EVALUATION DE LA QUALITE DE VIE DES HOMMES SOUFFRANT DE TROUBLES SEXUELS DANS TROIS HOPITAUX DE LA VILLE DE DOUALA : UNE ETUDE OBSERVATIONNELLE

ADULT NEPHRECTOMIES: INDICATIONS AND RESULTS AT TEVALUATION OF THE QUALITY OF LIFE OF MEN SUFFERING FROM SEXUAL DISORDERS IN THREE HOSPITALS IN THE CITY OF DOUALA: AN OBSERVATIONAL STUDY

A.S NWAHA MAKON [1,4]; G.F EPOUPA NGALLE [1,5]; A.S KOUOH NGANDO OHO [1]; P. NANGUE TADADJEU [3]; A.Q ESSOMBA [5]; N.E ESSOMBA [4]; E.H MOBY MPAH [2]; F. ANGWAFO III [1]

1. Faculté de médecine et des sciences Biomédicales, Université de Yaoundé, Cameroun
2. Faculté de médecine et des sciences pharmaceutiques, Université de Douala, Cameroun
3. Faculté de médecine de l'université de Liège, Santé Publique, Belgique
4. Hôpital Général de Yaoundé
5. Hôpital Général de Douala

Auteur Correspondant : NWAHA MAKON Axel Stephane ; Chirurgien Urologue ; Faculté de médecine et des sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I, Cameroun ; Numéro ORCID : 0000-0002-1392-8938 ; +237 676023018 ; nwahamakon@gmail.com

Résumé :

Introduction : Les troubles sexuels chez l'homme désignent un véritable problème mondial de santé publique qui affecte la qualité de vie des patients atteints. L'étude avait pour objectif d'évaluer l'impact des troubles sexuels sur la qualité de vie des hommes de la ville de Douala.
Matériel et méthodes : une étude transversale descriptive et analytique a été réalisée dans la population générale entre janvier et Mai 2022. Un échantillonnage exhaustif et consécutif incluant 286 patients a été réalisé. La qualité de vie était évaluée à travers le questionnaire medical outcomes study short form 36 (MOS SF-36). L'association entre la qualité de vie et les troubles sexuels a été déterminée par la régression logistique du SPSS 2. L'Odds ratio ajusté avec intervalle de confiance à 95% a été calculé.
Résultats : la prévalence des troubles sexuels était de 21, 74% ; La régression logistique a montré que le statut divorcé (ORa : 4,77 ; IC95 : 1,02 – 22,21 ; p=0,047), les antécédents d'HTA (ORa : 2,71 ; IC95 : 1,19 – 6,15 ; p= 0,017), antécédents de tabagisme (ORa : 0,57 ; 0,35 – 0,94 ; p= 0,028) et le trouble de la libido (ORa : 2,92 ; IC95 : 1,43 – 5,96 ; p=0,003) étaient statistiquement associés à une mauvaise qualité de vie.
Conclusion : la qualité de vie des hommes souffrant de troubles sexuels était influencée par plusieurs facteurs (statut marital, HTA, tabagisme, trouble de la libido). Le concept qualité de vie est un élément primordial et utile pour le choix des décisions thérapeutiques, le bien-être et pour la réhabilitation des patients atteints de troubles sexuels. La prise en compte de certains facteurs cliniques et sociodémographiques dans le suivi des patients pour troubles sexuels peut permettre d'améliorer leurs qualités de vie.

Mots clés : troubles sexuels, qualité de vie, Douala-Cameroun.

Summary:

Introduction*: Sexual disorders in men are a truly global public health problem that affects the quality of life of patients with sexual disorders. The objective of the study was to assess the impact of sexual disorders on the quality of life of men in the city of Douala.*
Material and methods: *a descriptive and analytical cross-sectional study was carried out in the general population between January and May 2022. An exhaustive and consecutive sample including 286 patients was carried out. Quality of life was assessed using the medical outcomes study short form 36 (MOS SF-36) questionnaire. The association between quality of life and sexual disorders was determined by logistic regression of SPSS 2. The adjusted odds ratio with 95% confidence interval was calculated.*
Results*: the prevalence of sexual disorders was 21.74%; Logistic regression showed that divorced status (ORa: 4.77; 95% CI: 1.02 – 22.21; p=0.047), history of hypertension (ORa: 2.71; 95% CI: 1.19 – 6.15; p= 0.017), history of tabagism (ORa : 0,57 ; 0,35 – 0,94 ; p= 0,028) and libido disorder (ORa: 2.92; 95% CI: 1.43 – 5.96; p=0.003) were statistically associated with poor quality of life.*
Conclusion*: the quality of life of men with sexual disorders was influenced by several factors (marital status, HTA, tabagism and sexual disorder). The concept of quality of life is an essential and useful element for the choice of therapeutic decisions, the well-being and for the rehabilitation of patients with sexual disorders. Taking into account certain clinical and sociodemographic factors in the follow-up of patients with sexual disorders can improve their quality of life.*

Key words: *sexual disorders, quality of life, Douala-Cameroon*

INTRODUCTION

L'évaluation de la qualité de vie (QdV) a émergé comme un concept central en médecine moderne, en particulier à travers la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1993, qui la décrit comme la perception d'un individu de sa place dans la vie, influencée par sa santé physique, son état psychologique, ses relations sociales, et son environnement (1). Cette approche s'avère particulièrement pertinente lorsqu'on considère les troubles sexuels (TS), qui sont des pathologies courantes, affectant entre 20% et 30% des hommes adultes (2). Ces troubles, tels que la dysfonction érectile (DE) et l'éjaculation précoce (EP), sont des facteurs majeurs de dégradation de la QdV (3). En effet, l'impact des TS sur la santé physique et psychologique des individus influence directement leur bien-être général, comme l'ont montré plusieurs études à travers le monde (4). Dans des contextes comme celui du Cameroun, ces troubles restent souvent méconnus et sous-évalués en raison de tabous sociaux (5) ; malgré leur prévalence significative et leurs conséquences sur la santé publique (6).

En Afrique du Sud, on estime que les problèmes sexuels touchent 20% à 30% des hommes (4). Au Nigeria, on a retrouvé une prévalence de EP estimée à 41,7% sur une étude de 400 hommes en 2009 (7). Quant au Tchad, une étude faite pendant 5 ans sur 514 patients avec un âge moyen de 40,2 ans a montré que la DE était présente chez 98% des hommes soit 490 (8). Au Cameroun, on estime que 10 à 30% des hommes souffrent de DE avec un âge moyen de 42.93 ans (5). Cela étant, il convient de noter que mener des investigations sur les TS dans une population est difficile étant donné la sensibilité du sujet (9) ; les croyances et les tabous sociétaux freinent le dialogue entre les patients et le clinicien (10). Les facteurs impliqués dans la survenue des TS sont : l'âge, le diabète, les pathologies chroniques, les affections urogénitales et psychiatriques (6). Le tabac, les facteurs hormonaux et certains médicaments sont également impliqués dans la survenue de ces affections. Raison doivent être considérés comme un important impératif de santé publique, notamment en termes de santé reproductive et du danger qu'ils font courir en raison de la dégradation de la qualité de vie (11).

Ainsi, il est essentiel de mieux comprendre le lien entre TS et QdV pour améliorer la prise en charge de ces pathologies et promouvoir une meilleure qualité de vie pour les hommes concernés. Cette étude s'inscrit dans cette démarche, en explorant l'impact des TS sur la QdV des hommes et en contribuant à une meilleure compréhension de ces enjeux dans les structures hospitalières locales.

MATERIEL ET METHODES

Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale à visée descriptive et analytique, qui s'est réalisée dans la ville de Douala entre janvier et mai 2022.

Cadre d'étude

Cette étude multicentrique s'est déroulée dans trois formations sanitaires de la ville de Douala : Hôpital Général de Douala (HGD), Hôpital laquintinie de Douala (HLD) et l'Hôpital catholique notre dame de l'amour de Logpom (HCNDA) ; le choix de ces formations sanitaires a été opéré par convenance. Nous recherchions des formations sanitaires d'accès faciles et où l'on pouvait retrouver un maximum de patients.

Type d'échantillonnage

L'échantillonnage réalisé était non aléatoire, de type exhaustif et consécutif. Ont été inclus dans cette étude tous les hommes suivis dans les structures sanitaires suivantes : HGD, HLD et HCNDA, pendant la durée de notre étude, acceptant librement de participer à l'étude et chez qui un consentement éclairé signé a été obtenu.

Critères d'inclusion :

- Tout participant de sexe masculin ayant plus 18 ans.
- Tout participant ayant une activité sexuelle datant d'au moins les 6 mois précédant l'enquête reçus en consultations externes d'urologie souffrant de troubles sexuels.

Critères de non-inclusion :

- Tous les patients diagnostiqués pour TS refusant de participer à l'étude.

Collecte des données :

Elle s'est faite à l'aide deux questionnaires pré- établis sous forme d'interview.

La collecte des données s'est déroulée en deux parties :

- 1ère partie : il s'agissait de la fiche technique pour des données sociodémographiques (âge, situation, professionnelle, statut marital, niveau d'instruction…), les antécédents médicaux, chirurgicaux et le mode de vie, le diagnostic et le traitement.
- 2ème partie : utilisation du questionnaire SF-36(12). La SF-36, ou MOS SF-36, est une échelle multidimensionnelle, générique, c'est-à-dire qui évalue l'état de santé indépendamment de la pathologie causale, du sexe, de l'âge, et du traitement. Cette échelle peut être administrée en auto ou hétéro-questionnaire, et ne requiert que

5 à 10 minutes.
Nous avons choisi la version normale du questionnaire SF-36 pour notre étude, étant donné que nous demandions prioritairement des réponses effectuées par le patient lui- même.

Analyse statistique
Les données recueillies ont été enregistrées dans un masque de saisie préalablement conçu dans le logiciel Excel 2016. Ensuite, les données saisies et épurées ont été exportées vers le logiciel SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) version 20 pour l'analyse. Les variables quantitatives étaient présentées en moyenne et écart type car suivaient tous une distribution normale, tandis que les variables qualitatives étaient présentées en effectif et pourcentage.
La comparaison des différentes catégories des variables sociodémographiques (qualitatives) selon le type de qualité de vie a été réalisée par le test de MC Nemar. De même que la comparaison des antécédents selon le type de qualité de vie.
L'association entre la qualité de vie et les troubles sexuels a été déterminée grâce au test de régression logistique binaire.
Les degrés d'association ont été exprimés avec l'odds ratios accompagnés de leur intervalle de confiance à 95%. Les différences ont été considérées significative pour un p<= 0,005.

Considérations éthiques
Les recommandations de la déclaration d'Helsinki de 2013 ont été scrupuleusement respectées à travers la conception d'un protocole de recherche, la soumission de ce dernier au comité d'éthique institutionnel qui a approuvé l'étude par la délivrance d'une autorisation portant l'approbation N° 3164 CEI-Udo/07/2022/T et le respect de la confidentialité des informations personnelles concernant les personnes impliquées dans la recherche.

RESULTATS

Le tableau I nous dévoile que Le risque de mauvaise qualité de vie était significatif chez les divorcés par rapport aux célibataires avec un odd ratio de 4,77 (1,02 -22,21) ; p= 0,047. En d'autres termes les patients avec troubles sexuels divorcés par rapport aux célibataires avaient un risque multiplié par 5 d'avoir une mauvaise qualité de vie (Tableau I).

Tableau I: Caractéristiques sociodémographiques et domaine mental du score SF-36

		Bonne QdV		Mauvaise QdV N=286					
		Eff	%	Eff	%	OR	95%inf	95%sup	P
Age (ans)	< 30	19	36,5	33	63,5				0,922
	30 – 39	33	38,8	52	61,2	0,91	0,44	1,85	0,789
	40 – 49	27	42,2	37	57,8	0,79	0,37	1,67	0,536
	50 – 59	12	34,3	23	65,7	1,10	0,45	2,71	0,830
	≥ 60	21	42,0	29	58,0	0,80	0,36	1,76	0,572
statut marital	Célibataire	44	42,3	60	57,7				0,047
	Monogame	55	39,6	84	60,4	1,12	0,67	1,88	0,667
	polygame	10	58,8	7	41,2	0,51	0,18	1,45	0,209
	Divorcé	2	13,3	13	86,7	4,77	1,02	22,21	0,047
	Veuf	1	9,1	10	90,9	7,33	0,91	59,41	0,062
Profession	Chômeur	22	45,8	26	54,2				0,396
	Actif	16	44,4	20	55,6	1,06	0,44	2,52	0,899
	Retraité	74	36,6	128	63,4	1,46	0,77	2,76	0,240
Domicile	Rural	8	38,1	13	61,9				
	Urbain	104	39,2	161	60,8	0,95	0,38	2,38	0,917
Scolarisation	Scolarisé	8	50,0	8	50,0				
	Non scolarisé	104	38,5	166	61,5	1,60	0,58	4,38	0,364

Il ressort de cette étude que la prévalence des troubles sexuels dans la population en générale était de 21,74%.
L'âge moyen était de 43,65 ± 13.74 ans ; les extrêmes allant de 19 à 72 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle allant de 30 à 39 ans. Près de la moitié (n=139) des patients étaient monogames, soit 48,61 % de l'effectif total. Plus de la moitié des patients (n=155) ont réalisé des études universitaires soit 49,59% des patients. Plus de la moitié des patients (n=198) sont des hommes actifs soit 69,23% des patients. Plusieurs facteurs de risques ont été relevés dans cette étude, notamment l'alcool avec un pourcentage de 75,52% (n=216).
Sur les 286 cas colligés, plus de la moitié de la population soit 60,34% (n=174) souffraient de troubles de l'érection (figure I).

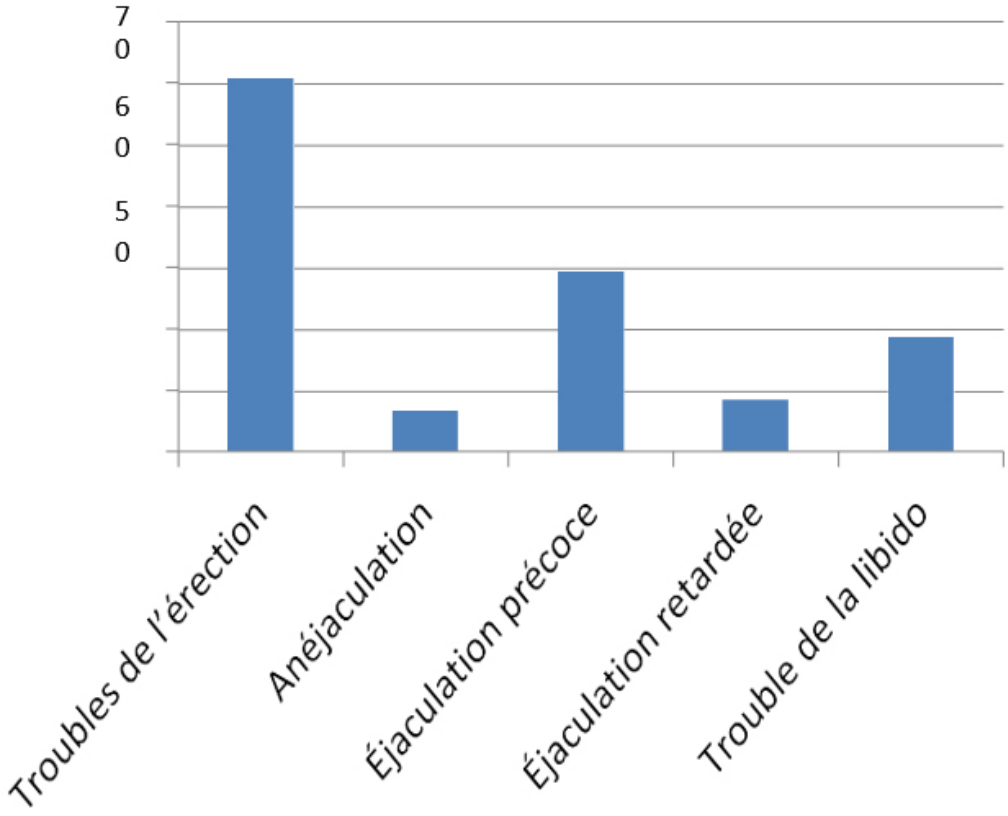

Figure 1 : Répartition en fonction des types de troubles sexuels

L'origine psychogène des troubles était la plus évoquée chez les patients avec 49,65% soit (n=142). La modalité thérapeutique la plus retrouvée était le traitement pharmacologique avec 42,38% (n=121).
Sur le plan physique des hommes avaient une bonne qualité de vie à une proportion de 97,2%.
Sur le plan mental, la minorité de la population avait une bonne qualité de vie soit une proportion de 39,2%.

Le tableau II révèle que l'HTA et le tabagisme étaient significativement associés à une mauvaise qualité de vie chez les patients souffrant de troubles sexuels.
Les patients hypertendus et tabagiques avaient une mauvaise qualité de vie par rapport aux non-hypertendus et non tabagiques et ceux de manière de significative avec un odd ratio et intervalle de confiance respectivement de 2,71 (1,19-6,15) et 0,57(0,35 – 0,94) par rapport aux patients non hypertendus et non tabagiques. En d'autres termes être hypertendus multiplie 3 fois le risque d'avoir une mauvaise qualité de vie et également être tabagique augmente de 35% le risque d'avoir une mauvaise qualité de vie

Tableau II : Antécédents et domaine mental du score SF-36

		Bonne QdV		Mauvaise QdV N=286					
		Eff	%	Eff	%	OR	95%in f	95%sup	P
Diabète	Non	98	39,4	151	60,6				
	Oui	14	37,8	23	62,2	1,07	0,52	2,17	0,860
HTA	Non	104	41,9	144	58,1				
	Oui	8	21,1	30	78,9	2,71	1,19	6,15	0,017
Dyslipidémies	Non	105	39,5	161	60,5				
	Oui	7	35,0	13	65,0	1,21	0,47	3,14	0,693
Tabac	Non	65	34,6	123	65,4				
	Oui	7	48,0	51	52,0	0,57	0,35	0,94	0,028
Alcool	Non	28	40,0	42	60,0				
	Oui	84	38,9	132	61,1	1,05	0,60	1,82	0,869
Total									286

Le tableau III montre que La présence de troubles de la libido est significativement associée à une mauvaise qualité de vie chez les patients souffrant de troubles sexuels en d'autres termes avoir un trouble de la libido multiplie par trois le risque de mauvaise qualité de vie un (OR :2,92 ; IC :1,43-5,96 ; p=0,003) (tableau III).

Tableau III : Types de troubles et domaine mental du score SF-36

		Bonne QdV		Mauvaise QdV N=286					
		Eff	%	Eff	%	OR	95%inf	95%sup	P
Trouble éjaculatoire	Non	60	37,5	100	62,5				
	Oui	52	41,3	74	58,7	0,85	0,53	1,38	0,517
Types troubles	Aucun	60	37,5	100	62,5				0,322
	anéjaculation	5	26,3	14	73,7	1,68	0,58	4,90	0,342
	Ejaculation retardée	8	34,8	15	65,2	1,13	0,45	2,81	0,801
	Ejejaculation. Précoce	39	46,4	45	53,6	0,69	0,41	1,18	0,178
Trouble de l'érection	Non	50	44,6	62	55,4				
	Oui	62	35,6	112	64,4	1,46	0,90	2,37	0,128
Trouble de la libido	Non	101	43,3	132	56,7				
	Oui	11	20,8	42	79,2	2,92	1,43	5,96	0,003
Total									286

DISCUSSION

Prévalence hospitalière

Notre étude a rapporté une prévalence hospitalière totale des troubles sexuels de 21,74%. Ces résultats différents de ceux d'AMIDU et al au Niger qui ont eu une prévalence était de 66% (13) Cette différence pourrait s'expliquer par la taille de l'échantillon qui était un peu plus grande que celle de notre étude (1730 cas versus 286).

Caractéristiques sociodémographiques

L'âge moyen des patients était de 43,65 ± 13.74 ans. Cette valeur était proche de ceux retrouvée par Angwafo et al au Cameroun en 2000 (10). Ce résultat est différent de celui rapporté dans des études occidentales menées par Giovani et al en Italie en 2013 qui ont retrouvé un âge moyen de 53.2 ± 12.5 ans (14). Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que l'activité sexuelle masculine soit plus optimale à l'âge moyen de notre étude, également le mode de vie.

Les mariés (monogames et polygames) ont représenté 54,45% Ce résultat est compatible avec celui de NWAHA au Mali en 2007 qui avait trouvé 69% de mariés dans sa série (15). Les troubles sexuels sont plus représentés chez les mariés car la sexualité est considérée comme étant un devoir conjugal, donc s'il y'a le moindre dysfonctionnement il y'aura un impact plus important dans le couple.

Données Cliniques

Les facteurs de risque retrouvés étaient la consommation d'alcool (75,52%) et du tabac (34,27%), antécédents d'hypertension artérielle et de diabète avec respectivement 13,29% et 12,94%. Par ailleurs, tous nos patients n'avaient pas d'antécédents contributifs. Ces résultats sont comparables à ceux de Lewis et Al aux Etats Unis en 2004 qui ont retrouvé comme facteurs de risques : l'hypertension artérielle, les facteurs liés au mode tels que la cigarette et l'alcool (16). Ce qui se rapproche des résultats de Baka au Maroc en 2012 qui a mis en évidence des fréquences élevées de dysfonction érectile chez des patients diabétiques, hypertendus, tabagiques et alcooliques(17).

En revanche, Beutel et al en Allemagne en 2006 ont retrouvé dans leur étude que les facteurs de risque des troubles sexuels les plus retrouvés étaient l'existence des troubles urinaires et les anomalies prostatiques(18). Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les troubles sexuels sont des pathologies à étiologie multifactorielle ; et aussi dans notre contexte, le manque de moyens financiers favorise les consultations pour les maladies qui causent le plus de craintes, au détriment d'autres pathologies considérées comme « pas graves ».

Dans notre étude, les troubles de l'érection étaient représentés à 60,84%, troubles de l'éjaculation 44,48 % et les troubles de la libido 18,60%. Ces résultats étaient différents de ceux de Angwafo et al au Cameroun en 2000 qui rapportaient 90,36% de troubles d'érection, troubles de l'éjaculation 18,07% et pas de libido. Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'en général, la dysfonction érectile est particulièrement redoutée par les hommes et constitue donc le motif de consultation prédominant chez les patients souffrant de troubles sexuels(5). Les causes les plus trouvées étaient d'origine psychogène avec 49,65%. Ceci est comparable aux résultats trouvés par Nwaha au Mali en 2007 avec respectivement 64,30%(15).

Données thérapeutiques

Le traitement pharmacologique était le plus utilisé avec 42,38%. Ce qui se rapproche des résultats des études de Traore au Mali en 2018 et Nwaha au Mali en 2017 qui étaient respectivement de 45% et 42,85%(15). Toutefois, le traitement à base de phytothérapie était tout aussi usité avec un pourcentage de 35,38%. Ceci pourrait s'expliquer par la différence de cout car les produits à base de phytothérapie.

Mesure de la qualité de vie

Des hommes souffrant de troubles sexuels avec une bonne qualité de vie sur le plan physique et sur le plan mental. Owideru et al ont utilisé le « Golombosk rust inventory of sexual satisfaction questionnaire » administré spécifiquement aux troubles sexuels pour évaluer la qualité de vie de 235 sujets atteints de troubles sexuels (hommes comme femmes) ont montré qu'un mauvais fonctionnement sexuel est un facteur de risque de mauvaise qualité. En général, les hommes de cette étude avaient une qualité de vie sexuelle significativement inferieure à celles des femmes(19). Ce qui est comparable à notre étude, plus de la moitié des hommes souffrant de troubles sexuels avaient une mauvaise qualité de vie sur le domaine mental.

Les hypertendus avaient une mauvaise qualité de vie (78,9%) avec un risque de mauvaise qualité de vie significativement élevé (p=0,017). L'hypertension artérielle est un facteur de risque de la survenue des troubles sexuels. Associé à cela, le traitement de l'hypertension peut également avoir un impact sur la sexualité. Certains patients rapportaient être déprimés car ne pouvant pas choisir d'arrêter le traitement antihypertenseur de peur de mourir de leur pathologie en acceptant de vivre avec leurs troubles sexuels qui pourraient être tout simplement des conséquences dues au traitement. C'est dans ce sens que Guiliano et al ont démontré l'iatrogénie médicamenteuse en médecine sexuelle en démontrant que certains groupes d'antihypertenseurs, consommés quotidiennement peuvent altérer la santé sexuelle des hommes(20).

Le trouble de la libido était le trouble sexuel qui influençait la qualité de vie avec un risque de mauvaise qualité de vie triplé significativement. En gros, l'altération de la libido est l'altération de la fonction sexuelle chez l'homme. Goetz dans son étude en 2006 en France, a montré que les troubles de la libido étaient les plus redoutés chez les hommes car la libido était considérée comme étant le moteur de la sexualité chez l'homme(21).

LIMITE DE L'ETUDE

Notre étude visait à évaluer la qualité de vie des hommes souffrant de troubles sexuels, mais plusieurs difficultés ont été rencontrées, notamment la réticence de certains patients à décrire leurs problèmes sexuels. En effet, l'expression « troubles sexuels » demeure un tabou dans notre société, ce qui conduit certains hommes à consulter d'abord des tradipraticiens ou d'autres spécialistes avant de se tourner vers un urologue. De plus, une limite de cette étude réside dans le biais de sélection, car les participants étaient des patients, et non la population générale. Ainsi, une enquête menée directement auprès de la population générale aurait permis d'obtenir des résultats plus représentatifs.

POINTS FORTS DE L'ETUDE

La sexualité a été longuement considérée comme étant tabou dans notre société. Notre étude a mis en évidence l'importance et l'impact qu'ont la sexualité et ses troubles dans la vie de l'homme. Au Came-

roun, c'est la première étude faite sur l'évaluation de la qualité de vie des hommes ayant une altération de la sexualité.

CONCLUSION

Les troubles sexuels sont un ensemble qui constitue un véritable problème de santé au Cameroun tant sur le plan socio-culturel, psychologique que sur le plan du bien etre des hommes. La qualité de vie des patients dévient un enjeu majeur dans le domaine de la santé. Au terme de cette étude, il ressort que certains paramètres tels que le statut matrimonial, les antécédents et le type de troubles sexuels influencent de manière significative la qualité de vie des hommes souffrant de troubles sexuels.

REFERNCES

1. WHOQOL - Measuring Quality of Life| The World Health Organization [Internet]. [cité 22 mars 2025]. Disponible sur: https://www.who.int/tools/whoqol
2. Masson E. EM-Consulte. [cité 23 mars 2025]. Dysfonction érectile. Disponible sur: https://www.em-consulte.com/article/792218/dysfonction-erectile
3. Hatzimouratidis K, Amar E, Eardley I, Giuliano F, Hatzichristou D, Montorsi F, et al. Guidelines on Male Sexual Dysfunction: Erectile Dysfunction and Premature Ejaculation. Eur Urol. mai 2010;57(5):804 14 - Recherche Google [Internet]. [cité 23 mars 2025].
4. Campbell MM, Stein DJ. Sexual dysfunction: A systematic review of South African research. South Afr Med J Suid-Afr Tydskr Vir Geneeskd. juin 2014;104(6):440-4.
5. Profil des patients ayant une dysfonction sexuelle masculine à l'hopital général de Yaounde | Basic and Clinical Andrology | Full Text [Internet]. [cité 23 mars 2025]. Disponible sur: https://bacandrology.biomedcentral.com/articles/10.1007/BF03034374
6. Gao L, Zhao Z, Guo F, Liu Y, Guo J, Zhao Y, et al. Association of endothelial nitric oxide synthase polymorphisms with an increased risk of erectile dysfunction. Asian J Androl. 2017;19(3):330-7.
7. Idung AU, Abasiubong F, Udoh SB, Akinbami OS. Quality of life in patients with erectile dysfunction in the Niger Delta region, Nigeria. J Ment Health Abingdon Engl. juin 2012;21(3):236-43.
8. ResearchGate [Internet]. [cité 23 mars 2025]. (PDF) PROFILE DU PATIENT SOUFFRANT DE DYSFONCTION ERECTILE PROFILE OF PATIENT PRESENTING WITH ERECTILE DYSFUNCTION.
9. Moreau C, Kågesten AE, Blum RW. Sexual dysfunction among youth: an overlooked sexual health concern. BMC Public Health. 18 nov 2016;16(1):1170.
10.Laumann EO, Glasser DB, Neves RCS, Moreira ED, GSSAB Investigators' Group. A population-based survey of sexual activity, sexual problems and associated help-seeking behavior patterns in mature adults in the United States of America. Int J Impot Res. 2009;21(3):171-8.
11.Goldstein I, Goren A, Li VW, Tang WY, Hassan TA. Epidemiology Update of Erectile Dysfunction in Eight Countries with High Burden. Sex Med Rev. janv 2020;8(1):48-58.
12.SF-36-francais.pdf [Internet]. [cité 23 mars 2025]. Disponible sur: https://cliniquespinecor.ca/pdf/SF-36-francais.pdf
13.Idung AU, Abasiubong F, Udoh SB, Akinbami OS. Quality of life in patients with erectile dysfunction in the Niger Delta region, Nigeria. J Ment Health Abingdon Engl. juin 2012;21(3):236 43. - Recherche Google [Internet]. [cité 23 mars 2025].
14.Corona G, Rastrelli G, Ricca V, Jannini EA, Vignozzi L, Monami M, et al. Risk factors associated with primary and secondary reduced libido in male patients with sexual dysfunction. J Sex Med. avr 2013;10(4):1074-89.
15.Etude prospective de la dysfonction érectile dans le Service d'Urologie (C.H.U Gabriel Touré [Internet]. [cité 23 mars 2025]. Disponible sur: https://library.adhl.africa/handle/123456789/9051
16.Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Bosch R, Fugl-Meyer AR, Laumann EO, Lizza E, et al. Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. J Sex Med. juill 2004;1(1):35-9.
17.Prévalence de la dysfonction erectile en urologie. ResearchGate [Internet]. 10 déc 2024 [cité 23 mars 2025]; Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/318820593_Prevalence_de_la_dysfonction_erectile_en_urologie
18.Beutel ME, Weidner W, Brähler E. Epidemiology of sexual dysfunction in the male population. Andrologia. août 2006;38(4):115-21.
19.Owiredu WKBA, Owusu AO, Amidu N, Quaye L, Gyasi-Sarpong CK, Dapare PPM, et al. Sexual dysfunction and sexual quality of life among the physically challenged in the Kumasi metropolis, Ghana. Health Qual Life Outcomes. 22 janv 2015 ;13(1):3. - Recherche Google [Internet]. [cité 23 mars 2025].
20.Giuliano F, Droupy S. L'iatrogénie médicamenteuse en médecine sexuelle. Prog En Urol. juill 2013;23(9):804-10.
21.Goetz P. Traitement des troubles de la libido masculine. Phytothérapie. 1 avr 2006 ;4(1):9-14.