REPUBLIQUE DU BENIN

_*_

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

_ _**_ _

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

_ _ _***_ _ _

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

_ _ _ _****_ _ _ _

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN MEDECINE

Année : 2023

N° 2572

DYSFONCTIONS SEXUELLES EN POST-AVC DANS LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE NEUROLOGIE AU CNHU-HKM DE COTONOU EN 2022

THESE :

Présentée et soutenue publiquement pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

Par :

Géraud HOUANSOU

Né le 8 Novembre 1997 à Sinendé (République du Bénin)

Directeur de thèse :

Dr ADJIEN Constant

Professeur Titulaire de Neurologie

Co-directeur de thèse :

Dr Richard HOUEZE

Assistant en Neurologie

Membres du jury :

Pr KPATCHAVI Adolphe

Pr ADJIEN Constant

MCA YEVI Magloire

MCA SONOU Djidjoho

LISTE DU CORPS ENSEIGNANT

[1]

REPUBLIQUE DU BENIN
*****
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
****

N°1200 /2022/UAC/FSS/VD-Ecoles/VD-UFR Pharma/VD UFR Méd/SGE/CSRH/SA

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI **FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE**

NOVEMBRE 2022

Université d'Abomey - Calavi LE DOYEN FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

DOYEN : Professeur AVAKOUDJO Josué Dejinnin Georges

VICE-DOYEN U.F.R Médecine : Maître de Conférences Agrégé VODOUHE Ulrich Bidossèssi

VICE-DOYEN U.F.R Pharmacie : Maître de Conférences Agrégé GANFON Medessou Yowel Habib

VICE-DOYENNE /ECOLES : Professeur AZON KOUANOU Angèle

Année : 2022-2023 (version novembre 2022)

PROFESSEURS TITULAIRES

1. Dr HOUINATO Dismand Stéphan.....	Neurologie
2. Dr ADJIBABI Wassi.....	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
3. Dr MEHINTO Delphin Kuassi.....	Chirurgie Viscérale
4. Dr GANGBO Flore	Histologie- Embryologie-Cytogénétique
5. Dr LALEYE Anatole O. A	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
6. Dr AMOUSSOU-GUENOU Marcellin Kuassi.	Biophysique, Médecine Nucléaire
7. Dr FIOGBE Michel Armand.....	Chirurgie Pédiatrique
8. Dr HANS-MOEVI Aristote	Orthopédie -Traumatologie
9. Dr KPADONOU Toussaint Godonou.....	Médecine Physique – Réadaptation
10. Dr SOUNOUVOU Ignace.....	Ophtalmologie
11. Dr BIAOU Olivier	Imagerie Médicale
12. Dr ODOULAMI-YEHOUESSI Lisette.....	Ophtalmologie
13. Dr ZOUMENOU Eugène.....	Anesthésie-Réanimation
14. Dr DENAKPO Justin Lewis	Gynécologie Obstétrique
15. Dr DOSSOU Francis Moïse	Chirurgie Générale
16. Dr ADEGBIDI Hugues Daniel Gbadébo	Dermatologie Vénérologie
17. Dr AFFOLABI Dissou.....	Bactériologie-Virologie
18. Dr ALAO Modjere Ola Maroufou Jules.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
19. Dr ATADOKPEDE Agbomènou Félix.....	Dermatologie- Vénérologie
20. Dr AWEDE Bonaventure Lucien Sévérin.....	Physiologie
21. Dr FIOSSI KPADONOU Emilie.....	Pédopsychiatrie
22. Dr TONATO BAGNAN Josiane Angéline A.	Gynécologie-Obstétrique
23. Dr ADJIEN Kodjo Constant	Neurologie
24. Dr OGOUYEMI HOUNTO Aurore Bertille.	Parasitologie
25. Dr SAGBO Gratien.....	Pédiatrie
26. Dr SEHONOU Jean	Hépato-Gastro-Entérologie
27. Dr AGODOKPESSI Gildas	Pneumo-Phtisiologie
28. ALAMOU Soulé.....	Ophtalmologie
29. Dr ALLABI Aurel Constant Eustache.....	Pharmacologie Clinique
30. Dr AVAKOUDJO Josué D. Georges	Urologie-Andrologie
31. Dr AYELO Ahounmènou Paul	Médecine du Travail
32. Dr GNONLONFOUN Dieu donné	Neurologie
33. Dr HOUNKPATIN Benjamin I. Bodounrin.....	Gynécologie Obstétrique
34. Dr TSHABU AGUEMON Christiane	Gynécologie Obstétrique

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

PROMOTION 2022

35. Dr ZOMALHETO Zavier Cossi	Rhumatologie
36. Dr YEKPE AHOUANSOU Hermione Patricia Frida..	Imagerie Médicale
37. Dr AGUEMON Badirou Din.....	Santé Publique
38. Dr ALAGNIDE Hountondji Etienne	Médecine Physique et de Réadaptation
39. Dr AZON KOUANOU Angèle	Médecine Interne
40. Dr GBESSI Dansou Gaspard	Chirurgie Générale
41. Dr HINSON Vikkey Antoine	Médecine du Travail
42. Dr HOUNKPE Pierre Claver	Anesthésie-Réanimation
43. Dr LALYA Francis Honorat.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
44. Dr VIGAN Jacques	Néphrologie

MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

1. Dr ASSOUTO A. Pamphile.	Anesthésie –Réanimation
2. Dr AVAKOUDJO François	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
3. Dr LAWSON AFOUDA Sonia.....	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
4. Dr SISSINTO SAVI DE TOVE Yolande.....	Parasitologie-Mycologie
5. Dr YEMOA Loconon Y. Achille.	Chimie Analytique-Bromatologie
6. Dr AGBODANDE Kouessi Anthelme	Médecine Interne
7. Dr ALIHONOU Thierry	Neurochirurgie
8. Dr BAGNAN TOSSA Léhila.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
9. Dr GANFON M. Yowel Habib.....	Pharmacognosie
10. Dr KEREKOU Annelie Célestine.....	Endocrinologie
11. Dr VODOUHE Ulrich B.	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
12. Dr WANVOEGBE Armand.....	Médecine Interne
13. Dr CODJO Houétondji Léopold.....	Cardiologie
14. Dr ABOUBACAR Moufalilou	Gynécologie-Obstétrique
15. Dr ABOUKI Chakiratou Olaïdé Adoukê.....	Ophtalmologie
16. Dr ADJADOHOUN Sonia B.M. Gwladys....	Radiologie, Radiodiagnostic et Imagerie médicale
17. Dr AKODJENOU Joseph	Anesthésie Réanimation
18. Dr AKPADJAN Gbèmawonmédè Fabrice.....	Dermatologie-Vénérologie
19. Dr ALIHONOU Florence Nathalie Yacoba.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
20. Dr ANAGONOU Lary Lucrèce.....	Pédopsychiatrie
21. Dr ATTOLOU Sètondji Roger Gilles.....	Chirurgie Générale
22. Dr AZONBAKIN Azandégbé Simon	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
23. Dr BIGOT Cédric Egnonwa Parfait	Médecine Légale

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

NON VALABLE 2022

24. Dr BOGNON Gilles Modeste Alain.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
25. Dr CHIGBLO Sègla Pascal Eric.....	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
26. Dr DEGBOE Kaï Bérénice Esthelle	Dermatologie-Vénérologie
27. Dr GNANGNON Freddy Houehanou R.....	Cancérologie Chirurgicale
28. Dr HODONOU Dètondji Fred Jean-Martin...	Urologie-Andrologie
29. Dr IMOROU SOUAÏBOU Yacoubou.....	Chirurgie Générale
30. Dr KLIKPO Elvire	Psychiatrie Adulte
31. Dr KPOSSOU Aboudou Raïmi	Gastroentérologie et Hépathologie
32. Dr LAWANI Ismaïl.....	Chirurgie Viscérale
33. Dr MIKPONHOUE OLOU Rose Christelle	Médecine du Travail
34. Dr OGOUDJOBI Ogourindé Mathieu.....	Gynécologie-Obstétrique
35. Dr PADONOU Abiodun Adébola Djossè.....	Traumatologie-Orthopédie
36. Dr PADONOU Caroline Sourou Clémence.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
37. Dr PADONOU Sètondji Géraud Roméo.....	Santé Publique
38. Dr SEIDOU Falilatou	Anatomie et Cytologie Pathologique
39. Dr SONOU Djidjoho Joël Arnaud.....	Cardiologie
40. Dr TOGNIFODE Medesse Véronique.....	Gynécologie-Obstétrique
41. Dr WACHINOU Ablo Prudence.....	Pneumo-Phtisiologie
42. Dr YEVI Dodji Magloire Inès.....	Urologie Andrologie
43. Dr ZOHOUN GUIDIGBI Lutécia Myria A.....	Pédiatrie et Génétique Médicale

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

MAITRES ASSISTANTS

1. Dr GANDAHO Hugues Jean-Thierry	Neurochirurgie
2. Dr AGBOTON Bruno Léopold	Néphrologie
3. Dr DJOSSOU Médesse David.....	Odontologie Pédiatrique
4. Dr ADJAGBA Mahouna Philippe Dotou	Cardiologie
5. Dr AMOSSOU Labissi François.....	Traumatologie-Orthopédie
6. Dr BADOU Agnès Oladoun	Sociologie et Anthropologie sociale
7. Dr GNINKOUN Comlan Jules.....	Endocrinologie Métabolisme et Nutrition
8. Dr LOKOSSOU Mègnissè S. Houévi Symphorose...	Gynécologie-Obstétrique
9. Dr TOKOUDAGBA Kossi Jean-Marie Dénis.....	Chimie Organique et Chimie des Substances Naturelles
10. Dr ADJOBIMEY Mênonli.....	Santé au Travail
11. Dr BANCOLE POGNON Sylvie Arlette A.....	Chirurgie Buccale
12. Dr ZOHOUN Comlan Gildas Alban	Hématologie
13. Dr AHOUNOU Ernest Stéphane.....	Anesthésie-Réanimation

ADOPTE 2022

14. Dr AÏGBE Nestor.....	Ophtalmologie
15. Dr DANGBEMEY Djima Patrice.....	Gynécologie-Odstrétique
16. Dr DO SANTOS ZOUNON Alexis.....	OTO-Rhino Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale
17. Dr HOUNKPONOU AMOUSSOU-GUENOU Eliane Kayivi Murielle	Cardiologie
18. Dr LALEYE Christel Marie Fortunat Olatumbossum B.I.	Anatomie
19. Dr MIZEHOUN Gbèdécon Carmelle.....	Nutrition
20. AGBOKPONTO Janvier Engelbert.....	Chimie Analytique
21. Dr ASSANHOU Assogba Gabin.....	Pharmacie Galénique
22. Dr AZA-GNANDJI Guy-Gérard.....	Psychiatrie
23. Dr BAGLO Dédé Priscillia Tatiana.....	Hématologie Biologie
24. Dr GOUKODADJA Oswald.....	Traumatologie Orthopédie
25. Dr SOSSA Jean	Urologie

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

ASSISTANTS

1. Dr VIGNON Cyprien Kossi.....	Chirurgie Générale
2. Dr LANKPEKO AFFOLABI Clémence M.	Pédiatrie et Génétique Médicale
3. Dr YAKOUBOU YOBO Annatou	Pédiatrie et Génétique Médicale
4. Dr VIGNON Koffi Rodolphe	Hépato-Gastroentérologie
5. Dr AMONLES Yves D.	Psychiatrie
6. Dr HOUESSOU ENIANLOKO TCHIAKPE Nicole Zinhoué	Pédiatrie
7. Dr HOUNDETOUNGAN David Gilles.....	Biophysique
8. Dr DADJO Kinski Aumar.....	Traumatologie Orthopédie
9. Dr HOUEZE Richard Ghislain Constantin.....	Neurologie

NOVEMBRE 2022

Le Doyen,

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Professeur Josué Dejinnin Georges AVAKOUDJO

DEDICACES

A Dieu le père tout puissant,

Je te rends grâce d'avoir été mon guide durant tout ce parcours.

A mon père HOUANSOU Télesphore et à ma mère SODJINOU-TI Thérèse,

Merci pour le soutien durant ce long parcours. Soyez honorés par ce travail.

Santé et longue vie à vous.

A mes frères Roméo et Hervé, et à mes sœurs Gloria et Judith,

Merci de vos différentes aides durant ce parcours.

Santé et succès.

A mes oncles, tantes, cousins, cousines et grands-parents,

Merci pour votre affection.

Santé et longue vie à vous.

A tous les patients qui ont participé à cette étude,

Merci d'y avoir mis de votre temps.

Santé et longue vie à vous.

REMERCIEMENTS

A tout le personnel de la Clinique Universitaire de Neurologie (CUN),

Merci pour l'accueil et la participation dans le déroulement de cette étude.

Gratitude infinie.

A mon groupe de stage de la 6ième année en particulier aux membres de mon sous-groupe de stage d'Endocrinologie, Jeff OGOUBIYI et Farid ADELAKOUN,

Merci pour ces moments passés ensemble.

Brillante carrière à tous.

A toute la 44ème promotion de médecine de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou en particulier aux confrères du complexe scolaire Sainte Bakhita d'Abomey-Calavi et aux responsables de la promotion,

Merci pour ces temps d'étude et pour les efforts consentis dans l'intérêt de tous.

Excellente carrière à vous.

Aux autres belles rencontres au sein de cette faculté en particulier à Ange TOSSA,

Merci pour l'affection.

Succès et prospérité.

HOMMAGES

A nos maîtres de la faculté des sciences de la santé,

Merci du partage de connaissances.

Hommages mérités.

A notre directeur de thèse, le Professeur Constant Kodjo ADJIEN,

En plus de votre disponibilité, nous avons été impressionné par vos grandes qualités humaines.

Vous avez montré beaucoup d'intérêt pour notre travail et vos conseils nous ont beaucoup aidé dans son élaboration.

Le mérite de ceci vous revient cher Professeur.

A notre co-directeur de thèse, le Docteur Richard HOUEZE,

Recevez notre gratitude pour votre attention et votre dévouement. Merci pour le temps consacré à notre encadrement.

Sincères remerciements.

A notre Président du Jury,

Cher Maître, vous nous honorez en acceptant de présider le jury de notre thèse. Nous sommes convaincu que vos critiques et observations ne pourront que parfaire ce travail. Qu'il nous soit permis de vous exprimer ici l'expression de notre profond respect.

Santé et longévité.

A nos honorables membres du Jury,

Chers Maîtres et Professeurs,

Nous sommes très honoré que ce travail soit soumis à votre appréciation. Nul doute que vos remarques et critiques contribueront à améliorer ce modeste travail.

Veuillez recevoir l'expression de notre profond respect.

Santé et longévité.

LISTE DES ACRONYMES, SIGLES ET ABREVIATIONS

ADO	Antidiabétique oral
ATCD	Antécédent
AUA	American Urological Association
AVC	Accident vasculaire cérébral
AVCH	Accident vasculaire cérébral hémorragique
AVCI	Accident vasculaire cérébral ischémique
CNHU-HKM	Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou MAGA
CUN	Clinique Universitaire de Neurologie
CV	Cardio-vasculaire
DE	Dysfonction érectile
DES	Diplôme d'Etudes Spécialisées
DHEA	Déhydro-épiandrosterone
DS	Dysfonction sexuelle
DSM	Diagnostic and statistical manual of mental disorders

EEG	Electroencéphalogramme
EMG	Electromyogramme
EP	Ejaculation précoce
FDA	Food and Drugs Administration
FSFI	Female Sexual Function Index
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
HPB	Hypertrophie bénigne de la prostate
HTA	Hypertension artérielle
IEC	Inhibiteur de l'enzyme de conversion
IM	Intramusculaire
IPDE5	Inhibiteur de la phosphodiestérase de type 5
IRM	Imagerie par résonance magnétique
ISRS	Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine
LHRH	Luteinizing Hormone-Releasing Hormone
Li-ESWT	Low Intensity Extracorporeal Shock Wave Therapy
mRS	modified Rankin Scale

MSHQ	Men's Sexual Health Questionnaire
MUSE	Medicated Urethral System of Erection
NIHSS	National Institutes of Health Stroke Scale
NO	Oxyde nitrique
Niveau SE	Niveau socio-économique
PDE5	Phosphodiesterase de type 5
PG E1	Prostaglandine E1
PG E2	Prostaglandine E2
SM	Situation matrimoniale
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
THS	Traitement Hormonal Substitutif
5HTIA/2A	5 hydroxytryptamine 1A/2A

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Score Men's Sexual Health Questionnaire (MSHQ) 29
Tableau II: Score d'évaluation du Female Sexual Function Index (FSFI)..... 30
Tableau III: Répartition des patients en post-AVC selon la religion, l'ethnie et la résidence. N=77 37
Tableau IV: Répartition des patients en post-AVC selon le niveau d'étude et la profession. N=77 38
Tableau V: Répartition des patients en post-AVC selon le niveau socio-économique et la situation matrimoniale. N=77 39
Tableau VI: Répartition des patients en post-AVC selon les traitements en cours à risque de dysfonction sexuelle. N=77 41
Tableau VII: Répartition des patients en post-AVC selon le type, le siège, la topographie et l'étiologie de l'AVC. N=77 48
Tableau VIII: Répartition des hommes selon le type de dysfonction sexuelle. N=46/N=27 50
Tableau IX: Répartition des femmes selon le type de dysfonction sexuelle. N=31/N=5 51
Tableau X: Répartition des patients ayant une dysfonction sexuelle en post-AVC selon la religion, l'ethnie et la résidence. N=48 53
Tableau XI: Répartition des patients ayant une dysfonction sexuelle en post-AVC selon le niveau d'étude et la profession. N=48 54
Tableau XII: Répartition des patients ayant une dysfonction sexuelle en post-AVC selon le niveau socio-économique et la situation matrimoniale. N=48..... 55
Tableau XIII: Répartition des patients ayant une dysfonction sexuelle en post-AVC selon les traitements en cours à risque de dysfonction sexuelle. N=48..... 57

Tableau XIV: Répartition des patients ayant une dysfonction sexuelle en post-AVC selon le type, le siège, la topographie et l'étiologie de l'AVC. N=48 64
Tableau XV: Association entre les caractéristiques sociodémographiques et dysfonction sexuelle en post-AVC. N=77 66
Tableau XVI: Association entre les antécédents pathologiques à risque de dysfonction sexuelle et la dysfonction sexuelle en post-AVC. N=77 67
Tableau XVII: Association entre les traitements en cours à risque de dysfonction sexuelle et la dysfonction sexuelle en post-AVC. N=77..... 68
Tableau XVIII: Association entre le mode de vie et la dysfonction sexuelle en post-AVC. N=77..... 68
Tableau XIX: Association entre le délai post-AVC, les autres caractéristiques cliniques et la dysfonction sexuelle en post-AVC. N=77 69
Tableau XX: Association entre les caractéristiques paracliniques et la dysfonction sexuelle en post-AVC. N=77 70
Tableau XXI: Opérationnalisation des variables relatives aux caractéristiques sociodémographiques 120
Tableau XXII: Opérationnalisation des variables relatives aux antécédents médicaux et chirurgicaux 121
Tableau XXIII: Opérationnalisation des variables relatives aux traitements en cours 122
Tableau XXIV: Opérationnalisation des variables relatives au mode de vie.... 122
Tableau XXV: Opérationnalisation des variables relatives aux autres caractéristiques cliniques (1ère partie) 123
Tableau XXVI: Opérationnalisation des variables relatives aux autres caractéristiques cliniques (2ème partie) 124
Tableau XXVII: Opérationnalisation des variables relatives aux autres caractéristiques cliniques (3ème partie) 125

Tableau XXVIII: Opérationnalisation des variables relatives aux caractéristiques paracliniques 126
Tableau XXIX: Opérationnalisation des variables relatives aux dysfonctions sexuelles..... 127

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Mécanisme de survenue des différents types d'AVC 8
Figure 2: Diagramme de flux des enquêtés..... 35
Figure 3: Répartition des patients en post-AVC selon l'âge. N=77 36
Figure 4: Répartition des patients en post-AVC selon les antécédents pathologiques à risque de dysfonction sexuelle. N=77 40
Figure 5: Répartition des patients en post-AVC selon le délai post-AVC. N=77 42
Figure 6: Répartition des patients en post-AVC selon le score pronostic de l'AVC (NIHSS). N=77 43
Figure 7: Répartition des patients en post-AVC selon le degré d'invalidité de l'AVC (RANKIN modifié). N=77 44
Figure 8: Répartition des patients en post-AVC selon l'indépendance fonctionnelle (Barthel). N=77..... 45
Figure 9: Répartition des patients en post-AVC selon la qualité de vie (IAD4). N=77 46
Figure 10: Répartition des patients en post-AVC selon les troubles anxieux et les troubles dépressifs (HADS). N=77 47
Figure 11: Répartition des patients ayant une dysfonction sexuelle en post-AVC selon l'âge. N=48 52
Figure 12: Répartition des patients ayant une dysfonction sexuelle en post-AVC selon les antécédents pathologiques à risque de dysfonction sexuelle. N=48 56

Figure 13: Répartition des patients ayant une dysfonction sexuelle en post-AVC selon le délai post-AVC. N=48 58
Figure 14: Répartition des patients ayant une dysfonction sexuelle en post-AVC selon le score pronostic de l'AVC (NIHSS). N=48 59
Figure 15: Répartition des patients ayant une dysfonction sexuelle en post-AVC selon le degré d'invalidité de l'AVC (RANKIN modifié). N=48 60
Figure 16: Répartition des patients ayant une dysfonction sexuelle en post-AVC selon l'indépendance fonctionnelle (Barthel). N=48..... 61
Figure 17: Répartition des patients ayant une dysfonction sexuelle en post-AVC selon la qualité de vie (IADL4). N=48 62
Figure 18: Répartition des patients ayant une dysfonction sexuelle en post-AVC selon les troubles anxieux et les troubles dépressifs (HADS). N=48..... 63

PAR DELIBERATION, LA FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE DE COTONOU A ARRETE QUE TOUTES LES OPINIONS EMISES DANS CETTE THESE N'ENGAGENT QUE SON AUTEUR.

SOMMAIRE

LISTE DU CORPS ENSEIGNANT 2
DEDICACES vii
REMERCIEMENTS iv
HOMMAGES vii
LISTE DES ACRONYMES, SIGLES ET ABREVIATIONS x
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES xii
SOMMAIRE xvii
INTRODUCTION 1
1. GENERALITES 5
2. CADRE ET METHODE D'ETUDE 24
3. RESULTATS 34
4. DISCUSSION 72
CONCLUSION 92
SUGGESTIONS 94
ANNEXES 96
REFERENCES 128
TABLE DES MATIERES ..... a

INTRODUCTION

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) sont un problème majeur de santé publique **[1]**. En effet, ils représentent dans le monde la 1ère cause de handicap acquis chez l'adulte, la 2ème cause de démence (après la maladie d'Alzheimer) **[2,3]**. De par leur fréquence, leur gravité et le coût de leur prise en charge, ils constituent un véritable enjeu de santé. En effet, c'est la 2ème cause de mortalité dans les pays industrialisés **[4]** et dans les pays en voie de développement **[2,3,5]**. Ils engendrent des déficiences, des limitations d'activités et des restrictions à la participation sociale **[6,7].** Au nombre de ces activités, figure l'activité sexuelle.

Il convient de remarquer que la proportion des AVC chez les plus jeunes générations est en augmentation. Entre 20 et 30% des AVC se sont déclarés chez les patients de moins de 65 ans **[8,9].** Le taux d'AVC chez les individus de 55 ans et moins a augmenté de 13% dans les années 1990 à 18,6% en 2005 **[8,10].** Cette situation est préoccupante car il s'agit de personnes de prime abord en bonne santé et actives sur le plan sexuel, qui peuvent vraisemblablement être victimes des différentes conséquences d'un AVC **[8,11].** Parmi les personnes atteintes d'un AVC, le nombre de celles ayant un trouble sexuel varie selon les études. Ces disparités sont dues à plusieurs facteurs **[12].** D'une part, selon les études, sont acceptés ou éliminés les hémiplégiques (principale séquelle de l'AVC) avec syndromes dépressifs et ceux avec hypertension recevant un traitement hypotenseur. Pourtant, ces deux paramètres peuvent être eux-mêmes responsables de troubles de la sexualité. D'autre part, le moment de l'évolution où les patients sont examinés influe sur les résultats de l'examen. Les troubles sexuels sont d'autant plus fréquents et sévères que le déficit moteur et la dépendance pour les actes de la vie courante sont importants. Ils augmentent aussi lors de troubles cognitifs ou de troubles de l'humeur. Les difficultés sexuelles et mictionnelles régressent en deux ou trois ans, dans la moitié des cas,

parallèlement aux progrès fonctionnels, aux progrès dans la qualité de vie personnelle, familiale et sociale et seraient davantage fonction de ces facteurs que de la guérison de troubles spécifiques à la sexualité. Plusieurs auteurs ont tenté de chiffrer certains paramètres relatifs à la sexualité de personnes atteintes d'AVC. Cependant il faut toujours garder en mémoire la fragilité de ces chiffres qui se veulent le reflet de sensations subjectives et difficiles à exprimer. On ne peut prédire le retentissement dans le couple, chacun étant différent, chaque couple ayant un mode de fonctionnement à lui. Trop de facteurs entrent alors en jeu et personne ne peut savoir la capacité du couple à gérer ses difficultés **[12].** Ces facteurs peuvent être d'ordre anatomique, physique, psychologique et culturel **[8].**

Les dysfonctions sexuelles peuvent toucher tous les aspects de la sexualité des patients : le désir, l'excitation, l'érection, l'éjaculation, la lubrification vaginale et l'orgasme selon le sexe à différents degrés selon les études **[13-15].**

Dans notre contexte africain, elles constituent généralement un tabou aussi bien pour les victimes qui sont en proie à un sentiment de honte que pour les soignants qui ne lui accordent pas une grande place dans la démarche diagnostique et dans la prise en charge des patients en privilégiant beaucoup plus le déficit moteur. Pourtant, la sexualité fait partie intégrante et est un aspect important de la qualité de vie pour beaucoup de patients après un AVC. Cette démarche est donc nécessaire afin d'aider au mieux ces patients pour qu'ils puissent retrouver une sexualité épanouie et ainsi avoir une meilleure qualité de vie. En effet, très souvent les patients arrivent en consultation avec une autre plainte notamment la plainte d'ordre moteur en espérant que le médecin découvre leurs difficultés sexuelles. Il revient donc au praticien d'évaluer la plainte et d'informer correctement afin d'impacter positivement la qualité de vie

de ces patients et prévenir des éventuels problèmes conjugaux qui pourraient découler de ces difficultés sexuelles.

La pauvreté de la revue de littérature autour de ces dysfonctions sexuelles après un AVC en Afrique plus particulièrement au Bénin où aucune étude n'a abordé ce sujet, motive la présente étude qui vise à étudier les dysfonctions sexuelles en post-AVC dans la clinique universitaire de Neurologie au CNHU-HKM de Cotonou en 2022.

Objectif général

Étudier les dysfonctions sexuelles en post-AVC dans la clinique universitaire de Neurologie au CNHU-HKM de Cotonou en 2022.

Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence globale de la dysfonction sexuelle en post-AVC ;
- Déterminer la prévalence des types de dysfonction sexuelle selon le sexe en post-AVC ;
- Déterminer les facteurs associés à la dysfonction sexuelle en post-AVC.

1. GENERALITES

1.1 AVC

1.1.1 Définition AVC

L'accident vasculaire cérébral (AVC) est un déficit neurologique focal d'installation brutale par lésion parenchymateuse cérébrale secondaire à une lésion vasculaire (ischémique ou hémorragique). Il peut être d'origine ischémique ou hémorragique et constitue une urgence diagnostique et thérapeutique **[16].**

❖ AVC hémorragiques : ce sont des accidents vasculaires cérébraux par issue de sang hors des vaisseaux. Ils comprennent :

- les hémorragies intra parenchymateuses ;
- les hémorragies méningées.

❖ AVC ischémiques : ce sont des AVC par hypoperfusion cérébrale focale. Ils comprennent :

- les accidents ischémiques transitoires ;
- les accidents ischémiques constitués ;
- les lacunes cérébrales.

1.1.2 Physiopathologie et étiologies

Les mécanismes physiopathologiques diffèrent selon les types d'accidents vasculaires cérébraux et leurs étiologies :

❖ Accidents vasculaires ischémiques

Ils peuvent survenir par deux principaux mécanismes **[17,18]** :

- thromboembolique : le rétrécissement des artères cérébrales dû à l'athérosclérose est la caractéristique pathologique la plus commune d'obstruction vasculaire dont le résultat est l'AVC thrombotique. Par ailleurs,

un caillot entrainé par la circulation sanguine peut obstruer une artère cérébrale créant ainsi une embolie.

- hémodynamique : une profonde réduction de la pression sanguine systémique due à une quelconque raison est responsable de l'AVC hypotensif.

Chacun de ces mécanismes entraîne une réduction du débit sanguin cérébral dont la conséquence est la réduction de l'apport en substrats énergétiques au cerveau. Si la diminution du débit sanguin cérébral persiste jusqu'à dépasser les capacités de suppléance cérébrale (vasodilatation locale, ouverture des artères collatérales et l'augmentation de l'extraction de l'oxygène et du glucose du sang), une altération du métabolisme cellulaire cérébral apparaît et il s'en suit une nécrose du tissu cérébral. Les conséquences tissulaires de l'hypoperfusion dépendent de sa durée et de son intensité **[19].**

❖ Accidents vasculaires hémorragiques

Ils sont dus à un épanchement de sang dans le tissu cérébral suite à la rupture d'une artère. La cause de la rupture artérielle peut être une hypertension artérielle, les traumatismes crâniens, certains traitements anticoagulants, une malformation artérielle (angiome, anévrisme) ou un défaut de coagulation.

Une rupture artérielle entraîne un écoulement de sang dans les tissus du cerveau. Cet écoulement peut endommager les tissus du cerveau dans la zone de l'hémorragie et dans d'autres zones éloignées à cause de l'augmentation de la pression intracrânienne et de la compression tissulaire du cerveau.

La figure 1 montre le mécanisme de survenue des différents types d'AVC **[17]**.

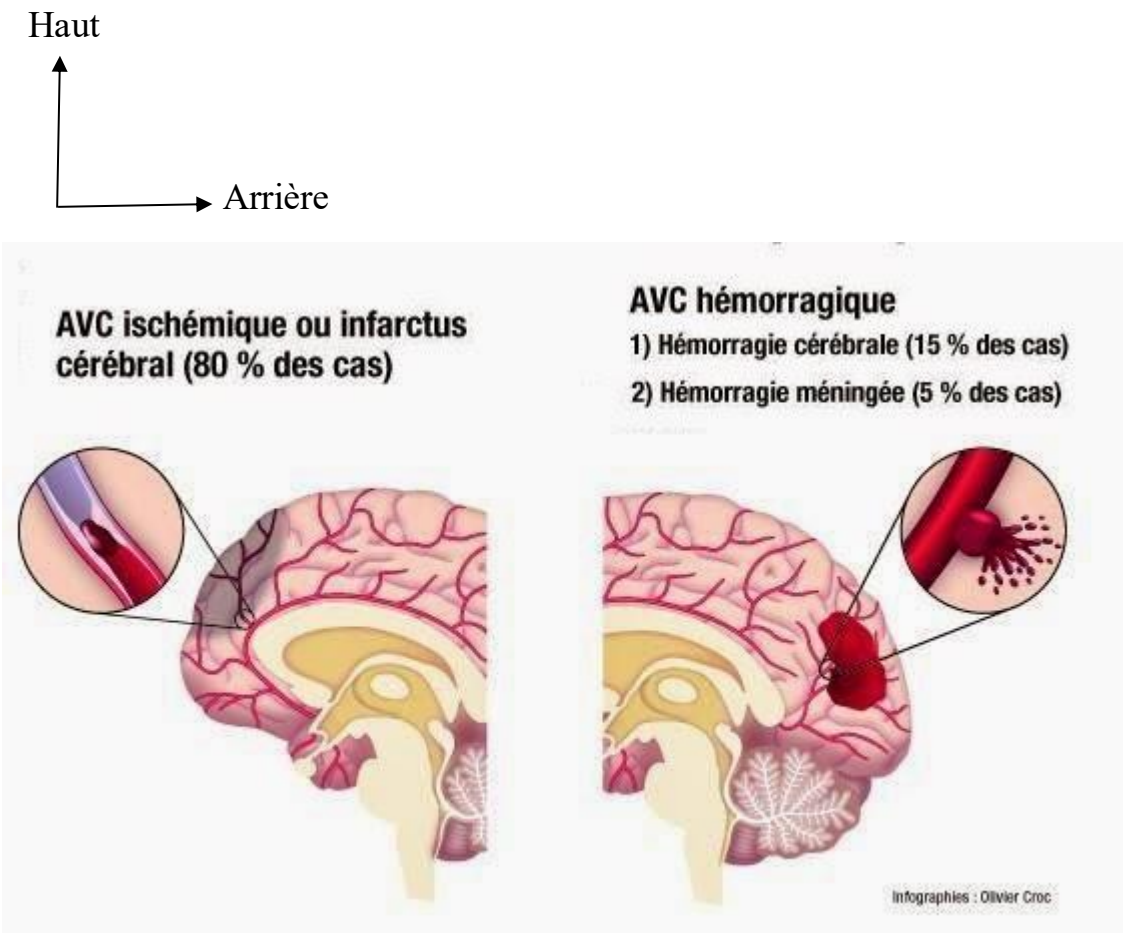


Figure 1: Mécanisme de survenue des différents types d'AVC

1.2 Dysfonction sexuelle

1.2.1 Définition

La dysfonction sexuelle (DS) est la difficulté d'avoir des rapports sexuels satisfaisants pour les deux conjoints. Elle se définit comme une perturbation des processus qui caractérisent le déroulement de la réponse sexuelle ou par une douleur associée aux rapports sexuels **[20].**

Selon Gilles Trudel, elle consiste en un trouble de la réponse sexuelle soit sur le plan du désir, soit sur le plan de la vasocongestion, soit sur le plan de la réponse orgasmique ou encore dans plus d'une phase de cette réponse **[21].**

1.2.2 Classification des dysfonctions sexuelles masculines

Chez l'homme il existe essentiellement 4 groupes de DS qui sont :

- les troubles de la libido : ils sont définis comme une absence ou une déficience persistante des fantasmes sexuels, de l'intérêt pour les activités sexuelles, comme toute une absence ou une déficience du désir de la femme **[22] ;**
- les troubles érectiles : l'érection est l'état de la verge qui, de molle qu'elle était, devient dure, gonflée par afflux de sang dans ses vaisseaux **[23].** Les troubles érectiles sont définis comme une incapacité d'obtenir ou de maintenir une érection suffisamment rigide pour permettre la pénétration intra vaginale et le déroulement de l'acte sexuel jusqu'à l'éjaculation **[24] ;**
- les troubles de l'éjaculation qui regroupent :
  - ✓ l'éjaculation précoce : elle s'applique à tout individu qui voit son éjaculation survenir avant qu'il ne la souhaite, lors des préliminaires ou de la pénétration et n'a de plus aucune forme minimum de contrôle sur le phénomène **[25]** ;
  - ✓ l'éjaculation retardée : elle intéresse tout individu qui doit exercer un effort considérable afin d'accéder à l'éjaculation **[25] ;**
  - ✓ l'anéjaculation : elle intéresse tout individu qui doit exercer un effort considérable afin d'accéder à l'éjaculation, sans pouvoir y arriver **[25] ;**
- les troubles de l'orgasme (anorgasmie) : ils impliquent tous les individus qui passent au travers de toutes les phases de la réponse sexuelle en n'éprouvant qu'un plaisir incertain ou tout individu qui hésite longuement à répondre quand on lui demande si son éjaculation est agréable **[25].**

Il existe une classification sémiologique des dysfonctions sexuelles masculines **[26].**

En fonction de la survenue dans le temps, on distingue :

- les dysfonctions sexuelles masculines primaires : l'acte sexuel n'a jamais été réussi ;
- les dysfonctions sexuelles masculines secondaires : l'acte sexuel a déjà été réussi une fois au moins.

En fonction des circonstances de la survenue, on distingue :

- les dysfonctions sexuelles masculines permanentes : elles existent quelle que soit la partenaire sexuelle ;
- les dysfonctions sexuelles masculines sélectives : elles disparaissent en fonction de la partenaire, du lieu.

En fonction de la nature séquentielle de l'activité sexuelle, on distingue :

- les dysfonctions sexuelles masculines liées à la libido : baisse de la libido, anaphrodisie, satyriasis ;
- les dysérections : depuis la faiblesse modérée de l'érection jusqu'à son absence totale ou anérection ;
- les dysfonctions sexuelles masculines liées à l'éjaculation : éjaculation précoce, éjaculation tardive, anéjaculation ;
- les dysfonctions sexuelles masculines liées à l'orgasme : absence d'orgasme ou anorgasmie ;
- la dysfonction sexuelle masculine par allongement anormal de la période réfractaire.

1.2.3 Classification des dysfonctions sexuelles féminines

Selon le « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4ème édition (DSM IV) » **[27]**, la dysfonction sexuelle chez la femme regroupe :

❖ les troubles du désir sexuel :

- baisse du désir sexuel : déficience ou absence persistante et répétée de fantaisies imaginatives d'ordre sexuel et de désir d'activité sexuelle ;
- aversion sexuelle : aversion extrême, persistante ou répétée et évitement de tout ou presque tout contact génital avec un partenaire sexuel ;

❖ les troubles de l'excitation sexuelle : incapacité permanente ou récurrente à atteindre ou à maintenir tout au long de l'activité sexuelle une lubrification adéquate en réponse à une stimulation sexuelle, ce trouble étant à l'origine d'une souffrance chez la patiente ou de difficultés interpersonnelles.

La classification de la Fondation de l'American Urological Association (AUA) **[28]** décrit trois types de troubles de l'excitation sexuelle :

- le trouble subjectif de l'excitation qui correspond à l'absence ou à la diminution de sensation de plaisir lors d'une stimulation adéquate avec une lubrification et une vasodilatation périphérique normales ;
- le trouble objectif de l'excitation qui correspond à l'absence de réponse sexuelle locale (défaut de vasodilatation et/ou de lubrification) à toute stimulation des zones sexuelles alors que la réponse subjective à partir de stimuli non sexuels est conservée ;
- la combinaison des deux situations précédentes ;

❖ les troubles de l'orgasme : absence ou retard persistant et répété de l'orgasme après une phase d'excitation sexuelle normale. Il existe chez la femme une grande variabilité dans le type ou l'intensité de la stimulation nécessaire pour déclencher un orgasme. Le diagnostic d'un trouble de l'orgasme chez la femme

repose sur le jugement du clinicien qui estime que la capacité orgastique de la femme est inférieure à ce qu'elle devrait être, compte tenu de son âge, de son expérience sexuelle et de l'adéquation de la stimulation sexuelle reçue ;

- ❖ les troubles sexuels avec douleurs (vaginisme et dyspareunie) :
    - dyspareunie : douleur génitale persistante ou répétée associée aux rapports sexuels soit chez l'homme soit chez la femme du tiers externe du vagin perturbant les rapports sexuels ;
    - vaginisme : spasme involontaire répété ou persistant de la musculature lisse vaginale.

Pour chaque dysfonction, des caractéristiques importantes permettent de distinguer les sous-types :

- primaire : depuis les premières expériences sexuelles ;
- secondaire : acquise après une période de fonctionnement normal ;
- contextuelle généralisée pour tout type de stimulation ou de partenaire ou situationnelle pour certains types de partenaires ou de situations ou de stimulations ;
- psychologique : dû à des facteurs psychologiques ;
- due à une combinaison de facteurs (facteurs psychologiques, affection médicale ou substance).

1.3 Pathogénie de la dysfonction sexuelle dans l'AVC

Les dysfonctions sexuelles peuvent être d'origine psychique ou organique (vasculaire, endocrinienne, toxique: iatrogène et exogène, locale ou musculo-ligamentaire, infectieuse, tumorale et neurologique: périphérique, médullaire et cérébrale).

Les conséquences sexuelles de l'AVC ont une étiologie complexe et multiple, faisant intervenir des facteurs organiques, psychosociaux et iatrogéniques **[29].**

- Quelques études ont recherché à corréler les différents types de dysfonctions sexuelles à des lésions cérébrales spécifiques. Mais cela reste difficile compte tenu de la complexité du contrôle cérébral des différents aspects de la réponse sexuelle et du niveau de résolution des investigations.

En effet pour chaque composante de l'acte sexuel, de multiples aires sont mises en jeu, il est donc difficile de faire la cartographie de toutes ces régions. Le cerveau participe au traitement d'une multitude de stimulations (tactiles, visuelles, auditives, fantasmatiques, voire olfactives) pour la survenue d'une réponse sexuelle, mais sont mis en jeu également le cerveau émotionnel, les fonctions cognitives et les axes endocriniens. Chez les patients masculins se plaignant d'un trouble du désir au premier plan, il faut penser à rechercher une hypoandrogénie, essentiellement décrite chez les patients après un traumatisme crânien. En effet, l'atteinte de l'axe hypothalamo-hypophysaire, lésion rare, peut entraîner un déficit androgénique.

- De plus, l'AVC a des conséquences psychosociales qui peuvent être une vraie barrière à l'activité sexuelle. En effet, la dépression et l'anxiété réactionnelle, l'altération de l'image de soi et les perturbations au sein du couple ont aussi un retentissement sur la sexualité.

La dépression et l'anxiété engendrées après un AVC sont très fortement corrélées à l'altération de l'activité sexuelle de par les troubles de l'humeur et du comportement secondaires à l'AVC.

L'altération de l'image de soi contribue à ce que le patient se sente moins désirable et a pour conséquence une baisse du désir et la diminution de la fréquence des rapports sexuels. De même, certains partenaires prennent part à la

prise en charge de leur conjoint et se considèrent comme des soignants et ont parfois du mal à se défaire de leur nouveau "rôle" de soignant pour redevenir un(e) partenaire. Certains font chambre à part car leur conjoint, après l'AVC, a du mal à dormir, a du mal à se tourner etc. La peur de faire mal, voire la crainte d'un nouvel AVC sont deux autres éléments importants qui sont des freins à la reprise d'une activité sexuelle, bien plus encore si l'AVC est intervenu pendant ou après un rapport sexuel.

Tous ces éléments vont entraîner une modification de la relation de couple et sexuelle, qui nécessitera une adaptation du patient et de son (sa) partenaire avec une nouvelle façon d'envisager la sexualité, une bonne communication entre eux pour gérer au mieux les difficultés engendrées par l'AVC.

-Les traitements pharmacologiques prescrits dans les suites d'un AVC ont également un rôle majeur dans la genèse des dysfonctions sexuelles, la iatrogénie médicamenteuse est ici fréquente. En effet, la dépression et l'anxiété engendrées après un AVC sont très fortement corrélées à l'altération de l'activité sexuelle de par également les traitements mis en place. Les antidépresseurs agissent sur la plasticité cérébrale et améliorent la récupération post-AVC et ils sont dès lors largement prescrits. La dysfonction sexuelle est néanmoins un effet secondaire possible connu des antidépresseurs et plus particulièrement des inhibiteurs sélectifs de la recapture de sérotonine **[8,30,31].** Les antipsychotiques peuvent influencer les taux de prolactine et dès lors influencer la fonction sexuelle **[30].** De même, les médicaments prescrits pour gérer les comorbidités d'un accident vasculaire cérébral, contribuent vraisemblablement à la dysfonction sexuelle post-AVC de ces patients. Beaucoup d'agents antihypertenseurs peuvent inhiber les érections en diminuant la pression artérielle caverneuse de manière concomitante. Certains d'entre eux, comme les bétabloquants, peuvent diminuer le désir sexuel **[8,30,31].**

Par ailleurs les facteurs de risque cardiovasculaire (hypertension artérielle [HTA], diabète, dyslipidémie, tabac) sont une des étiologies majeures des AVC, mais sont également une des principales causes de dysfonctions sexuelles plus particulièrement de dysfonction érectile (DE). En effet ils sont étroitement liés du fait d'une physiopathologie commune. Ils entraînent l'apparition d'athérosclérose qui est le plus souvent diffuse. Ces lésions d'athérome vont limiter la nécessaire augmentation de perfusion artérielle du tissu érectile lors d'une stimulation sexuelle, prérequis à la survenue d'une érection rigide. Lors d'une érection, la cellule endothéliale, qui tapisse les espaces sinusoïdes, est étirée par le flux sanguin ("*shear stress*"). En réponse à cette stimulation mécanique, la cellule endothéliale produit et libère du monoxyde d'azote (NO). Ce NO endothélial est indispensable à la relaxation du tissu érectile et au maintien de l'érection. Lorsque ce mécanisme est défaillant, cela constitue la base de la physiopathologie de la dysfonction endothéliale qui est le mécanisme physiopathologique commun entre la DE et les maladies cardio-vasculaires (CV). Concernant le diabète, le mécanisme est plus complexe. En effet, il allie la neuropathie autonome des corps caverneux à la microangiopathie, qui induit un défaut de relaxation musculaire lisse médié par le NO, et à la macroangiopathie responsable d'afflux de sang artériel lors d'une stimulation sexuelle.

1.4 Traitement des dysfonctions sexuelles

1.4.1 Traitement des dysfonctions sexuelles masculines

❖ Mesures générales

- La première attitude thérapeutique consiste à corriger les facteurs de risque (alimentation dite méditerranéenne, activité physique, arrêt ou diminution des facteurs toxiques [tabac, alcool]); adapter les traitements potentialisateurs d'une dysfonction sexuelle érectile (antihypertenseurs, hypocholestérolémiants, neuroleptiques, antidépresseurs, antidiabétiques oraux, traitements hormonaux, analogues LHRH [Luteinizing Hormone-Releasing Hormone]), inhibiteurs de la 5 α-réductase [Finastéride, Dutastéride] pour le traitement de l'hypertrophie bénigne de la prostate [HBP]) **[32].**

- Quand le traitement devient plus spécifique, le travail en réseau avec des collègues spécialistes devient une aide précieuse (sexologue, psychothérapeute etc) **[32].**

❖ Mesures spécifiques

1- Troubles de l'érection

- Moyens non-hormonaux
  - ✓ Généraux :
    - inhibiteurs de la PDE5 : Sildénafil (VIAGRA®); Vardénafil (LEVITRA®, VERVENTI®) ; Tadalafil (CIALIS®), Avanafil (SPEDRA®) ;
  - ✓ Locaux :
    - pompe à pénis : pompe à vide ou vacuum ;
    - ondes de choc : Low Intensity Extracorporeal Shock Wave Therapy (Li-ESWT) ;

- suppositoires transurétraux de prostaglandine E1 (PG E1) : Alprostadil (MUSE® : Medicated Urethral System of Erection) ;
- crème d'application locale constituée de PG E1 : Alprostadil (VITAROS®) ;
- injections intracaverneuses de papavérine, de phentolamine, de PG E2 qui est de la Prostaglandine E2 (Caverject®), de TRIMIX® (association de Papavérine, Phentolamine et PG E2) ;
- chirurgie pénienne : implant pénien ou prothèse pénienne ;

- Moyens hormonaux
  - ✓ Généraux :
    - testostérone (orale ou sublinguale) ;
  - ✓ Locaux :
    - dispositif transdermique : TESTOPATCH ;
    - injection intramusculaire (IM) de testostérone.

2- Troubles de l'éjaculation

- Moyens non-hormonaux
  - ✓ Généraux :
    - inhibiteurs de la PDE5 : l'hypothèse d'action de cette molécule est un l'obtention d'une érection de meilleure qualité et persistante malgré l'éjaculation. Cela permet de continuer le rapport jusqu'au plaisir du partenaire et permet également une désensibilisation de la verge qui permet l'allongement du temps éjaculatoire ;
    - inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) : ils sont indiqués pour apaiser des états dépressifs et anxieux sévères ; ces produits provoquaient une série d'effets secondaires parmi lesquels un tassement de la réactivité sexuelle principalement des anéjaculations et des

éjaculations retardées. Ces molécules ont été essayées pour le traitement de l'EP (éjaculation précoce) et comparées avec un placebo. Ils ont permis d'établir l'efficacité de la Paroxétine 10-40mg, la Sertraline 50-200mg/j, la Fluoxétine 20-40mg/j, le Citalopram 24-40mg/J et un antidépresseur tricyclique, la Clomipramine 50mg/jour. Mais ces traitements ont leurs limites car retarder l'éjaculation n'équivaut pas nécessairement à la contrôler, ni à optimiser son plaisir sexuel. D'autre part, les effets collatéraux ne sont pas négligeables (nausées, vertiges, bouche sèche et même perte d'érection et de libido). Les effets psychotropes recherchés par les personnes déprimées peuvent devenir indésirables chez les sujets traités pour une EP. Enfin l'arrêt du traitement tend à s'accompagner à la fois d'un syndrome de sevrage et d'un retour du fonctionnement sexuel antérieur ou statu quo (pas de bénéfice à long terme) et son utilisation est hors autorisation de mise sur le marché ;

✓ Locaux :

- sprays, lubrifiants ou préservatifs anesthésiants : aérosol à base de Lidocaïne–Prilocaïne à appliquer sur le gland ; lubrifiants ou préservatifs tapissés à la Benzocaïne : ces produits ne permettent pas la spontanéité appliqués avant le rapport et génèrent une hypoesthésie intrinsèque au risque de se transmettre à la partenaire. Pour éviter ces inconvénients, il faut se rincer méticuleusement le pénis quelques minutes après l'application du produit et/ou utiliser un préservatif ;
- injections intra caverneuses de drogues vaso-actives ;
- chirurgie pénienne : proposée par Tullii sur la base d'une altération du réflexe bulbo-caverneux à l'électromyogramme, ce patient suit une neurectomie partielle du nerf dorsal du pénis. Avec des résultats mitigés **[33],** la chirurgie du frein de la verge a été proposée sans aucun succès ;

✓ Autres traitements :

- traitements comportementaux : le “stop and start”; l’approche sexo-corporelle
- hypnose thérapeutique : c’est une technique parfaitement reconnue, et régulièrement utilisée dans le cadre des thérapies brèves par de très nombreux psychiatres, psychologues et psychothérapeutes etc. Pendant une séance d’hypnose Ericksonienne (méthode de Milton Erickson), vous êtes dans un état de profonde relaxation qui vous permet d’accéder à votre inconscient pour détruire ces blocages et les remplacer par des pensées positives et saines, qui vous aident à devenir plus confiants en vos capacités sexuelles ;
- musicothérapie : elle permet une rééducation efficace du réflexe éjaculatoire en conditionnant le sujet à ne jouir qu’à l’écoute d’une musique rapide survenant de plus en plus tardivement après la séquence de musique lente rythmant les mouvements intra-vaginaux.

1.4.2 Traitement des dysfonctions sexuelles féminines

❖ Mesures générales

- L'information sur la réponse sexuelle féminine : une information sur la réponse sexuelle féminine est recommandée **[34]**. Elle sera très utile dans les périodes fragiles de la vie de la femme comme la grossesse et la ménopause. Ces indications simples peuvent être formulées par tout urologue ou gynécologue. Brotto et al ont rapporté une nette amélioration à la fois sur le désir et l'excitation après trois sessions d'intervention psycho-éducative dans un groupe de 26 femmes **[35].**
- La prise en charge adéquate des facteurs de risque cardiovasculaire

avec réajustement de leurs traitements à risque de dysfonctions sexuelles, de même que la modification du style de vie : elle implique la réduction du poids corporel et l'exercice physique.

- La prise en charge psychosexuelle : une prise en charge psychosexuelle

est hautement recommandée en cas de facteur psychologique au premier plan. Le collègue sexologue (ou psychiatre selon les cas) jugera de la meilleure thérapeutique à adopter pour chaque patiente, sexothérapie dite traditionnelle thérapie cognitivo-comportementale (TCC).

❖ <u>Mesures spécifiques</u>

1- Troubles du désir

- Moyens non-hormonaux
  - ✓ Généraux :
    - inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5 (IPDE5) : les premières études avaient montré leur absence d'efficacité chez la femme. En revanche chez la femme dépressive, il semble que l'association à un traitement antidépresseur ait un effet positif sur la sexualité en particulier sur le désir sexuel **[36].**
    - bupropion : le bupropion (Zyban®) permettrait une amélioration de l'orgasme mais pas du désir chez les patientes non-déprimées. En revanche, il existait une amélioration significative du désir sexuel, dans une étude prospective randomisée en double insu avec bras placebo, lorsque le bupropion était associé à un ISRS chez des patientes déprimées (65,3 % contre 4,3 % pour le placebo) **[37].** Ces résultats demandent à être confirmés par d'autres études avant de proposer ce traitement en pratique courante ;
    - flibanserine : la flibanserine, 5HTIA (5 hydroxytryptamine 1A) antagoniste/5HT2A (5 hydroxytryptamine 2A)

antagoniste, initialement testée en tant qu'antidépresseur, a amélioré tous les scores de sexualité, en particulier le désir, dans plusieurs études récentes randomisées, au dosage de 100 mg/j, avec des effets secondaires de l'ordre de 10% de type somnolence, fatigue ou vertiges, avec une amélioration de 47 à 50% contre 30% dans le groupe placebo **[38-40].** D'autres études sont nécessaires, notamment de tolérance à long terme, avant sa commercialisation ;

- gépirone : la gépirone donnée chez des femmes dépressives aurait trois actions (antidépressive, anxiolytique et améliorant le désir sexuel) dans une étude sur 334 patientes déprimées ne présentant pas de dysfonction sexuelle au départ. L'amélioration du désir sexuel était présente qu'il y ait une réponse ou non sur la dépression et l'anxiété **[41] ;**

- Moyens hormonaux
  - ✓ Généraux :
    - substitution androgénique
  - ✓ Locaux :
    - traitement œstrogénique local

2- Troubles de l'excitation, de la lubrification vaginale, de l'orgasme et de la douleur coïtale

- Moyens non-hormonaux
  - ✓ Généraux :
    - inhibiteurs de la phosphodiesterase 5 (IPDE5) : seuls les inhibiteurs de la phosphodiesterase 5 (IPDE5) ont fait l'objet d'études plus larges. Une étude récente chez des femmes souffrant de troubles de l'excitation, n'a pas montré d'effet du Sildénafil sur la vasodilatation clitoridienne, mesurée en IRM (Imagerie par résonance magnétique) dynamique pendant une stimulation sexuelle audiovisuelle **[42].** Le développement du Sildénafil pour

le traitement des dysfonctions sexuelles féminines a été arrêté il y a plusieurs années.

✓ Locaux :

- lubrifiants non hormonaux : ils sont largement utilisés chez les femmes dyspareuniques, qui présentent fréquemment des troubles de la lubrification associés **[43]** avec une efficacité sur les douleurs jugée modérée pour ces femmes.

- aspirateur clitoridien : EROS® device. C'est un dispositif permettant l'augmentation de la vascularisation clitoridienne, a été développé **[44].** Une amélioration des sensations et de la lubrification a été rapportée par quelques femmes dans des essais non contrôlés. Aux États-Unis, l'EROS® device a reçu l'approbation de la Food and Drugs Administration (FDA) dans les dysfonctions sexuelles féminines.

- Moyens hormonaux

✓ Généraux :

- tibolone : c'est un stéroide de la famille des dérivés 19-nor testostérone ou nandrolone, par voie orale à la dose de 2,5 mg par jour (Livial®) chez la femme ménopausée, dans une étude en double insu avec cross over, a permis lors d'une stimulation sexuelle par fantasmes et par films érotiques une augmentation de la réponse sexuelle objective mesurée par pléthysmographie ainsi que du désir, de l'excitation subjective et des fantasmes érotiques comparativement au placebo, avec une meilleure lubrification vaginale **[45].** Faute d'études suffisantes, notamment sur les effets secondaires à long terme, il n'y a pas d'indication à ce traitement dans les troubles de l'excitation sexuelle actuellement **[46].**

✓ Locaux :

- œstrogènes : administrés par voie locale, les œstrogènes préservent la trophicité vulvo-vaginale, sans les inconvénients ou risques

possibles du Traitement Hormonal Substitutif (THS) **[47].** Ils sont donc recommandés, en l'absence de contre-indications loco-régionales chez les femmes ménopausées **[48].** L'utilisation de ce traitement, à distance d'un cancer du sein traité nécessite l'accord du cancérologue. La Déhydro-épiandrostenedione (DHEA), en application locale, augmenterait l'excitation chez des femmes ménopausées d'après une étude randomisée, en double insu contre placebo, chez 216 femmes en post ménopause présentant une atrophie vaginale sévère à modérée, par le biais d'une amélioration de la lubrification associée à une augmentation du désir, de l'excitation et de l'orgasme **[49,50].**

2. CADRE ET METHODE D'ETUDE

2.1 Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée au Bénin dans la ville de Cotonou plus précisément à la clinique universitaire de Neurologie (CUN) du Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM).

2.1.1 Le CNHU-HKM

C'est l'hôpital de référence du Bénin. Il a été créé en 1962 par le premier président de la république du Bénin dont il porte le nom. Il a acquis le statut de centre hospitalier universitaire en 1973 puis en 2001 devient le CNHU-HKM. Il avait à sa création une capacité de 350 lits. Mais aujourd'hui, sa capacité d'accueil avoisine les 1000 lits.

Il est composé de plusieurs départements spécialisés dont le département médical et spécialités médicales dans lequel se trouve la CUN.

2.1.2 La clinique universitaire de Neurologie

•Les infrastructures

La clinique de neurologie est composée de :

- ✓ Ressources matérielles

-une unité de soins intensifs neuro-vasculaires (USINV) comportant 6 lits ;

-trois salles d'hospitalisation au sein du pavillon de médecine et comportant une quarantaine de lits ;

-trois salles de consultations externes ;

-une salle d'explorations fonctionnelles neurologiques qui dispose d'un équipement comprenant un appareil numérisé d'EEG (Electroencéphalogramme) fixé avec vidéo ;

-une salle d'ENMG (Electroneuromyogramme) ;

-huit bureaux ;

-une salle de staff ;

-un secretariat.

- ✓ Ressources humaines

-trois professeurs titulaires de neurologie dont le chef service est le Professeur HOUINATO Dismand Stéphan ;

-un professeur assistant ;

-deux praticiens hospitaliers en neurologie ;

-dix infirmiers et infirmières dont le surveillant général ;

-huit aides-soignants ;

-une secrétaire.

•<u>Les activités du service</u>

Elles sont de trois ordres :

-les activités de soins qui comportent les consultations, les hospitalisations et les explorations fonctionnelles (EEG, EMG) ;

-les activités de formation : les cours et stages hospitaliers des étudiants de 2e, 4ème, 6ème année de médecine et des médecins en formation du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de neurologie ;

-les activités de recherche : les communications et publications scientifiques, les thèses de doctorat en médecine, les mémoires de DES de neurologie.

2.2 Méthode d'étude

2.2.1 Type et période d'étude

Il s'est agi d'une étude transversale descriptive et analytique. Elle s'est étendue sur trois (03) mois : de Août 2022 à Octobre 2022.

2.2.2 Population d'étude

La population d'étude était constituée des patients reçus en consultation post-AVC dans la CUN du CNHU-HKM de Cotonou pendant la période d'étude.

2.2.3 Taille et technique d'échantillonnage

2.2.3.1 Critères d'inclusion

Etaient inclus dans l'étude tous les patients des deux sexes :

- âgés d'au moins 18 ans ;
- ayant été victime d'un AVC au moins 1 mois avant la date de consultation ;
- dont le type d'AVC a été documenté par imagerie médicale ;
- ayant donné leur consentement éclairé pour participer à l'étude.

2.2.3.2 Critères d'exclusion

Etaient exclus de l'étude les patients ayant une aphasie.

2.2.3.3 Echantillonnage

L'échantillonnage a été exhaustif en tenant compte des critères ci-dessus énumérés.

2.2.3.4 Variables

Les variables de notre étude ont été opérationnalisées dans les tableaux XIX à XXV en annexes. Elles sont regroupées en deux catégories: les variables dépendantes et les variables indépendantes.

2.2.3.4.1 Variables indépendantes

- **Caractéristiques sociodémographiques**

- Age
- Sexe
- Réligion
- Ethnie
- Résidence
- Niveau d'étude
- Profession
- Niveau socio-économique (Niveau SE)
- Situation matrimoniale (SM)
- Latéralité

- **Caractéristiques cliniques**

- Antécédents médicaux et chirurgicaux et traitements en cours ; le mode de vie
- Délai post-AVC
- Scores et échelles :

- ✓ NIHSS (de l'anglais National Institutes of Health Stroke) pour le pronostic de l'AVC
- ✓ mRS (de l'anglais modified Rankin Score) pour l'évaluation du handicap physique
- ✓ Barthel pour la mesure de l'indépendance fonctionnelle
- ✓ IADL4 pour l'appréciation de la qualité de vie
- ✓ Questionnaire HADS (de l'anglais Hospital Anxiety and Depression Scale) pour l'évaluation des troubles anxio-dépressifs

- **Caractéristiques paracliniques**

- Type, topographie et siège de la lésion cérébrale
- Etiologie de l'AVC

2.2.3.4.2 Variables dépendantes

Ce sont :

➢ le MSHQ (Men's Sexual Health Questionnaire) pour l'évaluation de la fonction sexuelle chez l'homme.

Le tableau suivant montre les variations du score de chacun des six (06) domaines que comprend le MSHQ.

Tableau I: Score Men's Sexual Health Questionnaire (MSHQ)

Domaine	Questions	Variations des sous-scores
Activité sexuelle et désir sexuel	19-20-21	7 à 35
Erection	1-2-3	0 à 15
Gêne (Problèmes d'érection)	4	1 à 5
Ejaculation	5 à 11	1 à 35
Gêne (Problèmes d'éjaculation)	12	1 à 5
Satisfaction	13 à 18	6 à 30

Un score égal à 82 ou au-dessus de 82 correspond à une bonne fonction sexuelle et un score en dessous de 82 implique une fonction sexuelle anormale. Un sous-score avec un résultat inférieur à 65% du maximum est considéré comme dysfonction sexuelle masculine spécifique.

- le FSFI (Female Sexual Function Index) pour l'évaluation la fonction sexuelle chez la femme.

Le tableau ci-après montre les variations du score de chacun des six (06) domaines que comprend le FSFI.

Tableau II: Score d'évaluation du Female Sexual Function Index (FSFI)

Domaine	Questions	Variations des sous-scores	Facteur de multiplication	Score minimum	Score maximum
Désir	1-2	1 à 5	0,6	1,2	6
Excitation	3-4-5-6	0 à 5	0,3	0	6
Lubrification	7-8-9-10	0 à 5	0,3	0	6
Orgasme	11-12-13	0 à 5	0,4	0	6
Satisfaction	14-15-16	0 ou 1 à 5	0,4	0,8	6
Douleur	17-18-19	0 à 5	0,4	0	6

Un score égal à 23 ou au-dessus de 23 correspond à une bonne fonction sexuelle et un score en dessous de 23 implique une fonction sexuelle anormale. Un sous-score avec un résultat inférieur à 65% du maximum est considéré comme dysfonction sexuelle féminine spécifique.

Les questionnaires MSHQ et FSFI portent sur l'activité sexuelle au cours du dernier mois avant l'entretien. Dans notre étude nous avons défini comme

patient ayant une dysfonction sexuelle, tout patient sexuellement actif durant le dernier avant mois avant l'entretien qui a un score global anormal et tout patient sexuellement inactif durant le dernier mois avant l'entretien qui a un sous score de l'activité et du désir sexuel et/ou un sous score de l'insatisfaction sexuelle anormal.

2.2.4 Outils, technique et déroulement de collecte des données

2.2.4.1 Outils

Nous avons procédé nous-même à la collecte des données en deux étapes dont la première étape sur un support numérique grâce à l'application KoboCollect téléchargeable sur le playstore du système d'exploitation pour smartphone android et la deuxième étape sur un support physique. Le support physique était constitué des différents scores et échelles de notre fiche d'enquête. Les totaux de ces scores et échelles étaient ensuite saisis numériquement dans l'application KoboCollect du système android qui renseignait, en plus de ces totaux, sur les autres informations de notre fiche d'enquête.

2.2.4.2 Technique

Les informations ont été recueillies lors d'un entretien individuel avec chaque patient avant ou après la consultation par les spécialistes neurologues. Elles ont été retenues sur la base des déclarations des patients et sur la base des vérifications dans le dossier médical des patients.

2.2.4.3 Déroulement

Avant ou après la consultation des spécialistes neurologues, les patients qui répondaient aux critères d'inclusion de notre étude était reçus dans l'une des salles dédiées à l'enquête. Après explication du bien fondé de notre étude, ils étaient ensuite soumis successivement aux questions des supports numérique puis physique de notre questionnaire avant d'être remerciés pour la participation à notre étude. Par ailleurs, une approche thérapeutique était proposée en collaboration avec les spécialistes neurologues et autres specialistes mieux indiqués (andrologues, gynécologues et sexologues) aux patients chez qui on retrouvait des scores ou échelles pathologiques qui pourraient passer inaperçus lors des consultations ou aux patients qui manisfaitaient le désir que leurs problèmes sexuels soient pris en charge.

2.2.5 Saisie, traitement et analyse des données

Les données ont été dans un premier temps saisies dans l'application KoboCollect avant d'être envoyées dans un second temps dans la base de données créée à cet effet sur le site « KoboToolBox ». Elles ont été traitées et analysées à l'aide du logiciel SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) version 20. Les tableaux et les graphiques ont été réalisés dans les logiciels Word et Excel de Microsoft Office 2016. Les variables quantitatives ont été présentées sous forme de minimum, maximum, moyenne et d'écart-type, et les variables qualitatives sous forme de fréquence. Les tests de chi2 ont été utilisés pour déterminer les facteurs associés aux dysfonctions sexuelles chez les patients avec un seuil de significativité fixé à 5%.

2.2.6 Difficultés rencontrées

Les difficultés rencontrées au cours de ce travail ont été les suivantes :

- l'impatience de certains patients devant la durée trop longue de soumission au questionnaire (vingt à trente minutes) à l'origine des abandons dans le rang des patients aphasiques ;
- la barrière linguistique qui obligeait quelques fois à faire recours à un interprète ;
- la mauvaise compréhension de certaines questions qui rendait l'entretien plus long.

2.2.7 Considérations éthiques et administratives

Le consentement verbal du patient a été obtenu avant l'entrevue. De même, l'anonymat des participants a été strictement respecté.

Toutes les données recueillies au cours de notre travail ont été protégées sur l'application et le site internet qui ont servi à la collecte des données par un identifiant et un mot de passe. Elles n'ont servi que dans le cadre de ce travail de recherche et resteront confidentielles.

3. RESULTATS

3.1 Caractéristiques des patients de l'étude

3.1.1 Flux d'inclusion des patients de l'étude

A partir des critères d'étude précédemment énumérés dans notre méthode, nous présentons ci-dessous le diagramme de flux des patients de notre travail de recherche.

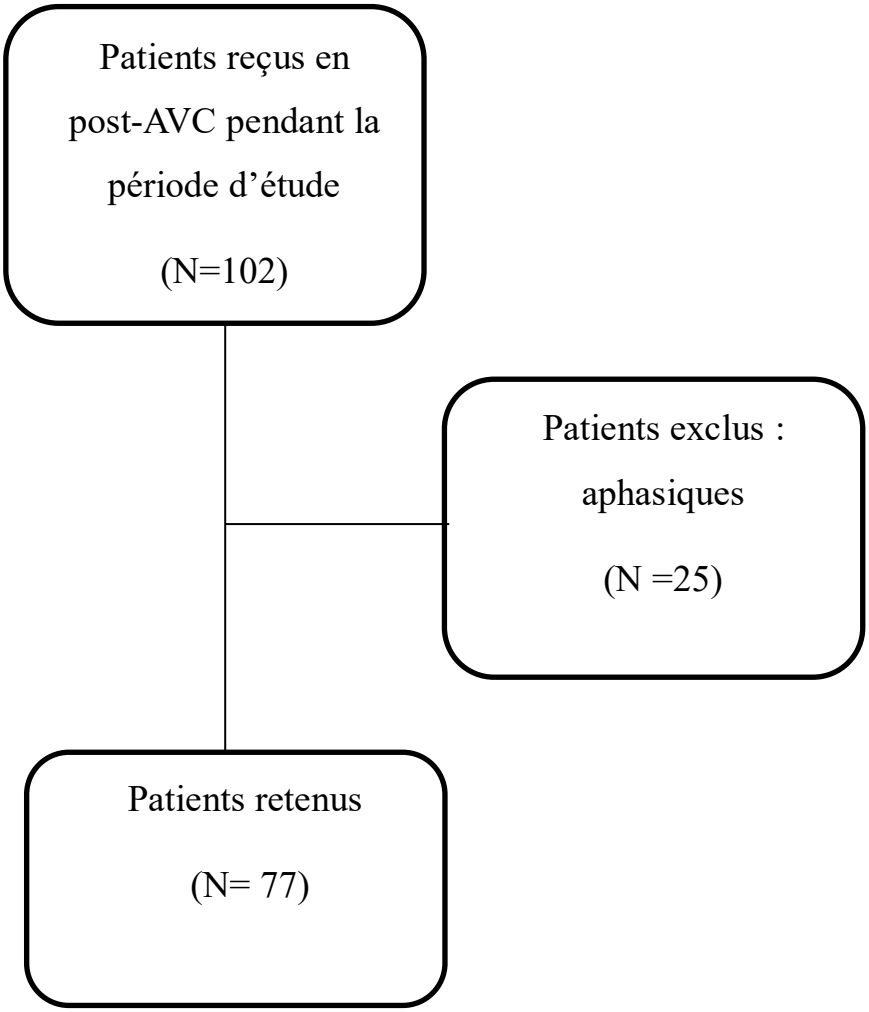


Figure 2: Diagramme de flux des enquêtés

3.1.2 Caractéristiques sociodémographiques

3.1.2.1 Age

La figure suivante montre la répartition des patients en post-AVC selon l'âge.

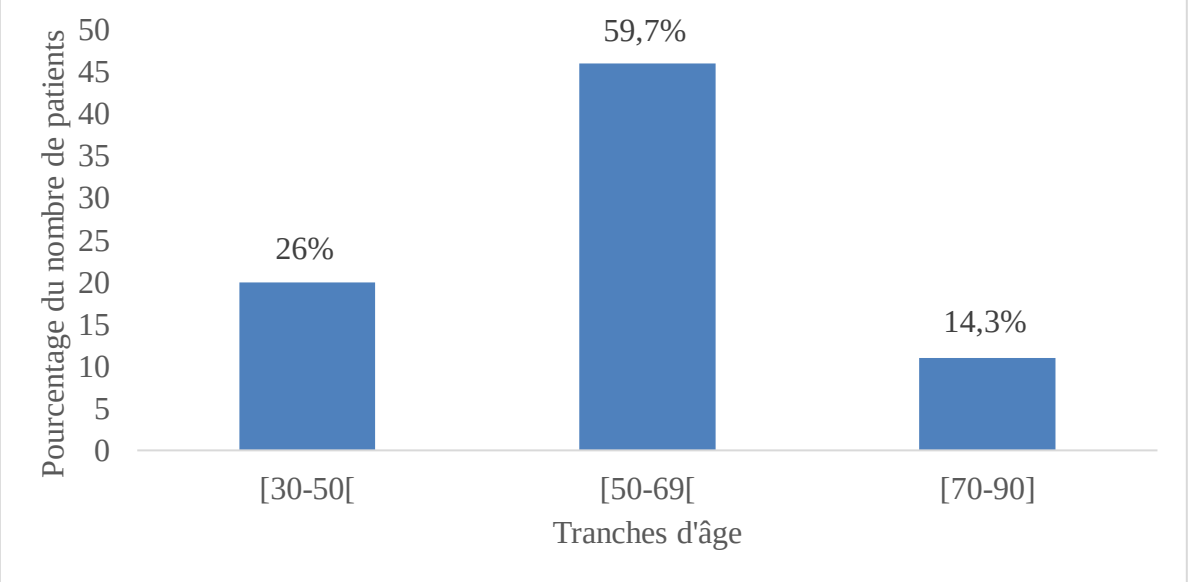


Figure 3: Répartition des patients en post-AVC selon l'âge. N=77

L'âge moyen des patients était de 57,74±12,54 ans avec des extrêmes de 30 et de 87 ans. Parmi les 77 patients, 57 (74%) avaient un âge supérieur ou égal à 50 ans.

3.1.2.2 Sexe

L'échantillon étudié était constitué de 46 hommes (59,7%) et de 31 femmes (40,3%) soit un sex-ratio de 1,48.

3.1.2.3 Religion, ethnie et résidence

Le tableau suivant montre la répartition des patients en post-AVC selon la religion, l'ethnie et la résidence.

Tableau III: Répartition des patients en post-AVC selon la religion, l'ethnie et la résidence. N=77

	Effectif	**Pourcentage (%)**
Religion		
Chrétiens	**71**	**92,2**
Musulmans	4	5,2
Autres	2	2,6
Ethnie		
Fon et apparentés	**54**	**70,1**
Mina et apparentés	5	6,5
Yoruba et apparentés	7	9,1
Adja	4	5,2
Dendi et apparentés	5	6,5
Autres	2	2,6
Résidence		
Urbaine	**75**	**97,4**
Rurale	2	2,6
Total	**77**	**100,0**

Dans la population d'étude, la plupart des patients était des chrétiens (92,2%). L'ethnie « Fon et apparentés » était la plus représentée (70,1%) et la majorité des patients vivait en zone urbaine (97,4%).

3.1.2.4 Niveau d'étude et profession

Le tableau ci-après montre la répartition des patients en post-AVC selon le niveau d'étude, la profession, le niveau socio-économique et la situation matrimoniale.

Tableau IV: Répartition des patients en post-AVC selon le niveau d'étude et la profession. N=77

	Effectif	**Pourcentage (%)**
Niveau d'étude		
Supérieur	24	31,2
Secondaire	**33**	**42,9**
Primaire	13	16,9
Analphabétisé	7	9,1
Profession		
Fonctionnaire	**25**	**32,5**
Commerçant	11	14,3
Ménagère	7	9,1
Artisan	8	10,4
Sans emploi	2	2,6
Retraités	24	31,2
Total	**77**	**100,0**

Dans notre population d'étude, 74,1% des patients avaient un niveau d'étude secondaire ou supérieur et 32,5% des patients étaient des fonctionnaires.

3.1.2.5 Niveau socio-économique et situation matrimoniale.

Le tableau ci-après montre la répartition des patients en post-AVC selon le niveau socio-économique et la situation matrimoniale.

Tableau V: Répartition des patients en post-AVC selon le niveau socio-économique et la situation matrimoniale. N=77

	Effectif	**Pourcentage (%)**
Niveau SE		
Bas	**34**	**44,2**
Moyen	20	26,0
Elevé	23	29,9
SM		
Marié (e)	**48**	**62,3**
Veuf (ve)	9	11,7
Divorcé (e)	2	2,6
Célibataire	18	23,4
Total	**77**	**100,0**

SE : socio-économique ; **SM** : situation matrimoniale

Dans notre population d'étude, 44,2% des patients avaient un niveau socio-économique bas et 62,3% étaient mariés.

3.1.3 Caractéristiques cliniques

3.1.3.1 Antécédents

La figure ci-dessous présente la répartition des patients en post-AVC selon les antécédents pathologiques à risque de dysfonction sexuelle.

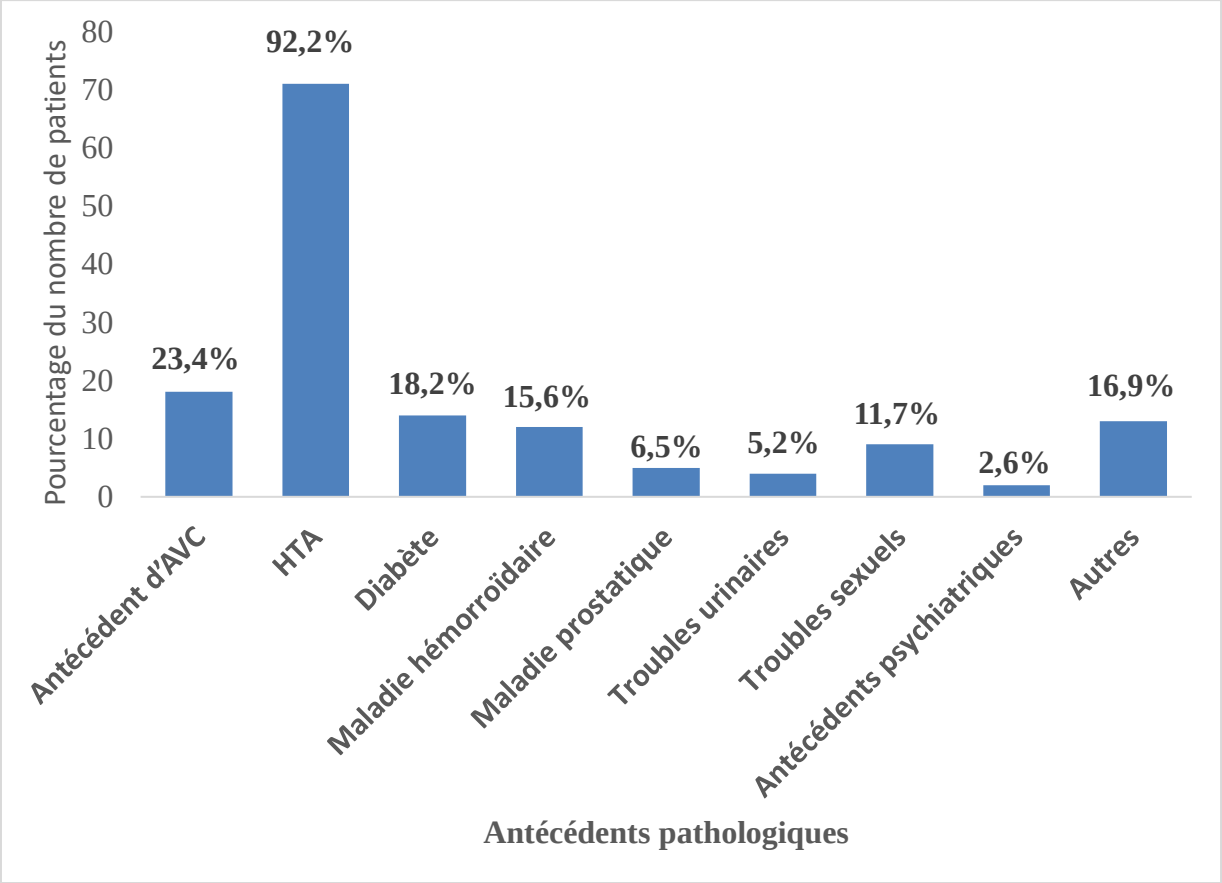


Figure 4: Répartition des patients en post-AVC selon les antécédents pathologiques à risque de dysfonction sexuelle. N=77

Il y avait une multiplicité d'antécédents pathologiques chez plusieurs patients. Chez 72 patients (93,5%), au moins un antécédent pathologique avait été relevé. L'hypertension artérielle est l'antécédent pathologique le plus retrouvé dans notre population d'étude (92,2%).

3.1.3.2 Traitements en cours

Le tableau suivant montre la répartition des patients en post-AVC selon les traitements en cours à risque de dysfonction sexuelles.

Tableau VI: Répartition des patients en post-AVC selon les traitements en cours à risque de dysfonction sexuelle. N=77

	Effectif	**Pourcentage (%)**
Anti-hypertenseur		
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC)	61	**79,2**
Bêtabloquant	6	7,8
Diurétique	25	32,5
Antidiabétique		
Insuline	1	1,3
Antidiabétiques oraux (ADO)	13	**16,9**
Antidépresseur		
Tricyclique	**5**	**6,5**
Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS)	9	11,7

Des traitements médicamenteux à risque pouvaient être retrouvés en association chez plusieurs patients. 12 patients avaient arrêté leur traitement anti-hypertenseur. Parmi les 65 autres patients (84,41%) sous traitement anti-hypertenseur, 61 (79,2%) étaient sous inhibiteur de l'enzyme de conversion. 13 (16,9%) étaient sous antidiabétique oral et 9 (11,7%) utilisaient un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine.

3.1.3.3 Mode de vie

9,1% des patients de notre population d'étude avaient un mauvais mode de vie. En effet, 3,9% des patients étaient sédentaires et 5,2% autres patients étaient alcooliques dans notre population d'étude.

3.1.3.4 Délai post-AVC

La figure ci-après montre la répartition des patients en post-AVC selon le délai post-AVC.

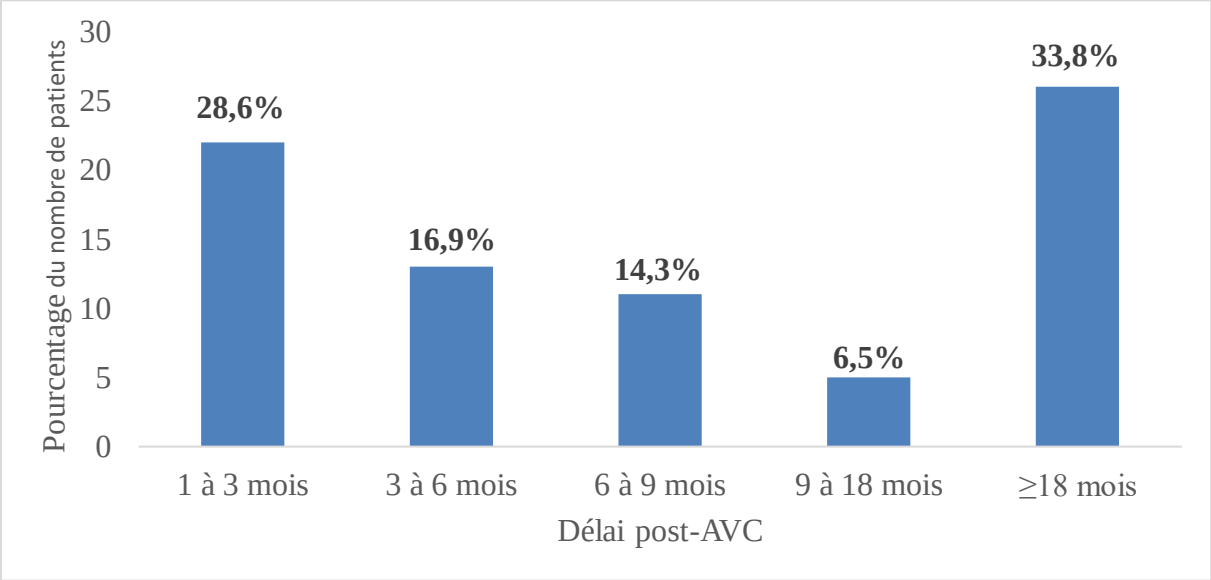


Figure 5: Répartition des patients en post-AVC selon le délai post-AVC. N=77

66,2% des patients étaient à la phase de récupération neurologique dont un peu plus de la moitié à la phase de récupération lente (30,2%) et 33,8% étaient à la phase séquellaire de l'AVC. Le délai moyen post-AVC est de 21,7 mois (650,86 jours) avec des extrêmes de 1,1 et de 153,5 mois (33 et de 4605 jours). 26 patients (33,8%) de notre population d'étude avaient consulté au-delà de 18 mois après leur dernier épisode d'AVC.

3.1.3.5 Autres caractéristiques cliniques

3.1.3.5.1 Score pronostic de l'AVC (NIHSS)

La figure ci-dessous montre la répartition des patients en post-AVC selon le score pronostic de l'AVC (NIHSS).

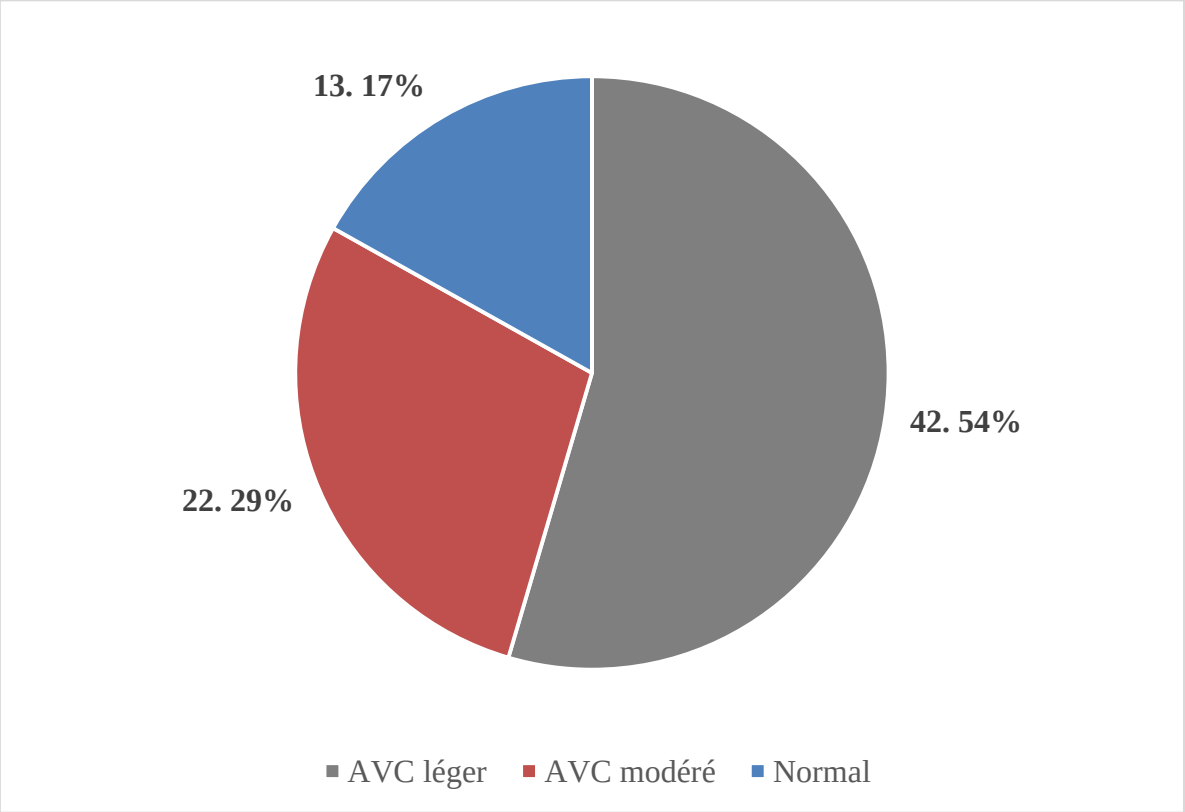


Figure 6: Répartition des patients en post-AVC selon le score pronostic de l'AVC (NIHSS). N=77

Le score NIHSS des patients a varié de 0 à 13 avec une moyenne de 3,36. La majorité des patients de notre étude (54%) avait un AVC léger.

3.1.3.5.2 Degré d'invalidité (RANKIN modifié)

La figure suivante montre la répartition des patients en post-AVC selon le degré d'invalidité de l'AVC (RANKIN modifié).

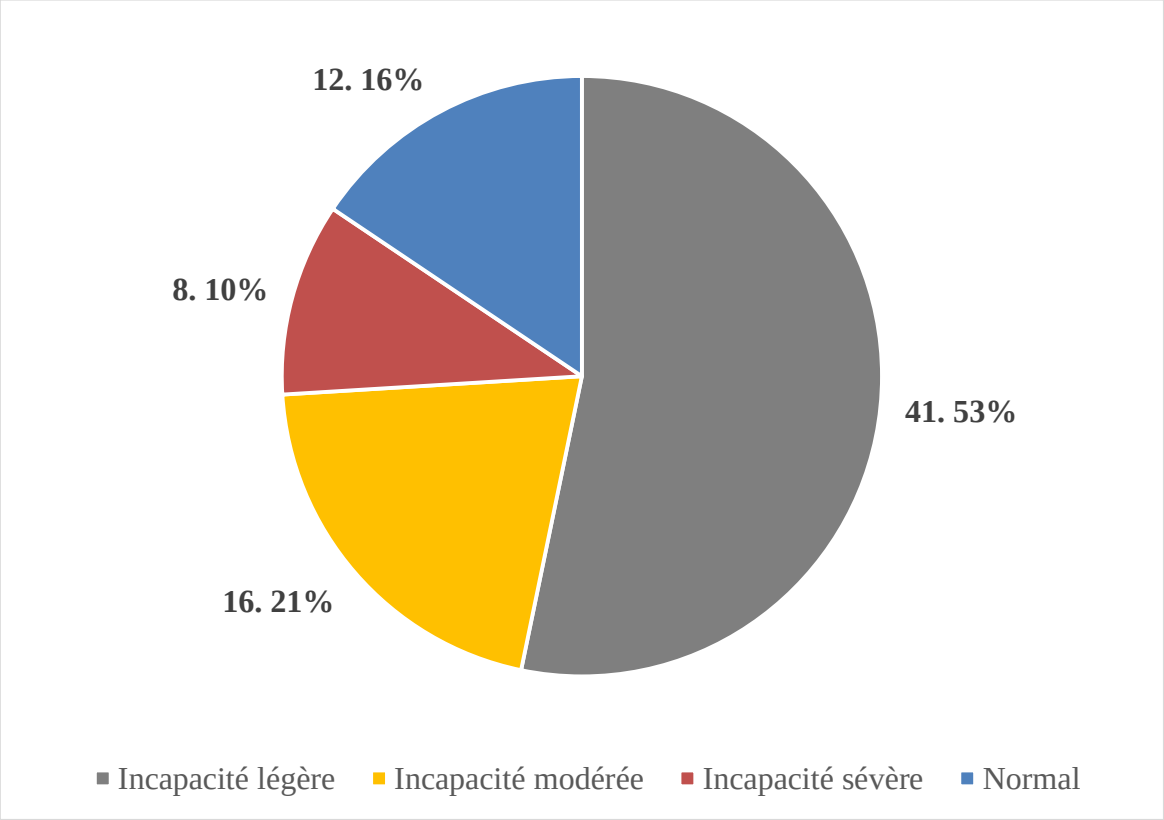


Figure 7: Répartition des patients en post-AVC selon le degré d'invalidité de l'AVC (RANKIN modifié). N=77

L'échelle d'invalidité de Rankin a varié de 0 à 5 avec une moyenne de 1,73. La plupart des patients de notre étude (53%) avait une incapacité légère.

3.1.3.5.3 Niveau d'indépendance fonctionnelle (Barthel)

La figure ci-après montre la répartition des patients en post-AVC selon l'indépendance fonctionnelle (Barthel).

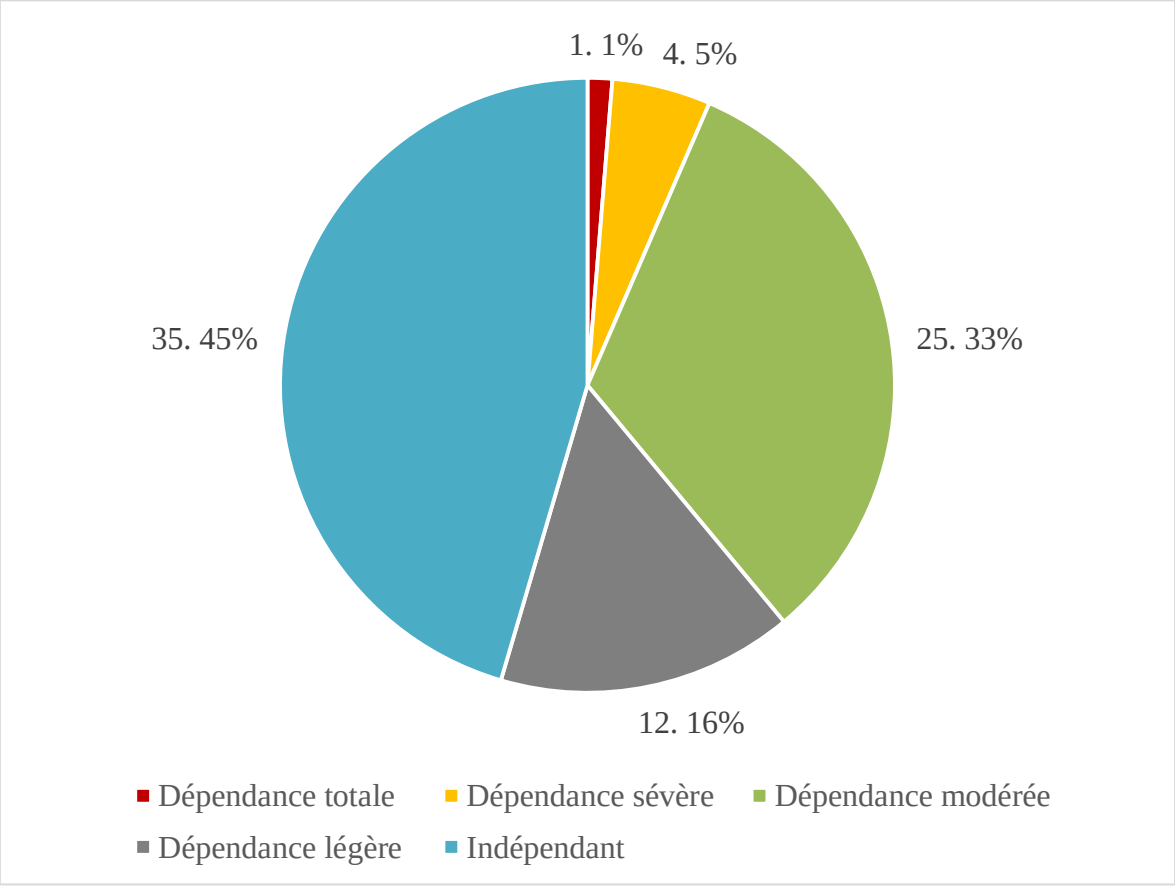


Figure 8: Répartition des patients en post-AVC selon l'indépendance fonctionnelle (Barthel). N=77

L'indice de Barthel a varié de 10 à 100 avec une moyenne de 90. La plupart des patients étaient dépendants (54,5%) et 49% avaient une dépendance légère ou modérée.

3.1.3.5.4 Qualité de vie (IADL4)

La figure suivante montre la répartition des patients en post-AVC selon la qualité de vie (IAD4).

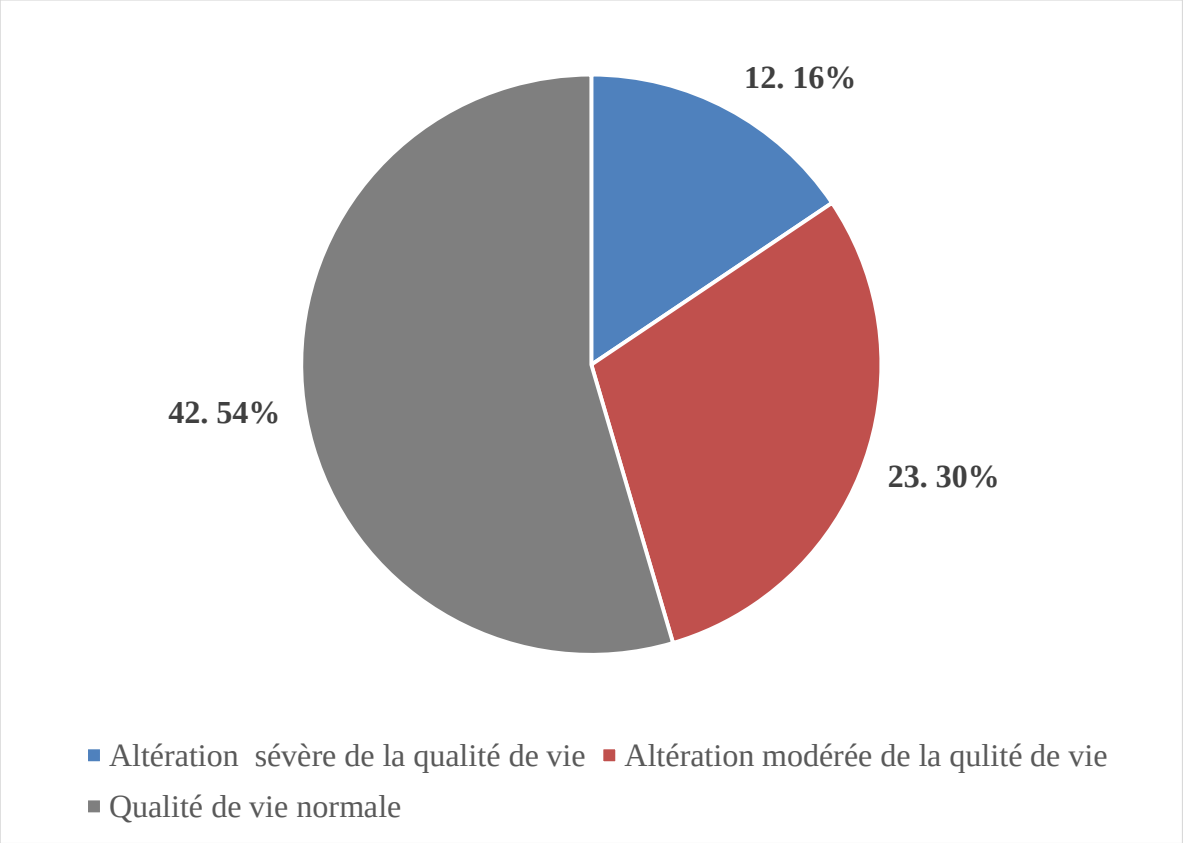


Figure 9: Répartition des patients en post-AVC selon la qualité de vie (IAD4). N=77

46% des patients de notre population d'étude avaient une qualité de vie altérée. 30% avait une altération modérée de leur qualité de vie.

3.1.3.5.5 Troubles anxio-dépressifs (HADS)

Le score HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) a varié de 2 à 29 avec une moyenne de 12,96. Les troubles anxio-dépressifs étaient retrouvés chez 29 patients (38%) de notre population d'étude.

La figure ci-après montre la répartition des patients en post-AVC selon les troubles anxieux et les troubles dépressifs.

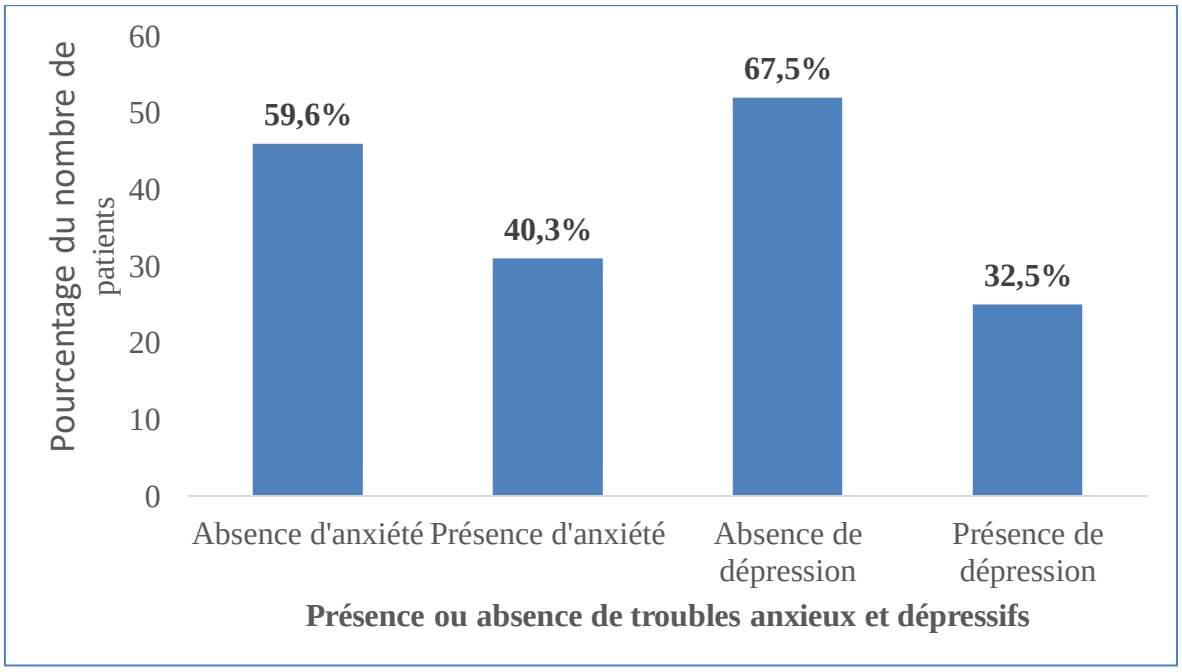


Figure 10: Répartition des patients en post-AVC selon les troubles anxieux et les troubles dépressifs (HADS). N=77

Au total les troubles anxieux étaient retrouvés chez 31 patients (40,3%) et les troubles dépressifs étaient retrouvés chez 25 patients (32,5%) de notre population d'étude.

3.1.4 Caractéristiques paracliniques

Le tableau suivant montre la répartition des patients en post-AVC selon le type, la topographie, le siège et l'étiologie de l'AVC.

Tableau VII: Répartition des patients en post-AVC selon le type, le siège, la topographie et l'étiologie de l'AVC. N=77

	Effectif	Pourcentage (%)
Type		
Hémorragique	29	37,7
Ischémique	**48**	**62,3**
Topographie		
AVCH		
Thalamique	**13**	**44,8**
Lenticulaire	12	41,4
Caudée	2	6,9
Lobaire	1	3,4
Autres	1	3,4
AVCI		
Cérébrale antérieure	5	10,4
Cérébrale postérieure	2	4,2
Sylvienne superficielle ou profonde	**34**	**70,8**
Autres	7	14,6
Siège		
Droit	34	44,2
Gauche	**43**	**55,8**
Etiologie		
AVCH		
Microangiopathie liée à l'HTA	**26**	**89,7**
En cours d'exploration/Causes inconnues	3	10,3
AVCI		
Athérosclérose	**27**	**56,3**
Lacunes	3	6,9
Fibrillation auriculaire	1	2,1
En cours d'exploration/Causes inconnues	17	35,4

L'AVC ischémique sylvien superficiel ou profond était le plus retrouvé dans notre population d'étude (44,2%) suivi par l'AVC hémorragique thalamique et lenticulaire (32,5%). La majorité des lésions siégeait dans l'hémisphère cérébral gauche (55,8%). L'athérosclérose (56,7%) et la microangiopathie liée à l'HTA (89,7%) étaient les principales étiologies respectivement des AVC ischémiques (62,3%) et des AVC hémorragiques (32,7%).

3.2 Dysfonctions sexuelles

3.2.1 Prévalence des dysfonctions sexuelles

3.2.1.1 Fréquence globale

Sur les 77 patients victimes d'AVC dans notre échantillon d'étude, 32 (41,6%) étaient sexuellement actifs les quatre dernières semaines avant l'entretien dont 27 hommes (84,4%) et 5 femmes (15,6%). Trois (9,4%) des 32 patients avaient une dysfonction sexuelle et étaient tous des hommes. Tous les patients qui n'étaient pas sexuellement actifs (45) avaient un trouble du désir sexuel et/ou une insatisfaction conjugale.

Au total, chez 48 patients (62,33%) dont 22 hommes et chez 26 femmes on notait une dysfonction sexuelle dans notre étude soit une prévalence de la dysfonction sexuelle de 47,8% chez les hommes et de 83,9% chez les femmes avec une insatisfaction conjugale de 48,05% chez les deux sexes.

3.2.1.2 Typologie

3.2.1.2.1 Dysfonctions sexuelles masculines

Le tableau qui suit montre la répartition des hommes selon le type de dysfonction sexuelle masculine.

Tableau VIII: Répartition des hommes selon le type de dysfonction sexuelle. N=46/N=27

	Effectif	Pourcentage (%)
Troubles de l'activité et du désir sexuel (N=46)	**24**	**52,2**
Troubles de l'érection (N=27)	11	40,7
Gêne liée à l'érection (N=27)	12	44,4
Troubles de l'éjaculation (N=27)	3	11,7
Gêne liée à l'éjaculation (N=27)	8	29,6
Insatisfaction conjugale (N=46)	13	28,3

Dans notre étude, parmi les dysfonctions sexuelles masculines, les troubles de l'activité et du désir sexuel sont les plus fréquents (52,2%). Les troubles de l'érection (40,7%) provoquent une gêne dans 44,4% des cas et les troubles de l'éjaculation (11,7%) provoquent une gêne dans 29,6% des cas.

3.2.1.2.2 Dysfonctions sexuelles féminines

Le tableau suivant montre la répartition des femmes selon le type de dysfonction sexuelle féminine.

Tableau IX: Répartition des femmes selon le type de dysfonction sexuelle. N=31/N=5

	Effectif	Pourcentage (%)
Troubles du désir sexuel (N=31)	**26**	**83,9**
Troubles de l'excitation (N=5)	0	0,0
Troubles de la lubrification (N=5)	0	0,0
Troubles de l'orgasme (N=5)	0	0,0
Douleur coïtale (N=5)	1	20
Insatisfaction conjugale (N=31)	24	77,4

Dans notre étude, parmi les dysfonctions sexuelles féminines, les troubles du désir sexuel sont les plus fréquents (83,9%).

3.2.2 Caractéristiques des patients de l'étude ayant des dysfonctions sexuelles

3.2.2.1 Caractéristiques sociodémographiques

Les tableaux et figures ci-après montrent la répartition des patients ayant une dysfonction sexuelle en post-AVC en fonction des caractéristiques sociodémographiques.

3.2.2.1.1 Age

La figure suivante montre la répartition des patients ayant une dysfonction sexuelle en post-AVC selon l'âge.

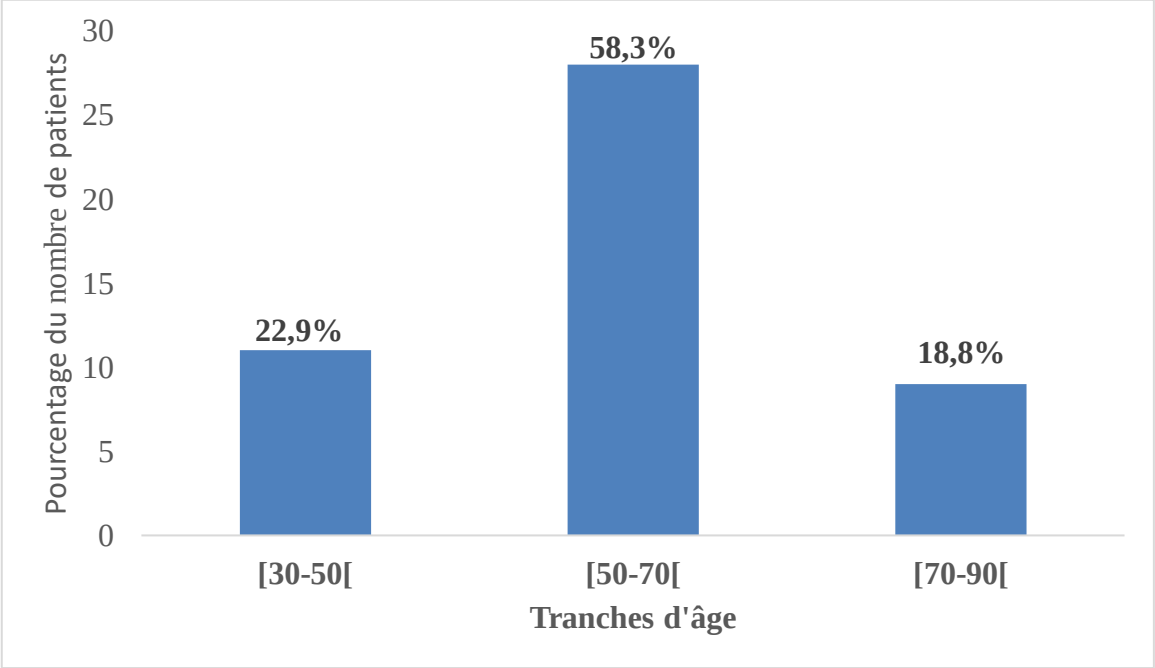


Figure 11: Répartition des patients ayant une dysfonction sexuelle en post-AVC selon l'âge. N=48

La majorité avait entre 50 et 70 ans (58,3%). L'âge moyen était de 59,73±12,753 ans et des extrêmes de 36 à 87 ans. Il était de 59,05 ans chez les hommes et de 60,31 ans chez les femmes.

3.2.2.1.2 Sexe

Il y avait plus de femmes avec une dysfonction sexuelle (54,2%) que d'hommes (45,8%) parmi les 48 patients ayant une dysfonction sexuelle.

3.2.2.1.3 Religion, ethnie et résidence

Le tableau ci-après montre la répartition des patients ayant une dysfonction sexuelle en post-AVC selon la religion, l'ethnie et la résidence.

Tableau X: Répartition des patients ayant une dysfonction sexuelle en post-AVC selon la religion, l'ethnie et la résidence. N=48

	Effectif	**Pourcentage (%)**
Religion		
Chrétiens	**45**	**93,8**
Musulmans	3	6,3
Ethnie		
Fon et apparentés	**34**	**70,8**
Mina et apparentés	3	6,3
Yoruba et apparentés	5	10,4
Adja	1	2,1
Dendi et apparentés	4	8,3
Autres	1	2,1
Résidence		
Urbaine	**46**	**95,8**
Rurale	2	4,2
Total	**48**	**100,0**

Il y avait plus de chrétiens (93,8%), de patients d'ethnie "Fon" (70,8%) et résidant en zone urbaine (95,8%) parmi les patients ayant une dysfonction sexuelle.

3.2.2.1.4 Niveau d'étude et profession

Le tableau suivant montre la répartition des patients ayant une dysfonction sexuelle en post-AVC selon le niveau d'étude et la profession.

Tableau XI: Répartition des patients ayant une dysfonction sexuelle en post-AVC selon le niveau d'étude et la profession. N=48

	Effectif	**Pourcentage (%)**
Niveau d'étude		
Supérieur	9	18,8
Secondaire	**23**	**47,9**
Primaire	9	18,8
Aucun	7	14,6
Profession		
Fonctionnaire	**13**	**27,1**
Commerçant	9	18,3
Ménagère	5	10,4
Artisan	6	12,5
Sans emploi	1	2,1
Retraités	14	29,2
Total	**48**	**100,0**

La plupart des patients ayant une dysfonction sexuelle était alphabétisée (85,4%), fonctionnaire ou retraitée (56,3%).

3.2.2.1.5 Niveau socio-économique et situation matrimoniale

Le tableau suivant montre la répartition des patients ayant une dysfonction sexuelle en post-AVC selon le niveau socio-économique et la situation matrimoniale.

Tableau XII: Répartition des patients ayant une dysfonction sexuelle en post-AVC selon le niveau socio-économique et la situation matrimoniale. N=48

	Effectif	**Pourcentage (%)**
Niveau SE		
Bas	**24**	**50,0**
Moyen	13	27,1
Elevé	11	22,9
SM		
Marié (e)	**25**	**52,1**
Veuf (ve)	9	18,8
Divorcé (e)	2	4,2
Célibataire	12	25,0
Total	**48**	**100,0**

SE : socio-économique ; **SM** : situation matrimoniale

La plupart des patients ayant une dysfonction sexuelle avait un niveau socio-économique bas (50%) et était mariée (52,1%).

3.2.2.2 Caractéristiques cliniques

3.2.2.2.1 Antécédents

La figure ci-dessous présente la répartition des patients ayant une dysfonction sexuelle en post-AVC selon les antécédents pathologiques à risque de dysfonction sexuelle.

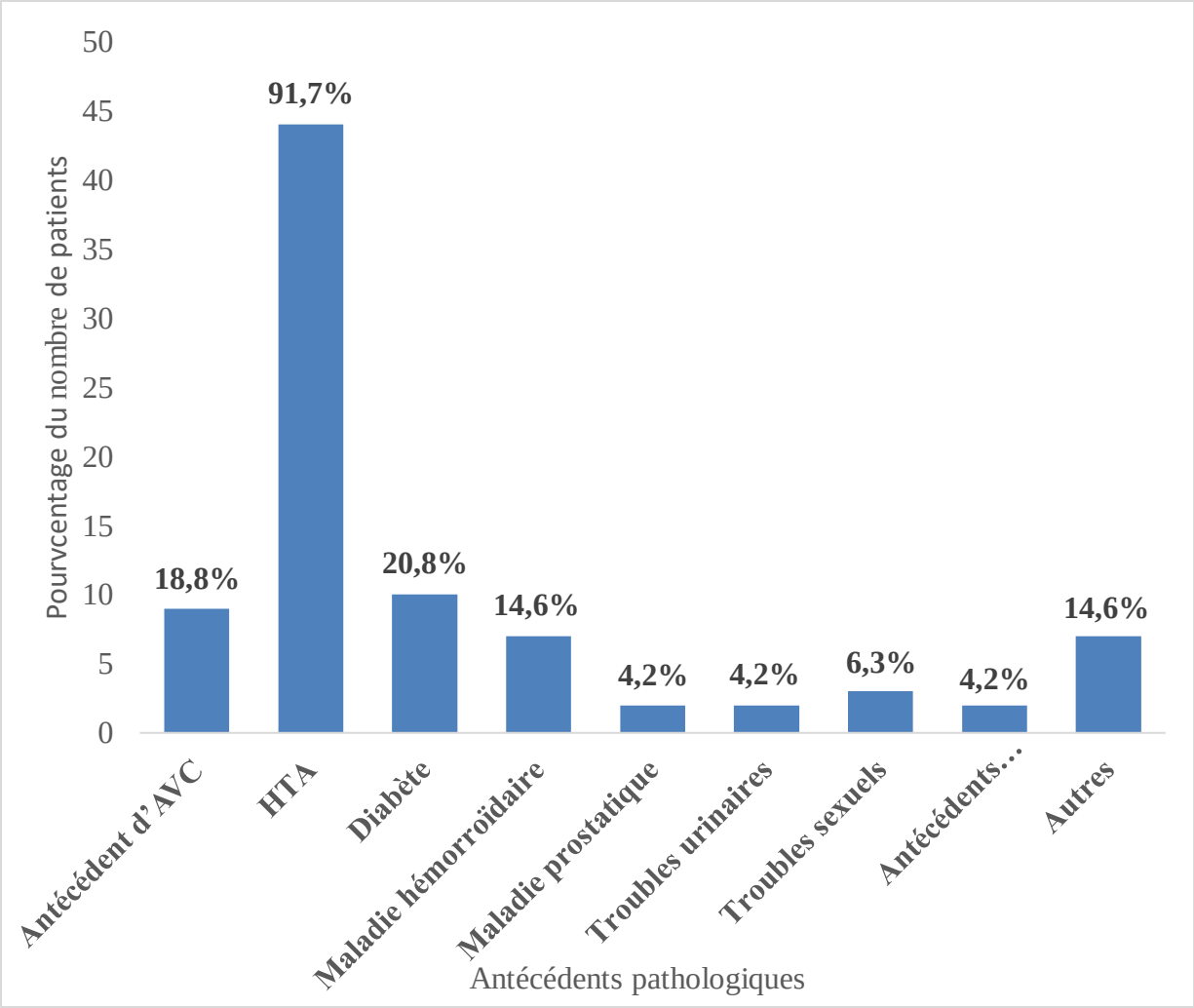


Figure 12: Répartition des patients ayant une dysfonction sexuelle en post-AVC selon les antécédents pathologiques à risque de dysfonction sexuelle. N=48

Chez 44 patients (91,7%) ayant une dysfonction sexuelle, on notait au moins un antécédent pathologique. 9 patients (18,8%) n'étaient pas à leur premier épisode d'AVC. 44 (91,7%) étaient hypertendus et 10 (20,8%) étaient diabétiques. 7 (14,6%) avaient un antécédent de maladie hémorroïdaire, 2 (4,2%) avaient un antécédent de maladie prostatique et 2 encore avaient un antécédent de troubles urinaires. 3 (6,3%) affirmaient avoir des troubles sexuels avant la survenue de l'AVC et 2 avaient consulté une fois en psychiatrie.

3.2.2.2.2 Traitements en cours

Le tableau qui suit montre la répartition des patients ayant une dysfonction sexuelle en post-AVC selon les traitements en cours à risque de dysfonction sexuelle.

Tableau XIII: Répartition des patients ayant une dysfonction sexuelle en post-AVC selon les traitements en cours à risque de dysfonction sexuelle. N=48

	Effectif	**Pourcentage (%)**
Anti-hypertenseur		
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC)	37	**77,1**
Bêtabloquant	4	8,3
Diurétique	14	29,2
Antidiabétique		
Insuline	1	2,1
Antidiabétiques oraux (ADO)	9	**18,8**
Antidépresseur		
Tricyclique	**3**	**6,3**
ISRS	4	8,3

40 des patients (83,3%) ayant une dysfonction sexuelle prenaient encore leur traitement anti-hypertenseur. La majorité était au moins sous un IEC (77,1%). 10 patients (20,9%) étaient sous un antidiabétique dont 9 (90%) sous un ADO. 7 (14,6%) étaient sous un antidépresseur dont 4 (57,14%) sous ISRS.

3.2.2.2.3 Mode de vie

Dans le groupe des patients qui présentaient une dysfonction sexuelle, 3 (6,3%) étaient sédentaires et 2 (4,2%) étaient alcooliques avant la survenue de l'AVC. Aucun des patients ayant une dysfonction sexuelle n'était tabagique.

3.2.2.2.4 Délai post-AVC

La figure suivante montre la répartition des patients ayant une dysfonction sexuelle en post-AVC selon le délai post-AVC.

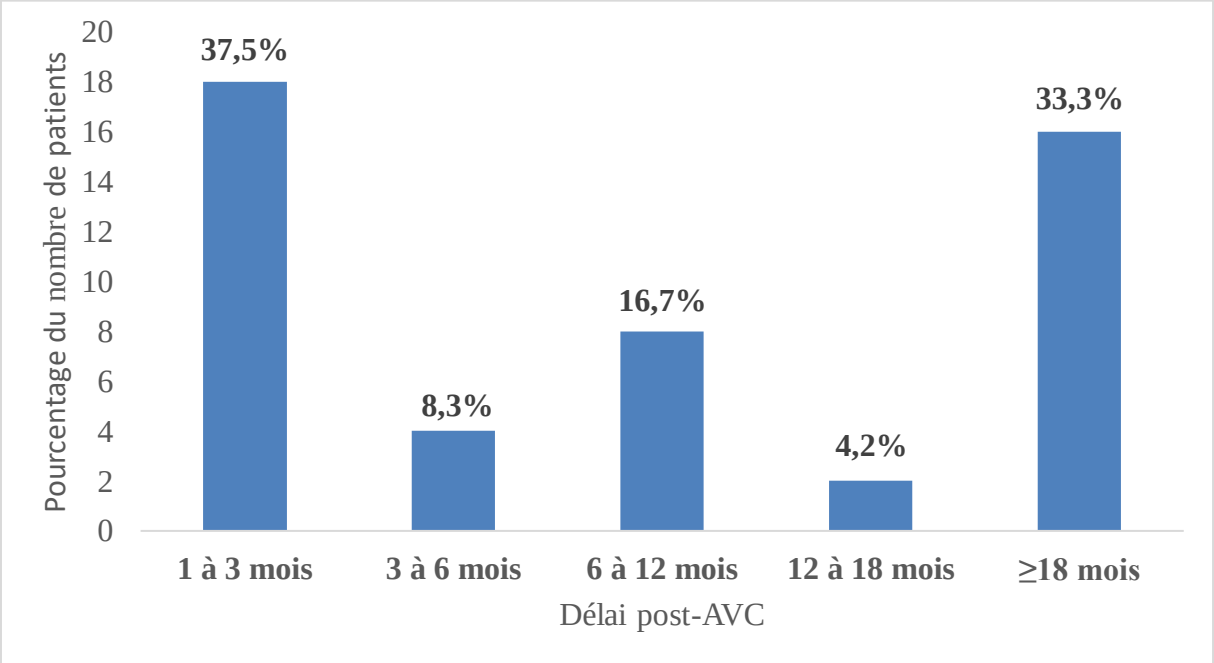


Figure 13: Répartition des patients ayant une dysfonction sexuelle en post-AVC selon le délai post-AVC. N=48

Le délai post-AVC moyen de ces patients était de 20,57 mois (617,04 jours). La majorité des patients ayant une dysfonction sexuelle était reçue à la phase de récupération rapide de l'AVC (37,5%) ou à la phase séquellaire (33,3%) de l'AVC.

3.2.2.2.5 Autres caractéristiques cliniques

3.2.2.2.5.1 Score pronostic de l'AVC (NIHSS)

La figure ci-après montre la répartition des patients ayant une dysfonction sexuelle en post-AVC selon le score pronostic de l'AVC (NIHSS).

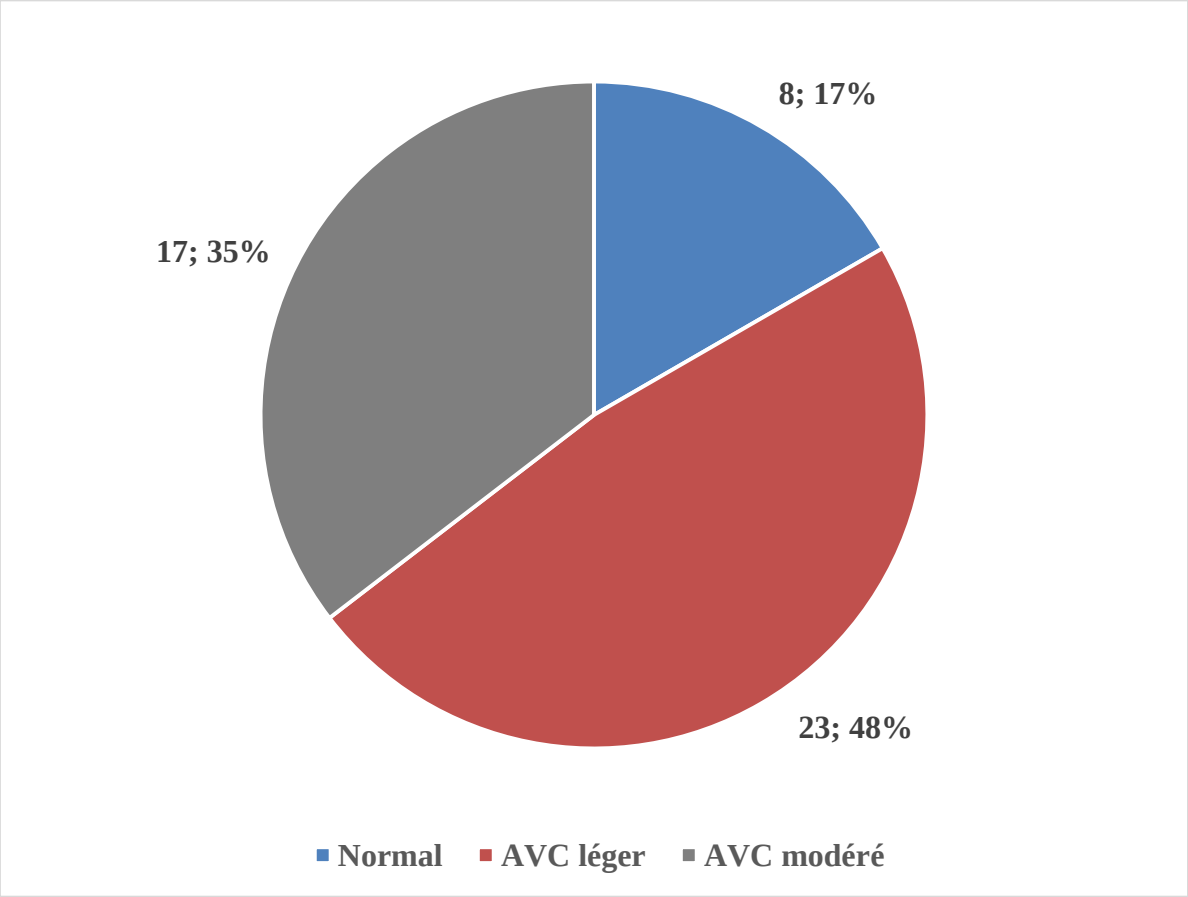


Figure 14: Répartition des patients ayant une dysfonction sexuelle en post-AVC selon le score pronostic de l'AVC (NIHSS). N=48

Les patients présentant une dysfonction sexuelle avaient pour la plupart un AVC léger (48%).

3.2.2.2.5.2 Degré d'invalidité (RANKIN modifié)

La figure suivante montre la répartition des patients ayant une dysfonction sexuelle en post-AVC selon le degré d'invalidité de l'AVC (RANKIN modifié).

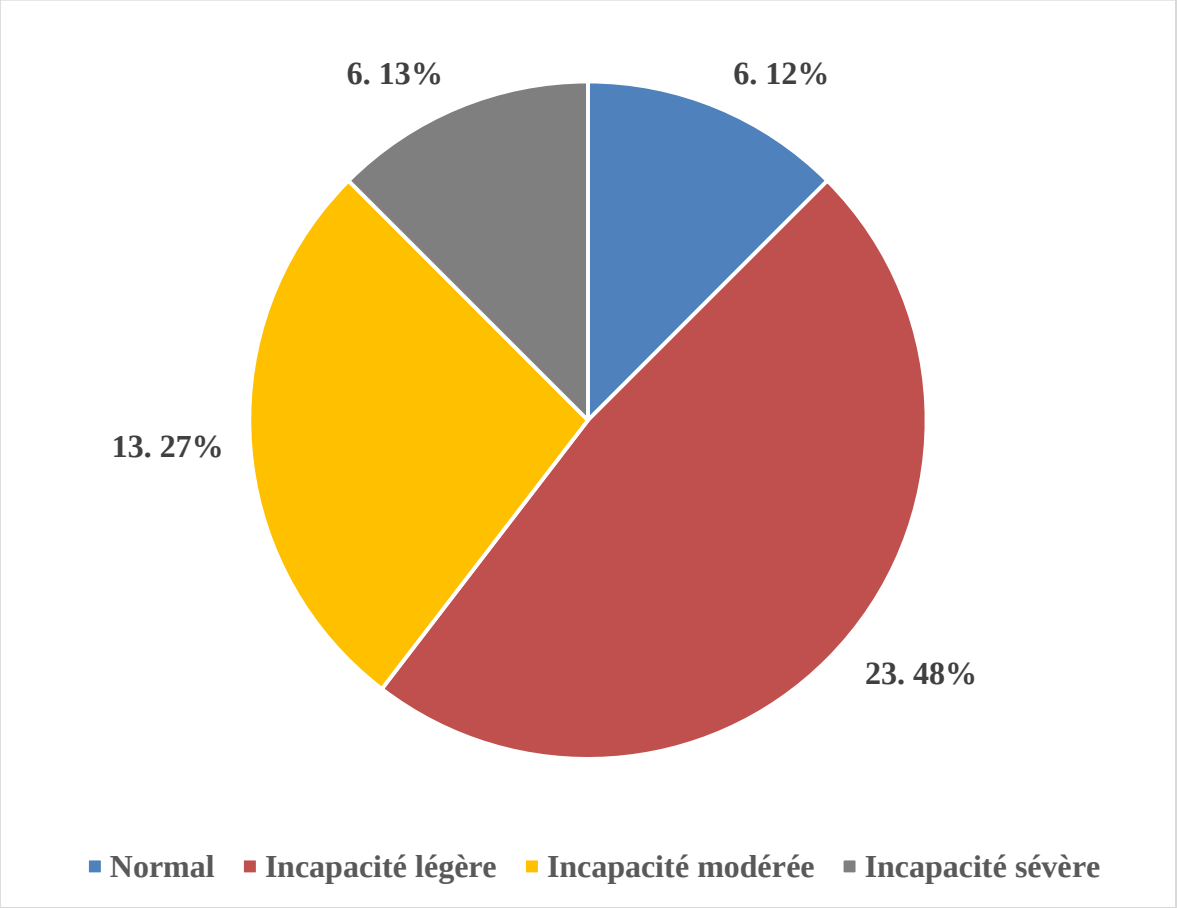


Figure 15: Répartition des patients ayant une dysfonction sexuelle en post-AVC selon le degré d'invalidité de l'AVC (RANKIN modifié). N=48

Les patients qui présentaient une dysfonction sexuelle avaient pour la plupart une incapacité légère (48%).

3.2.2.2.5.3 Niveau d'indépendance fonctionnelle (Barthel)

La figure qui suit montre la répartition des patients ayant une dysfonction sexuelle en post-AVC selon l'indépendance fonctionnelle (Barthel).

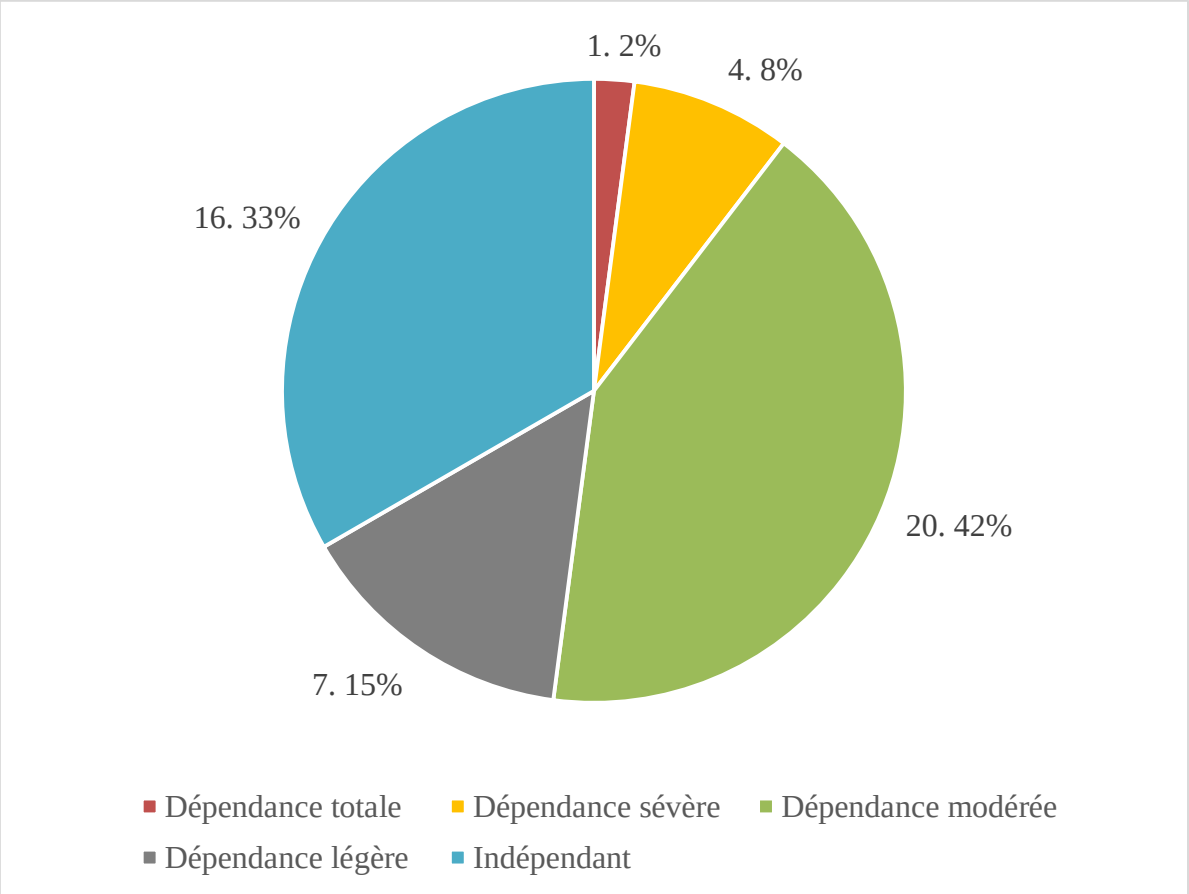


Figure 16: Répartition des patients ayant une dysfonction sexuelle en post-AVC selon l'indépendance fonctionnelle (Barthel). N=48

66,7% des patients ayant une dysfonction sexuelle n'étaient pas indépendants.

3.2.2.2.5.4 Qualité de vie (IADL4)

La figure qui suit montre la répartition des patients ayant une dysfonction sexuelle en post-AVC selon la qualité de vie (IADL4).

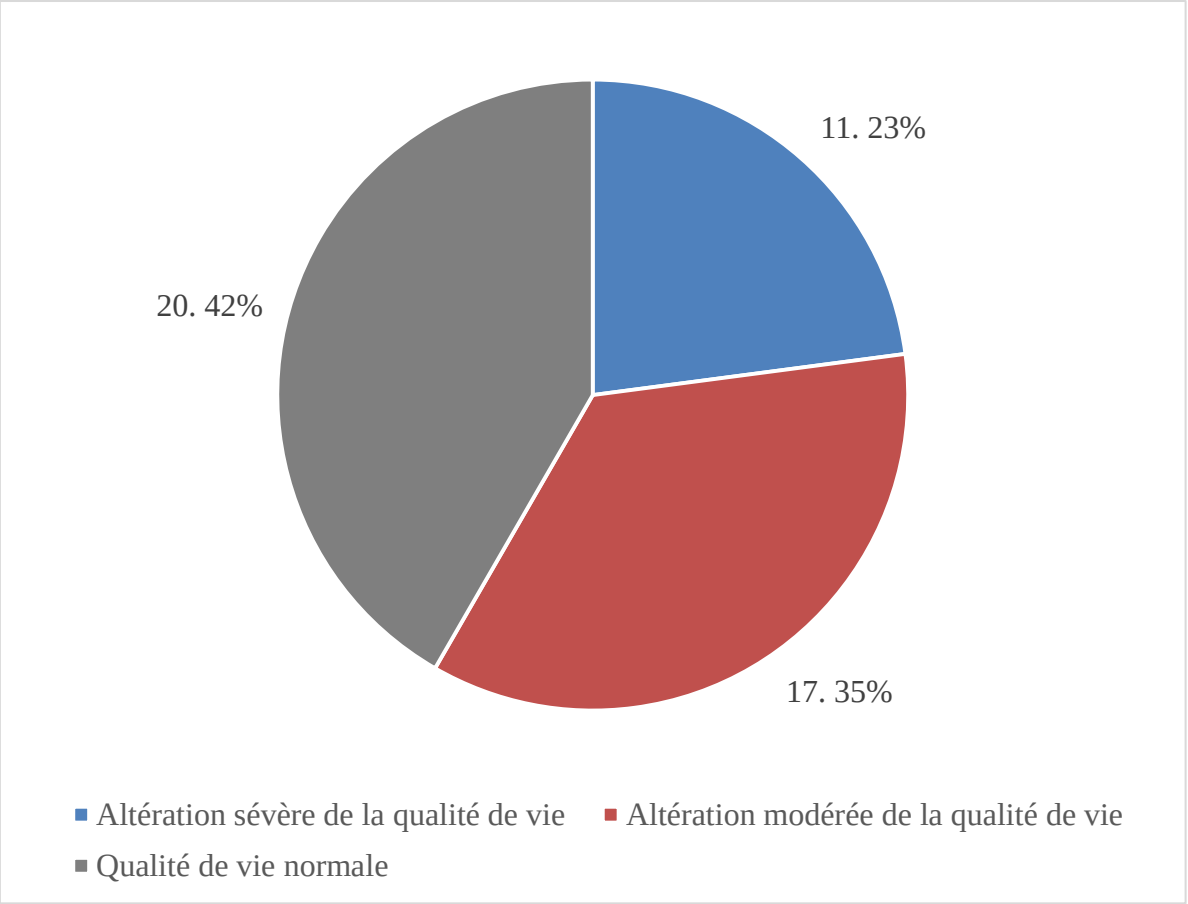


Figure 17: Répartition des patients ayant une dysfonction sexuelle en post-AVC selon la qualité de vie (IADL4). N=48

58,3% des patients qui présentaient une dysfonction sexuelle avait une qualité de vie altérée. 23% avait altération légère ou modérée de leur qualité de vie.

3.2.2.2.5.5 Troubles anxio-dépressifs (HADS)

Les troubles anxio-dépressifs étaient retrouvés chez 37,5% des patients ayant une dysfonction sexuelle.

La figure ci-après montre la répartition des patients ayant une dysfonction sexuelle en post-AVC selon les troubles anxieux et les troubles dépressifs.

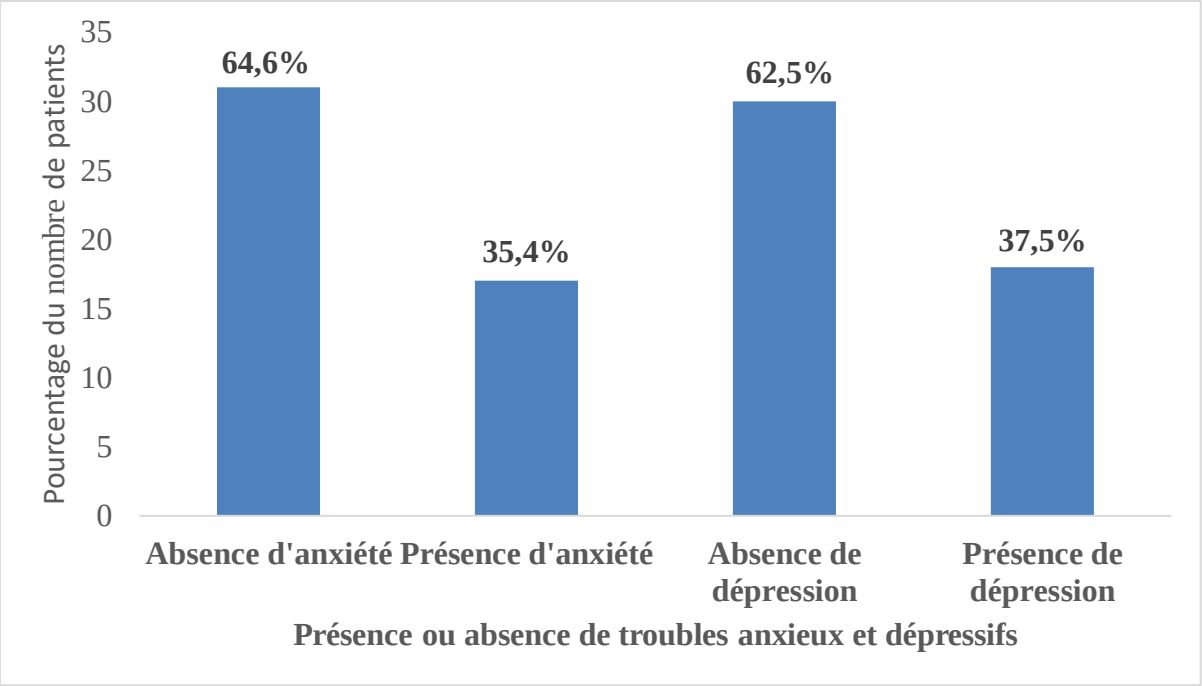


Figure 18: Répartition des patients ayant une dysfonction sexuelle en post-AVC selon les troubles anxieux et les troubles dépressifs (HADS). N=48

Parmi les patients qui avaient une dysfonction sexuelle, 17 (35,4%) avaient des troubles anxieux et 18 (37,5%) avaient des troubles dépressifs.

3.2.2.3 Caractéristiques paracliniques

Le tableau qui suit montre la répartition des patients ayant une dysfonction sexuelle en post-AVC selon le type, la topographie, le siège et l'étiologie de l'AVC.

Tableau XIV: Répartition des patients ayant une dysfonction sexuelle en post-AVC selon le type, le siège, la topographie et l'étiologie de l'AVC. N=48

	Effectif	Pourcentage (%)
Type		
Hémorragique	17	35,4
Ischémique	**31**	**64,5**
Topographie		
AVCH		
Thalamique	**8**	**47,1**
Lenticulaire	**8**	**47,1**
Lobaire	1	5,9
Autres	0	0
AVCI		
Cérébrale antérieure	3	9,2
Cérébrale postérieure	1	3,2
Sylvienne superficielle ou profonde	**22**	**71,0**
Autres	5	16,1
Siège		
Droit	17	35,4
Gauche	**31**	**64,6**
Etiologie		
AVCH		
Microangiopathie liée à l'HTA	**16**	**94,1**
En cours d'exploration/Causes inconnues	1	5,9
AVCI		
Athérosclérose	**19**	**61,3**
Lacunes	3	6,3
Fibrillation auriculaire	1	2,1
En cours d'exploration/Causes inconnues	8	25,8

Dans le groupe des patients ayant une dysfonction sexuelle, le type d'AVC le plus fréquent était l'AVC ischémique (64,6%) des artères sylviennes superficielles ou profondes (71%). Il était lié dans 61,3% des cas à la microangiopathie hypertensive. Dans ce même groupe, l'AVC hémorragique (35,4%) était plus retrouvé dans sa topographie thalamique ou lenticulaire (94,2%) et lié dans 94,1% des cas à une athérosclérose.

La majorité des lésions chez ces patients siégeait dans l'hémisphère cérébral gauche (64,6%).

3.3 Etude des facteurs associés aux dysfonctions sexuelles

3.3.1 Facteurs sociodémographiques

Le tableau ci-après montre les associations entre les caractéristiques sociodémographiques et la dysfonction sexuelle en post-AVC.

Tableau XV: Association entre les caractéristiques sociodémographiques et dysfonction sexuelle en post-AVC. N=77

	DS+	DS-	p	OR	IC 95%	
Age						
<60	23(54,8%)	19(45,2%)	0,133	0,484	0,187	1,255
≥60	**25(71,4%)**	10(28,6%)				
Sexe						
Masculin	22(47,8%)	24(52,2%)	**0,001**	0,176	0,058	0,539
Féminin	**26(83,9%)**	5(16,1%)				
Niveau SE						
Bas	**24(70,6%)**	10(29,4%)	0,211			
Moyen	13(65,0%)	7(35,0%)				
Elevé	11(47,8%)	12(52,2%)				
SM						
Marié (e)	**25(52,1%)**	23(47,9%)	**0,017**	0,284	0,098	0,820
Non marié (e)	23(79,3%)	6(20,7%)				

SE : socio-économique ; **SM** : situation matrimoniale

Le sexe et la situation matrimoniale étaient associés de façon significative à la dysfonction sexuelle. En effet, les femmes et les patients non mariés étaient plus à risque de présenter des dysfonctions sexuelles.

3.3.2 Facteurs cliniques

Les tableaux suivants résument les associations entre les caractéristiques cliniques et les dysfonctions sexuelles en post-AVC. N=77

Tableau XVI: Association entre les antécédents pathologiques à risque de dysfonction sexuelle et la dysfonction sexuelle en post-AVC. N=77

	DS+	DS-	p	OR	IC 95%	
ATCD d'AVC						
Non	**39(66,1%)**	20(33,9%)	0,217	1,950	0,669	5,683
Oui	9(50,0%)	9'(50,0%)				
ATCD d'HTA						
Non	4(66,7%)	2(33,3%)	0,820	1,227	0,210	7,160
Oui	**44(62,0%)**	27(38,0%)				
ATCD de diabète						
Non	**39(60,3%)**	25(39,7%)	0,438	0,608	0,172	2,153
Oui	10(71,4%)	4(28,6%)				
ATCD de maladie hémorroïdaire						
Non	**41(62,3%)**	24(36,9%)	0,755	1,220	0,348	4,273
Oui	7(58,3%)	5(41,7%)				
ATCD de maladie prostatique						
Non	**46(63,9%)**	26(36,1%)	0,286	2,654	0,416	16,924
Oui	2(40,0%	3(60,0%)				
ATCD de troubles urinaires						
Non	**46(63,0%)**	27(37,0%)	0,601	1,704	0,227	12,801
Oui	2(50,0%)	2(50,0%)				
ATCD de troubles sexuels						
Non	**45(66,2%)**	23(33,8%)	0,056	3,913	0,896	17,090
Oui	3(33,3%)	6(66,7%)				
ATCD psychiatrique						
Non	**46(61,3%)**	29(38,7%)	0,265	0,613	0,512	0,734
Oui	2(100%)	0(0,0%)				

Tableau XVII: Association entre les traitements en cours à risque de dysfonction sexuelle et la dysfonction sexuelle en post-AVC. N=77

	DS+	DS-	p	OR	IC 95%	
Traitement anti-HTA						
Non	8(66,7%)	4(33,3%)	0,736	1,250	0,341	4,587
Oui	**40(61,5%)**	25(38,5%)				
IEC						
Non	11(68,8%)	5(31,2%)	0,552	1,427	0,441	4,622
Oui	**37(60,7%)**	24(39,3%)				
Bêtabloquant						
Non						
Oui						
Diurétique						
Non	**34(65,4%)**	18(34,6%)	0,426	1,484	0,560	3,933
Oui	14(56%)	11(44%)				
Traitement anti-diabétique						
Non	**38(60,3%)**	25(39,7%)	0,438	0,608	0,172	2,153
Oui	10(71,4)	4(28,6%)				
Traitement anti-dépresseur						
Non	**41(64,1%)**	23(35,9%)	0,488	1,528	0,458	5,094
Oui	7(53,8%)	6(46,2%)				

Tableau XVIII: Association entre le mode de vie et la dysfonction sexuelle en post-AVC. N=77

	DS+	DS-	p	OR	IC 95%	
Sédentarité						
Non	**45(60,8%)**	29(39,2%)	0,170	0,608	0,506	0,730
Oui	3(100,0%)	0(0,0%)				
Alcoolisme						
Non	**46(63,0%)**	27(37,0%)	0,601	1,704	0,227	12,801
Oui	2(50,0%)	2(50,0%)				
Tabagisme						
Non	**48(62,3%)**	29(37,7%)				
Oui	0(0,0%)	0(0,0%)				

Il n'y avait pas d'association entre les antécédents pathologiques, les traitements en cours, le mode de vie et la dysfonction sexuelle.

Tableau XIX: Association entre le délai post-AVC, les autres caractéristiques cliniques et la dysfonction sexuelle en post-AVC. N=77

	DS+	DS-	p	OR	IC 95%	
Délai post-AVC						
<3 mois	18(81,8%)	4(18,2%)	**0,026**	3,750	1,122	12,531
≥3 mois	**30(54,5%)**	25(45,5%)				
NIHSS						
Normal	8(61,5%)	5(38,5%)	0,948	0,960	0,282	3,273
Pathologique	**40(62,5%)**	24(37,5%)				
RANKIN						
Normal	6(50,0%)	6(50,0%)	0,337	0,548	0,158	1,893
Pathologique	42(62,3%)	**23(35,4%)**				
BARTHEL						
Normal	18(45,7%)	19(54,3%)	**0,006**	0,263	0,099	0,696
Pathologique	**32(76,2%)**	10(23,8%)				
IADL4						
Normal	20(47,6%)	22(52,4%)	**0,004**	0,227	0,081	0,634
Pathologique	**28(80,0%)**	7(20,0%)				
HADS						
Normal	**30(62,5%)**	18(37,5%)	0,970	1,019	0,394	2,636
Pathologique	18(62,1%)	11(37,7%)				
Anxiété						
Normal	**31(67,4%)**	15(32,6%)	0,265	1,702	0,666	4, 350
Pathologique	17(54,8%)	14(45,2%)				
Dépression						
Normal	30(57,7%)	22(42,3%)	0,225	0,530	0,189	1,338
Pathologique	18(72,0%)	7(28,0%)				

Les patients ayant consulté moins de 3 mois après la survenue de leur dernier épisode d'AVC, les patients n'ayant pas une indépendance fonctionnelle totale et les patients ayant une qualité de vie altérée étaient plus à risque de présenter une dysfonction sexuelle avec une différence significative.

3.3.3 Facteurs paracliniques

Les tableaux ci-après résument les associations entre les caractéristiques paracliniques et la dysfonction sexuelle en post-AVC. N=77

Tableau XX: Association entre les caractéristiques paracliniques et la dysfonction sexuelle en post-AVC. N=77

	DS+	DS-	p	OR	IC 95%	
Type						
Ischémique	**31(64,6%)**	17(35,4%)	0,601	1,287	0,500	3,317
Hémorragique	17(58,6%)	12(41,4%)				
Topographie						
AVCI						
Cérébrale antérieure	3(60,0%)	2(40,0%)	0,945			
Cérébrale postérieure	1(50,0%)	1(50,0%)				
Sylvienne	**22(64,7%)**	12(35,3%)				
Autres	5(71,4%)	2(28,6%)				
AVCH						
Thalamique	**8(61,5%)**	5(38,5%)	0,256			
Lenticulaire	**8(66,7%)**	4(33,3%)				
Caudée	0(0 ,0%)	2(100%°)				
Lobaire	1(100%)	0(0,0%)				
Autres	0(0,0%)	1(100%)				
Siège						
Droit	17(50,0%)	17(50,0%)	**0,047**	0,387	0,150	0,997
Gauche	**31(72,1%)**	12(27,9%)				
Etiologie						
AVCI						
Athérosclérose	**19(70,4%)**	8(29,6%)	0,181			
Lacune	3(100%)	0(0,0%)				
Fibrillation auriculaire	1(100%)	0(0,0%)				
En cours/Cause inconnue						
AVCH	8(47,1%)	9(52,9%)				
Microangiopathie lié à HTA	**16(61,5%)**	10(38,5%)	0,348	3,200	0,256	40,056
En cours/Cause inconnue	1(33,3%)	2(66,7%)				

Le siège de la lésion cérébrale est associé de façon significative à la dysfonction sexuelle. Les patients ayant une lésion de l'hémisphère cérébral gauche étaient plus à risque de présenter une dysfonction sexuelle.

4. DISCUSSION

4.1 Atteinte des objectifs

Au terme de notre étude, nous avons globalement atteint nos objectifs. En effet, il en ressort que la fréquence globale des dysfonctions sexuelles est de 62,33% avec une prévalence de 47,8% chez les hommes et de 83,9% chez les femmes.

Chez les hommes, les troubles de l'activité et du désir sexuel sont les plus fréquents (52,2%) dans notre étude suivis par les troubles de l'érection (40,7%) avec une gêne dans 44,4% des cas et les troubles de l'éjaculation (11,7%) avec une gêne dans 29,6% des cas. Globalement on note une insatisfaction conjugale chez 28,3% des hommes en consultation post-AVC dans notre étude.

Chez les femmes, les troubles du désir sexuel sont les plus fréquents (83,9%) dans notre étude suivis par les douleurs coïtales (20%). Aucune patiente sexuellement active n'avait des troubles de l'excitation, de la lubrification vaginale et de l'orgasme (0%). Globalement on note une insatisfaction conjugale chez 77,4% des femmes en consultation post-AVC dans notre étude.

Etaient associés de façon significative ($p<0,05$) à la survenue de l'anxiété post-AVC : le sexe, la situation matrimoniale, le délai post-AVC, le niveau de l'indépendance fonctionnelle, la qualité de vie et le siège de la lésion cérébrale.

4.2 Atouts et limites

4.2.1 Atouts

Notre étude est une étude transversale à visée descriptive et analytique avec un échantillonnage exhaustif. Ce type d'étude est facile et rapide dans sa mise en œuvre avec l'avantage d'avoir peu de données manquantes. De même, il évite le biais d'échantillonnage.

Elle a permis de mettre en lumière un sujet tabou dans notre société qui n'est pas sans répercussion sur la vie de couple.

4.2.2 Limites

Les limites de notre étude résident dans :

- le milieu urbain dans lequel notre étude s'est déroulée qui ne peut pas être transposé à la population générale du Bénin ;
- la taille de notre population d'étude qui n'est pas trop grande ;
- les caractéristiques paracliniques biologiques qui n'ont pas été prises en compte dans notre étude ;
- certains aspects cliniques des dysfonctions sexuelles n'ont pas été étudiés dans notre recherche ;
- les facteurs associés aux différents aspects cliniques de la dysfonction sexuelle n'ont pas été recherchés dans ce travail.

4.3 Commentaire et comparaison des résultats

4.3.1 Données sur l'AVC

4.3.1.1 Caractéristiques sociodémographiques

4.3.1.1.1 Age

Notre population d'étude avait entre 30 et de 87 ans avec un âge moyen de 57,74±12,54 ans. Parmi les 77 patients, 57 (74%) avaient un âge supérieur ou égal à 50 ans.

Ces résultats sont similaires à ceux de Gnonlonfoun et al (CNHU-HKM, 2016) **[51]** au CNHU-HKM qui avaient trouvé une moyenne d'âge et de 57,8 ans. Diaweta et al (Congo, 2021) **[52]** avaient trouvé une moyenne d'âge de 52,9 ans et Akinpelu et al (Nigéria, 2013) **[53]** avaient trouvé une moyenne d'âge de 55,2 ans. Somda AP (Burkina-Faso, 2022) retrouvait une moyenne d'âge un peu plus élevée de 59,12 ans **[54].**

Ces résultats s'accordent à montrer que l'AVC est une pathologie de sujets âgés ce qui s'explique par le fait que le système cardio-vasculaire se fragilise avec l'âge qui est un facteur important dans la survenue de l'AVC **[55].**

4.3.1.1.2 Sexe

Le genre masculin a prédominé dans notre étude. En effet 59,7% des patients victimes d'AVC étaient des hommes avec un sex-ratio de 1,48.

Agbogba au CNHU-HKM en 2020 avait trouvé aussi une prédominance masculine de 58,06% avec un sex-ratio de 1,38. D'autres auteurs dont Somda AP au Burkina-Faso (2022) **[54],** Diaweta et al au Congo (2021) **[52]** et Akinpelu et al au Nigéria (2013) **[53]** avaient retrouvé aussi une prédominance masculine avec des sex-ratios nettement plus élevés respectivement de 2,23 ; de 2,61 et de 3,53.

Cette prédominance masculine s'expliquerait par le fait que les femmes ont généralement un meilleur mode de vie en consommant moins d'excitants (alcool, tabac) qui sont des facteurs de risque cardio-vasculaire non négligeables prédisposant aux AVC. Elle s'explique aussi par l'effet protecteur des hormones sexuelles (œstrogène et progestérone) chez la femme jusqu'à la ménopause **[56].**

4.3.1.1.3 Religion, ethnie et résidence

Dans notre population, 97,4% des patients vivaient en zone urbaine. Les chrétiens étaient majoritaires dans notre population d'étude (92,2%) et les patients fons et apparentés étaient les plus représentés (70,1%).

Ceci pourrait s'expliquer par la prédominance du christianisme dans la population Béninoise de façon générale et en particulier à Cotonou, zone urbaine dans laquelle notre étude s'est déroulée et où la langue fon et ses apparentés y sont les plus parlées **[57].**

4.3.1.1.4 Niveau d'étude et profession

La plupart des patients de notre population d'étude était alphabétisée (90,9%) et était en grande partie des fonctionnaires (32,5%) et des retraités (31,2%).

Ce pourcentage d'instruction n'est pas superposable à celui de la population générale béninoise qui est plus bas **[57]** mais s'explique par le cadre où notre étude s'est déroulée, capitale politique du Bénin qui regorge de plusieurs cadres du pays. Ces cadres, parfois proches de la retraite où à la retraite au moment de leur épisode d'AVC, sont majoritairement des fonctionnaires d'Etat bénéficiant des avantages sanitaires dans les hôpitaux publics de leurs postes d'où la ruée dans ces hôpitaux pour se faire prendre en charge à moindre coût.

4.3.1.1.5 Niveau socio-économique

44,2% des patients de notre population d'étude avaient un niveau socio-économique bas et 62,3% étaient mariés.

Ces constats ne sont pas étonnants dans la mesure où les patients inclus dans cette étude, qui s'est déroulée dans un pays en voie de développement qu'est le Bénin, étaient des adultes.

4.3.1.2 Caractéristiques cliniques

4.3.1.2.1 Antécédents

23,4% des patients de notre population d'étude n'étaient pas à leur premier épisode d'AVC. En effet, le risque de récidive d'un AVC n'est pas moindre surtout lorsque les facteurs de risque cardio-vasculaires ne sont pas bien contrôlés. Il n'est en effet pas rare de recevoir en consultation des patients

inorbservants dans une population à faibles revenus pour la plupart de ses habitants.

92,2% étaient hypertendus. Plusieurs études ont en effet montré que l'HTA est le facteur de risque d'AVC le plus important **[58].** Ces chiffres sont proches des 98% rapportés par les études de Oluwabi et al **[59]** et au-dessus des 75,5% de Agbogba **[60].**

Le diabète aussi apparaît comme un facteur de risque cardio-vaculaire très important. 18,2% des patients de notre étude étaient diabétiques ce qui se rapproche des 13,3% de Gnonlonfoun et al dans leur étude **[61].**

4.3.1.2.2 Traitements en cours

15,58% avaient arrêté la prise de leur traitement hypertenseur contrairement aux patients diabétiques qui étaient tous sous traitement.

Cette inobservance thérapeutique était principalement observée chez les patients à faibles revenus.

4.3.1.2.3 Mode de vie

3,9% des patients étaient sédentaires et 5,2% des patients avaient une consommation régulière d'alcool dans notre population d'étude. Il n'y avait pas de consommateur de tabac.

La sédentarité, l'alcoolisme et le tabagisme sont des facteurs de risque cardio-vasculaires non négligeables mais ne sont à priori pas au premier plan dans notre étude.

4.3.1.2.4 Délai post-AVC

30,2% des patients étaient reçus à la phase de récupération neurologique lente et 33,8% étaient reçus à la phase séquellaire de l'AVC. Le délai moyen

post-AVC est de 21,7 mois (650,86 jours) avec des extrêmes de 1,1 et de 153,5 mois (33 et de 4605 jours).

Diaweta et al **[52]** avaient trouvé un délai moyen de 14,1 mois dans leur étude tandis que Agbogba **[60]** avait trouvé un délai plus élevé de 41,44 mois mais son étude était rétrospective recensant tous les patients victimes d'AVC sur une demie-dizaine d'années ce qui a augmenté considérablement les patients à la phase séquellaire de leur AVC.

4.3.1.2.5 Score pronostic de l'AVC (NIHSS), handicap physique (RANKIN modifié), niveau d'indépendance fonctionnelle (Barthel) et qualité de vie (IADL4)

Près de la moitié de notre population d'étude avait un AVC léger (54%) selon le NIHSS, une incapacité légère (53%) selon le Rankin modifié et une dépendance légère ou modérée (49%) selon le Barthel. 54% des patients avaient une qualité de vie normale et 30% avaient une qualité de vie modérément altérée selon le score IADL4.

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la majorité des patients étaient reçus aux phases de récupération neurologique lente et séquellaire (64%) et avaient pour la plupart déjà réalisé plusieurs séances de rééducation fonctionnelle améliorant ainsi leur autonomie.

4.3.1.2.6 Troubles anxio-dépressifs (HADS)

38% des patients de notre population d'étude avaient des troubles anxio-dépressifs. 40,3% avaient des troubles anxieux et 32,5% avaient des troubles dépressifs.

Ces résultats sont superposables à ceux de Chouhani W et al au Maroc en 2020 qui avaient trouvé des prévalences respectives d'anxiété et de dépression de 39,4% et de 36% en post-AVC dans leur étude **[62].** Ils sont toutefois

supérieurs aux 22,4% et aux 9% respectifs que retrouvaient les études de Azanmasso H. et al en 2017 au CNHU-HKM **[63].** D'autres auteurs dont N. Charfi et al en Tunisie avaient retrouvé en 2017 des chiffres plus élevés de 55,1% et de 67,3% respectivement pour la prévalence de l'anxiété et de la dépression en post-AVC dans leur étude **[64].**

Ces différents chiffres s'accordent à montrer la fréquence des troubles anxio-dépressifs en post-AVC.

4.3.1.3 Caractéristiques paracliniques

4.3.1.3.1 Type

L'AVC ischémique a prédominé dans notre étude avec une fréquence de 62,3%.

Ce résultat est superposable à ceux de Gnonlonfoun et al **[61]** et de Diaweta et al **[52]** et qui avaient rapporté respectivement 65% et de 66,2% d'AVC ischémique dans leurs études.

4.3.1.3.2 Topographie

L'atteinte de la cérébrale moyenne prédominait la topographie des AVC ischémiques (70,8%) et les hématomes profonds prédominaient la topographie des AVC hémorragiques (96,6%).

Ces résultats se rapprochent un peu de ceux de Diaweta et al **[52]** qui retrouvaient 83,7% d'atteinte de la cérébrale moyenne dans la topographie des AVC ischémiques et 86,4% d'hématomes profonds dans la topographie des AVC hémorragiques.

4.3.1.3.3 Siège

Notre étude a montré la prédominance des atteintes de l'hémisphère cérébral gauche (55,8%) quand bien même les patients aphasiques avaient été exclus de notre étude (le plus souvent l'aphasie est en rapport avec une lésion de l'hémisphère gauche).

Somda AP et al qui avaient exclus également les patients aphasiques de leur étude rapportaient plutôt une prédominance des atteintes de l'hémisphère cérébral droit dans leur étude. En effet la prévalence des atteintes de l'hémisphère cerebral gauche était de 46,3% dans leur étude **[54].**

Cette différence pourrait être due à la taille de notre population d'étude qui est deux fois plus petite que celle de Somda AP et al.

4.3.1.3.4 Etiologie

Dans notre étude, la microangiopathie liée à l'HTA était la cause des AVC hémorragiques (89,7%) et l'athérosclérose était la principale cause des AVC ischémiques (56,3%).

Ces prédominances de la microangiopathie liée à l'HTA et de l''athérosclérose ont été rapportées par Béjot et al dans leur étude sur l'épidémiologie des AVC **[65].**

4.3.2 Données sur les dysfonctions sexuelles

4.3.2.1 Prévalence des dysfonctions sexuelles post-AVC

4.3.2.1.1 Fréquence globale

- La fréquence globale de la dysfonction sexuelle dans notre étude est de 62,33%. La prévalence de la dysfonction sexuelle masculine est de 47,8% et celle de la dysfonction sexuelle féminine est de 83,9%.

Nos résultats sont en concordance avec ceux rapportés dans la revue de littérature de Park J-H et al qui notait une variabilité de la fréquence de la dysfonction sexuelle de 20 à 75% selon les études **[30].**

Ils restent toutefois largement en dessous de ceux des études de Diaweta et al **[52]** qui avaient rapporté une prévalence globale de 92,3% de dysfonction sexuelle, une prévalence de dysfonction sexuelle masculine de 92,63% et une prévalence de dysfonction sexuelle féminine de 100%. Ils sont aussi largement en dessous de ceux de Akinpelu et al **[53]** qui avaient rapporté une prévalence globale de 94,8% de dysfonction sexuelle.

Cette variabilité des fréquences pourrait s'expliquer par les différences au niveau des critères d'inclusion et de la taille des populations d'étude. En effet les patients sexuellement inactifs ont été pris en compte dans notre étude ce qui a augmenté la taille de notre population d'étude par rapport à celle des études de ces différents auteurs.

- L'insatisfaction conjugale a été retrouvée chez 48,05% des patients des deux sexes.

Ces résultats sont en concordance avec ceux de Bener et al **[66]** et de Kimura et al **[67]** qui avaient trouvé des prévalences d'insatisfaction sexuelle respectives de 51% et de 55% en post-AVC dans leurs études. Ils sont par contre inférieurs à ceux de Monga et al **[68]** qui rapportaient dans leur étude une insatisfaction sexuelle de 70,8% en post-AVC et supérieurs aux 25,7% que rapportait Cheung dans son étude **[69].**

4.3.2.1.2 Typologie

4.3.2.1.2.1 DS masculines

➢ Chez les hommes, les troubles de l'activité et du désir sexuel sont plus fréquents (52,2%) dans notre étude suivis par les troubles de l'érection (40,7%) avec une gêne dans 44,4% des cas et les troubles de l'éjaculation (11,7%) avec une gêne dans 29,6% des cas.

A l'opposé, plusieurs auteurs rapportaient une prédominance des dysfonctions érectiles dans leurs études. Néanmoins la prévalence de la dysfonction érectile dans notre étude reste aussi considérable que les 48,3% et de 53,2% de dysfonction érectile rapportés respectivement dans les études de Bener et al **[66]** et de Diaweta et al **[52]**. De même Ossou-Nguie PM et al **[70]** et Kimura et al **[67]** avaient trouvé respectivement des prévalences de 51,92% et de 58,7% de dysfonction érectile. Akinpelu et al **[53],** G. Amarenco **[71],** K. Hawton **[72],** Monga et al **[68]** et M. Perrigot et al **[12]** retrouvaient des chiffres plus élevés de 61,7%, 62%, 63%, 64% et de 66% dans leurs études respectives.

➢ Les troubles de l'éjaculation ont une prévalence de 11,7% dans notre étude avec une gêne dans 29,6% des cas.

Diaweta et al **[52]** ont trouvé une prévalence plus élevée de 40,4%. K. Hawton **[72],** Akinpelu et al **[53],** M. Perrigot et al **[12]**, Monga et al **[68]** et G. Amarenco **[71]** retrouvaient des prévalences beaucoup plus élevées de 63%, 63,3%, 65%, 70% et de 78% dans leurs études respectives.

4.3.2.1.2.2 DS féminines

➢ Chez les femmes, les troubles du désir sexuel sont plus fréquents dans notre étude (83,9%). Aucune patiente sexuellement active n'avait des troubles de l'excitation, de la lubrification vaginale et de l'orgasme.

G. Amarenco **[71]** et Akinpelu et al **[53]** aussi rapportaient une prédominance de la baisse du désir sexuel avec des prévalences similaires de 79% et de 70,1% respectivement dans leurs études tandis que Diaweta et al **[52]** retrouvaient une prévalence nettement plus élevée de la baisse du désir sexuel de 100%.

Néanmoins G. Amarenco **[71]** et Akinpelu et al **[53]** à l'inverse rapportaient une existence des troubles de la lubrification vaginale de 61% et de 47,1% dans leurs études respectives.

De même, ils rapportaient une existence et une prévalence très élevée des dysfonctions orgasmiques dans leurs études. G. Amarenco **[71]** rapportait 77%, et Akinpelu et al **[53]** rapportaient 63,6% de dysfonction orgasmique dans leurs études respectives. De leurs côtés, K. Hawton (1984) d'une part **[72]** et F. Bohle et Q. Franck (1982) d'autre part **[12]** retrouvaient respectivement 80% et 81% de dysfonction orgasmique dans leurs études.

- La douleur coÏtale est le deuxième trouble sexuel le plus fréquent chez les femmes dans notre étude avec une prévalence de 20%. Dans nos recherches nous n'avons pas trouvé d'autres études qui ont rapporté une douleur coïtale en consultation post-AVC de même que les troubles de l'excitation sexuelle en consultation post-AVC. Cependant ces troubles semblent être d'origine psychologique devant l'absence des troubles de la lubrification vaginale dans notre étude.

4.3.2.2 Influence des caractéristiques des patients sur les dysfonctions sexuelles en post-AVC

4.3.2.2.1 Influence des caractéristiques sociodémographiques

4.3.2.2.1.1 Age et sexe

Il y avait plus de femmes avec une dysfonction sexuelle (54,2%) que d'hommes (45,8%) avec une différence significative (p=0,001). En effet les hommes étaient 5,68 fois moins à risque de présenter une dysfonction sexuelle (OR=0,176 ; IC= [0,058 ; 0,539]).

A l'inverse, la moitié des patients ayant une dysfonction sexuelle avait plus de 60 ans (52,08%) sans significativité (p=0,133).

En effet même si les études montrent que la prévalence globale de l'activité sexuelle et la fréquence de rapports sexuels décroissent avec l'âge et de manière plus marquée chez la femme, cette décroissance ne serait pas directement liée à l'âge mais plutôt aux pathologies aigues et chroniques auxquelles les personnes âgées sont exposées. Tressel et al font remarquer que chez les personnes âgées actives sexuellement, la moitié présente un trouble sexuel, habituellement en lien avec une baisse de leur état de santé. A l'inverse, les personnes actives sexuellement et en bonne santé ont tendance à considérer la sexualité comme importante et souvent même plus satisfaisante qu'auparavant **[73].**

4.3.2.2.1.2 Autres caractéristiques sociodémographiques

- Il y avait une influence de la situation matrimoniale sur l'existence de dysfonction sexuelle. Les patients mariés étaient 3,52 fois moins à risque de présenter une dysfonction sexuelle (p=0,017 ; OR=0,284 ; IC= [0,098 ; 0,820]).

En effet, une baisse du désir sexuel peut s'observer en l'absence de partenaire sexuel.

➢ Il n'y avait pas d'association entre les autres caractéristiques sociodémographiques (religion, ethnie, résidence, niveau socio-économique et latéralité) et la dysfonction sexuelle.

4.3.2.2.2 Influence des caractéristiques cliniques des patients sur les dysfonctions sexuelles en post-AVC

4.3.2.2.2.1 Antécédents

Avant la survenue de l'AVC : l'HTA (91,7%), le diabète (20,8%) et l'antécédent d'AVC (18,8%) étaient les antécédents majeurs des patients qui avaient une dysfonction sexuelle dans notre étude. Peu de patients avaient d'autres antécédents.

Ce constat n'est pas étonnant puisque les facteurs de risque de dysfonction sexuelle ont en commun quasiment tous les facteurs de risque cardio-vasculaires.

Toutefois nos résultats n'ont pas montré d'association entre ces antécédents et la dysfonction sexuelle en post-AVC.

4.3.2.2.2.2 Traitements en cours

La majorité des patients ayant une dysfonction sexuelle dans notre étude était sous un traitement anti-hypertenseur (83,3%) dont 77,1% sous IEC. Beaucoup moins (20,9%) étaient sous antidiabétique dont la majorité était sous un ADO (90%) de même qu'il y en avait 14,6% sous un antidépresseur dont 57,14% sous ISRS et 42,85% sous un tricyclique. Cependant, il n'y avait pas d'association entre la prise de ces traitements médicamenteux et la dysfonction sexuelle.

Ces résultats sont contraires à ceux de Bugnicourt JM et al dont les études avaient trouvé que les patients rapportant des troubles de la sexualité prenaient

plus souvent des inhibiteurs de l'enzyme de conversion (73% contre 31% : p<0,001) et des diurétiques (50% contre 19% : p = 0,003) **[74].**

Ils sont aussi contraires à la littérature de façon plus générale. En effet, la dysfonction sexuelle est un effet secondaire possible connu des antidépresseurs et plus particulièrement des ISRS. Ils peuvent inhiber les érections en diminuant la pression artérielle caverneuse de manière concomitante. Certains d'entre eux, comme les bétabloquants, peuvent diminuer le désir sexuel. Les antidépresseurs largement prescrits du fait de leur action sur la plasticité cérébrale améliorant la récupération post-AVC, sont aussi incriminés **[8,30,31]**

Cette différence dans nos résultats pourrait être due à la taille de notre population qui n'est pas trop grande.

4.3.2.2.2.3 Mode de vie

En post-AVC, globalement les patients ayant une dysfonction sexuelle dans notre étude avaient un bon mode de vie. En effet 6,3% étaient sédentaires, 2% étaient alcooliques et il n'y avait pas de patient tabagique.

Ces paramètres du mode de vie n'étaient pas significativement liés à la dysfonction sexuelle en post-AVC dans notre étude.

4.3.2.2.2.4 Délai post-AVC

Le délai post-AVC a eu une influence sur l'existence de dysfonction sexuelle chez les patients de notre étude. En effet les patients ayant consulté moins de 3 mois après la survenue de leur dernier épisode d'AVC, soit pendant la période de récupération neurologique rapide, avaient 3,75 fois plus de risque de présenter une dysfonction sexuelle (p=0,026 ; OR=3,750 ; IC= 1,112 ; 12,531]).

Ceci s'explique par le fait que pendant cette période le facteur psychologique joue plus parce que l'épisode d'AVC est plus récent. Ce facteur psychologique peut-être non seulement lié au patient mais aussi à son conjoint.

D'une part, l'évènement étant encore récent, la plainte d'ordre sexuel est généralement reléguée au second rang au profit du déficit moteur ce qui est à l'origine d'une baisse du désir sexuel pendant cette période. Mais le patient peut inconsciemment faire un parallèle entre la fonction sexuelle et le handicap moteur persistant et ainsi douter de son intégrité sexuelle. D'abord, le patient peut considérer que l'image qu'il a de lui-même ou celle qu'il renvoie à son conjoint, est perturbée par l'hémiplégie résiduelle et ses attributs visibles (canne anglaise, déambulateur, vêtements et chaussures adaptés, etc). Mésestime de soi, honte, sentiment de dégradation, voire culpabilité de ne plus être la femme ou l'homme qu'elle ou il était et tel qu'elle ou il était aimé, conduisent là encore à l'isolement, au repli sur soi et à l'esquive des relations sexuelles. Ensuite, angoissé à l'idée d'avoir des performances sexuelles supposément diminuées et craintif dans cette condition non seulement de voir son partenaire changer de lit conjugal mais aussi du regard de sa communauté dans laquelle la valeur d'un homme s'apprécie beaucoup par rapport à ses performances sexuelles, il peut sciemment éviter tout rapport. S'installe alors très souvent un sentiment de jalousie qu'il exprime fréquemment par des interprétations : les courtes sorties du conjoint semblent devenir une éternité surtout quand ce dernier est soigneusement habillé à ces occasions ce qui laisse imaginer qu'il s'agit là d'occasions pour aller à la rencontre d'un amant qui n'existe pas toujours. Tout ce contexte psychologique n'est pas sans répercussion effective sur les performances sexuelles lorsque le pas d'aller à l'acte sexuel décide finalement d'être posé.

D'autre part, le conjoint peut aussi être responsable d'une altération réciproque de la libido : peur de faire mal, peur de ne pas savoir, de ne plus savoir, crainte de l'handicapé. La femme ou le mari devenu hémiplégique est une autre femme, un autre homme, qu'il faut réapprendre à découvrir et à aimer au moins physiquement, ce qui n'est pas toujours évident si un amour solide ne liait pas antérieurement le couple **[71].** Pour poursuivre sur les champs des représentations, Monga et Ostermann **[75, 76]** attribuent, en partie, les troubles sexuels à la peur qu'aurait le patient d'être victime d'un autre AVC pendant un rapport sexuel.

4.3.2.2.2.5 Score sur le pronostic de l'AVC (NIHSS), degré d'invalidité physique (RANKIN modifié), niveau d'indépendance fonctionnelle (Barthel), qualité de vie (IADL4)

Dans le groupe des patients ayant une dysfonction sexuelle, le score NIHSS et l'échelle de Rankin modifié permettaient de retrouver respectivement 83,33% de patients qui avaient une déficience neurologique et 87,5% de patients qui avaient une incapacité physique sans toutefois être significativement associés à la dysfonction sexuelle (p>0,05). Cependant, on retrouvait 66,7% de patients avec une dépendance fonctionnelle selon le Barthel avec une différence signitficative (p=0,006; OR=0,263; IC=[0,099-0,696]) de même qu'une altération de la qualité de vie selon le IADL4 chez 58,3% avec une significativité (p=0,004 ; OR=0,227 ; IC=[0,081-0,634]). De ces résultats, il ressortait que les patients totalement indépendants sur le plan fonctionnel avaient 3,8 fois moins de risque de présenter une dysfonction sexuelle et les patients avec une bonne qualité de vie avaient 4,41 fois moins de risque de présenter une dysfonction sexuelle.

Pourtant plusieurs études dont celles de Giaquinto et al (2004) **[11],** Seymour et Wolf (2004) **[11],** Cheung (2002) **[69],** et Choi-Kwon et Kim (2002)

[77] ont montré une corrélation entre le handicap physique ou fonctionnel et certaines dysfonctions sexuelles en post-AVC.

De leur côté, Akinpelu et al **[53]** tout comme Kimura et al **[67]** rapportaient une influence de la qualité de vie sur la dysfonction sexuelle avec une significativité.

4.3.2.2.2.6 Troubles anxio-dépressifs (HADS)

Dans notre étude, parmi les patients qui avaient une dysfonction sexuelle moins de la moitié avait des troubles anxio-dépressifs (37,5%). 35,4% avaient uniquement des troubles anxieux et 37,5% avaient uniquement des troubles dépressifs et il n'y avait pas d'association entre les troubles anxio-dépressifs et la dysfonction sexuelle.

Nos résultats sont similaires à ceux de Duits et al (2009) **[78]** qui n'avaient pas trouvé d'association entre les troubles anxio-dépressifs et la dysfonction sexuelle en post-AVC.

A l'opposé certains auteurs dans leurs études ont trouvé une significativité entre les troubles anxio-dépressifs et la dysfonction sexuelle.

Bugnicourt JM et et al rapportaient que les patients qui se plaignaient de leur sexualité avaient des scores plus élevés sur l'échelle HADS (19,7% contre 11,2% ; $p < 0.001$), d'anxiété (10,0% contre 6,3% ; $p<0,001$) et de dépression (8,7% contre 4,8% : $p < 0,001$) **[74,79].**

De leur côté aussi, Akinpelu et al **[53]** tout comme Kimura et al **[67]** avaient rapporté une significativité entre la dépression et la dysfonction sexuelle ($p<0,05$).

Cette différence pourrait être due à la taille limitée de notre population d'étude.

4.3.2.2.3 Influence des caractéristiques paracliniques des patients sur les dysfonctions sexuelles en post-AVC

➢ Nos résultats ont montré que le siège influence l'existence de la dysfonction sexuelle.

En effet les patients ayant une lésion de l'hémisphère cérébral droit avaient 2,58 fois moins de risque de présenter une dysfonction sexuelle (p=0,387 ; IC=[0,150-0,997]).

Sjrogen et Fugl-Meyer (1982) et, Coslett et Hellman (1996) cités par Grenier-Genest A dans une revue de littérature en 2017, avaient à l'opposé trouvé une prédominance de dysfonction sexuelle chez les patients qui avaient une atteinte de l'hémisphère cérébral droit **[11].**

La plus récente étude de Bugnicourt JM et al menée en 2014 avait aussi trouvé comme dans notre étude une prédominance des lésions de l'AVC de l'hémisphère cérébral gauche (70%) mais avec une différence significative (p<0,001) **[74,79].** Il en est de même pour Kimura et al en 2001 qui ont rapporté une prédominance de dysfonction sexuelle chez les hommes qui avaient une atteinte de l'hémisphère cérébral gauche **[67].**

Pourtant c'est l'hémisphère cérébral droit qui semblerait avoir un rôle dominant dans la libido et la fonction érectile. Certaines études neuro-anatomiques fonctionnelles démontrent une augmentation du flux sanguin cérébral dans l'hémisphère cérébral droit lors de différentes étapes de performance sexuelle, mesuré au PET scan, après une stimulation sexuelle du pénis. Les lésions pariétales droites entrainent fréquemment une négligence de l'hémicorps gauche. Ces patients répondraient difficilement aux sensations érotiques à cause de l'héminégligence sensorielle et spatiale ainsi qu'à cause des troubles sensitifs **[8,30].** Quelques études ont également recherché à corréler

les différents types de dysfonction sexuelle à des lésions cérébrales spécifiques. Mais çelà reste difficile compte tenu de la complexité du contrôle cérébral des différents aspects de la réponse sexuelle et du niveau de résolution des investigations **[29].**

D'ailleurs plusieurs auteurs dont Tanam et al (2008), Giaquinto et al (2003), Choi-Kwon et Kim (2002), Cheung (2002) et Boldrini et (1991) cités dans la revue de littérature de Grenier-Genest A en 2017 n'avaient pas trouvé une association entre le siège de la lésion cérébrale et la dysfonction sexuelle dans leurs études **[11].**

- Il n'y avait pas d'association entre les autres caractéristiques paracliniques (type, topographie et étiologie) et la dysfonction sexuelle.

CONCLUSION

Au terme de notre étude transversale qui a porté sur “Les dysfonctions sexuelles en post-AVC dans la clinique universitaire de Neurologie au CNHU-HKM de Cotonou en 2022”, il ressort que la dysfonction sexuelle est fréquente en post-AVC. Elle est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. De façon générale les troubles de l’activité et du désir sexuel sont les plus fréquentes des dysfonctions sexuelles aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

Les hommes étaient moins à risque de présenter une dysfonction sexuelle que les femmes. De même, les patients mariés, les patients ayant consulté plus de 3 mois après la survenue de leur dernier épisode d’AVC, les patients ayant une indépendance fonctionnelle totale et les patients n’ayant pas une qualité de vie altérée étaient moins à risque de présenter une dysfonction sexuelle. Par ailleurs, les patients ayant une lésion de l’hémisphère cérébral droit étaient aussi moins à risque de présenter une dysfonction sexuelle.

L’insatisfaction conjugale qu’entraîne cette dysfonction sexuelle n’est pas moindre. Pourtant la plainte d’ordre sexuel passe très fréquemment sous silence par les patients qui sont en proie à un sentiment de honte et par les médecins qui se focalisent sur le déficit moteur.

Notre étude met en lumière l’existence de cette dysfonction sexuelle en post-AVC ainsi que les facteurs qui l’influencent. Elle montre la plus grande part qu’elle devrait prendre dans la démarche médicale des médecins pour éventuellement prévenir les répercussions sur la vie conjugale des patients qui en souffrent.

SUGGESTIONS

Face à ce problème de santé qui affecte la qualité de vie des couples, nous proposons les suggestions suivantes :

- A l'endroit des patients victimes d'AVC :
  - ne pas hésiter à poser les problèmes d'ordre sexuel lors des consultations post-AVC.
- A l'endroit du personnel de santé :
  - rechercher les dysfonctions sexuelles de façon systématique chez les patients reçus en consultation post-AVC.
- A l'endroit des autorités sanitaires :
  - promouvoir la formation universitaire en santé sexuelle ;
  - promouvoir la formation de médecins sexologues.

ANNEXES

Fiche d'enquête

QUESTIONNAIRE DE COLLECTE DES DONNEES SUR LES DYSFONCTIONS SEXUELLES EN POST-AVC DANS LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE NEUROLOGIE AU CNHU-HKM DE COTONOU EN 2022.

1 Données sur les renseignements généraux

Q1. Age :…….ans.

Q2. Sexe : M □ ; F □ ; Autre à préciser……..□

Q3. Religion : Chrétiens □ ; Musulmans □ ; Animiste □ ; Autre à préciser…….□

Q4. Ethnie : Fon et apparentés □ ; Mina et apparentés □ ; Yoruba et apparentés □ ; Adja □ ; Dendi et apparentés □ ; Peulh □ ; Autres à préciser □

Q5. Résidence : Urbaine □ ; Rurale □

Q6. Niveau d'étude : Analphabétisé □ ; Primaire □ ; Secondaire □ ;Supérieur □

Q7. Profession : Fonctionnaire □ ; Commerçant □ ; Artisan □ ; Elève/Etudiant □ ;

Ménagère □ ; Sans emploi □ ; Autre à préciser □

Q8. Niveau socio-économique : <100.000 (Bas) □ ; Entre 100.000 et 200.000 (Moyen) □ ; > 200.000 (Elevé) □

Q9. Situation matrimoniale : Marié (e) □ ; Divorcé (e) □ ; Veuf (ve) □ ; Célibataire sans enfant : □ ; Célibataire avec enfant : □

Q10. Latéralité : Gaucher □ ; Droitier □ ; Autre à préciser……..□

2 Données sur les antécédents, le mode de vie et les traitements médicamenteux habituels

2.1 Antécédents :

2.1.1 Cardiovasculaires

Q11. Antécédent d'AVC : Oui □ ; Non □

Q12. HTA : Oui □ ; Non □

Q13. Diabète : Oui □ ; Non □

2.1.2 Pathologies périnéales

Q14. Maladie hémorroïdaire : Oui □ ; Non □

Q15. Troubles urinaires : Oui □ ; Non □

Q16. Maladie prostatique : Oui □ ; Non □

Q17. Troubles sexuels : Oui □ ; Non □

2.1.3 Psychiatriques

Q18. Antécédents psychiatriques : Oui □ ; Non □

2.1.4 Autres antécédents :

Q19. Autres antécédents : ……

2.2 Traitements médicamenteux habituels :

Q20. IEC : Oui □ ; Non □

Q21. Diurétiques : Oui □ ; Non □

Q22. Bétabloquant : Oui □ ; Non □

Q23. Antidiabétique (à préciser .....) Oui □ ; Non □

Q24. Antidépresseur (à préciser.....) Oui □ ; Non □

Q25. Antipsychotique (à préciser.....) Oui □ ; Non □

2.3 Mode de vie

Q26. Sédentarité : Oui □ ; Non □

Q27. Alcoolisme : Oui □ ; Non □

Q28. Tabagisme : Oui □ ; Non □

3 Données sur l'AVC

Q29. Date de survenue de l'AVC : ……

Q30. Date de consultation post-AVC : ……

Q31. Type d'AVC : AVC H □ ; AVC I □ ; Autre ……

Q32. Topographie **:**

- AVC I :
  - Cérébrale antérieure □
  - Cérébrale postérieure □
  - Sylvien superficiel ou profond □
  - Autres……
- AVCH :
  - Thalamique □ ; Lenticulaire □ ; Caudée □

- Lobaire □

  Si lobaire, préciser : Frontal □ ; Pariétal □ ; Temporal □ ; Occipital □

- Autres……

Q33. Siège de la lésion : Gauche □ ; Droit □

Q34. Etiologie :

Athérosclérose □ ; Microangiopathie liée à l'HTA □ ; Fibrillation auriculaire et autres cardiopathies emboligènes □ ; Vascularite □ ; Rupture de malformations vasculaires □ ; Lacunes □ ; En cours d'exploration/Causes inconnues □ ; Autres…….

4 Données sur l'indépendance fonctionnelle et l'asthénie

Q35. NIHSS:……

Q36. RANKIN:…….

Q37. BARTHEL :……

Q38. IADL4 :……

5 Données sur l'état psychologique et l'asthénie

Q39. HADS :……

Q39.1 HADS (Anxiété) :…….

Q39.2 HADS (Dépression) :……

6 Données sur les dysfonctions sexuelles

Q40. MSHQ :…….. ou FSFI :……..

Score NIHSS

Item	Intitulé	cotation	score
la	**vigilance**	**0** vigilance normale, réactions vives **1** trouble léger de la vigilance : obnubilation, éveil plus ou moins adapté aux stimulations environnantes **2** coma ; réactions adaptées aux stimulations nociceptives **3** coma grave : réponse stéréotypée ou aucune réponse motrice	
Ib	**orientation** (mois, âge)	**0** deux réponses exactes **1** une seule bonne réponse **2** pas de bonne réponse	
lc	**commandes** (ouverture des yeux, ouverture du poing)	**0** deux ordres effectués **1** un seul ordre effectué **2** aucun ordre effectué	
2	**oculomotricité**	**0** oculomotricité normale **1**ophtalmoplégie partielle ou déviation réductible du regard **2** ophtalmoplégie horizontale complète ou déviation forcée du regard	
3	**champ visuel**	**0** champ visuel normal **1** quadranopsie latérale homonyme ou hémianopsie incomplète ou négligence visuelle unilatérale **2** hémianopsie latérale homonyme franche **3** cécité bilatérale ou coma (la=3)	
4	**paralysie faciale**	**0** motricité faciale normale **1** asymétrie faciale modérée (paralysie faciale unilatérale incomplète) **2** paralysie faciale unilatérale centrale franche **3** paralysie faciale périphérique ou diplégie faciale	
5	**motricité membre supérieur**	**0** pas de déficit moteur proximal **1** affaissement dans les 10 secondes, mais sans atteindre le plan du lit. **2** effort contre la pesanteur, mais le membre chute dans les 10 secondes sur le plan du lit. **3** pas d'effort contre la pesanteur (le membre chute mais le patient peut faire un mouvement tel qu'une flexion de hanche ou une adduction.) **4** absence de mouvement (coter 4 si le patient ne fait aucun mouvement volontaire) **X** cotation impossible (amputation, arthrodèse)	**Dt G**
6	**motricité membre inférieur**	**0** pas de déficit moteur proximal **1** affaissement dans les 5 secondes, mais sans atteindre le plan du lit. **2** effort contre la pesanteur, mais le membre chute dans les 5 secondes sur le plan du lit. **3** pas d'effort contre la pesanteur (le membre chute mais le patient peut faire un mouvement tel qu'une flexion de hanche ou une adduction.) **4** absence de mouvement (le patient ne fait aucun mouvement volontaire) **X** cotation impossible (amputation, arthrodèse)	**Dt G**
7	**ataxie**	**0** ataxie absente **1** ataxie présente pour 1 membre **2** ataxie présente pour 2 membres ou plus	
8	**sensibilité**	**0** sensibilité normale **1** hypoesthésie minime à modérée **2** hypoesthésie sévère ou anesthésie	
9	**langage**	**0** pas d'aphasie **1** aphasie discrète à modérée : communication informative **2** aphasie sévère **3** mutisme ; aphasie totale	
10	**dysarthrie**	**0** normal **1** dysarthrie discrète à modérée **2** dysarthrie sévère **X** cotation impossible	
11	**extinction, négligence**	**0** absence d'extinction et de négligence **1** extinction dans une seule modalité, visuelle ou sensitive, ou négligence partielle auditive, spatiale ou personnelle. **2** négligence sévère ou anosognosie ou extinction portant sur plus d'une modalité sensorielle	
		TOTAL	

Evaluation du handicap après AVC

• Echelle de Rankin modifiée[1, 2]

SCORE	DESCRIPTION
0	**Absence de symptômes**
1	**Pas d'incapacité majeure malgré la présence de symptômes** (le patient est capable d'assurer toutes les tâches et activités de la vie courante)
2	**Incapacité légère** (le patient n'est pas capable d'assurer toutes les activités ci-dessus, mais est capable de gérer le quotidien sans assistance)
3	**Incapacité modérée** (nécessite une aide, mais marche sans assistance)
4	**Incapacité modérément sévère** (incapable de marcher et d'assurer ses besoins matériels sans assistance)
5	**Incapacité sévère** (patient alité, incontinent et nécessitant une surveillance et un nursing permanent)
6	**Patient décédé**
	TOTAL (0-6)

Index de Barthel

Cet index est fiable, sensible et reproductible, ce qui en fait un outil de référence.
Cet indice comporte 10 items (relatant, appareil par appareil, les activités de la vie quotidienne), chacun étant coté de 0, 5, 10 ou 15 (pour seulement deux d'entre eux). Le score final correspond à la somme des nombres obtenus par chaque item. Le chiffre 100 équivaut à un score d'indépendance complète.
Coter 0 si l'activité est impossible.

Alimentation		
10	Indépendant. Capable de se servir des instruments nécessaires. Prend ses repas en un temps raisonnable.	☐
5	À besoin d'aide par exemple pour couper.	☐
0	Dépendance.	☐

Contrôle sphinctérien		
10	Continence.	☐
5	Fuites occasionnelles.	☐
0	Incontinence ou prise en charge personnelle si sonde vésicale à demeure.	☐

Anorectal		
10	Continence. Capable de s'administrer un lavement ou un suppositoire.	☐
5	Accidents occasionnels. À besoin d'aide pour un lavement ou un suppositoire si nécessaire.	☐
0	Incontinence	☐

W.C.		
10	Indépendance.	☐
5	Intervention d'une tierce personne.	☐
0	Dépendance.	☐

Soins personnels		
5	Possible sans aide.	☐
0	Dépendance complète.	☐

Bain		
5	Possible sans aide.	☐
0	Dépendance complète.	☐
Habillage		
10	Indépendance (pour boutonner un bouton, fermer une fermeture éclair, lacer ses lacets, mettre des bretelles).	☐
5	A besoin d'aide, mais fait la moitié de la tâche en un temps correct.	☐
0	Dépendance complète.	☐
Transfert du lit au fauteuil		
15	Indépendant, y compris pour faire fonctionner un fauteuil roulant.	☐
10	Peut s'asseoir mais doit être installé.	☐
5	Capable de s'asseoir, mais nécessite une aide maximale pour le transfert.	☐
0	Incapacité totale.	☐
Déplacements		
15	Marche avec soutient ou pas, pour faire plus de 50 mètres.	☐
10	Marche avec aide pour faire 50 mètres.	☐
5	Indépendant pour faire 50 mètres en fauteuil roulant.	☐
0	Dépendance complète.	☐
Escaliers		
10	Indépendant, peut se servir de cannes.	☐
5	A besoin d'aide ou de surveillance.	☐
0	Incapacité totale.	☐

Echelle d'activités instrumentales de la vie courante

Permet d'apprécier les modifications des diverses activités quotidiennes

Activité	Description	Score
Capacité à utiliser le téléphone	Je me sers du téléphone de ma propre initiative, cherche et compose les numéros	◉
	Je compose un petit nombre de numéros connus	○
	Je réponds au téléphone mais n'appelle pas	○
	Je suis incapable d'utiliser le téléphone	○
Capacité à utiliser les moyens de transport	Je peux voyager seul et de façon indépendante avec ma voiture ou les transports en commun	◉
	Je peux me déplacer seul en taxi mais pas en autobus	○
	Je peux prendre les transports en commun si je suis accompagné	○
	Transport limité au taxi ou à la voiture en étant accompagné	○
	Je ne me déplace pas du tout	○
Responsabilité pour la prise des médicaments	Je m'occupe moi-même de la prise, dosage et horaire	◉
	Je peux les prendre de moi-même s'ils sont préparés à l'avance	○
	Je suis incapable de les prendre de moi-même	○
Capacité à gérer son budget	Je suis autonome pour gérer le budget, faire les chèques, payer des factures	○
	Je me débrouille pour les dépenses au jour le jour, mais j'ai besoin d'aide pour gérer à long terme mon budget	◉
	Je suis incapable de gérer l'argent nécessaire à payer mes dépenses au jour le jour	○
TOTAL		

RESULTATS:
Chaque catégorie obtient 0 ou 1, score total compris donc en 0 et 4
Si les 4 items sont perturbés, 37 % sont atteints de démence et 30 % la développeront dans l'année.

Références:
* Le généraliste devant une suspicion de démence-F.Jeanblanc-Concours Médical du 17/06/2000
* Le suivi médical dans la maladie d'Alzheimer-F.Nourhashémi et Coll-Concours Médical n° 38 du 25/11/2000

ECHELLES-PSYCHIATRIE.COM

Echelle de dépression HAD (HAD : Hospital Anxiety and Depression Scale)
de Sigmond et Snaith

1) Anxiété

Je me sens tendu ou énervé.
0 Jamais.
1 De temps en temps.
2 Souvent.
3 La plupart du temps.

J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver.
0 Pas du tout.
1 Un peu mais cela ne m'inquiète pas.
2 Oui, mais ce n'est pas trop grave.
3 Oui, très nettement.

Je me fais du souci.
0 Très occasionnellement.
1 Occasionnellement.
2 Assez souvent.
3 Très souvent.

Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté.
0 Oui, quoi qu'il arrive.
1 Oui, en général.
2 Rarement.
3 Jamais.

J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué.
0 Jamais.
1 Parfois.
2 Assez souvent.
3 Très souvent.

J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place.
0 Pas du tout.
1 Pas tellement.
2 Un peu.
3 Oui, c'est tout à fait le cas.

J'éprouve des sensations soudaines de panique.
0 Jamais.
1 Pas très souvent.
2 Assez souvent.
3 Vraiment très souvent.



2) <u>Dépression</u>

Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois.
0 Oui, tout autant.
1 Pas autant.
2 Un peu seulement.
3 Presque plus.

Je ris facilement et vois le bon côté des choses.
0 Autant que par le passé.
1 Plus autant qu'avant.
2 Vraiment moins qu'avant.
3 Plus du tout.

Je suis de bonne humeur.
0 La plupart du temps.
1 Assez souvent.
2 Rarement.
3 Jamais.

J'ai l'impression de fonctionner au ralenti.
0 Jamais.
1 Parfois.
2 Très souvent.
3 Presque toujours.

Je me m'intéresse plus à mon apparence.
0 J'y prête autant d'attention que par le passé.
1 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention.
2 Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais.
3 Plus du tout.

Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses.
0 Autant qu'avant.
1 Un peu moins qu'avant.
2 Bien moins qu'avant.
3 Presque jamais.

Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou télévision.
0 Souvent.
1 Parfois.
2 Rarement.
3 Très rarement.

<u>Résultats :</u>

Cette échelle explore les symptômes anxieux et dépressifs.
Faire le total du versant anxiété et dépression : 21 points maximum pour chacun.
- Entre 8 et 10 : état anxieux ou dépressif douteux.
- Au-delà de 10 : état anxieux ou dépressif certain.

<u>Références</u> :
Dépression et syndromes anxio-dépressifs, J.D.Guelfi et Coll, Ardix Médical.

Service de Chirurgie Urologique, Andrologie et de Transplantation rénale.

Men Sexual Health Questionnaire MSHQ :

Introduction :

Les questions suivantes portent sur différents aspects de vos capacités à avoir des rapports sexuels. Ces questions portent sur toutes les activités sexuelles que vous avez eues avec votre partenaire habituel (le), avec d'autres partenaires ou en vous masturbant. Par activité sexuelle, nous entendons tout type d'activité sexuelle que vous avez eu, y compris la pénétration, les caresses buccales ou toute autre activité sexuelle qui peut conduire à une éjaculation.

Il peut être difficile de répondre à certaines de ces questions. Merci de répondre au plus de questions possibles et de rester aussi sincère que possible en y répondant. Nous vous rappelons que toutes vos réponses resteront confidentielles.

Les premières questions portent sur vos érections, autrement dit sur la façon dont vous « bandez ».

Au cours du dernier mois, avez-vous pris des médicaments pour des problèmes d'érection ?

☐ Oui ☐ Non

Échelle sur l'érection :

Q1. Au cours du dernier mois, sans l'aide de médicaments, combien de fois avez-vous réussi à avoir une érection quand vous en aviez envie ?

5 Tout le temps

4 La plupart du temps

3 À peu près la moitié du temps

2 Moins de la moitié du temps

1 Jamais

0 J'ai utilisé des médicaments pour l'érection lors de chaque rapport sexuel

Q2. Au cours du dernier mois, si vous avez pu avoir une érection, sans l'aide de médicaments, combien de fois avez-vous pu rester rigide aussi longtemps que vous le souhaitiez ?

5 Tout le temps

4 La plupart du temps

3 À peu près la moitié du temps

2 Moins de la moitié du temps

1 Jamais

0 J'ai utilisé des médicaments pour l'érection lors de chaque rapport sexuel

Q3. Au cours du dernier mois, si vous avez pu avoir une érection, sans utiliser de médicaments, comment évaluez-vous la rigidité de vos érections ?

5 Complètement rigides

4 Presque complètement rigides

3 Plutôt rigides, mais pouvant se ramollir

2 Un peu rigides, mais facilement ramollies

1 Pas rigides du tout

0 J'ai utilisé des médicaments pour l'érection lors de chaque rapport sexuel

Score total sur l'érection (0-15) :

Item sur la Gêne (Problèmes d'Érection)

Q4. Au cours du dernier mois, si vous avez eu des difficultés à ce que votre verge devienne rigide ou reste rigide sans l'aide de médicaments pour l'érection, avez-vous été gêné par ce problème ?

5 Pas du tout gêné/Je n'ai pas eu de problème d'érection

4 Un peu gêné

3 Moyennement gêné

2 Très gêné

1 Extrêmement gêné

Score sur la gêne (Problèmes d'érection) (1–5) :

Echelle sur l'éjaculation :

Introduction : La section suivante concerne votre éjaculation et le plaisir associé à votre éjaculation. L'éjaculation correspond à l'expulsion de sperme lors de l'orgasme sexuel. Les questions suivantes concernent les éjaculations que vous avez lors d'activités sexuelles. Nous vous demandons de penser aux éjaculations que vous avez eues avec votre partenaire habituel(le), d'autres partenaires ou en vous masturbant.

Q5. Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous été capable d'éjaculer lors d'une activité sexuelle ?

5 Tout le temps

4 La plupart du temps

3 À peu près la moitié du temps

2 Moins de la moitié du temps

1 Jamais/Je ne pouvais pas éjaculer

Q6. Au cours du dernier mois, lorsque vous aviez une activité sexuelle, combien de fois avez-vous eu l'impression que l'éjaculation mettait trop de temps à venir ?

5 Jamais

4 Moins de la moitié du temps

3 Environ la moitié du temps

2 La plupart du temps

1 Chaque fois

0 Je ne pouvais pas éjaculer

Q7. Au cours du dernier mois, combien de fois, lors d'une activité sexuelle, avez-vous eu l'impression d'éjaculer alors qu'il n'y avait pas de sperme ?

5 Jamais

4 Moins de la moitié du temps

3 Environ la moitié du temps

2 La plupart du temps

1 Chaque fois

0 Je ne pouvais pas éjaculer

Q8 Comment évaluez-vous la force ou la puissance des éjaculations que vous avez eues au cours du dernier mois ?

5 Aussi fortes qu'elles ont toujours été/pareilles ou inchangées

4 Un peu moins fortes

3 Moins fortes

2 Beaucoup moins fortes

1 Considérablement moins fortes

0 Je ne pouvais pas éjaculer

Q9. En vous basant sur le dernier mois, comment évaluez-vous le volume ou la quantité de sperme lorsque vous éjaculez ?

5 Aussi abondant qu'il a toujours été/pareil ou inchangé

4 Un peu moins abondant

3 Moins abondant

2 Beaucoup moins abondant

1 Considérablement moins abondant

0 Je ne pouvais pas éjaculer

Q10. Par comparaison à il y a UN mois, diriez-vous que le plaisir physique que vous avez ressenti en éjaculant a…

5 Beaucoup augmenté

4 Augmenté moyennement

3 Pas de changement

2 Moyennement diminué

1 Beaucoup diminué

Je ne pouvais pas éjaculer

Q11. Au cours du dernier mois, avez-vous ressenti une douleur physique ou de la gêne pendant l'éjaculation ? Diriez-vous que vous avez eu…

5 Aucune douleur

4 Un peu de douleur ou d'inconfort

3 Une douleur ou un inconfort modéré(e)

2 Une grande douleur ou un grand inconfort

1 Énormément de douleur ou d'inconfort

0 Je ne pouvais pas éjaculer

Score sur l'éjaculation (1–35) :

Item sur la gêne (Problèmes d'éjaculation)

Q12. Au cours du dernier mois, si vous avez eu des difficultés pour éjaculer ou si vous n'avez pas pu éjaculer, cela vous a-t-il gêné ?

5 Pas du tout gêné

4 Un peu gêné

3 Moyennement gêné

2 Très gêné

1 Extrêmement gêné

Score sur la gêne (Problèmes d'éjaculation) (1–5) :

Echelle sur la satisfaction :

Les quelques questions suivantes portent sur votre relation avec votre partenaire habituel(le) au cours du dernier mois. Certaines de ces questions portent sur vos relations sexuelles, alors que d'autres portent sur vos relations en général.

Q13. En général, dans quelle mesure êtes-vous satisfait des relations sexuelles que vous avez avec votre partenaire habituel(le) ? (ne cocher qu'une seule case)

5 Extrêmement satisfait

4 Moyennement satisfait

3 Ni satisfait ni insatisfait

2 Moyennement insatisfait

1 Extrêmement insatisfait

Q14. En général, dans quelle mesure êtes-vous satisfait de la qualité de votre vie sexuelle avec votre partenaire habituel(le) ?

5 Extrêmement satisfait

4 Moyennement satisfait

3 Ni satisfait ni insatisfait

2 Moyennement insatisfait

1 Extrêmement insatisfait

Q15. En général, dans quelle mesure êtes-vous satisfait de la fréquence de vos rapports sexuels avec votre partenaire habituel(le) ?

5 Extrêmement satisfait

4 Moyennement satisfait

3 Ni satisfait ni insatisfait

2 Moyennement insatisfait

1 Extrêmement insatisfait

Q16. En général, dans quelle mesure êtes-vous satisfait des signes de tendresse que vous et votre partenaire habituel(le) montrez lors des rapports sexuels ?

5 Extrêmement satisfait

4 Moyennement satisfait

3 Ni satisfait ni insatisfait

2 Moyennement insatisfait

1 Extrêmement insatisfait

Q17. En général, dans quelle mesure êtes-vous satisfait de la façon dont vous et votre partenaire habituel(le) parlez de sexualité ?

5 Extrêmement satisfait

4 Moyennement satisfait

3 Ni satisfait ni insatisfait

2 Moyennement insatisfait

1 Extrêmement insatisfait

Q18. Sans tenir compte de vos relations sexuelles, dans quelle mesure êtes-vous satisfait des autres aspects de votre relation avec votre partenaire habituel(le) ?

5 Extrêmement satisfait

4 Moyennement satisfait

3 Ni satisfait ni insatisfait

2 Moyennement insatisfait

1 Extrêmement insatisfait

Score satisfaction (6-30) :

Items supplémentaires (activité et désir sexuels)

Introduction : Les questions suivantes portent sur votre activité sexuelle au cours du dernier mois. Ces questions portent sur toutes les activités sexuelles que vous avez eues avec votre partenaire habituel(le), avec d'autres partenaires ou en vous masturbant. Par activité sexuelle, nous entendons tout type d'activité sexuelle que vous avez eu, y compris la pénétration, les caresses buccales ou toute autre activité sexuelle qui peut conduire à une éjaculation.

Q19. Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous eu une activité sexuelle, à savoir vous masturber, des rapports sexuels, des caresses buccales ou toute autre sorte d'activité sexuelle ?

5 = Chaque jour ou presque chaque jour

4 = Plus de 6 fois

3 = 4 à 6 fois

2 = 1 à 3 fois

1 = 0 fois

Q20. Par comparaison à il y a UN mois, la fréquence de votre activité sexuelle a-t-elle augmenté ou diminué ?

5 = Beaucoup augmenté

4 = Augmenté moyennement

3 = Pas de changement

2 = Moyennement diminué

1 = Beaucoup diminué

Q21 Au cours du dernier mois, avez-vous été gêné par les modifications de fréquence de votre activité sexuelle ?

5 = Pas du tout gêné

4 = Un peu gêné

3 = Moyennement gêné

2 = Très gêné

1 = Extrêmement gêné

Introduction : Les questions suivantes portent sur votre envie ou désir d'avoir des rapports sexuels avec votre partenaire habituel(le). Les questions suivantes portent sur les envies ou désirs sexuels que vous avez éprouvés pour votre partenaire habituel(le), et non pas si vous avez effectivement eu des rapports sexuels.

Avez-vous un(e) « partenaire habituel(le) » ? □ Oui □ Non

Si vous n'avez pas de partenaire habituel(le), veuillez répondre a toutes les questions sans vous référer a un(e) « partenaire habituel(le) ».

Q22. Au cours du dernier mois, avec quelle fréquence avez-vous ressenti une envie ou un désir de faire l'amour avec votre partenaire habituel(le) ?

5 Tout le temps

4 La plupart du temps

3 À peu près la moitié du temps

2 Moins de la moitié du temps

1 Jamais

Annexe 1 : Version française du questionnaire FSFI

Questionnaire sur l'activité sexuelle chez la femme
(French version of the FSFI)

Instructions: *les questions suivantes portent sur vos sentiments et vos réactions sur le plan sexuel au cours des 4 dernières semaines. Veuillez répondre à ces questions aussi sincèrement que possible. Vos réponses resteront strictement confidentielles. Lorsque vous répondrez aux questions, tenez compte des définitions suivantes :*
L'activité sexuelle peut comprendre les caresses, les préliminaires, la masturbation, et la pénétration vaginale.
Le rapport sexuel se définit comme la pénétration (l'introduction) du pénis.
La stimulation sexuelle comprend, par exemple, les préliminaires avec un partenaire, la masturbation et les fantasmes sexuels.

Ne cochez qu'une seule réponse par question

Le désir sexuel est un sentiment qui comprend le désir d'avoir une activité sexuelle, le fait d'être réceptive aux avances sexuelles d'un partenaire et d'avoir des pensées ou des fantasmes à propos de l'acte sexuel.

1. **Au cours des quatre dernières semaines, avez-vous ressenti un désir sexuel ?**

Presque toujours ou toujours		**5**
La plupart du temps (plus de la moitié du temps)		**4**
Parfois (environ la moitié du temps)		**3**
Rarement (moins de la moitié du temps)		**2**
Presque jamais ou jamais		**1**

2. **Au cours des 4 dernières semaines, quel a été votre niveau (degré) de désir sexuel ?**

Très élevé		**5**
Elevé		**4**
Moyen		**3**
Faible		**2**
Très faible ou inexistant		**1**

L'excitation sexuelle est une sensation qui comprend à la fois des aspects physiques et psychologiques. Elle peut comprendre des sensations de chaleur ou de picotement au niveau des organes génitaux, la lubrification (humidité) du vagin ou des contractions musculaires.

3. **Au cours des 4 dernières semaines, vous êtes vous sentie excitée sexuellement pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?**

Aucune activité sexuelle		**0**
Presque toujours ou toujours		**5**
La plupart du temps (plus de la moitié du temps)		**4**
Parfois (environ la moitié du temps)		**3**
Rarement (moins de la moitié du temps)		**2**
Presque jamais ou jamais		**1**

4. **Au cours des 4 dernières semaines, quel a été votre niveau (degré) d'excitation sexuelle pendant une activité ou un rapport sexuel ?**

Aucune activité sexuelle		**0**
Très élevé		**5**
Elevé		**4**
Moyen		**3**
Faible		**2**
Très faible ou inexistant		**1**

5. **Au cours des 4 dernières semaines, à quel point vous êtes-vous sentie sûre de votre capacité à être excitée pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?**

Aucune activité sexuelle		**0**
Extrêmement sûre		**5**
Très sûre		**4**
Moyennement sûre		**3**
Peu sûre		**2**
Très peu sûre ou pas sûre du tout		**1**

6. **Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous été satisfaite de votre degré d'excitation pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?**

Aucune activité sexuelle		**0**
Presque toujours ou toujours		**5**
La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)		**4**
Parfois (environ une fois sur deux)		**3**
Rarement (moins d'une fois sur deux)		**2**
Presque jamais ou jamais		**1**

7. **Au cours des 4 dernières semaines, votre vagin était-il lubrifié (humide) pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?**

Aucune activité sexuelle		**0**
Presque toujours ou toujours		**5**
La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)		**4**
Parfois (environ une fois sur deux)		**3**
Rarement (moins d'une fois sur deux)		**2**
Presque jamais ou jamais		**1**

8. **Au cours des 4 dernières semaines, à quel point vous a-t-il été difficile d'avoir le vagin lubrifié (humide) pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?**

Aucune activité sexuelle		**0**
Extrêmement difficile ou impossible		**1**
Très difficile		**2**
Difficile		**3**
Légèrement difficile		**4**
Pas difficile		**5**

9. Au cours des 4 dernières semaines, la lubrification (humidité) de votre vagin a-t-elle duré jusqu'à la fin d'une activité sexuelle ou d'un rapport sexuel ?

Aucune activité sexuelle		**0**
Presque toujours ou toujours		**5**
La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)		**4**
Parfois (environ une fois sur deux)		**3**
Rarement (moins d'une fois sur deux)		**2**
Presque jamais ou jamais		**1**

10. Au cours des 4 dernières semaines, à quel point vous a-t-il été difficile de conserver la lubrification (humidité) de votre vagin jusqu'à la fin d'une activité sexuelle ou d'un rapport sexuel ?

Aucune activité sexuelle		**0**
Extrêmement difficile ou impossible		**1**
Très difficile		**2**
Difficile		**3**
Légèrement difficile		**4**
Pas difficile		**5**

11. Au cours des 4 dernières semaines, lorsque vous avez été stimulée sexuellement ou que vous avez eu un rapport sexuel, avez-vous atteint l'orgasme ?

Aucune activité sexuelle		**0**
Presque toujours ou toujours		**5**
La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)		**4**
Parfois (environ une fois sur deux)		**3**
Rarement (moins d'une fois sur deux)		**2**
Presque jamais ou jamais		**1**

12. Au cours des 4 dernières semaines, lorsque vous avez eu un rapport sexuel, à quel point vous a-t-il été difficile d'atteindre l'orgasme ?

Aucune activité sexuelle		**0**
Extrêmement difficile ou impossible		**1**
Très difficile		**2**
Difficile		**3**
Légèrement difficile		**4**
Pas difficile		**5**

13. Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été satisfaite de votre capacité à atteindre l'orgasme pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

Aucune activité sexuelle		**0**
Très satisfaite		**5**
Moyennement satisfaite		**4**
Ni satisfaite, ni insatisfaite		**3**
Moyennement insatisfaite		**2**
Très insatisfaite		**1**

14. Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été satisfaite de votre relation affective avec votre partenaire pendant une activité sexuelle ?

Aucune activité sexuelle		**0**
Très satisfaite		**5**
Moyennement satisfaite		**4**
Ni satisfaite, ni insatisfaite		**3**
Moyennement insatisfaite		**2**
Très insatisfaite		**1**

15. Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été satisfaite de votre relation avec votre partenaire du point de vue sexuel ?

Très satisfaite		**5**
Moyennement satisfaite		**4**
Ni satisfaite, ni insatisfaite		**3**
Moyennement insatisfaite		**2**
Très insatisfaite		**1**

16. Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été satisfaite de votre vie sexuelle en général ?

Très satisfaite		**5**
Moyennement satisfaite		**4**
Ni satisfaite, ni insatisfaite		**3**
Moyennement insatisfaite		**2**
Très insatisfaite		**1**

17. Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous ressenti une gêne ou de la douleur pendant la pénétration vaginale ?

Je n'ai pas eu de rapport sexuel		**0**
Presque toujours ou toujours		**1**
La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)		**2**
Parfois (environ une fois sur deux)		**3**
Rarement (moins d'une fois sur deux)		**4**
Presque jamais ou jamais		**5**

18. Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous ressenti une gêne ou de la douleur après la pénétration vaginale ?

Je n'ai pas eu de rapport sexuel		**0**
Presque toujours ou toujours		**1**
La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)		**2**
Parfois (environ une fois sur deux)		**3**
Rarement (moins d'une fois sur deux)		**4**
Presque jamais ou jamais		**5**

19. Au cours des 4 dernières semaines, quel a été votre niveau (degré) de gêne ou de douleur pendant ou après la pénétration vaginale ?

Je n'ai pas eu de rapport sexuel		**0**
Très élevé		**1**
Elevé		**2**
Moyen		**3**
Faible		**4**
Très faible ou inexistant		**5**

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire

Tableau XXI: Opérationnalisation des variables relatives aux caractéristiques sociodémographiques

Caractéristiques	Variables	Types de variable	Modalités	Codage
Sociodémographiques	Age du patient au moment de l'entrtien	Variable quantitative continue, discrétisée en 3 classes d'âge d'amplitude 20, à partir de 30 ans	[30 – 50[; [50 – 70[; ≥ 70	1 ; 2 ; 3
	Sexe	Variable qualitative nominale dichotomique	Masculin ; Féminin	1 ; 2
	Religion	Variable qualitative nominale	Chrétienne ; Musulmane ; Autres	1 ; 2 ; 3
	Ethnie	Variable qualitative nominale	Fon ; Mina ; Yoruba ; Adja ; Dendi ; Peulh ; Autres	1 ; 2 ; 3 ; 4 ; 5 ; 6 ; 7
	Résidence	Variable qualitative nominale dichotomique	Urbaine ; Rurale	1 ; 2
	Niveau d'étude	Variable qualitative ordinale	Analphabétisé ; Primaire ; Secondaire ; Supérieur	1 ; 2 ; 3 ; 4
	Profession	Variable qualitative nominale	Fonctionnaire ; Commerçant ; Ménagère ; Artisan ; Sans emploi ; Retraités	1 ; 2 ; 3 ; 4 ; 5 ; 6
	Niveau socio-économique	Variable qualitative ordinale	Bas (<100.000F) ; Moyen (entre 100.000F et 200.000F) ; Elevé (>200.000F)	1 ; 2 ; 3
	Situation matrimoniale	Variable qualitative nominale	Marié(e) ; Veuf(ve) ; Divorcé(e) ; Célibataire	1 ; 2 ; 3

Tableau XXII: Opérationnalisation des variables relatives aux antécédents médicaux et chirurgicaux

Caractéristiques	Variables	Types de variable	Modalités	Codage	Définitions
Antécédents médicaux et chirurgicaux	AVC	Variable qualitative nominale dichotomique	Non ; Oui	1 ; 2	Retenu sur une auto déclaration du patient, la vérification dans son dossier médical
	HTA	Variable qualitative nominale dichotomique	Non ; Oui	1 ; 2	Retenu sur une auto déclaration du patient, la vérification dans son dossier médical
	Diabète	Variable qualitative nominale dichotomique	Non ; Oui	1 ; 2	Retenu sur une auto déclaration du patient, la vérification dans son dossier médical
	Maladie hémorroïdaire	Variable qualitative nominale dichotomique	Non ; Oui	1 ; 2	Retenu sur une auto déclaration du patient, la vérification dans son dossier médical
	Maladie prostatique	Variable qualitative nominale dichotomique	Non ; Oui	1 ; 2	Retenu sur une auto déclaration du patient, la vérification dans son dossier médical
	Troubles urinaires	Variable qualitative nominale dichotomique	Non ; Oui	1 ; 2	Retenu sur une auto déclaration du patient, la vérification dans son dossier médical
	Troubles sexuels	Variable qualitative nominale dichotomique	Non ; Oui	1 ; 2	Retenu sur une auto déclaration du patient, la vérification dans son dossier médical

Tableau XXIII: Opérationnalisation des variables relatives aux traitements en cours

Caractéristiques	Variables	Types de variable	Modalités	Codage	Définitions
Traitements en cours	Anti-HTA : -Inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) -Diuértique -Bêtabloquant	Variable qualitatiive nominale dichotomique	Non ; Oui	1 ; 2	Noté à la vérification des traitements en cours du patient
	Antidiabétique : -Insuline -ADO (Antidiabétiques oraux)	Variable qualitatiive nominale dichotomique	Non ; Oui	1 ; 2	Noté à la vérification des traitements en cours du patient
	Antidépresseur : -Tricyclique -ISRS	Variable qualitatiive nominale dichotomique	Non ; Oui	1 ; 2	Noté à la vérification des traitements en cours du patient

Tableau XXIV: Opérationnalisation des variables relatives au mode de vie

Caractéristiques	Variables	Types de variable	Modalités	Codage	Définitions
Mode de vie	Sédentarité	Variable qualitative dichotomique	Non ; Oui	1 ; 2	Retenu sur une auto déclaration du patient
	Alcoolisme	Variable qualitative dichotomique	Non ; Oui	1 ; 2	Retenu sur une auto déclaration du patient
	Tabagisme	Variable qualitative dichotomique	Non ; Oui	1 ; 2	Retenu sur une auto déclaration du patient

Tableau XXV: Opérationnalisation des variables relatives aux autres caractéristiques cliniques (1ère partie)

Variables	Type de variables	Modalité	Codage	Définition
Délai post-AVC	Variable quantitative continue discrétisée en 4 classes de délai post-AVC exprimé en mois à partir de 1 mois	[1-3[; [3-6[; [6-12[; [12-18[; ≥18	1 ; 2 ; 3 ; 4 ; 5	C'est le nombre de jours ou de mois qui sépare le jour de l'entretien et le jour du dernier épisode d'AVC qui est retenu sur une auto déclaration du patient et une vérification dans son dossier médical. Dans l'école de la CUN du CNHU-HKM de Cotonou, ce délai est d'au moins 1 mois.
Pronostic de l'AVC (NIHSS)	Variable quantitative continue discrétisée en 4 classes du pronostic de l'AVC à partir de 0	0 ; [5-15[; [15-19[; ≥20	1 ; 2 ; 3 ; 4	Il est composé de 11 items dont chacun marque une capacité spécifique évaluée entre 0 et 4. Pour chaque item, un score de 0 indique généralement une fonction normale dans cette capacité spécifique, tandis qu'un score plus élevé indique un certain niveau de déficience. Les scores individuels de chaque élément sont additionnés afin de calculer le score NIHSS total du patient. Le score total varie entre 0 et 42. Ainsi : ✓un score égal à 0 est normal ✓un score entre 1 et 4 correspond à un AVC léger ✓un score entre 5 et 14 correspond à un AVC modéré ✓un score entre 15 et 19 correspond à un AVC sévère ✓un score supérieur ou égal à 20 correspond à un AVC grave.
Degré d'invalidité (Rankin modifié)	Variable quantitative continue discrétisée en 4 classes du degré d'invalidité de l'AVC à partir de 0	0 ; [1-2] ; 3 ; [4-5]	1 ; 2 ; 3 ; 4	Il comprend 6 niveaux de score allant du niveau 0 pour les patients n'ayant aucun symptôme au niveau 5 pour les patients avec un handicap majeur et une totale indépendance. Une catégorie distincte, de niveau 6 est généralement ajoutée par le corps médical pour les patients ne survivant pas à leur AVC. Ainsi : ✓un score égal à 0 est normal ✓un score de 1 ou 2 correspond à une incapacité légère ✓un score de 3 correspond è une incapacité modérée ✓un score de 4 ou 5 correspond à une incapacité sévère.

Tableau XXVI: Opérationnalisation des variables relatives aux autres caractéristiques cliniques (2ème partie)

Variables	Type de variables	Modalité	Codage	Définition
Niveau d'indépendance fonctionnelle (Barthel)	Variable quantitative continue discrétisée en 5 classes du niveau d'indépendance fonctionnelle à partir de 0	[0-20[; [20-60] ;]60-90] ;]90-100[; 100	1 ; 2 ; 3 ; 4 ; 5	Il comporte 10 items relatant les activités de la vie quotidienne. Chaque item est noté de 0 à 5, 10 ou 15. Le score total varie de 0 à 100 et est interprété comme suit : ✓un score inférieur à 20 correspond à une dépendance totale ✓un score entre 20 et 60 correspond à une dépendance sévère ✓un score entre 61 et 90 correspond à une dépendance modérée ✓un score entre 91 et 99 correspond à une dépendance légère ✓un score égal à 100 correspond à une indépendance
Qualité de vie (IADL4)	Variable quantitative continue discrétisée en 3 classes de la qualité de vie à partir de 0	0 ; [1-2] ; [3-4]	1 ; 2 ; 3	Il comprend 4 items dont chacun est noté de 0 à 1. Le score total varie de 0 à 4 : ✓ un score de 0 correspond à une qualité de vie normale ✓ un score de 1 ou 2 correspond à une altération modérée de la qualité de vie ✓ un score de 3 ou 4 correspond à une altération sévère de la qualité de vie

Tableau XXVII: Opérationnalisation des variables relatives aux autres caractéristiques cliniques (3ème partie)

Variables	**Type de variables**	**Modalité**	**Codage**	**Définition**
Troubles anxio-dépressifs (HADS)	Variable quantitative continue discrétisée en 2 classes à partir de 0	[0-15[; [15-42]	1 ; 2	Il s'agit d'un auto-questionnaire de 14 items dont 7 items pour évaluer la dépression et 7 autres items pour évaluer l'anxiété. Pour chaque item on a quatre modalités de réponse cotées de 0 à 3. Les items de dépression et d'anxiété sont alternés. De plus une alternance dans l'ordre des cotations 0 à 3 ou 3 à 0 a été réalisée pour éviter les biais reliés à leur répétition. Un score global est calculé en faisant la somme des réponses des 14 items (varie de 0 à 42) ainsi que deux sous scores correspondants aux deux sous échelles (varie de 0 à 21). Plus les scores sont élevés plus la symptomatologie est sévère. Selon Zigmond et Snaith en 1983 **[81],** les seuils pour les deux sous-scores permettant d'identifier les cas présentant des symptômes anxieux ou dépressifs sont les suivants : ✓ un score de 0 à 7 est considéré comme normal ; ✓ un score de 8 à 10 correspond à une suspicion de troubles anxieux ou dépressifs ; ✓ un score de 11 à 14 correspond aux troubles anxieux ou dépressifs moyens ; ✓ un score de 15 à 21 correspond aux troubles anxieux ou dépressifs sévères. Selon Ibboston et al en 1994 [**81],** les seuils pour le score global sont : ✓de 0 à 14 il n'y a pas de troubles anxio-dépressifs ✓de 15 à 42 il y a existence de troubles anxio-dépressifs
Troubles anxieux	Variable quantitative continue discrétisée en 2 classes de troubles anxieux à partir de 0	[0-8[; [8-11[; [11 ;15[; [15-21]	1 ; 2 ; 3 ; 4	
Troubles dépressifs	Variable quantitative continue discrétisée en 2 classes de troubles dépressifs à partir de 0	[0-8[; [8-11[; [11 ;15[; [15-21]	1 ; 2 ; 3 ; 4	

Tableau XXVIII: Opérationnalisation des variables relatives aux caractéristiques paracliniques

Variables		**Type de Variables**	**Modalité**	**Codage**	**Définition**
Type d'AVC		Variable qualitative nominale dichotomique	Ischémique ; Hémorragique	1 ; 2	Retenu sur vérification dans le dossier médical du patient
Topographie de l'AVC	**AVCH**	Variable quantitative nominale	Thalamique ; Lenticulaire ; Caudée ; Lobaire ; Autres	1, 2 ; 3 ; 4 ; 5	Retenu sur vérification dans le dossier médical du patient
	AVCI	Variable quantitative nominale	Cérébrale antérieure ; Cérébrale postérieure ; Sylvienne superficielle ou profonde ; Autres	1 ; 2 ; 3 : 4	
Siège de l'AVC		Variable qualitative nominale dichotomisée	Droit ; Gauche	1 ; 2	Retenu sur vérification dans le dossier médical du patient
Etiologies de l'AVC	**AVCH**	Variable qualitative nominale	Microangiopathie hypertensive ; Rupture de malformation vasculaire ; Autres ; En cours d'exploration/Causes inconnues	1 ; 2 ; 3 ; 4	Retenu sur vérification dans le dossier médical du patient
	AVCI	Variable qualitative nominale	Athérosclérose ; Lacune ; Fibrillation auriculaire ou autres cardiopathies emboligènes ; Autres ; En cours d'exploration/Causes inconnues	1 ; 2 ; 3 ; 4 ; 5	

Tableau XXIX: Opérationnalisation des variables relatives aux dysfonctions sexuelles

Variables	Types de variable	Modalités	Codage	Définitions
MSHQ (Men's Sexual Health Questionnaire)	Variable quantitative continue discrétisée en 2 classes à partir de 0	[0 ; 81[; ≥82	1 ; 2	Le MSHQ est un instrument permettant d'évaluer la fonction sexuelle chez l'homme, comportant quatre domaines et 25 items. Chacun des items est assigné aux quatre domaines de la fonction sexuelle masculine que sont : le désir, l'érection, l'éjaculation et de la satisfaction. Le score total varie de 16 à 125. Un score total de 82 a été proposé comme valeur seuil pour le diagnostic de dysfonction sexuelle masculine. Un score égal à 82 ou au-dessus de 82 correspond à une fonction sexuelle normale et un score en dessous de 82 implique une fonction sexuelle anormale. Un sous score correspondant à chaque domaine avec un résultat inférieur à 65% du maximum est considéré comme une dysfonction sexuelle du domaine **[82].**
FSFI (Female Sexual Function Index)	Variable quantitative continue discrétisée en 2 classes à partir de 0	[0 ; 22[; ≥23	1 ; 2	Le FSFI un instrument permettant d'évaluer la fonction sexuelle chez la femme, comportant six domaines de 19 items. Chacun des items est assigné aux six domaines de la fonction sexuelle féminine que sont : le désir, l'excitation, la lubrification, l'orgasme, la satisfaction, et la douleur liée aux rapports sexuels **[83].** Le score total varie de 2 à 36 [82]. Un score total de 23 a été proposé comme valeur seuil pour le diagnostic de dysfonction sexuelle féminine [84]. Un score égal à 23 ou au-dessus de 23 correspond à une fonction sexuelle normale et un score en dessous de 23 implique une fonction sexuelle anormale. Un sous score correspondant à chaque domaine avec un résultat inférieur à 65% du maximum est considéré comme une dysfonction sexuelle du domaine **[82].**

REFERENCES

1. **Gellez-Leman MC, Colle F, Bonan I, Bradai N, Yelnik A.** Evaluation of the disabilities of hemiplegic patients. Ann Readapt Med Phys. 2005;48(6):361-8.
2. **Lucas C, Vaisse B.** Mieux traiter et mieux prévenir les pathologies cardiovasculaires: HTA et AVC. Paris : PHASE 5 ; 2002.
3. **Sene Diouf F, Basse AM, Ndao AK, Ndiaye M, Toure K, Thiam A et al**. Pronostic fonctionnel des accidents vasculaires cérébraux dans les pays en voie de développement: Sénégal. Ann Réadapt Méd Phy. 2002;49(3):211-5.
4. **Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJ.** Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. Lancet. 2006;367(9524):1747-57.
5. **Lyrer P.** Epidémiologie de l'accident vasculaire cérébral. Bull Med Suisses. 2000;81(37):2082-5.
6. **Rosamond W, Flegal K, Friday G, Furie K, Go A, Greenlund K et al.** American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics 2007 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Circulation. 2007;115(5):69-171.
7. **Bergström A, Guidetti S, Tham K, Eriksson G.** Association between satisfaction and participation in everyday occupations after stroke. Scand J Occup Ther. 2017;24(5):339-48.
8. **Chalon M, Tacu I, Gierasimowicz-Fontana A, Gazagnes MD, Durand E.** Troubles génito-sexuels après un accident vasculaire cérébral: état des lieux. Louvain med. 2020;139(03-04):178-84.
9. **Daniel K, Wolfe CDA, Busch MA. McKevit C.** What Are The Consequences of Stroke for Working Aged Adults A Systematic Review. Stroke. 2009;40(6): 431-40.

10. **Kissela BM, Khoury JC, Alwell K, Moornaw Cl, Woo D, Adeoye O et al.** Age at stroke. Neurology. 2012;79(17):1781-7.

11. **Grenier-Genest A, Gérard M, Courtois F.** Stroke and sexual functioning: A literature review. NeuroRehabilitation. 2017;41(2):299-315.

12. **Soutier B.** Un amour comme tant d'autres ?: Handicaps moteurs et sexualité. 1e éd. Paris : APF ; 2001. Questions spécifiques à certains handicaps.

13. **Denys P, Soler J-M, Giuliano F.** Sexualité du patient neurologique. Progrès en urologie. 2013;23:712-7.

14. **Korpelainen JT, Keulenen ML, Kemblait H et al.** Sexual dysfunction in patients. Acta Neurol Stand. 1998;98(6):400-5.

15. **Thompson HS, Ryan A**. The impact of stroke consequences on spousal relationships from the perspective of the person stroke. J Clin Nurs. 2009;18(12):1803-11.

16. **Alexandre S et al.** ECNi Le tout-en-un. 2e éd. Elsevier Masson SAS ; 2017. Neurologie :Accidents vasculaires cérébraux ; p. 869.

17. **Catherine D.** Accident vasculaire cérébral (AVC) [En ligne]. 2017 [cité le 30 jan 2023]. Disponible sur: https://www.neuropsywaterloo.be/2017/01/accident-vasculaire-cerebral-avc/

18. **Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada**. Informations sur la santé : Types d'AVC [En ligne]. 2007 [cité le 30 juin 2023]. Disponible sur: https://www.coeuretavc.ca/

19. **Alagnide EH**. Evaluation du handicap après un AVC au CNHU de Cotonou. [Thèse de doctorat en médecine]. Cotonou : Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou. ; 2001; 75 p.

20. **Brenot P.** Le dictionnaire de la sexualité humaine. 1e éd. Paris: L'esprit du temps ; 2004.

21. **Trudel G.** Les dysfonctions sexuelles: évaluation et traitement par des méthodes psychologique, interpersonnelle, et biologique. 2e éd. Presse de l'université du Québec ; 2000.

22. **Gellman C.** Nouvelle classification DSM III des dysfonctions sexuelles. Cah Sexol Clin. 1987;13(79):5-9.

23. **Garnier M, Delamari V.** Dictionnaire des termes de médecine. 25e éd. Tours: Maloine : 1999.

24. **Bondi P, Delavierre D**. Définition et épidémiologie Dans : Bondi P. Delavierre D, Chevri T, Measson M. La dysfonction érectile. 1e éd. Condé-sur-Noireau: John Libbey ; 2003. p. 25-72.

25. **Beltrami E, Couture N.** Les dysfonctions sexuelles Dans : Lalonde P. Grunberg F. Psychiatric clinique: approche contemporaine. 2e éd. Canada: Morin. 1986. p. 489-528.

26. **Bello YS.** Les dysfonctions sexuelles masculines en milieu urbain béninois: Etude préliminaire sur l'utilisation d'un traitement traditionnel (Résultats précoces à propos de 30 cas) [Thèse de doctorat en médecine]. Cotonou : Faculté des Sciences de la Santé Cotonou. 1989: 94 p.

27. **American Psychiatric Association.** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington DC : American Psychiatric Association ; 2000. Sexual and gender identity disorders ; 493-538.

28. **Basson R, Leiblum S, Brotto L, Derogatis L, Fourcroy J, Meyer K et al.** Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2003;24:221-9.

29. **Falcou L, Giuliano F.** Conséquences sexuelles des AVC. La Lettre du Neurologue. 2017;21(9):284-88.

30. **Park J-H, Ovbiagele B, Feng W.** Stroke and sexual dysfunction : A narrative review. J Neurol Sci. 2015;350(1-2):7-13.

31. **Heuschling A et al.** Accident vasculaire cérébral: de la prise en charge précoce à la rééducation. Rev Med Brux. 2013;34(4)::193-388..

32. **Di Gregorio M, Lorge F, Reynaert C, Michaux N.** Comment aborder la sexualité avec un homme ? Louvain Médical. 2018;137(8):468-76.

33. **Tullii RE.** Neurectomy: new therapeutic technique for premature ejaculation. Int J Impot Res. 1992;4(2):205.

34. **Basson R, Wierman ME, van Lankveld J, Brotto L.** Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. J Sex Med. 2010;7:314-26.

35. **Brotto LA, Basson R, Luria M.** A mindfulness-based group psychoeducational intervention targeting sexual arousal disorder in women. J Sex Med. 2008:5(7):1646-5.

36. **Nurnberg PL, Paine S et al.** Randomized controlled trial. JAMA. 2008;300:395-404.

37. **Clayton AH, Warnock JK, Kornstein SG, Pinkerton R, Sheldon KA, McGarvey El.** A placebo-controlled trial of bupropion SR as an antidote for selective serotonin reuptake inhibitor induced sexual dysfunction. J Clin Psychiatry. 2004;65:62-7.

38. **Goldfischer ER, Breaux J, Katz M, Kaufman J, Smith WB, Kimura T et al.** Continued efficacy and safety of flibanserin in premenopausal women with Hypoactive Sexual Desire Disorder (HSDD): from randomized with drawal trial. J Sex Med. 2011;8:3160-72.

39. **Thorp J, Simon J, Dattani D, Taylor L, Kimura T, Garcia Jr M et al**. Treatment of hypoactive sexual desire disorder in premenopausal women: efficacy of flibanserin in the DAISY study. J Sex Med. 2012;9:793-804.

40. **Komer Katz Moreau T, Garcia M et al.** Treatment hypoactive sexual desire disorder women: flibanserin in VIOLET Study. J Sex Med. 2012;9:1074-85.

41. **Fabre LF, Brown LC, Derogatis LR.** Gepirone-ER treatment of hypoactive sexual desire disorder (HSDD) depression. J Sex Med. 2011;8:1411-9.

42. **Leddy LS, Yang CC, Stuckey BG, Sudworth M, Haughie S, Sultana S et al**. Influence of sildenafil on genital engorgement in women with female sexual arousal disorder. J Sex Med. 2012;9:2693-7.

43. **Sutton KS, Boyer SC, Goldfinger C, Ezer P, Pukall CF.** To lube or not to lube: experiences and perceptions of lubricant use in women with and without dyspareunia. J Sex Med. 2012;9:240-50.

44. **Munarriz R, Maitland S, Garcia SP, Talakoub L, Goldstein I.** A prospective duplex Doppler ultrasonographic study in women with sexual arousal disorder to objectively assess genital engorgement induced by EROS therapy. J Sex Marital Ther. 2003;29:85-94.

45. **Laan E, van Lunsen RHW, Everaerd W.** The effects of tibolone on vaginal blood flow, sexual desire and arousability in postmenopausal women. Climateric. 2001;4:28-41.

46. **Brotto BL**. Women's sexual arousal disorders. J Sex Med. 2010;7:586-614.

47. **Suckling J, Lebathy A, Kennedy R**. Local oestrogen for vaginal atrophy in postmenopausal women. Cochrane Database Syst Rev. 2006:4:1465-1858.

48. **Sturdee DW, Panay N.** International Menopause Society Writing Group. Recommendations for the management of postmenopausal vaginal atrophy. Climacteric. 2010;13:509-22.

49. **Labrie F, Archer D, Bouchard C, Fortier M, Cusan L. Gomez J.** Intravaginal dehydroepiandrosterone (pratestone), a physiological and highly efficient treatment of vaginal atrophy. Climacteric. 2009;16:907-22.

50. **Labrie F, Archer D, Bouchard C, Fortier M. Cusan L, Gomez J et al.** Effect of intravaginal dehydroepiandrosterone (prasterone) on libido and sexual dysfunction in postmenopausal women. Climacteric. 2009;16:923-31.

51. **Gnonlonfoun D, Azon-Kouanou A, Adjien KC, Djakpo L, Houinato D et al.** L'association HTA et diabète, facteur prédictif de mauvais pronostic des accidents vasculaires cérébraux en milieu hospitalier à Cotonou. Revue Le Bénin Médical. 2016;62(2):8-12.

52. **Diaweta J, Banzouzi P, Mpandzou G, Latou D, Ontsira GG, Aloba K et al**. Post-strocke sexual disorders and its real-life experience within couples in Brazzaville. WJNS. 2021 Feb 25;11:22-33.

53. **Akinpelu AO, Osose AA, Odole AC, Odunaiya N.A**. Sexual Dysfunction in Nigerian Stroke Survivors. Afr Health Sci. 2013;13:639-45.

54. **Somda AP, Ouédraogo PV, Kpoda BN, Savadogo AA, Séré IS, Ouattara M et al**. Dépression Post Accident Vasculaire Cérébral : Aspects Epidémiologiques et Cliniques au Centre Hospitalier Universitaire Sourô Sanou de Bobo-Dioulasso. Health Sci. 2022 May;23(5):143-6.

55. **Akigbe G**. Etude des facteurs de risque et des facteurs de pronostic des AVC [Thèse de doctorat en médecine]. Cotonou : Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou ; 1993. 133 p.

56. **Petrea RE, BeiserAS, Seshadri S, Kelly-Hayes M, Kase CS, Wolf PA.** Gender differences in stroke incidence and poststroke disability in the Framingham heart study. Stroke. 2009;40(4):1032-7.

57. **Institut National de la Statistique et l'Analyse Economique (INSAE) du Bénin [En ligne].** Troisième Recensement General de la Population et de l'Habitation (RGPH-3). 2002 [cité le 15 jan 2023]. Disponible sur: https://searchworks.stanford.edu/view/6487167

58. **Smadja D, Olindo S, Cabre P**. Les accidents vasculaires cérébraux chez les noirs. Revue neurologique. 2002;5:211-5.

59. **Owolabi MO, Ugoya S, Plate T**. La disparité raciale dans les facteurs de risque d'AVC : l'expérience de Berlin-Ibadan, une étude rétrospective. Acta Neuro Scand. 2009;119:81-7.

60. **Agbogba M**. Troubles vésico-sphinctériens post-accident vasculaire cérébral en rééducation fonctionnelle au CNHU-HKM de Cotonou [Thèse de doctorat en médecine]. Cotonou : Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou ; 2020. 150 p.

61. **Gnonlonfoun D, Adjien KC, Ossou-Nguiet PM, Mapoure Y, Houinato D, Avode DG.** La fréquence hospitalière des affections neurologiques au CNHU-HKM de Cotonou. Journal de la Société de Biologie Clinique. 2013;018:43-8.

62. **Chouhani W.** Prévalence de la dépression et anxiété après un accident vasculaire cérébral. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique. 2020;68(3):134-5.

63. **Azanmasso H, Hounmenou G, Moigny Y, Alagnide E, Kpadonou T, Nada K.** Prévalence de la dépression et de l'anxiété chez les victimes d'accident vasculaire cérébral à Cotonou. Rev Neurol. 2017;173:S60-S61.

64. **Charfi N, Trabelsi S, Turki M, Bouali M, Zouari M, Dammak M et al.** Impact of physical disability and concomitant emotional disturbances on post stroke quality of life. 2017;43(5):429-434.

65. **Béjot Y, Touzé E, Jacquin A, Giroud M, Mas JL.** Epidémiologie des accidents vasculaires cérébraux. Medical Sciences. 2009;25:727-32.

66. **Bener A, Al-Hamaq AO, Kamran S, Al-Ansari A.** Prevalence of erectile dysfunction inmale stroke patients, and associated co-morbidities and risk factors. Int Urol Nephrol. 2008;40(3):701-8.

67. **Kimura M, Murata Y, Shimoda K, Robinson R**. Sexual dysfunction following stroke. Compr Psychiatry. 2001;42:217-22.

68. **Monga TN, Lawson JS, Inglis J.** Sexual Dysfunction in Stroke Patients.Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 1986;67:19-22.

69. **Cheung RTF.** Sexual Functioning in Chinese Stroke Patients with Mild or No Disability. Cerebrovasc Dis. 2002;14(2):122-8.

70**. Ossou-Nguie PM, Odzébé AS, Bandzouzi-Ndamba B, Banzouzi LF, Gnonlonfoun D, Bouyab PA et al.** Dysfonction érectile après un accident vasculaire cérébral à Brazzaville. Rev Neurol. 2012;158:538-42.

71**. Amarenco G.** Troubles génito-sexuels et activité sexuelle après une attaque cérébrale. Correspondances en neurologie vasculaire. 2004;5(1):18-20.

72. **Hawton K**. Sexual adjustment of men who have had strokes. J Psychosom Res. 1984;28:243-9.

73**. Tressel S, Schumm LP, Laumann EO et al**. A study of sexuality and health among older adults in United States. N Engl J Med. 2007;357:762-74.

74**. Bugnicourt JM et al**. Impaired sexual activity in young ischaemic stroke patients: an observational study. Eur J Neurol. 2014;21:140-6.

75. **Chambon X.** Analyse de la sexualité de la personne hémiplégique. Progrès en urologie. 2013;23:712-7.

76. **Monga TN, Ostermann HJ.** Sexuality and sexual adjustment in stroke patients. Phys Med Rehabil State Art Rev. 1995;9:345-59.

77. **Choi-Kwon S, Kim JS.** Post-stroke emotional incontinence and decreased sexual activity. Cerebrovascular Diseases. 2002;12(1):31-7.

78. **Duits A, van Oirschot N, van Oostenbrugge RJ, van Lankveld J**. The relevance of sexual responsiveness to sexual function in male stroke patient. JSM. 2009.

79**. Faber C**. Ne pas négliger les troubles de la sexualité après un AVC. JIM Actualités médicales [En ligne]. 2014 [cité le 15 juil 2022]. Disponible sur : https://www.univadis.fr/viewarticle/ne-pas-negliger-les-troubles-de-la-sexualite-apres-un-avc-144464

80. **Zigmond AS, Snaith RP**. The hospital anxiety and depression scale. Actapsychiatr scand. 1983;67(6):361-70.

81. **Ibbotson T, Maguire P, Selby P, Priestman T et al**. Screening for anxiety and depression in cancer patients: the effects of disease and treatment. Eur J cancer. 1994;30(1):37-40.

82. Giuliano F. Les questionnaires recommandés en médecine sexuelle. Progrès en Urologie. 2013;23:811-21.

83. **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;26:191-208.

84. **Ferenidou F, Kapoteli V, Moisidis K, Koutsogiannis L, Giakoumelos A et al.** Presence of a sexual problem may not affect women's satisfaction from their sexual function. J sex Med. 2008;5:631-9.

TABLE DES MATIERES

LISTE DU CORPS ENSEIGNANT 2
DEDICACES vii
REMERCIEMENTS iv
HOMMAGES vii
LISTE DES ACRONYMES, SIGLES ET ABREVIATIONS x
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES xii
SOMMAIRE xvii
INTRODUCTION 1
1. GENERALITES 5
1.1 AVC 6
1.1.1 Définition AVC 6
1.1.2 Physiopathologie et étiologies 6
1.2 Dysfonction sexuelle 8
1.2.1 Définition 8
1.2.2 Classification des dysfonctions sexuelles masculines 9
1.2.3 Classification des dysfonctions sexuelles féminines 11
1.3 Pathogénie de la dysfonction sexuelle dans l'AVC 12
1.4 Traitement des dysfonctions sexuelles 16
1.4.1 Traitement des dysfonctions sexuelles masculines 16
1.4.2 Traitement des dysfonctions sexuelles féminines 19
2. CADRE ET METHODE D'ETUDE 24
2.1 Cadre d'étude 25

2.1.1 Le CNHU-HKM 25
2.1.2 La clinique universitaire de Neurologie 25
2.2 Méthode d'étude 27
2.2.1 Type et période d'étude 27
2.2.2 Population d'étude 27
2.2.3 Taille et technique d'échantillonnage 27
2.2.3.1 Critères d'inclusion 27
2.2.3.2 Critères d'exclusion 28
2.2.3.3 Echantillonnage 28
2.2.3.4 Variables 28
2.2.4 Outils, technique et déroulement de collecte des données 31
2.2.4.1 Outils 31
2.2.4.2 Technique 31
2.2.4.3 Déroulement 32
2.2.5 Saisie, traitement et analyse des données 32
2.2.6 Difficultés rencontrées 33
2.2.7 Considérations éthiques et administratives 33
3. RESULTATS 34
3.1 Caractéristiques des patients de l'étude 35
3.1.1 Flux d'inclusion des patients de l'étude 35
3.1.2 Caractéristiques sociodémographiques 36
3.1.2.1 Age 36
3.1.2.2 Sexe 36

3.1.2.3 Religion, ethnie et résidence 37
3.1.2.4 Niveau d'étude et profession 38
3.1.2.5 Niveau socio-économique et situation matrimoniale. 39
3.1.3 Caractéristiques cliniques 40
3.1.3.1 Antécédents 40
3.1.3.2 Traitements en cours 41
3.1.3.3 Mode de vie 42
3.1.3.4 Délai post-AVC 42
3.1.3.5 Autres caractéristiques cliniques 43
3.1.4 Caractéristiques paracliniques 47
3.2 Dysfonctions sexuelles 49
3.2.1 Prévalence des dysfonctions sexuelles 49
3.2.1.1 Fréquence globale 49
3.2.1.2 Typologie 50
3.2.2 Caractéristiques des patients de l'étude ayant des dysfonctions sexuelles 52
3.2.2.1 Caractéristiques sociodémographiques 52
3.2.2.2 Caractéristiques cliniques 55
3.2.2.3 Caractéristiques paracliniques 63
3.3 Etude des facteurs associés aux dysfonctions sexuelles 65
3.3.1 Facteurs sociodémographiques 65
3.3.2 Facteurs cliniques 67
3.3.3 Facteurs paracliniques 70

4. DISCUSSION 72
4.1 Atteinte des objectifs 73
4.2 Atouts et limites 73
4.2.1 Atouts 73
4.2.2 Limites 74
4.3 Commentaire et comparaison des résultats 74
4.3.1 Données sur l'AVC 74
4.3.1.1 Caractéristiques sociodémographiques 74
4.3.1.2 Caractéristiques cliniques 76
4.3.1.3 Caractéristiques paracliniques 79
4.3.2 Données sur les dysfonctions sexuelles 80
4.3.2.1 Prévalence des dysfonctions sexuelles post-AVC 80
4.3.2.2 Influence des caractéristiques des patients sur les dysfonctions sexuelles en post-AVC 84
CONCLUSION 92
SUGGESTIONS 94
ANNEXES 96
REFERENCES 128
TABLE DES MATIERES ..... a

RESUME

Introduction : L'AVC, première cause de handicap dans le monde, engendre des limitations d'activité dont l'activité sexuelle. L'insatisfaction que la limitation de cette dernière engendre, passe généralement sous silence et n'est pas prise en compte dans la prise en charge des patients ce qui est à l'origine d'une altération de leur qualité de vie notamment de leur qualité de vie de couple.

Objectifs: Étudier les dysfonctions sexuelles en post-AVC dans la Clinique Universitaire de Neurologie (CUN) au Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM) de Cotonou en 2022.

Méthodologie: Il s'agit d'une étude transversale descriptive et analytique qui s'est étendue sur trois (03) mois dans la CUN du CNHU-HKM de Cotonou. Les scores MSHQ (Men's Sexual Health Questionnaire) et FSFI (Female Sexual Function Index) ont été utilisés pour évaluer les dysfonctions sexuelles respectivement chez l'homme et la femme.

Résultats: Au terme de notre étude, parmi les 77 patients qui ont été inclus, la fréquence globale de la dysfonction sexuelle en post-AVC est de 62,33%. Les troubles de l'activité et du désir sexuel prédominaient chez les deux sexes (52,2% chez les hommes et 83,9% chez les femmes). Les facteurs associés à la dysfonction sexuelle étaient le sexe, la situation matrimoniale, le délai post-AVC, le niveau d'indépendance fonctionnelle, la qualité de vie et le siège de la lésion cérébrale.

Conclusion: La prévalence de la dysfonction sexuelle en post-AVC est élevée. D'après la littérature, elle influe sur la qualité de vie des couples d'où la nécessité qu'une attention particulière lui soit accordée.

Mots clés: Dysfonction sexuelle, post-AVC, CNHU-HKM.

ABSTRACT

Introduction: Stroke, the leading cause of disability in the world, results in activity limitations including sexual activity. The dissatisfaction that the limitation of this last one generates, generally passes under silence and is not taken into account in the management of the patients what is at the origin of an alteration of their quality of life in particular of their quality of life of couple.

Objectives: To study sexual dysfunctions in post-stroke in the University Clinic of Neurology (CUN) at the Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM) in Cotonou in 2022.

Methodology: This is a descriptive and analytical cross-sectional study which lasted three (03) months in the CUN of the CNHU-HKM of Cotonou. The MSHQ (Men's Sexual Health Questionnaire) and FSFI (Female Sexual Function Index) scores were used to evaluate sexual dysfunctions in men and women respectively.

Results: At the end of our study, among the 77 patients who were included, the overall frequency of post-stroke sexual dysfunction was 62.33%. Sexual activity and desire disorders predominated in both sexes (52.2% in men and 83.9% in women). Factors associated with sexual dysfunction were gender, marital status, post-stroke delay, level of functional independence, quality of life and brain injury site.

Conclusion: The prevalence of post-stroke sexual dysfunction is high. According to the literature, it influences the quality of life of couples hence the need for special attention to be paid to it.

Key words: Sexual dysfunction, post-stroke, CNHU-HKM.