les hommes, leur prévalence avec l'âge passe de 12,6% à 18-29 ans à 44,3% à 80-89 ans, et est plus élevée en l'absence de partenaire actuel. De plus, ceux vivant en milieu urbain rapportent davantage de dysfonctions que ceux en milieu rural. Pour les deux sexes, elles sont plus fréquentes chez les personnes ne bénéficiant pas de couverture sociale. Elles le sont également chez celles qui déclarent une incapacité fonctionnelle, une maladie chronique ou une pathologie urogénitale. Enfin, on en trouve plus parmi les personnes ayant rapporté des antécédents de violence sexuelle.

Facteurs associés à l'existence de dysfonctions sexuelles persistant depuis six mois

Les résultats de l'analyse multivariée présentés dans le tableau 2 confirment l'augmentation des dysfonctions sexuelles avec l'âge, cette fois pour les deux sexes. Chez les hommes, l'absence de partenaire et la résidence en milieu urbain restent associées à une probabilité plus élevée de dysfonctions. Chez les femmes, le rôle du niveau d'éducation apparaît, avec un lien entre un niveau d'instruction plus élevé et une déclaration plus fréquente de dysfonctions. Pour les deux sexes, l'incapacité fonctionnelle et les antécédents de violences sexuelles demeurent fortement liés à une probabilité accrue de troubles. Enfin, chez les hommes, les antécédents de pathologies urogénitales sont également associés à une prévalence plus élevée.

Facteurs associés à l'existence de dysfonctions sexuelles source de détresse

Le retentissement des dysfonctions sur la sexualité varie selon les caractéristiques des répondants. En effet, si en moyenne 57,6% des hommes et 58,2% des femmes ayant des troubles indiquent que ceux-ci affectent leur sexualité, cette proportion change selon l'âge et la santé, atteignant 75% chez les femmes ayant une incapacité fonctionnelle et 93% des hommes ayant une pathologie urologique (tableau 1).

Les facteurs associés à la déclaration d'au moins une dysfonction causant une détresse pour la sexualité sont présentés dans le tableau 1. Chez les hommes, la prévalence de ces difficultés augmente avec l'âge. Elles sont plus fréquentes chez les personnes des deux sexes en incapacité fonctionnelle, ou présentant une maladie chronique, ainsi que chez les hommes ayant une pathologie urogénitale. Enfin, les femmes ayant subi des violences sexuelles déclarent plus de dysfonctions sexuelles source de détresse que celles n'ayant pas vécu de telles expériences.

Tableau 1

Distribution de l'échantillon d'étude et facteurs associés aux dysfonctions sexuelles chez les hommes et les femmes âgés de 18 à 89 ans, enquête Contexte des sexualités en France 2023 (CSF-2023)

	Total (%)	Dysfonctions sexuelles		Dysfonctions sexuelles source de détresse	
		Hommes (%)	Femmes (%)	Hommes (%)	Femmes (%)
		18,9	36,4	10,9	21,2
Âge (ans)					
18-29	19,1	12,6	33,2	5,0	20,7
30-39	19,3	13,1	32,1	7,0	20,3
40-49	18,2	15,6	29,8	10,0	18,4
50-59	18,8	18,1	43,0	12,2	25,5
60-69	15,8	20,9	42,2	12,6	21,5
70-79	7,8	40,2	50,0	23,7	21,6
80-89	1,0	44,3	40,5	16,0	18,1
Partenaire actuel(le)					
Oui	88	17,7	35,7	10,6	20,6
Non	12	26,5	42,3	12,7	26,9
Enfants					
Oui	71	20,7	36,0	12,6	20,8
Non	29	14,9	37,2	7,1	22,4
Éducation					
<Bac	41,7	20,7	33,0	11,7	19,3
Bac	21,2	18,8	38,9	10,3	22,2
Bac +2	23,6	16,7	37,9	10,0	21,8
>Bac +2	13,5	15,9	37,6	10,2	23,1
Assurance santé					
Sécurité sociale et mutuelle	91,9	18,3	36,3	11,1	21,2
Sécurité sociale	3,0	18,6	25,6	6,8	8,2
AME ou autre aide publique	4,3	32,3	41,9	8,7	25,6
Autre	0,8	22,0	54,1	15,9	41,8
Lieu de résidence					
Urbain	64,9	20,7	36,2	11,4	20,8
Rural	35,1	15,8	36,8	10,1	22,0
Migration					
Oui	6,7	18,9	39,6	15,4	17,7
Non	93,2	18,9	36,1	10,6	21,4
Santé perçue					
Bonne	77,1	33,9	46,6	20,4	19,7
Mauvaise	22,9	14,7	33,9	8,3	25,3
Incapacité fonctionnelle					
Oui	24,3	31,3	47,7	19,7	28,2
Non	75,8	15,5	32,1	8,5	18,6
Maladie chronique					
Oui	42,7	25,5	42,0	15,8	24,1
Non	57,3	14,4	32,0	7,8	19,0
Maladie urogénitale					
Oui	14,5	48,1	41,9	44,6	23,1
Non	85,5	18,1	34,3	10,1	20,5
Antécédents de violence sexuelle					
Non	71,9	17,6	32,2	10,6	17,9
Attouchements	8,4	31,7	42,5	17,4	25,2
Tentatives ou viols	19,7	23,6	41,9	10,4	25,8
Nombre de partenaire(s) dans les 12 mois					
1	86,0	22,4	36,0	9,4	20,8
>1	14,0	18,2	39,4	11,2	24,3

Champ : 9 118 personnes âgées de 18 à 89 ans.

Les résultats en gras sont statistiquement significatifs ($p < 0,05$).

AME : Aide médicale de l'État.

Tableau 2

Facteurs associés aux dysfonctions sexuelles chez les hommes et les femmes âgés de 18 à 89 ans, enquête Contexte des sexualités en France 2023 (CSF-2023)

	Hommes			Femmes		
	OR	[IC95%]	p	OR	[IC95%]	p
Âge						
18-29	réf.		<0,001	réf.		0,28
30-39	1,5	[0,9-2,6]		1,0	[0,7-1,4]	
40-49	1,7	[1,0-3,1]		0,9	[0,6-1,2]	
50-59	1,9	[1,1-3,2]		1,8	[1,3-2,5]	
60-69	2,2	[1,2-3,8]		1,8	[1,2-2,7]	
70-79	5,5	[2,9-10,3]		2,5	[1,4-4,5]	
80-89	7,9	[1,9-32,5]		1,5	[0,3-7,7]	
Partenaire actuel(le)						
Oui	0,4	[0,3-0,7]	<0,001	0,7	[0,5-1,0]	0,08
Non	réf.			réf.		
Éducation						
<Bac	réf.			réf.		0,004
Bac	1,2	[0,8-1,8]		1,6	[1,2-2,3]	
Bac +2	1,0	[0,7-1,5]		1,6	[1,2-2,2]	
>Bac +2	1,0	[0,7-1,4]		1,7	[1,3-2,3]	
Assurance santé						
Sécurité sociale et mutuelle	réf.		0,73	réf.		0,12
Sécurité sociale	0,9	[0,4-1,9]		0,6	[0,3-2,1]	
AME ou autre aide publique	1,5	[0,7-3,3]		1,7	[0,9-3,0]	
Autre	1,2	[0,3-4,8]		1,9	[0,4-9,7]	
Lieu de résidence						
Urbain	réf.					
Rural	0,7	[0,5-1,0]	0,05	1,0	[0,8-1,3]	0,68
Incapacité fonctionnelle						
Oui	1,8	[1,2-2,6]	0,02	1,7	[1,3-2,2]	<0,001
Non	réf.					
Maladie chronique						
Oui	1,4	[1,0-1,9]	0,09	1,2	[0,9-1,5]	0,23
Non	réf.			réf.		
Maladie urogénitale						
Oui	2,3	[1,0-2,8]		1,2	[0,9-1,5]	0,16
Non	réf.			réf.		
Antécédents de violence sexuelle						
Non	réf.		0,03	réf.		0,005
Attouchements	1,7	[1,1-2,8]		1,4	[1,0-1,9]	
Tentatives ou viols	1,5	[0,9-2,5]		1,5	[1,1-1,9]	

Champ : 9 118 personnes âgées de 18 à 89 ans.

Les résultats en gras sont statistiquement significatifs.

OR : odds ratio ; IC95% : intervalle de confiance à 95% ; p : p-value ; réf. : référence ; AME : Aide médicale de l'État.

L'analyse multivariée, résumée dans le tableau 3, confirme une augmentation significative des dysfonctions avec l'avancée en âge pour les deux sexes. De plus, chez les femmes, le niveau d'éducation devient un facteur significatif : celles ayant un diplôme universitaire en déclarent plus fréquemment. L'incapacité fonctionnelle reste fortement associée à une probabilité

accrue de dysfonctions pour les hommes comme pour les femmes. De même, les antécédents de pathologie urogénitale jouent un rôle important chez les hommes. Enfin, chez les femmes, les antécédents de violences sexuelles restent un facteur déterminant, augmentant significativement la probabilité que des dysfonctions affectent leur sexualité.

Tableau 3

Facteurs associés aux dysfonctions sexuelles chez les hommes et les femmes âgés de 18 à 89 ans, enquête Contexte des sexualités en France 2023 (CSF-2023)

	Hommes			Femmes		
	OR	[IC95%]	p	OR	[IC95%]	p
Âge (ans)						
18-29	réf.		0,006	réf.		<0,001
30-39	1,8	[0,8-3,7]		1,0	[0,7-1,5]	
40-49	2,5	[1,2-5,3]		0,9	[0,6-1,3]	
50-59	2,7	[1,4-5,3]		1,4	[1,0-2,1]	
60-69	2,3	[1,2-4,5]		1,2	[0,8-1,9]	
70-79	4,7	[2,2-10,2]		1,1	[0,6-2,3]	
80-89	3,2	[1,9-11,8]		1,0	[0,2-3,8]	
Partenaire actuel(le)						
Oui	réf.		0,03	réf.		0,10
Non	0,5	[0,3-0,9]		0,7	[0,5-1,1]	
Éducation						
<Bac	réf.		0,88	réf.		0,004
Bac	1,2	[0,7-1,9]		1,2	[0,9-1,8]	
Bac +2	1,0	[0,7-1,6]		1,3	[0,9-1,8]	
>Bac +2	1,1	[0,7-1,7]		1,4	[1,0-2,0]	
Assurance santé						
Sécurité sociale et mutuelle	réf.		0,55	réf.		0,12
Sécurité sociale	0,6	[0,2-1,6]		0,3	[0,1-0,8]	
AME ou autre aide publique	0,5	[0,1-1,9]		1,4	[0,7-2,6]	
Autre	1,5	[0,3-7,2]		2,6	[0,5-15,2]	
Lieu de résidence						
Urbain	réf.		0,37	réf.		0,68
Rural	0,8	[0,6-1,2]		1,1	[0,9-1,5]	
Incapacité fonctionnelle						
Oui	2,0	[1,2-3,2]	0,005	1,6	[1,2-2,2]	0,002
Non	réf.					
Maladie chronique						
Oui	1,5	[1,0-2,4]	0,08	1,1	[0,8-1,4]	0,63
Non	réf.			réf.		
Maladie urogénitale						
Oui	5,0	[2,1-11,6]	<0,001	1,0	[0,8-1,4]	0,77
Non	réf.			réf.		
Antécédents de violence sexuelle						
Non	réf.		0,56	réf.		0,005
Attouchements	1,4	[0,8-2,5]		1,5	[1,0-2,2]	
Tentatives ou viols	1,0	[0,5-1,9]		1,5	[1,1-2,0]	

Champ : 9 118 personnes âgées de 18 à 89 ans.

Les résultats en gras sont statistiquement significatifs.

OR : odds ratio ; IC95% : intervalle de confiance à 95% ; p : p-value ; réf. : référence ; AME : Aide médicale de l'État.

Discussion

Nos résultats confirment que les dysfonctions sexuelles sont fréquentes, touchant plus d'un tiers des femmes et près d'un cinquième des hommes. Parmi ces personnes, plus d'une sur deux rapporte un impact significatif sur sa sexualité, soit

10,9% des hommes et 21,2% des femmes répondant aux critères du DSM-5.

Comme l'ont montré des études européennes et nord-américaines, les femmes déclarent globalement davantage de troubles, en particulier liés au désir et à la sécheresse vaginale, tandis que chez les hommes,

les troubles érectiles deviennent prédominants après 60 ans^{3,16}. Ces différences de genre peuvent refléter des facteurs biologiques, mais aussi des normes sociales influençant la perception et la déclaration des troubles.

L'effet de l'âge est particulièrement marqué, avec une augmentation progressive des dysfonctions pour les deux sexes, ce qui confirme les données de la littérature sur le rôle du vieillissement et des comorbidités¹⁷. Nos analyses mettent en évidence des associations fortes avec l'incapacité fonctionnelle, les maladies chroniques et les pathologies urogénitales, rejoignant les travaux qui soulignent l'interdépendance entre santé globale et santé sexuelle¹⁸.

Enfin, les antécédents de violences sexuelles apparaissent comme un facteur majeur chez les femmes, augmentant significativement la probabilité de dysfonctions persistantes. Ce constat est cohérent avec les études sur l'impact durable des violences sur la santé sexuelle et souligne la nécessité d'intégrer le dépistage et la prise en charge des violences dans les services de santé sexuelle¹⁹.

Bien que les dysfonctions occupent une place importante dans le bien-être sexuel, pour plus d'un tiers des personnes qui en déclarent, elles n'affectent pas leur sexualité. Ces manifestations physiques sont qualifiées de troubles ou de dysfonctions parce qu'elles s'écartent d'une norme définie à des fins de classification. Toutefois, leur impact ressenti varie selon les attentes individuelles, les pratiques et la manière dont chacun se rapporte aux injonctions de performance sexuelle.

L'augmentation des dysfonctions chez les femmes les plus éduquées apparaît en tension avec les données internationales²⁰. Cela illustre la difficulté à établir des comparaisons robustes sur ce sujet, très ancré culturellement. Les facteurs qui sont liés à ces troubles se retrouvent dans plusieurs composantes de vie. Heshmatnia et coll., dans une revue publiée en 2025, les classifient en cinq types de facteurs : sociodémographie, santé reproductive, facteurs interpersonnels, psychologiques et médicaux²¹. Notre étude identifie bien ces mêmes dimensions comme composantes de la survenue des dysfonctions, mais surtout de leur impact sur la vie sexuelle des répondants.

Conclusion

Cette analyse confirme le vécu fréquent de dysfonctions sexuelles ayant des répercussions sur le bien-être. Le poids de ces dysfonctions se retrouve associé à des enjeux de la vie sexuelle qui, bien que grandissants, restent inégalement abordés en santé publique et par les praticiens : la sexualité des seniors et des personnes présentant un handicap, les répercussions intimes des violences sexuelles. Des temps de formation spécifique sur ces questions restent indispensables pour qu'elles puissent être traitées de façon éclairée et apaisée en consultation. L'approche holistique de la santé et du bien-être sexuel promue

par l'OMS trouve un écho dans l'indispensable transversalité que nécessite la prise en charge de ces troubles et de leurs conséquences. ■

Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Remerciements

Les auteurs souhaitent remercier l'ensemble des participants qui ont accepté de répondre à l'étude Contexte des sexualités en France.

Références

- [1] World Health Organization. Defining sexual health. Geneva: WHO; 2012. http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/
- [2] Wellings K, Mitchell K, Collumbien M. Sexual Health: A public health perspective. London: Open University Press; 2012. 224 p.
- [3] Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Gingell C, Moreira E, et al. Sexual problems among women and men aged 40–80 y: Prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res.* 2005;17(1):39-57.
- [4] World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems. 10th ed. Geneva: WHO; 1992.
- [5] McCabe MP, Sharlip ID, Atalla E, Balon R, Fisher AD, Laumann E, et al. Definitions of sexual dysfunctions in women and men: A consensus statement from the fourth international consultation on sexual medicine 2015. *J Sex Med.* 2016;13(2):135-43.
- [6] IsHak WW, Tobia G. DSM-5 changes in diagnostic criteria of sexual dysfunctions. *Reprod Sys Sexual Disorders.* 2013;2(2).
- [7] Hendrickx L, Gijls L, Enzlin P. Distress, sexual dysfunctions, and DSM: Dialogue at cross purposes? *J Sex Med.* 2013;10(3): 630-41
- [8] Masters WH, Johnson VE. Human sexual response. Boston: Little, Brown and company; 1966.
- [9] Kaplan HS. The new sex therapy. New York: Brunner/Mazel, 1974.
- [10] 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.
- [11] Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The international index of erectile function (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology.* 1997;49(6):822-30.
- [12] Hendrickx L, Gijls L, Enzlin P. Prevalence rates of sexual difficulties and associated distress in heterosexual men and women: Results from an Internet survey in Flanders. *J Sex Res.* 2014;51(1);1-12.
- [13] Ramírez-Santos J, Cristóbal-Cañadas D, Parron-Carreño T, Lozano-Paniagua D, Nieves-Soriano BJ. The problem of calculating the prevalence of sexual dysfunction: A meta-analysis attending gender. *Sex Med Rev.* 2024;12(2):116-26.
- [14] Bajos N, Bozon M. Enquête sur la sexualité en France. Paris: Ined; 2008. 603 p.
- [15] Moreau C, Kågesten AE, Blum RW. Sexual dysfunction among youth: An overlooked sexual health concern. *BMC Public Health* 2016;16(1):1170.
- [16] Mitchell KR, Mercer CH, Ploubidis GB, Jones KG, Datta, J, Wellings K. Sexual function in Britain: Findings from

the third national survey of sexual attitudes and lifestyles (Natsal-3). *Lancet*. 2013;382(9907):1817-29.

[17] Corona G, Lee DM, Forti G, O'Connor DB, Maggi M, O'Neil TW, *et al.* Age-related changes in general and sexual health in middle-aged and older men: Results from the European Male Ageing Study (EMAS). *J Sex Med*. 2010;7(4 Pt 1):1362-80.

[18] World Health Organization. Measuring sexual health: Conceptual and practical considerations and related indicators. Geneva: WHO; 2010. 15 p. <https://iris.who.int/handle/10665/70434>

[19] van Berlo W, Ensink B. Problems with sexuality after sexual assault. *Annu Rev Sex Res*. 2000;11:235-57.

[20] Alidost F, Pakzad R, Dolatian M, Abdi F. Sexual dysfunction among women of reproductive age: A systematic review and meta-analysis. *Int J Reprod Biomed*. 2021;19(5):421-32.

[21] Heshmatnia F, Azizi M, Milani H, Nikbakht R, Kheiri M, Tolomehr H, *et al.* Prevalence and correlates of female sexual

dysfunction and sexual distress in reproductive-aged women: A systematic review and meta-analysis. *BMC Womens Health*. 2025;25(451).

Citer cet article

Rahib D, Moreau C. Dysfonctions sexuelles chez les personnes sexuellement actives en France et impact sur la satisfaction sexuelle : prévalences et facteurs associés. *Bull Epidemiol Hebd*. 2026;(12-13):257-65. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2026/12-13/2026_12-13_2.html

Cet article est sous licence internationale *Creative Commons Attribution 4.0* qui autorise sans restrictions l'utilisation, la diffusion, et la reproduction sur quelque support que ce soit, sous réserve de citation correcte de la publication originale.

