



Année 2020/2021

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Céline JARRY

Née le 18/07/1992 à CLERMONT-FERRAND (63)

**RESSENTI ET ATTENTES DES PATIENTS VIS-A-VIS DE L'ABORD DE LA
DYSFONCTION ERECTILE EN CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE**

Présentée et soutenue publiquement le 08 avril 2021 devant un jury composé de :

Président du Jury :

Professeur François MAILLOT, Médecine Interne, Faculté de Médecine – 37000 Tours

Membres du Jury :

Professeur Franck BRUYERE, Urologie, Faculté de Médecine – 37000 Tours

Docteur Hélène PICHARD-SAUCIE, Médecine Générale – 28220 Luisant

Docteur Isabelle HEMAR-FOLLIOT, Médecine générale, Centre municipal de santé

Pierre Rouquès – 37700 Saint-Pierre-des-Corps

Directrice de thèse : Docteur Nathalie TRIGNOL-VIGUIER, Centre d'orthogénie, PH,

CHRU – 37000 Tours

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972
Pr André GOUAZE (†) - 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON
Pr Gilles BODY
Pr Jacques CHANDENIER
Pr Alain CHANTEPIE
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Pascal DUMONT
Pr Dominique GOGA
Pr Gérard LORETTE
Pr Dominique PERROTIN
Pr Roland QUENTIN

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU
– C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L.
CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – P. COSNAY – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN
– J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – N. HUTEN
– M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE –
AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C.
MORAINE – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER –
J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERHOUET Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Médecine intensive – réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FOUQUET Bernard.....	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GRUEL Yves.....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLOIN Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier.....	Urologie
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie

MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénérologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénérologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénérologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs || POTIER Alain | Médecine Générale |
| ROBERT Jean | Médecine Générale |

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine Anglais |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra	Médecine interne
BARBIER Louise	Chirurgie digestive
BINET Aurélien	Chirurgie infantile
BRUNAUT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
DENIS Frédéric	Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure	Hépatologie – gastroentérologie
FAVRAIS Géraldine	Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe	Néphrologie
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HOARAU Cyrille	Immunologie
IVANES Fabrice	Physiologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille.....	Médecine légale
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte	Thérapeutique
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
NICOGLOU Antonine	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7001
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 1253
MAZURIER Frédéric	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
PAGET Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....	Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthoptie

MAJZOUB Samuel.....	Praticien Hospitalier
---------------------	-----------------------

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
-----------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure 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.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Au Professeur François Maillot et au Professeur Franck Bruyère qui me font l'honneur de juger ce travail.

Je remercie chaleureusement le Docteur Nathalie Trignol-Viguié pour m'avoir beaucoup appris pendant mon internat et m'avoir guidée et soutenue dans ce travail de thèse.

Au Docteur Hélène Pichard-Saucie pour sa bienveillance, sa pédagogie et la transmission de ses compétences. J'espère que nous pourrons de nouveau partager des moments ensemble.

Au Docteur Isabelle Hémar-Folliot qui a gentiment accepté d'apporter son expertise à ce travail.

A Mathias pour son soutien à travers les épreuves et son partage des moments heureux.

RESUME

INTRODUCTION :

La dysfonction érectile est un trouble prévalent mais peu abordé en consultation de médecine générale. Elle est notamment en lien avec des pathologies cardiovasculaires, urologiques et psychiatriques et a des répercussions sur la qualité de vie et l'espérance de vie du patient. Cette étude a pour objectif de décrire le ressenti et les attentes des patients vis-à-vis de l'abord de la dysfonction érectile en consultation de médecine générale.

MATERIELS ET METHODES :

Nous avons utilisé une méthode quantitative avec un recueil de données par un questionnaire. Il était donné aux hommes de 18 à 85 ans vus en consultation de médecine générale dans 3 cabinets d'Eure-et-Loir. 50 réponses ont été récoltées.

RESULTATS :

34% des hommes participant à l'étude étaient concernés par la DE et 6% l'avaient déjà été. La DE avait été abordée en consultation chez 12% des participants. Les répondants relevaient une atteinte de leur intégrité avec une remise en question sur le plan psychologique et un impact sur leur relation de couple en cas de DE.

88% des répondants pensaient que l'abord de la DE relevait du médecin généraliste et 78% iraient le consulter pour ce motif. 66% des répondants préféraient que leur médecin généraliste l'aborde. 86% des répondants soulignaient avoir besoin d'une relation de confiance avec leur médecin généraliste pour discuter de dysfonction érectile. 68% préféraient l'aborder avec leur médecin traitant mais n'étaient pas fermés aux autres médecins généralistes. Le genre, l'âge du médecin et le suivi d'autres membres de la famille n'importaient pas pour respectivement 88%, 92% et 92% des répondants. Enfin, 34% des répondants souhaiteraient avoir accès à une consultation dédiée à la santé sexuelle et 48% à des informations sur la dysfonction érectile et ses spécialistes eu Eure-et-Loir.

CONCLUSION :

Pour satisfaire les attentes des patients, les médecins pourraient être formés à aborder la dysfonction érectile dans le cadre d'une prise en charge globale. Les patients sont en majorité favorables à ce que le médecin généraliste l'aborde en consultation, peu importe son genre, son âge, ou s'il suit d'autres membres de la famille. L'abord se ferait selon une relation de confiance, avec bienveillance, sans jugement et en prenant le temps nécessaire. Enfin, des consultations dédiées à la santé sexuelle ainsi que des informations sur la DE pourraient être proposées afin de faciliter le dialogue.

Ce travail rappelle l'importance du dépistage de la dysfonction érectile et met en évidence la légitimité du médecin généraliste à le faire selon les patients.

Mots clés : Dysfonction érectile, médecine générale, consultation, ressenti, attentes, patients

ABSTRACT

INTRODUCTION :

Erectile dysfunction is a common disorder but it is rarely discussed during a GP consultation. There's a link between ED and cardiovascular, urological and psychiatric diseases ; and consequences on the patient's quality of life and life expectancy have been highlighted. The objective of this study is to describe the view and expectations of patients regarding the approach to erectile dysfunction during a GP consultation.

METHODS :

We used a quantitative method, acquiring data through a questionnaire. It was given to men from age 18 to 85, seeing a doctor in 3 different practices in Eure-et-Loir. 50 responses were collected.

RESULTS :

34% of men participating in the study had erectile dysfunction and 6% had already had it. The subject had been raised by the GP with 12% of them. Respondents shared that their integrity and psychological state would be compromised and that there would be an impact on their couple's relationship in case of ED.

88% of respondents believed that discussing ED was the responsibility of the GP and 78% would see him for this reason. 66% of respondents preferred the GP to be the one raising the subject. 86% of respondents answered they needed a relationship of trust with the GP to talk about erectile dysfunction. 68% preferred discussing it with their GP but they were not against discussing it with other GPs. The doctor's gender and age, and whether he was seeing other members of the patient's family or not did not matter respectively for 88%, 92% and 92% of respondents. Finally, 34% of respondents would like to have access to consultations about sexual health and 48% would like information about erectile dysfunction and its specialists in Eure-et-Loir.

CONCLUSION :

In order to satisfy the expectations of the patients and to do comprehensive care, GPs should be trained to ask about erectile dysfunction. Patients are, in majority, in favor of the GP asking about it, no matter what gender or age he is, or if he's seeing other members of the patient's family. To discuss ED, a relationship of trust would be needed but also kindness, no judgement and necessary time. Finally, consultations about sexual health and information about ED should be accessible to help discussing this subject.

This study insists on the importance of ED screening and highlights the legitimacy of the GP to do so, according to the patients.

Keywords : Erectile dysfunction, GP, consultation, view, expectations, patients

ABREVIATIONS

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BPCO : Bronchopneumopathie Chronique Obstructive

DE : Dysfonction Erectile

EAL : Exploration d'une Anomalie Lipidique

FDR : Facteur De Risque

GAJ : Glycémie A Jeun

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : Hypertension Artérielle

NO : Monoxyde d'azote

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PDE5 : Phosphodiesterase de type 5

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	13
CONTEXTE	14
A. La dysfonction érectile	14
1) Définition et épidémiologie	14
2) Etiologies.....	14
3) Lien avec d'autres pathologies	15
a) Pathologies cardiovasculaires	15
b) Autres pathologies.....	16
4) Retentissement sur la qualité de vie et l'espérance de vie.....	16
5) Prise en charge et traitements	17
B. Etat des lieux en médecine générale.....	18
1) Prévalence des consultations pour DE en médecine générale.....	18
2) Freins des patients à aborder la DE	18
3) Freins des médecins généralistes à aborder la DE.....	19
4) Rôle du médecin généraliste et techniques de communication	20
a) Compétences du médecin généraliste	20
b) Techniques de communication	21
MATERIELS ET METHODES.....	23
A. Objectifs	23
B. Recherche bibliographique.....	23
C. Type d'étude.....	23
a) Population et échantillon.....	23
b) Recueil de données	24
c) Questionnaire.....	24
D. Ethique	24
RESULTATS	25
A. Nombre de questionnaires	25
B. Caractéristiques des participants	25
1) Nombre de participants en fonction de leur catégorie d'âge	25
2) Catégories socio-professionnelles des participants	26
3) Prise d'un traitement et fréquence de consultation du médecin traitant.....	26
4) DE chez les participants	27
C. Représentations de la DE et attentes des patients.....	28

1) Répercussions de la DE.....	28
2) Est-ce un sujet tabou ?.....	29
3) A qui en parleraient-ils dans leur entourage ?.....	30
4) Etat des lieux de leur connaissance d'un lien avec les maladies cardio-vasculaires	31
5) Qu'attendent les patients de leur médecin traitant ?.....	31
a) Rôle du médecin traitant	31
b) Consultation du médecin généraliste pour DE exclusivement.....	31
c) Quels autres professionnels iraient-ils consulter ?	32
d) Préféreraient-ils que ce soit le médecin qui l'aborde ?	33
e) Quels sont les éléments essentiels afin d'en discuter avec leur médecin ?	34
f) Importance accordée au genre.....	35
g) Importance accordée à l'âge.....	35
h) Importance accordée au suivi d'autres membres de la famille	36
i) Avec quel interlocuteur, préfèrent-ils parler de DE au cabinet de médecine générale ?.....	37
j) Recherche d'autres freins éventuels pour aborder la DE avec leur médecin.....	38
D. Perspectives	38
1) Intérêt porté à une consultation dédiée à la santé sexuelle	38
2) Informations sur la DE et ses spécialistes en Eure-et-Loir.....	39
DISCUSSION	40
A. Comparaison des résultats avec la littérature	40
B. Forces et faiblesses de l'étude	44
1) Pertinence de la méthode et originalité des résultats	44
2) Biais de sélection.....	45
3) Intérêt du dépistage de la DE mis en évidence.....	45
C. Perspectives	46
CONCLUSION.....	47
BIBLIOGRAPHIE	48
ANNEXE	51
Questionnaire.....	51

INTRODUCTION

Au début des années 2000, l'OMS a défini la santé sexuelle comme étant « un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social associé à la sexualité » qui « ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie, dysfonction ou infirmité ».

La notion de droit fondamental lui est rattachée : « Pour que la santé sexuelle puisse être atteinte et maintenue, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et garantis » (1).

La dysfonction érectile (DE) correspond à une mauvaise santé sexuelle à travers le terme de dysfonction mais aussi avec l'apparition de symptômes dépressifs et anxieux souvent associés et son retentissement sur la qualité de vie (2).

La prévalence de la DE est importante, en constante augmentation, et resterait encore sous-estimée (3,4). Elle est le motif de peu de consultations de médecine générale malgré des traitements disponibles et souvent satisfaisants (5,6).

De plus, nous bénéficions de nombreuses données récentes concernant la dysfonction érectile, notamment son rôle établi comme symptôme sentinelle de pathologies cardiovasculaires potentiellement mortelles, qui devraient nous la faire dépister systématiquement (7). Pourtant, des freins persistent et empêchent de l'aborder sereinement en consultation.

Des études concernant les pratiques et les barrières des médecins pour parler de DE ont été réalisées mais le point de vue des patients est pour l'instant peu étudié. Nous avons donc souhaité faire une étude quantitative à l'aide d'un questionnaire remis aux patients consultant leur médecin généraliste.

Quel est le ressenti des patients et quelles attentes ont-ils vis-à-vis de l'abord de la DE en consultation de médecine générale ?

CONTEXTE

A. La dysfonction érectile

1) Définition et épidémiologie

La dysfonction érectile est l'incapacité d'obtenir et/ou de maintenir une érection suffisante permettant une activité sexuelle satisfaisante, pendant au moins 6 mois (8). Elle est recensée dans la classification du DSM-V au sein du groupe des dysfonctions sexuelles masculines (9). Chez les hommes de plus de 50 ans, c'est la dysfonction érectile qui est la dysfonction sexuelle la plus fréquemment rencontrée (10).

Sa prévalence est difficile à évaluer. Elle concernerait presque la moitié des hommes, soit 47,8%, dans la tranche d'âge 40-70 ans en France (3) ; et elle augmente avec l'âge avec une estimation d'hommes de plus de 70 ans atteints entre 64 et 80% (4). Il a été mis en évidence dans plusieurs études que bon nombre d'hommes âgés restaient sexuellement actifs, ce pour quoi la DE représente un obstacle (4,5).

Chez les jeunes de moins de 40 ans, malgré une prévalence moindre, la DE est d'étiologie organique pour 15-20% d'entre eux. Elle est prédictive de la survenue de maladies et liée à une mortalité plus élevée (11).

2) Etiologies

Au fil du temps, la dysfonction érectile et ses traitements ont suscité un intérêt constant. La DE était auparavant considérée comme étant purement psychogène mais les données les plus récentes rapportent que plus de 80% des étiologies seraient organiques (2).

Actuellement, les causes de la dysfonction érectile peuvent être regroupées en 3 classes : organique, psychogène et mixte (12). Au sein des étiologies organiques, on observe deux sous-classes : les causes endocriniennes et non endocriniennes. Parmi celles-ci, la cause vasculaire est la plus fréquente. On y trouve également les causes neurogéniques, tissulaires et iatrogènes (13). En pratique, l'étiologie est souvent mixte avec une anxiété de performance et une dépression accompagnant la DE, indépendamment de son étiologie initiale (14).

Cela conduit aujourd'hui à conseiller une prise en charge multidisciplinaire aux patients souffrant de troubles de l'érection.

3) Lien avec d'autres pathologies

a) Pathologies cardiovasculaires

La prévalence de la DE augmente en cas de comorbidités cardiovasculaires (8,14).

Cela s'explique tel quel : le monoxyde d'azote (NO), qui est le médiateur essentiel de l'érection, responsable de la relaxation de la cellule musculaire lisse, va permettre l'ouverture des espaces sinusoïdes dans lesquels le sang artériel pénètre. Une fois ces espaces remplis, les veines sous-albuginales vont s'opposer à la sortie du sang par un mécanisme de compression qui permet d'assurer la rigidité du pénis. Les cellules endothéliales qui tapissent la surface des espaces sinusoïdes sont étirées par le remplissage et secrètent du NO qui entretient l'érection. En cas de dysfonction endothéliale comme c'est le cas dans le diabète, l'HTA, la dyslipidémie ou la consommation de tabac, c'est le NO endothélial qui fait défaut et altère la qualité de l'érection.

A l'inverse, les hommes présentant une DE sont à haut risque d'évènements cardiovasculaires (15,16). Elle partage, avec les maladies cardiovasculaires, de nombreux facteurs de risque comme l'âge, l'hypertension artérielle, le diabète de type 2, le tabac, la dyslipidémie, un syndrome métabolique ou un IMC élevé.

Elle précéderait de jusqu'à 5 ans un évènement cardiovasculaire (15). C'est pourquoi il est essentiel pour le médecin généraliste de porter attention à la DE parallèlement aux facteurs de risques cardiovasculaires (3). La dépister en l'abordant avec le patient pourrait permettre de les prévenir (7).

Par ailleurs, le traitement des facteurs de risque cardiovasculaires améliore la fonction érectile chez beaucoup d'hommes (17). Cela peut être un point à soulever lors de la consultation.

La DE a aussi été retenue dans plusieurs études comme étant un marqueur de mortalité. En tant que problème endothélial, conséquence du vieillissement, du système inflammatoire et du stress oxydatif, elle est souvent le signe de complications vasculaires ou d'organes et de détérioration d'une maladie sous-jacente (15,16). Cela rappelle, là encore, l'importance d'assurer son dépistage.

b) Autres pathologies

La forte prévalence de DE chez les hommes atteints de dépression ou de pathologie du bas appareil urinaire a été confirmée dans de récentes études (2,4). La DE est souvent un indicateur de comorbidités et peut même révéler ces pathologies.

Des symptômes dépressifs doivent être recherchés chez tous les patients présentant une DE et une DE doit être recherchée chez tous les patients dépressifs, sous traitement ou non, car l'un augmente le risque de survenue de l'autre (18).

Chez les patients plus jeunes, la prévalence de DE peut être élevée en cas d'activité pauvre, de comorbidités ou de consommation excessive de substances toxiques ou d'alcool (12).

D'autres éléments sont à prendre en compte, par exemple les antécédents d'abus sexuels, psychologiques ou physiques, une mauvaise image corporelle, des facteurs de stress notamment au travail mais aussi la religion et la culture du patient (12).

4) Retentissement sur la qualité de vie et l'espérance de vie

La DE a des effets délétères sur la qualité de vie qui se traduisent par l'apparition très fréquente de symptômes de dépression et d'anxiété liés à la performance sexuelle. Ceux-ci vont à leur tour avoir une incidence sur la vie sexuelle du/de la partenaire et donc sur la qualité de vie du couple (2,10).

D'autres domaines de l'index international de la fonction érectile tels que l'atteinte de l'orgasme, le désir sexuel, la satisfaction liée aux rapports et même la satisfaction globale sont diminués (19). Chez la femme, on pourra observer une baisse du désir sexuel, des difficultés à atteindre l'orgasme et plus globalement une baisse de la satisfaction liée à la qualité de vie (12,20). En cas de partenaire de sexe masculin, on pourrait probablement s'attendre aux mêmes observations.

La DE diminue les scores de qualité de vie dans tous les domaines : vie sociale, santé mentale, estime de soi et bien-être. En revanche, les scores de dépression augmentent de manière significative (19).

Y compris chez les personnes âgées, maintenir une activité sexuelle est un aspect important de la qualité de vie (4). Il a d'ailleurs été mis en évidence que la poursuite d'une activité sexuelle chez la personne âgée garantirait une meilleure santé et une plus grande espérance de vie (21).

5) Prise en charge et traitements

En cas de dépistage d'une dysfonction érectile chez un patient, le médecin généraliste pourra en rechercher l'étiologie à l'aide d'un interrogatoire sur l'histoire sexuelle et les caractéristiques de la dysfonction. Il examinera le patient et prescrira une prise de sang composée d'une testostéronémie totale et biodisponible si le patient a plus de 50 ans, d'une GAJ et d'un EAL. Enfin il pourra proposer une première ligne de traitement (8,20). Il faudra également rechercher les facteurs de risque cardiovasculaires, évaluer le retentissement de la dysfonction érectile sur la qualité de vie et apprécier l'état du couple.

La prise en charge de la DE est multidisciplinaire (13). D'un point de vue urologique, les inhibiteurs de la phosphodiesterase 5 per os constituent la première ligne de traitement depuis 1998. Viennent ensuite les prostaglandines en injection intra caverneuses ou en bâton pour usage urétral, puis la mise en place d'une prothèse pénienne.

L'étiologie peut être psychogène ou bien la DE peut avoir un retentissement psychologique. Dans ce cas, une prise en charge conjointe entre le sexologue et l'urologue est possible. Enfin, il ne faudra pas négliger la prise en charge cardiologique en cas de facteurs de risques cardiovasculaires associés (2).

Le médecin généraliste peut prescrire des IPDE-5, sous réserve qu'il en connaisse les conditions d'utilisation et les contre-indications. Il devra adresser le patient à un cardiologue en cas de patient sédentaire, c'est-à-dire incapable de monter deux étages ou de marcher 20 minutes par jour, ou chez qui il retrouve plus de 3 facteurs de risque cardiovasculaires selon le consensus de Princeton (22).

B. Etat des lieux en médecine générale

1) Prévalence des consultations pour DE en médecine générale

Les médecins généralistes semblent être les praticiens de choix pour aborder la DE. Ils ont connaissance des pathologies chroniques et des traitements de leurs patients et ont souvent établi une relation de confiance avec ceux-ci. De plus, les patients trouvent presque tous qu'il est cohérent que leur médecin les interroge sur leur santé sexuelle (23). Cependant, la DE et plus généralement les problèmes sexuels, sont peu abordés en consultation de médecine générale.

Dans une étude menée chez 22 médecins généralistes ayant effectué 1117 consultations sur 3 jours consécutifs, seulement 4% des consultations avaient pour motif la santé sexuelle, en majorité la dysfonction érectile pour les hommes. Dans 91% des cas c'était le patient qui avait abordé le problème. Seulement un tiers de ces consultations avaient motivé l'introduction d'un traitement (6).

Le médecin généraliste est pourtant le médecin de premier recours et un interlocuteur de choix pour aborder tout problème de santé (5,24).

2) Freins des patients à aborder la DE

Les freins des patients à aborder la santé sexuelle en général sont moins étudiés que ceux des médecins.

Dans les études menées, on retrouve par exemple de la honte éprouvée ou une gêne à en parler, dues à des barrières culturelles ou des tabous. Il persiste aussi la croyance que la DE est inévitable à cause de leur âge ou de leurs maladies chroniques. Sont également rapportés la peur d'une réponse négative, l'appréhension d'être examiné, la méconnaissance des traitements disponibles ou un scepticisme concernant l'efficacité de ces traitements (6,14).

Dans une étude plus spécifique du refus de traitement, les freins soulignés sont le refus de ce qui n'est pas naturel, la peur des effets secondaires, la peur d'en devenir dépendant, une certaine méfiance et le manque d'efficacité (25). Les patients seraient résignés, ignorants ou hésitants.

Il est donc important que le médecin puisse informer le patient sur les traitements de la DE. Cela pourrait les aider à ne pas accepter avec fatalisme la survenue d'un problème sexuel.

Un des freins à la demande d'un traitement par le patient âgé serait l'attitude du médecin face à la sexualité chez la personne âgée, notamment s'il considérait la DE comme normale en vieillissant et n'étant pas un problème sérieux (26).

Les patients évoquent aussi ressentir la réticence de leur médecin à aborder ce genre de problèmes de santé, ce qui les dissuadera à consulter pour ce motif.

Aucune corrélation entre les caractéristiques du médecin généraliste et le nombre de consultations ayant pour motif la santé sexuelle ou la fréquence à laquelle ils abordaient la sexualité n'a été trouvée (6).

3) Freins des médecins généralistes à aborder la DE

Concernant les médecins généralistes, les freins les plus fréquemment retrouvés sont le manque de temps, d'intérêt, de formation et de connaissances sur le sujet, l'inquiétude d'offenser le patient ou leur propre sensation de gêne à aborder la sexualité (5,6,14). Des médecins signalaient ne pas être à l'aise avec la prescription des inhibiteurs de la PDE5 et pouvaient donc éviter d'aborder la DE.

L'idée reçue étant que la sexualité est restreinte chez la personne âgée tient aussi une place importante dans les freins des médecins généralistes. En effet, elle ne figure pas parmi les priorités de santé à aborder pour le médecin (27). Les raisons qui pouvaient les pousser à l'aborder étaient le suivi de maladies chroniques souvent associées à une DE et la découverte ou le suivi de pathologies d'organes proches de la génitalité. Certains médecins ont souligné qu'ils ne percevaient pas une forte demande à aborder ce sujet (28).

D'autres ont assimilé l'abord de la sexualité à l'ouverture de la boîte de Pandore, c'est-à-dire à laisser place à un sujet nécessitant beaucoup de temps avec une attention particulière portée au langage utilisé et une tenue à jour des dernières recommandations. On a retrouvé une moins grande difficulté pour certains médecins à en parler avec des patients du même genre, du même âge et de la même ethnie. Ils signalent également pouvoir être mal à l'aise en cas d'orientation sexuelle différente de la leur (29).

Dans une étude sur l'opinion des médecins à propos de leur management de la dysfonction sexuelle, plusieurs médecins ressentaient le besoin pour l'aborder, d'un système de soins adéquat avec des conseillers spécialisés dans la psychologie liée à la sexualité, vers qui ils pourraient orienter les patients (30).

Enfin, d'un point de vue économique, le temps a son importance avec l'affirmation de la nécessité d'une revalorisation du prix de la consultation (31). Il était souligné que d'aborder la sexualité pendant une consultation ayant tout autre but pouvait doubler voire tripler le temps consacré à la consultation, sans rémunération adéquate.

En ce qui concerne la formation des médecins généralistes, on peut noter que le référentiel de cardiologie ne met pas en évidence la DE comme étant un marqueur de risque cardio-vasculaire (32). Une étude quantitative chez les internes de médecine générale de Saint Etienne a montré que dans plus de 90% des plaintes concernant la santé sexuelle, ils ne se sentaient pas assez formés pour y répondre (33).

Les médecins généralistes ont le choix dans leur pratique de se former ou non pour parler de santé sexuelle. Une étude relevait 4 attitudes de la part des médecins vis-à-vis de celle-ci: l'évitement, l'appropriation médicale, l'approche globale des problèmes liés à la sexualité et le placement de la sexualité au centre de leur pratique après spécialisation (34). Il a été observé que l'élaboration de recommandations et la formation des médecins généralistes les rendaient proactifs dans leur abord et leur prise en charge de la santé sexuelle (28).

4) Rôle du médecin généraliste et techniques de communication

a) Compétences du médecin généraliste

Le médecin généraliste a un rôle d'éducation, de dépistage et de prévention auprès de ses patients. Il s'agit d'une des six grandes familles de compétences dont il est doté. Les autres sont le premier recours et les urgences, l'approche centrée-patient et la communication, l'approche globale et la complexité, la continuité, le suivi et la coordination des soins en enfin le professionnalisme (35).

Selon la société européenne de médecine générale, le médecin généraliste « est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée » (36). Il a pour mission les soins centrés sur la personne avec une approche globale et l'adoption d'un modèle holistique. Ainsi, il doit être à même de dépister et de prendre en charge une DE.

b) Techniques de communication

La communication en médecine générale consiste à créer un climat d'écoute active et bienveillante pour faciliter l'expression du patient (37).

La communication, verbale et non verbale, est essentielle dans l'abord de la dysfonction érectile. Les grands principes retenus pour aborder la sexualité sont d'établir une relation de confiance à travers un cadre professionnel, un environnement chaleureux et une prise en charge personnalisée et globale. Il est important d'être bienveillant, de se montrer à l'aise, à l'écoute, de s'adapter au patient et de le rassurer. L'amorce du dialogue se fera à l'aide d'une question simple et directe accompagnée d'une posture active et de l'accord du patient. Le fait de se donner du temps est intéressant : on ouvre une porte au dialogue, sans pour autant chercher à obtenir une réponse dès la première consultation (38). La thèse de Sandra Bartoli donne également trois exemples de situations cliniques propices à l'abord de la sexualité : les pathologies cardio-vasculaires et uro-génitales pouvant être responsables de DE, les temps de prévention et de dépistage et les symptômes psycho-comportementaux comme la dépression et les conjugopathies.

Il existe des recommandations de la Société Française de Cardiologie à propos de l'hypertension artérielle, qui est un motif fréquent de consultation en médecine générale. Il est préconisé d'aborder la DE lors d'une consultation d'annonce d'HTA, à 6 mois de l'introduction d'un traitement anti-hypertenseur et au moins une fois par an lors du suivi. L'aborder au décours d'une complication ou sur point d'appel comme une baisse d'observance, une négociation, une fatigue ou une humeur dépressive ou en cas de difficultés conjugales est également conseillé (39).

Cela peut s'appliquer en cas d'autres facteurs de risque cardiovasculaires ou d'autres pathologies vasculaires, de pathologies uro-génitales, de dépression ou de troubles endocrinologiques ou neurologiques. La DE est également à rechercher en cas de consommations de substances ou de traitements pouvant avoir un effet sur la fonction érectile et lors d'un bilan de santé global ou dédié à la santé sexuelle.

Aborder la sexualité en consultation, c'est assurer une prise en charge globale de la personne mais c'est aussi entrer dans son intimité. Cela nécessite un abord respectueux et une approche positive.

Donner l'opportunité au patient de parler de sa sexualité sans jugement est la première étape importante du diagnostic. Pour amener cette discussion, il peut être utile de normaliser une potentielle dysfonction en évoquant par exemple un des facteurs de risque qu'a le patient (14).

Les enjeux du dépistage de la DE ne sont plus à démontrer, celle-ci pouvant prédire des évènements cardiovasculaires, témoigner de troubles urinaires et avoir un impact sur la santé mentale, la qualité de vie et même l'espérance de vie du patient.

Que ressentent les patients et quelles attentes ont-ils vis-à-vis de l'abord de la DE en consultation de médecine générale ?

MATERIELS ET METHODES

A. Objectifs

L'objectif principal de cette étude est de décrire le ressenti et les attentes des patients sur l'abord de la dysfonction érectile en consultation de médecine générale.

L'objectif secondaire est de sensibiliser les médecins généralistes à l'importance du dépistage de la DE.

B. Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été effectuée sur Pubmed, à partir de mots clés.

Les recherches initiales portaient sur les articles publiés entre 2015 et 2020 avec les termes suivants : « erectile » + « dysfunction », puis avec l'ajout de « epidemiology », « GP », « etiology », « sexual » + « elderly » et « quality » + « life ».

D'autres articles ont été trouvés à partir de ceux-ci, en privilégiant ceux publiés à partir des années 2000.

Le logiciel Zotero a été utilisé pour la mise en page bibliographique.

C. Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative réalisée à l'aide d'un questionnaire.

a) Population et échantillon

Le questionnaire a été distribué aux hommes de 18 à 85 ans vus en consultation dans trois cabinets de médecine générale en Eure-et-Loir, l'un en ville, un autre semi-rural et le dernier rural.

Le questionnaire était donné en fin de consultation en expliquant le sujet, l'objectif de ce travail et le respect de l'anonymat.

L'inclusion se faisait donc sur le sexe masculin, l'âge et la consultation en médecine générale dans trois cabinets du département 28.

b) Recueil de données

Les patients pouvaient déposer le questionnaire complété dans la boîte aux lettres de leur médecin traitant.

Les questionnaires devaient initialement être distribués du 18 novembre 2019 à fin avril 2020 mais, au vu du contexte sanitaire dû à l'épidémie de la Covid-19, cela a été arrêté à la fin du mois de février.

c) Questionnaire

Le questionnaire est anonyme. Il a été élaboré en concertation avec le Docteur Nathalie Trignol-Viguier, diplômée en sexologie.

Il comporte différents critères : âge, catégorie socio-professionnelle, suivi par le médecin traitant, prise de traitement et atteinte ou non de la fonction érectile.

Il regroupe ensuite différentes questions concernant les répercussions de la DE sur le patient et le couple, l'abord de la DE avec le médecin, d'autres professionnels ainsi que les proches. Il interroge aussi sur les attentes des patients vis-à-vis de leur médecin généraliste et l'intérêt du patient pour des consultations dédiées à la santé sexuelle et l'accès à des informations sur la DE et ses spécialistes en Eure-et-Loir.

Le questionnaire comprend des questions fermées, à réponses multiples, et ouvertes.

Concernant la méthode d'analyse, elle repose sur des pourcentages. En effet, le faible effectif de réponses à l'étude ne permettait pas de faire des analyses statistiques.

D. Ethique

Après demande d'un avis éthique, le questionnaire étant complètement anonyme et ne comportant aucune donnée personnelle permettant de remonter à l'identité des participants, la déclaration à la CNIL n'a pas été nécessaire.

RESULTATS

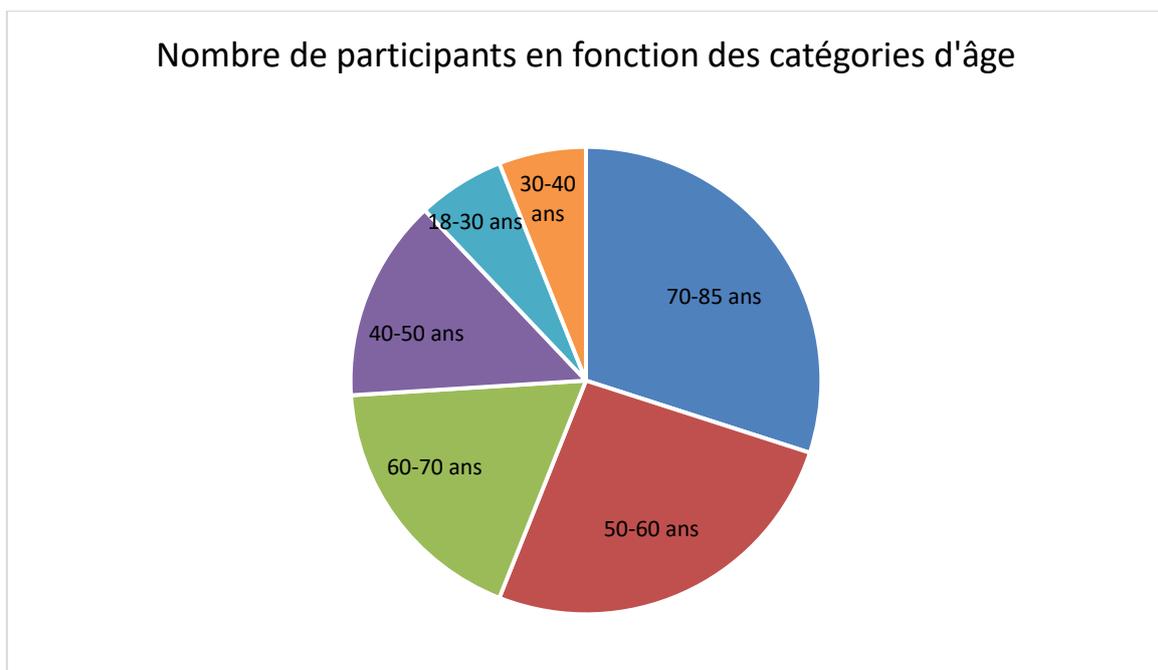
A. Nombre de questionnaires

Au total, 152 questionnaires ont été distribués, dont 53 en ville, 72 en semi-rural et 27 en rural. Le nombre de questionnaires rendus est de 50 au total ce qui correspond à un taux de réponses de 32,9%. 22 questionnaires ont été retournés en cabinet de ville (41,5%), 16 en semi-rural (22,2%) et 12 en rural (44,4%).

B. Caractéristiques des participants

1) Nombre de participants en fonction de leur catégorie d'âge

Parmi les répondants, la catégorie d'âge la plus représentée est celle des 70-85 ans avec 15 hommes soit 30% des répondants. Viennent ensuite la catégorie des 50-60 ans avec 13 hommes soit 26% des répondants, celle des 60-70 ans avec 9 hommes soit 18% des répondants, celle des 40-50 ans avec 7 hommes soit 14% des répondants et enfin, les catégories d'âge des 18-30 ans et 30-40 ans qui représentent chacune 6% des participants.



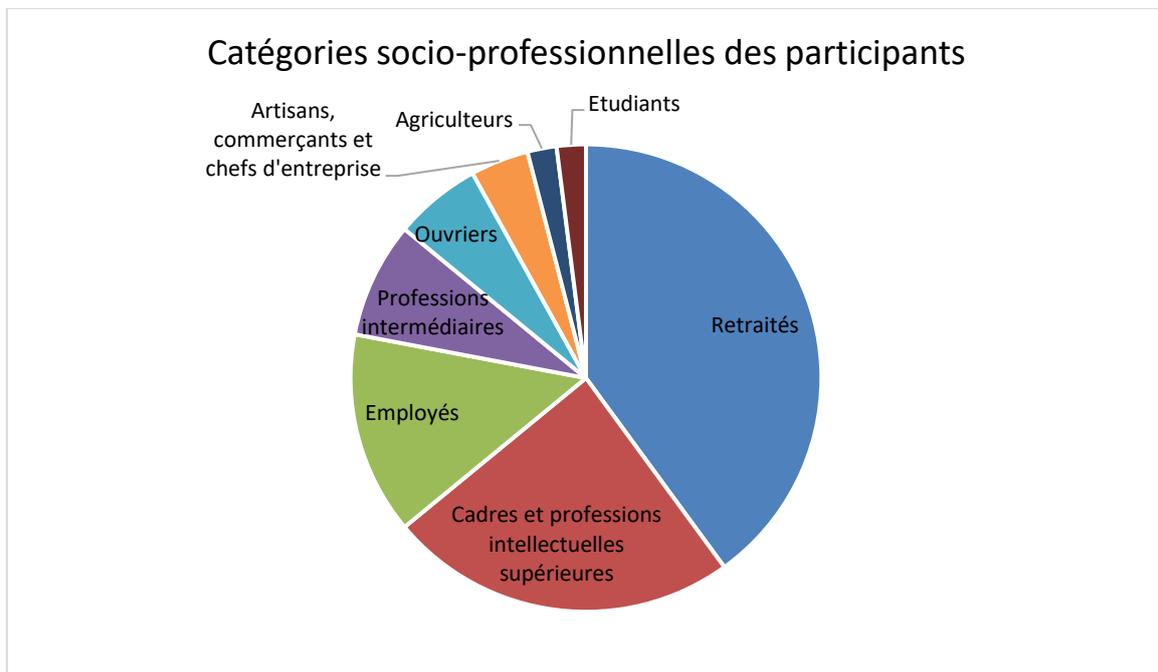
2) Catégories socio-professionnelles des participants

Plus d'un tiers des participants étaient des retraités, soit 20 hommes. Il y avait également 12 hommes appartenant aux cadres et professions intellectuelles supérieures et 7 employés.

Les autres catégories représentaient moins d'un quart des participants.

Parmi eux, 4 hommes appartenaient à la classe des professions intermédiaires, 3 hommes à celle des ouvriers et 2 hommes étaient commerçants ou chefs d'entreprise.

1 agriculteur et 1 étudiant ont répondu à l'étude.



3) Prise d'un traitement et fréquence de consultation du médecin traitant

Parmi les participants, 27 d'entre eux prenaient un traitement au long cours contre 23 qui n'en prenaient aucun.

Une ouverture de la question permettait de connaître les indications pour lesquelles ils avaient un traitement. Ainsi, les pathologies les plus retrouvées étaient l'HTA citée par 6 hommes, le cholestérol retrouvé 4 fois et le diabète également cité 4 fois ; ces 3 pathologies étant des facteurs de risque cardiovasculaire.

D'autres rapportaient aussi des « maladies cardiovasculaires », de l'artériosclérose, une fibrillation atriale, les suites d'un AVC, une insuffisance cardiaque, un pace maker et la prise d'anti-agrégant plaquettaire.

Sur le plan des comorbidités urologiques, 2 patients disaient être suivis pour « la prostate ».

2 des patients citaient des pathologies psychiatriques : bipolarité et dépression. Enfin, certains étaient suivis pour d'autres pathologies : BPCO, asthme, goutte, épilepsie, œsophagite peptique et pathologie thyroïdienne.

Parmi les participants, 22 d'entre eux consultaient leur médecin traitant tous les 3 mois ou plus souvent, 8 tous les 6 mois environ, 4 une fois par an et 16 le consultaient uniquement en cas de besoin.

22 participants sur 50 consultaient leur médecin généraliste tous les 3 mois, la plupart pour le suivi de pathologies cardiovasculaires.

4) DE chez les participants

17 hommes, soit 34% des répondants, étaient concernés par la DE. Parmi les 33 patients non concernés, 3 d'entre eux l'avaient déjà été.

Les hommes concernés appartenaient majoritairement à la catégorie d'âge des 70-85 ans, soit 13 hommes sur 17. 1 homme entre 40 et 50 ans, 1 entre 50 et 60 ans et 2 entre 60 et 70 ans étaient également concernés.

Parmi ceux ayant déjà été concernés, on retrouvait 2 hommes entre 50 et 60 ans et 1 homme entre 60 et 70 ans.

En tout, 27 participants en avaient soit déjà parlé à leur médecin, soit lui en parleraient si cela les concernait. 18 patients n'en parleraient pas. Enfin, 5 patients n'ont pas répondu.

Les médecins traitants avaient abordé le sujet avec 6 répondants sur 50, alors que 22 d'entre eux consultaient tous les 3 mois ou plus, dont de nombreux avec des traitements cardiovasculaires, urologiques ou pour la dépression. Sur les 6 avec qui les médecins l'avaient

abordé, 4 étaient concernés et 1 l'avait déjà été. Chez 12 patients concernés le sujet n'avait pas été abordé. 1 seul patient n'a pas répondu à la question.

Parmi les participants concernés ou l'ayant déjà été, 14 d'entre eux rapportaient être satisfaits de leur prise en charge. 10 d'entre eux avaient parlé de DE avec leur médecin et 1 avec son diabétologue.

9 participants étaient satisfaits mais non concernés.

1 patient de 50-60 ans a répondu ne pas avoir été satisfait : « taux d'hormone normal, viagra inefficace ».

24 participants n'ont pas répondu, y compris certains atteints de DE.

34% des répondants étaient concernés par la DE. Parmi les non concernés, 3 hommes l'avaient déjà été. Sur les 50 participants, les médecins généralistes avaient abordé la DE avec 6 d'entre eux.

14 hommes sur 17 atteints de DE et pris en charge par leur médecin traitant étaient satisfaits.

C. Représentations de la DE et attentes des patients

1) Répercussions de la DE

La question du retentissement de la DE était ouverte pour que les patients puissent développer. Elle interrogeait sur les répercussions personnelles et relationnelles d'un problème d'érection.

Des émotions et sentiments négatifs étaient retrouvés : « irritabilité », « frustration » énumérée trois fois, « crainte », « doute », « honte » citée par deux patients, « gêne », « déception », « mauvaise humeur » et enfin « irascibilité ».

L'un d'entre eux évoque sa préoccupation pour ce problème : « y penser » ; et un autre, écrivant plus spécifiquement à propos des rapports sexuels, rapporte qu'il aurait « beaucoup moins de plaisir et en donnerait sûrement moins ». L'un des participants pense que cela le rendrait « trop court pendant un rapport ».

A propos des rapports, l'un d'entre eux décrit chronologiquement ce qui arriverait selon lui : « L'envie de passer à l'acte, le doute qui s'installe et l'envie qui s'estompe ».

Cela va plus loin avec un impact retrouvé sur ce que pense la personne d'elle-même : « perte de confiance en moi » citée par trois patients, « manque de confiance », « dévalorisation », « sentiment d'infériorité », « mise en fragilité de l'estime de soi », « égo », « moral », « répercussions psychologiques », « problème psychologique », « difficultés psychologiques » et « diminution psychologique ».

Certains évoquent un retentissement encore plus profond : « mal-être », « Si j'avais ce genre de problèmes je pense que cela aurait un impact sur ma personnalité voire plus... », « La sexualité est une composante importante de mon équilibre personnel. Un dysfonctionnement affecterait gravement celui-ci. » et « sensibilisation morale tant personnelle que relationnelle ».

De nombreux répondants évoquaient les répercussions sur le couple comme « un dysfonctionnement dans le couple », « une modification de la relation avec le conjoint », des « répercussions sur la vie de couple », des « difficultés relationnelles », « l'insatisfaction du couple », « certainement des problèmes de couple », un impact sur le « bien-être du couple », des « dégradations dans le couple », et la « mise en danger de mon couple ».

D'autres mettent en évidence l'impact sur le/la partenaire : « la frustration envers son conjoint », « l'insatisfaction du partenaire », « le partenaire déçu avec un arrêt des relations sexuelles », une « distance avec le conjoint » ou encore « la déception de la partenaire ».

Un des répondants a relevé, en cas de DE, sa « crainte d'être quitté ».

Deux des répondants, tous deux âgés de plus de soixante-dix ans, ont répondu « aucune » et « pas à mon âge ».

La DE porte atteinte à l'intégrité de la personne avec une remise en question sur le plan psychologique et a un impact sur sa relation de couple.

2) Est-ce un sujet tabou ?

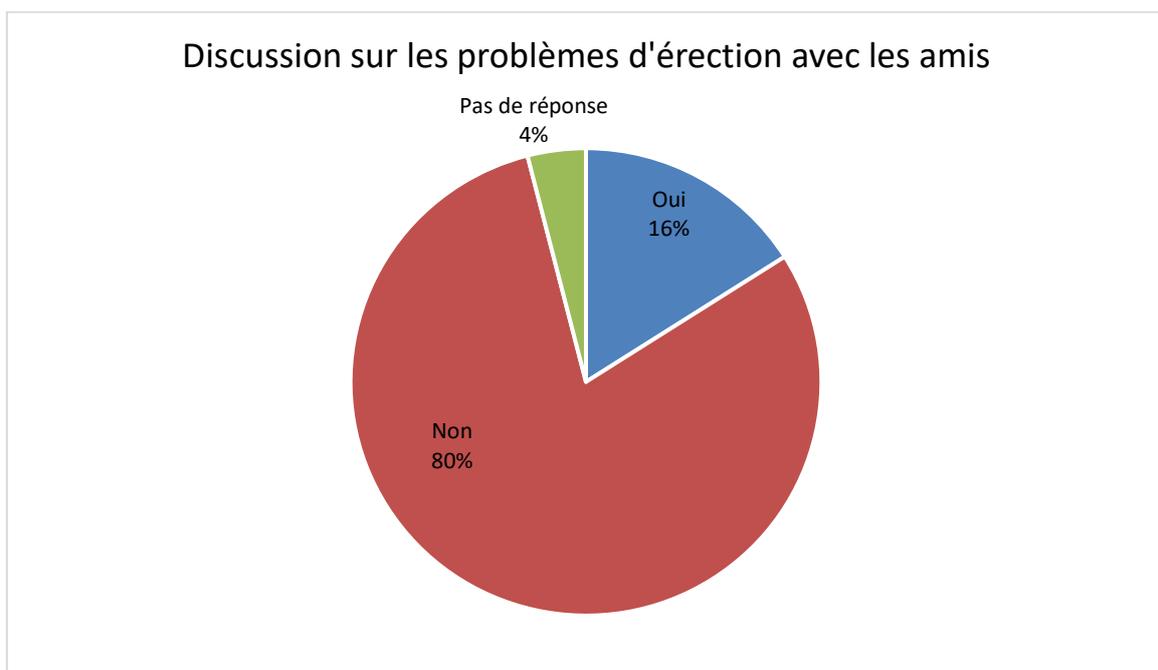
42 hommes sur 50, soit 84% des participants, estiment que la dysfonction érectile n'est pas un sujet tabou. Pour autant, on a vu que seulement 27 patients sur 50 en parleraient à leur médecin.

3) A qui en parleraient-ils dans leur entourage ?

Parmi les participants, 44 en parleraient avec leur partenaire contre 6 qui ne lui en parleraient pas.



La grande majorité d'entre eux, soit 40 patients, n'en parlerait pas à leurs amis, contre 8 qui leur en parleraient. 2 des participants n'ont pas répondu.



4) Etat des lieux de leur connaissance d'un lien avec les maladies cardio-vasculaires

40 répondants n'avaient pas connaissance d'un lien entre la dysfonction érectile et les pathologies cardiovasculaires, y compris des patients suivis pour des pathologies cardiovasculaires.

8 répondants avaient coché la réponse disant qu'ils savaient que la DE pouvait être un signe de maladies cardiovasculaires.

2 des participants n'ont pas répondu à la question.

16% des répondants savaient que la DE pouvait être un signe de maladie cardiovasculaire.
--

5) Qu'attendent les patients de leur médecin traitant ?

a) Rôle du médecin traitant

44 participants estiment qu'une consultation pour DE relève du rôle du médecin traitant.

5 pensent que ce n'est pas le cas. L'un d'entre eux, de plus de 70 ans, attribue la responsabilité de la DE à l'âge. 3 autres iraient quand même le consulter à ce sujet et le dernier privilégierait son diabétologue pour en parler.

Le participant restant a coché les réponses oui et non.

88% des participants estiment qu'une consultation pour DE relève du rôle du médecin traitant.

b) Consultation du médecin généraliste pour DE exclusivement

Parmi les répondants, 39 d'entre eux rapportent qu'ils consulteraient leur médecin traitant pour des troubles de l'érection. 10 de ces hommes sont concernés par la DE et 2 l'ont déjà été.

Pourtant, seulement 27 patients avaient répondu qu'ils en parleraient à leur médecin généraliste lors d'une question précédente.

Les 11 répondants restants n'iraient pas le consulter pour ce motif. Parmi ceux-ci, 7 sont concernés dont 2 hommes de plus de 70 ans qui écrivent ne plus accorder d'importance à leur fonction érectile. Les 4 autres ne sont pas concernés mais l'un d'eux l'a déjà été.

78% des patients iraient consulter leur médecin généraliste pour dysfonction érectile.

c) Quels autres professionnels iraient-ils consulter ?

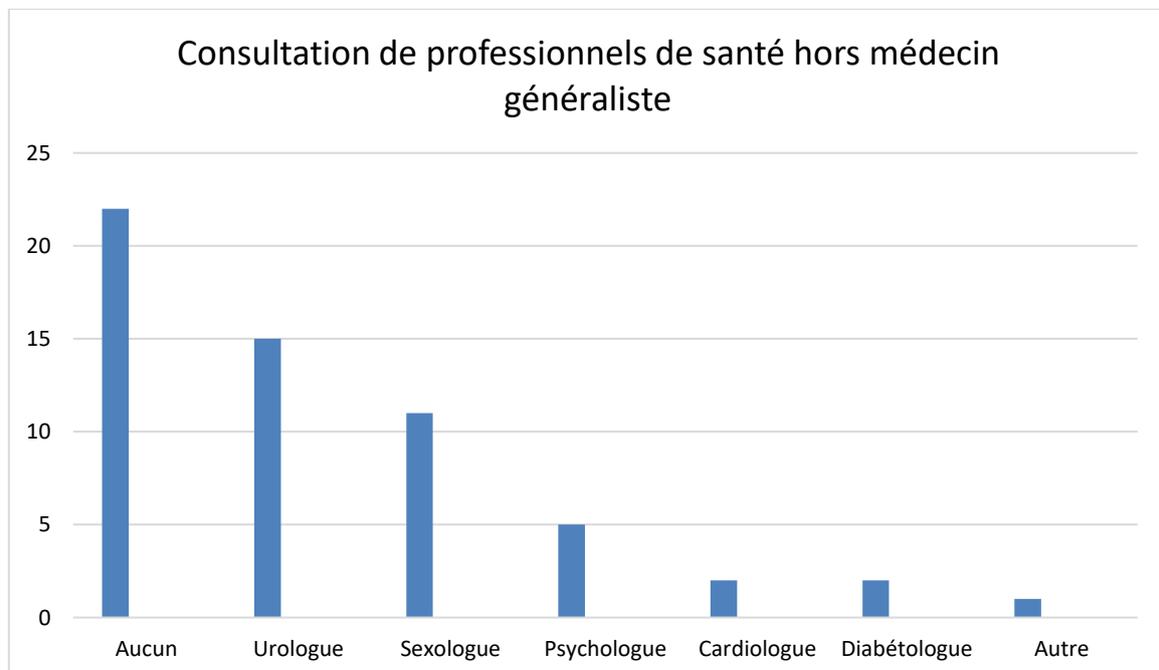
A cette question à réponses multiples, l'urologue a été coché par 15 patients et le sexologue par 11 patients. Concernant l'urologue, 2 des patients ont précisé que ce serait dans un second temps, après en avoir parlé à leur médecin traitant.

Le psychologue a été coché 5 fois, uniquement par des hommes entre 18 et 40 ans.

Le cardiologue et le diabétologue ont été cochés 2 fois chacun et l'infirmière une fois.

Un des répondants a coché la case « autre » mais n'a pas précisé qui ce serait.

Enfin, 22 participants n'iraient pas consulter de professionnels de santé pour la DE, hors médecin généraliste.



44% des répondants ne consulteraient pas d'autre professionnel.

En dehors du médecin traitant, les participants pensent en majorité que les troubles de l'érection relèvent de l'urologue et du sexologue.

5 hommes sur les 6 de la catégorie d'âge 18-40 ans, iraient consulter un psychologue en cas de DE.

d) Préféreraient-ils que ce soit le médecin qui l'aborde ?

33 hommes soit 66% des répondants préféreraient que ce soit le médecin qui aborde la dysfonction érectile.

16 hommes ont coché la case « non ». La question était ensuite ouverte pour qu'ils puissent expliquer pourquoi.

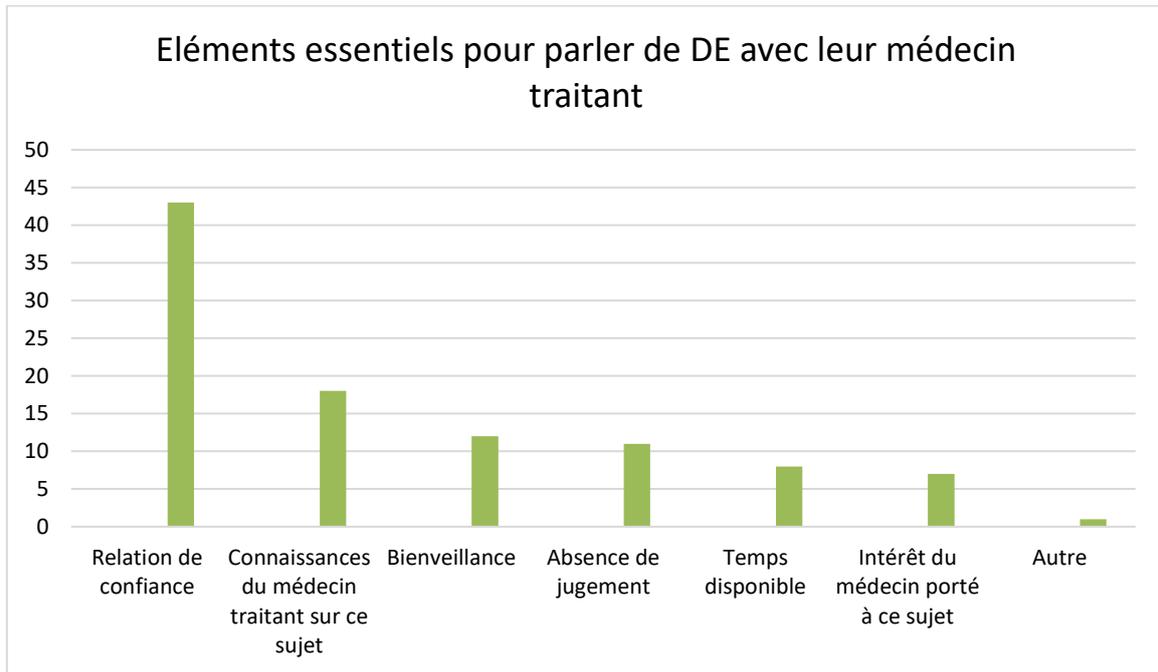
L'un d'eux a déjà été concerné et en parle avec son diabétologue. 7 autres précisent qu'ils en parleraient d'eux-mêmes dont 2 qui pensent que cela relève du domaine de l'intime. 3 hommes expliquent qu'ils seraient gênés car ils viennent accompagnés en consultation. 2 hommes ont répondu non en raison de leur âge de plus de 70 ans et de leur désintérêt pour les rapports sexuels. L'un des deux précise, tout comme 2 autres hommes, que cela le mettrait mal à l'aise.

1 homme dit que cela lui paraîtrait étrange sauf si la question était « noyée » dans un interrogatoire global.

Enfin, 1 homme n'a pas répondu.

La majorité, soit 66% des répondants, préférerait que ce soit le médecin qui aborde la dysfonction érectile. Ceux ayant répondu non expliquent qu'ils l'aborderaient d'eux-mêmes ou qu'ils seraient gênés car ils viennent accompagnés ou qu'à plus de 70 ans cela ne les intéresse plus. Un homme trouverait cela étrange et un autre n'a pas répondu.

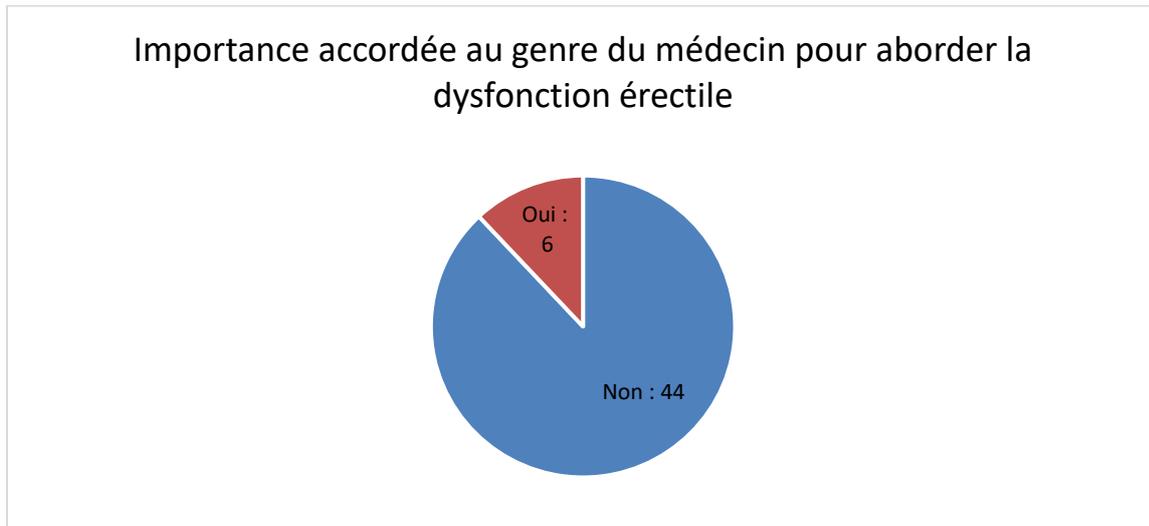
e) Quels sont les éléments essentiels afin d'en discuter avec leur médecin ?



Il s'agissait d'une question à réponses multiples avec, parmi les options, la réponse « autre » suivie d'un espace pour préciser.

43 patients soit 86% des participants, ont coché la case « relation de confiance ». Puis venait « connaissances du médecin traitant sur ce sujet » coché par 18 patients, « bienveillance » par 12 patients, « absence de jugement » par 11 patients, « temps disponible » par 8 patients, « intérêt du médecin pour ce sujet » par 7 patients et enfin « autre » par 1 patient. 3 participants n'ont pas répondu et 1 participant a barré la question et écrit « aucune, 80 ans aucun intérêt ».

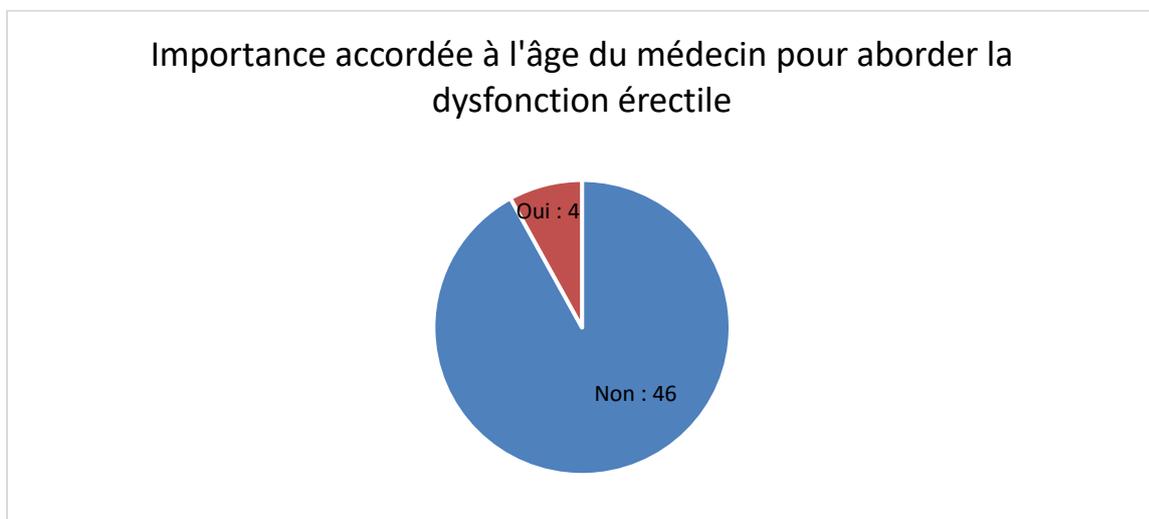
f) Importance accordée au genre



44 répondants ont rapporté ne pas accorder d'importance au genre du médecin pour discuter de DE. L'un d'eux a écrit qu'il préférerait tout de même l'aborder avec un médecin de genre féminin.

En revanche, 6 répondants y accordaient une importance. Parmi eux, l'un disait se sentir « plus à l'écoute » avec une femme médecin alors qu'un autre parle d'un sentiment de « jugement de valeur » avec une femme. 2 autres d'entre eux préféreraient en parler à des hommes. L'un d'eux a précisé : « on se comprend mieux ». 2 participants n'ont pas justifié leur réponse.

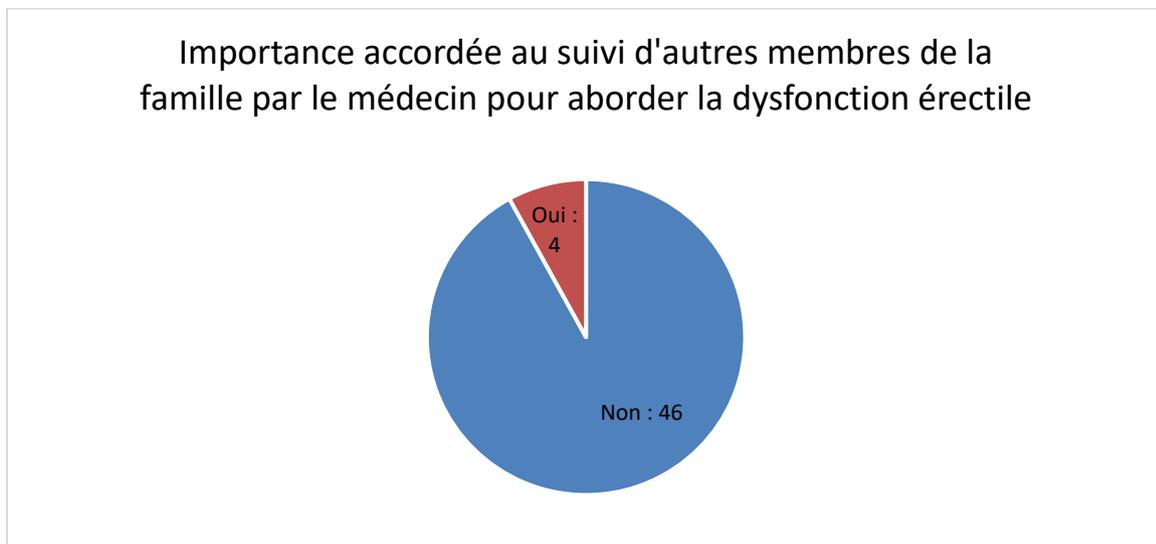
g) Importance accordée à l'âge



La grande majorité, soit 46 participants, n'accordait pas d'importance à l'âge du médecin pour aborder la DE. Seulement 4 participants ont répondu le contraire.

2 d'entre eux, appartenant aux catégories d'âge 60-70 ans et 70-85 ans, préféreraient en parler avec des médecins jeunes : « Je pense que les jeunes médecins sont plus aptes pour discuter de ces problèmes » ou encore « Moins tabou et plus ouvert avec jeune médecin ». A contrario, un autre de la catégorie d'âge 40-50 ans ressentait des « difficultés d'en parler avec un médecin trop jeune ». Le dernier n'avait pas justifié sa réponse.

h) Importance accordée au suivi d'autres membres de la famille

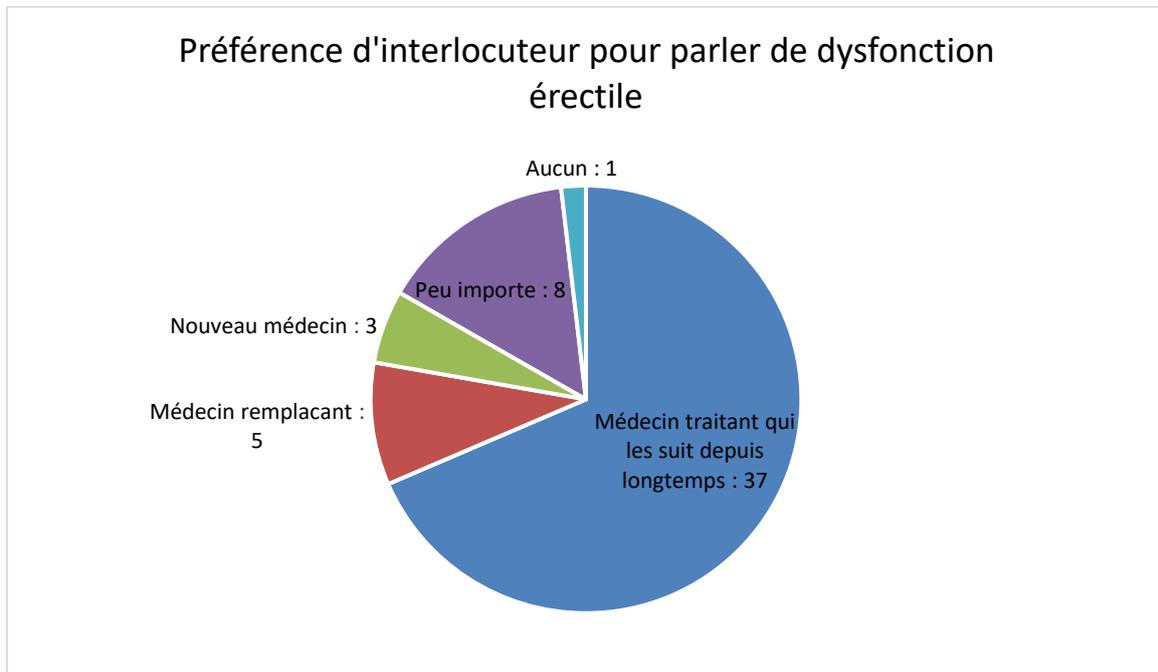


46 patients, soit 92% des participants, rapportaient que le fait que le médecin suive d'autres membres de sa famille n'importait pas pour aborder la DE avec celui-ci. 4 répondants y accordaient de l'importance.

La grande majorité, respectivement 46 et 44 patients, n'apportait pas d'importance au genre et à l'âge du médecin avec qui ils abordaient la dysfonction érectile.

Le fait que le médecin suive d'autres membres de la famille importait à seulement 4 patients sur 50.

i) Avec quel interlocuteur, préfèrent-ils parler de DE au cabinet de médecine générale ?



68% des participants, soit 34 d'entre eux, préféreraient en parler avec leur médecin traitant. 3 répondants souhaiteraient en parler avec leur médecin traitant ou un médecin remplaçant. 2 préféreraient en discuter avec un nouveau médecin, 1 avec le médecin remplaçant, 1 avec le médecin remplaçant ou un nouveau médecin, et 1 autre avec un nouveau médecin. 8 répondants écrivaient que peu leur importait l'interlocuteur. Enfin, toujours le même patient disait qu'il ne souhaiterait s'entretenir avec aucun médecin.

68% des répondants préféreraient aborder la DE avec leur médecin traitant en consultation de médecine générale. Cela ne signifie pas qu'ils sont fermés à ce que les remplaçants ou d'autres généralistes l'abordent avec eux. Cela importait peu pour 16% des répondants.

j) Recherche d'autres freins éventuels pour aborder la DE avec leur médecin

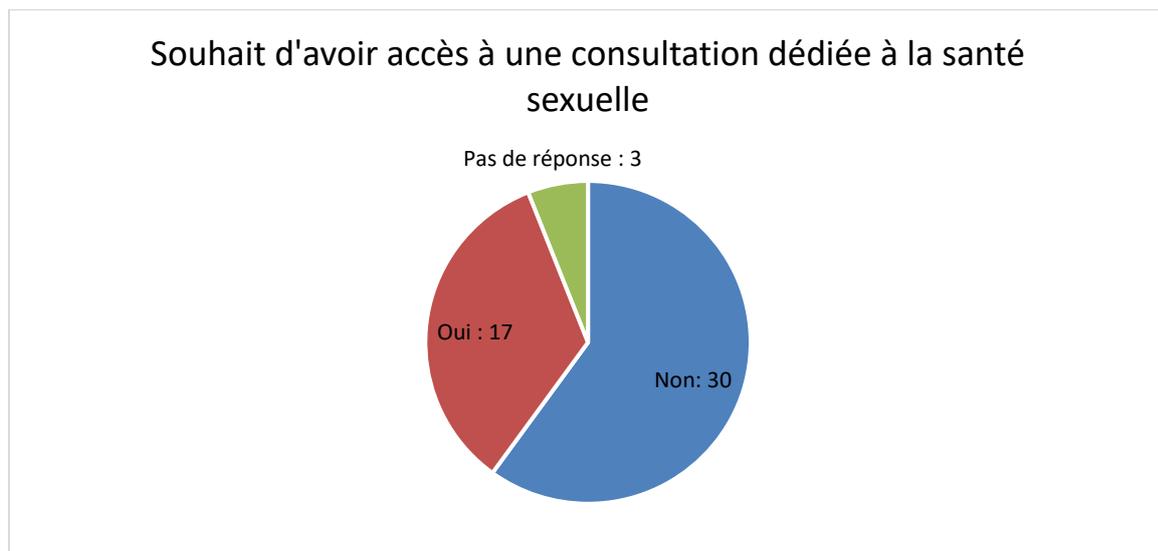
46 participants ont barré l'espace sous la question ou ont répondu « aucun ». 2 freins ont été soulevés concernant le médecin traitant : « si je pense qu'il n'a pas les connaissances suffisantes sur le sujet » et un « manque d'empathie du médecin ».

L'un des patients a écrit que de devoir en parler le premier serait un frein.

Enfin, un des hommes a observé « L'érection et/ou pénétration n'est pas nécessaire pour un orgasme ».

D. Perspectives

1) Intérêt porté à une consultation dédiée à la santé sexuelle

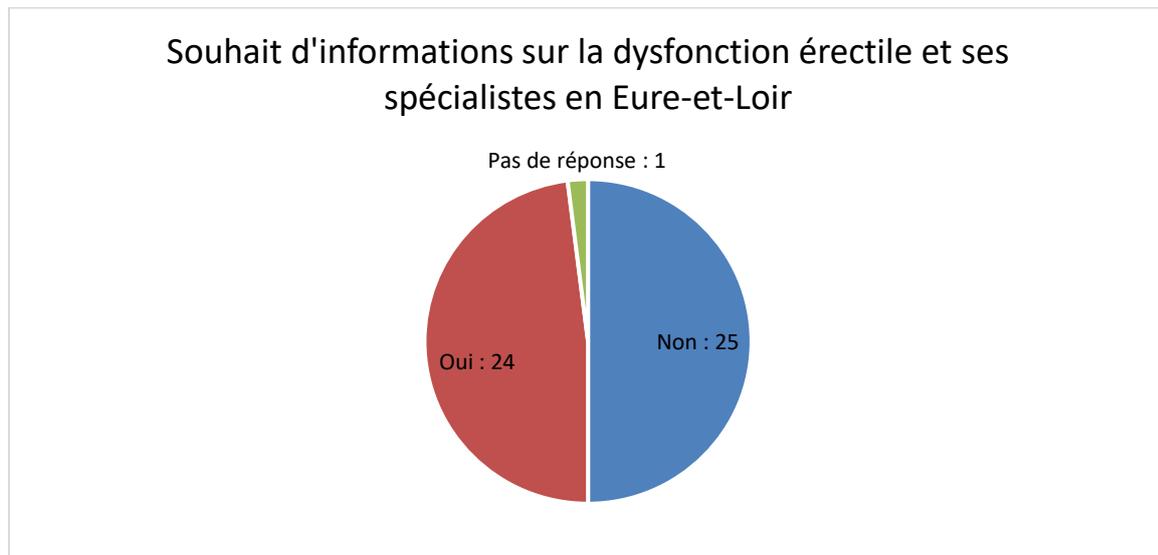


La majorité des répondants, soit 30 hommes, ne souhaitait pas avoir accès à une consultation dédiée à la santé sexuelle chez leur médecin traitant. L'un d'entre eux précisait « en l'absence de soucis ».

17 hommes ont répondu qu'ils aimeraient y avoir accès, 8 d'entre eux étant concernés par des troubles de l'érection et 2 l'ayant déjà été.

3 participants n'ont pas répondu à la question.

2) Informations sur la DE et ses spécialistes en Eure-et-Loir



Sur les 50 participants, 25 ne souhaitaient pas d'informations sur la DE et ses spécialistes en Eure-et-Loir, 24 en souhaiteraient et 1 n'a pas répondu.

Parmi ceux ayant répondu favorablement, il y avait 9 hommes concernés et 1 homme qui l'avait déjà été.

DISCUSSION

A. Comparaison des résultats avec la littérature

Dans notre étude, 13 hommes sur 15 de la catégorie d'âge 70-85 ans étaient atteints de dysfonction érectile ce qui correspond à un pourcentage de 86,7%. La prévalence de la DE trouvée ici est plus importante que celle indiquée dans la littérature. En effet, l'étude de M.H. Colson publiée en 2018 donnait un pourcentage de 64 à 80% d'hommes de plus de 70 ans atteints de DE (4).

Nous avons trouvé 2 hommes atteints sur 9 entre 60 et 70 ans et 1 qui avait déjà été concerné, 1 homme atteint sur 13 entre 50 et 60 ans et 2 qui avaient déjà été concernés et 1 homme atteint sur 7 entre 40 et 50 ans, soit 24,1% des hommes atteints de DE ou l'ayant déjà été entre 40 et 70 ans. L'étude de I. Goldstein publiée en 2020 donnait un pourcentage de 47,8% d'hommes atteints de DE entre 40 et 70 ans (3).

Selon le chapitre sur la DE sur le site Urofrance.fr, 1 homme sur 3 est atteint de DE après 40 ans (8). Ici nous en retrouvons 36,3% soit un peu plus d'un sur 3. Cependant cette donnée est difficilement comparable car nous avons obtenu plus de réponses de la part d'hommes âgés et avons fixé une limite d'âge à 85 ans.

Aucun homme entre 18 et 40 ans n'est atteint de DE dans notre étude. Dans la littérature, nous n'avons pas trouvé de pourcentage d'hommes jeunes atteints mais seulement le fait que la prévalence était moindre (11).

Les résultats ne sont pas concordants, hormis l'augmentation de la prévalence de la DE avec l'âge, mais notre échantillon était faible et, comme souligné dans la littérature, la prévalence de la DE est difficile à évaluer.

Seulement 2 hommes sur 15 entre 70 et 85 ans indiquaient ne plus porter d'intérêt à leur fonction érectile, ce qui corrobore les dernières données indiquant que la grande majorité des hommes âgés restent sexuellement actifs. L'étude de M.H. Colson publiée en 2018 faisait le point sur l'épidémiologie et soulignait que 83% des hommes entre 70 et 80 ans portaient encore un intérêt à leur sexualité (4). Une autre de ses études publiée en 2012 indiquait déjà que 83,5% des hommes de 57 à 87 ans maintenaient leur activité sexuelle (21).

Concernant les pathologies associées à la DE, 27 participants sur 50 prenaient un traitement au long cours. Sur ces patients, 15 rapportaient être suivis pour une ou plusieurs maladies cardiovasculaires et 12 d'entre eux étaient atteints de DE. Parmi les 50 participants, 6 étaient conscients d'un lien entre la DE et les pathologies cardiovasculaires. L'évaluation de la connaissance de ce lien serait plus intéressante chez les praticiens.

D'autres pathologies, par exemple urologiques et psychiatriques, étaient également rapportées. Le lien entre la DE et la survenue de maladies n'était pas l'objectif de l'étude et l'échantillon serait trop faible pour conclure à un quelconque lien. Cependant, il est intéressant d'observer que l'abord de la DE par le médecin généraliste chez les patients suivis pour des pathologies cardiovasculaires reste faible. Pourtant, le lien entre les deux a été mis en évidence dans de nombreuses études (7,15,16). Des recommandations existent également pour l'aborder en cas de facteurs de risques cardiovasculaires associés (22,39).

Sur les 17 hommes atteints de DE de notre étude, 12 rapportent être satisfaits de leur prise en charge sans que l'on sache s'ils avaient pris un traitement ou non. 9 d'entre eux en avaient discuté avec leur médecin et la plupart l'avaient abordé d'eux-mêmes. Les études exposent que les traitements disponibles sont satisfaisants pour la plupart des patients (2,20).

Dans la littérature, il a été démontré que la DE avait des conséquences telles que l'apparition de symptômes anxieux et dépressifs et une dégradation de la qualité de vie du patient (18,19). Dans notre étude, plusieurs points étaient mis en évidence. Tout d'abord, des répercussions personnelles étaient soulevées par les hommes. Ils évoquaient des émotions et des sentiments négatifs ainsi qu'une préoccupation à ce sujet. Une perte de confiance et d'estime de soi et des répercussions psychologiques étaient citées plusieurs fois. Certains parlaient même de déséquilibre personnel et de mal-être. Dans différentes études, ces mêmes conséquences sont relatées avec une préoccupation de la part des hommes pour ce trouble et l'apparition de symptômes dépressifs (10). L'étude de T. Farahat souligne le retentissement de la DE sur la qualité de vie et l'estime de soi, l'apparition de symptômes anxieux et dépressifs liés à la DE et de problèmes dans la relation ou le mariage (19).

Dans un second temps, les hommes écrivaient effectivement le retentissement possible dans la relation avec le/la partenaire. Le fait de donner moins de plaisir, les difficultés relationnelles, l'installation d'une distance au sein du couple et la crainte d'être quitté étaient mis en avant. Ces écrits sont également en accord avec l'article de F. Yafi publié en 2017 qui précise que n'importe quelle dysfonction sexuelle est responsable de problèmes dans le couple et il ajoute

que cela a pour conséquence une exacerbation du problème initial (2). Les difficultés de la partenaire à atteindre l'orgasme et plus globalement une baisse de la satisfaction sont soulignées dans l'étude de M.H. Colson (12).

A propos des répercussions de la DE sur l'individu et la relation, nos données sont donc concordantes avec celles des récentes études.

En ce qui concerne les attentes des patients et les freins à l'abord de la DE, nous avons trouvé de nombreux résultats similaires à ceux de la littérature. Nous relevons fréquemment une gêne à aborder la dysfonction érectile de la part du médecin et une peur d'offenser le patient (5,14). Or, selon une étude publiée en 2011 portant sur 1452 patients, 90,9% d'entre eux souhaiteraient que le médecin généraliste interroge sur l'histoire sexuelle afin de recevoir des conseils. 15% des participants seraient gênés et environ 4% ne souhaiteraient pas en discuter. La grande majorité souhaiterait que leur médecin généraliste porte un intérêt à leur vie sexuelle (40).

De même, une étude française sur le ressenti de 96 patients relève que 93% des patients auraient un ressenti neutre ou positif lors d'interrogations sur leur vie sexuelle de la part de leur médecin. Seulement 7% trouveraient ce genre de questions malvenues (23). Une question simple et ouverte serait à privilégier.

Ces résultats montrent un décalage entre les croyances du médecin et le ressenti du patient et sont concordants avec ceux de notre étude : 88% estiment qu'une consultation pour DE relève du médecin traitant, 84% pensent qu'il ne s'agit pas d'un sujet tabou et 66% des patients préféreraient que le médecin l'aborde.

La thèse de Sandra Bartoli met en évidence que les hommes souhaiteraient un cadre professionnel, une relation de confiance et une attitude bienveillante de la part du médecin pour parler de leur sexualité. Ils préféreraient également que le médecin l'aborde à l'aide d'une question ouverte. Les hommes seraient plus à l'aise pour l'aborder s'il y avait des brochures ou des affiches sur ce sujet en salle d'attente et seraient intéressés par une consultation dédiée à la santé sexuelle (38). Nous avons posé la question de consultations dédiées à la santé sexuelle pour lesquelles 17 hommes sur 50 étaient intéressés et celle de l'obtention d'informations sur la DE dont 24 hommes sur 50 seraient demandeurs. Nous pensons également que cela peut favoriser la prise en charge de la DE.

Une étude menée chez 62 hommes indique qu'ils attendent de la part du médecin du professionnalisme, de l'empathie, une relation de confiance, et d'être rassurés (41).

Parmi ces éléments favorisant la discussion sur la DE nous retrouvons également la relation de confiance et la bienveillance. Sur nos 50 participants, 18 avaient coché la nécessité pour le médecin généraliste d'avoir des connaissances sur la DE. Il s'agissait de la deuxième réponse la plus cochée après « relation de confiance ». Certains relevaient qu'il était important que le médecin porte de l'intérêt à la DE pour qu'ils puissent l'aborder avec lui. On a pu constater, dans la littérature, le manque de formation des médecins pour répondre aux plaintes sexuelles et le fait que leur formation dans ce domaine dépendait de leur bon vouloir : ils pouvaient décider de se spécialiser en santé sexuelle ou non (33,34).

Certains hommes attendaient également une absence de jugement de la part du médecin et la sensation d'avoir du temps disponible pour aborder la DE.

Parmi les freins que nous recherchions, le genre et l'âge du médecin n'ont pas été relevés par la grande majorité des patients ce qui correspond aux résultats de A. Vik et M. Brekke qui ne trouvaient pas de corrélation entre les caractéristiques du médecin et le nombre de consultations pour santé sexuelle (6). Il en est de même pour le suivi d'autres membres de la même famille. Nous n'avions pas trouvé, dans les études disponibles, le frein de venir accompagné en consultation et il a pourtant été évoqué par plusieurs participants. Enfin, nous n'avions pas recherché les freins liés à la méconnaissance ou au scepticisme de l'efficacité des traitements et aucun patient ne les a cités dans « autres freins » (6,25).

Toujours dans cette étude de M. Metz et M. Seifer Jr., 97% des hommes rapportent avoir eu des questionnements sur leur vie sexuelle et seulement 19% en ont parlé avec leur médecin généraliste (41). Ils préfèrent, là encore, que ce soit le médecin qui aborde la sexualité et 95% pensent qu'il est approprié qu'il les questionne à ce sujet. 45% des hommes de l'étude disent qu'ils ne l'aborderaient pas d'eux-mêmes et 24% ne savent pas.

Nous trouvons également que plusieurs patients n'aborderaient pas le sujet d'eux-mêmes et que 78% des participants iraient consulter leur médecin pour ce motif.

De plus, cette étude montrait que le psychologue ou le psychiatre était plus fréquemment consulté pour la santé sexuelle que le médecin traitant. Dans notre question portant sur les autres spécialistes consultés nous n'avions pas inclus le psychiatre et il n'avait pas été ajouté par les répondants. Selon nos résultats, en dehors du médecin généraliste, l'urologue était le spécialiste le plus consulté suivi du sexologue puis du psychologue.

Enfin, en dehors des professionnels, les patients parlaient de leurs questionnements avec leur partenaire en priorité. Nous avons observé la même tendance avec 88% des participants qui en parleraient avec leur partenaire.

B. Forces et faiblesses de l'étude

1) Pertinence de la méthode et originalité des résultats

L'étude quantitative, avec l'utilisation d'un questionnaire pour recueillir les données, n'est pas la méthode validée pour explorer un ressenti intime sur un sujet tabou. Ce sont en effet des données déclaratives sur support papier qui peuvent être mal interprétées. Malgré l'utilisation de questions ouvertes, certaines réponses auraient pu être approfondies lors d'entretiens. Elles pouvaient par ailleurs provoquer un effet de lassitude chez les participants.

Toutefois, chaque mode de recueil de l'information est porteur de biais. La dysfonction érectile est un sujet tabou, pour lequel une proposition d'entretiens semi-dirigés aurait pu freiner l'acceptabilité et privilégier un biais de déclaration. Dans les résultats de la littérature, on retrouve d'ailleurs une gêne à en parler, que ce soit chez le patient ou chez le médecin (6,14). L'anonymat du questionnaire pouvait inciter le patient à y répondre. Par ailleurs, en cette période de crise sanitaire, l'écrit a pu être facilitateur.

Cette méthode de recueil a été privilégiée dans plusieurs études, par exemple pour savoir pourquoi les hommes atteints de DE ne consultaient pas plus souvent leur médecin, ou encore ce qu'ils attendaient des médecins concernant leur santé sexuelle (25,40,41). En comparant avec d'autres études utilisant une méthode qualitative, nous trouvons des freins et des attentes similaires (6,14).

Une autre étude permettant de recueillir le ressenti des médecins par rapport à leur prise en charge des dysfonctions sexuelles avait elle aussi utilisé une méthode quantitative à l'aide d'un questionnaire (30).

En somme, il s'agit d'une première étape permettant de sensibiliser à la dysfonction érectile, qui mériterait d'être systématiquement abordée en consultation de médecine générale.

Concernant les résultats, nous n'avons pas fait d'analyse statistique compte tenu du faible nombre de réponses reçues. Ainsi, les chiffres obtenus ne sont que des tendances et ne permettent pas de conclure à des liens significatifs.

Cette étude est originale. A notre connaissance, en France, malgré de nombreuses études sur la santé sexuelle en général, aucune ne s'était spécifiquement focalisée sur les attentes des patients atteints de dysfonction érectile.

2) Biais de sélection

La patientèle des cabinets de médecine générale dans lesquels l'étude s'est déroulée est majoritairement représentée par des personnes âgées. Nous aurions pu comptabiliser les tranches d'âge des patients auxquels le questionnaire a été remis afin de connaître la proportion de répondants par classe d'âge et la corrélérer au nombre de réponses. La très faible participation de jeunes hommes est donc en partie liée à leur faible effectif en consultation et ne doit pas être interprétée comme leur faible intérêt pour la question de la dysfonction érectile.

Par ailleurs, le recensement par classe d'âge des personnes auxquelles le questionnaire a été remis ainsi que des données plus précises sur leurs caractéristiques socio-économiques auraient été sources de rupture de confidentialité au regard du faible effectif.

Certaines caractéristiques des patients, telles que leur situation familiale, l'activité sportive, l'IMC et leurs consommations (tabac, alcool et drogues) auraient pu être demandées. Un questionnement approfondi sur la présence de troubles cardiovasculaires, urologiques ou dépressifs aurait été intéressant. La question ouverte sur les pathologies nécessitant un suivi chez leur médecin traitant ne promettait pas une réponse exhaustive.

3) Intérêt du dépistage de la DE mis en évidence

Cette thèse, en plus de trouver des résultats concordant avec ceux de la littérature concernant l'abord de la sexualité, met en lumière l'importance pour la santé, y compris la santé mentale, du dépistage de la dysfonction érectile.

Elle montre que le médecin généraliste est un interlocuteur privilégié pour aborder la DE. Certains médecins peuvent éviter de l'aborder pour ne pas gêner le patient mais il est relevé ici que la plupart des patients souhaitent qu'il l'aborde. Il en est de même quels que soient l'âge et le genre du médecin ou s'il suit d'autres membres de la famille.

Ce travail souligne la nécessité d'effectuer ce dépistage dans le cadre d'une prise en charge globale. Elle peut permettre de sensibiliser le médecin généraliste à cela à travers son lien entre la DE et les pathologies cardiovasculaires, urinaires et psychiatriques et le retentissement sur la qualité de vie du patient et son espérance de vie.

C. Perspectives

En tant que médecins généralistes, il est de notre devoir de prendre en charge le patient dans sa globalité. Ainsi, le questionnaire sur sa santé sexuelle et plus spécifiquement la dysfonction érectile en fait partie.

Ce travail de thèse pourrait être complété et poursuivi sous différents aspects, que ce soit avec un effectif de participants plus important ou par des entretiens semi-dirigés du côté des patients ou de celui des médecins.

A l'avenir, la formation des étudiants en santé sur le thème de la plainte sexuelle mériterait d'être approfondie. La prise en charge de la santé sexuelle des patients a de multiples intérêts : l'amélioration de la qualité de vie sexuelle, le dépistage entre autres de pathologies cardiovasculaires et urologiques et par voie de conséquence leur traitement et/ou l'amélioration de l'observance au traitement.

Il pourrait également être intéressant d'évaluer l'offre d'informations et de consultations dédiées à la santé sexuelle et de développer leur accès.

CONCLUSION

La dysfonction érectile est prévalente mais peu abordée en consultation de médecine générale. Elle est notamment en lien avec des pathologies cardiovasculaires, urologiques et psychiatriques qu'elle peut permettre de dépister. L'histoire sexuelle, la prise de certains traitements, les consommations de toxiques et l'activité sportive sont également à prendre en compte.

Elle a un impact sur la qualité de vie des hommes et de leurs partenaires et est prédictive d'une espérance de vie réduite. Il revient donc au médecin généraliste de la dépister dans le cadre d'une prise en charge globale.

Pour satisfaire les attentes des patients, les médecins devraient être formés à l'aborder en consultation. D'après nos résultats, les patients y sont en grande majorité favorables, peu importe le genre du médecin, son âge, ou s'il suit d'autres membres de la famille. L'abord se ferait selon une relation de confiance, avec bienveillance, sans jugement et en prenant le temps nécessaire.

Enfin, des consultations dédiées à la santé sexuelle ainsi que des informations sur la dysfonction érectile pourraient être proposées afin de faciliter le dialogue avec le médecin traitant.

Ce travail rappelle l'importance du dépistage de la dysfonction érectile et met en évidence la légitimité du médecin généraliste à le faire selon les patients.

BIBLIOGRAPHIE

1. SPF. Santé sexuelle : définitions, concepts, droits fondamentaux. [Internet]. [cité 15 janv 2021]. Disponible sur: /determinants-de-sante/sante-sexuelle/sante-sexuelle-definitions-concepts-droits-fondamentaux
2. Yafi FA, Jenkins L, Albersen M, Corona G, Isidori AM, Goldfarb S, et al. Erectile dysfunction. *Nat Rev Dis Primer*. 04 2016;2:16003.
3. Goldstein I, Goren A, Li VW, Tang WY, Hassan TA. Epidemiology Update of Erectile Dysfunction in Eight Countries with High Burden. *Sex Med Rev*. janv 2020;8(1):48-58.
4. Colson MH, Cuzin B, Faix A, Grellet L, Huyghes E. Current epidemiology of erectile dysfunction, an update. *Sexologies*. janv 2018;27(1):e7-13.
5. Andrews CN, Piterman L. Sex and the older man--GP perceptions and management. *Aust Fam Physician*. oct 2007;36(10):867-9.
6. Vik A, Brekke M. Do patients consult their GP for sexual concerns? A cross sectional explorative study. *Scand J Prim Health Care*. 2 oct 2017;35(4):373-8.
7. Hodges LD, Kirby M, Solanki J, O'Donnell J, Brodie DA. The temporal relationship between erectile dysfunction and cardiovascular disease. *Int J Clin Pract*. déc 2007;61(12):2019-25.
8. Chapitre 09 - Trouble de l'érection [Internet]. 2016 [cité 4 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.urofrance.org/congres-et-formations/formation-initiale/referentiel-du-college/trouble-de-lerection.html>
9. Crocq M-A, Guelfi JD, American Psychiatric Association. DSM-5 ®: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 2016.
10. Lee DM, Nazroo J, O'Connor DB, Blake M, Pendleton N. Sexual Health and Well-being Among Older Men and Women in England: Findings from the English Longitudinal Study of Ageing. *Arch Sex Behav*. janv 2016;45(1):133-44.
11. Papagiannopoulos D, Khare N, Nehra A. Evaluation of young men with organic erectile dysfunction. *Asian J Androl*. 2015;17(1):11-6.
12. Colson MH, Cuzin B, Faix A, Grellet L, Huyghes E. Erectile dysfunction, twenty years after. *Sexologies*. janv 2018;27(1):e1-6.
13. Netgen. Dysfonction érectile, une prise en charge urologique et multidisciplinaire [Internet]. *Revue Médicale Suisse*. [cité 8 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2018/RMS-N-629/Dysfonction-erectile-une-prise-en-charge-urologique-et-multidisciplinaire>
14. Shoshany O, Katz DJ, Love C. Much more than prescribing a pill – Assessment and treatment of erectile dysfunction by the general practitioner. 2017;6.

15. Salonia A, Capogrosso P, Clementi MC, Castagna G, Damiano R, Montorsi F. Is erectile dysfunction a reliable indicator of general health status in men? *Arab J Urol.* sept 2013;11(3):203-11.
16. Raheem OA, Su JJ, Wilson JR, Hsieh T-C. The Association of Erectile Dysfunction and Cardiovascular Disease: A Systematic Critical Review. *Am J Mens Health.* 1 mai 2017;11(3):552-63.
17. Modifying Risk Factors in the Management of Erectile Dysfunction: A Review. *World J Mens Health.* 23 août 2016;34(2):89-100.
18. Liu Q, Zhang Y, Wang J, Li S, Cheng Y, Guo J, et al. Erectile Dysfunction and Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Sex Med.* août 2018;15(8):1073-82.
19. Farahat. Quality of life in patients with erectile dysfunction in Shebin El Kom District [Internet]. [cité 8 sept 2020]. Disponible sur: <http://www.mmj.eg.net/article.asp?issn=1110-2098;year=2017;volume=30;issue=2;spage=607;epage=613;aulast=Farahat>
20. McMahon CG. Current diagnosis and management of erectile dysfunction. *Med J Aust.* juin 2019;210(10):469-76.
21. Colson M-H. Sexualité et pathologies du vieillissement chez les hommes et les femmes âgés. *Gerontol Soc.* 3 avr 2012;35 / n° 140(1):109-30.
22. Nehra A, Jackson G, Miner M, Billups KL, Burnett AL, Buvat J, et al. The Princeton III Consensus recommendations for the management of erectile dysfunction and cardiovascular disease. *Mayo Clin Proc.* août 2012;87(8):766-78.
23. Zeler A, Troadec C. Ressenti des patients lorsque la sexualité est abordée par un médecin généraliste : étude qualitative sur 96 patients adultes du Languedoc-Roussillon, France. *Sexologies.* juill 2017;26(3):136-45.
24. Fievet C. Comment aborder le sujet de la sexualité en consultation de médecine générale? Enquête qualitative auprès de patientes à La Réunion. *Médecine Interne.* :125.
25. Lemaire A, Bosio-leGoux B, Klein P. Pourquoi les patients qui ont des difficultés sexuelles ne consultent-ils pas plus souvent ? D'après une enquête française de l'ADIRS. :6.
26. Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care: a qualitative study with older people | *Family Practice | Oxford Academic* [Internet]. [cité 15 janv 2021]. Disponible sur: <https://academic.oup.com/fampra/article/20/6/690/530865>
27. Cousseau L, Freyens A, Corman A, Escourrou B. Des représentations aux résistances des médecins généralistes à aborder la sexualité avec leurs patients âgés. *Sexologies.* avr 2016;25(2):69-77.
28. Kirby CN. GP management of erectile dysfunction - The impact of clinical audit and guidelines. :5.

29. Gott M, Galena E, Hinchliff S, Elford H. “Opening a can of worms”: GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Fam Pract.* 1 oct 2004;21(5):528-36.
30. Humphery S, Nazareth I. GPs’ views on their management of sexual dysfunction. *Fam Pract.* 1 oct 2001;18(5):516-8.
31. Gillet C. Attentes et besoins des médecins généralistes pour améliorer l’abord de la santé sexuelle en consultation. 2019;116.
32. 2e édition du référentiel de cardiologie pour la préparation des ECN | SFCardio [Internet]. [cité 9 sept 2020]. Disponible sur: <https://sfcordio.fr/page/2e-edition-du-referentiel-de-cardiologie-pour-la-preparation-des-ecn>
33. La revue francophone de médecine générale [Internet]. [cité 15 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.exercer.fr/sommaire/2>
34. Giami A. La spécialisation informelle des médecins généralistes : l’abord de la sexualité. 18 févr 2010;147-67.
35. Les 6 compétences génériques | Département Médecine Générale - Université de Paris [Internet]. [cité 19 janv 2021]. Disponible sur: <https://dmg.medecine.univ-paris-diderot.fr/p/les-6-competences>
36. Allen DJ, Heyrman PJ. Une description des compétences fondamentales du médecin généraliste - médecin de famille. :52.
37. Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 15 janv 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi
38. Sandra Bartoli - Aborder la sexualité en médecine générale : Attentes, opinions et représentations des hommes : enquête qualitative menée par seize entretiens semi-directifs en Charente-Maritime et en Côtes d’Armor - Les thèses en ligne de l’Université de Poitiers [Internet]. [cité 15 janv 2021]. Disponible sur: <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/52602>
39. Chemin clinique pour le dépistage et la prise en charge de la dysfonction érectile des hypertendus | Société Française de Cardiologie [Internet]. [cité 29 janv 2021]. Disponible sur: <https://sfcordio.fr/publication/chemin-clinique-pour-le-depistage-et-la-prise-en-charge-de-la-dysfonction-erectile-des>
40. Meystre-Agustoni G, Jeannin A, De H, Dubois-Arber F. Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? *Swiss Med Wkly* [Internet]. 8 mars 2011 [cité 15 janv 2021];141(0910). Disponible sur: <https://smw.ch/article/doi/smw.2011.13178>
41. Metz ME, Seifert MH. Men’s expectations of physicians in sexual health concerns. *J Sex Marital Ther.* 1990;16(2):79-88.

ANNEXE

Questionnaire

Dans le cadre de ma thèse « Comment aborder la dysfonction érectile en consultation de médecine générale : étude dans l'Eure-et-Loir » j'ai élaboré ce questionnaire qui vous est destiné.

Depuis le tout début de mon internat, il me paraît essentiel de faire avancer le dialogue sur la santé sexuelle qui tient une place importante dans la vie de couple et dans la santé globale de chacun. Votre participation sera profitable quel que soit votre âge et que vous soyez/ayez été concerné par ce problème ou non. Ce questionnaire est bien sûr anonyme. Vous pouvez le retourner par courrier ou le déposer au cabinet dans la boîte prévue à cet effet. D'avance merci de participer à ce travail !

I. Premières données

Vous avez :

- Entre 18 et 30 ans
- Entre 30 et 40 ans
- Entre 40 et 50 ans
- Entre 50 et 60 ans
- Entre 60 et 70 ans
- Plus de 70 ans

A quelle catégorie socio professionnelle appartenez-vous ?

- Etudiant
- Agriculteur
- Artisan, commerçant et chef d'entreprise
- Cadre et profession intellectuelle supérieure
- Profession intermédiaire
- Employé
- Ouvrier
- Retraité

Prenez-vous un traitement chaque jour ?

- Oui, pour quelle(s) maladie(s) :
- Non

Vous consultez votre médecin traitant :

- Tous les 3 mois ou plus souvent
- Tous les 6 mois environ
- Une fois par an
- Seulement en cas de besoin

Etes-vous concerné par des troubles de l'érection ?

- Oui
- Non, l'avez-vous déjà été : Oui Non

En avez-vous déjà parlé ou en parleriez-vous à votre médecin ? Oui Non

Votre médecin vous en a-t'il déjà parlé ? Oui Non

Avez-vous été satisfait de votre prise en charge ?

- Oui
- Non, pourquoi :
.....

II. Représentations des problèmes d'érection

Quelles seraient pour vous les répercussions (personnelles, relationnelles...) d'un problème d'érection ?

.....
.....
.....

Pour vous, est-ce un sujet tabou ? Oui Non

En parleriez-vous à :

- Votre partenaire : Oui Non
- Vos proches : Oui Non

Savez-vous que cela peut être un signe de maladie cardiovasculaire ? Oui Non

III. Rôle du médecin traitant

Pensez-vous que cela relève du médecin traitant ? Oui Non

Iriez-vous le consulter pour ce motif ? Oui Non

Sinon qui iriez-vous consulter à ce propos ?

- Urologue
- Diabétologue
- Sexologue
- Psychologue
- Infirmière
- Autre :

Préférez-vous que ce soit votre médecin qui aborde ce problème ? Oui Non

Si non, pourquoi ?

- Domaine de l'intime
- Situation qui vous mettrait mal à l'aise
- Ce n'est pas son rôle
- Vous venez accompagné en consultation
- Autre :

Quels éléments essentiels auraient besoin d'être regroupés afin de discuter ce problème avec votre médecin ?

- Relation de confiance
- Bienveillance
- Intérêt du médecin pour ce sujet
- Connaissances du médecin sur ce sujet
- Temps disponible
- Absence de jugement
- Autre :
.....

IV. Caractéristiques du médecin traitant

Cela importe-t 'il que votre médecin traitant soit un homme ou une femme pour aborder avec lui/elle ce problème ?

- Oui, pourquoi :
- Non

Son âge importe-t 'il ?

- Oui, pourquoi :
- Non

Auriez-vous du mal à aborder ce sujet avec un médecin qui suit aussi d'autres membres de votre famille ?

- Oui
- Non

A qui préféreriez-vous en parler ?

- Un médecin remplaçant
- Un nouveau médecin
- Au médecin qui vous suit depuis longtemps

Quels autres freins auriez-vous à en parler avec votre médecin traitant ?

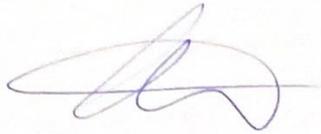
.....
.....

V. Perspectives

Souhaiteriez-vous avoir accès à une consultation dédiée à votre santé sexuelle chez votre médecin généraliste ? Oui Non

Souhaiteriez-vous plus d'informations sur la dysfonction érectile et qui consulter en cas de besoin dans le territoire de l'Eure-et-Loir ? Oui Non

Vu, le Directeur de Thèse



Dr. N. PRIGNOL - VIGNIER

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le**

JARRY Céline

Nombre de pages : 57 – graphiques : 12

Résumé :

Contexte : La dysfonction érectile est un trouble prévalent mais peu abordé en consultation de médecine générale. Elle est notamment en lien avec des pathologies cardiovasculaires, urologiques et psychiatriques et a des répercussions sur la qualité de vie et l'espérance de vie du patient.

Cette étude a pour objectif de décrire le ressenti et les attentes des patients vis-à-vis de l'abord de la dysfonction érectile en consultation de médecine générale.

Matériel et méthodes : Nous avons utilisé une méthode quantitative avec un recueil de données par un questionnaire. Il était donné aux hommes de 18 à 85 ans vus en consultation de médecine générale dans 3 cabinets d'Eure-et-Loir. Cinquante réponses ont été récoltées.

Résultats : Les résultats ont montré que 88% des répondants pensaient que l'abord de la dysfonction érectile relevait du médecin généraliste et que 78% iraient le consulter pour ce motif. 66% des sondés préféraient que leur médecin généraliste l'aborde. 86% des répondants relevaient avoir besoin d'une relation de confiance avec leur médecin généraliste pour discuter de leur dysfonction érectile. Le genre, l'âge du médecin et le suivi d'autres membres de la famille n'importaient pas pour respectivement 88%, 92% et 92% des répondants. Enfin, 34% des hommes souhaiteraient avoir accès à une consultation dédiée à la santé sexuelle et 48% à des informations sur la dysfonction érectile et ses spécialistes eu Eure-et-Loir.

Conclusion : Ce travail rappelle l'importance du dépistage de la dysfonction érectile et met en évidence la légitimité du médecin généraliste à le faire selon les patients.

Mots clés : Dysfonction érectile, généraliste, consultation, ressenti, attentes, patients

Jury :

Président du Jury : Professeur François Maillot

Directeur de thèse : Docteur Nathalie Trignol-Viguiier

Membres du Jury : Professeur Franck Bruyère
Docteur Hélène Pichard-Saucie
Docteur Isabelle Hémar-Folliot

Date de soutenance : 08 avril 2021