

Dysfonction érectile et qualité de vie chez les hommes victimes d'accident vasculaire cérébral à Kinshasa : une étude transversale multicentrique

Erectile dysfunction and quality of life in male stroke survivors in Kinshasa: a multicentre cross-sectional study

Jules OMADJELA DJAMBA¹, Rayn HIOMBO KITETE¹, Mechac KOFFI NKAZI², Kevy NGUYA MAKONDA³, Christian BADIMANYA ALBERT⁴, Degani BANSZULU BOMBA⁵, Emery KAFINGA LUZOLO⁶

¹ Département de sciences de la motricité et de la réadaptation, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Kinshasa, RD Congo ;

² Département de Médecine Interne, Hôpital Biamba Marie Mutombo, Kinshasa, RD Congo ;

³ Département des Urgences, Hôpital Biamba Marie Mutombo, Kinshasa, RD Congo ;

⁴ Département des Urgences, Hôpital Public de Référence de Kinkanda, RD Congo ;

⁵ Faculté de Médecine, Département de Psychiatrie, Université de Kinshasa, RD Congo

⁶ Section de santé communautaire, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Kinshasa, RD Congo.

RESUME :

L'accident vasculaire cérébral (AVC) est la première cause d'incapacité acquise en Afrique subsaharienne. La dysfonction érectile (DE) en est une complication fréquente mais systématiquement sous-évaluée, particulièrement en Afrique centrale où aucune donnée n'existait en RDC avant ce travail. Décrire la prévalence, la sévérité et l'impact sur la qualité de vie de la DE chez des hommes victimes d'AVC à Kinshasa, à l'aide d'instruments validés internationalement. Étude transversale analytique multicentrique (N = 131 participants masculins). Cinq instruments utilisés : IIEF-15 (5 domaines), HADS (anxiété et dépression), EQ-5D-5L, SQOL-M et mRS. Âge moyen : 49,9 ± 12,6 ans. Prévalence DE (IIEF-FE ≤ 25) : 86,1 % (105/122), dont 32,8 % de formes très sévères. Dépression probable (HADS-D ≥ 8) : 33,6 %. EVA santé globale : 75,8 ± 10,4/100. Score SQOL-M : 32,2 ± 4,9/55 (84,6 % modérément affectés). mRS favorable (0-2) : 76,3 %. À notre connaissance, première étude en RDC utilisant simultanément l'IIEF-15 complet, le SQOL-M, l'EQ-5D-5L et le HADS dans une cohorte post-AVC. La prévalence de 86,1 % dépasse toutes les données africaines publiées. Dans le suivi post-AVC à Kinshasa, ces résultats suggèrent qu'un interrogatoire simple sur la fonction érectile et l'humeur devrait devenir une étape régulière de la consultation, sans exiger de plateau technique.

Mots clés : accident vasculaire cérébral ; dysfonction érectile ; qualité de vie ; IIEF-15 ; Kinshasa ; Afrique subsaharienne.

ABSTRACT :

Stroke is the leading cause of acquired disability in sub-Saharan Africa. Erectile dysfunction (ED) is a frequent but under-evaluated complication, with no published data in the DRC before this study. To describe the prevalence, severity and impact on quality of life of ED in male stroke survivors in Kinshasa using internationally validated instruments. Multicentre cross-sectional study (N = 131 male participants). Five instruments: full IIEF-15 (5 domains), HADS, EQ-5D-5L, SQOL-M and mRS. Mean age 49.9 ± 12.6 years. ED prevalence (IIEF-FE ≤ 25): 86.1% (105/122), including 32.8% very severe. Probable depression (HADS-D ≥ 8): 33.6%. Global health VAS: 75.8 ± 10.4/100. SQOL-M: 32.2 ± 4.9/55 (84.6% moderately impaired). Favourable mRS (0-2): 76.3%. To our knowledge, this is the first study in the DRC simultaneously applying the full IIEF-15, SQOL-M, EQ-5D-5L and HADS in stroke survivors. The 86.1% prevalence exceeds all African data. In routine post-stroke follow-up in Kinshasa, simple screening for ED and depressive symptoms may help identify a neglected dimension of recovery that requires no additional equipment.

Keywords: stroke; erectile dysfunction; quality of life; IIEF-15; Kinshasa; sub-Saharan Africa

*Adresse des Auteur(s)

Jules OMADJELA DJAMBA, Département de sciences de la motricité et de la réadaptation, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Kinshasa, RD Congo ;

Rayn HIOMBO KITETE, Département de sciences de la motricité et de la réadaptation, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa Kinshasa, RD Congo ;

Mechac KOFFI NKAZI, Département de Médecine Interne, Hôpital Biamba Marie Mutombo, Kinshasa, RD Congo ;

Kevy NGUYA MAKONDA, Département des Urgences, Hôpital Biamba Marie Mutombo, Kinshasa, RD Congo ;

Christian BADIMANYA ALBERT, Département des Urgences, Hôpital Public de Référence de Kinkanda, RD Congo ;

Degani BANSZULU BOMBA, Faculté de Médecine, Département de Psychiatrie, Université de Kinshasa, RD Congo ;

E-mail : banszulu.bomba@uunikin.ac.cd ;

Emery KAFINGA LUZOLO, Département de santé communautaire, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Kinshasa, RD Congo ;

I. INTRODUCTION

Dans les services de neurologie et de rééducation de la ville-province de Kinshasa, une complication post-AVC est présente chez la grande majorité des survivants masculins. Elle est fréquemment ressentie, rarement nommée, et jamais mesurée avec rigueur en République Démocratique du Congo. Cette complication, c'est la dysfonction érectile, et l'objet de ce travail est précisément de lui donner, pour la première fois, un visage chiffré et documenté.

L'AVC est la deuxième cause de mortalité et la troisième cause d'années de vie ajustées sur l'incapacité dans le monde [1]. En Afrique subsaharienne, la charge de l'AVC augmente rapidement, dans un contexte de transition épidémiologique et de forte prévalence des facteurs de risque cardiovasculaire [2]. A Kinshasa, qui est une ville de plus de 15 millions d'habitants, sans unité neuro-vasculaire aiguë dédiée, l'AVC

est la première cause d'hospitalisation en neurologie. Les séquelles classiques, hémiparésie, aphasie, troubles cognitifs sont documentées et intégrées aux protocoles de rééducation. Les complications sexuelles, en revanche, n'apparaissent dans aucun guide de prise en charge local ; leur fréquence clinique contraste avec la parcimonie de leur documentation.

Zhao et al. (2021) et Calabrò & Caramia (2022) ont décrit quatre mécanismes intriqués dans la DE post-AVC : neurologique, vasculaire, iatrogène et psychologique [3,4]. Dans notre cohorte, ces quatre mécanismes ne se juxtaposent pas ; ils se cumulent : l'HTA non contrôlée accélère l'athérosclérose, les bêta-bloquants prescrits en première intention fragilisent la réponse érectile, et la perception culturelle de l'AVC comme atteinte à l'identité masculine alourdit la charge psychologique. Dans la revue systématique de Zhao et al. (2021), la prévalence de la DE post-AVC varie de 32,1 à 77,8 % selon les études, avec une hétérogénéité expliquée par les instruments de mesure, le délai post-AVC et le profil cardiovasculaire des cohortes [3]. Le contexte kinois cumule ces trois facteurs.

En Afrique subsaharienne, les données restent rares. Gams Massi et al. (2021) rapportent 64,4 % au Cameroun [5] ; Ossou-Nguet et al. rapportent 51,9 % à Brazzaville (Congo) [6], toutes deux mesurées avec l'IIEF-5, version abrégée en cinq items qui n'explore qu'un seul des cinq domaines de la fonction sexuelle masculine.

A notre connaissance, aucune étude publiée n'a documenté la dysfonction érectile post-AVC en République Démocratique du Congo. Cette absence n'est pas anodine : elle prive les cliniciens kinois de référentiels pour évaluer leurs patients, et les décideurs de santé de données pour orienter les programmes de réadaptation. Par ailleurs, les études africaines disponibles citées ici partagent la même limite instrumentale, à savoir l'usage exclusif de l'IIEF-5, et n'ont pas exploré simultanément la santé mentale, la qualité de vie globale et la qualité de vie sexuelle, trois dimensions dont l'altération conditionne, bien au-delà de la seule érection, le vécu des survivants.

A notre connaissance, cette étude est la première conduite en République Démocratique du Congo à documenter la dysfonction érectile post-AVC en utilisant simultanément l'Index International de la Fonction Érectile en 15 items (IIEF-15, 5 domaines), le Sexual Quality of Life questionnaire for Men (SQOL-M), l'EQ-5D-5L et la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Contrairement aux études africaines les plus proches, qui utilisaient exclusivement l'IIEF-5 en 5 items et n'exploraient pas la qualité de vie sexuelle, la présente étude fournit une description multidimensionnelle inédite de la fonction

sexuelle masculine après AVC dans un contexte d'Afrique centrale à ressources limitées.

Cette étude avait pour objectifs de : (1) décrire la prévalence et la sévérité de la DE chez des hommes victimes d'AVC à Kinshasa à l'aide de l'IIEF-15 complet ; (2) évaluer la santé mentale post-AVC (HADS), la qualité de vie globale (EQ-5D-5L) et la qualité de vie sexuelle (SQOL-M) dans cette population ; et (3) fournir un référentiel clinique de première documentation pour les praticiens et décideurs de santé de la RDC.

II. MATERIEL ET METHODES

II.1. Schéma d'étude et participants

Il s'agit d'une étude transversale analytique multicentrique conduite dans trois structures sanitaires de la ville province de Kinshasa, RDC, à savoir : le centre de rééducation pour handicapés physiques (CRHP), le centre Hospitalier de KINGASANI (CHK) et l'Hôpital Militaire Central (HMC). Un échantillonnage consécutif a été réalisé sur la période de 6 mois allant du 15 décembre 2025 au 15 mars 2026. Tous les participants masculins adultes (≥ 18 ans) victimes d'AVC confirmé par imagerie — ischémique, hémorragique ou accident ischémique transitoire (AIT) — ayant donné leur consentement éclairé écrit ont été inclus. Ont été exclus : les participants présentant une cause non vasculaire établie de DE (cancer de la prostate traité chirurgicalement, traumatisme pelvien), une aphasie sévère limitant la compréhension du questionnaire, ou refusant de répondre à la section sexuelle.

Les données ont été collectées par entretien structuré face-à-face, par des investigateurs formés à l'administration standardisée des questionnaires. Le protocole a été approuvé par le Comité de bio-éthique de l'ISTM Kinshasa n°310/CBE/ISTM/KIN/RDC/PMBBL/2025, en conformité avec la Déclaration d'Helsinki révisée (2013). Tous les participants ont signé un formulaire de consentement éclairé individuel.

II.2. Instruments de mesure

Nous décrivons ci-après, par souci de reproductibilité, les instruments tels qu'ils ont été administrés dans notre protocole kinois, en conservant les formulations canoniques issues des articles de validation originaux [7–12]

L'Index International de la Fonction Érectile (IIEF-15).

L'IIEF-15 comprend 15 items répartis en cinq domaines : fonction érectile (FE, items G1–G5 et G15, score 1–30), fonction orgasmique (FO, items G9–G10, score 0–10), désir

sexuel (DS, items G11–G12, score 2–10), satisfaction des rapports (SR, items G6–G8, score 0–15) et satisfaction globale (SG, items G13–G14, score 2–10) [7]. La DE est définie par un score FE $\leq$ 25. Six catégories de sévérité : pas de DE (26–30), légère (22–25), légère à modérée (17–21), modérée (11–16), sévère (6–10) et très sévère (1–5).

L'Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). La HADS évalue l'anxiété (sous-échelle A, 7 items, score 0–21) et la dépression (sous-échelle D, 7 items, score 0–21) [8]. Un score $\geq$ 8 définit un cas clinique probable, avec catégorisation en léger (8–10), modéré (11–14) et sévère ($\geq$ 15).

L'EuroQol 5 Dimensions 5 Levels (EQ-5D-5L). Cet instrument évalue cinq dimensions de la qualité de vie globale — mobilité, autonomie, activités courantes, douleur/gêne, anxiété/dépression — chacune cotée de 1 (aucun problème) à 5 (incapable), donnant un score sommaire de 5 à 25 (5 = meilleur état) [9,10]. L'échelle visuelle analogique (EVA) associée mesure l'état de santé perçu de 0 à 100.

Le Sexual Quality of Life questionnaire for Men (SQOL-M). Le SQOL-M comprend 11 items cotés de 1 (totalement d'accord) à 5 (pas du tout d'accord), avec une modalité « non applicable » traitée comme donnée manquante. Le score total (11–55) est interprété selon trois catégories : fortement affectée (11–24), modérément affectée (25–39) et bonne qualité de vie sexuelle (40–55) [11].

L'Echelle de Rankin modifiée (mRS). La mRS évalue le degré de handicap post-AVC de 0 (aucun symptôme) à 5 (incapacité sévère). Un score 0–2 définit un pronostic neurologique favorable [12].

II.3. Analyses statistiques

Toutes les analyses ont été conduites sous R 4.6.0. La normalité des distributions a été systématiquement testée par le test de Shapiro-Wilk, ce qui nous a amenés à privilégier les médianes dans plusieurs sous-groupes où la distribution était asymétrique. Les variables continues sont exprimées en moyenne $\pm$ déviation standard (DS) ou en médiane (Q1 ; Q3) selon la distribution. Les variables catégorielles sont exprimées en effectifs et pourcentages. Les données manquantes ont été traitées par analyse des cas disponibles.

III. RESULTATS

III.1. Caractéristiques socio-démographiques et cliniques

Au total, 131 hommes victimes d'AVC avaient accepté de participer à cette étude. Dans le contexte kinois où la sexualité post-AVC reste un sujet peu abordé en consultation, ce niveau d'adhésion témoigne d'une réelle demande non

exprimée. L'âge moyen était de $49,9 \pm 12,6$ ans La majorité des participants étaient mariés en monogamie (80/131 ; 61,1 %), de niveau d'instruction supérieur ou universitaire (99/131 ; 75,6 %) et en arrêt de travail temporaire au moment de l'étude (59/131 ; 45,0 %). L'indice de masse corporelle (IMC) moyen était de $26,1 \pm 3,9$ kg/m², avec 51 participants en surpoids (39,0 %) et 22 en situation d'obésité (16,8 %). Parmi les antécédents médicaux, l'hypertension artérielle (HTA) était la comorbidité la plus fréquente (58/131 ; 44,3 %), suivie du diabète (15/131 ; 11,5 %) ; parmi les hypertendus, 50 (86,2 %) recevaient un traitement antihypertenseur actif.

Les caractéristiques complètes sont présentées dans le Tableau 1 suivant.

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques et cliniques (N = 131)

Variable	n (%)	Moy $\pm$ DS ou [étendue]
Âge (années)	—	$49,9 \pm 12,6$ [19–79]
Marié monogame	80 (61,1 %)	—
Niveau supérieur/universitaire	99 (75,6 %)	—
Arrêt travail temporaire (AVC)	59 (45,0 %)	—
IMC (kg/m ²)	—	$26,1 \pm 3,9$ [19,6–37,5]
HTA	58 (44,3 %)	—
Diabète	15 (11,5 %)	—
Tabac (jamais)	101 (77,1 %)	—
Alcool régulier	46 (35,1 %)	—

DS : déviation standard ; IMC : indice de masse corporelle ; HTA : hypertension artérielle.

III.2. Données cliniques de l'AVC

L'AVC ischémique était le type le plus fréquent (94/131 ; 71,8 %), suivi de l'accident ischémique transitoire (19/131 ; 14,5 %), de l'AVC hémorragique (13/131 ; 9,9 %) et de cas non précisés (5/131 ; 3,8 %). Le délai 12–23 mois concernait 59 participants (45,0 %). La sévérité neurologique était favorable (mRS 0–2) chez 100 participants (76,3 %), dont 66 (50,4 %) avec une incapacité légère (mRS 2) et 34 (26,0 %) sans incapacité significative (mRS 1). Toutes les données cliniques sont présentées au Tableau 2.

Tableau 2. Caractéristiques cliniques de l'AVC (N = 131)

Variable	n (%)
AVC ischémique	94 (71,8 %)
AIT	19 (14,5 %)
AVC hémorragique	13 (9,9 %)
Délai 12–23 mois	59 (45,0 %)
mRS favorable (0–2) — total	100 (76,3 %)
dont mRS 1 (incapacité nulle)	34 (26,0 %)
dont mRS 2 (incapacité légère)	66 (50,4 %)

AIT : accident ischémique transitoire ; mRS : modified Rankin Scale.

Dysfonction érectile et qualité de vie chez les hommes ...

III.3. Fonction érectile IIEF-15

Parmi les 131 participants, 122 (93,1 %) avaient des données IIEF-15 exploitables ; 9 (6,9 %) ont été exclus pour données manquantes ou absence déclarée d'activité sexuelle. La prévalence globale de la DE (IIEF-FE $\leq$ 25) était de 86,1 % (105/122). La forme très sévère (score 1–5) représentait la catégorie la plus fréquente (40/122 ; 32,8 %). Seuls 17 participants (13,9 %) présentaient une fonction érectile normale (IIEF-FE $\geq$ 26). Le score moyen du domaine FE était de $14,0 \pm 9,7$ sur 30. Les cinq domaines étaient tous affectés ; le désir sexuel était le mieux préservé (DS : $5,6 \pm 2,3/10$) (Tableaux 3 et 4).

III.5. Qualité de vie globale et sexuelle

L'EVA EQ-5D-5L moyenne était de $75,8 \pm 10,4/100$; 75 participants (61,5 %) présentaient une bonne santé perçue (EVA $\geq$ 75). Le score sommaire EQ-5D était de $8,9 \pm 3,1/25$. Le score SQOL-M moyen était de $32,2 \pm 4,9/55$, calculé sur 78 participants disposant de données complètes (53 exclusions pour items « non applicable »). La catégorie « modérément affectée » (25–39) représentait 84,6 % des répondants complets. Seuls 8 (10,3 %) présentaient une bonne qualité de vie sexuelle (SQOL-M $\geq$ 40) (Tableau 6).

Tableau 3. Prévalence et classification de la DE selon l'IIEF-FE (N = 122)

Catégorie	Score FE	n	% (N=122)
Pas de DE	26–30	17	13,9 %
DE légère	22–25	18	14,8 %
DE légère à modérée	17–21	20	16,4 %
DE modérée	11–16	18	14,8 %
DE sévère	6–10	9	7,4 %
DE très sévère	1–5	40	32,8 %
PRÉVALENCE GLOBALE DE (FE $\leq$ 25)	1–25	105	86,1 %

DE : dysfonction érectile ; IIEF-FE : domaine Fonction Érectile de l'IIEF-15.

Tableau 4. Scores des cinq domaines IIEF-15 et score total (N = 122)

Domaine	Items	Moy $\pm$ DS	Range obs.	Range théor.
D1 — Fonction érectile (FE)	G1–G5, G15	$14,0 \pm 9,7$	1–30	1–30
D2 — Fonction orgasmique (FO)	G9–G10	$3,9 \pm 3,6$	0–10	0–10
D3 — Désir sexuel (DS)	G11–G12	$5,6 \pm 2,3$	2–10	2–10
D4 — Satisfaction rapports (SR)	G6–G8	$4,8 \pm 4,4$	0–14	0–15
D5 — Satisfaction globale (SG)	G13–G14	$5,2 \pm 3,2$	2–10	2–10
Score total IIEF-15	15 items	$33,5 \pm 21,9$	5–74	5–75

DS : déviation standard.

III.4. Santé mentale – HADS

Le score moyen HADS-D était de $6,0 \pm 4,1$ sur 21 (étendue : 0–18). Un cas clinique probable de dépression (HADS-D $\geq$ 8) était identifié chez 41 participants (33,6 %), dont 23 (18,9 %) en catégorie légère, 14 (11,5 %) modérée et 4 (3,3 %) sévère. Le score HADS-A était de $3,2 \pm 2,8/21$; un cas probable d'anxiété concernait 9 participants (7,4 %) (Tableau 5).

Tableau 5. Scores HADS et prévalence des cas cliniques (N = 122)

Variable	Moy $\pm$ DS	Range	Cas $\geq$ 8 n (%)
HADS-Anxiété (0–21)	$3,2 \pm 2,8$	0–16	9 (7,4 %)
HADS-Dépression (0–21)	$6,0 \pm 4,1$	0–18	41 (33,6 %)
Normal (0–7)	—	—	81 (66,4 %)
Léger (8–10)	—	—	23 (18,9 %)
Modéré (11–14)	—	—	14 (11,5 %)
Sévère ($\geq$ 15)	—	—	4 (3,3 %)

HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale ; DS : déviation standard.

Tableau 6. Scores EQ-5D-5L et SQOL-M

Instrument	N	Moy ± DS	Range obs.	Range théor.
EQ-5D EVA (0–100)	122	75,8 ± 10,4	45–95	0–100
EQ-5D Score sommaire (5 dim.)	122	8,9 ± 3,1	5–20	5–25
SQOL-M Score total	78	32,2 ± 4,9	24–47	11–55
Bonne QdV sexuelle (40–55)	8	—	—	10,3 %
QdV modérément affectée (25–39)	66	—	—	84,6 %
QdV fortement affectée (11–24)	4	—	—	5,1 %

DS : déviation standard ; EVA : échelle visuelle analogique ; SQOL-M : Sexual Quality of Life questionnaire for Men.

IV. DISCUSSION

La prévalence de 86,1 % trouvée dans cette étude dépasse le plafond de la fourchette internationale (32,1–77,8 % selon Zhao et al., 2021 [3]), la valeur camerounaise de 64,4 % [5] et la valeur congolaise de 51,9 % rapportée par Ossou-Nguiet et al. à Brazzaville [6]. Ce n'est pas un artefact. Trois facteurs convergent pour l'expliquer, et leur combinaison est précisément ce qui caractérise le profil kinois. Premièrement, la temporalité de notre cohorte : 45,0 % des participants étaient à 12–23 mois post-AVC, un délai où la récupération spontanée de la fonction érectile est déjà épuisée et où les facteurs chroniques comme l'athérosclérose progressive, l'iatrogénie installée et la dépression persistante, prédominent. Deuxièmement, le profil cardiovasculaire : 44,3 % d'hypertension artérielle et 11,5 % de diabète constituent des déterminants vasculaires robustes de la DE, indépendants de l'AVC lui-même [3]. Troisièmement, 76,3 % de nos participants présentaient un mRS favorable (0–2) : la DE ne se réduit donc pas au seul handicap moteur. Elle s'inscrit dans une trajectoire où la récupération fonctionnelle motrice contraste avec la persistance ou l'émergence d'une plainte sexuelle peu adressée par les cliniciens.

L'utilisation de l'IIEF-15 contre l'IIEF-5 dans les études africaines antérieures explique une partie de l'écart. L'IIEF-5, avec son seuil de DE à 21/25 et sa restriction à un seul domaine, ignore les formes légères (catégorie 22–25) et ne permet aucune description des cinq dimensions de la fonction sexuelle. Nous soutenons que ce n'est pas là un biais de mesure : c'est une mesure plus sensible d'une réalité plus nuancée, et l'argument plaide pour la standardisation de l'IIEF-15 dans les études africaines futures. L'IIEF-15 ne dit pas seulement si une dysfonction érectile existe ; il montre comment elle s'inscrit dans un profil sexuel plus large. La distribution que nous rapportons montre que la DE post-AVC n'est pas un phénomène binaire (présent/absent) mais un continuum dont les formes très sévères représentent ici le tiers des cas — une donnée jusqu'alors non documentée en Afrique subsaharienne.

L'hypertension artérielle, présente chez près d'un participant sur deux, et le diabète, chez plus d'un sur dix, constituent deux déterminants robustes de la dysfonction érectile post-AVC documentés dans la littérature [3,4]. Le fait que 86,2 % des hypertendus de notre cohorte recevaient un traitement antihypertenseur actif ouvre une dimension supplémentaire : l'iatrogénie médicamenteuse. Les bêta-bloquants et les diurétiques thiazidiques, fréquemment prescrits en première intention à Kinshasa par accessibilité financière, figurent parmi les classes les plus associées à la DE [4]. À Kinshasa, les inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5 (PDE5i) sont disponibles de manière sporadique et à coût prohibitif pour la majorité de la population — cette iatrogénie reste sans antidote pharmacologique accessible. Nous ne disposons pas, dans cette étude, des données de prescription individuelle. Reste que le profil thérapeutique kinois, à savoir l'ancienneté des molécules et l'absence de monitoring sexuel systématique contribue probablement au maintien d'une DE sévère en phase chronique.

Nous soutenons que le taux de dépression probable (33,6 %) est, dans notre contexte, le résultat qui appelle la réponse clinique la plus urgente, non parce qu'il est plus grave que la DE, mais parce qu'il est plus accessible à un traitement dans les conditions actuelles du système de santé kinois. La relation entre dépression et dysfonction érectile est bidirectionnelle : la dépression altère les voies dopaminergiques et sérotoninergiques impliquées dans la réponse sexuelle, réduit la motivation à l'activité sexuelle et aggrave l'observance des traitements antihypertenseurs ; à l'inverse, la DE aggrave la détresse psychologique et fragilise la relation conjugale [4,13]. Ce taux de 33,6 % se situe au-dessus de l'estimation ponctuelle de 29 % (IC95 % : 25–32 %) rapportée par Ayerbe et al. dans leur revue systématique et méta-analyse internationale [14]. Dans le contexte kinois, cette charge dépressive est amplifiée par l'isolement social lié au handicap, la charge économique des soins sans couverture d'assurance et la perception culturelle de l'AVC comme événement frappant l'identité masculine. Un score HADS-D ≥ 8, deux questions posées en moins de deux minutes : ce dépistage ne requiert ni scanner, ni laboratoire, ni médicament coûteux. Il requiert une décision clinique. À notre sens, le résultat le plus opérationnel de cette étude est le suivant : dans un service de neurologie kinois sans équipement sophistiqué, le dépistage systématique de la dépression avec le HADS constitue l'intervention la plus

immédiatement applicable. Son corollaire thérapeutique — proposer une prise en charge adaptée, psychothérapeutique et/ou pharmacologique par antidépresseurs compatibles avec la fonction sexuelle, mérite d'être évalué prospectivement.

Le score SQOL-M de 32,2/55, avec 84,6 % de participants dans la catégorie « modérément affectée », capture un fardeau que l'IIEF-15 mesure partiellement et que l'EQ-5D-5L ignore totalement. L'EQ-5D évalue la mobilité, l'autonomie, la douleur, aucune dimension ne correspond à la vie sexuelle. L'écart entre l'EVA moyenne de 75,8/100 et l'altération du SQOL-M est particulièrement instructif : les instruments génériques de qualité de vie sous-estiment le fardeau sexuel. Un patient peut déclarer un état de santé global acceptable tout en vivant une souffrance sexuelle importante. Pourtant, 40,5 % de nos participants ont déclaré l'inactivité sexuelle (« non applicable » sur le SQOL-M), ce qui traduit une réalité socioculturelle où la DE post-AVC entraîne non pas une simple dysfonction mécanique, mais un retrait relationnel, une altération de l'identité masculine et une souffrance conjugale silencieuse. Nous soutenons que la qualité de vie sexuelle n'est pas un luxe méthodologique : c'est un indicateur de réadaptation sociale que les protocoles de rééducation post-AVC en RDC devraient intégrer. Le SQOL-M devrait figurer dans les batteries de référence de toute étude future sur la sexualité masculine après AVC en Afrique, en complément de l'IIEF.

Plusieurs limites méritent d'être formulées sans détour. Le design transversal ne permet pas d'établir de causalité entre les variables étudiées : nous décrivons une association temporelle, non un mécanisme. Le SQOL-M a présenté 40,5 % de réponses « non applicable », limitant la puissance des analyses sur cet instrument ; cette réalité socioculturelle est en elle-même un signal clinique, non un défaut méthodologique. Le biais de sélection est probable : 75,6 % de participants de niveau universitaire constituent une population plus instruite que la moyenne kinoise, ce qui suggère que nos estimations de prévalence sont probablement conservatrices. Nous n'avons pas collecté le nombre de séances de rééducation reçues ni les données d'imagerie cérébrale permettant de corréler la localisation lésionnelle avec la sévérité de la DE. Enfin, certaines classes thérapeutiques n'ont pas été individualisées avec une granularité suffisante pour isoler leur contribution respective à la DE, une limite que les analyses multivariées devront lever.

V. CONCLUSION

Quatre-vingt-six pour cent de dysfonction érectile. Trente-trois pour cent de dépression probable. Ces deux chiffres, mesurés pour la première fois en RDC avec des instruments de référence internationale, dessinent le profil

d'une complication post-AVC systématiquement absente des prises en charge kinoises. A notre connaissance, cette étude est la première en RDC et en Afrique centrale à utiliser simultanément l'IIEF-15 complet, le SQOL-M, l'EQ-5D-5L et le HADS dans un échantillon de victimes d'AVC. Les implications sont simples : dépister la DE avec l'IIEF-15, rechercher la dépression avec le HADS et interroger la qualité de vie sexuelle avec le SQOL-M dans tout bilan post-AVC masculin, indépendamment de la sévérité du handicap physique. Ces gestes ne requièrent pas de plateau technique ; ils requièrent une décision clinique. Les analyses multivariées en cours préciseront les déterminants indépendants de la DE dans cette cohorte et orienteront les stratégies de prise en charge adaptées au contexte de l'Afrique centrale.

REFERENCES

1. Feigin VL, Stark BA, Johnson CO, et al. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Neurol.* 2021;20(10):795-820. doi:10.1016/S1474-4422(21)00252-0.
2. Owolabi MO, Akarolo-Anthony S, Akinyemi R, et al. The burden of stroke in Africa: a glance at the present and a glimpse into the future. *Cardiovasc J Afr.* 2015;26(2 Suppl 1):S27-S38. doi:10.5830/CVJA-2015-038.
3. Zhao S, Wu W, Wu P, Ding C, Xiao B, Xu Z, et al. Significant Increase of Erectile Dysfunction in Men With Post-stroke: A Comprehensive Review. *Front Neurol.* 2021;12:671738. doi:10.3389/fneur.2021.671738.
4. Calabrò RS, Caramia M. Post-stroke Sexual Dysfunction in Men: Epidemiology, Diagnostic Work-up, and Treatment. *Innov Clin Neurosci.* 2022;19(7-9):12-16. PMID:36204166; PMCID:PMC9507142.
5. Gams Massi D, Ngoupayou Mountap G, Moby HE, et al. Poststroke Erectile Dysfunction in Cameroon: Prevalence, Associated Factors, and Quality of Life. *Stroke Res Treat.* 2021;2021:9988841. doi:10.1155/2021/9988841.
6. Ossou-Nguet PM, Odzébé ASW, Bandzouzi-Ndamba B, et al. Dysfonction érectile après un accident vasculaire cérébral à Brazzaville. *Rev Neurol (Paris).* 2012;168(6-7):538-542. doi:10.1016/j.neurol.2012.04.001.

7. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The International Index of Erectile Function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*. 1997;49(6):822-830.
doi:10.1016/S0090-4295(97)00238-0

8. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361-370.
doi:10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.

9. EuroQol Group. EuroQol — a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*. 1990;16(3):199-208.
doi:10.1016/0168-8510(90)90421-9.

10. Herdman M, Gudex C, Lloyd A, Janssen M, Kind P, Parkin D, et al. Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Qual Life Res*. 2011;20(10):1727-1736.
doi:10.1007/s11136-011-9903-x.

11. Abraham L, Symonds T, Morris MF. Psychometric validation of a sexual quality of life questionnaire for use in men with premature ejaculation or erectile dysfunction. *J Sex Med*. 2008;5(3):595-601.
doi:10.1111/j.1743-6109.2007.00749.x

12. van Swieten JC, Koudstaal PJ, Visser MC, Schouten HJ, van Gijn J. Interobserver agreement for the assessment of handicap in stroke patients. *Stroke*. 1988;19(5):604-607. doi:10.1161/01.STR.19.5.604.

13. Robinson RG, Jorge RE. Post-Stroke Depression: A Review. *Am J Psychiatry*. 2016;173(3):221-231.
doi:10.1176/appi.ajp.2015.15030363.

14. Ayerbe L, Ayis S, Wolfe CD, Rudd AG. Natural history, predictors and outcomes of depression after stroke: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2013;202(1):14-21.
doi:10.1192/bjp.bp.111.107664.