

## ATTITUDES THERAPEUTIQUES DES FEMMES FACE AUX TROUBLES DE SEXUALITE AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE BOGODOGO, OUAGADOUGOU

Y.A. SAWADOGO, S. KIEMTORE, A. OUATTARA, I. ZERBO, I. OUEDRAOGO,  
E. OUEDRAOGO, C.M.R. OUEDRAOGO

### RESUME

**Introduction** : Les troubles de la sexualité féminine sont fréquents et la prise en charge est variée.

**Objectif** : Il était de décrire les attitudes thérapeutiques des femmes adultes face aux troubles sexuels.

**Patientes et méthodes** : Il s'est agi d'une étude transversale descriptive réalisée durant la période du 15 janvier au 15 avril 2023, impliquant 489 femmes adultes consentantes reçues en consultation gynécologique.

**Résultats** : Les patientes étaient âgées de 20 à 68 ans, résidant à Ouagadougou (87,9%), mariées à 71,2% et ayant un niveau d'étude d'au moins secondaire dans 89,2%. La prévalence globale des troubles de la sexualité était de 67,1%. Ces troubles étaient considérés comme naturels par 38,8% des femmes et 24,54% déclaraient avoir des difficultés à évoquer leur vie sexuelle. Seules 57,9% des femmes ont eu recours à un thérapeute. Parmi ces dernières, 40,1% ont eu recours à un tradipraticien, 35% à un professionnel de santé et 24,9% aux deux. De plus, 79,2% des femmes ont eu recours à une automédication. Les produits autoadministrés étaient principalement des tisanes et des produits traditionnels.

**Conclusion** : Les troubles sexuels chez les femmes adultes sont fréquents. Ils ne font pas toujours l'objet de prise en charge. Les attitudes thérapeutiques des femmes sont diverses.

**Mots-clés** : Troubles sexuels ; Traitement ; Burkina.

### INTRODUCTION

Les troubles sexuels chez la femme sont nombreux. Ils peuvent avoir des répercussions plus ou moins importantes sur la vie de la femme. Souvent ignorées, ces dysfonctions sexuelles peuvent toutefois faire l'objet d'une prise en charge efficace. La sexualité féminine est considérée comme une entité complexe résultante d'une véritable alchimie anatomo-physio-psycho-endocrinienne [1]. Pour Burté C, sexologue, il faut repérer les dysfonctionnements sexuels car le sujet est rarement abordé spontanément par les patientes (19%), encore moins par les soignants

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

### SUMMARY

**Women's therapeutic approaches to sexual problems at Bogodogo.**

**Introduction** : Female sexual dysfunction is common and treatment is varied.

**Objective** : it was to describe the therapeutic attitudes of adult women towards sexual dysfunction.

**Patients and methods** : This was a descriptive cross-sectional study conducted between 15 January and 15 April 2023, involving 489 consenting adult women attending gynaecological consultations.

**Results** : Patients were aged between 20 and 68 years, lived in Ouagadougou (87.9%), were married (71.2%) and had at least a secondary education (89.2%). The overall prevalence of sexual dysfunction was 67.1%. These problems were considered natural by 38.8% of the women and 24.54% said they had difficulty talking about their sexual life. Only 57.9% of the women had seen a therapist. Of these, 40.1% had seen a traditional practitioner, 35% had seen a health professional and 24.9% had seen both. In addition, 79.2% of the women had self-medicated. The products used were mainly herbal teas and traditional products.

**Conclusion** : Sexual problems are common among adult women. They are not always treated. Women's attitudes to treatment vary.

**Keywords**: Sexual disorders; Treatment; Burkina.

(9%). Ces troubles sexuels altèrent la qualité de vie, les relations dans le couple et sont révélateurs de pathologies [2]. Ces troubles nécessitent donc une prise en charge adéquate. Cette prise en charge doit s'attaquer aux causes qui sont variées. Le traitement des problèmes sexuels chez la femme varie selon la cause, mais peut inclure une formation sur la fonction sexuelle, des médicaments, une kinésithérapie pelvienne, ou une psychothérapie ou une sexothérapie [3]. Peu d'études s'intéressent aux dysfonctions sexuelles chez les femmes [4]. Cela est beaucoup plus marqué en Afrique où la sexualité est un sujet tabou et où les femmes consultent peu pour

SAWADOGO Y.A., KIEMTORÉ S., OUATTARA A., ZERBO I., OUEDRAOGO I., OUEDRAOGO E., OUEDRAOGO C.M.R. Attitudes thérapeutiques des femmes face aux troubles de sexualité au Centre Hospitalier Universitaire de Bogodogo, Ouagadougou. Journal de la SAGO, 2024, vol.25, n°3, p.64-70.

ces troubles [5]. Au Nigeria, Fajewonyomi BA, et al avaient noté une prévalence de 63 % chez les femmes en âge de procréer [6]. Au Burkina Faso, une étude réalisée dans la ville de Ouagadougou en 2016 notait que sur un échantillon de 633 femmes, 84,5 % avaient déclaré avoir eu au moins une dysfonction sexuelle au cours de leur vie [7]. C'est dans le but de décrire les attitudes thérapeutiques des femmes ayant présenté des troubles sexuels que nous avons initié cette étude au Centre Hospitalier Universitaire de Bogodogo.

## 1. PATIENTES ET MÉTHODES

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

La population d'étude était les femmes ayant au moins 20 ans reçues dans l'unité de consultation externe pour une pathologie non urgente, sexuellement actives dans les quatre dernières semaines précédant la consultation.

La taille de l'échantillon à enquêter a été calculée selon la formule de Schwartz. La prévalence des troubles de la sexualité féminine n'étant pas connue au CHU de Bogodogo, nous avons considéré un  $p=0,5$  par défaut. L'effectif théorique minimal à inclure est de 385. Nous avons inclus 489 femmes. Nous avons procédé à un sondage accidentel des femmes jusqu'à l'obtention de la taille de l'échantillon.

Les variables étudiées étaient : les caractéristiques sociodémographiques, les items du Female Sexual Function Index (FSFI), les différents traitements reçus, les attitudes des femmes face aux troubles sexuels.

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

Les seuils suivants selon le score FSFI [8] ont été retenus comme troubles :

- Trouble de la sexualité : Un score FSFI inférieur à 26,55
- Désir sexuel : Un score inférieur à 3,4
- Excitation sexuelle : Un score inférieur à 3,0
- Lubrification vaginale : Un score inférieur à 3,0

- Sensation orgasmique : Un score inférieur à 3,2
- Satisfaction : Un score inférieur à 3,2
- Douleur lors des rapports sexuels ou des tentatives de pénétration vaginale : Un score supérieur à 3,0.

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

## II. RESULTATS

Nous avons inclus 489 fiches femmes au cours de la période d'étude mais 328 avaient signalé des troubles soit 67,1%.

### 1. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtées

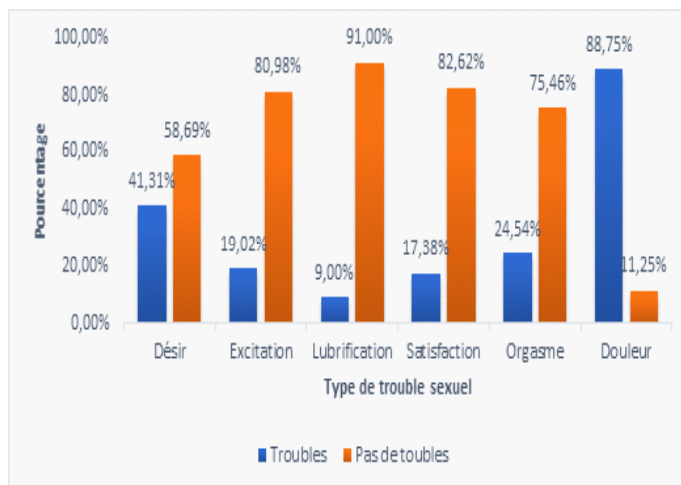
Sur l'ensemble des femmes, 430 soit 87,9% résidaient à Ouagadougou et 59 femmes, soit 12,1% résidaient hors Ouagadougou. Les caractéristiques des femmes sont présentées dans le tableau I.

**Tableau I** : Répartition des femmes selon leurs caractéristiques

Caractéristiques	Effectif	Pourcentage (%)
Age	n = 489	
Moins de 25 ans	74	15,1
25-34 ans	208	42,5
35 - 39 ans	103	21,1
40 – 49 ans	85	17,4
50 ans et plus	19	3,9
Situation matrimoniale		
Mariée	348	71,2
Célibataire	84	17,2
Concubinage	43	8,8
Divorcée	2,0	
Veuve	4	0,8
Niveau d'instruction		
Non scolarisée	16	3,3
Primaire	37	7,6
Secondaire	203	41,5
Supérieur	233	47,6
Existence d'enfants	n = 489	
Présence	231	47,2
Absence	258	52,8
Nombre d'enfants	n = 231	
1 enfant	86	37,2
2 enfants	72	31,2
3 enfants et plus	73	31,6

## 2. Troubles de la sexualité

Au total 328 patientes soit 67,1% avaient un trouble sexuel soit un score FSFI inférieur ou égal à 26,55. La figure 1 présente la répartition des patientes selon les types de troubles de la sexualité.



**Figure 1 :** Répartition des patientes selon les types de trouble de la sexualité

## 3. Attitudes des femmes face aux troubles sexuels

Sur l'ensemble des femmes interrogées, 190 soit 38,8% considéraient les troubles de la sexualité féminine comme naturels. Près de 2 tiers des femmes (64,6%) ont déclaré qu'aucun médecin n'a abordé la sexualité avec elles au cours d'une consultation et 207 femmes soit 42,3% considèrent que les médecins ne se préoccupent pas de leur sexualité. Seulement 135 des femmes interrogées (27,6%), n'aimeraient pas parler des troubles de la sexualité qu'elles rencontrent. Parmi ces dernières, 120 soit 24,54% déclareraient avoir des difficultés à évoquer leur vie sexuelle.

Cependant, 365 femmes enquêtées soit 74,6%, aimeraient connaître les causes et trouver une solution aux troubles de la sexualité qu'elles rencontrent ; 25,6% voulaient être rassurées et 24,6% voulaient être écoutées.

Selon les femmes, les interlocuteurs privilégiés pour parler des troubles de la sexualité sont répertoriés dans le tableau II suivant.

**Tableau II :** Interlocuteurs privilégiés des femmes pour parler des troubles de la sexualité

Interlocuteurs	Effectif=489	%
Un professionnel de santé	372	76,1
Le partenaire sexuel	241	49,3
Les ami(e)s	88	18,0
Les parents	43	8,8
Un forum sur internet	42	8,6

**NB :** Plusieurs réponses étaient possibles

Pour les femmes, la personne qui doit être le premier à aborder la sexualité au cours de la consultation est le médecin dans 43,8% des cas, la femme elle-même dans 17,2% des cas. Les autres femmes étaient indifférentes. Pour les femmes, 84,9% souhaitaient que la question soit abordée pour n'importe quel motif de consultation et pour 15,1%, qu'elle ne soit abordée que sur demande expresse de la femme.

Concernant l'abord des troubles de la sexualité par le médecin, 278 femmes (56,85%) préféraient qu'il utilise des termes médicaux, 163 soit 33,33% préféraient des questions sur le désir et le plaisir sexuel et pour 16 % des questions de type « comment ça se passe au lit ? ».

Les facteurs qui incitent les femmes à aborder les troubles de la sexualité avec un prestataire sont répertoriés dans le tableau III.

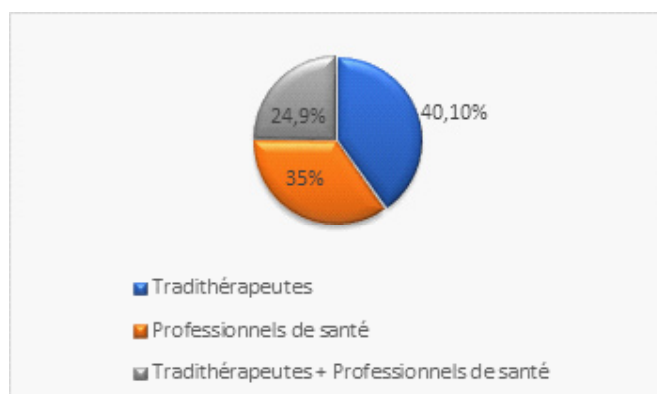
**Tableau III :** Facteurs facilitant l'abord des troubles de sexualité avec un prestataire selon les femmes

Facteurs	Effectif=489	%
Que ça soit un homme	296	60,5
L'assurance qu'il/elle pourra l'aider	256	52,4
Qu'il/elle ait une bonne capacité d'écoute	212	43,4
Qu'il/elle soit âgé(e)	189	38,7
Que ça soit une femme	162	33,1
S'il/elle consulte seul(e)	144	29,4
Un temps de consultation long	108	22,1
Qu'il/elle soit jeune	94	19,2
Ne pas beaucoup le connaître	78	16,0
Le connaître depuis trop longtemps	60	12,3
Qu'il/elle ne me juge pas	37	7,6
Un temps de consultation court (15 minutes ou moins)	35	7,2
Etre accompagnée par un membre de sa famille	18	3,7
Le manque de gêne pour aborder le sujet	18	3,7
Qu'il/elle connaisse ses proches	13	2,7

**NB :** plusieurs réponses étaient possibles

#### 4. Recours thérapeutiques

Parmi les 328 femmes ayant présenté des troubles sexuels, 197 soit 57,9% ont eu recours à un thérapeute. La figure 2 présente la répartition des femmes selon la qualification du thérapeute sollicité.



**Figure 2 :** Répartition des patientes selon le thérapeute sollicité (n=197)

Les femmes qui ont eu recours à un professionnel de santé étaient de 118 soit 59,9%. Le gynécologue a été sollicité dans 78,8% des cas, la sage-femme dans 28% des cas et l'infirmier dans 4,2% des cas. Sur les 118 ayant eu recours à un professionnel de la santé, 107 ont voulu partager leur niveau de satisfaction. Le niveau de satisfaction des patientes est donné dans le tableau IV.

**Tableau IV :** Répartition des femmes selon le niveau de satisfaction de la prise en charge (n=107)

Niveau de satisfaction	Effectif=107	%
Moyennement satisfaite	42	39,2
Satisfaite	34	31,8
Non satisfaite	17	15,9
Très satisfaite	14	13,1

Les femmes ayant eu recours à un tradithérapeute représentaient 65%. Le niveau de satisfaction de la prise en charge du tradithérapeute est présenté dans le tableau V.

**Tableau V :** Répartition des patientes selon le niveau de satisfaction de la prise en charge du tradithérapeute (n=105)

Niveau de satisfaction de la prise en charge	Effectif=105	%
Moyennement satisfaite	45	42,9
Satisfaite	31	29,5
Non satisfaite	20	19,0
Très satisfaite	9	8,6
Total	105	100,00

Les femmes ayant eu recours, en plus, à une automédication étaient au nombre de 156 soit 79,2%. Parmi ces femmes, 41 ont précisé les types de produits pris en automédication. Le tableau VI suivant montre la répartition des femmes selon le traitement auto administré.

**Tableau VI :** Répartition des patientes selon le traitement auto administré. (n=41)

Type de produit	n=41	%
Tisane	14	34,1
Autre produit traditionnel	20	48,8
Médicament moderne	5	12,2
Aloe vera	2	4,9

### III. DISCUSSION

La majorité des femmes était jeune. Les moins de 35 ans représentaient 57,6%. Ezechi et al [9], Fajewonyomi et al [6] ont trouvé respectivement dans leurs études une proportion de 68,6% et 70,9%. La tranche d'âge de 25-34 ans était la plus prépondérante avec un taux de 42,54%. Ce résultat est proche de celui de Fajewonyomi et al [6] au Nigéria qui ont retrouvé une prédominance de la tranche d'âge de 26-35 ans avec une proportion de 54,5%. Cette similitude de nos résultats pourrait s'expliquer par la similitude du contexte socio-culturel en Afrique subsaharienne avec une population à majorité jeune.

La grande majorité des enquêtées était mariée (71,17%). Ce résultat est supérieur à celui de Sang H et al [10] en Corée du Sud qui retrouvaient 56,2%, mais inférieur à celui de Fajewonyomi (83,6%). Ces différences pourraient s'expliquer par le poids de la valeur qu'on donne au mariage dans chacun des pays. Les femmes non scolarisées représentaient 3,3%. Ce résultat est néanmoins inférieur à celui de Fajewonyomi et al [6] au Nigeria qui retrouvaient 7,2%. Les politiques et les initiatives éducatives mises en place par les gouvernements et les acteurs locaux pourraient expliquer ces faibles taux.

En ce qui concerne les troubles de sexualité, la prévalence globale était de 67,08%. Nos résultats sont superposables à ceux de Fajewonyomi et al [6] au Nigeria et de Zohreh S et al en Iran [11] qui retrouvaient respectivement une prévalence globale de 68,3% et 59,5% mais largement inférieurs à celui de Benichou A en France [12]. Pour Izan HI et al en Malaisie, le dysfonctionnement sexuel féminin est un problème de santé sexuelle très répandu, mais peu étudié au niveau des formations sanitaires [13].

Ces résultats comparables malgré les différences culturelles pourraient s'expliquer par la similitude des attitudes envers la sexualité chez toutes les femmes du monde. Les normes sociales et culturelles, les tabous qui entourent la sexualité expliquent que ces troubles ne font pas l'objet de consultation surtout en Afrique. Les 3 premiers troubles identifiés dans notre étude étaient par ordre décroissant, la dyspareunie, les troubles du désir et les troubles de l'orgasme. Ces résultats sont différents de ceux de Izan H I et al en Malaisie [13] qui trouvaient dans l'ordre les troubles de désir (39,3 %), les troubles d'excitation (25,8 %) et le problème de lubrification (21,5 %).

S'agissant des attitudes, 190 des femmes interrogées soit 38,8% considéraient les troubles de la sexualité féminine comme naturels. Ces dernières ne jugent pas la nécessité de consulter pour ce motif. Cette attitude s'explique par les normes sociales et par l'absence d'éducation sexuelle des femmes. Selon Fajewonyomi et al, la culture de la domination masculine dans l'environnement local, qui fait que les femmes ont peur d'être rejetées et menacées de divorce si elles se plaignent de problèmes d'ordre sexuel, peut perpétuer le dysfonctionnement sexuel chez les personnes concernées.

Près de 2 tiers des femmes (64,6%) ont déclaré qu'aucun médecin n'a abordé la sexualité avec elles au cours d'une consultation. Cette situation, qui est une réalité dans nos centres de santé, est également vécue ailleurs. En effet selon Methorst en France, le médecin parle peu de sexualité alors que le patient voudrait énormément s'exprimer [2]. Ces propos sont confirmés par le fait que c'est seulement moins d'un tiers (27,6%) de notre population d'étude qui n'aimeraient pas parler des troubles de la sexualité qu'elles rencontrent.

Cependant, plus de 2 femmes sur 5 (43,8%) pensaient que c'est le médecin qui doit aborder le sujet de la sexualité en premier. La question doit être abordée pour n'importe quel motif de consultation selon 84,9% femmes. Pour Burté, seulement 9% des soignants abordent spontanément la sexualité au cours des consultations en France [2].

La grande majorité des femmes (74,6%) souhaitent connaître les causes de ces troubles de la sexualité qu'elles rencontrent et avoir des solutions. D'autres par contre (1/4 des femmes), veulent être rassurées ou écoutées. Ces troubles constituent une préoccupation pour toutes les femmes. Pour beaucoup d'auteurs, pour comprendre les origines de la dysfonction sexuelle, il est nécessaire d'explorer la sexualité et de réaliser une évaluation médicale.

Nous devons explorer les antécédents sexuels, médicaux, psychologiques et évaluer le couple, et les facteurs contributifs, comme le stress, la fatigue [2].

Selon ces mêmes auteurs, la détermination des facteurs contributifs permet de fournir des informations pertinentes aux patientes sur leurs problèmes sexuels spécifiques et de discuter avec elles des approches thérapeutiques les plus adaptées [2].

Pour Mayo, les troubles sexuels ne constituent un problème que seulement quand ils dérangent. Dans le cas contraire, cela ne nécessite pas un traitement. Il est important que les femmes communiquent leurs préoccupations et comprennent leur corps et ses réactions sexuelles normales. En outre, leurs objectifs en matière de vie sexuelle sont importants pour le choix d'un traitement et l'évaluation de son efficacité [14].

Parmi les 328 femmes ayant présenté des troubles sexuels dans notre étude moins de 3 femmes sur 5 (57,9%) ont eu recours à un thérapeute. Ce faible taux de recours au thérapeute s'explique par le fort taux d'automédication et par le fait que certaines considèrent ces troubles comme naturels. Pour Burté [2] et Methorst [15], certains problèmes peuvent s'améliorer avec des conseils simples, des changements de mode de vie, mais des sexothérapies et des traitements médicamenteux sont possibles dans certains cas. Du fait que les causes des troubles sexuels chez la femme sont le plus souvent multifactorielles, il faut une thérapie intégrative [2, 15].

Les deux grands types de thérapies qui peuvent être proposés en cas de dysfonctionnement sexuel, au cas par cas, sont les sexothérapies (avec en premier lieu les thérapies cognitives et comportementales) et certains médicaments [2]. Dans notre contexte il n'y a pratiquement pas de sexologue, le traitement est essentiellement médicamenteux. Le traitement a été assuré par un agent de santé ou un tradithérapeute seul dans respectivement 35% et 40,1%. Ce fort taux de prise en charge par les tradithérapeute s'explique par les réalités socioculturelles en Afrique où le premier recours des soins se fait vers la médecine traditionnelle. Parallèlement, ou avant le recours à un thérapeute, la plupart des femmes ont fait de l'automédication (79,2%). Cette pratique est courante dans les pays en développement. Seulement 20,8% des femmes n'ont pas eu recours à un traitement. Beaucoup d'auteurs recommandent une thérapie comportementale avant les médicaments [2, 14]. Pour Conn et Hodges [3], le traitement des problèmes sexuels chez la femme varie selon la cause, mais peut inclure une formation sur la fonction sexuelle,

des médicaments, une kinésithérapie pelvienne, ou une psychothérapie ou une sexothérapie. La prise en charge des troubles sexuels s'avère insuffisante dans notre contexte.

## CONCLUSION

Les troubles de la sexualité chez les femmes sont fréquents mais ne font pas l'objet de consultation expresse. Ils sont peu recherchés par les praticiens. Cependant, le dysfonctionnement sexuel est un véritable problème social et psychologique dans l'environnement local qui requiert une attention urgente. Les femmes qui en souffrent ont des itinéraires thérapeutiques variées avec des résultats mitigés. Une approche holistique prenant en compte les dimensions physiologiques, psychologiques et socioculturelles est essentielle pour aborder ce problème complexe en vue de proposer des solutions adéquates pour améliorer la qualité de vie des femmes concernées et de leurs partenaires.

## REFERENCES

1. **Caremél R, Nouhaud FX, Leroi AM, Ruffion A, Michot F, Damon H, Grise P.** Résultats de la neuromodulation des racines sacrées sur la continence et la sexualité dans une cohorte de 20 patientes ayant une double incontinence. *Progrès en Urologie* [Internet]. juin 2012 [cité 11 août 2022];22(7):424-32. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1166708712000310>.
2. **Congrès (117ème) de l'Association Française d'Urologie (AFU) 2023.** Sexualité de la femme : place de l'urologue / Présentation des principaux troubles sexuels rencontrés; 22 au 25 novembre 2023, Paris, France.
3. **Conn A, Hodges Kelly R,** Fonction sexuelle et troubles de la fonction sexuelle chez la femme in le Manuel MSD, 2024. Disponible sur <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/probl%C3%A8mes-de-sant%C3%A9-de-la-femme/fonction-sexuelle-et-troubles-de-la-fonction-sexuelle-chez-la-femme>.
4. **McCabe MP, Sharlip ID, Lewis R, Atalla E, Balon R, Fisher AD et al.** Incidence and Prevalence of Sexual Dysfunction in Women and Men: A Consensus Statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *The Journal of Sexual Medicine* [Internet]. févr 2016 [cité 25 oct 2022];13(2):144-52. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1743609516000795>.
5. **Ouoba WNV.** Evaluation des dysfonctions sexuelles de la femme vivant en couple de la ville de ouagadougou. [Thèse médecine]: Université Ouaga 1 Pr Joseph Ki Zerbo; 2017.
6. **Fajewonyomi BA, Orji EO, Adeyemo AO.** Sexual dysfunction among female patients of reproductive age in a hospital setting in Nigeria. *J Health Popul Nutr.* mars 2007;25(1):101-6.
7. **Komboigo B.E., Kiemtoré S., Kain D.P., Zamane H., Kabore X., Zoundi M., Ouedraogo A., Thieba B.** Évaluation des dysfonctions sexuelles de la femme vivant en couple de la ville de Ouagadougou, Burkina Faso. *Médecine et Santé Tropicales* ; 2019 ; 29 (8) : 310-6.
8. **Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D'Agostino R.** The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther.* juin 2000;26(2):191-208.
9. **Ezechi OC, Akinsolu FT, Gbajabiamila TA, Idigbe IE, Ezeobi PM, Musa AZ, Wapmuk AE.** Sexual dysfunction among Nigerian women living with HIV infection. *PLoS One.* 2024 Apr 18;19(4):e0292294. doi: 10.1371/journal.pone.0292294. PMID: 38635555; PMCID: PMC11025868.
10. **Sang Hoon Song, Hyewon Jeon, Soo Woong Kim, Jae-Seung Paick, Hwancheol Son,** The Prevalence and Risk Factors of Female Sexual Dysfunction in Young Korean Women: An Internet-Based Survey, *The Journal of Sexual Medicine*, 2008; 5 (7) : 1694–1701, <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00840.x>
11. **Zohreh Sadat, Mahboobeh Kafaeei-Atrian, Fatemeh Abbaszadeh, Zahra Karimian, Neda Mirbagher-Ajorpaz.** Female Sexual Dysfunction and Related Factors among Reproductive Age Women in Kaskan, Iran. *Health Education and Health Promotion (HEHP)* (2015) Vol 3 (3). 2015;64.
12. **Benichou A.** Troubles de la sexualité féminine en médecine générale Quel rôle les femmes de 18 ans et plus voudraient attribuer au médecin généraliste dans le repérage des troubles de la sexualité féminine ? [Thèse de médecine]; Université de Limoges, France; 2019. 135 pages. Disponible sur <https://aurore.unilim.fr/theses/nxfile/default/743974a8-3160-491c-9e66-ef3c13d89827/blobholder:0/M20193128.pdf>

13. **Izan H. Ishak, Wah-Yun Low, Sajaratulnisah Othman**, Prevalence, Risk Factors, and Predictors of Female Sexual Dysfunction in a Primary Care Setting: A Survey Finding, *The Journal of Sexual Medicine*, Volume 7, Issue 9, September 2010, Pages 3080–3087, <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01848.x>
14. **Mayo clinic**. Female sexual dysfunction, Diagnosis and treatment <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/female-sexual-dysfunction/diagnosis-treatment/drc-20372556>.
15. **Faubion SS, Rullo JE**. Sexual Dysfunction in Women: A Practical Approach. *Am Fam Physician*. 2015 Aug 15;92(4):281-8. Erratum in: *Am Fam Physician*. 2016 Aug 1;94(3):189. PMID: 26280233.