REPUBLIQUE DU BENIN
****
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
****
UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI
****
FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SANTÉ
****
UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN MÉDECINE
****

ANNÉE : 2023 **N° 2562**

Prévalence et facteurs associés à la survenue des dysfonctions sexuelles chez la femme ménopausée à Cotonou en 2022

THESE

Présentée et soutenue publiquement pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

DIPLÔME D'ETAT

Par

Missimahu Robert Goethe AMOUSSOU

Né le 30 avril 1998 à Abomey (République du Bénin)

Directrice de Thèse
Dr Yolaine GLELE AHANHANZO épouse HESSOU
MCA en Santé Publique

Co-Directeur de Thèse
Dr Charles SOSSA JEROME
MCA en Santé Publique

Président du jury
Dr Justin Lewis DENAKPO
Professeur titulaire en Gynécologie Obstétrique

Membres
Dr Yolaine GLELE AHANHANZO épouse HESSOU
MCA en Santé Publique
Dr Véronique TOGNIFODE
MCA en Gynécologie Obstétrique

Année-Académique : 2022-2023

LISTE DES ENSEIGNANTS

[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)

[2]

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

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

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 Médessè 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

NOTE BIEN 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

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

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

Le Doyen,

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

Professeur Josué Dejinnin Georges AVAKOUDJO

NOVEMBRE 2022

DEDICACES – REMERCIEMENTS – HOMMAGES

DEDICACES

A DIEU le Père Tout Puissant

« L'Eternel m'a dit : Tu es mon fils ! Je t'ai engendré aujourd'hui. » Ps 2 : 7

Gloire à toi mon Dieu. Ta miséricorde m'a accompagné tout au long de ma formation à la Faculté des Sciences de la Santé (FSS-Champ de Foire, Cotonou).
Tu m'as fait la preuve que tu donnes à celui qui demande et qui cherche. Pour la grandeur de ton Nom, comble-moi de ta sagesse, pour servir efficacement et dignement ta plus chère créature : l'HOMME.

Béni soit ton Saint nom.

AMEN !

A feu mon Tonton, Dr Joseph GOUGBENOU

La fierté et le respect que papa avait à votre égard, m'ont très vite poussé à ce sacerdoce. L'humilité avec laquelle vous exerciez la médecine m'a fait aimer davantage mon choix. Vous m'avez initié très tôt aux préceptes de cet art. J'aurais aimé vous voir ici en ce moment, mais vous êtes parti bien tôt. De là-haut, veillez sur nous.

Puissiez-vous reposer en paix !

A feu mon pépé, Barnabé YEVIDE

Pépé, vous avez toujours trouvé le bon moyen de me pousser à l'excellence dans les études. Depuis tout petit, mes bons résultats scolaires étaient couplés à une récompense à la hauteur. Vous avez chéri ce rêve avec moi. Vous m'y avez motivé et encouragé. Même à l'article de la mort, '' travaille bien, rien ne te manquera'', me disiez-vous. J'espère que de là-haut, vous êtes fier de mon parcours, continuez à veiller sur nous ici-bas.

Puissiez-vous reposer en paix !

A ma mère Madeleine YEVIDE

Maman chérie, aucun mot n'est assez fort pour vous remercier de m'avoir donné la vie. Une vie que vous avez remplie d'amour et de joie. Je remercie le ciel de m'avoir permis d'avoir une mère aussi adorable que vous.

C'est encore l'occasion pour moi de vous réitérer ma profonde gratitude pour tous les sacrifices consentis, durant ces longues années d'étude. Vous avez été pour moi une mère, une meilleure amie, un guide. Merci pour tout Maman ; merci pour votre détermination, votre dévouement, votre patience, votre courage, votre soutien et votre protection envers moi.

*Comme le disait Abraham Lincoln : '' **Tout ce que je suis, tout ce que j'aspire à devenir, je le dois à ma mère** ''. Puisse Dieu Tout Puissant vous récompenser pour tout ce que vous avez fait pour moi. Qu'il vous donne une longue vie pour jouir des fruits de vos entrailles.*

Je vous aime beaucoup Maman.

A mon père Henri

Papa, ces quelques lignes, ne suffiront pas pour exprimer toute l'affection que je vous porte. Vous avez toujours donné le meilleur de vous-même pour la réussite et le bonheur de vos enfants. Vous nous avez toujours laissé le choix de rêver, de croire en nos rêves. Mais une seule chose était exigée : l'excellence dans la voie que nous avons choisie. Votre rigueur, votre sens du travail bien fait, votre exigence envers vous-même et les autres sont pour nous des qualités à cultiver. Vous avez toujours été un exemple pour toute la famille. Merci pour tout papa. Puissiez-vous trouver, dans ce modeste travail, un réconfort et un soulagement.

Que Dieu vous bénisse, vous comble de ses grâces et vous accorde une longue vie.

A mon frère Morya et mes sœurs Ginette et Bénédicte

Je ne peux exprimer à travers ces lignes tous mes sentiments d'amour et de tendresse envers vous. Puisse l'amour et la fraternité nous unir à jamais. Je vous souhaite la réussite dans votre vie, et d'être comblés de bonheur. Merci d'être toujours présents à mes côtés et de m'avoir continuellement encouragé.

Que Dieu puisse vous accorder une parfaite santé et longue vie.

A mon oncle et tuteur Marcellin YEVIDE

*Jean Ethier Blais disait : ''**Sans doute l'homme est-il le maitre de son destin, il n'est pas le maitre du chemin qui y mène.** '' Vous avez su me conseiller, me motiver durant cette formation pour me montrer la voie à suivre. Merci pour l'accompagnement sans faille et pour votre rigueur qui m'a permis d'arriver à ce résultat.*

Je vous suis reconnaissant.

A ma mémé Anne AGOSSA

Chère mémé, aucun mot ne saura transmettre fidèlement tout l'amour et la considération que je vous porte. Merci infiniment pour votre soutien spirituel de tous les jours.

Amour filial

REMERCIEMENTS

Au Professeur Ghislain Emmanuel SOPOH, Professeur titulaire en Santé Publique

Cher maitre, vos qualités de d'Homme, et de scientifique ne tarissent d'éloges. Vous nous avez beaucoup inspiré durant la réalisation de ce travail. Ce fut un honneur et une grâce absolue pour nous d'avoir bu à la coupe de votre savoir. Veuillez recevoir cher maitre notre profonde déférence.

Profonde déférence !

A mes oncles et tantes : Sévérin, Robert, Euloge, Donatien et Lucienne YEVIDE

Vous avez été d'un grand soutien. Vous m'avez accompagné, motivé, encouragé tout au long de ce périple. Puisse Dieu vous bénir abondamment.

Je vous suis reconnaissant.

A mon cousin Yoan Ghislain YEVIDE

Je ne saurais te remercier par des mots pour cette main forte que tu m'as prêtée à l'orée de ma formation. Dès mon arrivée à Cotonou, tu t'es chargé personnellement de mon adaptation à la vie citadine, mais encore, je me rappelle des soirs où tu te prêtais au jeu de rôle pour m'aider à réviser mes cours de sémiologie en deuxième année. Tu n'as jamais douté que je pouvais y arriver, tu n'as jamais manqué de me motiver et me challenger. Merci mon frère, puisse Dieu t'en récompenser et qu'il accomplisse les vœux chers à ton cœur.

Reçois ma profonde gratitude.

A ma grande sœur Dr Dorcas AMOUSSOU

Vous êtes la première personne à qui j'ai avoué ma vocation d'être médecin comme vous. C'était en 2010 et vous avez maintenu cette flamme avec moi jusqu'à ce jour. Merci pour l'accompagnement, puisse Dieu nous unir davantage pour que nous portions très haut l'étendard de la famille.

Merci beaucoup.

A mon oncle Tanguy GBENOU

Vous avez été d'un grand soutien. Merci pour l'accompagnement sans faille tout au long de ce périple. Daigne Dieu vous bénir abondamment.

Infiniment merci.

A mon amie et collègue Vénérose EZIN

Notre rencontre était fortuite, mais la providence avait déjà tout tracé. Merci pour ta présence à mes côtés sur ce chemin. De camarade de classe, tu es devenue l'amie et maintenant, tu es plus qu'une sœur. Puisse Dieu te bénir et te donner d'atteindre tes objectifs. Belle carrière à toi chère amie.

Je te suis reconnaissant.

A Eudoxie et Lucia BOKO

Mes chères petites sœurs, vous avez été d'un soutien inconditionnel et incommensurable dans l'élaboration de ce document. Chaque jour, malgré vos occupations, vous vous proposiez toujours pour m'aider dans l'aboutissement de ce travail. Merci pour la force que vous me

communiquez au quotidien. Puisse Dieu nous donner de réussir dans nos vies, afin de rendre les parents fiers.

Reconnaissance infinie.

A mes meilleurs amis Rousland ATIHOU, Wilfrid AGO et Moïse Noël ASSOHOUI

Vous me rendez meilleur. Merci pour les moments partagés et ceux à venir.

Belle carrière, chers collègues.

A mes amis du groupe d'étude « Tout »

Chers amis, merci pour les séances d'étude de tout temps, merci pour les séances nocturnes, je me rappelle encore des révisions par appel groupé sur WhatsApp à 3h du matin ou encore des révisions matinales dans le conteneur. Tout ceci a rendu riches en souvenirs, nos moments de partage. Merci d'y avoir cru et merci pour votre solidarité.

Belle carrière à vous chers collègues !

A la GBG (Group Build to Grow): Mario, Franck, Davy, Dior, Cornélus, Dioscore, Riccardo et Youchaou

Vous avoir à mes côtés à la Faculté des Sciences de la Santé (FSS) de Cotonou a été un pilier fort de ma stabilité émotionnelle durant ce parcours. Merci d'être de si bons amis. Merci pour les moments de rires, de succès, de peine et d'entraide. Que Dieu nous unisse davantage et nous permette d'être d'excellents médecins.

Amour fraternel !

A mes collègues de la Team 44

Chers collègues, je vous prie de lire à travers ces mots, ma plus grande considération et ma profonde gratitude à votre égard pour m'avoir donné la chance de porter la voix de la promotion. Nous avons mené maintes luttes, réalisé moult activités d'intérêt public. J'ose espérer avoir comblé un tant soit peu vos attentes à ce poste. Je vous présente mes excuses pour toutes les fois où mon humeur est passée avant mon devoir envers vous. Je nous souhaite une brillante carrière au service de la population. N'oublions pas d'où nous venons et gardons à cœur, que la valorisation de notre profession est la mission de notre génération et nous ne devons pas la trahir.

Merci beaucoup.

A mon groupe de stage interné : Astride F., Charesse A., Foumilayo D., Kelomey F., Marlyse H., Mariano A., Merquide D., Modeste T., Noé G., Raïssa D., Yasmine B.,

Merci pour ces moments inoubliables que nous avons passés ensemble. Grâce à vous la période d'internat fut une très belle expérience, pleine de bonnes ambiances. J'espère que nous resterons toujours solidaires.

Je nous souhaite une très belle carrière.

A mes amis et ainés du groupe OSONS ENSEMBLE : Razak, Mystère, Cédric, Maurice, Emile, Lysias, Frangilo et François.

Chers ainés, à vos côtés, j'ai appris à servir la communauté. Vous m'avez montré qu'on peut servir la bonne cause sans beaucoup de moyens. Vous m'avez transmis les vertus de la solidarité,

de l'honnêteté et du travail bien fait. Merci pour ces moments de partage et pour toutes nos belles œuvres.

Infiniment merci !

Au Directeur Martin ALLEY

Papa, merci d'avoir décelé très tôt en moi, ce potentiel. Je me rappelle très bien des manuels que je recevais de vous à la veille de chaque rentrée. Vous suiviez de très près mes résultats académiques même pendant mon parcours doctoral. Merci infiniment pour votre générosité. Dieu vous le rendra au-delà de vos attentes.

Merci beaucoup.

A Tous les étudiants de l'unité de formation et de recherche en médecine de la faculté des sciences de la santé de Cotonou

Compagnons d'infortunes, ce fut un honneur et une grâce absolue de vous avoir servi au sein de notre association. Mon passage au bureau exécutif de l'Association des Etudiants en Médecine de Cotonou (AEMC) a été un tournant décisif dans ma formation. Cela m'a donné la chance de servir et de développer mon leadership. J'espère avoir apporté en retour mon infime contribution à notre faitier. Je vous souhaite beaucoup de courage et pleins succès dans vos études.

Profonde gratitude.

A mes amies : Cornelia AHISSOU, Magaret ADEYEMA, Raïssa KUEVIGAN, Bernice HOUSSOU, Sandrella DJOSSA, Gloria DJOSSA, Zeynabou MOUSSA.

Merci pour votre soutien inconditionnel

Merci !

A mes enseignants du secondaire : Messieurs olivier ALLAHASSA, Vincent ASSOGBA, Lucien SONDJO, Ignace AINEYESSO, Edmond AWASSI, Arsène CAKPO, Fiacre AIDJI, Joël KAKPO et Edmé ACHODO

*Chers professeurs, vous m'avez transmis le savoir, le savoir-faire et le savoir être. Vous y avez mis tellement de cœur, que d'encadreur, vous êtes devenus des parents pour moi. Merci pour ce don de soi à mon égard. Je garde encore en mémoire, l'énigmatique '' **Not so bad** '' du Professeur ALLAHASSA. C'est bien après que j'ai compris que c'était des mots d'exhortation et que l'homme doit toujours chercher à s'améliorer.*

Merci à vous tous.

A Pleck DANSOU

Je te suis reconnaissant pour ces nuits blanches passées à planifier la collecte et à analyser les résultats. Tu étais toujours présent pour répondre à mes incompréhensions. Ton appui technique dans la rédaction de ce document est hautement appréciable.

Merci beaucoup !

A mes amis du secondaire : Gildas DOSSA, Clovis TOSSOUHON, Hervé TODJO, Firlande LOKONON, Virgile HOUNLELOU, Tanguy ABATCHA, Jordy SOCLE, Isaac AHOUANTCHESSOU, Pancras EDEHOU et Frenckel ADOKO

Chers amis, nous avons écrit de belles pages dans le livre de palmarès du Collège d'Enseignement Général 1 de Covè. Notre challenge continue de nous surpasser, a fait de nous des privilégiés. Merci pour ces années de labeur qui restent à jamais gravées dans ma mémoire.

Merci beaucoup.

A mes enquêtrices : Marie Josée WADA, Océane ALOHOUTADE, Christelle TONOU, Mans-Oundath ASSANI, Jemima KOUTON, Peace DJIDONOU

Recevez, mes chères, mon infinie gratitude, pour ce travail de qualité que vous avez abattu. Vous avez répondu promptement et sans condition à mon appel, soyez-en bénies.

Merci.

A madame Carine Sonia TCHIAKPE

Telle une mère, vous m'avez soutenu, orienté et encouragé. Je repartais toujours de votre bureau avec le sourire. Merci pour ces bons moments de partage et d'affection. Daigne Dieu vous bénir abondamment.

Infiniment merci.

Au Professeur Eugène EZIN et son épouse

Chers parents, les mots ne suffiront pas pour vous exprimer ma profonde gratitude. Le Seigneur dans son infinie bonté, m'a orienté vers vous et vous avez répondu à l'appel en m'accueillant, m'orientant et me conseillant pour me maintenir sur le droit chemin. Vous êtes pour moi le modèle de la famille selon le cœur de Jésus. Soyez rassurés que chaque jour de ma vie, je mettrai en pratique tout ce que j'ai reçu de vous. Je prierai toujours pour que le Seigneur vous le rende au-delà de vos attentes car lui-même l'a dit dans le livre de Mathieu ***" Chaque fois que vous l'avez fait à l'un de ces plus petits de mes frères, c'est à moi que vous l'avez fait "****.*

Affectueusement, votre "tête et cou".

Au personnel de la scolarité de la FSS : Edwige GOGAN, Charmine GANKPA, Armelle HOHODJI, Edwige ADJIGBLI, Alexandre AKPOVO, Adamou ACAKPO, Augustin KPEDJO et Aimée ZINSOU.

Je vous suis reconnaissant de l'accompagnement continu dont j'ai bénéficié de vous, pendant ma formation et pendant ma mission de représentant. Je suis conscient et reconnaissant du travail gargantuesque que vous abattez. Puisse Dieu vous fortifier et vous en récompenser.

Profonde gratitude.

A l'ONG fondation durable et son président, le Dr Roméo DAH BOLINON

Ensemble, nous avons passé des moments inoubliables pour la cause des enfants vulnérables. Merci pour la chance que vous m'avez donnée d'être utile à cette cible. Merci pour l'accompagnement perpétuel dont vous faites montre. Longue vie à l'ONG.

Infiniment merci.

Au personnel de l'infirmerie de SOFITEL

Merci pour le soutien et la famille que nous formons.

Aux femmes qui ont accepté de participer à l'étude,

Je vous formule mes sincères remerciements. Ce travail est aussi le vôtre.

Profonde gratitude.

HOMMAGES

A tous nos Maîtres de la Faculté des Sciences de la Santé

Chers maîtres, vous êtes pour nous des modèles à suivre. Vos enseignements, pleins de sagesse et d'engagement font écho par-delà nos frontières et élèvent encore plus haut le prestige de notre école. Veuillez trouver ici, l'expression de notre considération la plus profonde.

Hommages respectueux.

A notre Maître et Directrice de thèse, Professeur Yolaine GLELE AHANHANZO Epouse HESSOU

Chère Maître, malgré vos multiples occupations, vous avez accepté de suivre ce travail. Vous avez suivi avec minutie chaque étape de la réalisation de cette œuvre. Ce temps passé avec vous nous a grandi. Nous vous prions de trouver ici chère Maître, le témoignage de notre profonde estime et nos sincères remerciements.

Daigne Dieu vous bénir. Hommages respectueux.

A notre Maître et co-Directeur de thèse, Professeur Charles SOSSA JEROME

Cher Maître, vous n'avez pas hésité un seul instant à diriger ce travail. Ce temps passé sous votre coupe est pour nous un immense honneur. Cher Maître, daignez trouver ici l'expression de notre gratitude et notre respect.

Daigne Dieu vous bénir. Hommages respectueux.

Au Président de jury, Professeur DENAKPO Justin Lewis, Professeur titulaire de Gynécologie Obstétrique

En acceptant de présider notre jury de soutenance de thèse, vous nous avez fait un immense honneur. Vos précieuses recommandations ont permis d'améliorer la qualité de notre travail. Veuillez recevoir l'expression de notre profond respect.

Hommages respectueux.

Aux membres du jury

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en siégeant dans notre jury de soutenance de thèse. Vos remarques et critiques nous ont aidé à fignoler ce travail. Veuillez recevoir l'expression de notre profond respect.

Hommages respectueux.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

5-HT	:	Sérotonine
ACTH	:	Adénocorticotrophine
ANSSP	:	Agence National des Soins de Santé Primaire
ASSIT	:	Test de Dépistage de la Consommation d'Alcool, de Tabac et de Substances
AUAF	:	Fondation de l'American Urological Association
AUDIT	:	Alcohol Use Disorders Identification Test
CSFQ 14	:	Changes in Sexual Functioning Questionnaire 14
DHEA	:	Déhydro-épiandrostènedione
DS	:	Dysfonction Sexuelle
DSM IV	:	Diagnostic and Statistical Manual of Disorders 4ème édition
EDS	:	Enquête Démographique de Santé
FDA	:	Food and Drugs Administration
FSD	:	Femal Sexual Dysfonction
FSFI	:	Female Sexual Function Index
GSSAB	:	Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors
HADS	:	Hospital anxiety and depression scale
HSDD	:	Hypoactive Sexual Desire Disorder
HTA	:	Hypertension Artérielle
IC	:	Intervalle de Confiance
INStaD	:	Institut National de la Statistique et de la Démographie
IPDE5	:	Inhibiteurs de la Phosphodiestérase de type 5
IRM	:	Imagerie par Resonance Magnétique

MRS	:	Menopause Rating Scale
MNT	:	Maladie Non Transmissible
NO	:	Oxyde Nitrique
ODD	:	Objectif du Développement Durable
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONAP	:	Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité
OR	:	Odds Ratio
PH	:	Potentiel d'Hydrogène
RGPH	:	Recensement Général de la Population et de l'Habitation
SCOFF	:	Echelle d'Evaluation du comportement Alimentaire
TCC	:	Thérapie Cognitivo-Comportementale
TE	:	Trouble de l'Excitation sexuelle
THM	:	Traitement hormonal de la ménopause
VIP	:	Vasoactive Intestinal Peptide

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Score d'évaluation du Female Sexual Function Index..... **44**

Tableau II : Définition opératoire et modalités des variables liées aux dysfonctions sexuelles chez la femme ménopausée de Cotonou **56**

Tableau III : Définition opératoire et modalités des variables liées aux facteurs individuels **57**

Tableau IV : Définition opératoire et modalités des variables liées aux facteurs liés au système de santé. **64**

Tableau V : Regroupement des variables ayant plus de deux modalités pour l'analyse univariée et multivariée. **65**

Tableau VI : Répartition selon les facteurs socioculturels des femmes ménopausées de la ville de Cotonou en 2022, (N=354). **72**

Tableau VII: Répartition suivant les critères d'évaluation du niveau socio-économique des femmes ménopausées dans la ville de Cotonou en 2022, (N=354). **74**

Tableau VIII : Répartition suivant les facteurs biologiques influençant la survenue de dysfonctions sexuelles chez les femmes ménopausées dans la ville de Cotonou en 2022, (N=354). **76**

Tableau IX : Répartition selon les critères d'évaluation de l'existence des troubles climatériques chez les femmes ménopausées dans la ville de Cotonou en 2022, (N=354). **78**

Tableau X : Répartition selon l'intensité des troubles climatériques, des femmes ménopausées dans la ville de Cotonou en 2022, (N=354). **80**

Tableau XI : Répartition selon des critères d'évaluation de l'état d'anxiété, avant la ménopause chez les femmes ménopausées à Cotonou 2022, (N=354). **81**

Tableau XII: Répartition selon des critères d'évaluation de l'état dépressif, avant la ménopause chez les femmes ménopausées à Cotonou 2022, (N=354). **82**

Tableau XIII : Répartition selon des critères d'évaluation de l'état d'anxiété, après la ménopause chez les femmes ménopausées à Cotonou 2022, (N=354). **83**

Tableau XIV: Répartition selon des critères d'évaluation de l'état dépressif, après la ménopause chez les femmes ménopausées à Cotonou 2022, (N=354)..... **84**

Tableau XV : Répartition des troubles anxiodépressifs avant la ménopause chez les femmes ménopausées dans la ville de Cotonou en 2022, (N=354). **85**

Tableau XVI : Répartition des troubles anxiodépressifs après la ménopause chez les femmes ménopausées dans la ville de Cotonou en 2022, (N=354). **86**

Tableau XVII : Facteurs comportementaux chez les femmes ménopausées à Cotonou en 2022, (N=354)..... **87**

Tableau XVIII : Prévalence de chaque type de dysfonction sexuelle chez les femmes avant la ménopause à Cotonou en 2022, (N=354). **90**

Tableau XIX : Prévalence de chaque type de dysfonction sexuelle chez les femmes après la ménopause à Cotonou en 2022, (N=354). **91**

Tableau XX : Association entre les facteurs socioculturels et économiques et la survenue des dysfonctions sexuelles chez la femme ménopausée à Cotonou en 2022. ..... **94**

Tableau XXI : Association entre les facteurs biologiques et la survenue des DS chez la femme ménopausée à Cotonou en 2022. ..... **96**

Tableau XXII : Association entre les facteurs comportementaux et la survenue des dysfonctions sexuelles chez la femme ménopausée à Cotonou en 2022. ..... **101**

Tableau XXIII : Association entre les facteurs thérapeutiques et la survenue des dysfonctions sexuelles chez la femme ménopausée à Cotonou en 2022. ..... **102**

Tableau XXIV : Analyse multivariée des facteurs associés à la survenue des dysfonctions sexuelles chez la femme ménopausée à Cotonou en 2022 (modèle initial) **103**

Tableau XXV : Analyse multivariée des facteurs associés à la survenue des dysfonctions sexuelles chez la femme ménopausée à Cotonou en 2022 (modèle final) **106**

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Cadre conceptuel de la survenue des dysfonctions sexuelles chez la femme ménopausée **7**

Figure 2 : Classification des dysfonctions sexuelles chez la femme selon le DSM IV **24**

Figure 3 : Effets centraux des neuromédiateurs et hormones sur la réponse sexuelle féminine **28**

Figure 4 : Modèle circulaire de la réponse sexuelle féminine par Basson **30**

Figure 5 : Carte de la ville de Cotonou montrant la subdivision en arrondissements **48**

Figure 6 : Représentation schématique de la détermination de la prévalence de survenue des dysfonctions sexuelles chez les femmes ménopausées de Cotonou en 2022 ..... **92**

Figure 7 : Cadre conceptuel final des facteurs associés à la survenue des dysfonctions sexuelles chez les femmes ménopausées à Cotonou en 2022. ..... **107**

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

SOMMAIRE

DEDICACES.....viii

REMERCIEMENTS.....xii

HOMMAGES.....xx

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS.....xxiii

LISTE DES TABLEAUX.....xxvi

LISTE DES FIGURES.....xxix

SOMMAIRE.....xxxi

INTRODUCTION.....2

1 PROBLEMATIQUE.....4

2 GENERALITES.....19

3 CADRE ET METHODES D'ETUDE.....47

4 RESULTATS.....72

5 DISCUSSION.....109

CONCLUSION.....119

PERSPECTIVES.....120

SUGGESTIONS 120

RÉFÉRENCES ..... B

ANNEXES ..... M

TABLE DES MATIERES ..... b

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Une dysfonction sexuelle (DS) ou trouble sexuel (TS), désigne une difficulté vécue par un ou plusieurs individus durant un certain stade d'activité sexuelle, impliquant le désir, l'excitation ou l'orgasme. Cette affection est vécue autant par l'homme que la femme. Sa forme la plus fréquemment décrite chez l'homme est la dysfonction érectile, qui en touche un nombre important. Chez la femme, elle est décrite comme l'incapacité à ressentir pleinement, sainement et agréablement, en tout ou en partie, les divers états ou stades physiques que l'organisme traverse généralement au cours d'une activité sexuelle. L'incidence de douleurs pendant les relations sexuelles fait également partie des dysfonctions sexuelles féminines. Cette affection touche toutes les couches de femmes de la société avec des effets néfastes sur la qualité de leur vie [1].

La ménopause est une situation physiologique de l'organisme de la femme marquée par un arrêt de l'activité ovarienne. C'est l'arrêt des menstruations depuis au moins douze mois selon l'OMS [2]. Quelle que soit sa nature, elle s'accompagne de diverses manifestations encore appelées troubles climatériques qui peuvent influencer la survenue des dysfonctions sexuelles dans cette population de femmes. Ces DS constituent un frein pour l'atteinte de l'Objectif du Développement Durable (ODD) 3 qui cible la santé et le bien-être pour tous.

En effet, la prévalence des dysfonctions sexuelles est particulièrement élevée chez les femmes ménopausées dans le monde [3]. Selon la littérature, plusieurs facteurs influencent ou expliquent cet état de chose [4]. Il s'agit des facteurs individuels liés à l'histoire gynécologique de la femme, son niveau socio-économique, son comportement psycho-social, mais aussi son attitude face aux troubles climatériques.

La sexualité est un facteur prépondérant dans la qualité de la vie de la femme en général, mais surtout chez celle ménopausée [1]. En Afrique, ce sujet étant tabou, il y a très peu de littérature sur la sexualité de la femme en général et plus spécifiquement celle de la femme ménopausée. Cependant, quelques études réalisées en Afrique montrent que le continent est également concerné et retrouvent des prévalences relativement élevées de dysfonctions sexuelles chez les femmes ménopausées [2, 5, 6].

En l'absence de données factuelles, permettant de le mettre en exergue en tant que réel problème de santé publique, il existe peu, voire aucun pays, disposant d'une politique, d'un programme ou projet de contrôle contre ce phénomène socio-sanitaire. Sachant que la médecine offre des moyens thérapeutiques efficaces en la matière, allant d'une thérapie médicamenteuse à une thérapie cognitivo-comportementale en passant par les moyens locaux et chirurgicaux pour prendre en charge les dysfonctions sexuelles, chez ces femmes [7–9], il est essentiel de disposer de meilleures connaissances pour proposer des stratégies adaptées de gestion du phénomène.
Au Bénin, il n'existe pas d'étude communautaire évaluant les facteurs associés aux dysfonctions sexuelles pendant la ménopause. Ce travail vise à contribuer à la mise en place de stratégies pertinentes de gestion de ces DS au plan national.

Le présent travail suivra le plan ci-après : après la description de notre problématique et quelques éléments de généralités, nous définirons le cadre et les méthodes d'études utilisées. Nous présenterons ensuite les résultats suivis de leur discussion et nous finirons par une conclusion assortie de quelques Perspectives et suggestions.

1 PROBLEMATIQUE

1.1 ENONCE DU PROBLEME

L'existence de troubles sexuels est courante chez la femme ménopausée. En Amérique, en 2008, la prévalence de la dysfonction sexuelle chez les femmes ménopausées était entre 68% et 86,5% [1]. Le constat est identique en Asie où la prévalence en 2021 était respectivement de 46% et 56,9% en Iran et au Bangladesh [4, 10]. Quant à l'Afrique, nous retrouvons une prévalence de 83,5% de baisse du désir sexuel à Dakar en 2014 [5]. Toutes les femmes de cette étude avaient un trouble de l'orgasme, 18,1% n'avaient plus d'activités sexuelles ; 68,9% avaient occasionnellement des rapports sexuels. Les prévalences retrouvées à Casablanca et Tunis, étaient tout autant élevées, il s'agit respectivement de 86,5% et 63,3% [11]. Au Bénin en 2016, une prévalence de 89,3% a été retrouvée chez les femmes diabétiques ménopausées [3].

Les dysfonctions sexuelles chez les femmes âgées ont été associées à un faible score de qualité de vie en Tunisie en 2010 [11].

Plusieurs facteurs peuvent contribuer à la survenue des DS. Ces facteurs peuvent être physiques (l'âge, l'hypo-oestrogénie, le type de ménopause, les maladies chroniques, les troubles sexuels du partenaire et l'intensité des troubles climatériques), ou psychosociaux (le tabagisme, l'alcoolisme, la qualité de la relation avec son partenaire, la séparation, le divorce ou la mort du conjoint, le niveau de connaissance sexuelle, l'attitude face aux problèmes psychologiques personnels, la dépression, l'anxiété et l'image de son corps) [12]. Un groupe de facteurs a été décrit comme protecteur face à la survenue des DS en Pologne en 2019. Il s'agit : du niveau d'androgène, de l'usage de la thérapie hormonale, l'histoire obstétricale de la femme, l'activité physique, l'éducation, la profession, le niveau socio-économique, la durée

des relations amoureuses et la fréquence des relations sexuelles [12]. Parmi tous les facteurs associés à ce problème, deux occupent une place prépondérante dans la survenue des dysfonctions en Afrique. Les troubles climatériques et la faible éducation sur les pratiques sexuelles. En effet, les troubles climatériques qu'induit l'hypo-oestrogénie, provoquent un inconfort chez la femme Africaine. A Dakar en 2014, Diouf et al retrouvaient que 50% des femmes de leur étude trouvaient insupportables ces troubles, 40% décrivaient une attitude de résignation face à leurs états et seulement 4,4% déclaraient bien supporter leur ménopause [5]. Selon la même étude, la faible éducation sur les pratiques sexuelles liée à la culture africaine, constitue un frein à l'épanouissement sexuel de la femme en général et de la ménopausée en particulier [5].

Ces dysfonctions sexuelles, touchent beaucoup plus les femmes ménopausées vivant en milieu urbain. Cette association a été retrouvée en Espagne et au Bangladesh [10, 13]. Les femmes diabétiques ménopausées étaient en 2016, huit fois plus susceptibles d'avoir une dysfonction sexuelle à Cotonou [3]. La prévalence est autant élevée chez les femmes d'un bas niveau socio-économique, d'un bas niveau d'instruction et ayant un emploi stressant [3, 10, 14].

Une identification des facteurs de risque potentiels et des facteurs de protection peut aider les professionnels de la santé à reconnaître les populations à risque, révéler des facteurs modifiables pour mieux cibler les interventions contre les dysfonctions sexuelles chez les femmes ménopausées.

Plusieurs types d'interventions peuvent contribuer à la prévention des DS. Il s'agit par exemple de l'information sur la réponse sexuelle, la sexothérapie traditionnelle, le traitement substitutif hormonal, les moyens locaux et mécaniques pour augmenter la vascularisation clitoridienne pour les troubles de lubrification. Nous savons en

outre, qu'un changement de mode de vie axé sur une bonne alimentation, les activités physiques régulières, la perte de poids et une bonne estime de soi préviendrait la survenue de ces DS [7, 15, 16]. Ces mesures et soins sont proposés par les gynécologues et les urologues lors des consultations sous d'autres cieux. Cependant en Afrique, les femmes ménopausées ne parlent pas de leurs problèmes de DS à leur médecin en consultation, comme rapporté en 2007 à Marrakech où 80% des femmes ayant une DS, déclaraient ne pas exposer leurs problèmes à un médecin lors des consultations [17].

Afin de proposer des solutions dans la prise en charge adéquate de cette affection, ces différents constats soulèvent des questions objets de notre recherche.

1.2 QUESTIONS DE RECHERCHE

Quelle est la prévalence de la survenue des dysfonctions sexuelles chez la femme ménopausée à Cotonou en 2022 ?

Quels sont les facteurs associés à la survenue des dysfonctions sexuelles chez la femme ménopausée à Cotonou en 2022 ?

1.3 CADRE CONCEPTUEL

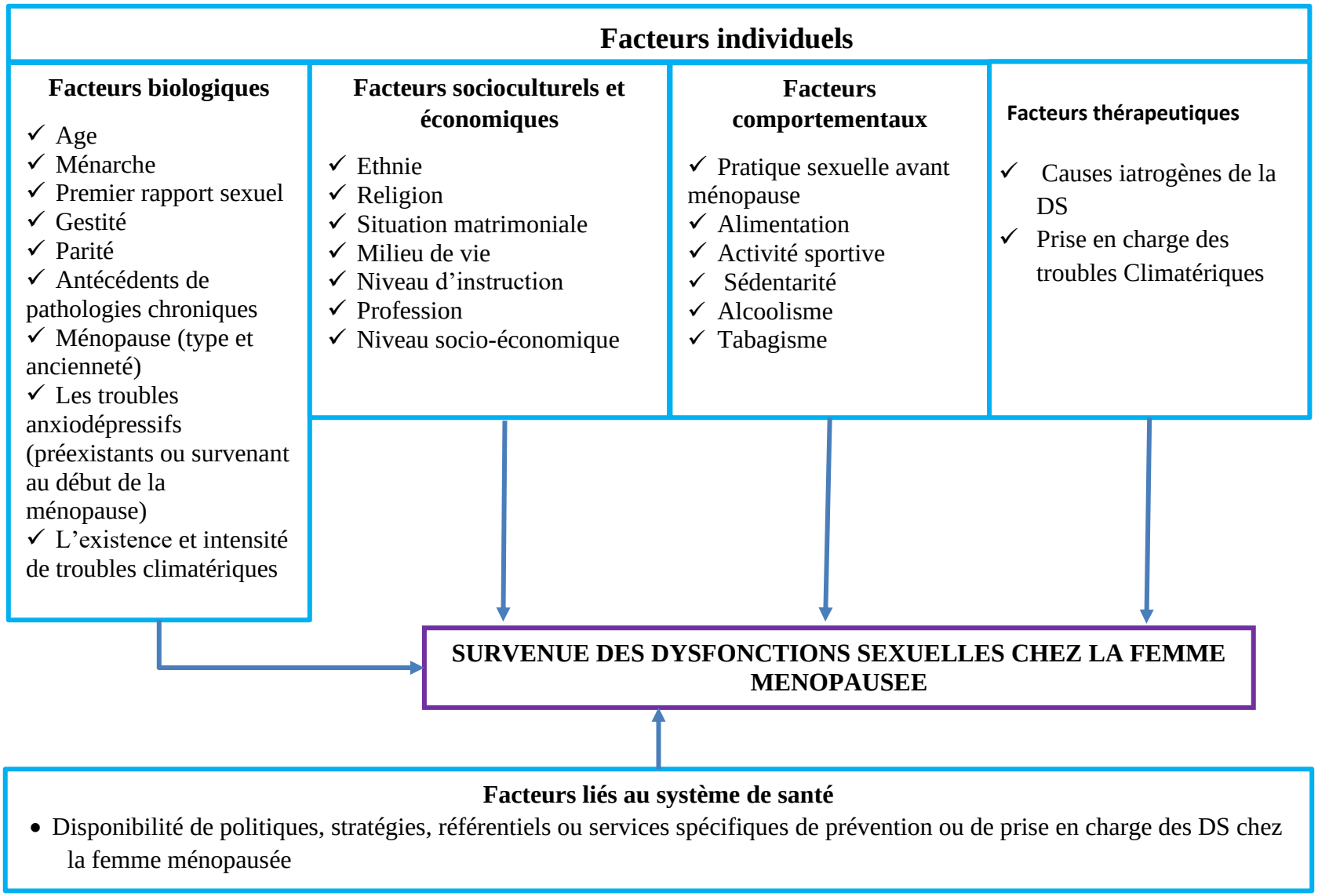
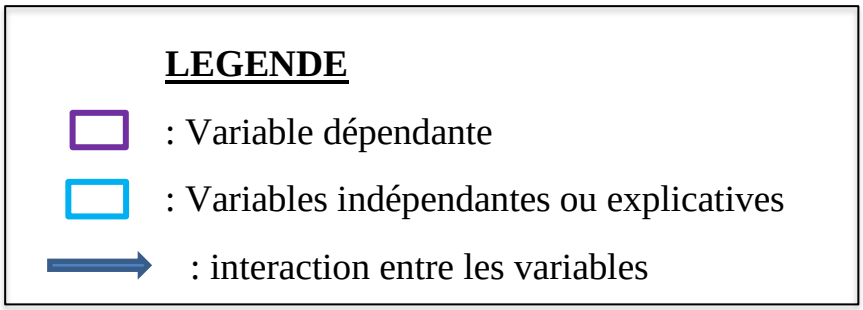


Figure 1 : Cadre conceptuel de la survenue des dysfonctions sexuelles chez la femme ménopausée



1.4 DESCRIPTION DU CADRE CONCEPTUEL

Les dysfonctions sexuelles chez la femme englobent plusieurs troubles sexuels. Les troubles du désir ; de l'excitation ; de l'orgasme ; de la satisfaction sexuelle et les douleurs au cours du rapport sexuel.

Ces dysfonctions sont liées à plusieurs facteurs, qui sont soit individuels, soit liés au système de santé.

1.4.1 LES FACTEURS INDIVIDUELS

Les études réalisées, sur les dysfonctions sexuelles de la femme en général et la femme ménopausée en particulier, ont retrouvé plusieurs facteurs propres à la femme qui y sont associés. Il s'agit des facteurs biologiques ; des facteurs socioculturels et économiques ; des facteurs comportementaux et des facteurs thérapeutiques.

LES FACTEURS BIOLOGIQUES

- **L'AGE**

L'âge est associé à la dysfonction sexuelle. La prévalence de cette dernière augmente avec l'âge. L'avancement de l'âge fait observer des changements physiologiques au niveau génital, aussi on observe une chute des hormones stéroïdes qui sont associées à une détérioration de l'activité sexuelle [3]. En outre, à l'âge avancé, les femmes présentent plusieurs pathologies chroniques qui altèrent une bonne fonction sexuelle [10].

- **MENARCHE**

La ménarche qui correspond à l'âge de la première règle, est un facteur lié à la survenue de la ménopause et des dysfonctions sexuelles. Plus la ménarche est précoce plus la ménopause est précoce et emmaillée de DS [2].

- **PREMIER RAPPORT SEXUEL**

L'âge du mariage de moins de18 ans est inversement corrélé avec le risque des troubles du désir, de l'excitation et de l'orgasme [18]. Dans la revue de littérature sur la question, il a été prouvé que plus l'âge du premier rapport était avancé, moins la femme avait de risque d'avoir des dysfonctions sexuelles [19].

- **GESTITE**

La gestité représente le nombre de grossesse portée par la femme. La prévalence des dysfonctions sexuelles augmente avec la gestité. Cette corrélation a été décrite dans l'étude réalisée au Bénin chez les diabétiques en 2016 [3].

- **PARITE**

La parité est relative au nombre d'accouchement effectué par une femme. Ce facteur est fortement corrélé à la survenue des dysfonctions sexuelles [3]. Cette relation peut aussi s'expliquer par le fait que les accouchements entrainent une diminution ou une perte de la tonicité des muscles périnéaux représentant une cause musculaire de la DS chez la femme [20].

- **ANTECEDENTS DE PATHOLOGIE CHRONIQUE**

Les femmes souffrant de maladies chroniques telles l'hypertension artérielle, mais surtout le diabète de type 2 présentent plus fréquemment une DS. Au Bénin, une prévalence de 89,3 % a été retrouvée chez les femmes ménopausées, diabétiques [3]. En outre, il y a des travaux qui ont prouvé les bases physiologiques de la survenue des DS chez les femmes diabétiques [21]. L'hypertension artérielle, ayant en commun avec la DS certains mécanismes

physiopathologiques, notamment l'athérosclérose et la diminution de la synthèse de l'oxyde nitrique (NO) [21, 22].

- **MENOPAUSE (LE TYPE ET L'ANCIENNETE)**

La ménopause peut être naturelle comme pathologique. Dans ce dernier cas c'est lorsqu'elle survient en post chirurgie (ovariectomie) ou de façon précoce. Au Sénégal en 2014 il a été révélé que les dysfonctions sexuelles étaient précoces chez les femmes ayant une ménopause précoce [5]. En Amérique, la prévalence des DS était plus élevée chez les femmes ayant une ménopause naturelle que celle ayant une ménopause chirurgicale [23]. Quant à l'ancienneté, il a été retrouvé au Bangladesh en 2021, qu'il y a un lien statistiquement significatif entre la survenue des DS et l'ancienneté de la ménopause.

- **TROUBLES ANXIODEPRESSIFS PREEXISTANTS OU SURVENANT A LA MENOPAUSE**

L'anxiété, est associée à la survenue des DS chez la femme, les deux phénomènes ont un impact réciproque créant un cercle vicieux. L'anxiété modifie, les niveaux hormonaux et l'activité cérébrale, ces manifestations ont un impact négatif sur le désir sexuel [20, 21, 24]. Quant à la dépression, caractérisée par une anhédonie, elle est aussi associée à la DS chez la femme [18]. Les troubles anxiodépressifs ont été retrouvés comme facteurs associés à la DS par plusieurs auteurs, mais si l'anxiété peut être une cause de la DS, lorsque la DS se met en place elle alimente les troubles anxiodépressifs ce qui engendre un cercle vicieux qui dégrade complètement la qualité de vie de la femme ménopausée [25].

- **TROUBLES CLIMATERIQUES**

L'intensité des troubles du climatère est un facteur déterminant lié à la survenue des DS chez les femmes ménopausées [12]. L'intensité de ces troubles est évaluée par une échelle, MRS (Ménopause Rating Scale) en trois domaines (somatique,

psychologique et urogénital). Une étude réalisée en 2020 en Espagne, révèle qu'un impact accru des symptômes psychologiques et urogénitaux était associé à une fonction sexuelle moins bonne (sauf pour le domaine de la douleur), tandis que le score total MRS n'était lié qu'au désir [13].

FACTEURS SOCIO CULTURELS ET ECONOMIQUES

- **ETHNIE**

Le poids culturel de la société sur la femme est polymorphe en fonction des ethnies. Dans les études réalisées en occident, la dysfonction sexuelle est sous l'influence d'un facteur culturel. En effet, l'interprétation de cette période de vie de la femme varie d'une culture à une autre ainsi la prévalence suit également une répartition géographique. Dans notre contexte africain, notamment béninois, cette culture varie en fonction des ethnies et de la religion [5, 11].

- **RELIGION**

Les exigences de la religion influencent la survenue des DS chez les femmes ménopausées. En effet, à Dakar, on a remarqué que toutes les femmes veuves ou divorcées n'avaient plus de relation sexuelle, par exigence de leur religion. Cette proportion est de 100% dans les pays musulmans où des notions d'union libre n'existent pas [2, 11].

- **SITUATION MATRIMONIALE**

La situation matrimoniale est un facteur associé à la survenue des DS. En effet, la fréquence des DS est plus élevée chez les femmes veuves, célibataires et divorcées. Les auteurs soutiennent qu'avoir des relations étroites avec d'autres personnes, pas seulement celles de nature sexuelle, a une influence bénéfique sur la santé physique et psychologique de chaque personne, car c'est la source de soutien social [12, 26]. Cependant, le constat est autre en Afrique, au Sénégal en 2014, on retrouvait une prévalence élevée de trouble du désir sexuel chez des

femmes en couple. Toutefois, cette dysfonction était due à un trouble érectile de leurs conjoints. Ceci illustre l'impact de la situation matrimoniale sur la survenue de la DS chez la femme ménopausée [5].

- **MILIEU DE VIE**

Au Bangladesh, le groupe de population rurale était moins susceptible d'avoir une DS que le groupe de population urbaine [10]. Les femmes ménopausées résidant dans une zone rurale ont été associées à une meilleure fonction sexuelle selon une étude menée en 2020 en Espagne [13]. En Afrique par contre, on retrouve une plus forte prévalence chez les femmes vivant en zone rurale que chez celles en zone urbaine. Ce facteur est lié à la faible éducation sexuelle et au bas niveau d'instruction dans les zones rurales [6].

- **NIVEAU D'INSTRUCTION**

La dysfonction sexuelle est plus fréquente chez les femmes d'un bas niveau scolaire que celles instruites. Ceci pourrait s'expliquer par l'absence d'instruction et une faible information chez les femmes peu instruites [14].

- **PROFESSION**

La perte d'emploi est un facteur explicatif de la survenue des dysfonctions sexuelles chez les femmes ménopausées au Bangladesh. Il en est de même pour les professions avec un niveau de stress constant [10].

- **NIVEAU SOCIO-ECONOMIQUE**

Le niveau socio-économique d'un individu s'évalue par les biens matériels ; les biens d'équipement fonctionnels du ménage et les caractéristiques de l'habitat du ménage. La prévalence des DS est plus élevée chez les femmes de bas niveau socio-économique que celles d'un niveau socio-économique élevé [5].

- **FACTEURS COMPORTEMENTAUX**

Dans ce groupe de facteurs, nous avons l'activité sportive et sédentarité ; la pratique sexuelle avant la ménopause et l'alimentation principalement qui influencent la survenu des dysfonctions sexuelles chez la femme ménopausée.

- **PRATIQUE SEXUELLE AVANT MENOPAUSE**

La fréquence des rapports sexuels avant la ménopause a été retrouvée à Dakar par Cissé en 2008 comme facteur associé à la survenue des DS, il est important de connaitre les pratiques sexuelles de la femme avant la ménopause pour mieux évaluer sa dysfonction actuelle [2, 4].

- **ALIMENTATION**

L'alimentation en post ménopause est un facteur explicatif de la dysfonction en ce sens que des auteurs soutiennent que la femme développe une boulimie pour compenser l'anxiété qui a engendré ou qu'a engendré la dysfonction sexuelle [27].

- **ACTIVITE SPORTIVE**

La pratique d'une activité physique fréquente, est un important facteur protecteur pour plusieurs pathologies chroniques et réduirait le risque de survenu des dysfonctions sexuelles chez les femmes âgées [6]. En plus, l'activité physique, améliore la vascularisation cérébrale et clitoridienne qui améliorent à leur tour l'activité sexuelle [28].

- **SEDENTARITE, ALCOOLISME ET TABAGISME**

Dans cette rubrique nous abordons les habitudes de vie de la femme, notamment la sédentarité, la consommation d'alcool, le tabagisme. Ces facteurs augmentent le risque de survenue des pathologies chroniques, qui entachent la vie sexuelle de la femme. Ils induisent une athérosclérose qui affecte l'excitation et la lubrification de la femme [29]. Ils sont associés à la survenue des dysfonctions sexuelles chez les femmes ménopausées [7, 8].

FACTEURS THERAPEUTIQUES

Ces facteurs regroupent d'une part les dysfonctions sexuelles iatrogènes (la prise de médicament pour autres pathologies induisant une DS) et les moyens de prise en charge des troubles climatériques.

- **LES CAUSES IATROGENES DE LA DYSFONCTION SEXUELLE (PRISE DE MEDICAMENT POUVANT INDUIRE UNE DS)**

Certains médicaments exposent dans leur usage les femmes à des risques de dysfonctions sexuelles. Ces médicaments sont pour la plupart utilisés dans la prise en charge de pathologies chroniques qu'on retrouve assez fréquemment chez les femmes ménopausées. Il s'agit des chimiothérapies qui peuvent altérer la lubrification ; les psychotropes, en particulier les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, couramment utilisés pour traiter la dépression, pouvant affecter la réponse sexuelle féminine en entraînant une diminution du désir, de l'excitation objective et subjective [30, 31] ; les antihypertenseurs, notamment ceux à action centrale et les β−bloquants et les médicaments anticholinergiques.

- **PRISE EN CHARGE DES TROUBLES CLIMATERIQUES**

La relation entre l'existence et l'intensité des troubles climatériques et la survenue des dysfonctions sexuelles a déjà été abordée dans la littérature. La prise en charge précoce et efficace de ces troubles devrait offrir une vie sexuelle épanouie à la femme ménopausée. En Afrique, précisément à Dakar, en 2008 dans l'étude de Cissé, les femmes ménopausées ont jugé leur situation insupportable à cause de la symptomatologie fonctionnelle, cela a d'ailleurs motivé certaines d'entre elles à utiliser des traitements divers comme la médecine traditionnelle, les médicaments. La part du Traitement hormonal de la ménopause (THM) était très faible [2].

1.4.2 FACTEURS LIES AU SYSTEME DE SANTE

Ces facteurs sont relatifs à l'ensemble des structures et des politiques sanitaires de prévention et de prise en charge de ces femmes qui présentent des dysfonctions sexuelles. Ces facteurs sont évalués aux trois niveaux de notre pyramide sanitaire. Au niveau central et intermédiaire, il revient d'identifier les politiques, stratégies et référentiels de prévention et de prise en charge des DS au Bénin et en périphérie du système sanitaire, évaluer l'application des mesures prises au niveau central.

1.5 HYPOTHESES

1. La prévalence de la survenue des dysfonctions sexuelles est élevée chez les femmes ménopausées à Cotonou en 2022.
2. Des facteurs individuels, notamment d'ordres biologiques, socioculturels, économiques, comportementaux et thérapeutiques sont associés à la survenue des dysfonctions sexuelles chez la femme ménopausée à Cotonou en 2022.
3. Le Système de santé ne prévoit aucune politique, stratégie, ni service spécialisé de prévention et de prise en charge des DS chez les femmes ménopausées au Bénin.

1.6 OBJECTIFS

1.6.1 OBJECTIF GENERAL

Étudier la prévalence et les facteurs associés à la survenue des dysfonctions sexuelles chez la femme ménopausée à Cotonou en 2022.

1.6.2 OBJECTIFS SPECIFIQUES

1. Déterminer la prévalence de la survenue des dysfonctions sexuelles chez la femme ménopausée à Cotonou en 2022 ;
2. Identifier les facteurs individuels associés à la survenue de dysfonctions sexuelles chez la femme ménopausée à Cotonou en 2022 ;
3. Identifier les politiques, stratégies et ou services spécifiques du système de santé relatifs à la prévention des DS à Cotonou en 2022.

GENERALITES

2 GENERALITES

2.1 DEFINITION DE CONCEPTS

2.1.1 LA DYSFONCTION SEXUELLE CHEZ LA FEMME

La dysfonction sexuelle se définit comme une perturbation des processus qui caractérisent le déroulement de la réponse sexuelle ou par une douleur associée aux rapports sexuels [32].

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 [33].

2.1.2 LA MENOPAUSE

L'OMS définit en 1996 la ménopause comme « un arrêt permanent des menstruations résultant d'une perte de l'activité folliculaire ovarienne ». On dit qu'une femme est ménopausée après une période d'aménorrhée consécutive de douze mois sans cause physiologique ou pathologique évidente (synéchies utérines par exemple). Donc son diagnostic est rétrospectif. La ménopause se présente en trois phases, à savoir la pré-ménopause ou péri ménopause, la ménopause proprement dite et la postménopause ou ménopause confirmée [34]. La péri-ménopause est définie comme la période de transition entre la vie génitale normale et l'aménorrhée définitive. On appelle postménopause, la période de la vie féminine s'écoulant après la ménopause.

2.1.3 LES TROUBLES DU CLIMATERE

Ils se définissent comme l'ensemble des symptômes résultant de l'hypoestrogénie survenant au moment de la ménopause, il s'agit des bouffées de chaleur ; des suées nocturnes ; des maux de tête ; des sensations de fatigue ; des troubles du sommeil ; d'une irritabilité ; des douleurs articulaires [27].

2.1.4 L'ANXIETE

L'anxiété est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme le sentiment d'un danger imminent indéterminé s'accompagnant d'un état de malaise, d'agitation, de désarroi, voire d'anéantissement. Elle fait partie intégrante du fonctionnement normal de tout être humain, et ne peut être considérée comme pathologique en soi, si ce n'est dans le champ nosographique des troubles anxieux qui intègrent la notion de retentissement et d'altération du fonctionnement causés par l'anxiété, soit l'incorporation de cet affect à un cadre pathologique [35].

2.1.5 LA DEPRESSION

La dépression est un trouble mental courant. Elle se caractérise par une tristesse persistante et un manque d'intérêt ou de plaisir pour des activités auparavant enrichissantes ou agréables. Elle peut également se traduire par un manque de sommeil et d'appétit. La fatigue et les difficultés de concentration sont fréquentes. La dépression est l'une des principales causes de handicap dans le monde et contribue grandement à la charge mondiale de morbidité. Les effets de la dépression peuvent être durables ou récurrents et peuvent affecter considérablement la capacité d'une personne à fonctionner et à vivre une vie enrichissante [36].

2.2 CONNAISSANCES GENERALES SUR LES DYSFONCTIONS SEXUELLES

2.2.1 CLASSIFICATION

Selon le 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4ème édition' (DSM IV), la dysfonction sexuelle chez la femme regroupe [36] :

- Les troubles du désir sexuel :
  - ✓ La baisse du désir sexuel : déficience ou absence persistante et répétée de fantaisies imaginatives d'ordre sexuel et de désir d'activité sexuelle ;
  - ✓ L'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 (TE) :

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 (AUAF) [37], décrit trois types de TE *:*

- ✓ 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 :

L'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)
  - ✓ La 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
  - ✓ Le vaginisme : spasme involontaire répété ou persistant de la musculature lisse vaginale

- La dysfonction sexuelle due à une affection médicale générale :

Elle est mise en évidence, d'après l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires que la DS est entièrement expliquée par les effets physiologiques directs d'une affection médicale générale.

- La dysfonction sexuelle induite par une substance :

Elle est mise en évidence, d'après l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires que la DS est entièrement expliquée par l'utilisation d'une substance, comme en témoigne la présence soit de 1 soit de 2

1. **Les symptômes sont apparus pendant une intoxication à une substance ou dans le mois qui a suivi**
2. **La perturbation est liée étiologiquement à la prise d'un médicament**

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). Cette classification est résumée dans la figure ci-dessous (figure 2) :

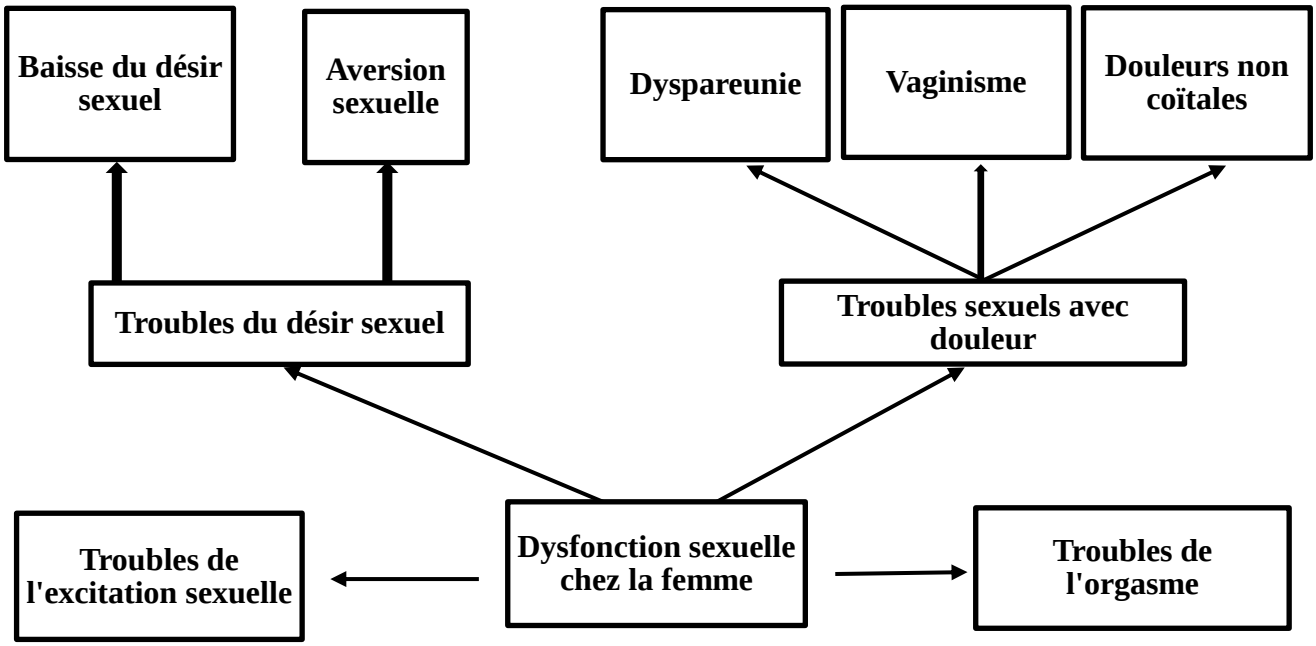


Figure 2 : Classification des dysfonctions sexuelles chez la femme selon le DSM IV

2.2.2 RAPPELS ANATOMIQUES

L'appareil génital féminin comprend les organes génitaux externes et internes. Les organes génitaux internes se composent de l'utérus, des trompes, des ovaires et du vagin. Les ovaires et les trompes constituent les annexes de l'utérus. La vulve constitue l'organe génital externe [34]. Elle est constituée comme suit [36] :

- Le mont du pubis ;
- Les formations labiales (grandes et petites lèvres) ;
- Le vestibule (de l'urètre et du vagin) ;
- Les organes érectiles (clitoris et bulbes vestibulaires) ;
- Les glandes vulvaires (au nombre de 3) ;
- Les artères honteuses interne et externe assurent la vascularisation de la vulve ;
- Les veines satellites des artères, elles sont nombreuses et volumineuses.

- L'innervation de la vulve dérive principalement du nerf honteux interne.

2.2.3 RAPPELS PHYSIOLOGIQUES

CONTROLE CEREBRALE DE LA REPONSE SEXUELLE

Le système limbique joue un rôle primordial dans l'initiation et le déroulement des comportements sexuels. Il module la perception du désir et de l'excitation [38]. Le néocortex est lui aussi impliqué dans la réponse sexuelle en particulier dans l'intégration de la carte sensitive des stimuli sexuels. L'homonculus est situé au niveau du lobe paracentral ainsi qu'au niveau du noyau ventrolatéral du thalamus et répond pour chacune des zones érogènes (clitoris, mamelon, vagin), stimulées [39, 40].

VOIES NERVEUSES DE L'EXCITATION SEXUELLE

Ces voies sont chez la femme :

- Un centre parasympathique sacré de S2 à S4, dont les voies participent au plexus hypogastrique inférieur ;
- Deux centres sympathiques thoraco-lombaires de T11 à L2 ;
- Un centre somatique sacré de S2 à S4, le nerf pudendal contenant des fibres nerveuses sensitives issues des organes génitaux externes chez l'homme et la femme.

Le système nerveux autonome contrôle la vascularisation pelvi-périnéale, le tonus de la musculature lisse. Le nerf pudendal commande la contraction des muscles striés périnéaux. L'innervation sensitive emprunte non seulement les nerfs pudendaux mais également les nerfs hypogastriques et pelviens et la chaîne sympathique lombosacrée.

NEUROMEDIATEURS DE LA REPONSE SEXUELLE

En périphérie chez la femme, les neuromédiateurs libérés par les terminaisons nerveuses autonomes médiant la réponse vasculaire périnéale (vulve, clitoris, vagin) et les variations de tonus de la musculature lisse du vagin sont : l'acétylcholine, la noradrénaline mais également le vasoactive intestinal peptide (VIP), le monoxyde d'azote (NO), le neuropeptide Y et la substance P [41, 42]. Le VIP est sans doute prépondérant dans la régulation du flux sanguin génital car il est en grande concentration dans ces tissus et la concentration de VIP augmente lors de l'excitation. Le NO a été également identifié comme un médiateur augmentant le flux sanguin génital chez la femme pendant la phase d'excitation [43].

Les neuromédiateurs centraux peuvent faciliter ou inhiber la réponse sexuelle féminine. La dopamine est impliquée dans le contrôle central de la réponse sexuelle, elle est facilitatrice. Elle est présente dans l'aire tegmentale ventrale, ainsi que dans l'hypothalamus. Elle est impliquée dans l'olfaction, la mémoire et les émotions. La concentration de dopamine dans le noyau accumbens augmente quand la femme devient réceptive en présence de l'homme et lors de la copulation [44]. Les agonistes dopaminergiques augmentent les comportements sollicitant et menant à la copulation [45]. L'effet de la dopamine sur le comportement sexuel est médié par les récepteurs D2 [46].

Chez la femme, la dopamine est impliquée dans le désir sexuel de façon directe ou indirecte par l'intermédiaire de la prolactine [47, 48]. Une baisse de la libido a été corrélée à un taux bas de dopamine [45].

Il a été proposé que l'ocytocine augmente également pendant la phase d'excitation et l'orgasme en fonction de l'intensité de celui-ci [49].

L'administration d'analogue de l'α-MSH des récepteurs de type 4 à la mélanocortine (brémélanotide) induit une augmentation de la réponse sexuelle chez la rate ovariectomisée [50, 51]. Une étude clinique chez les femmes souffrant de désir sexuel hypoactif a mis en évidence un effet favorable du brémélanotide [52].

La sérotonine est un neurotransmetteur synthétisé à partir du tryptophane, une augmentation de la sérotonine dans le système nerveux central diminuerait globalement l'activité sexuelle en diminuant le désir sexuel et en inhibant l'orgasme [47, 53]. La flibansérine, agoniste des récepteurs sérotoninergiques 5-HT1A et antagonistes des récepteurs sérotoninergiques 5-HT2A, améliore le désir sexuel au cours d'un large programme d'études cliniques chez des femmes consultant pour une diminution de celui-ci [54].

LES MODULATEURS STEROÏDIENS

La principale forme d'œstrogènes est l'œstradiol. À l'étage central, les œstrogènes influenceraient la libido chez la femme en ayant un effet direct sur des neurones de l'hypothalamus au niveau de l'aire suprachiasmatique [20, 48, 49, 55]. En périphérie, les œstrogènes sensibilisent la peau qui est une structure clé pour les stimuli sexuels externes. Les œstrogènes exercent également un effet important sur la trophicité vaginale ainsi que sur la lubrification [56]. Le rôle de la progestérone dans la réponse sexuelle féminine reste mal connu.

Chez la femme, la testostérone et le 4-androstènedione sont synthétisés par le stroma ovarien et la thèque interne du follicule. La testostérone exerce un rôle stimulant sur le désir sexuel par une action cérébrale notamment par le biais de récepteurs situés au niveau de l'aire pré-optique médiane de l'hypothalamus et du système limbique. Une certaine proportion de testostérone est convertie en œstradiol

dans le cerveau. Il est difficile de distinguer les effets propres de la testostérone et ceux de l'œstradiol sur le comportement sexuel féminin [57].

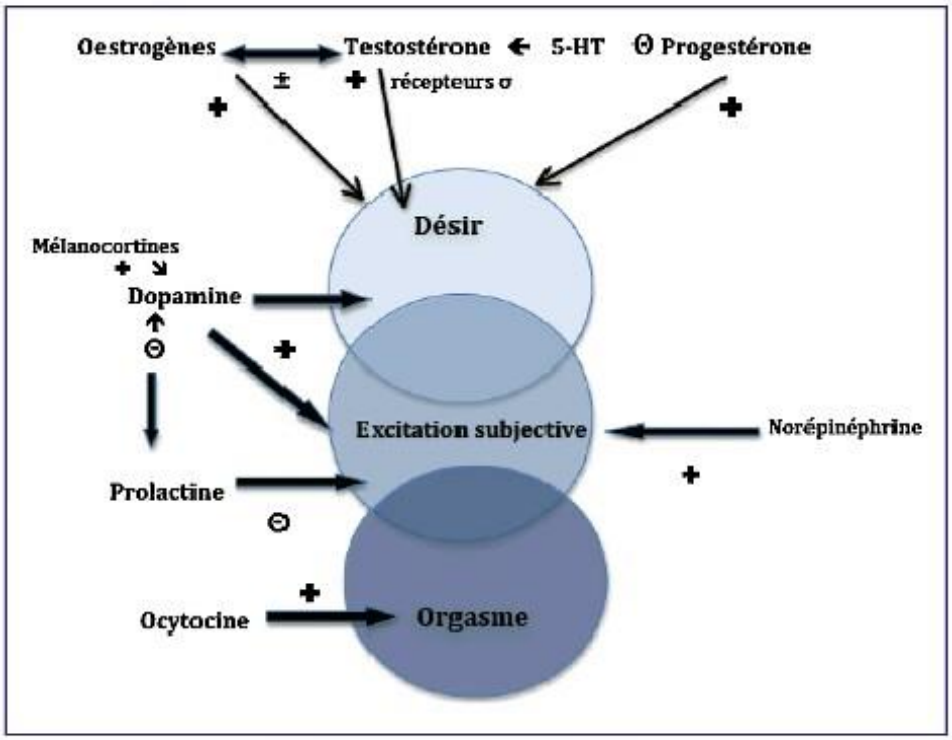


Figure 3 : Effets centraux des neuromédiateurs et hormones sur la réponse sexuelle féminine

CYCLE DE LA REPONSE SEXUELLE FEMININE

La connaissance de la physiologie sexuelle a été révolutionnée par deux médecins américains, William Masters et Virginie Johnson [58].

Masters et Johnson décrivent la relation sexuelle en trois phases :

- **La phase d'excitation :** La physiologie de l'excitation sexuelle peut être décrite comme une augmentation de l'activité du système nerveux autonome qui va permettre de préparer le corps pour une activité sexuelle [5].

- ✓ Une augmentation du flux sanguin vers la sphère génitale et le tissu érectile clitoridien ;
- ✓ Un phénomène de lubrification vaginale ;
- ✓ La congestion du clitoris et des petites lèvres,
- ✓ L'écartement des grandes lèvres et l'allongement de la partie postéro-supérieure du vagin.

- **La phase plateau**
- **Elle aboutit dans les bons cas à l'orgasme.** Il s'agit d'une manifestation globale de l'organisme, dont la composante la plus importante est une sensation de plaisir intense. Elle peut s'accompagner de contractions musculaires saccadées et involontaires du vagin et des muscles de la région génitale et anale au nombre de 8 à 10 au rythme de 0,8 par seconde.
- **La phase de résolution** : La résolution se manifeste par une relaxation des muscles et une diminution de la vasodilatation périnéale [20].

  Deux autres médecins américains, Helen Kaplan et Harold Leif ont, en 1977, ajouté à cette physiologie, avant la phase d'excitation, la phase de désir. Elle est occupée par des idées et des fantaisies érotiques et le souhait d'avoir des rapports sexuels [59].

En 1997, armés de la conviction que la réponse sexuelle de toutes les femmes n'était pas conforme au modèle linéaire, Whipple et Brash-Mc Greer ont alors proposé un modèle circulaire. Ce concept comprend quatre phases : Séduction (désir), Sensations (excitation et plateau), Orgasme et Résolution [60].

En 2001, Rosemary Basson, indique que l'intimité (respect, considération, chaleur humaine, affection physique et communication) est le premier contribuable au désir

sexuel chez les femmes. Ce cycle sexuel commence avec le développement d'une pensée sexuelle.

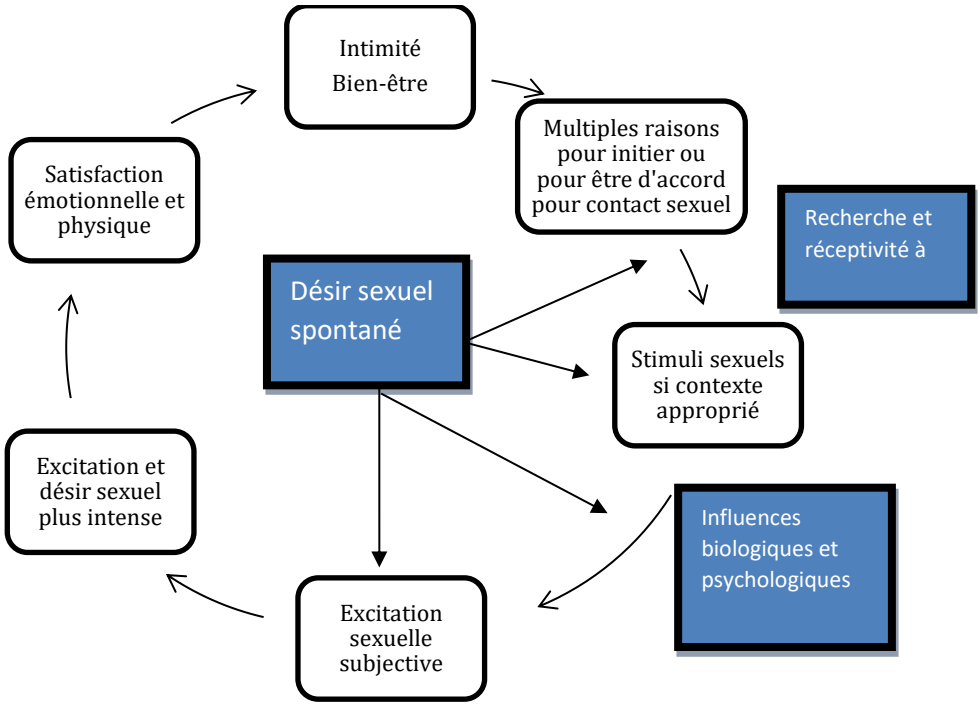


Figure 4 : Modèle circulaire de la réponse sexuelle féminine par Basson

2.2.4 ETIOLOGIES DE LA DYSFONCTION SEXUELLE

LES CAUSES VASCULAIRES

- L'athérosclérose : La diminution du flux sanguin artériel ilio-hypogastrique secondaire à l'athérosclérose peut entraîner une insuffisance vasculaire vaginale et clitoridienne
- Lésions traumatiques de l'artère pudendale : dues à une fracture du bassin, une déchirure chirurgicale

LES CAUSES NEUROLOGIQUES

Une quelconque atteinte du système nerveux central [61] ou périphérique [62] peut être à l'origine d'un trouble de la réponse génitale sexuelle féminine :

- Lésions cérébrales

  Parmi les lésions cérébrales, il faut rechercher : les tumeurs, les accidents vasculaires, les traumatismes crânio-encéphaliques, la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson.

- Lésions médullaires

  Parmi les lésions médullaires, on peut citer : les lésions traumatiques, les tumeurs compressives ou non, la sclérose en plaques, les maladies dégénératives.

- Lésions périphériques

  En dehors des causes neurologiques centrales, il existe des pathologies périphériques dont les lésions du plexus honteux et les neuropathies. La chirurgie pelvienne, de même que la radiothérapie ou la curiethérapie, par un double mécanisme d'atteinte vasculaire et neurologique.

LES CAUSES ENDOCRINIENNES

- Diabète : est une cause classique de dysfonction sexuelle. Il agit indirectement par l'intermédiaire des microangiopathies et des lésions nerveuses ;
- Endocrinopathies : thyroïdiennes, surrénaliennes, hypophysaires ont dans leur tableau habituel la classique « asthénie » sexuelle. Mais une mention particulière doit être faite à l'hyperprolactinémie, qu'elle soit fonctionnelle ou tumorale, qui peut s'annoncer par des troubles sexuels isolés ;

- Castrations médicales ou chirurgicales mal compensées ;
- Défaillance ovarienne prématurée dans l'utilisation chronique de la pilule contraceptive ;
- Dysfonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophysaire.

LES CAUSES MUSCULO-LIGAMENTAIRES

Les muscles du plancher pelvien, en particulier l'élévateur de l'anus et les muscles bulbo-et ischio-caverneux, participent à la réponse génitale par leurs contractions rythmiques pendant le rapport sexuel, permettant ainsi d'accentuer l'excitation et de participer à l'orgasme [20]. Ce sont :

- Les traumatismes obstétricaux, pouvant être responsables d'un relâchement des muscles du plancher pelvien, par le biais éventuel d'une neuropathie pudendale d'étirement ;
- Les prolapsus génitaux-urinaires et leur traitement chirurgical ;
- L'hypertonicité du plancher pelvien : le vaginisme peut se développer causant ainsi des dyspareunies et d'autres types de douleurs sexuelles.

LES CAUSES INFECTIEUSES

Ce sont les infections urinaires du tractus uro-génital. Elles sont surtout responsables de dyspareunie. Il est habituel de distinguer les dyspareunies orificielles, moyennes et profondes dont les causes recouvrent pratiquement l'ensemble de la pathologie gynécologique.

PATHOLOGIES CHRONIQUES

- Cancers : ils ont un impact négatif sur la sexualité par l'anxiété générée, mais également par les traitements, notamment la chimiothérapie dont un des effets délétères est une diminution de la lubrification vaginale.

- Autres pathologies chroniques

  Toutes les maladies chroniques : Rhumatismes inflammatoires, douleurs chroniques, suites d'interventions chirurgicales lourdes, interfèrent avec la qualité de la réponse sexuelle féminine.

IATROGENIE MEDICAMENTEUSE

Ce sont :

- Les chimiothérapies qui peuvent altérer la lubrification ;
- Les psychotropes, en particulier les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, couramment utilisés pour traiter la dépression, peuvent affecter la réponse sexuelle féminine en entraînant une diminution du désir, de l'excitation objective et subjective [30, 31] ;
- Les antihypertenseurs, notamment ceux à action centrale et les β−bloquants ;
- Les médicaments anticholinergiques.

TOXIQUES

- Les intoxications exogènes ;
- Le tabagisme par altération des transmissions nerveuses ;
- L'alcoolisme ;

- Les narcotiques comme la codéine et la morphine lorsqu'ils sont pris à forte dose ;
- Les stimulants tels que la cocaïne ou les amphétamines lorsqu'ils sont pris à haute dose interfèrent avec l'orgasme. D'autres drogues comme le cannabis peuvent avoir des effets positifs ou négatifs difficiles à prédire.

PSYCHOLOGIQUES

- Des antécédents d'abus sexuels ou de négligence dans l'enfance ;
- Des expériences traumatisantes durant la puberté ;
- Le stress ;
- L'anxiété, qui semble être une des clés des difficultés sexuelles chez la femme, anxiété vis-à-vis du partenaire, de son plaisir, stress d'une grossesse non désirée, stress de l'absence d'orgasme. L'anxiété peut être circonstancielle, ou permanente dans le cadre d'une personnalité anxieuse. La perception subjective des stimulations sexuelles, le « lâcher prise » sont altérés par l'anxiété [63].
- Une mauvaise image de soi y est fréquemment associée ;
- Facteurs relationnels avec le partenaire

Toutes les études rapportent que la relation avec le partenaire est centrale pour la femme, que ce soit pour initier son désir, ou pour déclencher les phénomènes locaux d'excitation réactionnelle et leur ressenti subjectif [31, 64] ;

- ✓ L'estime de soi, l'image de soi, la qualité de la relation avec son partenaire peuvent affecter son habileté à répondre sexuellement ;
- ✓ La dépression est rapportée jusque dans 80 % des cas de troubles du désir sexuel.

2.3 ÉPIDEMIOLOGIE DES DYSFONCTIONS SEXUELLES

2.3.1 FREQUENCE ET GRAVITE

La dysfonction sexuelle chez les femmes est un problème qui n'est pas bien étudié. L'étude mondiale des attitudes et comportements sexuels réalisée dans une population de 13 882 femmes âgées de 40 à 80 ans, a rapporté que 26% à 48% des femmes avaient un manque d'intérêt pour le sexe et 18% à 41% des difficultés à atteindre l'orgasme. Il s'agissait des dysfonctionnements sexuels féminins (FSD) les plus courants dans les régions du monde. La prévalence varie selon le lieu et augmente dans la population spécifique des femmes âgées [1]. En Amérique, en 2008, elle était estimée entre 25 % et 63 % chez toutes les femmes et 68% et 86,5% chez celles ménopausées.

En Australie, en 2003, on retrouve un passage de 42 % à 88 % des dysfonctions sexuelles du début à la fin de la transition ménopausique. Ces données suggèrent un déclin assez spectaculaire du fonctionnement sexuel féminin avec la transition naturelle de la ménopause [1].

2.3.2 DISTRIBUTION GEOGRAPHIQUE

En Europe, en 2008, on notait une prévalence de 60% avec un faible désir sexuel qui variait de 35 % (Royaume-Uni) à 44 % (Italie) dans l'ensemble. Les femmes atteintes de Ménopause chirurgicale classées avec HSDD variaient de 7% (Allemagne) à 22% (France) [23]. La prévalence était plutôt similaire en 2019 en Pologne, avec 33,03% [12]. Par contre en Espagne en 2010 on avait une prévalence de 64,1% [26].

En Amérique, en 2008, on retrouve une prévalence de 52,4% chez les femmes qui ont une ménopause naturelle et 12,4% chez celles qui ont une ménopause chirurgicale [23].

En Asie, deux pays ont fait des travaux sur le sujet, l'Iran et le Bangladesh. En Iran, en 2006, une prévalence de 46% a été chez les femmes ménopausées [4].
Au Bangladesh en 2021, la prévalence de 56,9% a été rapportée chez les femmes ménopausées de 45 à 55 ans [10].

En Afrique, des études ont été menées sur le sujet au Sénégal, en Tunisie et au Maroc. A Dakar en 2014, chez les femmes ménopausées, 85,3% avait une baisse du désir sexuel, 100% des femmes interrogées rapportaient un trouble de l'orgasme. Seules les femmes mariées avaient encore des activités sexuelles, soit 62,1%, 68,9% avaient occasionnellement des activités sexuelles et 18,1% n'avaient pas de relation sexuelle [5]. Au Maroc, on retrouvait une prévalence de 26,6% réparti comme suit : Diminution du désir sexuel 19% ; Aversion sexuelle 15% ; Trouble de l'orgasme 12% ; Dyspareunie 8% ; Vaginisme 8% à Casablanca chez les femmes de plus de 20 ans. Une autre étude comparative réalisée entre les femmes ménopausées de Tunis et Casablanca cette fois âgée de 40 à 60 ans, retrouve une prévalence respective de 63,3% et 86,5% [11].

2.3.3 FACTEURS FAVORISANTS

Les prédicteurs de la dysfonction sexuelle féminine sont multiples et varient d'un pays à l'autre. Une revue de littérature systématique sur la question réalisée avec cent trente-cinq études de 41 pays a montré que les types de prédicteurs variaient selon le lieu de l'étude, le type de régime sexuel et le niveau d'inégalité entre les sexes dans ce pays ou cette région.

Les facteurs de risque systématiquement significatifs de dysfonction sexuelle féminine étaient : mauvaise santé physique, mauvaise santé mentale, stress, avortement, problèmes génito-urinaires, mutilation génitale féminine, insatisfaction relationnelle, abus sexuel et religion. Parmi les facteurs de protection toujours significatifs, mentionnons l'âge avancé au mariage, l'exercice, l'affection quotidienne, la communication intime, une image corporelle positive et l'éducation sexuelle. Certains facteurs ont cependant eu un effet peu clair : l'âge, l'éducation, l'emploi, la parité, le fait d'être dans une relation, la fréquence des rapports sexuels, la race, la consommation d'alcool, le tabagisme et la masturbation [19].

Au Bangladesh en 2021, la dysfonction sexuelle chez la femme ménopausée est liée à un faible contentement, à l'insatisfaction conjugale, à la perte d'emploi, à la fatigue et au stress constant [10].

En Pologne, deux types de facteurs favorisent la survenue des dysfonctions sexuelles chez les femmes ménopausées. Il s'agit des facteurs physiques à savoir : l'âge ; l'hypo-oestrogénie ; le type de ménopause, les maladies chroniques, les troubles sexuels du partenaire et l'intensité des troubles climatériques.

Les facteurs psychosociaux, en un second lieu que sont : tabagisme, alcoolisme, la qualité de la relation avec son partenaire, séparation, divorce ou la mort du conjoint, niveau de connaissance sexuelle, attitude face aux problèmes psychologiques personnels, dépression, l'anxiété et l'image de son corps.

Cependant, certains facteurs ont été décrits comme facteurs protecteurs, il s'agit : du niveau d'androgène, l'usage de la thérapie hormonale, l'histoire obstétricale de la femme, l'activité physique, l'éducation, la profession, le niveau socio-économique, la durée des relations amoureuses et la fréquence des relations sexuelles [12].

En Afrique, les mêmes facteurs ont été retrouvés, la particularité de l'Afrique, notamment du Sénégal, est que le sexe après la ménopause reste tabou, ainsi les femmes ont une résilience face aux troubles sexuels survenant à cet âge chez elles mais surtout les troubles érectiles de leur conjoint. Le niveau socio-économique et la non promotion des pratiques sexuelles, inculquée dès le bas âge par la culture sont les vrais facteurs favorisant la survenue des dysfonctions et leur maintien [5].

2.3.4 PREVENTION DES DYSFONCTIONS SEXUELLES

PREVENTION PRIMAIRE

Les moyens de prévention primaire sont assez limités, puisqu'il s'agit d'un trouble qui survient avec l'âge et qui s'empire avec le temps dans la ménopause. La barrière étant très étroite entre le phénomène naturel de vieillissement et la pathologie, les études ont néanmoins rapporté qu'un bon mode de vie concernant l'alimentation, l'exercice physique, l'arrêt du tabac et des bas niveaux de consommation d'alcool est la règle pour maintenir la santé des femmes péri-ménopausées et ménopausées.

Une augmentation de l'activité sexuelle est conseillée pour maintenir une bonne condition musculaire vaginale. L'activité sexuelle favorise le maintien de l'élasticité et la souplesse vaginale. Les rapports sexuels améliorent la circulation sanguine vers le vagin et le liquide séminal aussi, contenant des stéroïdes sexuels, des prostaglandines, et d'acides gras essentiels, qui servent à maintenir les tissus vaginaux. Pour les femmes qui n'ont pas des partenaires, l'étirement des tissus vulvo-vaginaux les aide également pour favoriser l'élasticité vaginale [34].

PREVENTION SECONDAIRE

Une fois installée, la médecine moderne offre un parterre de solutions pharmacologiques pour pallier à l'hypooestrogénie. Ces traitements hormonaux et non hormonaux substitutifs permettent d'assurer une meilleure qualité de vie à la femme ménopausée et retarder au maximum les troubles anxiodépressifs qui s'associent à la DS. Nous avons répertorié ces moyens en fonction des dysfonctions sexuelles.

- **MESURES GENERALES**

✓ **L'information sur la réponse sexuelle féminine**

Une information sur la réponse sexuelle féminine [15] est recommandée. 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 [7].

✓ **Une 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 ou thérapie cognitivo-comportementale (TCC).

✓ **Modification du style de vie**

Elle implique la réduction du poids corporel et l'exercice physique

- **TROUBLES DU DESIR**

  - ✓ **Moyens pharmacologiques non hormonaux**

    - ➢ Le bupropion

Le bupropion (Zyban®) permettrait une amélioration de l'orgasme mais pas du désir chez les patientes non déprimées (niveau II). En revanche, il existait une amélioration significative du désir sexuel (niveau I) [16].

    - ➢ La flibansérine

La flibansérine, 5HT1A antagoniste/5HT2A 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 par jour.

    - ➢ La gépirone ER

La gépirone ER donnée chez des femmes dépressives aurait trois actions : antidépressive, anxiolytique et améliorant le désir sexuel [65].

    - ➢ Les inhibiteurs de la phosphodiestérase de type 5 (IPDE5)

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 [63, 66].

- **Moyens hormonaux**

  - ✓ Substitution androgénique

  - ✓ Traitement œstrogénique local

- **Troubles de l'excitation**

- **Traitement hormonal**

  ✓ **La tibolone**

La prise par voie orale à la dose de 2,5 mg par jour (Livial®) chez la femme ménopausée, dans une étude, a permis d'avoir une augmentation de la réponse sexuelle objective ainsi que du désir, de l'excitation subjective et des fantasmes érotiques avec une meilleure lubrification vaginale lors d'une stimulation sexuelle par fantasmes et par films érotiques [67].

  ✓ **Traitements locaux**

Administrés par voie locale, les œstrogènes préservent la trophicité vulvo-vaginale, sans les inconvénients ou risques possibles du Traitement hormonal de la ménopause (THM) [68]. Ils sont donc recommandés, en l'absence de contre-indications locorégionales chez les femmes ménopausées [69]. L'utilisation de ce traitement, à distance d'un cancer du sein traité nécessite l'accord du cancérologue. Ils améliorent la lubrification associée à une augmentation du désir, de l'excitation et de l'orgasme [7, 70]. L'application de la DHEA intravaginale quotidienne de 0,5% entraine une augmentation des cellules superficielles du vagin, une diminution du pH vaginal et diminue en fin la dyspareunie

- **Traitements non hormonaux**

Seuls les Inhibiteurs de la phosphodiestérase 5 (IPDE5) ont fait l'objet d'études plus larges.

- **Traitements mécaniques**

Un dispositif permettant l'augmentation de la vascularisation clitoridienne, a été développé [71]. Une amélioration des sensations et de la lubrification a été rapportée

par quelques femmes dans des essais non contrôlés [65, 72]. Aux États-Unis, l'EROS® devise a reçu l'approbation de la Food and Drugs Administration (FDA) dans les dysfonctions sexuelles féminines.

Traitement au laser : Actuellement, l'utilisation du traitement au laser est devenue une option thérapeutique innovante. Le traitement au laser permet la prolifération des cellules saines et améliore la viabilité de l'épithélium vaginal [3]. Il réduit de manière conséquente et durable (12 semaines après le traitement) les symptômes génito-urinaires entrainant une meilleure vie sexuelle, également avec moins d'effets secondaires [59].

- **Lubrifiants non hormonaux**

Ils sont largement utilisés chez les femmes dyspareuniques, qui présentent fréquemment des troubles de la lubrification associés [9], certains androgènes et des lubrifiants vaginaux (Taido*, Sensilube*) peuvent être proposer pour un meilleur confort au moment des rapports. Mais lors de la sélection d'un lubrifiant ou hydratant, il est conseillé de choisir un produit imitant les sécrétions vaginales en termes d'osmolalité, de pH, et de composition[59].

PREVENTION TERTIAIRE

Les mesures générales qui sont utiles autant dans la prise en charge des dysfonctions que de leurs complications. La prévention tertiaire repose principalement sur la thérapie cognitivo-comportementale

2.4 OUTILS DE DEPISTAGE DES DS ET DES TROUBLES PSYCHO AFFECTIFS

2.4.1 FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX

La fonction sexuelle est mesurée chez la femme en utilisant un questionnaire standard, le Female Sexual Function Index (FSFI). Il s'agit d'un instrument permettant d'évaluer la fonction sexuelle chez la femme. Il comporte six domaines et 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 pendant les rapports sexuels [64]. Le score total varie de 2 à 36. Un score total de 23 a été proposé comme valeur seuil pour le diagnostic de dysfonction sexuelle [29]. Un score au-dessus de 23 correspond à une bonne fonction sexuelle et un score en dessous de 23 implique une fonction sexuelle anormale [18].

Tableau I : Score d'évaluation du Female Sexual Function Index

Domaine	Questions	Variation du score	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

2.4.2 HADS HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE (HADS)

C'est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (Total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score =21) [10].

Scores

Additionnez les points des réponses 1,3,5,7,9,11,13 pour le total A

Additionnez les points des réponses 2,4,6,8,10,12,14 pour le total D

Interprétation

Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante peut être utilisée pour chacun des scores A (d'anxiété) et D (de dépression)

- 0-7 = Normal (Absence de symptomatologie)
- 8-10 = Borderline (Symptomatologie douteuse)

- 11-21 = Anormal (Symptomatologie certaine)
- Lorsque la patiente présente à la fois des symptomatologies d'anxiété et de dépression, on parle de trouble anxiodépressif

CADRE ET METHODES D'ETUDE

3 CADRE ET METHODES D'ETUDE

3.1 CADRE D'ETUDE

Notre étude s'est déroulée au Bénin dans la commune de Cotonou. Le Bénin est un pays francophone d'Afrique de l'Ouest qui compte 12 départements à savoir l'Alibori, l'Atacora, l'Atlantique, le Borgou, les Collines, le Couffo, la Donga, le Littoral, le Mono, l'Ouémé, le Plateau et le Zou. Il est limité au Nord par le Burkina Faso et le Niger, à l'Est par le Nigeria, à l'Ouest par le Togo et au sud par l'océan Atlantique. Sa superficie est de 114 763 km² avec 98% de terres et 2% d'eau. Certaines forêts bordent les rives des fleuves. Notre étude se déroule dans la Commune de Cotonou qui constitue à elle seule le département du littoral.

Couvrant une superficie de 79 km2, la ville de Cotonou est située au Sud du Bénin, entre 2°26' et 2°41' de longitude Est et 6°22' et 6°27' de latitude Nord. La ville s'étend sur 10 km en longueur et 6 km en largeur, et est limitée à l'Est par la commune de Sèmè-Podji et à l'Ouest par la commune d'Abomey-Calavi, au Nord et au Sud, respectivement par le lac Nokoué et l'océan Atlantique. Elle compte 13 arrondissements subdivisés en cent quarante-quatre 144 quartiers.

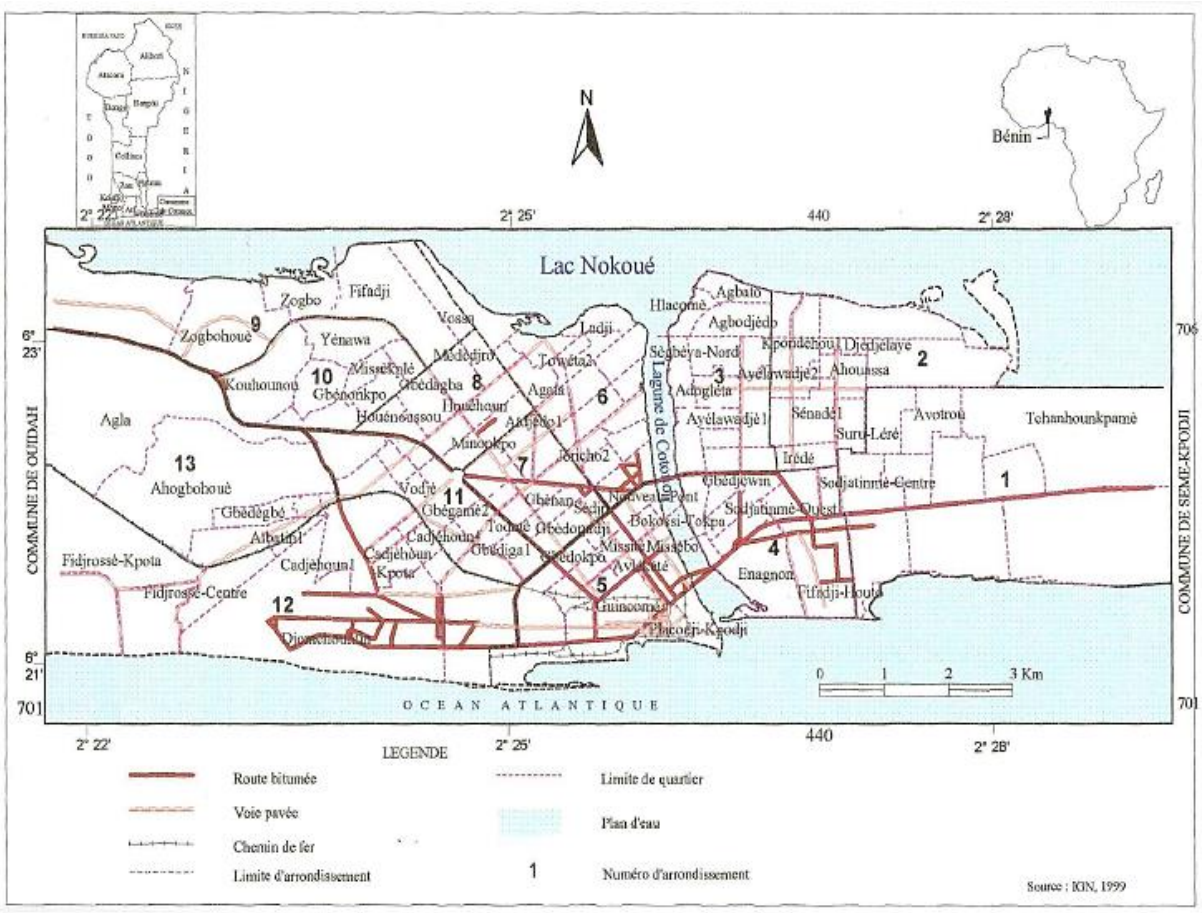


Figure 5 : Carte de la ville de Cotonou montrant la subdivision en arrondissements

Elle avait 679 012 habitants en 2013 (INStaD, 2013). En 2021, sa population est estimée à 679 121 selon le taux d'accroissement inter censitaire de 0,2% (INSAE, 2013).

Par ailleurs, il est important de noter que les populations des régions environnantes viennent gonfler la population de Cotonou le jour dans l'exercice de leurs activités (fonctionnaire, commerçant) soit 1 228 667 habitants en 2021 selon la plateforme « population Data » qui est un atlas des populations et pays du monde.

Cette ville présente un statut administratif particulier. On y compte la plupart des services administratifs, les Ambassades, les agences de coopération, les sièges des

institutions internationales.... Cette ville abrite également la quasi- totalité du potentiel économique du pays (maisons de commerce, industrie etc.). Elle abrite aussi de nombreux services gouvernementaux et diplomatiques.

3.2 METHODES D'ETUDE

3.2.1 TYPE D'ETUDE ET PERIODE DE COLLECTE DES DONNEES

Notre étude est transversale analytique. La période de collecte des données s'étendait de décembre 2022 à janvier 2023.

3.2.2 POPULATION D'ETUDE

- La cible primaire est constituée des femmes ménopausées des ménages de la ville de Cotonou
- La cible secondaire est constituée des cadres du service de la mère et de l'enfant du ministère de la santé, les cadres de la direction départementale de la santé Littoral et les professionnels de santé (Gynécologue obstétricien) dans les hôpitaux de zones intervenant dans la prise en charge des femmes ménopausées.

3.2.3 CRITERES D'ELIGIBILITE

CRITERES D'INCLUSION

- **Cible primaire**

Chaque participante doit

- ✓ Être une femme ménopausée, d'un âge compris entre 40 et 60 ans ;
- ✓ Vivre dans l'un des 24 quartiers de Cotonou retenus pour l'enquête ;

- **Cible secondaire**

- ✓ Tous les cadres du ministère de la santé des services de ANSSP (Agence Nationale des Soins de Santé Primaire) et des MNT (Maladies Non Transmissibles), capables de nous renseigner sur les stratégies de la politique nationale de prévention et de prise en charge des DS chez la femme ménopausée ;
- ✓ Les gynécologues obstétriciens des hôpitaux de Suru-léré et de Menontin, présents le jour de la collecte.

CRITERES DE NON INCLUSION

- **Cible primaire**
  - ✓ Les femmes n'ayant pas donné leurs consentements pour participer à l'étude ;
  - ✓ Les femmes de plus de 40 ans ménopausées avec des troubles psychotiques

3.3 ECHANTILLONNAGE

3.3.1 TAILLE DE L'ECHANTILLON

Pour la cible primaire, la taille minimale a été calculée selon la formule de SCHWARTZ avec une précision « i » de 5%, un effet grappe de 1,5 et sur la base de la prévalence de manque de désir sexuel au Sénégal en 2014 qui est de 0,835.

$$n = K Z^2pq/i^2$$

$$n=(1,5*(1.96)^2*0,835*0,165) / (0,05)^2 = \mathbf{318}$$

n = taille de l'échantillon ;

Z= 1,96 l'écart réduit au risque ;

p=0,835 Prévalence de trouble du désir sexuel au Sénégal en 2014 ;

q=0,165 (1-p)

i=0,05

K=1,5 effet grappe.

n est égal à 318. Il a été ajouté à cette taille initiale une marge de 10% représentant la correction éventuelle de données manquantes ou aberrantes et les non répondants.

$$N= n+ (n*0,1)$$

$$N= 318+ (318*0,1) = \mathbf{350}$$

Au total la taille de la cible primaire à enquêter est de **350 Femmes ménopausées dans les ménages de Cotonou.**

3.3.2 METHODES D'ECHANTILLONNAGE

La méthode probabiliste a été utilisée pour les femmes ménopausées des ménages de la commune de Cotonou et la méthode non probabiliste pour les cadres du ministère de la santé.

3.3.3 TECHNIQUES D'ECHANTILLONNAGE

La technique utilisée est le sondage en grappe. L'unité de grappe est le village. Nous avons retenu des grappes de 15 unités statistiques (ménages).

Le nombre de grappes = 350/15 = 24 grappes

Le pas de sondage est déterminé en divisant l'effectif cumulé des populations de la commune par le nombre de grappes.

Le pas de sondage = 679012/24= 28293

Soit 28293. Le tirage aléatoire d'un nombre compris entre 0 et le pas de sondage à l'aide de la touche Random d'une calculatrice nous donne la première grappe retenue. Ce nombre est 12688

A partir de la population cumulée déterminée, nous avons remarqué qu'il s'agit du quartier Finagnon. Les autres grappes ont été déterminées en ajoutant chaque fois le pas de sondage. La grappe choisie est celle dont la population cumulée contient le nombre ainsi calculé. **(Voir Annexe 3)**

Dans chaque grappe, à partir d'un croisement situé au centre de chaque quartier, l'enquêtrice choisit une direction au hasard, elle jette en l'air un stylo ; la direction sera indiquée par la pointe du stylo.

En suivant cette direction, l'enquêtrice, procède à la sélection des ménages. La première maison à droite est la 1ère visiter. S'il n'y a aucune maison à droite, elle choisit le côté opposé. Ensuite, l'enquêtrice procède de proche en proche jusqu'à atteindre le nombre de personnes à enquêter dans chaque grappe. Lorsque l'enquêtrice retrouve plusieurs femmes dans un même ménage ou maison, elle les enrôle toutes. Par contre, quand il n'y a pas de femme remplissant les critères dans une maison, elle continue dans la maison suivante jusqu'à atteindre les 15 femmes.

3.4 VARIABLES DE L'ETUDE

Deux types de variables sont considérés dans l'étude. Il s'agit des variables dépendantes et des variables indépendantes.

3.4.1 VARIABLE DEPENDANTE

Il s'agit de « la survenue de dysfonctions sexuelles chez la femme ménopausée »

3.4.2 VARIABLES INDEPENDANTES OU EXPLICATIVES

En se référant au cadre conceptuel, on distingue deux (02) groupes de variables indépendantes ou explicatives. Les variables relatives aux facteurs individuels et celles liées au système de santé.

La variable relative aux facteurs individuels est subdivisée en quatre sous-groupes qui se présentent comme suit :

- **Facteurs biologiques :** âge, ménarche, premier rapport sexuel, gestité, parité, antécédents de pathologies chroniques, ancienneté de la ménopause, type de ménopause, les troubles anxiodépressifs (préexistants ou survenant au début de la ménopause), l'existence et intensité de troubles climatériques ;

- **Facteurs socio-économiques :** ethnie, religion, situation matrimoniale, milieu de vie, niveau d'instruction, profession, niveau socio-économique ;
- **Facteurs comportementaux :** pratique sexuelle avant ménopause, alimentation, activité sportive, sédentarité, alcoolisme, tabagisme ;
- **Facteurs thérapeutiques :** causes iatrogènes de DS (prise de médicament pour d'autres pathologies pouvant entrainer une DS), prise en charge des troubles climatériques.

Les variables relatives aux facteurs liées au système de santé sont les suivantes :

- La disponibilité des politiques, des stratégies, des réglementations et des services spécialisés de prévention/prise en charge des DS chez la femme ménopausée.

3.5 ASPECTS OPERATIONNELS DES VARIABLES

3.5.1 VARIABLE DEPENDANTE

La variable dépendante de cette étude et conformément au cadre conceptuel est : « survenue de dysfonctions sexuelles chez la femme ménopausée ». Cette variable a deux modalités : « OUI » pour signifier que les femmes ménopausées de Cotonou présentent une dysfonction sexuelle et « NON » pour signifier que les femmes ménopausées de Cotonou ne présentent pas une dysfonction sexuelle. Le tableau II définit les aspects opérationnels de notre variable dépendante.

Le diagnostic de DS se fait à partir d'une mesure de la fonction sexuelle chez la femme en utilisant un questionnaire standard. Nous utiliserons le Female Sexual Function Index (FSFI). Il s'agit d'un instrument qui comporte 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 pendant les rapports sexuels. Le score total varie de 2 à 36. Un score total de 23 a été proposé comme valeur seuil pour le diagnostic de dysfonction sexuelle. Un score au-dessus de 23 correspond à une bonne fonction sexuelle et un score en dessous de 23 implique une fonction sexuelle anormale [18].

Pour déterminer la prévalence de **la survenue des DS** chez les femmes ménopausées, nous avons d'abord identifié les femmes ne présentant pas de DS avant la ménopause ; parmi elles, nous avons identifié celles qui en ont présenté après la ménopause.

Tableau II : Définition opératoire et modalités des variables liées aux dysfonctions sexuelles chez la femme ménopausée de Cotonou

Variable dépendante	**Définition**	**Modalités**
DS	Déterminé par Score FSFI	Score SFFI > 23 : Non Score SFFI ≤ 23 : Oui
Sous variables de la variable dépendante		
DS relative au désir	Q1 et Q2	Score ≥ 4 : Non Score < 4 : Oui
DS relative à l'excitation	Q3-Q4-Q5-Q6	Score ≥ 4 : Non Score < 4 : Oui
DS relative à la lubrification	Q7-Q8-Q9-Q10	Score ≥ 4 : Non Score < 4 : Oui
DS relative l'orgasme	Q11-Q12-Q13	Score ≥ 4 : Non Score < 4 : Oui
DS relative à la satisfaction	Q14-Q15-Q16	Score ≥ 4 : Non Score < 4 : Oui
DS relative à la douleur	Q17-Q18-Q19	Score ≥ 4 : Non Score < 4 : Oui

3.5.2 VARIABLES INDEPENDANTES

Les variables indépendantes sont de plusieurs ordres. Ces variables, selon notre cadre conceptuel, sont relatives aux facteurs individuels et au système de santé. Nous nous proposons de les présenter à travers des tableaux avec certaines de leurs caractéristiques.

FACTEURS INDIVIDUELS

Tableau III : Définition opératoire et modalités des variables liées aux facteurs individuels

Variables	Définitions opératoires	Modalités
Age	Age révolu au moment de l'enquête	Nombre en Année
Situation matrimoniale	Situation matrimoniale de la femme ménopausée	• Célibataire, • Mariée, • Divorcée, • Veuve, • Union libre
Niveau d'instruction	Dernier niveau d'étude	• Aucun • Primaire • Secondaire • Supérieur
Profession	Occupation, métier, fonction	• Fonctionnaire • Artisan • Ménagère • Agriculteur
Niveau socioéconomique	Mesure de la position sociale en fonction du statut économique (échelle EDS)	• Très pauvre • Pauvre • Nanti
Ménarche	Age de survenue des premières règles	Nombre en année

Tableau III (suite) : Définition opératoire et modalités des variables liées aux facteurs individuels

Variables	Définitions opératoires	Modalités
Premier rapport sexuel	Age du premier rapport sexuel	Nombre en année
Gestité	Nombre de Grossesse	Nombre
Parité	Nombre d'accouchement	Nombre
Ménopause (type)	Type	• Naturelle • Pathologique
Ménopause (Ancienneté)	Nombre d'année depuis la ménopause	Nombre en année
Troubles anxiodépressifs	Déterminé par HADS	• Anxiété • Dépression • Trouble anxiodépressif
Antécédents de pathologies chroniques	La femme a souffert de maladies chroniques ou de maladies héréditaires.	Oui/Non
Pratique sexuelle avant la ménopause	Déterminé par Score FSFI	• Score SFFI > 23 : Non • Score SFFI $\leq$ 23 : Oui

Tableau III (suite) : Définition opératoire et modalités des variables liées aux facteurs individuels

Variables	Définitions opératoires	Modalités
Intensité des troubles climatériques	Echelle MRS	• **≥9 (SOMATIQUE) : INTENSE** • **≥7 (PSYCHOLOGIQUE) : INTENSE** • **≥4 (UROGENITAL) : INTENSE** • **≥17 (TOTAL) : INTENSE**
Alimentation	Le questionnaire SCOFF	• Total ≥ 2 : Oui • Total < 2 : Non
Activité sportive	Le questionnaire ONAPS	• Temps d'activité modérée < 150min /semaine : Inactive • Temps d'activité modéré > 150min /semaine : Active
Sédentarité	Le questionnaire ONAPS	• Temps d'inactivité par jour < 3heures : normale • Entre 3 et 7 h : modéré • > 7 heures : niveau élevé de sédentarité •
Consommation d'alcool	Echelle AUDIT	• <6 : Risque faible • 6-12 : Consommation à risque • >12 : Alcoolodépendance probable

Tableau III (suite et fin) : Définition opératoire et modalités des variables liées aux facteurs individuels

Variables	Définitions opératoires	Modalités
Consommation de tabac	Echelle ASSIST	• Un total entre 0 et 3 : ne nécessite pas d'intervention ; • Total entre 4 et 26 : nécessite une brève intervention ; • Total à 27 et plus nécessite une intervention intensive
Causes iatrogènes de DS	Prise de médicaments induisant une DS en effet secondaire	Oui/Non
Prise en charge des troubles du climatère	La femme dispose d'un traitement pour les troubles du climatère	Oui/Non

- **LES TROUBLES ANXIODEPRESSIFS**

Ces troubles ont été évalués à l'aide de la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (Total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score =21).

Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante peut être utilisée pour chacun des scores d'anxiété et de dépression.

- ✓ **0-7 = Normal (Absence de symptomatologie)**
- ✓ **8-10 = Borderline (Symptomatologie douteuse)**
- ✓ **11-21 = Anormal (Symptomatologie certaine)**

Lorsque la patiente présente à la fois des symptomatologies d'anxiété et de dépression, on parle de trouble anxiodépressif

- **L'intensité des troubles climatériques**

L'échelle d'évaluation de la ménopause (MRS) a été utilisée pour évaluer la gravité des symptômes liés à la ménopause et son impact sur la qualité de vie liée à la santé. Il s'agit d'un questionnaire autodéclaré comprenant 11 items regroupés en 3 sous-échelles différentes : somatique (4 items) ; psychologique (4 éléments) ; et urogénitale (3 éléments). Il fournit également un score total MRS. Des scores plus élevés représentent une gravité accrue des symptômes liés à la ménopause. Les seuils utilisés pour évaluer la gravité étaient les suivants :

- ✓ **≥9 (somatique) ;**
- ✓ **≥7 (psychologique) ;**
- ✓ **≥ 4 (urogénital) ;**
- ✓ **≥ 17 (total)** ;

- **NIVEAU SOCIO-ECONOMIQUE**

Le niveau socio-économique des femmes a été évalué à l'aide de l'échelle de l'Enquête Démographique de Santé (EDS). Cette échelle comprend 11 critères cotés par niveau d'importance de 0 à5. Le score obtenu est entre 0 et 36. Les résultats obtenus nous permettent d'avoir différents profils :

- ✓ **0 à 9 : Très pauvres**
- ✓ **10 à 18 : Pauvres**
- ✓ **19 à 27 : Moyen**
- ✓ **28 à 36 : Riches**

- **L'ALIMENTATION,**

Il s'agit d'évaluer des troubles du comportement alimentaire par le questionnaire SCOFF qui regroupe cinq questions dichotomes cotées de 0 à 1. Un score total supérieur ou égal à 2 révèle un possible trouble du comportement alimentaire.

- **ACTIVITE PHYSIQUE ET SEDENTARITE**

Ce facteur a été évalué par l'échelle de l'ONAPS (Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité). Le questionnaire mesure, sur la base de valeurs auto-rapportées, le volume d'activité physique et le temps sédentaire du sujet interrogé au cours d'une semaine habituelle. Il permet à fortiori une approche qualitative de l'activité physique et des comportements sédentaires au quotidien en considérant les différents domaines de la vie courante : travail, déplacements, domicile, loisirs.

- ✓ A l'issue du questionnaire, est dit actif, un individu réalisant plus de 150 min par semaine d'activité physique à intensité modérée à élever ;

- ✓ Quant à la sédentarité, on distingue trois niveau, faible ; modéré et élevé. Le niveau faible, c'est lorsque l'individu totalise moins de 3 heures de temps sédentaires par jour, entre 3 et 7 heures c'est modéré et le niveau est élevé quand ce temps dépasse 7 heures par jour.

- **LA CONSOMMATION D'ALCOOL**

La consommation d'alcool a été évaluée par le questionnaire AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test). C'est un test simple en 10 questions développé par l'Organisation Mondiale de la Santé pour déterminer si une personne présente un risque d'addiction à l'alcool. Les trois premières questions traitent de la consommation du patient, les questions 4 à 6 de la dépendance à l'alcool et les questions 7 à 10 des problèmes liés à l'alcool.

- ✓ **Un score de 6 ou moins pour la femme indique un risque faible ou anodin ;**
- ✓ **Un score compris entre 6 et 12 pour la femme révèle une consommation à risque ou à problème ;**
- ✓ **Un score supérieur à 12 indique une alcoolodépendance probable ;**

- **LA CONSOMMATION DES PRODUITS DU TABAC**

Nous avons utilisé le test ASSIST, qui regroupe 7 questions évaluant la consommation de ces produits sur les 3 derniers mois. Le score total du test est obtenu en additionnant le résultat de chaque question.

- ✓ **Un total entre 0 et 3 ne nécessite pas d'intervention ;**
- ✓ **Total entre 4 et 26 nécessite une brève intervention ;**
- ✓ **Total à 27 et plus nécessite une intervention intensive**.

FACTEURS LIES AU SYSTEME DE SANTE

Il s'agit d'une variable composite, qui regroupe la disponibilité de politiques, stratégies, réglementations et des services spécialisés de prévention/prise en charge des DS chez la femme ménopausée.

Tableau IV : Définition opératoire et modalités des variables liées aux facteurs liés au système de santé.

Variables	Définitions opératoires	Modalités
La disponibilité de politiques de prévention/prise en charge des DS chez la femme ménopausée.	L'inclusion de la prévention et de la prise en charge des DS dans la politique sanitaire nationale	• Oui • Non
La disponibilité de Stratégies, de prévention/prise en charge des DS chez la femme ménopausée.	L'existence d'axes stratégiques (sensibilisation, formation de ressources humaines, mise à disposition des intrants thérapeutiques) pour la prévention et la prise en charge des DS	• Oui • Non
La disponibilité de Réglementations, dans la prévention/prise en charge des DS chez la femme ménopausée	L'existence de document normatif dans la prévention et la prise en charge des DS	• Oui • Non
La disponibilité de Services spécialisés de prévention/prise en charge des DS chez la femme ménopausée	Mise en place de services spécialisés de prévention et de prise en charge des DS chez les femmes ménopausées	• Oui • Non

Notons que, certaines variables à plus de deux modalités ont été dichotomisées pour effectuer l'analyse univariée et multivariée. Les variables concernées, les modalités de départ et les modalités obtenues après regroupement sont indiquées dans le tableau suivant.

Tableau V : Regroupement des variables ayant plus de deux modalités pour l'analyse univariée et multivariée.

Variables	Modalités de départ	Modalités obtenues
Niveau d'instruction	Aucun	**Non instruit**
	Primaire	**Instruit**
	Secondaire/Supérieur	
Profession	Sans emploi	**Sans emploi**
	Fonctionnaire publique/privé	**Travailleur**
	Ouvrière/artisane/commerçante	
Ethnie	Fon et apparentés	**Fon et apparentés**
	Yoruba/Nago et apparentés	**Autre**
	Autre	
Niveau socio-économique	Très pauvre	**Pauvre/moyen**
	Pauvre	
	Moyen	
	Riche	**Riche**
Ménarche (en année)	< 15	**< 15**
	15 – 19	**≥ 15**
	20 et plus	

Tableau V (suite) : Regroupement des variables ayant plus de deux modalités pour l'analyse univariée et multivariée.

Variables	Modalités de départ	Modalités obtenues
Age de la ménopause (en année)	< 6	**< 6**
	6 – 14	**6 et plus**
	15 et plus	
Gestité	<2	**≤ 3**
	2 – 3	
	4 et plus	**>3**
Parité	<2	**≤ 3**
	2 – 3	
	4 et plus	**>3**
Dépression	Absente	**Non**
	Douteuse	
	Certaine	**Oui**
Anxiété	Absente	**Non**
	Douteuse	
	Certaine	**Oui**
Sédentarité	Normale	**Non**
	Modérée	**Oui**

3.6 TECHNIQUES ET OUTILS DE COLLECTE DES DONNEES

La technique utilisée pour enquêter les femmes ménopausées est l'enquête par questionnaire. Nous avons pour ce fait, élaboré un questionnaire pour collecter auprès de ces dernières, les données concernant les facteurs individuels (biologiques, socioculturels, économiques, comportementaux et thérapeutiques). En ce qui concerne les cibles secondaires, nous avons procédé à des entretiens individuels à l'aide d'un guide d'entretien semi-structuré comportant des questions à réponses ouvertes courtes. **L'annexe 4**, présente le détail des variables, données collectées, sources, techniques et outils selon chaque objectif spécifique.

3.7 MISE EN ŒUVRE DE LA COLLECTE DE DONNEES

La collecte s'est déroulée du 15 Décembre 2022 au 15 janvier 2023. Une équipe de 06 enquêtrices titulaires d'une licence en santé publique, habituées aux enquêtes de terrain et parlant chacune au moins une des langues courantes de la zone d'étude était constituée, formée et équipée pour la collecte des données.

Les questionnaires ont été digitalisés sur smartphones avec Kobotool box

Les enquêtrices ont été formées sur la collecte des données, notamment sur :

- Le sujet ;
- Les informations à recueillir ;
- La définition des questions ;
- La prise de contact avec l'interviewé
- Les techniques de déroulement d'une enquête ;
- L'éthique de recherche en santé ;
- L'application des critères d'exclusion et d'inclusion ;
- L'application des pas de sondage ;
- L'utilisation des outils de collecte digitaux.

Lors de la formation, des sessions interactives avec jeux de rôle ont été organisées. Pour favoriser une bonne compréhension des interviewés, le questionnaire a été traduit en langues locales fon et goun.

Une phase de prétest a été organisée dans la commune d'Abomey-Calavi pour s'assurer de la bonne compréhension des questions et apporter les éventuelles corrections nécessaires.

Nos enquêtrices ont fait la collecte auprès des femmes ménopausées dans les ménages. Chaque 24 heures, un point sur l'évolution de la collecte était fait.

Pour la cible secondaire, nous avons fait la collecte nous-même auprès des cadres du ministère de la santé.

3.8 TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES

3.8.1 TRAITEMENT DES DONNEES

Après la collecte des données, nous avions recodé la base de données à l'aide du logiciel Microsoft EXCEL 2016. La saisie des données était effectuée avec le logiciel Epi Data 3.5.4 et l'analyse des données à l'aide du logiciel STATA 11. L'organisation des données sous forme de tableaux et graphiques était effectuée par Microsoft EXCEL 2016. Le rapport était saisi avec le logiciel Microsoft Word 2016.

3.8.2 ANALYSE DES DONNEES

- **Aspect descriptif :** les variables quantitatives avec une distribution normale sont exprimées sous forme de moyenne avec leur écart-type. Les variables ayant une distribution anormale sont exprimées sous forme de médiane avec leur intervalle interquartile. Les variables qualitatives quant à elles sont exprimées sous forme de pourcentage ou de proportion.

- **Analyse univariée :** L'existence d'association entre la variable dépendante et les variables indépendantes est recherchée en utilisant le test de KHI- carré de Pearson. La force de cette association est appréciée à travers les rapports de cote ou Odds Ratio (OR) et leur intervalle de confiance à 95%. Le seuil de signification choisi est de 5%.
- **Analyse multivariée :** Dans la régression logistique, toutes les variables avec une p-value ≤ 20% lors de l'analyse univariée sont introduites dans le modèle final. Ensuite sur la base de la stratégie de modélisation pas à pas, on procédera à l'élimination de toutes les variables avec une p-value supérieure à 5% (seuil de signification). Les variables qui sont retenues dans le modèle final sont celles dont la p-value est inférieure ou égale à 0,05.
- Le test de Hosmer Lemshow est utilisé pour déterminer l'adéquation du modèle final.
- Les données de l'entretien individuel semi–directif avec les cadres du ministère de la santé sont dépouillées manuellement et les résultats présentés sous forme de prose.

3.9 CONSIDERATIONS ETHIQUES ET DEONTOLOGIQUES

Sur le terrain nous nous sommes présentés aux ménages avec l'accord verbal de la mairie (la lettre officielle nous étant parvenus avec beaucoup de retard), et des chefs d'arrondissements et la lettre de demande d'autorisation de collecte**.** Cette lettre porte entre autres l'objet, la zone d'étude, le thème de notre étude et le contact de la Directrice de thèse.

Les dispositions ont été prises pour respecter l'anonymat des personnes enquêtées au cours de notre étude. Dans les ménages, le consentement éclairé des femmes ménopausées a été pris et sont rassurés quant à la confidentialité des informations.

3.10 PRESENTATION DES REFERENCES

La présentation des références est faite selon les normes de Vancouver actualisées et avec un ordre chronologique d'appel dans le texte. Un accent a été mis sur le respect des critères de présentation des tableaux et figures.

RESULTATS

4 RESULTATS

Au total sur les 350 femmes prévues à enquêter, 354 femmes ont été enquêtées soit un taux de participation de 101,14%. En ce qui concerne les cibles secondaires, deux cadres du ministère de la santé ont été enquêtés.

4.1 DESCRIPTION DE LA POPULATION D'ETUDE

4.1.1 FACTEURS SOCIOCULTURELS ET ECONOMIQUES DES FEMMES MENOPAUSEES DE LA VILLE DE COTONOU EN 2022

Le tableau VI résume la répartition selon les facteurs socioculturels, des femmes ménopausées de la ville de Cotonou en 2022

Tableau VI : Répartition selon les facteurs socioculturels des femmes ménopausées de la ville de Cotonou en 2022, (N=354).

	Effectifs	Proportions (%)
Nationalité		
Béninoise	338	95,5
Autre	16	4,5
Situation matrimoniale		
Célibataire/Divorcée/Veuve	150	42,4
Mariée/Union libre	204	57,6
Niveau d'instruction		
Aucun	91	25,7
Primaire	117	33,1
Secondaire/Supérieur	146	41,2

Tableau VI (suite) : Répartition selon les facteurs socioculturels des femmes ménopausées de la ville de Cotonou en 2022, (N=354).

	Effectifs	Proportions (%)
Religion		
Christianisme	318	89,8
Autre	36	10,2
Profession		
Sans emploi	32	9,0
Fonctionnaire publique/privé	21	5,9
Ouvrière/artisane/commerçante	301	85,1
Ethnie		
Fon et apparentés	271	76,6
Yoruba/Nago et apparentés	49	13,8
Autre	34	9,6

Les femmes de notre étude étaient majoritairement Béninoises (95,5%), d'ethnie fon et apparentés (76,6%), mariées ou en union libre (57,6%). Quatre fois sur dix, elles avaient au moins un niveau d'étude secondaire (41,2%), le christianisme était la religion la plus retrouvée (89,8%). On retrouvait en grande partie, des commerçantes (85,1%).

Le tableau VII résume la répartition suivant le niveau socio-économique des femmes ménopausées de la ville de Cotonou en 2022.

Tableau VII: Répartition suivant les critères d'évaluation du niveau socio-économique des femmes ménopausées dans la ville de Cotonou en 2022, (N=354).

	Critères	Effectifs	Proportions (%)
Possession de bétail	(Oui)	49	13,8
Possession de biens d'équipement fonctionnels	Radio ou poste téléviseur	294	83,1
	Ordinateur	36	10,2
	Foyer amélioré ou gaz	289	81,6
	Moto ou voiture	126	35,6
	Matelas	317	89,6
Caractéristiques de l'habitat du lieu de résidence	Propriétaire du logement (Oui)	129	36,4
	Toit en tuiles/tôles/ciment	352	99,4
	Sol recouvert avec du carreau/ciment/moquette/bois ciré	346	97,7
	Electricité (société nationale d'électricité/panneaux solaires)	333	94,1
	Eau (Robinet/forage/pompe)	343	96,9
	Possession latrines	337	95,2
	Latrines de type sanitaire	203	57,3

Tableau VII (suite) : Répartition suivant les critères d'évaluation du niveau socio-économique des femmes ménopausées dans la ville de Cotonou en 2022, (N=354).

	Effectifs	Proportions (%)
Niveau socio-économique		
Très pauvre	2	0,6
Pauvre	42	11,9
Moyen	178	50,3
Riche	132	37,3

Notre échantillon était représenté en grande partie par un niveau socio-économique moyen (50,3%) suivis des riches (37,3%).

4.1.2 FACTEURS BIOLOGIQUES

Le tableau VIII résume la répartition des femmes ménopausées de la ville de Cotonou, en 2022, suivant les facteurs biologiques influençant la survenue des DS

Tableau VIII : Répartition suivant les facteurs biologiques influençant la survenue de dysfonctions sexuelles chez les femmes ménopausées dans la ville de Cotonou en 2022, (N=354).

	Effectifs	Proportions (%)
Age (en année)		
40 – 49	69	19,5
50 et plus	285	80,5
Ménarche (en année)		
< 15	127	35,9
15 – 19	208	58,8
20 et plus	19	5,3
Age premier rapport sexuel (en année)		
11 – 19	207	58,5
20 et plus	147	41,5
Ancienneté de la ménopause (en année)		
< 6	164	46,3
6 – 14	124	35,1
15 et plus	66	18,6

Tableau VIII (suite) : Répartition suivant les facteurs biologiques influençant la survenue de dysfonctions sexuelles chez les femmes ménopausées dans la ville de Cotonou en 2022, (N=354).

	Effectifs	Proportions (%)
Type de ménopause		
Naturelle	308	87,0
Pathologique	46	13,0
Gestité		
<2	10	2,8
2 – 3	113	31,9
4 et plus	231	65,3
Parité		
<2	20	5,7
2 – 3	135	38,1
4 et plus	199	56,2
Antécédents de pathologie chronique		
Oui	103	29,1
Non	251	70,9
Nature des pathologies chroniques		
HTA (N = 103)	64	63,4
Asthme (N = 103)	14	13,9
Diabète (N = 103)	13	12,9
Arthrose (N = 103)	8	7,9

L'âge moyen des femmes ménopausées était de 54,19 ans ± 4,87 ans avec des extrêmes de 40 et 60 ans. La tranche d'âge la plus représentée est celle des 50-60 ans. L'âge moyen aux premières règles est de 15,44 ans ± 2,20 ans. L'âge médian de l'ancienneté de la ménopause est de 6 ans, l'intervalle interquartile est de 9 ans avec un minimum d'un an et un maximum à 25 ans. La gestité et la parité moyenne sont de 4 ± 2. Environ trois femmes sur dix se connaissaient porteuses d'une maladie chronique (29,1%), parmi elles, l'hypertension artérielle était prédominante avec un pourcentage de 63,4%, suivi de l'asthme et du diabète avec respectivement 13,9% et 12,9%.

- **TROUBLES CLIMATERIQUES**

Tableau IX : Répartition selon les critères d'évaluation de l'existence des troubles climatériques chez les femmes ménopausées dans la ville de Cotonou en 2022, (N=354).

Troubles	Critères	Effectifs	Proportions (%)
Somatiques	Bouffées de chaleur	**222**	**62,7**
	Gène au niveau du cœur	**121**	**34,2**
	Problèmes de sommeils	**130**	**36,7**
	Gène musculaire et aux articulations	**247**	**69,8**
Psychologiques	Humeur dépressive	114	32,2
	Irritabilité	147	41,5
	Anxiété	132	37,3
	Fatigue physique et mentale	249	70,3

Tableau IX (suite) : Répartition selon les critères d'évaluation de l'existence des troubles climatériques chez les femmes ménopausées dans la ville de Cotonou en 2022, (N=354).

Troubles	Critères	Effectifs	Proportions (%)
Urogénitaux	Problèmes sexuels	209	59,0
	Problèmes urinaires	28	7,9
	Sécheresse vaginale	191	53,9
Climatériques	Trouble somatique	320	90,4
	Trouble psychologique	279	78,8
	Trouble urogénital	239	67,5

Il ressort de ce tableau que neuf femmes sur dix présentaient des troubles somatiques liés à la ménopause (90,4%). La proportion des troubles psychologiques était de 78,8% et celle des troubles urogénitaux de 67,5%.

Tableau X : Répartition selon l'intensité des troubles climatériques, des femmes ménopausées dans la ville de Cotonou en 2022, (N=354).

Troubles	Effectifs	Proportions (%)
Somatiques		
Faible/Modérée	236	66,7
Intense	118	33,3
Psychologiques		
Faible/Modérée	191	53,9
Intense	163	46,1
Urogénitaux		
Faible/Modérée	115	32,5
Intense	239	67,5
Climatériques		
Faible/Modérée	**101**	**28,5**
Intense	**253**	**71,5**

Sept femmes sur dix présentaient des troubles climatériques intenses (71,5%) de façon générale. Plus spécifiquement, les troubles urogénitaux étaient intenses chez 67,5% des femmes, s'en suit les troubles psychologiques avec 46,1% et les troubles somatiques de la ménopause étaient intense chez 33,3% des femmes comme le résume le tableau X.

- **TROUBLES ANXIODEPRESSIFS**

Les tableaux suivants résument la Répartition selon des critères d'évaluation des troubles anxiodépressifs, avant la ménopause chez les femmes ménopausées à Cotonou en 2022.

Tableau XI : Répartition selon des critères d'évaluation de l'état d'anxiété, **avant** la ménopause chez les femmes ménopausées à Cotonou 2022, (N=354).

Critères	Effectifs	Proportions (%)
Être tendue ou énervée	234	66,1
Sensations de peur (pré-sentiment d'une situation horrible)	84	23,7
Se faire du souci	255	72,0
Possibilité de rester assis et décontracté sans rien faire	316	89,3
Sensation de peur (estomac noué)	154	43,5
Bougeotte (impossibilité de se tenir sur place)	125	35,3
Sensations soudaines de panique	194	54,8

Tableau XII: Répartition selon des critères d'évaluation de l'état dépressif, **avant** la ménopause chez les femmes ménopausées à Cotonou 2022, (N=354).

Critères	Effectifs	Proportions (%)
Prendre plaisir aux mêmes choses qu'avant	140	39,5
Rire facilement (vois le bon côté des choses)	91	25,7
Être de bonne humeur	191	54,5
Impression de fonctionner au ralenti	211	59,6
S'intéresse plus à son apparence	143	40,4
Se réjouir d'avance à l'idée de faire certaines choses	113	31,9
Possibilité de prendre plaisir à un bon livre ou une bonne émission radio/télévision	285	80,5

Les tableaux suivants résument la Répartition selon des critères d'évaluation des troubles anxiodépressifs, après la ménopause, chez les femmes ménopausées à Cotonou en 2022.

Tableau XIII : Répartition selon des critères d'évaluation de l'état d'anxiété, **après** la ménopause chez les femmes ménopausées à Cotonou 2022, (N=354).

Critères	**Effectifs**	**Proportions (%)**
Être tendue ou énervée	279	78,8
Sensations de peur (pré-sentiment d'une situation horrible)	126	35,6
Se faire du souci	311	87,8
Possibilité de rester assis et décontracté sans rien faire	349	98,6
Sensation de peur (estomac noué)	198	55,9
Bougeotte (impossibilité de se tenir sur place)	164	46,3
Sensations soudaines de panique	251	70,9

Tableau XIV: Répartition selon des critères d'évaluation de l'état dépressif, **après** la ménopause chez les femmes ménopausées à Cotonou 2022, (N=354).

Critères	Effectifs	Proportions (%)
Prendre plaisir aux mêmes choses qu'avant	236	66,7
Rire facilement (vois le bon côté des choses)	181	51,1
Être de bonne humeur	244	68,9
Impression de fonctionner au ralenti	272	76,8
S'intéresse plus à son apparence	246	69,5
Se réjouir d'avance à l'idée de faire certaines choses	202	57,1
Possibilité de prendre plaisir à un bon livre ou une bonne émission radio/télévision	294	83,1

Tableau XV : Répartition des troubles anxiodépressifs **avant** la ménopause chez les femmes ménopausées dans la ville de Cotonou en 2022, (N=354).

	Effectifs	**Proportions (%)**
Anxiété		
Absence	315	89
Douteuse	29	8,2
Certaine	10	2,8
Dépression		
Absence	272	76,8
Douteuse	53	15
Certaine	29	8,2
Troubles anxiodépressifs		
Oui	4	1,1
Non	350	98,9

Avant la ménopause, l'anxiété était présente chez 2,8% des femmes de notre étude, 8,2% était borderline. Quant à la dépression, une femme sur dix en souffrait (8,2%), 15% étaient borderline.

La dénomination de trouble anxiodépressif étant réservée aux femmes présentant les deux troubles à la fois, nous avons retrouvé ce trouble chez seulement quatre femmes avant la ménopause, soit une proportion de 1,1%.

Tableau XVI : Répartition des troubles anxiodépressifs **après** la ménopause chez les femmes ménopausées dans la ville de Cotonou en 2022, (N=354).

	Effectifs	Proportions (%)
Anxiété		
Absence	245	69,2
Douteuse	52	14,7
Certaine	57	16,1
Dépression		
Absence	187	52,8
Douteuse	82	23,2
Certaine	85	24
Troubles anxiodépressifs		
Oui	40	11,3
Non	314	88,7

Après la ménopause, l'anxiété est présente chez 16,1% des femmes, 14,7% d'entre elles, sont borderline. La dépression est certaine chez 24% et 23,2% sont borderline. Quant aux troubles anxiodépressifs, ils se retrouvent chez 11,3% des femmes.

4.1.3 FACTEURS COMPORTEMENTAUX

Le tableau suivant résume la description des facteurs comportementaux chez les femmes ménopausées à Cotonou en 2022

Tableau XVII : Facteurs comportementaux chez les femmes ménopausées à Cotonou en 2022, (N=354).

	Effectifs	Proportions (%)
Troubles alimentaires		
Oui	46	13,0
Non	308	87,0
Activité physique		
Actif	215	60,7
Inactif	139	39,3
Sédentarité		
Normale	220	62,2
Modérée	113	31,9
Elevée	21	5,9
Consommation d'alcool		
Oui	194	54,8
Non	160	45,2
Degré de consommation d'alcool (N=194)		
Faible	193	99,5
Probable	1	0,5
À risque	0	0,0

Tableau XVII (suite) : Facteurs comportementaux chez les femmes ménopausées à Cotonou en 2022, (N=354).

	Effectifs	Proportions (%)
Consommation de tabac		
Oui	14	3,9
Non	340	96,1
Degré de consommation de tabac (N=14)		
Faible	13	92,9
Moyen	1	7,1

Environ une femme sur 10 présente des troubles alimentaires (13%), les femmes inactives, représentent 39,3% de la population d'étude. Le temps de sédentarité est élevé chez moins d'une femme sur dix (5,9%) et 31,9% ont un temps de sédentarité modéré soit limite. Cinq femmes sur dix déclarent consommer de l'alcool ou l'avoir consommé une fois (54,8%), mais leur consommation est à faible risque (99,5%). Quant au tabagisme, moins d'une femme sur dix a consommé au moins une fois des produits du tabac (3,9%), leur consommation est également à faible risque (92,9%), les 7,1% restant ont une consommation moyenne.

4.1.4 FACTEURS THERAPEUTIQUES

- **CAUSES IATROGENES DE SURVENUE DE DYSFONCTION SEXUELLE (PRISE DE MEDICAMENT INDUISANT UNE DYSFONCTION SEXUELLE)**

Dans notre étude, 46 femmes prenaient un traitement pouvant induire une DS, soit une proportion de 13%. Dans le cas d'espèce, il s'agit du Bisoprolol, un antihypertenseur appartenant à la famille des beta bloquants.

- **PRISE EN CHARGE DES TROUBLES CLIMATERIQUES**

Deux cent cinquante-trois (253) femmes de notre étude présentent des troubles climatériques de forte intensité. Cependant, une seule à un traitement pour ces troubles. Il s'agit de ''Inoclim'', de l'isoflavone de soja, cette substance appartient au groupe des phytoœstrogènes.

4.1.5 DESCRIPTION DES FACTEURS LIES AU SYSTEME DE SANTE

Globalement en ce qui concerne les facteurs liés au système de santé, il ressort des entretiens menés avec les cadres du ministère de la santé (un cadre de l'ANSSP et un cadre du service des MNT), qu'il n'existe pas de politique, ni de stratégie opérationnelle pour la prévention et la prise en charge des DS chez les femmes ménopausées. Ils nous ont confié que ce problème devrait être pris en compte dans le programme de prise en charge des maladies de la ménopause, mais il n'existe pas une stratégie normative de mise en application de ce programme à ce jour. Vu que le programme n'existait pas au niveau central, il n'était plus utile d'évaluer son application au niveau intermédiaire et périphérique.

4.2 DYSFONCTION SEXUELLE

Les tableaux suivants résument, la prévalence de chaque type de dysfonction sexuelle chez les femmes avant et après la ménopause à Cotonou en 2022.

Tableau XVIII : Prévalence de chaque type de dysfonction sexuelle chez les femmes **avant** la ménopause à Cotonou en 2022, (N=354).

Troubles	Effectifs	Proportions (%)
Désir	173	48,9
Excitation	168	47,5
Lubrification	135	38,1
Orgasme	207	58,5
Satisfaction	143	40,4
Douleur	335	94,6

Avant la ménopause, la dyspareunie est la DS la plus retrouvée chez les femmes ménopausées à Cotonou (94,6%), suivi des troubles de l'orgasme, chez plus de la moitié d'entre elles (58,5%). Les troubles du désir et de l'excitation existent presque dans les mêmes proportions avec respectivement 48,9% et 47,5%. Quatre femmes sur dix déclarent ne pas être satisfaites des relations sexuelles (40,4%), les troubles de la lubrification sont retrouvés chez 38,1%.

Tableau XIX : Prévalence de chaque type de dysfonction sexuelle chez les femmes **après** la ménopause à Cotonou en 2022, (N=354).

Troubles	Effectifs	Proportions (%)
Désir	336	94,9
Excitation	332	93,8
Lubrification	307	86,7
Orgasme	323	91,2
Satisfaction	304	85,9
Douleur	342	96,6

Après la ménopause, près de neuf femmes sur dix présentent ces divers troubles. La dyspareunie en tête avec une proportion de 96,6%, suivi des troubles du désir, de l'excitation et de l'orgasme en proportion presque égale, il s'agit respectivement de 94,9%, 93,8% et 91,2%. Les troubles de la lubrification et de la satisfaction viennent en fin avec respectivement 86,7% et 85,9%.

De façon globale, avant la ménopause, la prévalence des dysfonctions sexuelles est de 47,2% (IC $_{95\,\%}$ = [41,8 – 52,5]). Après la ménopause, cette prévalence est de 92,4% (IC $_{95\,\%}$ = [89,1 – 94,9]).

On note une différence significative entre les prévalences des DS avant et après la ménopause.

Pour déterminer la **prévalence** réelle **de la survenue des DS** chez les femmes ménopausées à Cotonou en 2022, nous avons identifié les femmes ne présentant pas de DS avant la ménopause, soit 187 Femmes ; parmi elles, nous avons identifié celles

qui ont présenté les DS après la ménopause. Il y avait 160 femmes. La **prévalence de la survenue des DS après la ménopause** est donc de 85,6 % ; IC $_{95\,\%}$ = [79,6 – 90,2].

P= (160/187) *100 = 85,6%

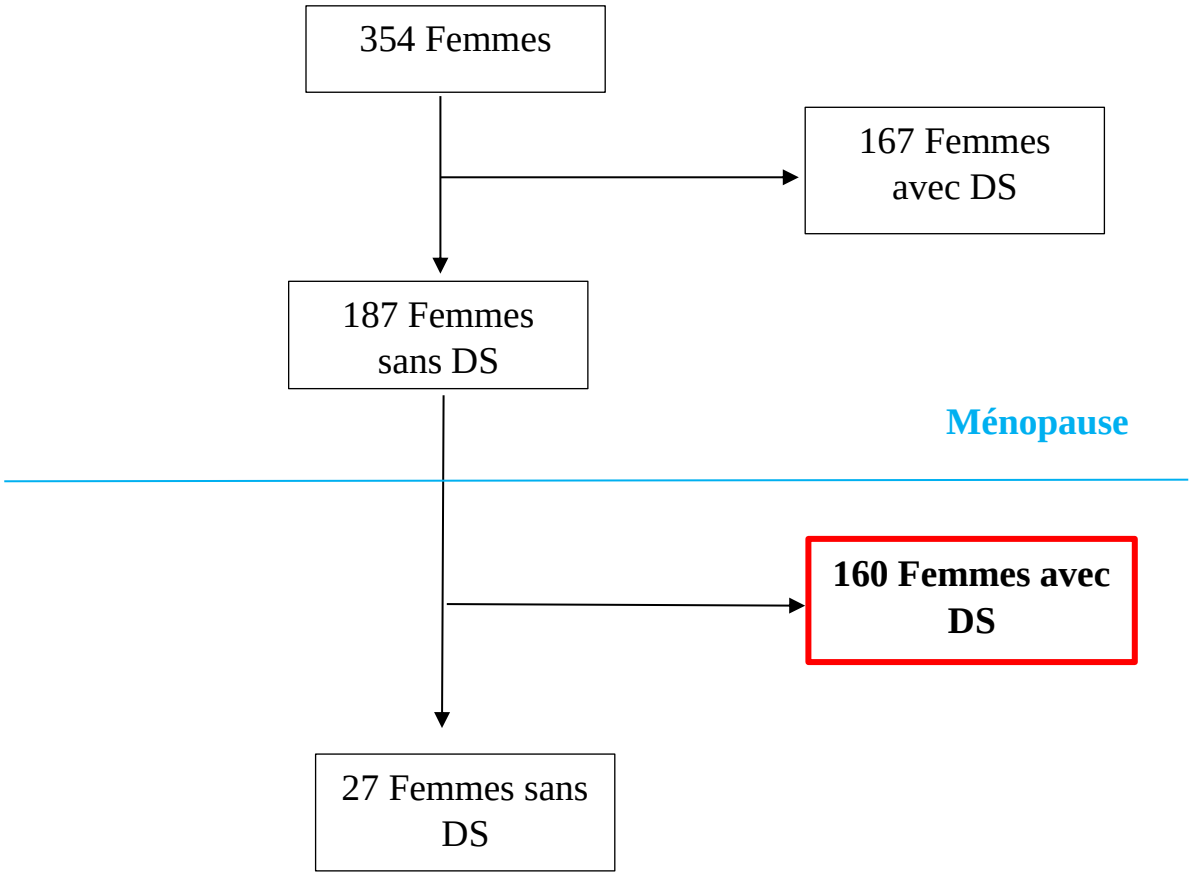


Figure 6 : Représentation schématique de la détermination de la prévalence de survenue des dysfonctions sexuelles chez les femmes ménopausées de Cotonou en 2022

4.3 ANALYSE UNIVARIEE DES FACTEURS ASSOCIES A LA SURVENUE DES DYSFONCTIONS SEXUELLES CHEZ LES FEMMES MENOPAUSEES

Il ressort de l'analyse univariée que l'âge de la femme, sa situation matrimoniale, l'âge du premier rapport sexuel, l'ancienneté de la ménopause, les antécédents de pathologie chronique, l'intensité des troubles climatériques, l'anxiété et la dépression post ménopause indépendamment l'une de l'autre étaient associés à la survenue des dysfonctions sexuelles chez la femme ménopausée à Cotonou en 2022.

4.3.1 RELATION ENTRE LES FACTEURS SOCIOCULTURELS ET ECONOMIQUES ET LA SURVENUE DES DYSFONCTIONS SEXUELLES

Une analyse univariée a été faite pour identifier les facteurs socioculturels et économiques liés à la survenue des DS chez la femme ménopausée à Cotonou en 2022. Le tableau XX présente l'association entre les facteurs socioculturels et économiques et la survenue des DS chez la femme ménopausée à Cotonou en 2022.

Tableau XX : Association entre les facteurs socioculturels et économiques et la survenue des dysfonctions sexuelles chez la femme ménopausée à Cotonou en 2022.

	Effectifs	Survenue de DS		OR	IC 95 %	p-value
	(N)	(n)	(%)			
Nationalité						0,100
Autre	4	2	50,0	1	-	
Béninoise	183	158	86,3	6,32	[0,85 – 46,92]	
Situation matrimoniale						**0,013***
Mariée/Union libre	128	104	81,2	1	-	
Célibataire/ Divorcée/Veuve	59	56	94,9	4,30	[1,24 – 14,93]	
Niveau d'instruction						0,175
Instruit	154	129	83,8	1	-	
Non instruit	33	31	93,9	3,00	[0,67 – 13,36]	
Religion						0,459
Autre	12	11	91,7	1	-	
Christianisme	175	149	85,1	0,52	[0,06 – 4,20]	

***Significatif**

Tableau XX (suite) : Association entre les facteurs socioculturels et économiques et la survenue des DS chez la femme ménopausée à Cotonou en 2022

	Effectifs	Survenue de DS		OR	IC 95 %	p-value
	(N)	(n)	(%)			
Profession						0,431
Travailleur	173	149	86,1	1	-	
Sans emploi	14	11	78,6	0,59	[0,15 – 2,27]	
Ethnie						0,696
Autre	43	36	83,7	1	-	
Fon et apparentés	144	124	86,1	1,20	[0,47 – 3,07]	
Niveau socio-économique						0,105
Riche	84	68	80,9	1	-	
Pauvre/moyen	103	92	89,3	1,96	[0,85 – 4,50]	

***Significatif**

De ce tableau, il ressort que la situation matrimoniale était significativement associée à la survenue des DS. En effet, les femmes célibataires, divorcées ou veuves, avaient 4,30 fois plus de risque d'avoir une dysfonction sexuelle dans la ménopause que celles qui sont mariées ou en union libre **(OR= 4,30 ; $IC_{95\%}$: [1,24 – 14,93]).**

4.3.2 RELATION ENTRE LES FACTEURS BIOLOGIQUES ET LA SURVENUE DES DYSFONCTIONS SEXUELLES

Le tableau XXI présente l'association entre les facteurs biologiques et la survenue des DS chez la femme ménopausée à Cotonou en 2022.

Tableau XXI : Association entre les facteurs biologiques et la survenue des DS chez la femme ménopausée à Cotonou en 2022.

	Effectifs	Survenue de DS		OR	IC 95 %	p-value
	(N)	(n)	(%)			
Age (en année)						**0,003***
40 - 49	47	34	72,3	1	-	
50 et plus	140	126	90,0	3,44	[1,47 – 8,00]	
Age à la ménarche (en année)						**0,028***
< 15	95	76	80,0	1	-	
≥ 15	92	84	91,3	2,62	[1,08 – 6,34]	
Age au premier rapport sexuel (en année)						**0,038***
11 – 19	127	104	81,9	1	-	
20 et plus	60	56	93,3	3,09	[1,01 – 9,39]	

***Significatif ;**

*****Très hautement significatif**

Tableau XXI (suite) : Association entre les facteurs biologiques et la survenue des DS chez la femme ménopausée à Cotonou en 2022.

	Effectifs	Survenue de DS		OR	IC 95 %	p-value
	(N)	(n)	(%)			
L'ancienneté de la ménopause (en année)						**0,000*** **
< 6	112	85	75,9	1	-	
6 et plus	75	75	100			
Type de ménopause						0,579
Naturelle	157	133	84,7	1	-	
Pathologique	30	27	90,0	1,62	[0,45 – 5,78]	
Gestité						0,190
≤ 3	69	56	81,2	1	-	
> 3	118	104	88,1	1,72	[0,75 – 3,92]	
Parité						0,211
≤ 3	90	74	82,2	1	-	
> 3	97	86	88,7	1,69	[0,73 – 3,86]	
Antécédents de pathologie chronique						**0,041***
Non	136	112	82,3	1	-	
Oui	51	48	94,1	3,42	[0,98 – 11,93]	

***Significatif**

****Très hautement significatif**

Tableau XXI (suite) : Association entre les facteurs biologiques et la survenue des DS chez la femme ménopausée à Cotonou en 2022.

	Effectifs	Survenue de DS		OR	IC 95 %	p-value
	(N)	(n)	(%)			
Troubles climatériques						**0,015***
Faible/modérée	78	61	78,2	1	-	
Intense	109	99	90,8	2,75	[1,18 – 6,41]	
Anxiété avant ménopause						0,731
Non	185	158	85,4	1	-	
Oui	2	2	100			
Dépression avant ménopause						0,454
Non	182	155	85,2	1	-	
Oui	5	5	100			
Troubles anxiodépressifs avant ménopause						0,856
Non	186	159	85,5	1	-	
Oui	1	1	100			

***Significatif**

*****Très hautement significatif**

Tableau XXI (suite et fin) : Association entre les facteurs biologiques et la survenue des DS chez la femme ménopausée à Cotonou en 2022.

	Effectifs	Survenue de DS		OR	IC 95 %	p-value
	(N)	(n)	(%)			
Anxiété après ménopause						**0,048***
Non	165	138	83,6	1		
Oui	22	22	100			
Dépression après ménopause						**0,028***
Non	162	135	83,3	1	-	
Oui	25	25	100			
Troubles anxiodépressifs après ménopause						0,133
Non	172	145	84,3	1	-	
Oui	15	15	100			

***Significatif ;**

*****Très hautement significatif**

Après analyse, il ressort de ce tableau que l'âge, l'âge à la ménarche, l'âge au premier rapport sexuel, l'antécédent des pathologies chroniques, l'intensité des troubles climatériques, l'anxiété et la dépression post ménopause prises isolément étaient significativement associés à la survenue des DS chez la femme ménopause. L'ancienneté de la ménopause quant à elle était très significativement associée à la survenue des DS chez la femme ménopausée.

En effet, les femmes de plus de 50 ans, avaient 3,44 fois plus de risque d'avoir une dysfonction sexuelle que celles qui ont moins de 50 ans (**OR= 3,44 ; $IC_{95\%}$: [1,47 – 8,00]).**

Les femmes qui ont eu leurs premières menstrues à 15 ans et plus ont 2,62 fois plus de risque d'avoir une DS (**OR= 2,62 ; $IC_{95\%}$: [1,08 – 6,34]).**

Les femmes qui ont eu leur premier rapport sexuel à 20 ans et plus ont 3,09 fois plus de risque d'avoir une DS **(OR= 3,09 ; $IC_{95\%}$: [1,01 – 9,39]).**

Les femmes ayant souffert ou souffrant d'une pathologie chronique ont 3,42 fois plus de risque d'avoir une **DS** (**OR= 3,42 ; $IC_{95\%}$: [0,98 – 11,93]).**

Les femmes ressentant des troubles du climatère de forte intensité ont 2,75 fois plus de risque d'avoir une DS (OR= 2,75 ; IC95% : [1,18 – 6,41]).

Toutes les femmes anxieuses après la ménopause, ont une dysfonction sexuelle.

Toutes les femmes déprimées après la ménopause, ont une dysfonction sexuelle.

Toutes les femmes qui sont ménopausées depuis 6 ans et plus, ont une dysfonction sexuelle.

4.3.3 RELATION ENTRE LES FACTEURS COMPORTEMENTAUX ET LA SURVENUE DES DYSFONCTIONS SEXUELLES

Le tableau XXII présente l'association entre les facteurs Comportementaux et la survenue des DS chez la femme ménopausée à Cotonou en 2022.

Tableau XXII : Association entre les facteurs comportementaux et la survenue des dysfonctions sexuelles chez la femme ménopausée à Cotonou en 2022.

	Effectifs	Survenue de DS		OR	IC 95 %	p-value
	(N)	(n)	(%)			
Troubles alimentaires						0,540
Non	162	137	84,6	1	-	
Oui	25	23	92,0	2,09	[0,46 – 9,46]	
Activité physique						0,507
Actif	128	111	86,7	1	-	
Inactif	59	49	83,1	0,75	[0,32 – 1,75]	
Sédentarité						0,715
Non	103	89	86,4	1	-	
Oui	84	71	84,5	0,85	[0,37 – 1,94]	
Consommation d'alcool						0,534
Non	73	61	83,6	1	-	
Oui	114	99	86,8	1,29	[0,56 – 2,95]	
Consommation de tabac						0,562
Non	177	151	85,3	1	-	
Oui	10	9	90	1,54	[0,18 – 12,74]	

On ne note pas une association statistiquement significative entre l'une de ces variables et la survenue des dysfonctions sexuelles.

4.3.4 RELATION ENTRE LES FACTEURS THERAPEUTIQUES ET LA SURVENUE DES DYSFONCTIONS SEXUELLES

Le tableau XXIII présente l'association entre les facteurs thérapeutiques et la survenue des DS chez la femme ménopausée à Cotonou en 2022.

Tableau XXIII : Association entre les facteurs thérapeutiques et la survenue des dysfonctions sexuelles chez la femme ménopausée à Cotonou en 2022.

	Effectifs	Survenue de DS		OR	IC 95 %	p-value
	(N)	(n)	(%)			
Causes iatrogènes de DS (Médicament induisant une dysfonction sexuelle)						0,461
Non	168	143	85,1	1	-	
Oui	19	17	89,5	1,48	[3,74 – 6,83]	

On ne note pas une association statistiquement significative entre cette variable et la survenue des dysfonctions sexuelles.

L'association entre le traitement des troubles climatériques et la survenue des DS n'a pas été analysée compte tenu du nombre trop faible de femmes faisant recourt à cette thérapeutique.

4.4 ANALYSE MULTIVARIEE DES FACTEURS ASSOCIES AUX DYSFONCTIONS SEXUELLES

Les variables ayant une p-value d'au plus 20% (nationalité, situation matrimoniale, niveau d'instruction, niveau socio-économique, la ménarche, l'âge du premier rapport sexuel, antécédent de pathologie chronique, intensité des troubles climatériques) ainsi que l'âge qui est une variable d'intérêt, ont été introduites dans un modèle initial de régression logistique pas-à-pas descendante (tableau XXIV).

Tableau XXIV : Analyse multivariée des facteurs associés à la survenue des dysfonctions sexuelles chez la femme ménopausée à Cotonou en 2022 (modèle initial)

	OR	IC 95 %	p-value
Nationalité			0,300
Autre	1	-	
Béninoise	3,99	[0,29 – 55,16]	
Situation matrimoniale			0,036*
Mariée/Union libre	1	-	
Célibataire/Divorcée/Veuve	4,31	[1,09 – 16,91]	
Niveau d'instruction			0,882
Instruit	1	-	
Non instruit	1,13	[0,20 – 6,29]	

Tableau XXIV (suite) : Analyse multivariée des facteurs associés à la survenue des dysfonctions sexuelles chez la femme ménopausée à Cotonou en 2022 (modèle initial)

	OR	IC 95 %	p-value
Niveau socio-économique			0,208
Riche	1	-	
Pauvre/moyen	1,91	[0,69 – 5,23]	
Age (en année)			0,012*
40 - 49	1	-	
50 et plus	3,55	[1,32 – 9,52]	
Ménarche (en année)			0,367
< 15	1	-	
≥ 15	1,68	[0,54 – 5,26]	
Age premier rapport sexuel (en année)			0,302
11 – 19	1	-	
20 et plus	1,98	[0,53 – 7,33]	
Gestité			0,385
≤ 3	1	-	
> 3	1,50	[0,59 – 3,80]	

Tableau XXIV (suite et fin) : Analyse multivariée des facteurs associés à la survenue des dysfonctions sexuelles chez la femme ménopausée à Cotonou en 2022 (modèle initial)

	OR	IC 95 %	p-value
Antécédents de pathologie chronique			0,137
Non	1	-	
Oui	2,82	[0,71 – 11,06]	
Troubles climatériques			0,180
Faible/modérée	1	-	
Intense	1,95	[0,73 – 5,24]	

Au terme de l'analyse, trois (03) variables ont été identifiées comme associées à la survenue des dysfonctions sexuelles chez la femme ménopausée à Cotonou en 2022 (Tableau XXV). Il s'agissait de la situation matrimoniale (p=0049), de l'âge (p=0,011) et de l'intensité des troubles climatériques (p=0,010)

Tableau XXV : Analyse multivariée des facteurs associés à la survenue des dysfonctions sexuelles chez la femme ménopausée à Cotonou en 2022 (modèle final)

	OR	IC 95 %	p-value
Situation matrimoniale			**0,049***
Mariée/Union libre	1	-	
Célibataire/Divorcée/Veuve	3,60	[1,003 – 12,94]	
Age (en année)			**0,011***
40 - 49	1	-	
50 et plus	3,24	[1,31 – 7,99]	
Troubles climatériques			**0,010***
Faible/modérée	1	-	
Intense	3,24	[1,33 – 7,88]	

On note que les femmes célibataires, divorcées et veuves ont 3 fois plus de risque d'avoir une DS. Celles présentant des troubles climatériques de forte intensité ont également trois fois plus de risque d'avoir une DS. Il en est de même pour les femmes de cinquante ans et plus.

4.5 ADEQUATION DU MODELE FINAL

Il a été obtenu une p-value de 0,591 au test de Hosmer Lemeshow. Etant donné que cette p-value est supérieure à 0,05, on conclut que ce modèle est adéquat.

4.6 CADRE CONCEPTUEL FINAL

Le cadre conceptuel final de la présente étude se présente comme suit :

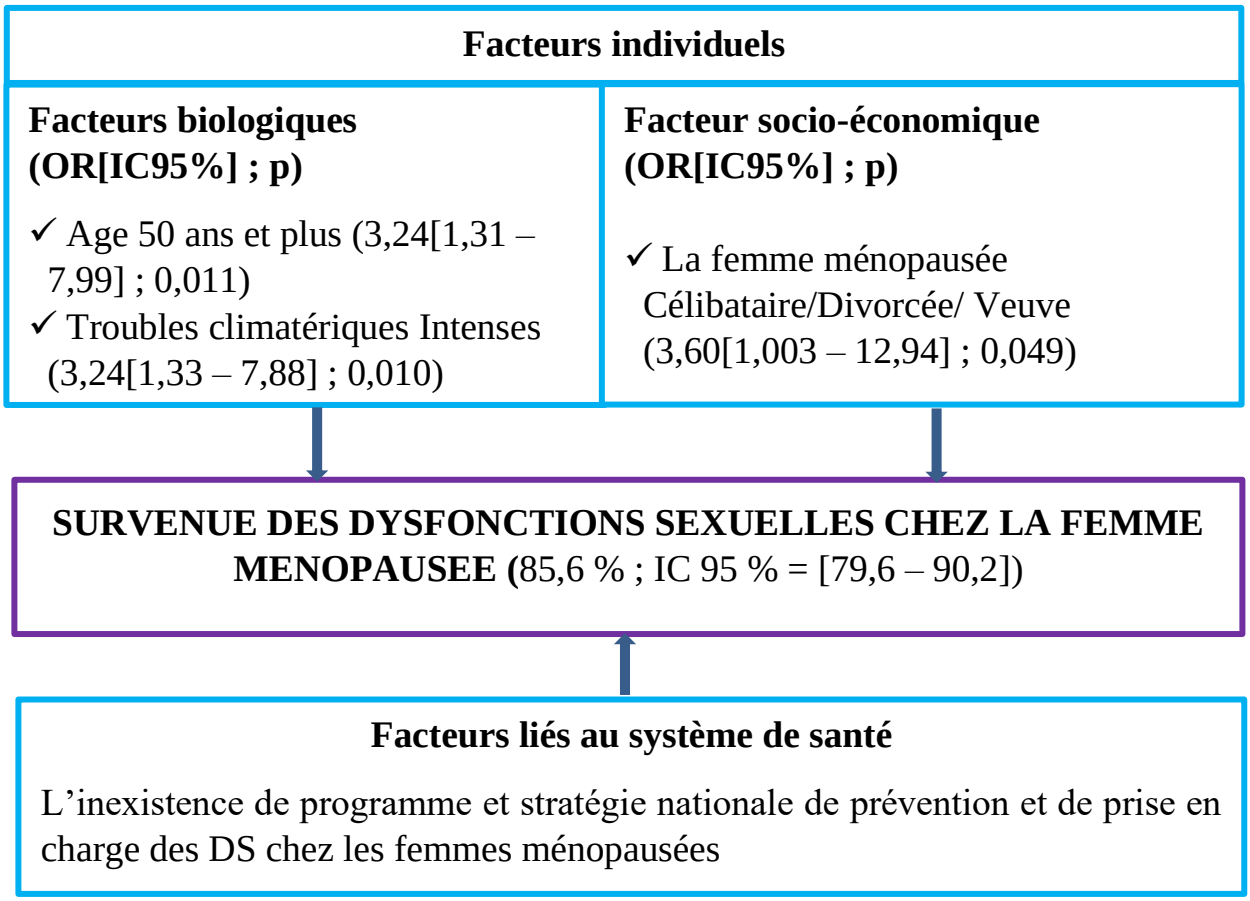
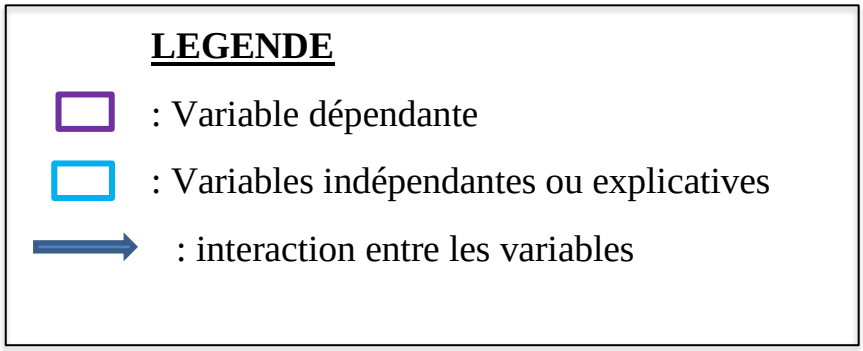


Figure 7 : Cadre conceptuel final des facteurs associés à la survenue des dysfonctions sexuelles chez les femmes ménopausées à Cotonou en 2022.



DISCUSSION

5 DISCUSSION

La discussion des résultats s'articule autour de trois points :

- Le niveau d'atteinte des objectifs fixés et de vérification des hypothèses ;
- La qualité et la validité des données ;
- Le commentaire des résultats et leur comparaison avec ceux d'autres études similaires.

5.1 NIVEAU D'ATTEINTE DES RESULTATS

Au terme de notre étude, nous avons déterminé la prévalence de la survenue des dysfonctions sexuelles chez la femme ménopausée dans la ville de Cotonou en 2022 et démontrer que les facteurs individuels et ceux liés au système de santé y étaient associés. A cet effet, un questionnaire a été confectionné pour un entretien individuel avec les femmes ménopausées et un guide d'entretien pour les cadres du ministère de la santé. Les principaux résultats d'analyse se présentent comme suit :

- La prévalence de la survenue des dysfonctions sexuelles chez la femme ménopausée dans la ville de Cotonou en 2022 est de 85,6%
- Les facteurs individuels comme l'âge, la situation matrimoniale et l'intensité des troubles climatériques sont associés à la survenue des DS
- Il n'existe aucune politique, stratégie, ni service spécifique de gestion ou de prise en charge structurée des DS chez les femmes ménopausées actuellement au Bénin.

Ces résultats contribuent à la confirmation des hypothèses qui ont été émises au début de l'étude. Les hypothèses étant vérifiées, et à partir des résultats obtenus, nous pouvons conclure que les objectifs assignés à cette étude ont été atteints.

5.2 QUALITE ET VALIDITE DES DONNEES

La technique d'échantillonnage était le sondage en grappes pour le choix des femmes ménopausées. Cette technique a permis d'avoir un échantillon représentatif de la population. L'outil utilisé est le questionnaire. Les enquêtrices ont été formées. Le consentement éclairé des personnes et l'assurance de la confidentialité avant chaque entretien ont été faits pour donner toute la sincérité des réponses.

Le problème de la mauvaise compréhension du questionnaire a été réglé par l'explication systématique de l'outil par les enquêtrices avant leur administration. La formation des enquêtrices s'est déroulée en français et les aspects clés ont été débattus en langue locale pour une meilleure compréhension de l'outil. Des simulations et jeux de rôle ont été faits au cours de la formation des enquêtrices en plus une phase pilote a été réalisée dans la ville de Abomey Calavi pour s'assurer de la maitrise de l'outil par les enquêtrices. Toutes ces précautions ont pu permettre de réduire les biais d'information dans la collecte sur le terrain.

Malgré toutes ces dispositions, il peut avoir quelques biais au niveau de l'administration de quelques questionnaires surtout à cause de la longueur et du caractère très intime des questions. Ces cas ont été suppléés par la marge de correction de 10% dans la taille de l'échantillon. En outre, nous avons utilisé des échelles pour évaluer l'existence ou non de chaque facteur, pour éviter les biais de prévarication et la subjectivité des réponses.

5.3 LIMITES ET DIFFICULTES DE L'ETUDE

Cette étude ne prend pas en compte, les troubles sexuels du conjoint, qui pourraient bien s'avérer associés à la survenue des DS. De même, la qualité de vie des femmes ménopausées n'a pas fait objet de notre étude. Cependant, il serait intéressant

d'évaluer la corrélation entre la qualité de vie des femmes ménopausées et la survenue des DS, ceci renseignerait davantage sur l'ampleur et la gravité du phénomène sous nos cieux. Nous avons eu plusieurs femmes qui ont refusé de participer à notre étude, tellement elles jugeaient les questions trop intimes et le sujet tabou. La longueur des entretiens aussi n'a pas facilité la collecte des données.

5.4 COMPARAISON DES PRINCIPAUX RESULTATS AVEC CEUX D'AUTRES AUTEURS

La prévalence de la survenue des DS chez la femme ménopausée est très élevée dans la ville de Cotonou à l'instar d'autres villes dans le monde.

5.4.1 SURVENUE DES DYSFONCTIONS SEXUELLES CHEZ LA FEMME MENOPAUSEE

Notre étude a révélé que la prévalence de la survenue des DS chez la femme ménopausée était de (85,6%) à Cotonou, ce résultat est supérieur à celui retrouvé au Bangladesh en 2021, qui était de (56,9%) [10]. Cette différence pourrait s'expliquer par le type d'étude, qui était communautaire dans notre cas, alors qu'elle s'est déroulée dans un milieu hospitalier au Bangladesh. En outre, les femmes divorcées et les veuves étaient exclues de l'étude du Bangladesh.

Il en est de même pour la prévalence retrouvée en Iran en 2021 qui était de (46%) [4]. Ce résultat peut s'expliquer par la taille de l'échantillon qui était de 162 femmes ménopausées soit moins de la moitié de notre échantillon, et cette étude s'est également déroulée dans un milieu hospitalier.

En Espagne en 2010, Llaneza et al avaient retrouvé une prévalence de (64,1%) [26]. Ce résultat, qui est inférieur au notre, peut s'expliquer par l'outil d'évaluation de la dysfonction utilisé par l'auteur CSFQ 14 (Changes in Sexual Functioning Questionnaire 14). En effet, cette échelle évalue préférentiellement trois stades de l'activité sexuelle à savoir : le désir ; l'excitation et l'orgasme.

Le concept de la dysfonction sexuelle chez la femme prenant en compte plusieurs troubles sexuels, plusieurs études abordent les troubles séparément. Le trouble le plus évalué est celui du désir sexuel, dans notre étude, sa prévalence en post ménopause à Cotonou est de (94,9%). Cette prévalence est proche de celle retrouvée à Dakar en 2014 (85,3%) [5]. Il s'agit d'une étude transversale en milieu hospitalier réalisée chez les femmes ménopausées. L'échelle de la FSFI a été utilisée pour évaluer la dysfonction sexuelle. Cette similitude pourrait s'expliquer par l'utilisation de la même échelle d'évaluation de la DS.

Au Maroc par contre, cette prévalence est largement supérieure à celle retrouvée en 2010 (19%) [11]. Cette étude concerne les femmes de plus de 20 ans. L'âge et la subjectivité des réponses aux questionnaires administrés dans un centre hospitalier pourraient expliquer cette faible prévalence.

Les autres troubles ont été retrouvés en proportions diverses mais tout aussi élevée dans notre étude. Les dyspareunies viennent en tête avec 96,6%, suivis des troubles de l'excitation (93,8%), puis les troubles de l'orgasme (91,2%). Les troubles de la lubrification et de la satisfaction viennent presque à égalité avec respectivement (86,76%) et (85,9%). Ces résultats diffèrent de ceux retrouvés à Dakar en 2014 où les troubles de l'orgasme étaient présents chez toutes les femmes (100%), ils étaient suivis des troubles de l'excitation (92%) [5]. Ceci pourrait s'expliquer par le caractère musulman de la société Dakaroise. Ces résultats sont également largement supérieurs à ceux de Nicolosi et al en 2004, qui retrouvaient après les troubles du désir, les troubles de l'orgasme (16%) qui représentaient la deuxième dysfonction sexuelle la plus prévalente, notamment en Asie et en Europe du Nord. En troisième position venait les troubles de la satisfaction sexuelle (12%), puis les troubles de la

lubrification très prédominant en Asie. Ces résultats peuvent se justifier par la taille de la population de cette étude qui était très grande (27500) couvrant 29 pays [73].

Les dysfonctions sexuelles sont courantes au Bénin chez les femmes ménopausées. Les dyspareunies sont les troubles les plus prévalents suivis des troubles du désir et de l'excitation puis les troubles de l'orgasme, les troubles de la lubrification et de la satisfaction sexuelle. Tous ces troubles ont une prévalence supérieure à (85%) dans la population de femmes ménopausées à Cotonou en 2022. Ceci en fait un problème de santé publique de par sa fréquence donc d'intérêt pour les actions de santé publique pour prendre efficacement en charge ces femmes.

5.4.2 SITUATION MATRIMONIALE

Notre étude a révélé que les femmes ménopausées divorcées, célibataires ou veuves ont trois fois plus de risque d'avoir une DS**.**

Ce résultat est contraire au constat de Diouf et al à Dakar en 2014, où les femmes en couple étaient plus à risque de présenter des DS et ceci était lié à une probable dysfonction érectile de leur conjoint. La proportion des femmes de cette étude présentant un trouble du désir étant en couple était de (67%), seulement (18%) étaient veuves [5]. Il faut reconnaitre qu'en considérant le caractère culturel de la société dakaroise, une femme en couple mais dont le conjoint présente des difficultés sexuelles, peut être considérée comme une femme célibataire ou veuve, puisque la constante dans ces notions, demeure la faible ou l'inactivité sexuelle, qui augmente les risques de la femme ménopausée d'avoir des DS.

Le constat est le même au Bangladesh en 2021, les femmes qui n'ont pas un partenaire ou n'ont plus d'activité sexuelle fréquente ont un fort risque de DS. Le manque de partenaire s'est avéré être le facteur de risque le plus important de

dysfonctions sexuelles dans cette étude [10]. D'autres auteurs confirment que la détresse liée à la sexualité concerne surtout les femmes qui n'ont actuellement pas de partenaire et qui sont sexuellement inactives [74]. Avoir des relations étroites avec d'autres personnes, pas seulement celles de nature sexuelle, a une influence bénéfique sur la santé physique et psychologique de chaque personne, car c'est la source de soutien social [12].

Le constat est le même en Pologne en 2019 où l'absence de partenaire, par rapport à la vie dans une relation informelle augmente le risque d'apparition de dysfonctions sexuelles jusqu'à (129%) et par conséquent, cette condition était le déterminant le plus fort des dysfonctions sexuelles dans leur étude [12].

En nous basant sur le modèle circulaire de la réponse sexuelle, développé par Basson en 2001, la satisfaction sexuelle est un facteur qui stimule le désir d'une activité sexuelle future. L'absence de partenaire sexuelle pourrait donc expliquer la survenue de DS chez les femmes, notamment celles ménopausées [75]. En outre, les activités sexuelles répétées permettent une bonne tonicité de la paroi vaginale et une bonne vascularisation clitoridienne, qui sont des facteurs déterminants pour une bonne lubrification [76]. Il importe alors d'informer les femmes ménopausées sur l'importance d'un partenaire pour éviter la survenue de ces dysfonctions.

5.4.3 AGE

Dans notre étude, l'âge des femmes ménopausées est un facteur associé à la survenue des DS. Les femmes de plus de 50 ans ont trois fois plus de risque d'avoir une DS que celle de moins de 50 ans**.** L'âge est un facteur prédominant dans la survenue des DS. En effet, avec l'âge certains facteurs conditionnent le désintéressement de la femme sur l'activité sexuelle, ces facteurs, sont biologiques et

sociaux. La ménopause avec son hypo-oestrogénie, favorise les DS, à âge avancé, la femme présente de nombreuses maladies chroniques qui peuvent entraver une bonne vie sexuelle, sans omettre le poids culturel, qui conditionne la fin de la vie sexuelle de la femme à la ménopause [5]. Cette association avait été retrouvée en Iran où la prévalence des DS passe de (26 %) chez les femmes âgées de 20 à 39 ans à (39 %) chez les plus de 50 ans [18]. Au Bangladesh en 2021, l'âge était également associé à la survenue des DS, Parmi tous les facteurs, le groupe d'âge des 45 à 50 ans était 32 % moins susceptible d'avoir une DS que celui des 51 à 55 ans **(OR : 0,68, [0,41 – 1,12])** [10]**.** Le constat est le même en Pologne où le risque de survenue de DS augmente de 6% chaque année dans la période de la ménopause [12].

En Turquie en 2006, le groupe d'âge le plus à risque était celui de 46 ans à 55 ans avec une prévalence de (67,9%). On serait tenté de croire que cette tranche d'âge est plus précoce, il n'en était rien, puisque c'est la classe d'âge la plus élevée de cet échantillon [77].

A l'âge avancé, on observe une chute des hormones stéroïdes qui sont importantes pour une bonne fonction sexuelle. En outre, les pathologies chroniques sont plus fréquentes chez les personnes âgées, ce qui altère leur fonction sexuelle. Nous préconisons alors que les femmes âgées consultent plus fréquemment leurs médecins pour dépister plus tôt les DS et prendre efficacement en charge les pathologies chroniques pour prévenir les DS qui y sont liées. Les spécialistes du domaine devront également penser au dépistage de ces DS chez les femmes d'âge avancé.

5.4.4 TROUBLES CLIMATERIQUES

Notre étude a démontré que les femmes qui présentent des troubles climatériques intenses, ont trois fois plus de risque d'avoir une DS**.**

Ce résultat est proche de celui de Herrezuelo et al en Espagne en 2020 qui ont retrouvé une association entre des symptômes psychologiques et urogénitaux et une fonction sexuelle moins bonne (sauf pour le domaine de la douleur), tandis que le score total MRS n'était lié qu'au désir [13].

En sus, Naworska et al en 2019 retrouvaient que le risque d'apparition de dysfonctions sexuelles augmente de (4%) avec l'augmentation de l'intensité des symptômes de la ménopause [12].

Llaneza et al en Espagne en 2011 ont retrouvé que les scores totaux de CSFQ-14 sont inversement corrélés avec les scores MRS (total, psychologique et urogénital), ($P < 0,05$). Les scores de l'échelle d'excitation sont inversement corrélés avec le total des MRS et urogénital alors que les scores d'orgasme ne sont qu'avec le MRS total [26].

En somme, nous retenons que les troubles climatériques intenses, favorisent la survenue des DS chez les femmes ménopausées. Il importe donc aux professionnels de santé, de dépister très précocement ces troubles liés à la ménopause, les prendre efficacement en charge pour éviter qu'ils deviennent intenses au point de perturber la vie sexuelle de ces femmes. Quant aux femmes ménopausées, il faudra les informer sur, les troubles climatériques et l'existence de moyens thérapeutiques pour les prendre en charge. Ceci leur permettra de mieux se confier à leurs soignants en consultation sur le sujet.

5.4.5 FACTEURS LIES AU SYSTEME DE SANTE

Notre étude a démontré que le problème des dysfonctions sexuelles chez la femme ménopausée, n'est pas encore inclus dans les priorités de la politique sanitaire nationale au Bénin. En effet, l'inexistence de politiques, de stratégies, de

règlementation ou de service spécialisé de prévention et de prise en charge des DS, explique cette prévalence élevée dans la population de Cotonou.

Ce constat est le même dans le monde, où ces DS sont peu étudiées et bénéficient par conséquent de peu d'attention des systèmes de santé. Cependant, il existe des moyens, thérapeutiques, qui pourraient prévenir et prendre efficacement en charge ces DS. A Dakar en 2008, Cissé a retrouvé que (3,7%) des femmes font recourt à la médecine traditionnelle, (5,6%) à des médicaments. La part du Traitement hormonal de la ménopause (THM) était très faible et concernait seulement (0,9%) des patientes [2]. A cette époque, l'isoflavone de soja était une révolution dans le domaine, qui a fait ses preuves avec une amélioration des troubles climatériques chez près de (93%), des femmes de cette étude en trois mois de traitement [2]. Ceci pose le réel problème de la communication qui existait depuis ce temps, et mérite une stratégie appropriée pour y palier.

En outre, en France en 2013, Godet a retrouvé que les dysfonctions sexuelles sont encore trop peu considérées et traitées en France. Les principales explications sont le manque de formation en sexologie au programme des études médicales, un tabou persistant dans la société et une pénurie de médecins sexologues suite au manque d'information sur une discipline partagée par différents corps de métiers [78]. Il importe donc, vu cette prévalence élevée d'élaborer une stratégie, pour communiquer sur les DS et leurs moyens de prévention et de prise en charge, mettre en place des services spécialisés dans la prévention et la prise en charge, puis mettre en place un système de surveillance de l'évolution de ces DS, pour le bien être des femmes ménopausées.

CONCLUSION- PERSPECTIVES- SUGGESTIONS

CONCLUSION

La présente étude dans la ville de Cotonou a permis de démontrer que la prévalence de la survenue des dysfonctions sexuelles chez les femmes ménopausées est très élevée. Les facteurs de risques étaient l'âge, la situation matrimoniale et l'intensité des troubles climatériques. L'inexistence de programme ou stratégie nationale de prévention et de prise en charge de ces dysfonctions, contribue à cette forte prévalence.

La prévalence très élevée des dysfonctions sexuelles chez la femme ménopausée dans la ville de Cotonou, montre qu'il s'agit d'un problème pouvant être classé comme de santé publique, lorsqu'on connait ses conséquences sur la vie sociale des personnes atteintes et tous les corollaires en découlant. Les résultats de cette étude révèlent l'importance de mettre en place des stratégies de prévention adaptée à la population la plus vulnérable pour prévenir et prendre en charge ces dysfonctions. Il urge également de communiquer sur l'existence de moyen de prise en charge aux femmes qui en souffrent déjà afin d'améliorer la qualité de vie des femmes ménopausées.

PERSPECTIVES

Au regard de nos résultats, d'autres études pourraient être poursuivies pour :

- Évaluer la connaissance des agents de santé sur les dysfonctions sexuelles chez les femmes ménopausées.
- Évaluer l'impact socio-familial des dysfonctions sexuelles chez la femme ménopausée en famille et/ou en milieu professionnel.

SUGGESTIONS

Les résultats auxquels nous sommes parvenus à la fin de cette étude nous permettent de faire les suggestions suivantes :

- **A l'endroit des autorités de l'Agence Nationale des Soins de Santé Primaire (ANSSP) et du service des Maladies Non Transmissible (MNT) :**
  - ✓ Inclure les DS chez la femme ménopausée dans leurs priorités
  - ✓ Concevoir une stratégie de prévention et de prise en charge des DS chez les femmes ménopausées.
  - ✓ Mettre en place un système de surveillance, pour documenter l'évolution épidémiologique des DS chez les femmes ménopausées

- **A l'endroit des professionnels des services de gynécologie obstétrique**
  - ✓ Dépister systématiquement les DS chez toutes femmes ménopausées, surtout celles ne vivant pas en couple et âgées de 50 ans ou plus
  - ✓ Dépister et prendre en charge systématiquement les troubles climatériques
  - ✓ Informer les femmes âgées de 50 ans et plus en consultation sur la thématique

- **A l'endroit des femmes**
  - ✓ Consulter systématiquement un professionnel de santé sur ces problèmes sexuels
  - ✓ Consulter un professionnel de santé en cas de trouble climatériques

REFERENCES

RÉFÉRENCES

[1] Ambler DR, Bieber EJ, Diamond MP. Sexual Function in Elderly Women: A Review of Current Literature. Rev Obstet Gynecol .2012;5(1):16–27.

[2] Cisse CT, Diouf AA, Dieng T, Gueye Dieye A, Moreau JC. Ménopause en milieu africain : épidémiologie, vécu et prise en charge à Dakar.2008;335:6-10.

[3] Gbessoua ML. Facteurs associés à la dysfonction sexuelle chez les femmes diabétiques suivies au centre de dépistage, de suivi et de traitement ambulatoire du diabète de Cotonou [Thèse de Doctorat en Médecine]. Cotonou : Faculté des Sciences de la Santé;2016.93p.

[4] Tavoli A, Tavoli Z, Effatpanah M, Montazeril A. Prevalence and associated risk factors for sexual dysfunction among postmenopausal women: a study from Iran. Women's Midlife Health.2021;7(1):10.

[5] Diouf AA, Diallo D, Niang PY, Niass A, Koulimaya-Gombet CE, Diallo M et al. Sexuality in postmenopausal women in sub-Saharan Africa: example from Senegal. The Pan African Medical Journal.2019;32:1-6.

[6] Bram Khemiri N, Ben Fadhel S, Hakiri A. Sexual dysfunction in the elderly: Prevalence and impact on quality of life. Tunis Med.2020;98(12):1011-016.

[7] Brotto LA, Basson R, Luria M. A mindfulness-based group psychoeducational intervention targeting sexual arousal disorder in women. J Sex Med.2008;5(7):1646-59.

[8] Jamin C. Troubles de la fonction sexuelle chez la femme ménopausée: quel traitement hormonal proposer? Focus sur la tibolone. La Lettre du gynécologue.2007;(318-319)39-45.

[9] 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(1):240-50.

[10] Amin MA, Mozid N-E, Ahmed SB, Sharmin S, Monju IH, Jhumur SS et al. Status of female sexual dysfunction among postmenopausal women in Bangladesh. BMC Women's Health.2022;22(1):401.

[11] Kadri N, Mchichi Alami K, Berrada S. La sexualité au Maroc : point de vue de sexologues femmes. Sexologies.2010;19(1):53-57.

[12] Naworska B, Bak-Sosnowska M. Risk factors of sexual dysfunctions in postmenopausal women. Ginekol Pol.2019;90(11):633-39.

[13] Pérez-Herrezuelo I, Aibar-Almazán A, Martínez-Amat A, Fabrega-Cuadros R, Diaz-Mohedo E, Wangensteen R et al. Female Sexual Function and Its Association with the Severity of Menopause-Related Symptoms. International Journal of Environmental Research and Public Health.2020;17(19):7235.

[14 Shadman Z, Akhoundan M, Poorsoltan N, Lariijani B, Arzaghi SM, Khoshniat M. Factors associated with sexual function in Iranian women with type 2 diabetes mellitus: partner relationship as the most important predictor. Iran Red Crescent Med J. 2014;16(3):1-9.

[15] Basson R, Wierman ME, van Lankveld J, Brotto L. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. J Sex Med.2010 Jan;7(1-2):314-326.

[16] Clayton AH, Warnock JK, Kornstein SG, Pinkerton R, Sheldon-Keller A, McGarvey EL. A placebo-controlled trial of bupropion SR as an antidote for selective serotonin reuptake inhibitor-induced sexual dysfunction. J Clin Psychiatry.2004 Jan; 65(1): 62-67.

[17] Loukid M, Hilali MK, Bernis C. Âge à la ménopause naturelle à Marrakech (Maroc) et prévalence des symptômes du climatère. Bulletins et mémoires de la Société d'Anthropologie de Paris BMSAP.2007;19(1-2):65-75.

[18] Safarinejad MR. Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: prevalence and associated risk factors. Int J Impot Res.2006;18(4):382-395.

[19] McCool-Myers M, Theurich M, Zuelke A, Knuettel H, Apfelbacher C. Predictors of female sexual dysfunction: a systematic review and qualitative analysis through gender inequality paradigms. BMC Womens Health.2018;18(1):108.

[20] Salonia A, Giraldi A, Chivers ML, Georgiadis JR, Levin R, Maravilla KR et al. Physiology of women's sexual function: basic knowledge and new findings. The journal of sexual medicine.2010 Aug;7(8):2637-2660.

[21] Huijberts MSP, Schaper NC, Schalkwijk CG. Advanced glycation end products and diabetic foot disease. Diabetes Metab Res Rev.2008;24(1):19-24.

[22] Goldstein I, Berman JR. Vasculogenic female sexual dysfunction: vaginal engorgement and clitoral erectile insufficiency syndromes. Int J Impot Res.1998;10(2):84-90.

[23] Graziottin A, Koochaki PE, Rodenberg CA, Dennerstein L. The Prevalence of Hypoactive Sexual Desire Disorder in Surgically Menopausal Women: An Epidemiological Study of Women in Four European Countries. The Journal of Sexual Medicine.2009 Aug;6(8):2143-2153.

[24] Giuliano F, Allard J, Compagnie S, Alexandre L, Droupy S, Bernabe J. Vaginal physiological changes in a model of sexual arousal in anesthetized rats.

American Journal of Physiology-Regulatory, Integrative and Comparative Physiology.2001 Jul;281(1):140-149.

[25] Doumont D, Libion F, Houeto D. Comment préserver, voire restaurer une qualité de vie durant la ménopause ?2006 [cité le 8 aout 2022].1-27. Disponible sur :
https://sites.uclouvain.be/reso/opac_css/doc_num.php?explnum_id=9823

[26] Llaneza P, Fernández-Iñarrea JM, Arnott B, Garcias-Portilla MP, Pérez-Lopez FR. Sexual function assessment in postmenopausal women with the 14-item changes in sexual functioning questionnaire. J Sex Med.2011 Aug;8(8):2144-51.

[27] Rossin B. Les maux cachés, sexualité de la femme en post-ménopause. Ou, comment, révéler les secrets des fonctions sexuelles à la ménopause. Sexologies.2022;31(1):1–6.

[28] Berghmans B. Physiotherapy for pelvic pain and female sexual dysfunction: an untapped resource. Int Urogynecol J.2018 May;29(5):631-638.

[29] Basson R, Rees P, Wang R, Montejo AL, Incrocci L. Sexual function in chronic illness. J Sex Med. 2010 Jan;7(1-2):374-388.

[30] Sarrel PM. Ovarian hormones and vaginal blood flow: using laser Doppler velocimetry to measure effects in a clinical trial of post-menopausal women. Int J Impot Res.1998;10(2):91-93.

[31] Wierman ME, Basson R, Davis SR, Khosla S, Miller KK, Rosner W et al. Androgen therapy in women: an Endocrine Society Clinical Practice guideline. J Clin Endocrinol Metab.2006;91(10):3697–3710.

[32] Brenot P. Dictionnaire de la sexualité humaine. L'Esprit du temps, 2004.

[33] Trudel G. Les dysfonctions sexuelles : Évaluation et traitement par des méthodes psychologique, interpersonnelle et biologique. 3e édition. Presses de l'Université du Québec ;2011. Disponible sur https://muse.jhu.edu/book/20307

[34] Touré OA. Épidémiologie de de la ménopause chez les patientes admises aux CHU Gabriel Touré de 2003 à 2016[Thèse de doctorat médecine]. Bamako: Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako; 2016. 93p

[35] Bouvard A, Doumy O, Bienvenu T, Aouizerate B. Nosographie actuelle des troubles anxieux [En ligne]. 2019[cité le 9 aout 2022];69(9): 970-3. Disponible sur: https://www.larevuedupraticien.fr/article/nosographie-actuelle-des-troubles-anxieux.

[36] American Psychiatric Association. Gender identity disorders [En ligne].2017. [cité le 8 aout 2022]. Disponoble sur : https://www.psychiatry.org/psychiatrists/diversity/education/transgender-and-gender-nonconforming-patients/gender-dysphoria-diagnosis

[37] Basson R, Leiblum S, Brotto L, Derogatis L, Fourcroy J, Fugl-Meyer K, Graziottin A, Heiman JR, Laan E, Meston C, Schover L, Van Lankveld, Weijmar Schultz. Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: Advocating expansion and revision [En ligne]. 2009 [cité le 8 aout 2022] ;24(4):221-9. Disponible sur : https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/01674820309074686

[38] Bianchi-Demicheli F, Cojan Y, Waber L, Recordon N, Vuilleumier P, Ortigue S. Neural bases of hypoactive sexual desire disorder in women: An event-related fMRI study. The Journal of Sexual Medicine.2011;8(9):2546-59.

[39] Karama S, Lecours AR, Leroux J-M, Bourgouin P, Beaudoin G, Joubert S et al. Areas of brain activation in males and females during viewing of erotic film excerpts. Human brain mapping.2002;16(1):1-13.

[40] Arnow BA, Millheiser L, Garrett A, Lake Polan M, Glover GH, Hill KR et al. Women with hypoactive sexual desire disorder compared to normal females: a functional magnetic resonance imaging study. Neuroscience.2009;158(2):484-502.

[41] Jannini EA, d'Amati G, Lenzi A. Histology and immunohistochemical studies of female genital tissue. Dans : Goldstein I, Meston CM, Davis S, Traish. Women's sexual function and dysfunction: Study, diagnosis and treatment. London: Taylor and Francis.2006;p.125-33.

[42] Giraldi A, Levin RJ. Vascular physiology of female sexual function. Dans : Goldstein I, Meston CM, Davis S, Traish. Women's sexual function and dysfunction: Study, diagnosis and treatment. London: Taylor and Francis ; 2006. p.174-80.

[43] D'Amati G, di Gioia CR, Bologna M, Giordano D, Giorgi M, Dolci S et al. Type 5 phosphodiesterase expression in the human vagina. Urology.2002;60(1):191-5.

[44] Hull EM, Lorrain DS, Du J, Matuszewich L, Lucille A, Lumley, Susan K et al. Hormone-neurotransmitter interactions in the control of sexual behavior. Behavioural brain research. 1999;105(1):105-16.

[45] Giargiari TD, Mahaffey AL, Craighead WE, Hutchison KE. Appetitive responses to sexual stimuli are attenuated in individuals with low levels of sexual desire. Archives of Sexual Behavior.2005;34(5):547-56.

[46] Fabre-Nys C, Chesneau D, De La Riva C, Hinton MR, Locatelli A, Ohkura S et al. Biphasic role of dopamine on female sexual behaviour via D2 receptors in the mediobasal hypothalamus. Neuropharmacology.2003;44(3):354-66.

[47] Haefliger T, Bonsack C. Atypical antipsychotics and sexual dysfunction: five case-reports associated with risperidone. L'encephale.2006;32(1):97-105.

[48] Meston CM, Frohlich PF. The neurobiology of sexual function. Archives of General Psychiatry.2000;57(11):1012-30.

[49] Bancroft J. The endocrinology of sexual arousal. Journal of endocrinology.2005;186(3):411-27.

[50] Pfaus JG, Shadiack A, Van Soest T, Tse M, Molinoff P. Selective facilitation of sexual solicitation in the female rat by a melanocortin receptor agonist. Proceedings of the National Academy of Sciences.2004;101(27):10201-04.

[51] Brown AD, Blagg J, Reynolds DS. Designing drugs for the treatment of female sexual dysfunction. Drug discovery today.2007;12(17-18):757-66.

[52] Diamond LE, Earle DC, Heiman JR, Rosen RC, Perelman MA, Harning R. An effect on the subjective sexual response in premenopausal women with sexual arousal disorder by bremelanotide (PT-141), a melanocortin receptor agonist. J Sex Med. 2006 Jul;3(4):628-38. PMID: 16839319.

[53] Frohlich PF, Meston CM. Evidence that serotonin affects female sexual functioning via peripheral mechanisms. Physiology & behavior.2000;71(3-4):383-93.

[54] DeRogatis LR, Komer L, Katz M, Moreau M, Kimura T, Garcia Fils M et al. Treatment of hypoactive sexual desire disorder in premenopausal women: efficacy of flibanserin in the VIOLET Study. The journal of sexual medicine.2012;9(4):1074-85.

[55] Graziottin A. Libido: the biologic scenario. Maturitas.2000 Jan;34:S9-S16. [PMID: 10759059].

[56] Nappi R, Salonia A, Traish AM, Van Lunsen RH, Vardi Y, Kodiglu A et al. Pathophysiology: Clinical biologic pathophysiologies of women's sexual dysfunction. The Journal of Sexual Medicine.2005;2(1):4-25.

[57] Sherwin BB. Estrogen and cognitive aging in women. Trends in Pharmacological Sciences. 2002;23(11):527-34.

[58] Thibaut F. Troubles des conduites sexuelles: Diagnostic et traitement. EMC Psychiatrie. 2016, 13(3)117. [DOI: 10.1016/S0246-1072(16)68342-6].

[59] Kaplan HS. New sex therapy: Active treatment of sexual dysfunctions. 1st ed. New York :Routledge ; 2013.

[60] Whipple B. Women's sexual pleasure and satisfaction: A new view of female sexual function. Female Patient.2002;27(8):44.

[61] Sipski ML. Central nervous system based neurogenic female sexual dysfunction: current status and future trends. Archives of sexual behavior.2002;31(5):421-4.

[62] Sax DS, Berman JR, Goldstein I. Female neurogenic sexual dysfunction secondary to clitoral neuropathy. Journal of Sex & Marital Therapy.2001;27(5):599-602.

[63] Wierman ME, Nappi RE, Avis N, Davis SR, Labrie F, Rosner W et al. Endocrine aspects of women's sexual function. J Sex Med.2010;7(1-2):561-85.

[64] Dennerstein L, Hayes RD. Confronting the challenges: epidemiological study of female sexual dysfunction and the menopause. J Sex Med.2005;2(3):118-32.

[65] Fabre LF, Brown CS, Smith LC, Derogatis LR. Gepirone-ER treatment of hypoactive sexual desire disorder (HSDD) associated with depression in women. J Sex Med.2011;8(5):1411-9.

[66] Brotto LA, Heiman JR, Tolman DL. Narratives of desire in mid-age women with and without arousal difficulties. J Sex Res.2009;46(5):387-98.

[67] Laan E, van Lunsen RH, Everaerd W. The effects of tibolone on vaginal blood flow, sexual desire and arousability in postmenopausal women. Climacteric.2001;4(1):28-41.

[68] Suckling J, Lethaby A, Kennedy R. Local oestrogen for vaginal atrophy in postmenopausal women. Cochrane Database Syst Rev.2006;(4):1500.

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

[70] Ferenidou F, Kapoteli V, Moisidis K, Koutsogiannis L, Giakoumelos A, Hatzichristou D. Presence of a sexual problem may not affect women's satisfaction from their sexual function. J Sex Med.2008;5(3):631-9.

[71] 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(1):85-94.

[72] 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): results from a randomized withdrawal trial. J Sex Med.2011;8(11):3160-72.

[73] Nicolosi A, Laumann EO, Glasser DB, Moreira ED, Paik A, Gingell C et al. Sexual behavior and sexual dysfunctions after age 40: The global study of sexual attitudes and behaviors. Urology.2004;64(5):991-7.

[74] Worsley R, Bell RJ, Gartoulla P, Davis SR. Prevalence and Predictors of Low Sexual Desire, Sexually Related Personal Distress, and Hypoactive Sexual Desire Dysfunction in a Community-Based Sample of Midlife Women. The Journal of Sexual Medicine.2017;14(5):675-86.

[75] Basson R. Using a different model for female sexual response to address women's problematic low sexual desire. Journal of sex & marital therapy 2001;27(5):395-403.

[76] Schroder M, Mell LK, Hurteau JA, Collins YC, Rotmensch J, Waggoner SE et al. Clitoral therapy device for treatment of sexual dysfunction in irradiated cervical cancer patients. Int J Radiat Oncol Biol Phys.2005;61(4):1078-86.

[77] Oksuz E, Malhan S. Prevalence and Risk Factors for Female Sexual Dysfunction in Turkish Women. The Journal of Urology.2006;175(2):654-8.

[78] Godet S. Prise en charge médicale des dysfonctions sexuelles, quelle place pour une spécialité de médicine en santé sexuelle? Sexologies. 2013 ;22(2) :56-64.

ANNEXES

ANNEXES

Annexe 1 : Autorisation de la mairie de Cotonou de collecte de données



REPUBLIQUE DU BENIN
MINISTERE DE LA DECENTRALISATION ET DE LA GOUVERNANCE LOCALE
DEPARTEMENT DU LITTORAL
COMMUNE DE COTONOU

N°092/MCOT/SE/DAAF/SRH/DDC

Cotonou, le 14/02/2023

REGULARISATION

Au
Dr Yolaine GLELE AHANHANZO épouse HESSOU, MD, PhD
Médécin de Santé publique
Institut Régional de Santé Publique
Route des esclaves, BP : 384 Ouidah (Bénin)
Tél : (229) 95966858
Cotonou

Objet : Autorisation de collecte de données de recherche
Référence : votre lettre en date du 29 novembre 2022

Madame,

Par la correspondance citée en référence, vous avez sollicité une autorisation de collecte de données de recherche épidémiologique au profit de l'étudiant **AMOUSSOU Robert** dans le cadre de la rédaction de sa thèse de Doctorat en Médécine générale.

En réponse, je vous notifie mon accord pour la période allant du **1er décembre 2022** à **28 février 2023.**

A cet effet, l'intéressé est invité à se rapprocher des **Chefs d'Arrondissement** (CA) de Cotonou pour la conduite de la collecte.

Recevez, Madame, mes salutations distinguées.

Le Secrétaire Exécutif

Nestor Manonwomeh BOSSOU

Ampliation :
- Intéressé 01
- Tous CA/MCOT 13

120, Avenue du Renouveau (8.047) - 03 BP 1777 Cotonou - Tél : 21 60 35 39 - Site web : www.villedecotonou.org
Email : mairiecotonou.infos@gouv.bj

MAIRIE DE COTONOU

Annexe 2 : Répartition démographique de la ville de Cotonou (RGPH4, INSAE 2013)

Divisions administratives	RGPH4-2013				
	Nombre ménages	Total	Masculin	Féminin	Taille ménage
DEP: LITTORAL	**166 433**	**679 012**	**325 872**	**353 140**	**4,1**
COM: COTONOU	**166 433**	**679 012**	**325 872**	**353 140**	**4,1**
ARROND: 1er Arrondissement	**13 708**	**57 962**	**28 131**	**29 831**	**4,2**
DANDJI	1 749	7 242	3 547	3 695	4,1
DONATEN	619	2 579	1 237	1 342	4,2
FINAGNON	1 046	4 508	2 119	2 389	4,3
TCHANHOUNKPAME	848	3 894	1 941	1 953	4,6
TOKPLEGBE	1 575	6 531	3 255	3 276	4,1
AVOTROU	2 891	12 381	6 050	6 331	4,3
N'VENAMEDE	830	3 271	1 569	1 702	3,9
SURU-LERE	1 357	5 462	2 592	2 870	4,0
TANTO	1 441	6 198	2 987	3 211	4,3
YAGBE	1 352	5 896	2 834	3 062	4,4
ARROND: 2ème Arrondissement	**14 735**	**61 668**	**29 426**	**32 242**	**4,2**
IREDE	1 189	4 464	2 172	2 292	3,8
KPONDEHOU II	468	1 934	891	1 043	4,1
LOM'NAVA	639	2 632	1 239	1 393	4,1
SENANDE I	983	3 918	1 800	2 118	4,0
SENADE II (KOWEGBO)	1 489	6 079	2 979	3 100	4,1
AHOUASSA	769	3 203	1 536	1 667	4,2
GANKPODO	1 462	5 859	2 773	3 086	4,0
DJEDJELAYE	957	3 962	1 810	2 152	4,1
KPONDEHOU I	1 738	7 233	3 361	3 872	4,2
MINONTCHOU	925	3 604	1 818	1 786	3,9
YENAWA	2 454	11 405	5 511	5 894	4,6
KOWEGBO	1 662	7 375	3 536	3 839	4,4
ARROND: 3ème Arrondissement	**16 674**	**69 991**	**33 640**	**36 351**	**4,2**
ADJEGOUNLE	630	2 689	1 305	1 384	4,3
ADOGLETA	1 652	6 606	3 204	3 402	4,0
GBENONKPO	533	2 122	980	1 142	4,0
HLACOMEY	1 106	4 744	2 335	2 409	4,3
KPANKPAN	1 130	4 824	2 332	2 492	4,3
MIDOMBO	1 242	5 094	2 388	2 706	4,1
SEGBEYA NORD	947	4 248	1 992	2 256	4,5
SEGBEYA SUD	1 502	6 279	2 944	3 335	4,2
AGBATO	2 125	9 195	4 526	4 669	4,3
AGBODJEDO	2 377	10 307	5 041	5 266	4,3
AYELAWADJE I	987	4 243	2 055	2 188	4,3
AYELAWADJE II	1 945	7 792	3 668	4 124	4,0
FIFATIN	498	1 848	870	978	3,7
ARROND: 4ème Arrondissement	**9 719**	**36 357**	**17 764**	**18 593**	**3,7**
ENAGNON	4 181	14 788	7 487	7 301	3,5
FIFADJI HOUTO	424	1 733	869	864	4,1
SODJATINME CENTRE	439	1 433	663	770	3,3
SODJATINME EST	613	2 653	1 290	1 363	4,3
SODJATINME OUEST	590	2 070	960	1 110	3,5
ABOKICODJI CENTRE	532	1 975	952	1 023	3,7
ABOKICODJI LAGUNE	292	1 364	652	712	4,7
DEDOKPO	1 211	4 784	2 315	2 469	4,0

GBEDJEWIN	466	1 718	798	920	3,7
MISSESSIN	588	2 319	1 051	1 268	3,9
OHE	383	1 520	727	793	4,0
ARROND: 5ème Arrondissement	**5 750**	**20 039**	**9 942**	**10 097**	**3,5**
GUINCOME	445	1 222	544	678	2,7
TOKPA HOHO	285	870	418	452	3,1
WLACODJI KPODJI	326	1 082	550	532	3,3
WLACODJI PLAGE	895	3 376	1 748	1 628	3,8
DOTA	309	715	383	332	2,3
GBETO	367	1 370	671	699	3,7
MIFONGOU	295	1 176	573	603	4,0
ZONGO EHUZU	429	1 796	862	934	4,2
ZONGO NIMA	206	975	567	408	4,7
JONQUET	419	1 543	759	784	3,7
BOCOSSI TOKPA	322	1 154	582	572	3,6
GBEDOKPO	470	1 752	810	942	3,7
MISSEBO	275	727	360	367	2,6
MISSITE	492	1 522	747	775	3,1
NOUVEAU PONT	215	759	368	391	3,5
ARROND: 6ème Arrondissement	**16 906**	**75 336**	**35 791**	**39 545**	**4,5**
AIDJEDO I	413	1 597	729	868	3,9
AIDJEDO II	505	2 122	989	1 133	4,2
AIDJEDO III	1 311	5 285	2 482	2 803	4,0
AIDJEDO IV	985	4 027	1 959	2 068	4,1
AHOUANSORI AGATA	886	4 101	1 922	2 179	4,6
AHOUANSORI TOWETA I	1 577	7 933	3 884	4 049	5,0
AHOUANSORI TOWETA II	847	3 969	1 922	2 047	4,7
GBEDJROMEDE	675	3 255	1 456	1 799	4,8
LADJI	1 352	6 959	3 495	3 464	5,1
DANTOKPA	295	1 160	500	660	3,9
HINDE I	1 063	4 358	1 996	2 362	4,1
HINDE II	915	3 929	1 815	2 114	4,3
JERICHO	1 243	5 107	2 385	2 722	4,1
AHOUANSORI AGUE	574	2 526	1 163	1 363	4,4
VOSSA	332	1 327	628	699	4,0
DJIDJE I	1 429	6 596	3 173	3 423	4,6
DJIDJE 2	1 539	6 588	3 198	3 390	4,3
GBEDJROMEDE II	965	4 497	2 095	2 402	4,7
ARROND: 7ème Arrondissement	**6 991**	**27 535**	**12 816**	**14 719**	**3,9**
GBEDOMIDJI (MARO MILITAIRE)	818	3 188	1 489	1 699	3,9
GBENAN	553	2 076	973	1 103	3,8
GBEWA (BATITO)	535	2 072	970	1 102	3,9
SEDAMI	513	1 930	918	1 012	3,8
SEDJRO	198	1 278	505	773	6,5
TODOTE	283	1 077	545	532	3,8
YEVEDO	510	1 897	927	970	3,7
DAGBEDJI	298	1 166	531	635	3,9
ENAGNON	987	3 613	1 716	1 897	3,7
FIGNON	866	3 336	1 543	1 793	3,9
MISSITE	857	3 466	1 598	1 868	4,0
SEHOGAN	573	2 436	1 101	1 335	4,3
ARROND: 8ème Arrondissement	**8 435**	**32 420**	**15 152**	**17 268**	**3,8**
AGBODJEDO	686	2 592	1 202	1 390	3,8

AGONTIKON	993	3 729	1 803	1 926	3,8
GBEDAGBA	1 479	5 806	2 722	3 084	3,9
HOUEHOUN	1 038	3 953	1 780	2 173	3,8
HOUENOUSSOU	1 156	4 393	2 068	2 325	3,8
MEDEDJRO	458	1 920	895	1 025	4,2
TONATO	1 496	5 540	2 581	2 959	3,7
MINONKPO	1 129	4 487	2 101	2 386	4,0
ARROND: 9ème Arrondissement	**13 521**	**57 691**	**27 506**	**30 185**	**4,3**
FIFADJI	2 161	8 903	4 226	4 677	4,1
VOSSA KPODJI	1 028	4 753	2 348	2 405	4,6
ZOGBO	1 656	7 733	3 718	4 015	4,7
ZOGBOHOUE	8 676	36 302	17 214	19 088	4,2
ARROND: 10ème Arrondissement	**9 724**	**38 728**	**18 191**	**20 537**	**4,0**
GBENONKPO	1 215	5 178	2 473	2 705	4,3
KOUHOUNOU	1 648	6 400	3 062	3 338	3,9
MIDEDJI	1 291	4 941	2 341	2 600	3,8
MISSEKPLE	1 204	4 724	2 204	2 520	3,9
MISSOGBE	743	2 898	1 316	1 582	3,9
VEDOKO	832	3 478	1 582	1 896	4,2
YENAWA	2 791	11 109	5 213	5 896	4,0
ARROND: 11ème Arrondissement	**8 342**	**34 879**	**17 764**	**17 115**	**4,2**
GBEDIGA I	411	3 927	2 772	1 155	9,6
GBEDIGA II	356	1 454	698	756	4,1
GBEGAMEY I	560	2 036	1 005	1 031	3,6
GBEGAMEY II	611	2 148	1 031	1 117	3,5
GBEGAMEY III	550	2 117	992	1 125	3,8
GBEGAMEY IV	899	3 853	1 857	1 996	4,3
ST JEAN (MIFFONGOU)	802	3 298	1 582	1 716	4,1
ALLOBATIN	487	1 816	880	936	3,7
AYIDOTE	530	1 859	905	954	3,5
FINAGNON	733	2 827	1 382	1 445	3,9
HOUEYIHO I	783	3 045	1 526	1 519	3,9
HOUEYIHO II	1 162	4 716	2 272	2 444	4,1
VODJE CENTRE	458	1 783	862	921	3,9
ARROND: 12ème Arrondissement	**24 547**	**97 920**	**47 235**	**50 685**	**4,0**
AIBATIN I	1 117	3 939	1 875	2 064	3,5
CADJEHOUN I	976	3 459	1 643	1 816	3,5
COCOTIER	408	1 322	697	625	3,2
FIDJROSSE CENTRE	1 932	7 393	3 407	3 986	3,8
FIDJROSSE KPOTA	11 751	48 282	23 499	24 783	4,1
FIYEGNON I	1 531	6 211	2 961	3 250	4,1
FIYEGNON II	1 518	6 815	3 231	3 584	4,5
AHOUANLEKO	490	2 309	1 303	1 006	4,7
CADJEHOUN 2	1 181	4 736	2 233	2 503	4,0
CADJEHOUN 3	452	1 672	816	856	3,7
CADJEHOUN 4	859	3 283	1 548	1 735	3,8
CADJEHOUN 5	559	1 992	899	1 093	3,6
CADJEHOUN KPOTA	779	2 809	1 357	1 452	3,6
VODJE KPOTA	994	3 698	1 766	1 932	3,7
ARROND: 13ème Arrondissement	**17 381**	**68 486**	**32 514**	**35 972**	**3,9**
AGLA	11 034	44 145	20 969	23 176	4,0
AHOGBOHOUE	1 753	6 671	3 233	3 438	3,8
AIBATIN II	2 384	9 431	4 432	4 999	4,0

GBEDEGBE	972	3 652	1 743	1 909	3,8
HOUENOUSSOU	316	1 266	589	677	4,0
MISSITE	922	3 321	1 548	1 773	3,6

Annexe 3 : Échantillonnage de la ville de Cotonou pour l'étude des dysfonctions sexuelles chez la femme ménopausée

Quartiers de ville	Nombre d'habitants	Effectif cumulé	Pas de sondage	Grappes
DANDJI	7 242	7 242		
DONATEN	2 579	9 821		
FINAGNON	4 508	14 329	12688	1
TCHANHOUNKPAME	3 894	18 223	40981	
TOKPLEGBE	6 531	24 754	69274	
AVOTROU	12381	37 135	97567	
N'VENAMEDE	3 271	40 406	125860	
SURU-LERE	5 462	45 868	154153	1
TANTO	6 198	52 066	182446	
YAGBE	5 896	57 962	210739	
IREDE	4 464	62 426	239032	
KPONDEHOU II	1 934	64 360	267325	
LOM'NAVA	2 632	66 992	295618	
SENANDE I	3 918	70 910	323911	1
SENADE II (KOWEGBO)	6 079	76 989	352204	
AHOUASSA	3 203	80 192	380497	
GANKPODO	5 859	86 051	408790	
DJEDJELAYE	3 962	90 013	437083	
KPONDEHOU I	7 233	97 246	465376	
MINONTCHOU	3 604	100 850	493669	1
YENAWA	11 405	112 255	521962	
KOWEGBO	7 375	119 630	550255	
ADJEGOUNLE	2 689	122 319	578548	
ADOGLETA	6 606	128 925	606841	1
GBENONKPO	2 122	131 047	635134	
HLACOMEY	4 744	135 791	663427	
KPANKPAN	4 824	140 615	691720	
MIDOMBO	5 094	145 709	720013	
SEGBEYA NORD	4 248	149 957	748306	

SEGBEYA SUD	6 279	156 236	776599	1
AGBATO	9 195	165 431	804892	
AGBODJEDO	10307	175 738	833185	
AYELAWADJE I	4 243	179 981	861478	
AYELAWADJE II	7 792	187 773	889771	1
FIFATIN	1 848	189 621	918064	
ENAGNON	14788	204 409	946357	
FIFADJI HOUTO	1 733	206 142	974650	
SODJATINME CENTRE	1 433	207 575	1002943	
SODJATINME EST	2 653	210 228	1031236	
SODJATINME OUEST	2 070	212 298	1059529	1
ABOKICODJI CENTRE	1 975	214 273	1087822	
ABOKICODJI LAGUNE	1 364	215 637	1116115	
DEDOKPO	4 784	220 421	1144408	
GBEDJEWIN	1 718	222 139	1172701	
MISSESSIN	2 319	224 458	1200994	
OHE	1 520	225 978	1229287	
GUINCOME	1 222	227 200	1257580	
TOKPA HOHO	870	228 070	1285873	
WLACODJI KPODJI	1 082	229 152	1314166	
WLACODJI PLAGE	3 376	232 528	1342459	
DOTA	715	233 243	1370752	
GBETO	1 370	234 613	1399045	
MIFONGOU	1 176	235 789	1427338	
ZONGO EHUZU	1 796	237 585	1455631	
ZONGO NIMA	975	238 560	1483924	
JONQUET	1 543	240 103	1512217	1
BOCOSSI TOKPA	1 154	241 257	1540510	
GBEDOKPO	1 752	243 009	1568803	
MISSEBO	727	243 736	1597096	
MISSITE	1 522	245 258	1625389	
NOUVEAU PONT	759	246 017	1653682	
AIDJEDO I	1 597	247 614	1681975	
AIDJEDO II	2 122	249 736	1710268	
AIDJEDO III	5 285	255 021	1738561	
AIDJEDO IV	4 027	259 048	1766854	
AHOUANSORI AGATA	4 101	263 149	1795147	

AHOUANSORI TOWETA I	7 933	271 082	1823440	1
AHOUANSORI TOWETA II	3 969	275 051	1851733	
GBEDJROMEDE	3 255	278 306	1880026	
LADJI	6 959	285 265	1908319	
DANTOKPA	1 160	286 425	1936612	
HINDE I	4 358	290 783	1964905	
HINDE II	3 929	294 712	1993198	
JERICHO	5 107	299 819	2021491	1
AHOUANSORI AGUE	2 526	302 345	2049784	
VOSSA	1 327	303 672	2078077	
DJIDJE I	6 596	310 268	2106370	
DJIDJE 2	6 588	316 856	2134663	
GBEDJROMEDE II	4 497	321 353	2162956	
GBEDOMIDJI (MARO MILITAIRE)	3 188	324 541	2191249	1
GBENAN	2 076	326 617	2219542	
GBEWA (BATITO)	2 072	328 689	2247835	
SEDAMI	1 930	330 619	2276128	
SEDJRO	1 278	331 897	2304421	
TODOTE	1 077	332 974	2332714	
YEVEDO	1 897	334 871	2361007	
DAGBEDJI	1 166	336 037	2389300	
ENAGNON	3 613	339 650	2417593	
FIGNON	3 336	342 986	2445886	
MISSITE	3 466	346 452	2474179	
SEHOGAN	2 436	348 888	2502472	
AGBODJEDO	2 592	351 480	2530765	
AGONTIKON	3 729	355 209	2559058	1
GBEDAGBA	5 806	361 015	2587351	
HOUEHOUN	3 953	364 968	2615644	
HOUENOUSSOU	4 393	369 361	2643937	
MEDEDJRO	1 920	371 281	2672230	
TONATO	5 540	376 821	2700523	
MINONKPO	4 487	381 308	2728816	1
FIFADJI	8 903	390 211	2757109	
VOSSA KPODJI	4 753	394 964	2785402	
ZOGBO	7 733	402 697	2813695	
ZOGBOHOUE	36302	438 999	2841988	2

GBENONKPO	5 178	444 177	2870281	
KOUHOUNOU	6 400	450 577	2898574	
MIDEDJI	4 941	455 518	2926867	
MISSEKPLE	4 724	460 242	2955160	
MISSOGBE	2 898	463 140	2983453	
VEDOKO	3 478	466 618	3011746	1
YENAWA	11109	477 727	3040039	
GBEDIGA I	3 927	481 654	3068332	
GBEDIGA II	1 454	483 108	3096625	
GBEGAMEY I	2 036	485 144	3124918	
GBEGAMEY II	2 148	487 292	3153211	
GBEGAMEY III	2 117	489 409	3181504	
GBEGAMEY IV	3 853	493 262	3209797	
ST JEAN (MIFFONGOU)	3 298	496 560	3238090	1
ALLOBATIN	1 816	498 376	3266383	
AYIDOTE	1 859	500 235	3294676	
FINAGNON	2 827	503 062	3322969	
HOUEYIHO I	3 045	506 107	3351262	
HOUEYIHO II	4 716	510 823	3379555	
VODJE CENTRE	1 783	512 606	3407848	
AIBATIN I	3 939	516 545	3436141	
CADJEHOUN I	3 459	520 004	3464434	
COCOTIER	1 322	521 326	3492727	
FIDJROSSE CENTRE	7 393	528 719	3521020	1
FIDJROSSE KPOTA	48282	577 001	3549313	1
FIYEGNON I	6 211	583 212	3577606	
FIYEGNON II	6 815	590 027	3605899	1
AHOUANLEKO	2 309	592 336	3634192	
CADJEHOUN 2	4 736	597 072	3662485	
CADJEHOUN 3	1 672	598 744	3690778	
CADJEHOUN 4	3 283	602 027	3719071	
CADJEHOUN 5	1 992	604 019	3747364	
CADJEHOUN KPOTA	2 809	606 828	3775657	
VODJE KPOTA	3 698	610 526	3803950	1
AGLA	44145	654 671	3832243	1
AHOGBOHOUE	6 671	661 342	3860536	
AIBATIN II	9 431	670 773	3888829	1
GBEDEGBE	3 652	674 425	3917122	

HOUENOUSSOU	1 266	675 691	3945415	
MISSITE	3 321	679 012	3973708	

Annexe 4 : Variables, Données, Sources, Technique et Outils de la collecte des données

Variables	**DONNEES**	**Sources**	**Technique**	**Outils**
Déterminer la prévalence des dysfonctions sexuelles chez la femme ménopausée à Cotonou en 2022				
DS	Oui/Non	Femme ménopausée	Enquête par questionnaire	Questionnaire
DS relative au désir	Oui/Non	Femme ménopausée	Enquête par questionnaire	Questionnaire
DS relative à l'excitation	Oui/Non	Femme ménopausée	Enquête par questionnaire	Questionnaire
DS relative à la lubrification	Oui/Non	Femme ménopausée	Enquête par questionnaire	Questionnaire
DS relative l'orgasme	Oui/Non	Femme ménopausée	Enquête par questionnaire	Questionnaire
DS relative à la satisfaction	Oui/Non	Femme ménopausée	Enquête par questionnaire	Questionnaire
DS relative à la douleur	Oui/Non	Femme ménopausée	Enquête par questionnaire	Questionnaire
Identifier les facteurs individuels associés à la survenue de dysfonctions sexuelles chez la femme ménopausée à Cotonou en 2022				
Age	45ans-<50ans ≥50ans	Femme ménopausée	Enquête par questionnaire	Questionnaire
Premier rapport sexuel	Age du premier rapport sexuel	Femme ménopausée	Enquête par questionnaire	Questionnaire
Ménarche	Age de survenue des premières règles	Femme ménopausée	Enquête par questionnaire	Questionnaire

Gestité	Nombre de Grossesse	Femme ménopausée	Enquête par questionnaire	Questionnaire
Parité	Nombre d'accouchement	Femme ménopausée	Enquête par questionnaire	Questionnaire
Ménopause (type)	• Naturelle • Pathologique	Femme ménopausée	Enquête par questionnaire	Questionnaire
Ménopause (Ancienneté)	Nombre d'année	Femme ménopausée	Enquête par questionnaire	Questionnaire
Troubles anxiodépressifs	• Anxiété • Dépression • Trouble anxiodépressif	Femme ménopausée	Enquête par questionnaire	Questionnaire
Antécédents de pathologies chroniques	Oui/Non	Femme ménopausée	Enquête par questionnaire	Questionnaire
Pratique sexuelle avant la ménopause	Oui/Non	Femme ménopausée	Enquête par questionnaire	Questionnaire
Intensité des troubles climatériques	• Intense • Faible ou modérée	Femme ménopausée	Enquête par questionnaire	Questionnaire
Situation matrimoniale	• Célibataire • Mariée • Divorcée • Veuve • Union libre	Femme ménopausée	Enquête par questionnaire	Questionnaire
Niveau d'instruction	• Aucun • Primaire • Secondaire • Supérieur	Femme ménopausée	Enquête par questionnaire	Questionnaire
Profession	• Fonctionnaire Artisan Ménagère • Agriculteur	Femme ménopausée	Enquête par questionnaire	Questionnaire
Niveau socio-économique	• Très pauvre • Pauvre • Nanti	Femme ménopausée	Enquête par questionnaire	Questionnaire

Alimentation	• Oui • Non	Femme ménopausée	Enquête par questionnaire	Questionnaire
Activité sportive	• Inactive • Active	Femme ménopausée	Enquête par questionnaire	Questionnaire
Sédentarité	• Normale • Modérée • Niveau élevé de sédentarité	Femme ménopausée	Enquête par questionnaire	Questionnaire
Consommation d'alcool,	• Risque faible • Consommation à risque • Alcoolodépendance probable	Femme ménopausée	Enquête par questionnaire	Questionnaire
Consommation de tabac	• Ne nécessite pas d'intervention ; • Nécessite une brève intervention ; • Nécessite une intervention intensive	Femme ménopausée	Enquête par questionnaire	Questionnaire
Causes iatrogènes de DS	Oui/Non	Femme ménopausée	Enquête par questionnaire	Questionnaire
Prise en charge des troubles du climatère	Oui/Non	Femme ménopausée	Enquête par questionnaire	Questionnaire
Identifier les politiques, stratégies et ou services spécifiques du système de santé adressant la prévention des DS, à Cotonou en 2022.				
La disponibilité de politiques de prévention/prise en charge des DS chez la femme ménopausée.	L'inclusion de la prévention et de la prise en charge des DS dans la politique sanitaire nationale	Cadre des services de l'ANSSP et MTN du ministère de la santé	Entretien semi-structuré	Guide d'entretien
La disponibilité de Stratégies, de prévention/prise	L'existence d'axes stratégiques (sensibilisation,	Cadre des services de l'ANSSP et	Entretien semi-structuré	Guide d'entretien

en charge des DS chez la femme ménopausée.	formation de ressources humaines, mise à disposition des intrants thérapeutiques) pour la prévention et la prise en charge des DS	MTN du ministère de la santé		
La disponibilité de Réglementations, dans la prévention/prise en charge des DS chez la femme ménopausée	L'existence de document normatif dans la prévention et la prise en charge des DS	Cadre des services de l'ANSSP et MTN du ministère de la santé	Entretien semi-structuré	Guide d'entretien
La disponibilité de Services spécialisés de prévention/prise en charge des DS chez la femme ménopausée	Mise en place de services spécialisés de prévention et de prise en charge des DS chez les femmes ménopausées	Cadre des services de l'ANSSP et MTN du ministère de la santé	Entretien semi-structuré	Guide d'entretien

Annexe 5 : Outils de collecte de données

Questionnaire à l'endroit de la femme ménopausée

N° de la fiche /___/ Date de l'enquête /__/__/____/

Nom de l'enquêteur ……

Arrondissement ……

Quartier/village ……

- **FACTEURS INDIVIDUELS**

  - Données liées aux facteurs biologiques

Questions	Modalités de réponses	Code de réponses
Q1 Quel âge avez-vous eu à votre dernier anniversaire ?		/__/
Q2 Êtes-vous ménopausée ?	1. Oui 2. Non Si oui préciser depuis quand	/__/ /__/
Q3 Quel type de ménopause ?	1. Naturelle 2. Pathologique	/__/
Q4 A quel âge avez-vous eu votre première règle ?		/__/
Q5 A quel âge avez-vous eu votre premier rapport sexuel ?		/__/
Q6 Combien de fois avez-vous été enceinte ?		/__/

Q7 Combien de fois avez-vous accouché ?		/__/
Q8 Avez-vous souffert ou souffrez-vous de maladies chroniques ou héréditaires ?	1. Oui 2. Non	/__/
Q9 Quelle maladie chronique ?	1. HTA 2. Diabète 3. Arthrose 4. Lombosciatalgie 5. Tumeur génitale 6. Autres à préciser	/__/
Q10 Suivez-vous un traitement pour la maladie chronique ?	1. Oui 2. Non	/__/
Q11 Si oui depuis quand		/__/
Q12 Préciser la ou les molécule(s)		/__/
Q13 Présentez-vous-en ce moment des bouffées de chaleur, transpiration	1- Pas du tout 2- Légèrement 3- Moyennement 4- Fortement 5- Très fortement	/__/
Q14 Présentez-vous-en ce moment de gène au	1- Pas du tout 2- Légèrement	/__/

niveau du cœur (Battements de cœur inhabituels, palpitations, battements irréguliers, oppression)	3- Moyennement 4- Fortement 5- Très fortement	
Q15 Présentez-vous-en ce moment, des problèmes de sommeil (difficultés pour s'endormir, difficultés à dormir d'une traite, saute d'humeur)	1- Pas du tout 2- Légèrement 3- Moyennement 4- Fortement 5- Très fortement	/__/
Q16 Présentez-vous-en ce moment une humeur dépressive (se sentir déprimée, triste, au bord des larmes, manque d'énergie, sautes d'humeur)	1- Pas du tout 2- Légèrement 3- Moyennement 4- Fortement 5- Très fortement	/__/
Q17 Présentez-vous-en ce moment d'irritabilité (sensation de nervosité, de stress, sensation d'agressivité)	1- Pas du tout 2- Légèrement 3- Moyennement 4- Fortement 5- Très fortement	/__/
Q18 Présentez-vous-en ce moment d'anxiété (sentiment d'angoisse, sensation de panique)	1- Pas du tout 2- Légèrement 3- Moyennement 4- Fortement 5- Très fortement	/__/
Q19 Présentez-vous-en ce moment de fatigue	1- Pas du tout 2- Légèrement	/__/

physique et mentale (intellectuelle) (diminution des performances en général, problèmes de mémoire, diminution de concentration, tendance aux oublis)	3- Moyennement 4- Fortement 5- Très fortement	
Q20 Présentez-vous-en ce moment des problèmes sexuels (baisse de libido, de l'activité sexuelle et de la satisfaction sexuelle)	1- Pas du tout 2- Légèrement 3- Moyennement 4- Fortement 5- Très fortement	/__/
Q21 Présentez-vous-en ce moment des problèmes urinaires (difficultés à uriner, besoin croissant d'uriner, incontinence)	1- Pas du tout 2- Légèrement 3- Moyennement 4- Fortement 5- Très fortement	/__/
Q22 Présentez-vous-en ce moment une sècheresse vaginale (sensation de sécheresse ou brulures du vagin, douleurs lors des rapports sexuels)	1- Pas du tout 2- Légèrement 3- Moyennement 4- Fortement 5- Très fortement	/__/
Q23 Présentez-vous-en ce moment de gène musculaire et aux articulations (douleur aux articulations, rhumatismes)	1- Pas du tout 2- Légèrement 3- Moyennement 4- Fortement 5- Très fortement	/__/

Q24 Avez-vous consulté un professionnel de santé ?	1- Oui 2- Non	/__/

- Données socioculturelles et économiques

Q25 Quelle est votre nationalité ?	1. Béninoise 2. Autre à préciser	/__/
Q26 Quelle est votre situation matrimoniale ?	1. Célibataire 2. Mariée 3. Divorcée 4. Veuve 5. Union libre	/__/
Q27 Quel a été votre dernier niveau d'étude ?	1. Aucun 2. Primaire 3. Secondaire 4. Supérieur	/__/
Q28 Quelle est votre religion ?	1. Christianisme 2. Musulmane 3. Endogènes 4. Athéisme 5. Autre (à préciser)	/__/
Q29 Vous êtes de quelle ethnie ?	1. Fon et apparentés 2. Adja et apparentés 3. Yoruba ou nago et apparentés 4. Dendi et Apparentés 5. Bariba et apparentés 6. Peulh et apparentés	/__/

	7. Autres à préciser	
Q30 Quelle est votre occupation ou métier ?	1. Fonctionnaire 2. Profession libérale (avocate, notaire/huissier, médecin) 3. Ouvrière/artisane/agriculteur 4. Revendeuse/commerçante 5. Sans emploi	/__/
Q31 Possédez-vous du bétail (bœufs, vaches, moutons, volailles, porcs) ?	1. Oui 2. Non	/__/
Biens d'équipement fonctionnels du ménage		
Q32 Avez-vous une radio ou un poste téléviseur ?	1. Oui 2. Non	/__/
Q33 Avez-vous un ordinateur portable/bureautique ?	1. Oui 2. Non	/__/
Q34 Utilisez-vous un foyer amélioré ou du gaz pour la cuisson de vos aliments ?	1. Oui 2. Non	/__/
Q35 Avez-vous une moto ou une voiture ?	1. Oui 2. Non	/__/
Q36 Dormez-vous sur des matelas ?	1. Oui 2. Non	/__/
Caractéristiques de l'habitat du ménage		

Q37 Êtes-vous propriétaire du logement ou domicile ?	1. Oui 2. Non	/__/
Q38 Avec quel matériau est fait le toit de votre logement ? NB : Observer aussi	1. Tuiles/tôles/ciment 2. Natte/feuilles de palmier/bambou/bois	/__/
Q39 Avec quel matériau est recouvert le sol de votre logement ? NB : Observer aussi	1. Carrelage/ciment/moquette/bois ciré 2. Aucun (terre sable) /planche en bois/bambou	/__/
Q40 Quelle est la principale source d'énergie pour l'éclairage dans votre ménage ?	1. Courant électrique SBEE/panneaux solaires 2. Groupe électrogène/lampe ou bougies incandescentes/lampe rechargeable	/__/
Q41 Quelle est la principale source d'eau de boisson de votre ménage ?	1. Robinet/forage/pompe 2. Puits/rivière/marigot	/__/
Q42 Disposez-vous de latrines dans votre ménage ?	1. Oui 2. Non	/__/
Q43 Si vous disposez de latrines, sont-elles sanitaires ou traditionnelles ?	1. Sanitaires 2. Traditionnelles	/__/

- Données liées aux facteurs comportementaux

Questions	Modalités de réponses	Code de réponses

Q44 Vous etes-vous deja fait vomir parce que vous ne vous sentiez pas bien (estomac plein) ?	0- Non 1- Oui	/__/
Q45 Craignez- vous d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez ?	0- Non 1- Oui	/__/
Q46 Avez-vous récemment perdu plus de 6 kilos en moins de trois mois ?	0- Non 1- Oui	/__/
Q47 Pensez-vous que vous êtes trop grosse alors que les autres vous considèrent comme trop mince ?	0- Non 1- Oui	/__/
Q48 Diriez-vous que la nourriture est quelque chose qui occupe une place dominante dans votre vie ?	0- Non 1- Oui	/__/
Q49 : A quelle fréquence buvez-vous des boissons contenant de l'alcool ?	0- Jamais 1- Une fois par mois ou moins 2- 2 à 4 fois par mois 3- 2 à 3 fois par semaine	/__/

	4- 4fois ou plus par semaine	
Q50 Combien de boissons alcoolisées buvez-vous en générale ?	0- 1 ou 2 1- 3 ou 4 2- 5 ou 6 3- 7 à 9 4- 10 ou plus	/__/
Q51 A quelle fréquence buvez-vous 5 boissons alcoolisées ou plus lors d'une occasion ?	0- Jamais 1- Moins d'une fois par mois 2- Tous les mois 3- Toutes les semaines 4- Tous les jours ou presque	/__/
Q52 Au cours de l'année passée, à quelle fréquence n'avez-vous pas pu vous arrêter de boire après avoir commencé ?	0- Jamais 1- Moins d'une fois par mois 2- Tous les mois 3- Toutes les semaines 4- Tous les jours ou presque	/__/
Q53 Au cours de l'année passée, à quelle fréquence n'avez-vous pas pu faire ce que l'on attendait de vous à cause de l'alcool ?	0- Jamais 1- Moins d'une fois par mois 2- Une fois par mois 3- Une fois par semaine 4- Tous les jours ou presque	/__/
Q54 Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un	0- Jamais 1- Mons d'une fois par mois 2- Une fois par mois	/__/

premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?	3- Une fois par semaine 4- Tous les jours ou presque	
Q55 Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?	0- Jamais 1- Mons d'une fois par mois 2- Une fois par mois 3- Une fois par semaine 4- Tous les jours ou presque	/__/
Q56 Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vos aviez bu ?	0- Jamais 1- Mons d'une fois par mois 2- Une fois par mois 3- Une fois par semaine 4- Tous les jours ou presque	/__/
Q57 Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?	1- Non (0) 2- Oui, mais pas au cours de l'année écoulée (2) 3- Oui, au cours de l'année (4)	/__/
Q58 Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation	1- Non (0) 2- Oui, mais pas au cours de l'année écoulée (2) 3- Oui, au cours de l'année (4)	/__/

d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?		
Q59 Avez-vous déjà consommé au cours de votre vie des produits du tabac ? (Cigarette, tabac à marcher, cigares, etc…)	1. Oui 2. Non	/__/
Q60 Au cours des trois derniers mois, combien de fois avez-vous consommé des produits du tabac ?	1- Jamais (0) 2- Une ou deux fois (2) 3- Chaque mois (3) 4- Chaque semaine (4) 5- Chaque jour ou presque (6)	/__/
Q61 Au cours des trois derniers mois, combien de fois avez-vous ressenti un fort désir ou un besoin irrésistible de consommer des produits du tabac ?	1- Jamais (0) 2- Une ou deux fois (3) 3- Chaque mois (4) 4- Chaque semaine (5) 5- Chaque jour ou presque (6)	/__/
Q62 Au cours des trois derniers mois, combien de fois votre consommation des produits du tabac vous a-t-elle cause des problèmes ?	1- Jamais (0) 2- Une ou deux fois (4) 3- Chaque mois (5) 4- Chaque semaine (6) 5- Chaque jour ou presque (7)	/__/
Q63 Un ami ou un parent ou quelqu'un d'autre a-t-il	1- Non Jamais (0)	/__/

déjà exprimé des inquiétudes au sujet de votre consommation des produits du tabac ?	2- Oui, au cours des trois derniers mois (6) 3- Oui, mais pas au cours des trois derniers mois (3)	
Q64 Avez-vous déjà essayé, sans succès, de réduire votre consommation des produits du tabac ?	1- Non Jamais (0) 2- Oui, au cours des trois derniers mois (6) 3- Oui, mais pas au cours des trois derniers mois (3)	/__/
Q65 Votre travail implique-t-il des tâches répétitives ou régulières de forte Intensité ? (Course à pied, vélo à un rythme soutenu ou avec des pentes, natation, football, fitness, tâches agricoles ou manutentionnaires difficiles…) marquée par un essoufflement, une transpiration importante	1. Oui 2. Non	/__/
Q66 Si oui, combien de jour par semaine ?	1 à 7	/__/
Q67	Nombre d'heure	/__/

Combien de temps par jour ?		
Q68 Votre travail implique-t-il des tâches répétitives ou régulières d'intensité modérée ? (Marche rapide, montée d'escalier, randonnée, vélo en tant que mode de transport, port de charge…). Elle est marquée par une accélération de la respiration, une transpiration)	1. Oui 2. Non	/__/
Q69 Si oui, combien de jour par semaine ?	1 à 7	/__/
Q70 Combien de temps par jour ?	Nombre d'heure	/__/
Q71 Habituellement, combien de de temps par jour en moyenne passez-vous assis dans votre travail ? (Ne pas compter les temps de repos)	Nombre d'heure	
Q72 Lors d'une semaine habituelle (Week-end inclus), effectuez-vous des déplacements à pied ? (Seules comptent les marches de plus de 10 min d'affilée)	1. Oui 2. Non	/__/

Q73 Si oui, combien de jour par semaine ?	1 à 7	/__/
Q74 Combien de temps par jour ?	Nombre d'heure	/__/
Q75 Lors d'une semaine habituelle (Week-end inclus), effectuez-vous des déplacements à Vélo ou vélo à assistance électrique ?	1. Oui 2. Non	/__/
Q76 Si oui, combien de jour par semaine ?	1 à 7	/__/
Q77 Combien de temps par jour ?	Nombre d'heure	/__/
Q78 Lors d'une semaine habituelle (Week-end inclus), effectuez-vous des déplacements avec ? Autres modes actifs de déplacement ? (Roller ; Trottinette …)	1. Oui 2. Non	/__/
Q79 Si oui, combien de jour par semaine ?	1 à 7	/__/
Q80 Combien de temps par jour ?	Nombre d'heure	/__/
Q81 Lors d'une semaine habituelle (Week-end	1. Oui	/__/

inclus), utilisez-vous des moyens de transport motorisés pour certain de vos déplacements ? (Voiture, moto, scooter, transport commun)	2. Non	
Q82 Si oui, combien de jour par semaine ?	1 à 7	/__/
Q83 Combien de temps par jour ?	Nombre d'heure	/__/
Q84 Lors d'une semaine habituelle (Week-end inclus), effectuez-vous Tâches domestiques ?	1. Oui 2. Non	/__/
Q85 Si oui, combien de jour par semaine ?	1 à 7	/__/
Q86 Combien de temps par jour ?	Nombre d'heure	/__/
Q87 Lors d'une semaine habituelle (Week-end inclus), passez-vous du temps à des activités assises ou allongées (hors sommeil) chez vous ou lors de vos loisirs devant l'écran ?	1. Oui 2. Non	/__/
Q88 Si oui, combien de jour par semaine ?	1 à 7	/__/
Q89	Nombre d'heure	/__/

Combien de temps par jour ?		
Q90 Lors d'une semaine habituelle (Week-end inclus), passez-vous du temps à des activités assises ou allongées (hors sommeil) chez vous ou lors de vos loisirs autre que devant un écran ?	1. Oui 2. Non	/__/
Q91 Si oui, combien de jour par semaine ?	1 à 7	/__/
Q92 Combien de temps par jour ?	Nombre d'heure	/__/
Q93 Lors d'une semaine habituelle (Week-end inclus), pratiquez-vous des activités sportives ou des activités physiques de loisirs de forte intensité ?	1. Oui 2. Non	/__/
Q94 Si oui, combien de jour par semaine ?	1 à 7	/__/
Q95 Combien de temps par jour ?	Nombre d'heure	/__/
Q96 Lors d'une semaine habituelle (Week-end inclus), pratiquez-vous des activités sportives ou des activités physiques de loisirs d'intensité modérée ?	1. Oui 2. Non	

Q97 Si oui combien de jour par semaine ?	1 à 7	/__/
Q98 Combien de temps par jour	Nombre d'heure	/__/

- Facteurs thérapeutiques

Q99 Prenez-vous un médicament tous les jours ?	1. Oui 2. Non	/__/
Q100 Si oui précisez		/__/
Q101 Prenez-vous un traitement Pour votre ménopause ?	1. Oui 2. Non	/__/
Q102 Si Oui Précisez		

Q103 Evaluation de la fonction sexuelle à la ménopause :

Femal Sexual Function Index

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 et clairement que possible. **Vos réponses resteront strictement confidentielles.**

Questions	Modalités de réponse	Réponse
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.		
Q1 :	5 = Presque toujours ou toujours	

Au cours des 4 dernières semaines, avez- vous ressenti un désir sexuel ?	4 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux) 3 = Parfois (environ une fois sur deux) 2 = Rarement (moins d'une fois sur deux) 1 = Presque jamais ou jamais	/__/
Q2 : Au cours des 4 dernières semaines, quel a été votre niveau (degré) de désir sexuel ?	5 = Très élevé 4 = Élevé 3 = Moyen 2 = Faible 1 = Très faible ou inexistant	/__/
Q3 : Au cours des 4 dernières semaines, vous êtes-vous sentie excitée sexuellement pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?	0 = Aucune activité sexuelle 5 = Presque toujours ou toujours 4 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux) 3 = Parfois (environ une fois sur deux) 2 = Rarement (moins d'une fois sur deux) 1 = Presque jamais ou jamais	/__/
Q4 : Au cours des 4 dernières semaines, quel a été votre niveau (degré) d'excitation sexuelle pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?	0 = Aucune activité sexuelle 5 = Très élevé 4 = Élevé 3 = Moyen 2 = Faible 1 = Très faible ou inexistant	/__/
Q5 : Au cours des 4 dernières semaines, à quel point vous êtes-vous sentie sûre de votre capacité à être sexuellement excitée	0 = Aucune activité sexuelle 5 = Extrêmement sûre 4 = Très sûre 3 = Moyennement sûre 2 = Peu sûre 1 = Très peu sûre ou pas sûre du tout	/__/

pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?		
Q6 : Au cours des 4 dernières semaines, avez- vous été satisfaite de votre degré d'excitation pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?	0 = Aucune activité sexuelle 5 = Presque toujours ou toujours 4 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux) 3 = Parfois (environ une fois sur deux) 2 = Rarement (moins d'une fois sur deux) 1 = Presque jamais ou jamais	/__/
Q7 : Au cours des 4 dernières semaines, votre vagin était-il lubrifié (humide) pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?	5 = Presque toujours ou toujours 4 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux) 3 = Parfois (environ une fois sur deux) 2 = Rarement (moins d'une fois sur deux) 1 = Presque jamais ou jamais 0 = Aucune activité sexuelle	/__/
Q8 : 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 ?	0 = Aucune activité sexuelle 1 = Extrêmement difficile ou impossible 2 = Très difficile 3 = Difficile 4 = Légèrement difficile 5 = Pas difficile	/__/
Q9 : Au cours des 4 dernières semaines, la lubrification (humidité) de votre vagin a-t-elle duré jusqu'à la fin	5 = Presque toujours ou toujours 4 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)	/__/

d'une activité sexuelle ou d'un rapport sexuel ?	3 = Parfois (environ une fois sur deux) 2 = Rarement (moins d'une fois sur deux) 1 = Presque jamais ou jamais 0 = Aucune activité sexuelle	
Q10 : 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 ?	0 = Aucune activité sexuelle 1 = Extrêmement difficile ou impossible 2 = Très difficile 3 = Difficile 4 = Légèrement difficile 5 = Pas difficile	/__/
Q11 : 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 ?	5 = Presque toujours ou toujours 4 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux) 3 = Parfois (environ une fois sur deux) 2 = Rarement (moins d'une fois sur deux) 1 = Presque jamais ou jamais 0 = Aucune activité sexuelle	/__/
Q12 : Au cours des 4 dernières semaines, lorsque vous avez été stimulée sexuellement ou que vous avez eu un rapport sexuel, à quel point vous a-t-il été difficile d'atteindre l'orgasme ?	0 = Aucune activité sexuelle 1 = Extrêmement difficile ou impossible 2 = Très difficile 3 = Difficile 4 = Légèrement difficile 5 = Pas difficile	/__/
Q13 :		

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 ?	5 = Très satisfaite 4 = Moyennement satisfaite 3 = Ni satisfaite, ni insatisfaite 2 = Moyennement insatisfaite 1 = Très insatisfaite 0 = Aucune activité sexuelle	/__/
Q14 : Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été satisfaite de votre relation affective avec votre partenaire pendant une activité sexuelle ?	5 = Très satisfaite 4 = Moyennement satisfaite 3 = Ni satisfaite, ni insatisfaite 2 = Moyennement insatisfaite 1 = Très insatisfaite 0 = Aucune activité sexuelle	/__/
Q15 : Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été satisfaite de votre relation avec votre partenaire du point de vue sexuel ?	5 = Très satisfaite 4 = Moyennement satisfaite 3 = Ni satisfaite, ni insatisfaite 2 = Moyennement insatisfaite 1 = Très insatisfaite	/__/
Q16 : Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été satisfaite de votre vie sexuelle en général ?	5 = Très satisfaite 4 = Moyennement satisfaite 3 = Ni satisfaite, ni insatisfaite 2 = Moyennement insatisfaite 1 = Très insatisfaite	/__/
Q17 : Au cours des 4 dernières semaines, avez- vous ressenti une gêne ou de la douleur pendant la pénétration vaginale ?	0 = Je n'ai pas eu de rapport sexuel 1 = Presque toujours ou toujours 2 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux) 3 = Parfois (environ une fois sur deux)	/__/

	4 = Rarement (moins d'une fois sur deux) 5 = Presque jamais ou jamais	
Q18 : Au cours des 4 dernières semaines, avez- vous ressenti une gêne ou de la douleur après la pénétration vaginale ?	0 = Je n'ai pas eu de rapport sexuel 1 = Presque toujours ou toujours 2 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux) 3 = Parfois (environ une fois sur deux) 4 = Rarement (moins d'une fois sur deux) 5 = Presque jamais ou jamais	/__/
Q19 : Au cours des 4 dernières semaines, quel a été votre niveau (degré) de gêne ou de douleur pendant ou après la pénétration vaginale ?	0 = Je n'ai pas eu de rapport sexuel 1 = Très élevé 2 = Élevé 3 = Moyen 4 = Faible 5 = Très faible ou inexistant	/__/

Q104 Evaluation de la fonction sexuelle avant la ménopause

Questions	Modalités de réponse	Réponse
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.		
Q1 : Avant la ménopause, en un mois, ressentiez-vous un désir sexuel ?	5 = Presque toujours ou toujours 4 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux) 3 = Parfois (environ une fois sur deux) 2 = Rarement (moins d'une fois sur deux) 1 = Presque jamais ou jamais	/__/

Q2 : Avant la ménopause, en un mois, quel était votre niveau (degré) de désir sexuel ?	5 = Très élevé 4 = Élevé 3 = Moyen 2 = Faible 1 = Très faible ou inexistant	/__/
Q3 : Avant la ménopause, en un mois, sentiez-vous excitée sexuellement pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?	0 = Aucune activité sexuelle 5 = Presque toujours ou toujours 4 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux) 3 = Parfois (environ une fois sur deux) 2 = Rarement (moins d'une fois sur deux) 1 = Presque jamais ou jamais	/__/
Q4 : Avant la ménopause, en un mois, quel était votre niveau (degré) d'excitation sexuelle pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?	0 = Aucune activité sexuelle 5 = Très élevé 4 = Élevé 3 = Moyen 2 = Faible 1 = Très faible ou inexistant	/__/
Q5 : Avant la ménopause, en un mois, à quel point vous sentiez-vous sûre de votre capacité à être sexuellement excitée pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?	0 = Aucune activité sexuelle 5 = Extrêmement sûre 4 = Très sûre 3 = Moyennement sûre 2 = Peu sûre 1 = Très peu sûre ou pas sûre du tout	/__/
Q6 : Avant la ménopause, en un mois, étiez-vous satisfaite de votre degré d'excitation	0 = Aucune activité sexuelle 5 = Presque toujours ou toujours 4 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)	/__/

pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?	3 = Parfois (environ une fois sur deux) 2 = Rarement (moins d'une fois sur deux) 1 = Presque jamais ou jamais	
Q7 : Avant la ménopause, en un mois,votre vagin était-il lubrifié (humide) pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?	5 = Presque toujours ou toujours 4 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux) 3 = Parfois (environ une fois sur deux) 2 = Rarement (moins d'une fois sur deux) 1 = Presque jamais ou jamais 0 = Aucune activité sexuelle	/__/
Q8 : Avant la ménopause, en un mois, à quel point vous était-il difficile d'avoir le vagin lubrifié (humide) pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?	0 = Aucune activité sexuelle 1 = Extrêmement difficile ou impossible 2 = Très difficile 3 = Difficile 4 = Légèrement difficile 5 = Pas difficile	/__/
Q9 : Avant la ménopause, en un mois, la lubrification (humidité) de votre vagin durait-elle jusqu'à la fin d'une activité sexuelle ou d'un rapport sexuel ?	5 = Presque toujours ou toujours 4 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux) 3 = Parfois (environ une fois sur deux) 2 = Rarement (moins d'une fois sur deux) 1 = Presque jamais ou jamais 0 = Aucune activité sexuelle	/__/
Q10 :		

Avant la ménopause, en un mois, à quel point vous était-il difficile de conserver la lubrification (humidité) de votre vagin jusqu'à la fin d'une activité sexuelle ou d'un rapport sexuel ?	0 = Aucune activité sexuelle 1 = Extrêmement difficile ou impossible 2 = Très difficile 3 = Difficile 4 = Légèrement difficile 5 = Pas difficile	/__/
Q11 : Avant la ménopause, en un mois, lorsque vous étiez stimulée sexuellement ou que vous avez eu un rapport sexuel, avez-vous atteint l'orgasme ?	5 = Presque toujours ou toujours 4 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux) 3 = Parfois (environ une fois sur deux) 2 = Rarement (moins d'une fois sur deux) 1 = Presque jamais ou jamais 0 = Aucune activité sexuelle	/__/
Q12 : Avant la ménopause, en un mois, lorsque vous étiez stimulée sexuellement ou que vous avez eu un rapport sexuel, à quel point vous a-t-il été difficile d'atteindre l'orgasme ?	0 = Aucune activité sexuelle 1 = Extrêmement difficile ou impossible 2 = Très difficile 3 = Difficile 4 = Légèrement difficile 5 = Pas difficile	/__/
Q13 : Avant la ménopause, en un mois, à quel point étiez-vous satisfaite de votre capacité à atteindre l'orgasme pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?	5 = Très satisfaite 4 = Moyennement satisfaite 3 = Ni satisfaite, ni insatisfaite 2 = Moyennement insatisfaite 1 = Très insatisfaite 0 = Aucune activité sexuelle	/__/
Q14 :	5 = Très satisfaite	/__/

Avant la ménopause, en un mois, à quel point étiez-vous satisfaite de votre relation affective avec votre partenaire pendant une activité sexuelle ?	4 = Moyennement satisfaite 3 = Ni satisfaite, ni insatisfaite 2 = Moyennement insatisfaite 1 = Très insatisfaite 0 = Aucune activité sexuelle	
Q15 : Avant la ménopause, en un mois, à quel point étiez-vous satisfaite de votre relation avec votre partenaire du point de vue sexuel ?	5 = Très satisfaite 4 = Moyennement satisfaite 3 = Ni satisfaite, ni insatisfaite 2 = Moyennement insatisfaite 1 = Très insatisfaite	/__/
Q16 : Avant la ménopause, en un mois, à quel point étiez-vous satisfaite de votre vie sexuelle en général ?	5 = Très satisfaite 4 = Moyennement satisfaite 3 = Ni satisfaite, ni insatisfaite 2 = Moyennement insatisfaite 1 = Très insatisfaite	/__/
Q17 : Avant la ménopause, en un mois, aviez-vous ressenti une gêne ou de la douleur pendant la pénétration vaginale ?	0 = Je n'ai pas eu de rapport sexuel 1 = Presque toujours ou toujours 2 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux) 3 = Parfois (environ une fois sur deux) 4 = Rarement (moins d'une fois sur deux) 5 = Presque jamais ou jamais	/__/
Q18 : Avant la ménopause, en un mois, aviez-vous ressenti une gêne ou de la douleur après la pénétration vaginale ?	0 = Je n'ai pas eu de rapport sexuel 1 = Presque toujours ou toujours 2 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)	/__/

	3 = Parfois (environ une fois sur deux) 4 = Rarement (moins d'une fois sur deux) 5 = Presque jamais ou jamais	
Q19 : Avant la ménopause, en un mois, quel était votre niveau (degré) de gêne ou de douleur pendant ou après la pénétration vaginale ?	0 = Je n'ai pas eu de rapport sexuel 1 = Très élevé 2 = Élevé 3 = Moyen 4 = Faible 5 = Très faible ou inexistant	/__/

Q105 Evaluation des troubles anxiodépressifs (HADS) après la ménopause

Dans la série de questions ci-dessous, cochez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler. Ne vous attardez pas sur la réponse à faire : votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez, qu'une réponse longuement méditée.

Questions	Modalités de réponse	Réponse
A. Je me sens tendu ou énervé	3= la plupart du temps 2= souvent 1= de temps en temps 0= jamais	/__/
D. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois	0= oui, tout autant 1= pas autant	/__/

	2= un peu seulement 3= presque plus	
A. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver	3= oui, très nettement 2= oui, mais ce n'est pas grave 1= un peu, mais cela ne m'inquiète pas 0= pas du tout	/__/
D. 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	/__/
A. Je me fais du souci	3= très souvent 2= assez souvent 1= occasionnellement 0= très occasionnellement	/__/
D. Je suis de bonne humeur	3= jamais 2= rarement 1= assez souvent 0= la plupart du temps	/__/
A. 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	/__/
D. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti	3= presque toujours	

	2= très souvent 1= parfois 0= jamais	/__/
A. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué	0=jamais 1= parfois 2= assez souvent 3= très souvent	/__/
D. Je ne m'intéresse plus à mon apparence	3= plus du tout 2= je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais 1= il se peut que je n'y fasse plus autant attention 0= j'y prête autant d'attention que par le passé	/__/
A. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place	3= oui, c'est tout à fait le cas 2= un peu 1= pas tellement 0= pas du tout	/__/
D. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses	0= autant qu'auparavant 1= un peu moins qu'avant 2= bien moins qu'avant 3= presque jamais	/__/
A. J'éprouve des sensations soudaines de panique	3= vraiment très souvent 2= assez souvent 1= pas très souvent 0= jamais	/__/
D. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne	0= souvent 1= parfois	/__/

émission radio ou de télévision	2= rarement 3= très rarement	

Score Total: A……

D……

A+D……

Q106 Évaluation des troubles anxiodépressifs (HADS) avant la ménopause

Questions	Modalités de réponse	Réponse
A. Je me sentais tendu ou énervé	3= la plupart du temps 2= souvent 1= de temps en temps 0= jamais	/__/
D. Je prenais plaisir aux mêmes choses qu'autrefois	0= oui, tout autant 1= pas autant 2= un peu seulement 3= presque plus	/__/
A. J'avais une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver	3= oui, très nettement 2= oui, mais ce n'est pas grave 1= un peu, mais cela ne m'inquiète pas 0= pas du tout	/__/
D. Je riais 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	
A. Je me faisais du souci	3= très souvent 2= assez souvent 1= occasionnellement 0= très occasionnellement	/__/
D. J'étais de bonne humeur	3= jamais 2= rarement 1= assez souvent 0= la plupart du temps	/__/
A. Je pouvais 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	/__/
D. J'avais l'impression de fonctionner au ralenti	3= presque toujours 2= très souvent 1= parfois 0= jamais	/__/
A. J'éprouvais des sensations de peur et j'avais l'estomac noué	0=jamais 1= parfois 2= assez souvent 3= très souvent	/__/
D. Je ne m'intéressais plus à mon apparence	3= plus du tout 2= je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais	/__/

	1= il se peut que je n'y fasse plus autant attention 0= j'y prête autant d'attention que par le passé	
A. J'avais la bougeotte et n'arrivais pas à tenir en place	3= oui, c'est tout à fait le cas 2= un peu 1= pas tellement 0= pas du tout	/__/
D. Je me réjouissais d'avance à l'idée de faire certaines choses	0= autant qu'auparavant 1= un peu moins qu'avant 2= bien moins qu'avant 3= presque jamais	/__/
A. J'éprouvais des sensations soudaines de panique	3= vraiment très souvent 2= assez souvent 1= pas très souvent 0= jamais	/__/
D. Je pouvais prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision	0= souvent 1= parfois 2= rarement 3= très rarement	/__/

Score Total: A……

D……

A+D……

Outil de collecte pour les cadres du ministère de la santé.

THEME : Prévalence et facteurs associés à la survenue des dysfonctions sexuelles chez les femmes ménopausées de la ville de Cotonou en 2022.

N° de la fiche /___/ Date de l'enquête /__/__/____/

Nom de l'enquêteur ……

Q1 : Les DS chez la femme ménopausée sont-elles prises en compte dans la politique nationale de santé ?

Q2 : Existe-t-il des axes stratégiques ou des documents normatifs de procédure de dépistage et de prise en charge des DS chez la femme ménopausée ?

Q3 : Existe-t-il une règlementation dans la mise en œuvre de ces axes stratégiques ?

Q4 : Existe-t-il des systèmes de surveillance de ces DS au Bénin ?

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES

DEDICACES ..... **viii**

REMERCIEMENTS ..... **xii**

HOMMAGES ..... **xx**

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS ..... **xxiii**

LISTE DES TABLEAUX ..... **xxvi**

LISTE DES FIGURES ..... **xxix**

SOMMAIRE ..... **xxxi**

INTRODUCTION **2**

1 PROBLEMATIQUE **4**

1.1 Enoncé du problème 4

1.2 Questions de recherche 6

1.3 Cadre conceptuel 6

1.4 Description du cadre conceptuel 8

1.4.1 les facteurs individuels 8

1.4.2 Facteurs liés au système de santé 15

1.5 Hypothèses 16

1.6 Objectifs 17

1.6.1 Objectif général ..... **Erreur ! Signet non défini.**

1.6.2 Objectifs spécifiques 17

2 GENERALITES 19

2.1 Définition de concepts 19

2.1.1 La dysfonction sexuelle chez la femme 19

2.1.2 La ménopause 19

2.1.3 Les troubles du climatère 20

2.1.4 L'anxiété 20

2.1.5 La Dépression 20

2.2 Connaissances générales sur les dysfonctions sexuelles 21

2.2.1 Classification 21

2.2.2 Rappels anatomiques 24

2.2.3 Rappels physiologiques 25

2.2.4 Etiologies de la Dysfonction sexuelle 30

2.3 Épidémiologie des dysfonctions sexuelles 35

2.3.1 Fréquence et gravité 35

2.3.2 Distribution géographique 35

2.3.3 FACTEURS FAVORISANTS 36

2.3.4 Prévention des Dysfonctions sexuelles 38

2.4 Outils de dépistage des DS et des troubles psycho affectifs 43

2.4.1 Female Sexual Function Index 43

2.4.2 HADS Hospital anxiety and depression scale (HADS) 44

3 CADRE ET METHODES D'ETUDE 47

3.1 Cadre d'étude 47

3.2 Méthodes d'étude 49

3.2.1 Type d'étude et période de collecte des données 49

3.2.2 Population d'étude 49

3.2.3 Critères d'éligibilité 49

3.3 Echantillonnage 51

3.3.1 Taille de l'échantillon 51

3.3.2 Méthodes d'échantillonnage 52

3.3.3 Techniques d'échantillonnage 52

3.4 Variables de l'étude 53

3.4.1 Variable dépendante 53

3.4.2 Variables indépendantes ou explicatives 53

3.5 Aspects opérationnels des variables 55

3.5.1 Variable dépendante 55

3.5.2 Variables indépendantes 56

3.6 techniques et outils de collecte des données 67

3.7 mise en œuvre de la collecte de données 67

3.8 Traitement et analyse des données 68

3.8.1 Traitement des données 68

3.8.2 Analyse des données 68

3.9 Considérations éthiques et déontologiques 69

3.10 Présentation des références 70

4 RESULTATS 72

4.1 DESCRIPTION DE LA POPULATION D'ETUDE 72

4.1.1 facteurs socioculturels des femmes ménopausées de la ville de Cotonou en 2022 72

4.1.2 Facteurs biologiques 76

4.1.3 Facteurs comportementaux 87

4.1.4 Facteurs thérapeutiques 89

4.1.5 Description des facteurs liés au système de santé 89

4.2 Dysfonction sexuelle 90

4.3 Analyse univariée des facteurs associés à la survenue des dysfonctions sexuelles chez les femmes ménopausées 93

4.3.1 Relation entre les facteurs socioculturels et économiques et la survenue des dysfonctions sexuelles 93

4.3.2 Relation entre les facteurs biologiques et la survenue des dysfonctions sexuelles 96

4.3.3 Relation entre les facteurs comportementaux et la survenue des dysfonctions sexuelles..... 100

4.3.4 Relation entre les facteurs thérapeutiques et la survenue des dysfonctions sexuelles 102

4.4 Analyse multivariée des facteurs associés aux dysfonctions sexuelles..... 103

4.5 Adéquation du modèle final 106

4.6 Cadre conceptuel final 107

5 DISCUSSION 109

5.1 Niveau d'atteinte des résultats 109

5.2 Qualité et validité des données 110

5.3 Limites et difficultés de l'étude 110

5.4 Comparaison des principaux résultats avec ceux d'autres auteurs..... 111

5.4.1 survenue des dysfonctions sexuelles chez la femme ménopausée..... 111

5.4.2 situation matrimoniale 113

5.4.3 age..... 114

5.4.4 troubles climatériques..... 115

5.4.5 facteurs lies au système de sante 116

CONCLUSION 119

PERSPECTIVES 120

SUGGESTIONS 120

RÉFÉRENCES ..... B

ANNEXES ..... M

TABLE DES MATIERES ..... b

SERMENT D'HIPPOCRATE

Devant le peuple béninois et en présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Je ne permettrai pas que les considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers les maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs parents. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure.

VU LE PRESIDENT DU JURY

VU LE DOYEN

VU LE PERMIS D'IMPRIMER

LE RECTEUR DE L'UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

Résumé

Introduction : Les dysfonctions sexuelles chez la femme, regroupe l'ensemble des troubles du désir, de l'excitation, de la lubrification, de l'orgasme, de la satisfaction sexuelle et les dyspareunies. Elles sont très fréquentes chez les femmes ménopausées. Au Bénin, il existe très peu d'études portant sur cette affection.
Objectif : Etudier la prévalence et les facteurs associés à la survenue des dysfonctions sexuelles chez la femme ménopausée à Cotonou en 2022.
Méthodes d'étude : Il s'est agi d'une étude transversale descriptive analytique dont la collecte de données s'est déroulée du 15/12/2022 au 15/01/2023. Elle a porté sur les femmes ménopausées de 40 à 60 ans des 24 quartiers retenus dans la ville de Cotonou, sélectionnées selon un échantillonnage en grappe, d'une part et les cadres du ministère de la santé d'autre part. Le score FSFI (Female Sexual Function Index) a été utilisé pour évaluer la dysfonction sexuelle et le score HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) pour évaluer l'anxiété et la dépression.
Résultats : Nous avons interrogé au total 354 femmes ménopausées et deux cadres du ministère de la santé. L'âge moyen des femmes ménopausées était de 54,19 ans ± 4,87 ans avec des extrêmes de 40 et 60 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle des 50-60 ans. Quant aux cadres du ministère de la santé, il y a un cadre de l'Agence National de Soins de Santé Primaire (ANSSP) et un cadre du service des Maladies Non Transmissible (MNT). La prévalence de la survenue des dysfonctions sexuelles chez la femme ménopausée de la ville de Cotonou était de 85,6 % ; IC $_{95\ \%}$ = [90,2 – 79,6]. Les facteurs associés à la survenue des Dysfonctions sexuelles étaient : l'âge (p=0,011), la situation matrimoniale (p=0,049), l'intensité des troubles climatériques (p=0,010). L'inexistence de stratégie nationale de prévention et de prise en charge de ces dysfonctions, pourrait expliquer également la forte prévalence de la survenue des DS chez la femme ménopausée.
Conclusion : La prévalence des dysfonctions sexuelles est très élevée chez la femme ménopausée dans la ville de Cotonou. Ceci contribue à en faire un problème de santé publique. Selon la littérature, cette dysfonction affecte négativement la qualité de vie de la femme ménopausée, d'où la nécessité de concevoir des stratégies de prévention, en vue de l'amélioration de la qualité de vie de ces femmes, leurs familles et communautés.

Mots clés : Dysfonction sexuelle, ménopause, FSFI, HADS, Trouble anxiodépressif, Bénin.

ABSTRACT

Introduction: Women sexual dysfunction includes all disorders of desire, arousal, lubrication, orgasm, sexual satisfaction and dyspareunia. They are very common in postmenopausal women. In Benin, there are just a few studies on this condition.
Objective: To study the prevalence and factors associated with the occurrence of sexual dysfunction in postmenopausal women in Cotonou in 2022.
Method: It was an analytical descriptive cross-sectional study whose data collection took place from 15/12/2022 to 15/01/2023. It was firstly on postmenopausal women aged 40 to 60 from the 24 neighborhoods selected in the city of Cotonou, by cluster sampling, and Ministry of Health executives secondly. The Female Sexual Function Index (FSFI) score was used to assess sexual dysfunction and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) score to assess anxiety and depression
Results: We interviewed a total of 354 postmenopausal women and two Ministry of health executives. The mean age of postmenopausal women was 54.19 years ± 4.87 years with a range of 40 and 60 years. The most represented age group was 50-60 years. As for the executives of the Ministry of Health, there were an officer of the National Agency for Primary Health Care (ANSSP) and another of the Non-communicable Diseases (NCD) service. The prevalence of the occurrence of sexual dysfunction in postmenopausal women in the city of Cotonou was 85.6% IC 95% [90.2 – 79.6]. The Sexual Dysfunction was associated with age (p=0.011), marital status (p=0.049), intensity of climacteric disorders (p=0.010). The lack of a national strategy for the prevention and management of these dysfunctions could also explain the high prevalence of the occurrence of DS in postmenopausal women.
Conclusion: The prevalence of sexual dysfunction is very high among postmenopausal women in the city of Cotonou. This contributes to making it a public health problem. According to the literature, this dysfunction negatively affects the quality of postmenopausal women's life, that's why it need to design prevention strategies to improve the quality of life of these women, their families and communities.

Keywords: Sexual dysfunction, menopause, FSFI, HADS, Anxiodepressive disorder, Benin.