

Aspects cliniques des troubles de la sexualité chez les femmes majeures au centre hospitalier universitaire de Bogodogo

Clinical aspects of sexual disorders in adult women at bogodogo university hospital

Sawadogo YA^{1,2*}, Kiemtoré S^{2,3}, Ouattara A^{1,2}, Zerbo I¹, Ouédraogo I⁴, Ouedraogo E¹, Kain DP^{2,5} Ouedraogo CMR^{1,2}

1 Service de Gynécologie Obstétrique du CHU de Bogodogo, Ouagadougou, Burkina Faso

2 Unité de Formation et de Recherche en Science de la Santé, Université Joseph Ki-Zerbo, Burkina Faso

3 Département de Gynécologie Obstétrique du CHU Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou, Burkina Faso

4 Service de Gynécologie Obstétrique du CHU Régional de Ouahigouya, Burkina Faso

5 Service de Gynécologie Obstétrique du CHU de Tengandogo, Ouagadougou, Burkina Faso

***Correspondances** : Sawadogo Yobi Alexis, CHU de Bogodogo, Ouagadougou, Burkina Faso, 06 BP 10631 Ouagadougou 06 Burkina Faso. Tél : +226 70251858 ; Email : sawalexis@yahoo.fr

RESUME

Introduction Les troubles sexuels sont un groupe de troubles associés au désir, à l'excitation, à l'orgasme et aux relations sexuelles douloureuses. Ces troubles surviennent chez 22 à 43 % des femmes en générale selon certains auteurs. L'objectif était d'étudier les aspects cliniques des troubles de la sexualité chez les femmes adultes dans le service de gynécologie obstétrique et médecine de la reproduction du centre hospitalier universitaire Bogodogo, Burkina Faso.

Matériel et méthodes : Il s'est agi d'une étude transversale descriptive et analytique sur trois mois du 15 janvier au 15 avril 2023, impliquant 489 femmes adultes répondant aux critères d'inclusion. Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire écrit administré aux participantes consentantes dans le service.

Résultats : L'étude a porté sur 489 femmes, principalement de la tranche d'âge de 25 à 34 ans (42,54%), résidant à Ouagadougou (87,93%), mariées (71,17%) et ayant un niveau d'étude secondaire (47,65%). La prévalence globale des troubles de la sexualité était de 67,08%. La dyspareunie était la plus courante (88,75%) suivie de la baisse de la libido (41,31%). En analyse bivariable, les antécédents d'excision, le fait d'avoir des enfants, la survenue de la ménopause et l'éjaculation précoce du partenaire étaient associées aux troubles de la sexualité.

Conclusion : la prévalence des troubles sexuels chez les femmes adultes est élevée. L'amélioration de la santé de la femme nécessite leur diagnostic systématique en vue d'une prise en charge adéquate.

Mots-clés : Troubles, sexualité, femmes, gynécologie, Bogodogo

SUMMARY

Introduction: Sexual disorders are a group of disorders related to desire, arousal, orgasm and painful intercourse. According to some authors, these disorders occur in 22% to 43% of women in general. The aim was to study the clinical aspects of sexual disorders in adult women in the Obstetrics and Reproductive Medicine Department of the University Hospital of Bogodogo, Burkina Faso.

Materials and methods: This was a three-month descriptive and analytical cross-sectional study from 15 January to 15 April 2023, involving 489 adult women who met the inclusion criteria. Data were collected using a written questionnaire administered to consenting participants on the ward.

Results: The study included 489 women, mainly aged 25-34 years (42.54%), living in Ouagadougou (87.93%), married (71.17%) and with secondary education (47.65%). The overall prevalence of sexual dysfunction was 67.08%. Dyspareunia was the most common (88.75%), followed by decreased libido (41.31%). In bivariate analysis, history of female circumcision, parity, onset of menopause and partner's premature ejaculation were associated with sexual problems.

Conclusions: The prevalence of sexual problems in adult women is high. They need to be systematically diagnosed and appropriately treated if women's health is to be improved.

Key words: Disorders, sexuality, women, gynaecology, Bogodogo

INTRODUCTION

L'OMS définit la santé sexuelle comme l'intégration des aspects somatiques, émotionnels, intellectuels et sociaux de l'être humain sexué, de façon à parvenir à un enrichissement et un épanouissement de la personnalité, de la communication et de l'amour. La dysfonction sexuelle est un groupe de troubles associés au désir, à l'excitation, à l'orgasme et aux relations sexuelles douloureuses. La sexualité féminine est considérée comme une entité complexe résultante d'une véritable alchimie anatomo-physio-psycho-endocrinienne. Comme chez les hommes, les troubles de la sexualité féminine peuvent révéler des problèmes de santé, interférer avec la vie de couple, et amener les femmes qui en souffrent à une profonde détresse. Il existe très peu d'études sur l'incidence des dysfonctions sexuelles, en particulier chez les femmes. Les enquêtes épidémiologiques sur les femmes atteintes de dysfonction sexuelle dans une population communautaire bien conçue et échantillonnée au hasard sont limitées. Les informations disponibles montrent que la dysfonction sexuelle féminine est courante et survient chez 22 à 43 % des femmes en générale et chez 30 à 50 % des femmes américaines. En Afrique, la discussion sur la sexualité est perçue comme un sujet tabou, ce qui explique le manque d'études dans ce domaine. Une étude transversale menée au Nigeria pour déterminer la prévalence des troubles sexuels et leurs corrélations chez les femmes en âge de procréer a révélé une prévalence de 63 %.

Au Burkina Faso, une étude réalisée dans la ville de Ouagadougou en 2016 sur un échantillon de 633 femmes, 84,5 % ont déclaré avoir eu au moins une dysfonction sexuelle au cours de leur vie.

Au regard de ce qui précède, s'intéresser à la problématique des troubles de la sexualité chez les femmes nous a semblé nécessaire. Nous nous sommes intéressés aux aspects épidémiologiques, cliniques.

PATIENTES ET MÉTHODES

L'étude s'est déroulée dans le service de gynécologie obstétrique et de médecine de la reproduction du Centre Hospitalier Universitaire de Bogodogo (CHUB), à Ouagadougou au Burkina Faso. Il s'est agi d'une étude transversale prospective et analytique sur une période de trois mois allant du 15 janvier 2023 au 15 avril 2023.

La population d'étude était les femmes majeures (ayant au moins 20 ans) reçues dans le service pour une pathologie non urgente, sexuellement actives dans les quatre dernières semaines précédant la

consultation et qui n'étaient pas des accouchées récentes de moins de six semaines.

La taille de l'échantillon à enquêter a été calculée selon la formule de Schwartz. La prévalence des troubles de la sexualité féminine dans une étude antérieure chez les femmes dans la ville de Ouagadougou au Burkina Faso était de 84,5 %. L'effectif théorique minimal à inclure est de 202. Nous avons inclus 489 femmes. Nous avons procédé à un sondage accidentel des femmes jusqu'à l'obtention de la taille de l'échantillon.

Les variables étudiées étaient : les caractéristiques sociodémographiques, les antécédents, le mode de vie, l'état physique actuel de la femme (activité génitale, grossesse, ménopause), les items du Female Sexual Function Index (FSFI) et les recours thérapeutiques, la perception des troubles de la sexualité par les femmes, les modalités diagnostiques préférentielles.

Les données ont été collectées à l'aide d'une fiche de collecte individuelle et anonyme associée au questionnaire Female Sexual Function Index (FSFI). Les patientes qui répondaient aux critères d'inclusion étaient invitées à répondre au questionnaire écrit. Pour les femmes lettrées, le questionnaire a été autoadministré et pour les illettrées le questionnaire a été traduit en langue locale et administré par un enquêteur dans un bureau privé afin d'assurer la confidentialité des informations. La collecte s'est déroulée du 15 janvier au 15 avril 2023.

Les seuils suivants selon le score FSFI ont été retenus comme troubles :

- Trouble de la sexualité : Un score FSFI inférieur à 26,55
- Désir sexuel : Un score inférieur à 3,4
- Excitation sexuelle : Un score inférieur à 3,0
- Lubrification vaginale : Un score inférieur à 3,0
- Sensation orgasmique : Un score inférieur à 3,2
- Satisfaction : Un score inférieur à 3,2
- Douleur lors des rapports sexuels ou des tentatives de pénétration vaginale : Un score supérieur à 3,0.

Les données ont été saisies puis analysées sur le logiciel EPI INFO dans sa version 7.2.5. Les paramètres de position (moyenne, médiane) et de dispersion (écart type, minimum, maximum) ont été calculés pour les variables quantitatives. Des analyses bivariées ont été réalisées en utilisant les tests de chi carré et de Fisher, et en considérant une valeur p inférieure à 0,05 comme statistiquement significative. Tous les facteurs ont été inclus dans un modèle pour régression logistique multivariée dans le but de déterminer les prédicteurs indépendants aux troubles de la sexualité féminine.

Sur le plan éthique, l'approbation du comité d'éthique institutionnel a été obtenue en plus de l'autorisation de collecte de la direction du CHU de Bogodogo. L'inclusion des femmes a été faite sur la base du consentement volontaire et éclairé. En outre, la confidentialité des informations et l'anonymat des femmes ont été respectés.

RESULTATS

Nous avons interviewé au total 536 patientes durant notre période d'étude mais au finish, nous avons 489 fiches qui étaient exploitables.

3.1. Caractéristiques sociodémographiques des enqu

Sur l'ensemble des femmes, 430 soit 87,93% résidaient à Ouagadougou et 59 femmes, soit 12,07% résidaient hors Ouagadougou.

La tranche d'âge de 25-34 ans était la plus représentée avec 42,54%. La répartition des patientes selon les tranches d'âge est présentée sur la figure 1.

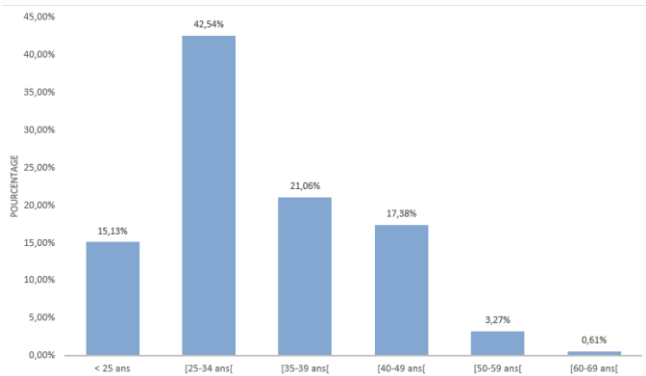


Figure 1 : Répartition des patientes selon les tranches d'âge

Les patientes étaient mariées dans 71,17%. La répartition des femmes selon la situation matrimoniale est présentée par la figure 2.

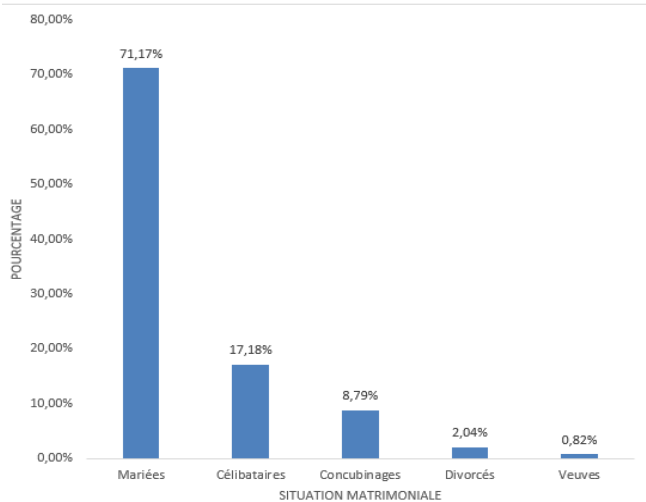


Figure 2 : Répartition des femmes selon la situation matrimoniale

Parmi les femmes, 236 soit 48,26% avait au moins un enfant et 231 ont précisé le nombre. La répartition des femmes selon la présence et le nombre d'enfant est présentée dans le tableau I.

Tableau : Répartition des femmes selon la présence et le nombre d'enfant

Présence et nombre d'enfants	Effectif	%
Existence d'enfants	n = 489	
Présence	236	48,26
Absence	253	51,74
Nombre d'enfants	n = 231	
1 enfant	86	37,23
2 enfants	72	30,51
3 enfants et plus	73	30,93

Les patientes ayant un niveau d'étude secondaire étaient de 47,65% suivi des patientes qui avaient un niveau d'étude supérieur. La répartition des femmes selon le niveau d'étude est présentée dans la figure 3.

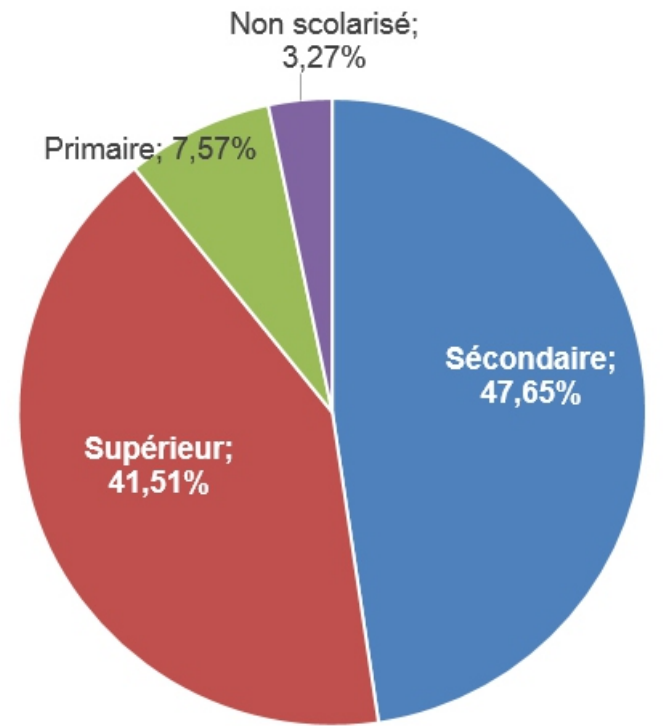


Figure 3 : Répartition des femmes selon le niveau d'étude

3.1. Antécédents des femmes

De l'ensemble des 489 femmes, 20,25% sont enceintes et 6,34% sont ménopausées. La répartition des femmes selon leurs antécédents est présentée dans le tableau II

Tableau II : Répartition des femmes selon leurs antécédents

Antécédents gynécologiques	Effectif (n=489)	%
Excision	267	54,60
Algies pelviennes	173	35,38
Leucorrhées pathologiques	46	9,41
Métrorragies	42	8,59
Contraception orale	20	4,09
Viol	19	3,89
Hystérectomie	4	0,82
Mastectomie	3	0,61
Autres ATCD gynécologiques*	12	2,44
Antécédents médicaux		
Hypertension artérielle	37	7,57
Drépanocytose	20	4,09
Diabète	16	3,27
Infections urinaires	16	3,27
Asthme	4	0,82
Autre ATCD médical**	6	1,21
Mode de vie		
Alcool	62	12,68
Cigarette	2	0,41
Drogue	1	0,20

*Fibrome (0,82%), Endométriose (0,61%), Kyste ovarien (0,41%), Déchirure du périnée (0,20%), Dystrophie ovarienne (0,20%), Prolapsus du col (0,20%)

**Sinusites (0,41%), Trouble fonctionnel intestinal (0,20%), Constipation (0,20%), Coxarthrose (0,20%), Ulcère gastroduodénal (0,20%).

3.1. Troubles de la sexualité

Sur les 489 femmes enquêtées, 328 soit 67,08% avaient un score FSFI inférieur ou égal à 26,55 correspondant à la présence de trouble de la sexualité.

Parmi les types de troubles de la sexualité, la dyspareunie représentait 88,75% suivie des troubles du désir sexuel avec une fréquence de 41,31%. La figure 4 présente la répartition des patientes selon les types de troubles de la sexualité. Chez les partenaires sexuels des patientes, l'éjaculation précoce était présente dans 15,13% des cas et les troubles de l'érection dans 3,48% des cas.

La recherche des facteurs associés aux troubles de la sexualité féminine en analyse bivariable a donné les résultats consignés dans le tableau III.

Tableau III : Facteurs associés aux troubles de la sexualité féminine

Facteurs	Effectif	Présence de trouble n, (%)	Absence de trouble n, (%)	P
Age				
< 25 ans	74	50 (67,56)	24(32,44)	0,1490
[25-34 [	208	137(65,86)	71(34,14)	
[35-39 [	103	61(59,22)	42(40,78)	
[40-49 [	85	64(75,29)	21(24,71)	
[50-59 [	16	13(81,25)	3(18,75)	
[60-69 [	3	3(100,00)	0(0,00)	
Niveau d'étude				
Non scolarisé	16	12(75,00%)	4(25,00%)	0,1737
Secondaire	233	164(70,38)	69(29,62)	
Primaire	37	27(72,97)	10(27,03)	
Supérieur	203	125(61,57)	78(38,43)	
Excision				
Oui	267	199(74,53)	68(25,47)	0,0001
Non	222	129(58,10)	93(41,90)	
ATCD de viol				
Oui	19	14(73,68)	5(26,32)	0,5318
Non	470	314(66,80)	156(33,20)	
Avoir des enfants				
Présence	227	171(75,33)	65(24,67)	0,0144
Absence	253	157(62,05)	96(37,95)	
Mastectomie				
Oui	3	3(100,00)	0(0,00)	0,5542
Non	486	325(66,87)	161(33,13)	
Hystérectomie				
Oui	4	3(75)	1(25)	1
Non	485	325(67,01)	160(32,99)	
Alcool				
Oui	62	41(66,12)	21(33,88)	0,8652
Non	427	287(67,21)	140(32,79)	
Grossesse				
Oui	99	61(61,61)	38(38,39)	0,1955
Non	390	267(68,46)	123(31,54)	
Ménopause				
Oui	31	26(83,87)	5(16,13)	0,0397
Non	458	302(65,93)	156(34,07)	
Trouble de l'érection chez le partenaire				
Oui	17	13(76,47)	4(23,53)	0,4014
Non	472	315(66,73)	157(33,27)	
Éjaculation précoce chez le partenaire				
Oui	74	57(77,02)	17(22,98)	0,0479
Non	415	271(65,30)	144(34,70)	

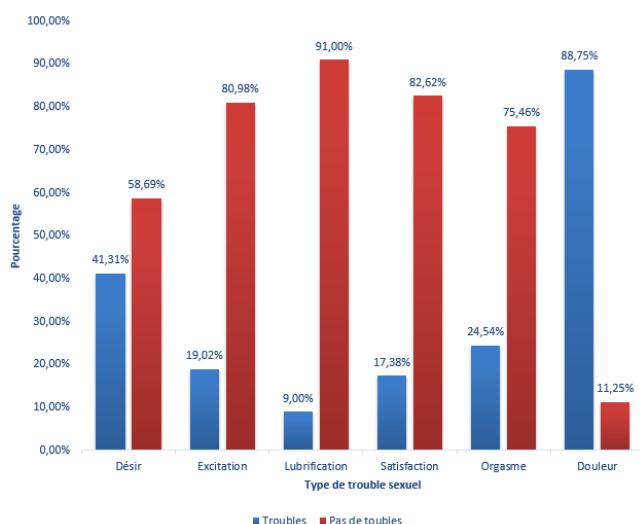


Figure : Répartition des patientes selon les types de trouble de la sexualité

Si on considère l'âge de moins de 40 ans et 40 ans et plus, on note une différence significative entre les proportions des troubles de sexualité féminine ($p < 0,001$). Il y a plus de troubles sexuels chez les 40 ans et plus (76,92%) que chez les moins de 40 ans (64,42%).

Après une analyse par la régression logistique, il existe une relation statistiquement significative entre les variables excision et la présence d'enfants dans la survenue d'une dysfonction sexuelle avec des p-value respectives de 0,0006 et de 0,0443 et des odds ratio respectifs de 2 et 1,5. L'excision multiplierait par 2 et la présence d'enfants par 1,5 le risque de survenue de dysfonction sexuelle.

DISCUSSION

La tranche d'âge des enquêtées la plus prépondérante était celle de 25-34 ans avec un taux de 42,54%. Ce résultat est proche de celui de Fajewonyomi et al au Nigéria qui ont retrouvé une prédominance de la tranche d'âge de 26-35 ans avec une proportion de 38,7%. Cette similitude de nos résultats pourrait s'expliquer par la similitude du contexte socio-culturel en Afrique subsaharienne avec une population à majorité jeune.

La grande majorité des enquêtées était mariée (71,17%). Ce résultat est supérieur à celui de Sang H et al en Corée du Sud qui retrouvaient 56,2%. Cela pourrait être compris par le fait que le Burkina Faso et la Corée du Sud ont des cultures et des valeurs traditionnelles différentes en ce qui concerne le mariage et la sexualité. Moins de la moitié des femmes (47,65%) avaient un niveau

d'étude secondaire. Ce résultat est néanmoins supérieur à celui de Fajewonyomi et al au Nigeria qui retrouvaient 35,2%. Les politiques et les initiatives éducatives mises en place par les gouvernements et les acteurs locaux pourraient différer entre les deux pays.

En qui concerne les troubles de sexualité, la prévalence globale était de 67,08%. Ce résultat n'a pas tenu compte de la notion de détresse personnelle. Nos résultats sont superposables à ceux de Fajewonyomi et al au Nigeria et de Zohreh S et al en Iran [11] qui retrouvaient respectivement une prévalence globale de 68,3% et 59,5%. Ces résultats identiques pourraient s'expliquer par le fait que les deux pays partageraient des normes culturelles et des attitudes similaires envers la sexualité. Les attentes sociales, les tabous, la domination masculine et les pressions culturelles pourraient influencer négativement la sexualité chez les femmes expliquant les prévalences élevées des troubles de la sexualité.

S'agissant du type de trouble sexuel, la dyspareunie était au 1^{er} rang avec un taux de 85,75%. Notre résultat est supérieur à celui de Komboigo B.E et al au Burkina Faso qui notaient une prévalence de 64,3%. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que notre population d'étude était constituée de patientes contrairement à celle de Komboigo qui provenait de la population générale. En effet les femmes qui consultent le service de gynécologie sont plus susceptibles de présenter des problèmes de santé sexuelle, y compris des troubles comme la dyspareunie.

Les troubles du désir sexuel occupaient la 2^{ème} place avec une prévalence de 41,31%. Elle était inférieure à celle de Alice B en France qui avait rapportée 56%. Notre faible taux pourrait s'expliquer par les facteurs culturels et sociaux. Les normes culturelles et sociales en matière de sexualité en Afrique de l'Ouest sont différentes de celles des pays occidentaux (France). En effet, les normes sociales et les rôles de genre en matière de sexualité dans notre contexte n'autorisent pas les femmes à exprimer clairement leur désir sexuel. Les femmes pourraient être moins enclines à exprimer ouvertement leurs préoccupations concernant leur désir sexuel, ce qui pourrait conduire à une prévalence plus basse rapportée dans notre étude.

Les troubles de l'orgasme étaient présents chez 24,54% des femmes. Notre taux est inférieur à celui de Sang H et al en Corée du Sud qui avaient retrouvé

32%. L'acte sexuel est réalisé le plus souvent dans notre contexte pour la procréation et non pour le plaisir. De plus l'absence de l'éducation sexuelle dans la plupart des foyers pourrait expliquer ce faible taux.

Pour ce qui est des troubles de l'excitation, la prévalence était de 19,02%. Notre résultat est superposable à celui de Tehrani F et al en Inde qui avaient noté 18,9% . Ces troubles de l'excitation sexuelle dépendent de l'expérience individuelle en matière de sexualité et de certains facteurs biologiques (sécrétions hormonales, réponses physiologiques individuelles et la santé générale de la personne).

Seulement 17,38% des femmes déclaraient n'être pas satisfaite de leur sexualité. Ce résultat est inférieur à celui de Sang H. et al en Corée de Sud qui avaient retrouvé un taux de 37% . Les mêmes raisons culturelles évoquées pour les troubles de l'orgasme pourraient expliquer cette faible prévalence.

Les femmes qui avaient des troubles de la lubrification représentaient un taux de 9%. Ce taux est inférieur à celui retrouvé par Izan et al en Malaisie qui était de 21,5% . Dans le contexte du Burkina Faso, il est possible que les normes sociales et les attitudes culturelles envers la sexualité limitent la reconnaissance et la communication des troubles de la lubrification. Ce qui entraînerait une sous-déclaration des cas dans notre étude.

De l'étude analytique, quelques facteurs associés aux troubles de la sexualité chez la femme ont été identifiés en analyse bivariable. Il s'agit de l'excision, du fait d'avoir des enfants, la ménopause et l'éjaculation précoce chez le conjoint.

En effet, les femmes excisées avaient plus de troubles de la sexualité que les autres femmes avec une fréquence de 74,53% ($p=0,0001$). Ce résultat est superposable à celui de Komboigo et al au Burkina Faso qui avaient retrouvé une prédominance des troubles sexuels chez les femmes excisées avec 50,3% . Cela s'expliquerait par les conséquences sexuelles nombreuses de la mutilation génitale féminine. Le clitoris étant le principal organe érectile de la femme, son ablation peut être source de troubles de désir, d'excitation et d'orgasme chez la femme .

Le fait d'avoir au moins un enfant augmentait le risque de troubles de la sexualité chez les femmes. Cette prévalence était de 75,33% contre 62,05% chez les femmes sans enfant ($p=0,0144$). Cela

pourrait s'expliquer par les effets de la grossesse et de l'accouchement. En effet, la grossesse et l'accouchement pourraient entraîner des changements physiques importants dans le corps d'une femme, tels que des modifications hormonales, des changements au niveau du périnée, des seins, etc. Ces changements peuvent affecter la perception de soi et l'estime de soi. En plus, dans notre contexte, les femmes assument souvent la responsabilité principale de prendre soin des enfants et des tâches domestiques. Cette charge de travail supplémentaire pourrait entraîner une fatigue accrue, un stress et une réduction du temps disponible pour l'intimité et les relations sexuelles.

Par ailleurs, nous avons trouvé une corrélation entre la ménopause et les troubles de la sexualité avec un $p=0,0397$. La ménopause est caractérisée par une diminution des niveaux d'hormones sexuelles, notamment d'œstrogènes. Ces changements hormonaux pourraient entraîner des modifications physiologiques qui pourraient avoir un impact sur la lubrification vaginale, la sensation et le désir sexuel.

L'éjaculation précoce chez le partenaire était également associée aux troubles de la sexualité chez les femmes avec une différence statistiquement significative ($p=0,0479$). L'éjaculation précoce pourrait conduire à une satisfaction sexuelle réduite chez la femme, car les rapports sexuels pourraient être écourtés, situation qui ne permet pas à la femme d'atteindre l'orgasme ou un niveau de stimulation suffisant. Cette insatisfaction sexuelle pourrait entraîner aussi une diminution de l'intérêt pour l'activité sexuelle. Ces 2 derniers facteurs ne sont plus significatifs à la régression logistique.

CONCLUSION

La prévalence des troubles de la sexualité chez les femmes est élevée. Ces troubles sont complexes et constituent une préoccupation majeure pour les femmes. Les troubles sont variés et intéressent toutes phases de l'acte sexuel. Ces troubles sont dominés par les douleurs au cours de l'acte sexuel suivi de la baisse de la libido. Certains facteurs tels que l'excision, la maternité, la ménopause et l'éjaculation précoce chez le partenaire, pourraient concourir à la survenue de ces troubles. Pour contribuer à une meilleure santé des femmes et un bon équilibre du foyer, il est important de prendre en compte les aspects de la santé sexuelle féminine dans la pratique clinique et

les politiques de santé publique. Ces affections fréquentes qui ne font pas souvent l'objet de consultation, interpellent les acteurs de santé à les rechercher systématiquement au cours de toute occasion de soins. Une approche holistique prenant en compte les dimensions physiologiques, psychologiques et socioculturelles est essentielle pour aborder ce problème complexe en vue d'améliorer la qualité de vie des femmes concernées.

REFERENCES

- 1. Chatton D, Desjardins JY, Desjardins L, Tremblay M.** La sexologie clinique basée sur un modèle de santé sexuelle. Psychothérapies [Internet]. 2005 [cité 20 juill 2023];25(1):3-19. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-psychotherapies-2005-1-page-3.htm>
- 2. Berard N.** Influence des dysfonctions sexuelles et de la satisfaction sexuelle sur la démarche de consultation et la demande de prise en charge des femmes [Internet]. [Ecole de Maïeutique]: Faculté des sciences médicales et paramédicales Aix Marseille Université; 2021. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03385212>
- 3. Caremel R, Nouhaud FX, Leroi AM, Ruffion A, Michot F, Damon H, Grise P.** Résultats de la neuromodulation des racines sacrées sur la continence et la sexualité dans une cohorte de 20 patientes ayant une double incontinence. Progrès en Urologie [Internet]. juin 2012 [cité 11 août 2022];22(7):424-32. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1166708712000310>
- 4. McCabe MP, Sharlip ID, Lewis R, Atalla E, Balon R, Fisher AD, Laumann E, Lee SW, Segraves RT.** Incidence and Prevalence of Sexual Dysfunction in Women and Men: A Consensus Statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. The Journal of Sexual Medicine [Internet]. févr 2016 [cité 25 oct 2022];13(2):144-52. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1743609516000795>
- 5. Ishak IH, Low WY, Othman S.** Prevalence, Risk Factors, and Predictors of Female Sexual Dysfunction in a Primary Care Setting: A Survey Finding. The Journal of Sexual Medicine [Internet]. sept 2010 [cité 25 oct 2022];7(9):3080-7. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1743609515331581>
- 6. Ouoba W Kouni NV.** Evaluation des dysfonctions sexuelles de la femme vivant en couple de la ville de ouagadougou. [Thèse médecine]: Université Ouaga 1 Pr Joseph Ki Zerbo; 2017.
- 7. Fajewonyomi BA, Orji EO, Adeyemo AO.** Sexual dysfunction among female patients of reproductive age in a hospital setting in Nigeria. J Health Popul Nutr. mars 2007;25(1):101-6.
- 8. Komboigo BE, Kiemtoré S, Kain DP, Zamané H, Kabore X, Zoundi M, Ouedraogo A, Thieba B.** Évaluation des dysfonctions sexuelles de la femme vivant en couple de la ville de Ouagadougou, Burkina Faso. Médecine et Santé Tropicales, Vol. 29, N8 3-juillet-août-septembre 2019. 2 août 2019;310-6.
- 9. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D'Agostino R.** The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. J Sex Marital Ther. juin 2000;26(2):191-208.
- 10. Sang Hoon Song, Hyewon Jeon, Soo Woong Kim, Jae-Seung Paick and Hwancheol Son, F, Methorst C.** The Prevalence and Risk Factors of Female Sexual Dysfunction in Young Korean Women: An Internet-Based Survey. Progrès en Urologie [Internet]. juill 2013 [cité 11 août 2022];23(9):575-85. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1166708712006355>
- 11. Zohreh Sadat, Mahboobeh Kafaie-Atrian, Fatemeh Abbaszadeh, Zahra Karimian, Neda**

Mirbagher-Ajorpaz. Female Sexual Dysfunction and Related Factors among Reproductive Age Women in Kaskan, Iran. Health Education and Health Promotion (HEHP) (2015) Vol 3 (3). 2015;64.

12. Benichou A. Troubles de la sexualité féminine en médecine générale Quel rôle les femmes de 18 ans et plus voudraient attribuer au médecin généraliste dans le repérage des troubles de la sexualité féminine ? [Thèse de médecine] ; Université de Limoges, France; 2019. 135 pages. Disponible sur <https://aurore.unilim.fr/theses/nxfile/default/7439>

7 4 a 8 - 3 1 6 0 - 4 9 1 c - 9 e 6 6 - ef3c13d89827/blobholder:0/M20193128.pdf

13. Fahimeh Ramezani Tehrani, Maryam Farahmand, Yadollah Mehrabi, Hosein Malek Afzali, Mehrandokht Abedini. Prevalence of female sexual dysfunction and its correlated factors: a population based study. Payesh (Health Monitor) [Internet]. 15 déc 2012 [cité 11 mai 2023];11(6):869-75. Disponible sur: <http://payeshjournal.ir/article-1-407-en.html>