



Article Original

Connaissances, Attitudes et Pratiques des Hommes sur la Dysfonction Érectile à Douala

Knowledge, attitudes and practices of men about erectile dysfunction in the city of Douala

Essomba Noël Emmanuel^{1,4}, Nwaha Makon Axel Stéphane^{2,4}, Biyouma Marcella Derboise Christelle⁴, Dakomene Joël Vivien³, Fouda Jean Cedrick², Essomba Armel Quentin¹, Ngandeu Marcel Jerry⁴, Ndom Ebongue Marie-Solange^{1,4}, Mekeme Mekeme Jurnior Barthelemy², Moby Mpah Hervé Édouard^{1,4}, Fouda Pierre Joseph², Angwafo III Fru Asanji².

RÉSUMÉ

Introduction. Alors que la dysfonction érectile (DE) est aujourd'hui reconnue comme une pathologie fréquente, peu de patients consultent leur médecin et bénéficient d'une prise en charge thérapeutique. L'objectif de cette étude a donc été d'analyser le contexte des connaissances, attitudes et pratiques associés à la dysfonction érectile. **Méthodologie.** L'enquête a été réalisée entre janvier et le juillet 2018 auprès de 206 hommes représentatifs de la population masculine âgée de 21 à 70 ans. Le questionnaire, auto-administré, comportait 36 questions. **Résultats.** L'étude a montré une prévalence élevée de la dysfonction érectile (25,5%). Quatre-vingt pourcent des participants déclaraient connaître ce que l'on appelle DE et 77% la percevaient comme une maladie. **Conclusion.** Nos résultats montrent que la dysfonction érectile constitue un problème de santé fréquent, mais peu évoqué.

ABSTRACT

Introduction. Although erectile dysfunction (ED) is now recognised as a common pathology, few patients consult their doctor and benefit from therapeutic management. The aim of this study was therefore to analyse the knowledge, attitudes and practices associated with erectile dysfunction. **Methods.** The survey was carried out between January and July 2018 among 206 men aged between 21 and 70. The questionnaire was self-administered and consisted of 36 questions. **Results.** This survey showed an elevated erectile dysfunction prevalence (25.5%). Among those who took part, 80% said they were aware of ED and 77% perceived it as a disease. **Conclusion.** Our results show that erectile dysfunction is a common health problem, but one that is rarely mentioned.

Affiliations

1. Faculté de médecine et des sciences pharmaceutiques, Université de Douala, Cameroun
2. Faculté de médecine et des sciences biomédicales, Université de Yaoundé I, Yaoundé, Cameroun
3. Institut Supérieur des Sciences de la Santé, Université des Montagnes, Bangangté, Cameroun.
4. Service d'urologie de l'hôpital Laquintinie de Douala, Cameroun

Auteur correspondant :

Nwaha Makon Axel Stephane
+237 676023018
nwahamakon@gmail.com

Mots clés: dysfonction érectile, Douala

Keywords: erectile dysfunction, Douala

INTRODUCTION

Le mythe selon lequel les Africains mâles ont des prouesses sexuelles exceptionnelles est bien connu. La première description de la dysfonction érectile est égyptienne (papyrus de KAHUN) et date de près de 4000ans [1]. C'est pourtant au XIXème siècle que l'on retrouve les premières définitions de l'impuissance qualifiée par les vénérologues de « perte de virilité » et de « neurasthénie sexuelle » par les psychiatres [2]. Actuellement, Il existe deux définitions de la dysfonction érectile :

- DSM-V (2003) [3]: « Incapacité persistante ou répétée à atteindre ou à maintenir jusqu'à l'accomplissement de l'acte sexuel une érection adéquate, à l'origine d'une souffrance marquée ou de difficultés interpersonnelles Incapacité récurrente à obtenir une érection, l'incapacité à maintenir une

érection adéquate et/ou une diminution notable de la rigidité érectile au cours de l'activité sexuelle avec un partenaire».

- Deuxième conférence internationale des dysfonctions sexuelles (2004) [4] : « Incapacité persistante ou récurrente pour un homme à obtenir ou à maintenir une érection suffisante du pénis pour permettre une activité sexuelle ».

La dysfonction érectile (DE) apparait comme un baromètre de la santé et un clignotant avertisseur des situations dangereuses pour la santé; sa survenue n'est jamais anodine mais toujours un marqueur de la non santé sexuelle certes, mais aussi non sexuelle (physique et/ou psychique) [5].

POINTS SAILLANTS DE L'ÉTUDE**Ce qui est connu du sujet**

Alors que la dysfonction érectile (DE) est aujourd'hui reconnue comme une pathologie fréquente, peu de patients consultent leur médecin et bénéficient d'une prise en charge thérapeutique.

La question abordée dans cette étude

Connaissances, attitudes et pratiques des médecins généralistes relatives à la DE à Douala

Ce que cette étude apporte de nouveau

L'étude a montré une prévalence élevée de la dysfonction érectile (25,5%). Quatre sujets sur cinq connaissaient la DE et la percevaient comme une maladie

Les implications pour la pratique ou la recherche

La dysfonction érectile constitue un problème de santé fréquent, mais peu évoqué. Elle mérite plus d'attention dans les curricula de formation et la formation continue.

Communément, l'érection évoque la force, la virilité et la fécondité. Il s'agit d'une pathologie fréquente qui affecte de manière considérable la qualité de vie du patient et peut constituer une menace pour la stabilité de la relation du couple et vice versa. Elle résulte de l'action conjuguée d'une bonne vasodilatation artérielle et d'une meilleure relaxation de la musculature lisse caverneuse sous le double contrôle neurologique et hormonal faisant intervenir des facteurs locaux, psychologiques et relationnels [6]. Les causes de la DE sont nombreuses et variées : psychogènes, organiques ou mixtes. Elle est aujourd'hui reconnue comme une pathologie fréquente, avec une prévalence directement corrélée à l'âge et à la présence d'affections chroniques comme l'hypertension artérielle, les maladies cardio-vasculaires, les dyslipidémies, le diabète et la dépression [6].

En Afrique, dans des pays comme le Cameroun la dysfonction érectile est même considérée comme une maladie de la honte et est à la base de problèmes au sein de certains couples. En raison des habitudes socioculturelles, se plaindre de troubles sexuels reste un tabou, surtout chez les hommes. Au Cameroun, en l'an 2000 les données épidémiologiques au cours d'une étude sur le profil des patients ayant une dysfonction sexuelle masculine montraient une prévalence de 90,36% des DE depuis une durée d'au moins 6 mois [7]. Aucune étude n'a préalablement interrogé les hommes sur ce qu'ils pensaient de cette affection et surtout de ce qu'ils souhaiteraient faire s'ils s'avaient concernés. Partant de cette constatation, cette étude a eu pour objectif de décrire les connaissances, attitudes et pratiques de la DE chez les hommes dans la ville de Douala.

MÉTHODES**Type d'étude**

Notre enquête a été réalisée auprès de 200 hommes sexuellement actifs et hétéro sexuels âgés de plus de 21 ans sur leurs connaissances, attitudes et pratiques sur la dysfonction érectile à Douala dans la région du littoral au Cameroun. L'enquête qualitative descriptive transversale s'est présentée comme la méthode la plus appropriée.

Période d'étude

Notre enquête a été réalisée entre 1^{er} janvier et 30 juin 2018

Lieu de l'étude

Douala est la capitale économique et le principal centre d'affaires du Cameroun, en Afrique centrale. Peuplée de 3,9 millions d'habitants, elle est l'une des deux plus grandes villes du pays avec la capitale politique Yaoundé. La ville se développe à partir de son port de commerce sur l'estuaire du fleuve Wouri ouvert sur le golfe de Guinée. Chef-lieu de la région du Littoral et du département du Wouri, elle a le statut de communauté urbaine constituée de six communes d'arrondissement. Les patients étaient interrogés dans les structures sanitaires, les entreprises, les universités, les marchés, les écoles et les lieux-publics.

Population de l'étude

Cet échantillon a été constitué de manière à être représentatif de la population masculine âgée de plus de 21 ans en termes de classes d'âge, de catégorie socio-professionnelle, du statut matrimonial, du niveau d'instruction, et de religion.

Création du questionnaire

Le questionnaire a été modélisé avec Google Documents® permettant l'utilisation de choix multiples ainsi que des questions dirigées et hébergées sur le serveur de Google Documents® afin d'être accessible en ligne. Nous avons rencontré les participants volontaires dans leurs différents lieux d'exercice professionnel : les structures sanitaires, les entreprises, les universités, les marchés, les écoles et les lieux-publics

Ce questionnaire a été élaboré selon les données de la littérature. Nous avons utilisé pour notre recherche les bases de données, Elsevier, Scopus, Springer-link et Web of science.

Le questionnaire de l'enquête

Ce questionnaire comprenait **55 questions**. Il a été conçu selon une dynamique progressive destinée à mettre l'enquêteur en confiance, avec une introduction progressive de la pathologie suivie d'une séquence de focalisation sur le dysfonctionnement érectile. Les questions posées concernaient :

- Les caractéristiques sociodémographiques : âge, profession, statut marital, niveau d'étude
- Les différents confidents des patients répertoriés
- L'évaluation de crainte de la DE chez chaque individu
- Les différents facteurs d'incitation à la consultation médicale
- Les attitudes vis-à-vis de la consultation médicale
- Les différentes pratiques utilisées
- Les étiologies connues par les individus atteints de DE
- Les moyens thérapeutiques utilisés par les patients souffrant de DE.
- L'établissement du score de connaissance de la DE en fonction des individus interrogés.

Méthodes de recueil de données

Les données ont été recueillies sur Google Documents® via un tableur Excel. En effet, les réponses à chaque questionnaire étaient directement exportées vers le fichier Excel. Cette étude a été entreprise dans le respect des lois camerounaises et de la déclaration d'Helsinki pour la

protection des personnes. Les questionnaires ont été remplis après avoir obtenu le consentement des participants. Tout au long de l'étude, l'anonymat et le respect de la confidentialité des données ont été assurés.

Analyse statistique

Un travail descriptif et analytique a été réalisé. Les données ont été analysées avec le logiciel EPI Info version 7.0.

Pour les variables quantitatives (âge), moyenne, écart-type, médiane, minimum et maximum, effectif concerné par sous-groupes et au total, sont présentés.

Pour les variables qualitatives (profession), effectif et pourcentage (exprimés avec une décimale) par sous-groupes et au total, sont présentés.

L'analyse des résultats a été effectuée par le test de Chi-Square, le test d'ANOVA, et le coefficient de corrélation de Pearson.

Un seuil ≤ 5% a été retenu pour la signification des différences observées.

RESULTATS

Caractéristiques sociodémographiques

L'âge moyen était de 45,5 ans ±14,02 ans, avec des extrêmes de 21 à 70ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 21 à 29 ans (58%). Les célibataires représentaient 47,5% des patients. La majorité (59%) des patients exerçait une activité professionnelle et 62% d'entre eux étaient instruits avec un niveau d'étude supérieur. Le christianisme était la confession religieuse dominante (84%). Les caractéristiques sociodémographiques sont détaillées par la table I.

Table I : Caractéristiques sociodémographiques des participants

Caractéristiques	N	%	
Age (ans)	[21-29]	116	58
	[30-39]	44	22
	[40-49]	26	13
	[50-59]	10	5
	[60-69]	2	1
	>70	2	1
Total	200	100	
Statut matrimonial	Célibataire	95	47,5
	Marié	59	29,5
	Concubinage	46	23,0
Total	200	100	
Secteur d'activité	Étudiants	68	34
	Secteur informel	62	31
	Secteur privé	34	17
	Secteur public	22	11
	Chômeur	14	7
	Retraité	1	1
Total	200	100	
Niveau d'instruction	Supérieur	124	62
	Secondaire	60	30
	Primaire	2	8
Total	200	100	
Religion	Christianisme	188	94
	Islam	10	5
	Autres	22	11
Total	200	100	

Prévalence de la dysfonction érectile

Cette étude révèle une prévalence élevée avec 51 participants (25,5%) des hommes interrogés confrontés à des problèmes d'érection au cours des 6 derniers mois.

Cette prévalence variait selon la tranche d'âge, le statut matrimonial, le secteur d'activité et le niveau d'instruction (Table II)

La prévalence était plus élevée chez les jeunes âgés de 21 à 29 soit 48,8% et plus faibles chez les sujets âgés de plus de 70 ans 0,017%.

Les participants qui étaient célibataires avaient une prévalence plus élevée (41,18%) que ceux qui étaient mariés (31,37%) et ceux vivant en concubinage (27,45%); en ce qui concerne les secteurs d'activité, les étudiants avaient une prévalence plus élevée (33,33%); selon le niveau d'instruction, les participants qui avaient le niveau d'instruction supérieur avaient également la prévalence la plus élevée (64,71%); les chrétiens avaient la prévalence la plus élevée (94,12%) de toutes les confessions religieuses.

Table II : caractéristiques sociodémographiques des sujets avec DE

Caractéristiques	N	%	
Age (ans)	[21-29]	25	49
	[30-39]	12	24
	[40-49]	8	16
	[50-59]	3	7
	[60-69]	2	2
	>70	1	1
Total	51	100	
Statut matrimonial	Célibataire	21	41,1
	Marié	16	31,3
	Concubinage	14	27,4
Total	51	100	
Secteurs d'activité	Étudiants	17	33,3
	Secteur informel	13	25,4
	Secteur privé	11	21,5
	Secteur public	7	17,7
	Chômeur	2	3,9
	Retraité	1	1,9
Total	51	100	
Niveau d'instruction	Supérieur	33	64,7
	Secondaire	16	31,3
	Primaire	2	3,9
Total	51	100	
Religion	Christianisme	48	94,1
	Islam	0	0
	Autres	3	5,8
Total	51	100	

Connaissances des hommes face aux troubles de l'érection

La majorité de nos participants (80.5%) déclaraient connaître ce que l'on appelle problème d'érection contre (19.5%) qui n'en avaient jamais entendu parler.

L'entourage/les amis (40%) et la radio/ télévision (27%) sont fréquemment citées comme moyens par lesquels les hommes ont entendu parler de la dysfonction érectile. On constate cependant que plus la population d'hommes est concernée par la pathologie (hommes qui consultent ou traités ou en intention de consulter), plus les sources d'information se diversifient [magazines de santé/ affiches publicitaires/brochures médicales (23%), internet (6%), médecin (2%), partenaire (1%)].

La plupart d'entre eux percevaient la DE comme une maladie (77%), les autres la considéraient soit comme étant autre chose (13%), un mythe (6%) ou encore une malédiction (4%).

Quant à leur niveau de connaissances sur cette affection, il était jugé moyen (38%), puis insuffisant (22%), ensuite bon (21%) et enfin mauvais dans (18%) dans la population d'étude.

Interrogé sur les causes de DE, 31 % des participants l'attribuaient principalement à la fatigue physique (31%) et au stress (29%) ; suivi d'autres causes tels que la non disponibilité de la partenaire, les maladies hémorroïdaires, les infections génitales représentant 20%, la baisse du désir sexuel (12%), les maladies prostatiques (4%) et les pathologies telles que diabète/hypertension (2%).

Attitudes des hommes face aux troubles de l'érection

Hormis au sein de la population concernée, les troubles de l'érection ne sont pas particulièrement craints par les hommes ou considérés comme un risque les concernant. Sur les 51 souffrant de DE, 29 (56,8%) étaient refermés sur eux-mêmes et n'avaient pas le courage de se confier à un tiers. Pour les 22 autres restants (43,1%), ils disaient s'ouvrir soit à un ami (50%) soit à leur partenaire (8 ; 36,3%) ou à un parent (3 ; 13,6%).

Concernant le traitement, seule une petite partie des hommes concernés, présentant une dysfonction érectile a entrepris la démarche de consulter un acteur de santé (19 sur 51 soit 37,2%) parmi lequel 11 sur 19 (57,8%) disaient avoir consulté un médecin contre 8 participants sur 19 (42,1%) qui avaient consulté un naturopathe.

A propos du médecin consulté, la majorité (81,8%) affirmait avoir rencontré un médecin généraliste, deux avaient rencontré un médecin spécialiste respectivement un urologue et un gynécologue.

Les facteurs incitant le plus à la consultation (Figure 1) étaient l'intervention du partenaire et ou le patient de lui-même. On peut citer ensuite les campagnes d'information à la télévision ou dans la presse, internet ainsi que les articles médicaux (plus fréquemment cités par les hommes traités ou ayant l'intention de consulter).

Tous les participants souffrant de DE disaient avoir adopté d'autres attitudes face à leurs troubles de l'érection. Nous avons eu 13 participants sur 51, soit 25,49% qui évitaient les relations sexuelles pour ne pas se sentir faible et/ou humiliés devant leurs partenaires ; 5 participants sur 51 soit 9,80% avaient essayé une rééducation sexuelle ; 6 participants sur 51(11,76%) avaient modifié leur régime alimentaire ; 16 participants (31,37%) prenaient des renforçateurs et 7 participants sur 51 soit 13,73% pratiquaient la masturbation. Ces attitudes et pratiques sont répertoriées dans le tableau III.

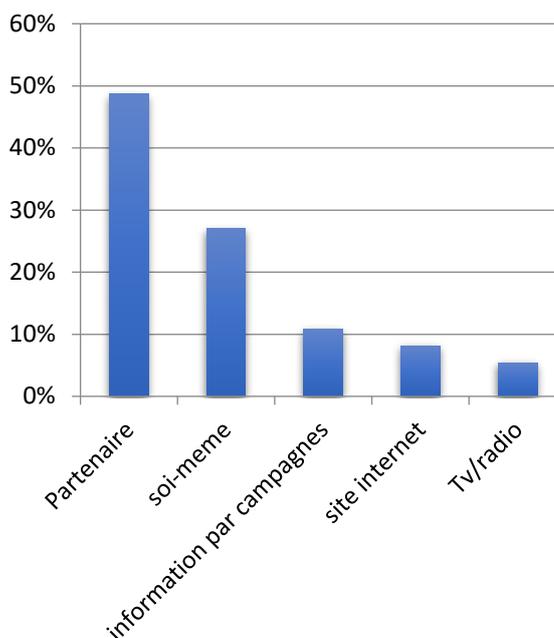


Figure 1 : répartition des participants en fonction des facteurs d'incitation à la consultation médicale

Tableau III: attitudes et pratiques des sujets souffrant de DE

Attitudes et pratiques		N	%
Éviction relation sexuelle	Oui	13	25,4
	Non	38	74,5
Total		51	100
Pratique de la rééducation	Oui	5	9,8
	Non	46	90,2
Total		51	100
Modification alimentaire	Oui	6	11,7
	Non	45	88,2
Total		51	100
Prise de renforçateurs	Oui	29	56,8
	Non	22	43,1
Total		51	100
Pratique de la masturbation	Oui	7	13,7
	Non	44	86,2
Total		51	100

A propos des stimulants, 29 participants avaient déclaré en consommer. Parmi ses excitants on notait des boissons alcoolisées (Guinness® : 9 ; 31,0%), de la Sildenafil (Viagra® : 6 ; 20,6%), des potions traditionnelles (5 ; 17,2%) , du Garnicia Kola (Bitacola : 5 ; 17,2%), du Tramadol (3 ; 10,3%) et du Kankan (1 ; 3,4%).

DISCUSSION

En matière de dysfonction érectile, les études épidémiologiques camerounaises sont récentes et datent pour la plupart de la dernière décennie. Par ailleurs, d'intéressantes revues de la littérature ont été publiées. Les enquêtes épidémiologiques, ou sondages, doivent étudier un échantillon représentatif de la population générale incluant à la fois des hommes sains et des hommes souffrant de dysfonction érectile. L'enquête rapportée ici, est la première au Cameroun à porter sur 200 personnes âgés de 21 à 70 ans.



Le taux de participation à l'enquête

Le nombre de participants que nous avons enregistré est faible parce que cette enquête porte sur la sexualité, sujet réputé tabou. En comparaison avec P. Costa et Coll en 2003 qui avait 5.099 participants en France malgré l'envoi du questionnaire par courrier pour auto administration. Cette forte participation peut être liée à l'auto administration permettant à chacun de disposer du temps de réflexion nécessaire et assurant l'anonymat.

Les participants ont néanmoins fait preuve d'un enthousiasme et intérêt manifeste lors de l'enquête. La présence du personnel médical, outre l'autorité qu'elle inspire serait un gage de légitimité, de sérieux, de confidentialité et susciterait chez le répondant un espoir de prise en charge en cas de troubles.

Caractéristiques sociodémographiques

L'âge moyen était de 45,5 ans avec des extrêmes de 21 ans et 70 ans avec la tranche d'âge de 21 à 29 comme la plus représentée (58%), car bien que la DE soit encore tabou [9], les sujets de cette tranche d'âge étaient les plus confiants lorsqu'ils avaient en face d'eux un enquêteur de leur catégorie, donc mieux abordé. Au Mali en 2018, Berthe et Coll quant à eux retrouvait un 57 ± 15 ans avec des extrêmes de 20 et 85 ans avec la tranche d'âge des plus de 61 ans (49%) comme la plus représentée [10]. Cette différence peut être liée à la différence entre nos populations, car dans leur étude la population cible de 264 participants concernait uniquement les hommes mariés.

La profession ou le secteur d'activité était pour tous nos participants, les étudiants représentaient la majorité des participants (34%) dans notre étude. Ceci pourrait être dû au fait que notre étude a été faite à Douala comportant plusieurs universités et écoles de formation, en plus notre grande partie de notre recrutement s'est déroulée dans et à proximité des zones universitaires et d'écoles de formation. Par ailleurs les travailleurs du secteur informel étaient plus représentés (31%) par rapport à ceux du secteur privé et public ; ceci pourrait s'expliquer par le fait que notre étude était aussi beaucoup effectuée dans les lieux publics (restaurants, marchés, boutiques vestimentaires, les lieux de stationnement des moto-taximen).

Dans l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) 2011 au Cameroun, les hommes ont eu tendance à se marier plus tard que les femmes, la proportion des célibataires était plus élevée chez les hommes que chez les femmes, soit environ 50% contre 20% [11]. Ainsi, le taux de célibataires (47,5%) élevés dans notre série pourrait s'expliquer sachant que la majorité des participants étaient des jeunes. Ces résultats de notre enquête ne sont pas loin de ceux de Ndema en 2017, qui avait recensé majoritairement dans son étude les célibataires environ 73,91% [8].

On notait un taux d'instruction élevé dans notre étude, 62% des participants avaient atteint le niveau supérieur. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que nous avons mené notre étude à Douala, l'une des villes du Cameroun où le taux de scolarisation est élevé, d'après l'institut national de la statistique en 2012 [12]. Cependant au

Burkina Faso, l'on notait que la plupart des participants avaient un niveau d'étude secondaire [13].

L'évaluation de la prévalence de la dysfonction érectile dans notre étude (25,5%) se situe entre les taux de prévalence rapportés par les 2 autres études africaines respectivement de 25% [13] et 38,93%. [10]. Nous observons une prévalence élevée chez les sujets jeunes contrairement aux personnes âgées comme rapporté dans la littérature, on pourrait attribuer cette différence au fait que notre population était majoritairement constituée des moins de 40 ans.

Connaissance sur la dysfonction érectile

Contrairement à notre étude, P. Costa et Coll en 2012 avait retrouvé les médias tels que la télévision et radio comme principale source d'information sur la DE [14]. L'on pourrait expliquer cette différence par nos différences culturelles car chez nous les gens ont tendance à se retrouver régulièrement en groupe ou clans et tiennent des discussions importantes et animées autour de nombreux sujets y compris la sexualité.

Dans notre communauté, bien que la DE soit considérée comme un mythe ou encore tabou [7] elle n'en demeure pas moins que ceux qui reconnaissent son existence la considéraient comme une maladie qui pourrait être prise en charge. Cette perception peut être attribuée à la jeunesse de notre série, la plupart des enquêtés étant des étudiants.

Les patients interrogés ont évoqué 9 causes qui comprenaient toutes les étiologies scientifiquement admises. En dehors des étiologies scientifiquement reconnues, ils ont cité d'autres causes comme la non disponibilité de la partenaire (20%). Comme dans notre série, P. Costa et coll retrouvait que les hommes citaient fréquemment le stress, la fatigue, le surmenage, le vieillissement et la baisse du désir sexuel pour expliquer l'apparition de ces troubles de l'érection [14].

Le niveau de connaissance de nos participants sur la DE était jugé bon pour un tiers d'entre eux malgré le fait qu'ils aient pour la plupart un niveau d'instruction de type supérieur. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les sources de connaissances les plus citées étaient l'entourage/amis (40%) par rapport aux affiches publicitaires (23%) à internet (6%). À signaler qu'une minorité (2%) énoncent des causes potentielles de DE comme hypertension artérielle/ diabète et seuls 4% énoncent des problèmes liés à la prostate.

Attitudes et pratiques face à la dysfonction érectile

La moitié (56,86%) des participants souffrant de DE étaient renfermés sur eux-mêmes et n'avaient nullement le courage de parler de leur problème à une tierce personne. Ceci est en accord avec les résultats de Ndema et coll en 2017, qui avait 56,25% de leurs participants souffrant de DE qui refusaient d'en parler [8]. De même, Baldé en Guinée Conakry stipule que parler de sexe reste un sujet tabou qui est abordé avec beaucoup de difficultés [15]. Ce résultat est en accord avec celui de Desvaux en France qui rapportait que 56,75% des sujets éprouaient une gêne à aborder le sujet [16]. Costa dans une autre étude française a aussi rapporté que 63% des hommes ayant des troubles érectiles avaient des difficultés à aborder le sujet [14].

Nous avons eu 43,14% des participants qui se confiaient à un tiers ; la plupart s'adressaient à leurs amis (50%) et moins à leurs partenaires (36,36%) et parents/ou un aîné (13,64%). Ces résultats sont assez proches de ceux obtenus par Ndema à Yaoundé, où les amis représentaient 71,42% des confidents [8]. Dans la même lancée pour MH Colson, il est bien plus facile pour les hommes confrontés à ce trouble d'en parler à un tiers qu'à leur partenaire ; le trouble sexuel masculin touche l'image masculine et renvoie à l'identité virile [17].

Seulement 37,25% des sujets souffrant de DE avaient rencontré un acteur de la santé pour une solution à leur problème. Parmi ceux-là, la majorité (57,89%) avaient consulté un médecin et 42,11% un naturopathe. Ces résultats sont relativement en accord avec MH Colson, qui rapportait que l'interlocuteur reste le médecin généraliste ou le spécialiste [17]. Ndema en 2017 a obtenu que 43,75% des sujets souffrant de DE rencontraient un acteur de la santé, ce qui est assez proche de nos résultats ; par ailleurs l'acteur de santé privilégié est le naturopathe (57,14%) par rapport au médecin (42,86%) [8]. Ce léger paradoxe pourrait s'expliquer par le fait que notre échantillon était légèrement supérieur au sien. Selon Costa, les facteurs d'incitation à la consultation étaient l'intervention de la partenaire, les campagnes d'information à la télévision ou à la presse [15]. Dans notre étude l'intervention de la partenaire était aussi le principal facteur d'incitation à la consultation suivi par la propre motivation des différents participants.

Parmi les médecins consultés, 9 étaient des médecins généralistes, 1 urologue et 1 gynécologue. Ceci est en accord avec Costa qui dans son étude a montré la grande sollicitation des médecins généralistes par les patients souffrant de DE par rapport aux spécialistes [15].

Par ailleurs nos 51 participants souffrant de DE adoptaient certaines attitudes face à leurs troubles. Nous avons trouvé 25,49% qui évitaient les rapports sexuels. Ceci pourrait se justifier par le fait que pour ces participants, le fait de se retrouver en face de leur partenaire et d'être incapable d'« assurer » est un signe d'humiliation et entretiendrait même d'avantage la DE. MH Colson dans la même lancée a aussi rapporté que l'attitude des hommes souffrant de DE est de nature à renforcer involontairement la difficulté sexuelle par le repli sur soi, l'absence de dialogue et l'évitement [6].

Parmi nos participants, 11,7% avaient modifié leur régime alimentaire. Ils déclaraient avoir éliminé les aliments pouvant entraîner des troubles de l'érection tels que le manioc, les arachides et les boissons gazeuses. Ils reportaient également avoir ajouté des aliments réputés comme booster rendant les hommes plus viriles tels que les mets de pistaches, le eru, le kankan.

Certains (31,37%) prenaient des renforçateurs (excitants) avant d'accomplir l'acte sexuel. Cela montre un nombre assez important de sujets qui cherchent un coup de pouce pour avoir des rapports sexuels satisfaisants. Par ordre d'importance, ces participants prenaient des boissons alcoolisées (Guinness® : 9 ; 31,0%), de la Sildenafil (Viagra® : 6 ; 20,6%), des potions traditionnelles (5 ; 17,2%) , du Garnicia Kola (Bitocola : 5 ; 17,2%), du Tramadol (3 ; 10,3%) et du Kankan (1 ; 3,4%). Ces

différents choix seraient dus aux sources de connaissances sur la DE et au niveau de connaissances concernant la DE dans cette population.

Biais et limites de L'étude.

Ils sont notamment en relation avec la méthodologie:

- Pareillement à toute enquête se fondant sur l'interrogatoire d'individus, la nôtre n'a pu se dérober aux traditionnels biais de déclaration des répondants; surtout que parfois, l'enquêteur a dû interférer pour assister au remplissage du questionnaire.
- Le choix d'une population d'étude qui était majoritairement composée de participant appartenant au monde du travail avec tout ce que cela comporte de stress et de difficultés diverses pouvant affecter l'activité sexuelle, et d'autre part la faible représentation des sujets de plus de 60 ans chez qui la dysfonction érectile est le plus souvent constatée, constitue une limite appréciation à notre étude.
- Il nous a été difficile d'expliquer certains termes techniques au profit de ceux qui avaient un niveau de compréhension limité.

CONCLUSION

L'effet des troubles érectiles est en général considéré comme anodin alors que de nombreuses recherches actuelles indiquent que les personnes qui en souffrent ressentent un véritable impact sur leur qualité de vie. Cette série a montré, qu'en dehors de la prévalence élevée de la dysfonction érectile, que de peu de patient se tourne vers la médecine moderne et que seulement une faible partie d'entre eux bénéficie d'une prise en charge thérapeutique. Bien que la littérature décrit la dysfonction érectile comme une pathologie des sujets âgés, comme le montre nos résultats elle affecte déjà les sujets principalement à cause du stress et de la fatigue physique pouvant conduire au surmenage et baisse du désir. Cela montre que la dysfonction érectile psychogène demeure un problème de santé publique mais reste peu évoquée. Sa prise en charge nécessite une forte implication du personnel médical dans le diagnostic précoce. Cette enquête étant une représentation d'une population cosmopolitain en Afrique subsaharien, témoigne de la place essentielle du médecin généraliste qui est celui qui est au premier personnel de santé vers qui les patients se tournent. Ainsi, en ayant conscience de sa position motrice celui-ci pourra offrir à son patient la possibilité de bénéficier d'un traitement efficace à la fois sur ses symptômes et sur sa qualité de vie. Il pourra par ailleurs en profiter pour réaliser un utile bilan général car la DE pourrait être le mode de révélation d'une pathologie bien plus grave. Le médecin doit être proactif et aborder subtilement ce sujet au cours des consultations. Les conclusions pratiques de cette enquête française peuvent permettre de servir de bases à de futures études et réflexions sur la fonction érectile de l'homme.

Déclaration d'intérêts :

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts.

REFERENCES

1. Aubert, J-M. « petite histoire illustrée de l'impuissance », 2010.

2. Giami, Alain. De l'impuissance à la dysfonction érectile: Destins de la médicalisation de la sexualité In: Le gouvernement des corps [online]. Paris: Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, 2004.
3. Seigraves RT. Considerations for diagnostic criteria for erectile dysfunction in DSM V. *J Sex Med.* 2010 Feb;7(2 Pt 1):654-60. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01684. x. PMID: 20492414
4. Mc Cabe MP, Sharlip ID, Atalla E, Balon R, Fisher AD, Laumann E, Lee SW, Lewis R, Seigraves RT. Definitions of Sexual Dysfunctions in Women and Men: A Consensus Statement From the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *J Sex Med* 2016; 13 (2):135–43.
5. Bondil P. : La dysfonction érectile. Paris, John LibbeyEurotext, 2003.
6. Amidu N, Owiredo WKBA, Woode E, Addai – Mensah O, Gyasi–Sarpong KC, Alhassan A. Prevalence of male sexual dysfunction among Ghanaian populace : myth or reality ? *Int J of Impotence Research* 2012; 22: 337-42.
7. Angwafo, F.F., Malonga, E.E. & Kamdem, M.P. Profil des patients ayant une dysfonction sexuelle masculine à l'hôpital général de Yaoundé. *Androl.* 10, 215–219 (2000). <https://doi.org/10.1007/BF0303437>
8. Ndema prisso stéphane. Dysfonction érectile: épidémiologie et attitudes chez les hommes de 18 à 39 ans à Yaoundé III. Yaoundé: Faculté de médecine et des sciences biomédicales. 2017
9. Baldé NM, Diallo AB, Baldé MC. Dysfonction érectile et diabète à Conakry (Guinée): fréquence et profil Clinique à partir de 187 observations. *Annales d'Endocrinologie.* 2006 ; 338-342
10. Berthé HJG, Cissé D, Diallo MS, Kassogué A, Diarra A, Coulibaly MT, Berthé A. Dysfonction Erectile Psychogène Chez Les Patients Mariés : A Propos De 102 Observations. *Uro'Andro - Volume 1 N° 11 Décembre 201* : 489-492
11. Institut national de la statistique, Fédération internationale de coaching. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Cameroun 2011, Maryland: Calverton. 2012. 119-233p.
12. Institut national de la statistique. Femmes et homes au Cameroun en 2012. Cameroun ; 2012 Mars. 1-41p.
13. T. Kambou, B. Zango, C. Fongang, I. Sombie, M. Bambara, B. Dao. Etude De L'insuffisance Érectile dans une Population D'hommes Jeunes et Sexuellement Actifs Au Burkina Faso. *Afr.j.uro.(online)* ; 11 (4) : 310-318, 2005.
14. Costa P., Avances C., Wagner L. : Dysfonction érectile : connaissances, souhaits et attitudes. Résultats d'une enquête française réalisée auprès de 5099 hommes âgés de 18 ans à 70 ans. *Prog. Urol.* , 2003 ; 13 : 85-91.
15. Baldé NM, Diallo AB, Baldé MC. Dysfonction érectile et diabète à Conakry (Guinée): fréquence et profil Clinique à partir de 187 observations. *Annales d'Endocrinologie.* 2006; 338-342
16. Desvaux P., Cormana., Hamdik., Pintomp. Prise en charge de la dysfonction érectile en pratique quotidienne: étude PISTES. *Prog. Urol.*, 2004; 14: 512-520
17. Colson MH. Dysfonction érectile, et la partenaire ? 2005