Université de Poitiers Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2012 Thèse n°

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement le 10 Décembre 2012 à Poitiers par Monsieur Nicolas Hicquel né le 19 Juin 1983

Dysfonction érectile: Quels sont les facteurs influençant le recours au médecin traitant ?

Composition du Jury

<u>Président</u> : Monsieur le Professeur HADJADJ <u>Membres</u> : Monsieur le Professeur MARECHAUD

> Monsieur le Professeur IRANI Monsieur le Professeur GAVID

<u>Directeur de thèse</u> : Madame le Dr REAM

Universite de Poitiers



Faculté de Médecine et de Pharmacie



Année universitaire 2012 - 2013

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- 1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- 2. ALLAL Joseph, thérapeutique
- 3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BENSADOUN René-Jean, cancérologie radiothérapie
- 5. BRIDOUX Frank, néphrologie
- 6. BURUCOA Christophe, bactériologie virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- 8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- 9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
 DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- 12. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation 13. DEBIAIS Françoise, rhumatologie

- DORE Bertrand, urologie
 DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
 EUGENE Michel, physiologie
 FAURE Jean-Pierre, anatomie

- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
 FROMONT-HANKARD Gaëlle, anatomie et cytologie pathologiques
 GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique

- 21. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
 22. GILBERT Brigitte, génétique
 23. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
 24. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
 25. GUILHOT-GAUDEFRROY François, hématologie et transfusion
- 26. GUILLET Gérard, dermatologie
- GUILLET Gerard, dermatologie
 GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
 HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
 HANKARD Régis, pédiatrie
- 30. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire 31. HERPIN Daniel, cardiologie

- 32. HOUETO Jean-Luc, neurologie
 33. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- 34. IRANI Jacques, urologie

- 35. JABER Mohamed, cytologie et histologie
 36. KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
 37. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (détachement)
- 38. KITZIS Alain, biologie cellulaire 39. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino- Laryngologie
- 40. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- 41. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire 42. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- 43. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (surnombre)
 MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (surnombre)
- 46. MARECHAUD Richard, médecine interne
- 47. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
- 48. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- 49. MEURICE Jean-Claude, pneumologie

- 50. MIMOZ Olivier, anesthésiologie réanimation
- 51. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastroentérologie
- 52. NEAU Jean-Philippe, neurologie
- 53. ORIOT Denis, pédiatrie 54. PACCALIN Marc, gériatrie
- 55. PAQUEREAU Joël, physiologie
- 56. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- 57. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- 58. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- 59. POURRAT Olivier, médecine interne 60. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et
- traumatologique
- 61. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- 62. RICHER Jean-Pierre, anatomie
- 63. ROBERT René, réanimation
- 64. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes

- 68. SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie 69. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie 70. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale 71. TOUCHARD Guy, néphrologie 72. TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- 73. WAGER Michel, neurochirurgie

6 rue de la Milétrie - B.P. 199 - 86034 POITIERS CEDEX - France

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ARIES Jacques, anesthésiologie réanimation
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie virologie
- 3. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
- 4. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie virologie <u>hygiène</u>
- CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
 CREMNITER Julie, bactériologie virologie
 DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie réanimation
- DIAZ Véronique, physiologie
 FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- 11. FRASCA Denis, anesthésiologie réanimation
- 12. GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- HURET Jean-Loup, génétique
 JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- 15. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- 16. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- 17. MIGEOT Virginie, santé publique
- 18. ROY Lydia, hématologie 19. SAPANET Michel, médecine légale
- 20. THILLE Arnaud, réanimation
- 21. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeur associé des disciplines médicales

SCEPI Michel, thérapeutique et médecine d'urgence

Maîtres de Conférences associés de Médecine générale

BINDER Philippe BIRAULT François FRECHE Bernard GIRARDEAU Stéphane GRANDCOLIN Stéphanie PARTHENAY Pascal VALETTE Thierry

Professeur certifié d'Anglais

DEBAIL Didier

Maître de conférences des disciplines pharmaceutiques enseignant

MAGNET Sophie, bactériologie - virologie

Professeurs émérites

- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales
- 2. DABAN Alain, cancérologie radiothérapie
- 3. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie virologie
- 4. GIL Roger, neurologie
- 5. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- 1. ALCALAY Michel, rhumatologie
- 2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
 BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- 6. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
- BOINOTCatherine, hématologie transfusion 8. BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex émérite)
- 9. BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie hygiène
- 11.CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- 12. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction

 13. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique

 14. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie

 15. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires

 16. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex

- émérite)
- 17. GOMBÉRT Jacques, biochimie
- 18. GRIGNON Bernadette, bactériologie
- 19. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- 20. KAMINA Pierre, anatomie (ex émérite)
- 21. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- 22. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- 23. MARILLAUD Albert, physiologie
- 24. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- 25. PATTE Dominique, médecine interne 26. PATTE Françoise, pneumologie 27. POINTREAU Philippe, biochimie
- 28. REISS Daniel, biochimie
- 29. RIDEAU Yves, anatomie
- 30. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- 31. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire

REMERCIEMENTS

A monsieur le Professeur HADJADJ.

Je vous remercie d'avoir accepté de présider mon jury de thèse.

A messieurs les Professeurs MARECHAUD, IRANI et GAVID.

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse.

A Madame le Dr REAM.

Merci de m'avoir conforté dans le choix de la médecine générale par votre approche passionnée et passionnante de cette discipline. Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse.

A tous les médecins ayant participé à l'étude.

Merci pour votre disponibilité et de m'avoir accueilli dans vos salles d'attente.

A mes parents.

Merci d'avoir toujours tout fait pour que je réussisse.

Aux deux amours de ma vie.

Merci pour la relecture attentive et pour être là tout simplement.

A tonton David.

Merci à toi spécialiste ès orthographe pour ta correction attentive.

A mes anciens co-externes.

Merci de m'avoir accompagné dans ces 6 premières années difficiles.

1	INT 1.1		OUCTION'impuissance à la dysfonction érectile	
	1.2	Défi	nitions actuelles	8
	1.3	Epid	lémiologie de la dysfonction érectile	9
	1.4	Pou	rquoi diagnostiquer la dysfonction érectile ?	11
	1.4.	1	La dysfonction érectile retentit sur la qualité de vie	11
	1.4.	2	La dysfonction érectile a de multiples causes ²¹	11
	1.4.3	3	Il existe des traitements efficaces de la dysfonction érectile	12
	1.5	Just	ifications et objectifs de l'étude	13
2	MA 2.1		LIEL ET METHODESulation et déroulement de l'étude	
	2.1.	1	Recrutement des patients	16
	2.1.	2	Recrutement et rôle des médecins généralistes	16
	2.1.3	3	Le questionnaire	18
	2.2	Ana	lyses statistiques	20
3			ΓΑΤS	
	3.1		actéristiques générales de la population	
	3.2		valence de la dysfonction érectile	
	3.3		valence de la dysfonction érectile en fonction de l'âge	
	3.4		ienneté de la dysfonction érectile	
	3.5		quence des différents stades de la dysfonction érectile	
	3.6		x de consultation du médecin traitant pour dysfonction érectile	
	3.7		x de consultation d'un spécialiste sans avoir consulté un médecin traitant	
	3.8		eurs influençant le recours au médecin traitant pour dysfonction érectile	
	3.8.		Quelles raisons émises par les patients influencent le recours au médecin traitant?	
	3.8.2		La recherche de liens statistiques	
4	DIS 4.1		SSION rutement des médecins généralistes et des cabinets	
	4.2	Cara	actéristiques de la population étudiée	32
	4.2.	1	Age	32
	4.2.	2	Vie de couple	33
	4.2.3	3	Niveau d'étude	33
	4.2.	4	Fréquence de consultation du médecin	33
	4.3	Prév	valence de la dysfonction érectile	33
	4.4	Sign	alement au médecin traitant de la dysfonction érectile	34

4	.5 Fac	teurs influençant le recours au médecin traitant	34
	4.5.1	Les facteurs liés au patient, à la dysfonction érectile et à la satisfaction sexuelle	34
	4.5.2	Les raisons incitatives	35
	4.5.3	Les raisons dissuasives	35
5	CONCL	USION	37
BIE	BLIOGRA	APHIE	39
AN	NEXES.		43
RE	SUME		46
SEI	RMENT.		47

1 INTRODUCTION

1.1 De l'impuissance à la dysfonction érectile

L'impuissance masculine est connue depuis des millénaires. La première description concrète a été décrite pendant la civilisation égyptienne avec le papyrus de KAHUN en 2000 avant J-C 4 .

Plus récemment au 19^e siècle l'impuissance est traitée par les vénérologues sous le terme de « perte de virilité » et par les psychiatres sous la catégorie « neurasthénie sexuelle »⁵.

Au 20^e siècle un début de théorisation est fourni avec l'apparition d'explications psychanalytiques à l'impuissance masculine, elles sont au nombre de deux :

L'une est une conception intrapsychique formulée par FERENCZI en 1908¹. Celuici a proposé la définition suivante : « l'impuissance psycho-sexuelle est un symptôme partiel d'une psychonévrose, en accord avec la thèse de FREUD, à savoir qu'il s'agit toujours de la manifestation symbolique du souvenir d'événements sexuels vécus dans la première enfance puis refoulés dans l'inconscient, du désir inconscient visant à leur répétition, et du conflit psychique qui en résulte ».

L'autre d'origine psycho-sociale formulée par STEKEL² postule que « l'impuissance est une maladie sociale qui ne peut être comprise qu'à une époque précise» et que « le maximum de la capacité sexuelle de l'homme ne dépend pas de son âge mais de l'objet de son désir qui lui est proposé ». STEKEL avec son ouverture psycho-sociale pointe donc l'importance du partenaire et des normes sociales dans l'impuissance masculine.

Une avancée importante dans la compréhension de l'impuissance masculine a lieu dans les années soixante avec les travaux de MASTERS ET JOHNSON³ qui ont été les premiers à distinguer la notion d'impuissance primaire et secondaire mais également à faire

une distinction entre les origines physiques et psychiques de ce trouble. Ils abandonnèrent donc les théories psychanalytiques et les remplacèrent par un modèle psycho-physiologique plus moderne.

Dans les années quatre-vingt des avancées scientifiques importantes ont lieu comme la découverte du rôle du monoxyde d'azote dans l'érection et comme la découverte de l'action de la papavérine en injection intra-caverneuse. Ces avancées ont coïncidé avec l'entrée des Urologues dans le domaine de l'impuissance masculine. Grâce à ces derniers, on assiste à cette période à l'accélération de la médicalisation de l'impuissance avec une reformulation sous le terme de « dysfonction érectile » (DE), aboutissant ainsi aux définitions actuelles.

1.2 Définitions actuelles

L'énoncé de la première définition moderne des troubles érectiles a eu lieu lors de la conférence de consensus du « National Institue of Health » de 1993⁶. La dysfonction érectile y a été définie comme « l'incapacité pour un homme à obtenir ou à maintenir une érection suffisante du pénis pour permettre un rapport sexuel satisfaisant ».

Cette définition a été modifiée lors de la 2^e consultation internationale sur les dysfonctions sexuelles (2004) devant le caractère subjectif du mot « satisfaisant ». La dysfonction érectile a donc été définie comme « l'incapacité persistante ou récurrente pour un homme à obtenir ou à maintenir une érection suffisante du pénis pour permettre une activité sexuelle » ⁷.

Dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-IV) réalisé en 2003⁸, l'association américaine de psychiatrie met le ressenti du patient et du couple au centre de la définition. La dysfonction érectile est donc définie comme : « l'incapacité persistante

ou répétée à atteindre ou à maintenir jusqu'à l'accomplissement de l'acte sexuel, une érection adéquate, à l'origine d'une souffrance marquée ou de difficultés interpersonnelles ».

1.3 Epidémiologie de la dysfonction érectile

La prévalence de la dysfonction érectile est une notion bien étudiée depuis une vingtaine d'années. A la vue du tableau 1 ci-après, il existe un écart important entre les chiffres de prévalence de la DE dans les différents articles (de 12% à 74%), dû essentiellement à des différences d'âge des populations interrogées, des différences de recrutement (par Urologue/ par le Généraliste/ panel représentatif) et des différences de questionnaires (pas de consensus actuel dans les questionnaires de dysfonction érectile, KEED/ IIEF/ question de Mckinlay/ protocole unique). Malgré ces différences, la dysfonction érectile est bien une pathologie fréquente et il existe de nombreux facteurs associés qui sont l'âge, 1'HTA, la coronaropathie, la maladie athéromateuse, le diabète, les pathologies prostatiques, les syndromes dépressifs et les troubles vasculaires périphériques^{9, 10, 12, 13, 15,28}.

Tableau 1. Récapitulatif de diverses études s'intéressant à la prévalence de la DE, ainsi que les facteurs associés.

Réf. bibliographique s	date	Taille de l'échantillon lieu	Caractéristiques de l'échantillon (recrutement)	Prévalence de la DE dans l'échantillon (type de questionnaire d'évaluation de la DE)	Précisions	Facteurs associés à la DE
9	1998	1240 Australie, Perth	18 à 91 ans, moyenne d'âge : 56,4 ans (par généraliste)	39,4% (question unique : est-ce un problème d'avoir ou de maintenir une érection?)	9,6% occasionnellement 8,9% souvent 18,6% tout le temps 40 a 69 ans : 33,9% 70 à 79 ans 44,9%	_ Coronaropathie _ Maladie athéromateuse _ Diabète
10	2000	(échantillon représentatif de la population allemande) Cologne, Allemagne	30 à 80 ans (par courriers)	19,2% (KEED questionnaire)	30 à 39 ans 2,3% 40 à 49 ans : 9,5% 50 à 59 ans : 15,7% 60 à 69 ans : 34,4% 70 à 80 ans : 53,4	_ Diabète _HTA _ Chirurgie pelvienne _ Pathologie prostatique
11	2002	1004 (échantillon représentatif de la population française) France	40 ans et+ (par téléphone)	31,6% (version abrégé de l'IIEF)	20% modéré 7,5 % moyenne 4,1 % sévère	
12	2004	27839 Mondial (8 pays)	20 et 75 ans (téléphone+ Internet)	16% (protocole unique(a))		_HTA _ Coronaropathie _ Diabète _ Syndrome dépressif _Hypercholestérolé- mie
13	2007	1349 France	+ de 18 ans (par Urologue)	67,9% (Question unique de Mckinlay (b))	17,1% légère 20,8% modéré 30% jamais capable	_ Diabète _ HTA
14	2002	5099 (échantillon représentatif) France	18 à 70 ans (par courriers)	28% (non précisé(c))	-de 45 ans : 15% +de 45 ans : 44%	
15	1987 à 1989	1290 Boston	40 à 70 ans	52% (protocole unique (a))	Peu sévère : 17% Intensité moyenne : 25% Complète : 10% DE complète triple entre 40 et 70 ans (5 à 15%)	_ Pathologie cardiaque _ HTA _ Diabète _ Syndrome Dépressif
16	2000	1983 Finlande	50 à 70 ans (par courriers, patients suivi en urologie)	74% (non précisé(c))	Minime 48% Moyenne 14% Sévère 12%	
17	2001	2476 Espagne	25 à 70 ans	12 ,1% (Auto evaluation) 18,9% (IIEF)		_ HTA _ Diabète _ Hypercholestérolé- mie _ Trouble vasculaire périphérique _ Maladie prostatique _ Traitement du syndrome dépressif
18	1998	650 (échantillon représentatif) Angleterre	18 à 75 ans (âge moyen 51 ans)	17% (IIEF)		
28	2002	3921 Canada	40 à 88 ans, moyenne d'âge : 56,7 ans (sélectionné par médecin généraliste)	49,4%(IIEF)	Minime : 9,2% Minime à modéré : 7,1% Modéré : 11,2% Sèvère : 21,9%	_ Facteur de risque et maladie cardio- vasculaire _ Diabète, hyperglycémie

DE : dysfonction érectile

KEED : questionnaire de DE de Cologne : composé de 6 questions, score supérieur à 17 : trouble de l'érection

IIEF: International Index of Erectile Function

⁽a)Protocole unique: terme signifiant que la dysfonction érectile a été dépistée par un moyen original propre à l'étude (b)Question unique de Mckinlay : question unique utilisé pour dépister la DE (voir partie 2.1.3)

⁽c) Non précisé : moyens de dépistage de la DE non explicité par l'article

1.4 Pourquoi diagnostiquer la dysfonction érectile ?

Comme nous l'avons vu précédemment, la DE est une pathologie fréquente. Quels sont les enjeux du diagnostic de ce trouble ?

1.4.1 La dysfonction érectile retentit sur la qualité de vie

Plusieurs articles montrent le rapport entre la DE et la qualité de vie. Selon l'article de FUGL-MEYER, la DE a un impact non seulement sur la qualité de la vie sexuelle mais également dans les autres compartiments comme la vie de famille ou la vie professionnelle 19. Une revue de la littérature réalisée en 2002 par ALTHOF montre une amélioration de la qualité de vie chez les patients traités, et cela quelque soit le traitement utilisé 20.

1.4.2 La dysfonction érectile a de multiples causes²¹

Les troubles de l'érection ont de multiples causes et les rechercher peut aboutir au diagnostic d'une pathologie non connue.

La dysfonction érectile a trois grandes origines : organiques, psychogènes et multifactorielles.

Les origines organiques sont dominées par les causes :

- _ Artérielles : comme les pathologies cardiovasculaires (par obstruction artérielle athéromateuse). On observe une augmentation importante du risque de pathologie coronarienne chez les patients ayant une dysfonction érectile³⁴.
- _ Neurologiques : comme les séquelles de chirurgie pelvienne (lésion neurologique périphérique par section des nerfs caverneux), les traumatismes médullaires (lésion neurologique centrale) ou la sclérose en plaque.
- _ Causes locales : comme les traumatismes de la verge avec fracture complète ou partielle de l'albuginée, la maladie de Lapeyronie.

- _ Causes hormonales : comme le déficit androgénique lié à l'âge ou le syndrome métabolique.
- _ Causes médicamenteuses : rarement l'unique cause de dysfonction érectile en dehors des B-bloquants ou du traitement hormonal d'un cancer de prostate.

Les origines psychogènes : comme les difficultés relationnelles intra- ou extraconjugales, familiales ou professionnelles, la dépression et l'anxiété.

Les causes multifactorielles : comme le diabète (atteinte vasculaire, neurologique et psychologique associées) ou le traitement des cancers pelviens.

1.4.3 Il existe des traitements efficaces de la dysfonction érectile

Les inhibiteurs de la phosphodiestérase de type 5 (I-PDE5) apparus en 1998 (Viagra®) et 2003 (Cialis® et Levitra®) ont permis de révolutionner la prise en charge des patients en proposant un traitement efficace de la dysfonction érectile.

Lorsque la prescription des I-PDE 5 est contre-indiquée ou lorsque ce type de traitement se révèle inefficace, les injections intra-caverneuses d'une médication vaso-active constituent une alternative, certes plus invasive, mais très efficace. Les prothèses péniennes sont proposées lorsque toutes les autres possibilités thérapeutiques ont été épuisées²².

1.5 Justifications et objectifs de l'étude

Comme nous l'avons vu précédemment la dysfonction érectile est une pathologie fréquente qui retentit sur la qualité de vie.

De plus il existe de nombreux traitements dont l'efficacité est prouvée.

Malheureusement trop peu de patients consultent spontanément pour ce motif. En 1998, ANSONG et Al.²³ ont montré que seulement 31 % des patients atteints de dysfonction érectile en avaient parlé à un médecin. Les études MALES^{12,33} et du Dr BALDWIN²⁴ ont confirmé cette réalité avec respectivement 16% et 22%.

Selon une thèse française de 2010 intitulée « la prise en charge des dysfonctions sexuelles en soins primaires »²⁵, 45 % des patients ont des troubles sexuels (parmi ceux-ci 75% ont une dysfonction érectile et 33 % seulement ont consulté leur médecin traitant).

Les raisons influençant les patients à consulter leur médecin traitant pour DE sont décrites dans le tableau 2 ci-après.

Tableau 2. Récapitulatifs des raisons influençant le recours au médecin traitant

i adieau 2. Recapitulatiis des raisons influençant le recours au medecin traitant				
	Raisons incitant les patients à consulter	Raisons dissuadant les patients de consulter		
ANSONG et Al 1998 Etats-Unis ²³ FISHER et Al. 2001 Internationales ¹²	_ Afin d'augmenter l'estime de soi _ Car il existe un traitement efficace _ Car le partenaire insiste _ Car le problème est couvert par l'assurance santé _ Car la partenaire incite à trouver une solution au problème _ Car le patient a peur de perdre sa partenaire _ Car le problème d'érection est déstabilisant psychologiquement	_ La gène _ La non connaissance des traitements _ La peur de l'éventuelle dangerosité des traitements _ L'incapacité de payer le traitement _ Le patient pense que le problème est lié au vieillissement _ Honte d'en parler à quelqu'un _ N'affecte pas la vie sexuelle _ Le patient pense que le traitement est dangereux		
BALDWIN et Al. Etats-Unis 2003 ²⁴	_ Cela affecte la confiance en lui	_ Le patient pensait que c'est un problème « normal » lié au vieillissement _ Le patient ne pensait pas que le médecin était capable de le prendre en charge, _l e problème était peu important pour le patient		
BARBAROUX 2010 France ²⁵		_ Le patient n'ose pas en parler, _ Le patient pense que le symptôme est « normal » lié au vieillissement _ Le symptôme a été résolu sans l'aide du médecin _ Problème ne gênant pas la vie sexuelle _ Le patient pense que le symptôme est non soignable _ Le médecin est un ami _ Le sexe du médecin est un problème		

Comme nous pouvons le voir dans le tableau 2, les raisons justifiant le recours au médecin généraliste sont soit issues d'études américaines devenant vieillissantes (1998, 2001 et 2003) soit françaises mais non spécifiques aux troubles de l'érection.

Devant l'absence de données actuelles françaises et spécifiques à la dysfonction érectile, il a donc été logique de réaliser une étude sur la dysfonction érectile permettant de décrire et de quantifier les facteurs influençant le recours au médecin traitant.

En deuxième intention, notre objectif a été d'évaluer la prévalence de la DE en médecine générale. Cela nous a paru intéressant car il n'existe que peu d'études dans la littérature impliquant des médecins généralistes : l'article du Dr CHEW⁹ (Australie, 1998), celui du Dr GROVER²⁸ (Canada, 2001), celui du Dr LOUVET²⁹ (France, 2008) et enfin celui du Dr BARBAROUX²⁵ (France, 2010).

2 MATERIEL ET METHODES

Il s'agit d'une étude quantitative descriptive réalisée de Décembre 2011 à Février 2012. Elle a été menée dans des cabinets de médecine générale du Poitou-Charentes. Cette étude a été effectuée à l'aide d'un auto-questionnaire.

2.1 Population et déroulement de l'étude

2.1.1 Recrutement des patients

Comme le but de cette étude était d'observer les facteurs influençant le recours aux médecins généralistes dans la DE, il fallait donc mettre une limite inférieure d'âge qui ne soit ni trop basse ni trop élevée. En effet une limite inférieure d'âge trop basse aurait entraîné une faible prévalence de la DE. Cette faible prévalence aurait conduit à un nombre peu important de questionnaires recueillis auprès de patients atteints de DE et aurait donc nécessité d'avoir une population totale très importante. Une limite inférieure d'âge trop élevée aurait entraîné une forte prévalence de la DE. Cette forte prévalence aurait conduit à un nombre élevé de questionnaires recueillis auprès de patients atteints de DE. Par contre cette limite trop élevée aurait amené notre population à ne plus être représentative de celle des médecins généralistes.

Il a donc été décidé en tenant compte du tableau d'épidémiologie (tableau 1), de fixer la limite inférieure d'âge à 45 ans. Nous n'avons par contre pas fixé de limite supérieure d'âge. La population étudiée concerne donc tous les hommes de plus de 45 ans.

2.1.2 Recrutement et rôle des médecins généralistes

Le rôle des médecins généralistes a été de donner les questionnaires à tous les hommes de plus de 45 ans sans distinction autre que celle de l'âge. Chaque médecin a reçu une dizaine d'enveloppes, dans chacune se trouvait un questionnaire (les enveloppes permettaient une certaine confidentialité des résultats).

Le recrutement des médecins généralistes s'est porté au départ sur les maîtres de stage de médecine générale de la région Poitou-Charentes.

Ils ont été recrutés par deux moyens :

_ Le premier lors de réunions de formation de maître de stage, où les volontaires recevaient les questionnaires à faire remplir aux patients.

_ Le deuxième avec l'aide d'Internet : un email expliquant l'étude a été envoyé sur le newsgroup de tous les maîtres de stage. S'ils désiraient participer à l'étude, il leur suffisait de renvoyer un e-mail, et en retour, les questionnaires leur étaient envoyés par voie postale.

Par le biais de cette méthode, 5 médecins ont renvoyé des questionnaires remplis (soit 33 questionnaires recueillis).

Tableau 3. Nombre de questionnaires par médecin généraliste

Dr Ream Nanteuil-en-Vallée 16	9
Dr Murat Saint-Varent 79	8
Dr Gomes Mornac 16	5
Dr Heintz Lezay 79	2
Dr Ruelle Arçais 79	9

Devant le peu de questionnaires recueillis de cette façon il a donc été décidé, en cours d'étude, de modifier la méthodologie de l'enquête.

C'est l'investigateur lui-même qui s'est déplacé dans les cabinets de groupe du Poitou-Charentes. Après accord des médecins présents, l'investigateur s'est posté dans la salle d'attente. Celui-ci proposait aux hommes de plus de 45 ans de remplir le questionnaire et de lui remettre à la fin sous enveloppe afin de garantir la confidentialité des résultats. 131 questionnaires ont été remplis par cette méthode.

Tableau 4. Nombre de questionnaires par cabinet de médecine générale

Chauvigny (cabinet rue Peuron)	17
Le Blanc (cabinet rue pierre Milon)	17
Loudun (cabinet rue Meure)	21
Lusignan (cabinet rue Chateliers)	13
Mirebeau (cabinet rue Nationale)	26
St Georges-De-Didonne (cabinet rue Coca)	25
Fontaine-Le-Comte (cabinet rue Jupiter)	12

2.1.3 Le questionnaire

Afin de répondre à l'objectif de l'étude, nous avons décidé de créer un autoquestionnaire court (10 questions). L'auto-questionnaire sous enveloppe permet en théorie au patient de se livrer totalement sans redouter la réaction ou le jugement de l'investigateur. La brièveté du questionnaire permet théoriquement un meilleur taux de réponse.

Les questions 1 à 3 portent sur des éléments de biographie qui sont : l'âge, le niveau d'étude et le statut amoureux (en couple ou non, sans discrimination de préférence sexuelle). Ces éléments permettent de mieux connaître notre population et d'en rechercher un lien avec le fait d'avouer au médecin des troubles de l'érection.

La question 4 porte sur la fréquence de consultation du médecin traitant. Cette question permet également de rechercher un lien entre une fréquence de consultation élevée et le fait d'avouer au médecin des troubles de l'érection.

La question 5 porte sur la satisfaction sexuelle des patients afin d'établir une corrélation entre une insatisfaction sexuelle et un plus grand recours au médecin.

La question 6 porte sur la présence ou non d'une dysfonction érectile grâce à la question unique de Mckinlay validé par l'équipe du Dr DERBY en 2000 lors de l'étude MMAS²⁶. La traduction de cette question a été validé par l'équipe du Dr DROUPY en 2009

lors de l'étude ENJEU¹³: « Comment décririez-vous votre état actuel ? » : « Toujours... », « Généralement (pas toujours mais la plupart du temps)... », « Seulement parfois... » ou « Jamais... » capable d'obtenir et de maintenir une érection suffisante pour avoir des rapports sexuels.

La réponse « toujours » correspond à l'absence de dysfonction érectile.

Les autres réponses permettent de classer la DE en légère (« généralement »), modérée (« seulement parfois ») ou sévère (« jamais »).

Si le patient répondait « toujours » à la question 6, il n'avait pas à répondre à la suite du questionnaire.

La question 7 porte sur l'ancienneté des troubles de l'érection (afin de juger de son impact sur le fait d'avoir recours ou non au médecin traitant).

La fin du questionnaire porte sur l'objectif de notre étude à proprement parler : la question 8 traite du signalement des troubles de l'érection au médecin traitant. Les questions 9 et 10 énumèrent les raisons incitant ou dissuadant le signalement de leur DE au médecin traitant (questions type case à cocher, réponses multiples possibles). Ces raisons proviennent d'études antérieures et sont regroupées dans le tableau 2 (le questionnaire est visible en annexes).

2.2 Analyses statistiques

Les données ont été recueillies par l'investigateur sur des questionnaires imprimés.

Le traitement des données a été réalisé grâce à épi-info.

Pour la recherche de différences significatives, le calcul du Khi 2 ou le test de Fischer ont été utilisés, une valeur du degré de signification p<0,05 a été choisie comme significative.

Les graphiques ont été effectués à l'aide du tableur Excel.

3 RESULTATS

De décembre 2011 à février 2012 il a été récolté 164 questionnaires à travers 12 cabinets de médecine générale. 69.5% des questionnaires ont été remplis en zone urbaine ou péri-urbaine et 30.5% ont été remplis en zone rurale.

Tableau 5. Répartition géographique des questionnaires remplis ainsi que zone des différents cabinets

	Nombres de	Pourcentage de	
Cabinet	questionnaires remplis	questionnaires remplis	Zone du cabinet ²⁷
	dans chaque cabinet	dans chaque cabinet	
Dr Ruelle (Arçais)	9	5,5%	Urbaine
Chauvigny (cabinet rue	17	10,4%	Urbaine
Peuron)	17	10,470	Orbanic
Dr Gomes (Ruelle sur	5	3,0%	Rurale
Touvre)	3	3,070	Ruraic
Dr Heintz (Lezay)	2	1,2%	Rurale
Dr Murat (St-Varent)	8	4,9%	Rurale
Dr Ream (Nanteuil en	9	5,5%	Rurale
vallée)	,	3,370	Ruraic
Fontaine-Le-Comte	12	7,3%	Urbaine
(cabinet rue Jupiter)	12	7,570	Orbanic
Le Blanc (cabinet rue	17	10,4%	Urbaine
pierre Milon)	17	10,170	Crounc
Loudun (cabinet rue	21	12,8%	Urbaine
Meure)	21	12,070	Crounc
Lusignan (cabinet rue	13	7,9%	Urbaine
Chateliers)		7,570	Crounic
Mirebeau (cabinet rue	26	15,9%	Rurale
Nationale)		10,570	Italaiv
St Georges-De-Didonne	25	15,2%	Urbaine
(cabinet rue Coca)		·	Olomiio
Total	164	100,0%	

3.1 Caractéristiques générales de la population

L'âge moyen des 164 patients interrogés est de 64,7 ans (écart type : 12,1 variance : 148,2).

84,1 % des personnes interrogées vivent en couple. Le niveau d'étude maximal est le primaire pour 25% des personnes interrogées, le collège pour 26,8% et le lycée pour 19.5%.

Ils sont 14,6% à s'être arrêtés après l'obtention du baccalauréat et 14% à avoir continué des études universitaires.

57,9% des personnes interrogées consultent leur médecin traitant tous les 3 mois, 18,3% tous les 6 mois, 12,8% moins d'une fois par an et 11% tous les mois.

Tableau 6. Caractéristiques générales de notre échantillon. Comparaisons à la population des hommes de plus de 45 ans

		Echantillon	Population générale des hommes de plus de 45 ans ^{30,31} , ³²	Comparaisons échantillon- population générale de plus de 45 ans
Moyenne d'âge		64,7 ans		
	45-49 ans	9,76% (n=16)	15,03%	
	50-54 ans	15,85% (n=26)	15,27%	
	55-59 ans	12,80%(n=21)	15,49%	
	60-64 ans	18,29% (n=30)	14,94%	
Classe d'âge	65-69 ans	6,10% (n=10)	10,12%	
	70-74 ans	10,98% (n=18)	9,60%	p=0,038
	75-79 ans	8,54% (n=14)	8,60%	
	80-84 ans	11,59% (n=19)	6,27%	
	85 ans et plus	6,10%(n=10)	4,68%	
	Oui	84,1% (n=138)	75,9%	0.01
Couple	Non	15,9% (n=26)	24,1%	p=0,01
	Primaire	25% (n=41)	47,6%	
	Collège	26,8% (n=44)	7,9%	
Niveau d'étude	Lycée	19,5% (n=32)	21,9%	p<0,0001
Tityoud a codac	Baccalauréat	14,6% (n=24)	9,4%	
	Post-Baccalauréat	14,0% (n=23)	12,8%	
	Moins d'une fois par an	12,8% (n=21)		
Fréquence de consultation	Tous les 6 mois	18,3% (n=30)		
du médecin traitant	Tous les 3 mois	57,9% (n=95)		
	Tous les mois	11% (n=18)		

Notre échantillon est peu représentatif de la population générale des hommes de plus de 45 ans.

La répartition de notre échantillon par classe d'âge est différente de la population générale (p=0,038), il existe une surreprésentation des classes d'âge les plus âgées au détriment des classes d'âge les plus jeunes.

La proportion des personnes vivant en couple est également différente avec 84,1% dans notre échantillon contre 75,9% dans la population générale des plus de 45 ans (p=0,01).

Le niveau d'études de notre échantillon est supérieur à celui de la population générale de plus de 45 ans (p<0,0001), avec un niveau baccalauréat de 14,6% pour l'un contre 9,4% pour l'autre. De plus le niveau d'études maximal est le primaire pour 25% des patients dans notre échantillon contre 47,6% dans la population générale de plus de 45 ans.

3.2 Prévalence de la dysfonction érectile

La question unique de Mckinlay²⁶ nous a permis d'évaluer la prévalence de la dysfonction érectile ainsi que d'en évaluer la sévérité.

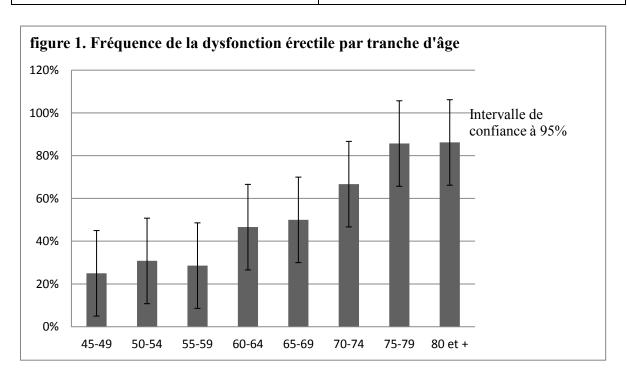
47,6% des personnes interrogées ont répondu « toujours.... » à la question de Mckinlay et n'ont donc pas de dysfonction érectile (n=78, IC 95% : 39,7-55,5%). On en conclut donc que 52,4% des personnes interrogées se plaignent de troubles de l'érection quelque soit le stade de sévérité (n=86, IC 95% : 44,5-60,3%).

3.3 Prévalence de la dysfonction érectile en fonction de l'âge

Il existe un lien significatif entre la prévalence de la DE et l'âge des patients (khi 2 : 33,4 p<0.0001). La prévalence des troubles de l'érection chez les 45-49 ans est de 25% (IC 95% : 3,8-46,2%) contre 86,2% chez les 80 ans et plus (IC 95% :73,6-98,8%).

Tableau 7. Prévalence de la DE en fonction de chaque tranche d'âge

Classe d'âge	Prévalence de la DE (IC à 95%, effectif)
45-49	25% (3,8-46,2%, n=4)
50-54	30.8% (13,1-48,5%, n=8)
55-59	28.6% (9,3-47,9%, n=6)
60-64	46.6% (28,7-64,5%, n=14)
65-69	50% (19-81%, n=5)
70-74	66.7% (44,9-88,5%, n=12)
75-79	85.7% (57,2-100%, n=12)
80 et +	86.2% (73,6-98,8%, n=25)
total	52.40% (44,5-60,3%, n=86)

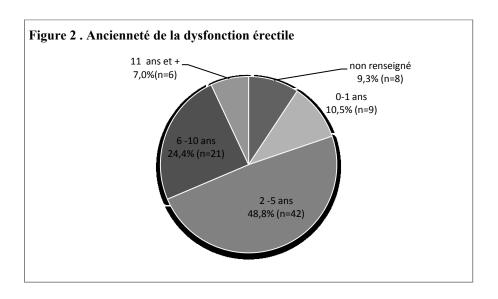


3.4 Ancienneté de la dysfonction érectile

Sur les 86 personnes atteintes de DE, 8 personnes n'ont pas renseigné cette question (9,3%).

L'ancienneté moyenne de la DE est de 6,7 ans.

10,5% (n=9) des patients déclarent que leur DE dure depuis 0 à 1 ans, 48,8% (n=42) des patients déclarent que leur DE dure depuis 2 à 5 ans, 24,4% (n=21) des patients déclarent que leur DE dure depuis 6 à 10 ans, enfin 7,0% (n=6) des patients déclarent que leur DE dure depuis plus de 11 ans.



3.5 Fréquence des différents stades de la dysfonction érectile

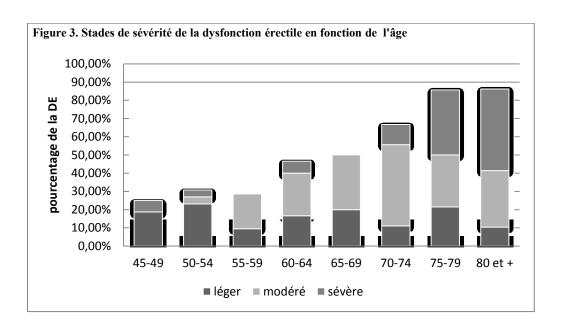
Afin de déterminer les stades de sévérité de la DE, nous avons utilisé la question de McKinlay.

Sur les 52,4% des patients ayant une DE, 30,2% ont une DE légère car ils ont répondu être « généralement capables d'obtenir et de maintenir une érection suffisante pour avoir un rapport sexuel » (n=26, IC 95% : 19,9-40,5%), 41,8% ont une DE modérée car ils ont répondu être « seulement parfois.... » (n=36, IC 95% :30,9%-52,9%) et 27,9% ont une DE sévère car ils ont répondu être « jamais..... » (n=24, IC 95% :17,8%-38,0%).

De plus il existe un lien entre l'âge et le stade de sévérité de la DE (khi 2 :14,934, p<0.01). La DE est plus sévère chez les personnes âgées, 52% des patients de plus de 80 ans ont une DE sévère contre 12,5% chez les 50-54 ans (voir tableau 8).

Tableau 8. Fréquence de chaque stade de la DE en fonction de chaque tranche d'âge.

1 1		1	8	
Classe d'âge	Fréquence de chaque stade de la DE par tranche d'âge			
C.Mose a age	légère	modérée	sévère	
45-49 ans	75,00% (n=3)	0,00% (n=0)	25,00% (n=1)	
50-54 ans	75,00% (n=6)	12,50% (n=1)	12,50% (n=1)	
55-59 ans	33,33% (n=2)	66,67% (n=4)	0,00% (n=0)	
60-64 ans	35,71% (n=5)	50,00% (n=7)	14,29% (n=2)	
65-69 ans	40,00% (n=2)	60,00% (n=3)	0,00% (n=0)	
70-74 ans	16,67% (n=2)	66,67% (n=8)	16,67% (n=2)	
75-79 ans	25,00% (n=3)	33,33% (n=4)	41,67% (n=5)	
80 ans et plus	12,00% (n=3)	36,00% (n=9)	52,00% (n=13)	
Total	30,23% (n=26)	41,86% (n=36)	27,91% (n=24)	



3.6 Taux de consultation du médecin traitant pour dysfonction érectile

Les patients atteints de DE sont 31,4% à avoir consulté leur médecin traitant pour signaler leur trouble (n=27, IC 95% :21,8-42,3%). Ils sont donc 68,6% à ne l'avoir pas signalé (n=59, IC 95% :57,7-78,2%).

3.7 Taux de consultation d'un spécialiste sans avoir consulté un médecin traitant

10,4% des patients atteints de DE sont allés voir un spécialiste sans en parler à leur médecin traitant. 9,3% sont allés voir un Urologue (n=8) et 1,1% sont allés voir un Sexologue (n=1).

3.8 Facteurs influençant le recours au médecin traitant pour dysfonction érectile

La présentation des résultats sur les différents facteurs influençant le recours au médecin traitant se fera en 2 parties.

Dans une première partie on évaluera la fréquence des différentes raisons émises par les patients.

Dans une deuxième partie on recherchera un lien statistique entre le recours au médecin traitant et :

Les différents facteurs sociologiques	S
Les caractéristiques de la DE	
La satisfaction sexuelle	

3.8.1 Quelles raisons émises par les patients influencent le recours au médecin traitant?

3.8.1.1 Les raisons incitatives

La première raison incitant les patients à consulter leur médecin traitant pour DE est la recherche d'une aide médicamenteuse. Ils sont 51,9% à avoir coché cette proposition.

Ils sont également 33,3% à avoir consulté parce que les troubles de l'érection entraînaient des problèmes psychologiques, 25,9% ont consulté parce que cela pesait sur leur couple, 22,2% parce qu'ils se sentaient dévalorisés, 18,5% parce qu'ils ont été incités par leur conjoint(e)s et enfin 7,4% ont consulté pour connaître l'étiologie de leur DE (voir tableau 9).

Tableau 9. Raisons incitant les patients à consulter leur médecin traitant pour dysfonction érectile

	Effectifs	Pourcentage (IC 95%)
Car les troubles de l'érection les dévalorisaient	6	22.2% (4,7 – 39,7%)
Car ils désiraient une aide médicamenteuse	14	51.9% (31,2-72,6%)
Car ils ont été incités par leur conjoint/es	5	18.5% (2,0-35,0%)
Car les troubles de l'érection pesaient sur leur couple	7	25.9% (7,5-44,3%)
Car cela entraînait des problèmes psychologiques	9	33.3% (13,7-52,9%)
Autres : Afin de connaître les causes du trouble	2	7.4% (0-19,1%)
total	27	100%

3.8.1.2 Les raisons dissuasives

La première raison dissuadant les patients de consulter leur médecin traitant pour DE est la conviction que la DE est due au vieillissement (71,2%). Ils sont 18,6% à ne pas avoir consulté parce qu'ils avaient honte d'en parler, 16,9% n'ont pas consulté parce que les troubles de l'érection n'étaient pas un problème pour eux, 15,2% parce qu'ils en avaient déjà parlé à un spécialiste, 6,9% parce qu'ils pensaient que le traitement pouvait être dangereux ou

pénible, 5,1% parce que leur médecin traitant était de sexe féminin et enfin une personne (1,7%) a dit ne pas avoir consulté parce qu'elle pensait ne pas avoir les moyens de financer le traitement.

Deux personnes (3,3%) n'ont pas consulté parce que leur sexualité n'était plus une priorité pour elles (réponse non proposée par le questionnaire).

A noter qu'aucune personne n'a pas consulté son médecin parce que celui-ci était de sexe masculin ou qu'elle le jugeait incompétent pour traiter la DE.

Tableau 10. Raisons dissuadant les patients de consulter leur médecin traitant pour dysfonction érectile

	Effectifs	Pourcentage (IC 95%)	
Car ils pensent que cela est dû au vieillissement	42	71,2% (58,8-83,6)	
Car ils en ont déjà parlé à un spécialiste	9	15, 2% (5,2-25,2%)	
Car ils ont honte d'en parler	11	18,6% (7,8-29,4%)	
Car le médecin est de sexe féminin	3	5,1% (0-11,6%)	
Car le médecin est de sexe masculin	0	0.00%	
Car ils pensent que le médecin généraliste n'est pas compétent pour traiter ce trouble	0	0,00%	
Car ils pensent ne pas avoir les moyens de financer le traitement	1	1,7% (0-5,8%)	
Car ils pensent que le traitement contre la DE est dangereux ou pénible	4	6,90% (0-14,2%)	
Ce n'est pas un problème	10	16,9% (6,5%-27,3%)	
Autres : ce n'est pas une priorité	2	3,3% (0-7,8%)	
Total	59	100%	

3.8.2 La recherche de liens statistiques

3.8.2.1 Les facteurs sociologiques

Les facteurs sociologiques sont dans notre étude : l'âge, le fait d'être en couple, la fréquence de consultation du médecin traitant et le niveau d'études.

L'analyse statistique entre les différents facteurs sociologiques et le fait de consulter son médecin traitant pour DE n'a pas montré de lien significatif, le degré de signification p étant supérieur ou égale à 5% pour chaque facteur (l'âge : p>0,20, le fait d'être en couple p=0.05, le niveau d'études : p>0,50 et la fréquence de consultation : p>0,30).

Tableau 11. Récapitulatif des résultats de tests de comparaison entre les différents facteurs sociologiques et le recours au médecin traitant pour DE

	Khi 2	Degré de signification <i>p</i>	Intervalle de confiance de l'Odd-ratio si analysable
âge	3.02	>0.20	
Couple		0,05 (test de Fisher)	0,08-1,17
Niveau d'études	0,05	>0,50	
Fréquence de consultation du médecin traitant	0,94	0,30	

3.8.2.2 Les caractéristiques de la dysfonction érectile

L'analyse statistique entre les facteurs liés à la DE et le fait de consulter son médecin traitant pour DE n'a pas montré de lien significatif (sévérité de la DE : p=0,53 et durée de la DE : p>0,05).

Tableau 12. Récapitulatif des résultats de tests de comparaison entre les caractéristiques de la dysfonction érectile et le recours au médecin traitant pour dysfonction érectile

	Khi 2	Degré de signification p
La sévérité de la DE	1,24	0,53
La durée de la DE	4,85	>0.05

3.8.2.3 La satisfaction sexuelle

L'analyse statistique entre la satisfaction sexuelle et le fait de consulter son médecin traitant pour DE n'a pas montré de lien significatif (p=0,44, OR : 0,27-1,77).

4 DISCUSSION

Lors de cette thèse, nous avons recueilli 164 questionnaires. Celle-ci constitue donc une étude relativement modeste comparée à celles déjà présentes dans la littérature : de 650 patients dans l'étude du Dr CHEW¹⁸ à presque 28000 patients interrogés dans l'étude MALES^{12,33}.

4.1 Recrutement des médecins généralistes et des cabinets

Nous avons eu quelques difficultés à recruter des médecins parmi les maîtres de stage de médecine générale de la région Poitou-Charentes puisque seulement 5 médecins nous ont renvoyé des questionnaires. Cela peut être dû au fait que les maîtres de stage ont des activités universitaires et cliniques très chargées, ce qui peut rendre difficile leur investissement.

Les cabinets de médecine générale ont été recrutés en fonction de leur taille. Ceux de grande taille étaient privilégiés par rapport aux plus petits. Cette sélection a permis d'avoir un nombre important de questionnaires recueillis par cabinet de médecine générale. Ce mode de recrutement peut présenter un certain biais de sélection, puisque nous ne prenons pas en compte les cabinets où les médecins exercent seuls.

4.2 Caractéristiques de la population étudiée

4.2.1 Age

Notre population est peu représentative de la population générale des hommes de plus de 45 ans $(p=0.038)^{30}$. Nous avons une surreprésentation des classes d'âge les plus âgées au détriment des classes d'âge les plus jeunes. Ceci peut s'expliquer par le fait que les populations les plus jeunes consultent moins leur médecin traitant par rapport aux populations les plus âgées. Les populations les plus âgées ont donc été recrutées plus facilement lors de notre étude.

4.2.2 Vie de couple

Dans notre échantillon, nous avons une légère surreprésentation de personnes vivant en couple comparée à la population générale (84,1% contre 75,9%³¹, *p*=0,01). Ceci peut s'expliquer par le fait que l'INSEE a une définition restrictive de la vie en couple. Pour l'INSEE « un couple est formé d'un homme et d'une femme qui cohabitent dans la même résidence principale ». Notre question ne comportant pas de critère de résidence ni de sexe, nous avons donc augmenté artificiellement notre pourcentage de personnes vivant en couple.

4.2.3 Niveau d'étude

Le niveau d'études de notre échantillon est peu représentatif de la population générale (p<0.0001). Le niveau d'études de notre population est globalement plus élevé que celle de la population générale³². Cette constatation est sûrement due à un biais de déclaration avec une majoration du niveau d'études de la part des patients.

4.2.4 Fréquence de consultation du médecin

Environ 58% des patients de notre étude consultent leur médecin traitant tous les 3 mois, ce qui indique un nombre important de patients avec des pathologies chroniques et associées.

4.3 Prévalence de la dysfonction érectile

Dans notre étude 52,4 % des patients interrogés déclarent avoir une dysfonction érectile quelque soit le stade de sévérité. Ce résultat est globalement dans la moyenne comparé aux chiffres de prévalence de la DE dans la littérature : 44% des plus de 45 ans dans l'étude du Dr COSTA¹⁴ en 2002 jusqu'à 74% des 50-70 ans dans l'étude du Dr KOSKIMAKI¹⁶ en 2000 (Même si il est difficile de comparer les chiffres de prévalence entre eux compte tenu des différences importantes de questionnaires et de recrutement). On peut

quand même noter que notre résultat de prévalence est probablement surévalué au vu de l'âge de notre échantillon qui est peu représentatif de la population des hommes de plus de 45 ans.

Comme dans la plupart des articles de la littérature, notre étude confirme que la DE est liée à l'âge (p<0.0001) avec une augmentation de la prévalence pour les classes d'âge les plus élevées. On note également que la DE est plus sévère pour les classes d'âge les plus élevées (p<0,01).

4.4 Signalement au médecin traitant de la dysfonction érectile

Dans notre étude, seulement 31,4 % des patients atteints de DE ont consulté leur médecin traitant pour ce motif. En comptant les patients ayant consulté un spécialiste, les patients atteints de DE sont 41,8% à avoir rencontré un médecin pour ce problème (31,4% ayant vu leur médecin traitant et 10,4% ayant vu un spécialiste).

La fréquence du signalement de la DE est une notion bien étudiée dans la littérature. Les chiffres sont extrêmement variables : dans l'étude du Dr BALWIN²⁴, seulement 22,0% des patients ont consulté un médecin traitant pour DE alors que dans l'étude du Dr DROUPY¹³ ils sont 58,8% à avoir consulté un médecin. L'étude du Dr ANSONG²³ observe que 31,6% des patients ont consulté un médecin, 25 % dans l'étude du Dr GIULIANO¹¹ et 22,2% dans l'étude du Dr COSTA¹⁴. Enfin ils sont 33% à consulter un médecin traitant dans l'étude du Dr BARBAROUX²⁵.

Ces résultats antérieurs hétérogènes rendent difficile l'interprétation de nos résultats sur le signalement de la DE. On notera qu'ils sont dans la moyenne sans plus d'interprétation.

4.5 Facteurs influençant le recours au médecin traitant

4.5.1 Les facteurs liés au patient, à la dysfonction érectile et à la satisfaction sexuelle

Au vu de nos résultats (tableau 11 et 12), le recours au médecin traitant n'est influencé par aucune caractéristique des patients, que ce soit les caractéristiques sociologiques (comme

l'âge, la vie en couple, le niveau d'études ou bien la fréquence de consultation du médecin traitant) ou les caractéristiques de la DE (comme sa sévérité ou sa durée) ou même la satisfaction sexuelle des patients. Ces résultats sont bien sûr à pondérer puisque notre population est peu représentative de la population générale.

4.5.2 Les raisons incitatives

Nos résultats montrent d'une part la bonne connaissance de l'efficacité des traitements puisque plus de la moitié consultent pour les obtenir (« car ils désiraient une aide médicamenteuse » pour 51,9% des patients), d'autre part l'ignorance des différentes étiologies de la DE puisque moins d'une personne sur dix (7%) a consulté dans le but de connaître les causes de son trouble érectile.

Nos résultats montrent également que les raisons psychologiques et les problèmes relationnels sont d'importants moteurs incitant à la consultation (« la DE les dévalorisait » pour 22%, « cela entraînait des problèmes psychologiques » pour 33%, et enfin pour 25,9% « cela pesait sur leur couple »). On peut expliquer ces résultats par le fait que la DE entraîne une souffrance importante incitant les patients à consulter.

4.5.3 Les raisons dissuasives

Nos résultats montrent qu'une grande majorité des patients ne consultent pas leur médecin traitant parce qu'ils pensent que leur DE est due à la vieillesse (71%). En essayant d'interpréter cette réponse on peut dire que les patients pensent inconsciemment que ce trouble est inéluctable, vécu comme une fatalité comme le fait de vieillir.

Les autres raisons arrivant loin derrière sont le sentiment de honte (« vous avez honte d'en parler » pour 18,6%), le désintérêt pour leur problème d'érection (« ce n'est pas un problème » pour 16,9% et « ce n'est pas une priorité » pour 3,3%) et la préférence accordée au spécialiste (15,5%).

Ensuite viennent des raisons moins fréquentes comme le manque de moyens (« vous avez pensé ne pas avoir les moyens de financer les traitements » pour 7,7%), la peur des traitements (« vous avez pensé que le traitement pouvait être dangereux ou pénible » pour 6,9%). Le genre sexuel du médecin ne rentre que peu en compte puisque seulement 5,1% ne consultent pas leur médecin traitant si celui-ci est une femme.

Nos résultats sont globalement conformes à ceux présents dans la littérature^{23,24,25} avec une prédominance de la « honte » et du « vieillissement » comme raisons dissuadant les patients de consulter, à ceci près que dans notre étude la raison du « vieillissement » atteint 71% alors que dans les autres études elle ne dépasse pas 12% (12% dans l'étude de BALDWIN²⁴ et Al. Et 11% dans l'étude du Dr BARBAROUX²⁵). On peut expliquer cette différence importante par le recrutement des patients. Dans l'étude de BALDWIN et Al. la population étudiée est âgée de 40 à 70 ans et dans l'étude du Dr BARBAROUX la population étudiée est âgée de 18 à 75 ans. Ces deux populations étant bien plus jeunes que la nôtre (37,2% de notre population est âgées de plus de 70 ans), il est compréhensible que l'argument de la « vieillesse » soit peu élevé dans leurs études.

5 CONCLUSION

Comme nous l'avons vu dans notre étude et en accord avec la littérature ^{9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,28}, la DE est un trouble fréquent (prévalence de la DE dans notre étude : 52,4%).

La DE altère la qualité de vie des patients, elle est un symptôme à part entière. Sa découverte peut aboutir au diagnostic de maladie cardiovasculaire, hormonale ou neurologique.

Malheureusement comme le confirme notre étude et la revue de la littérature ^{12,23,24,25, 33}, peu d'hommes atteints de DE consultent leur médecin traitant pour ce motif (31,4% dans notre étude), et ce bien qu'il y ait des traitements efficaces comme les IPDE-5, les injections intra caverneuses et la pose de prothèses péniennes.

Mais quelles sont les raisons influençant le recours au médecin traitant?

Notre étude a montré que la principale raison incitant les patients à consulter est le désir d'un traitement médicamenteux efficace. Les problèmes psychologiques et relationnels sont également des raisons fréquentes.

Les raisons dissuadant les patients de consulter sont surtout liées à des fausses croyances (comme le fait que la DE soit due uniquement à la vieillesse) et à la présence de barrières psychologiques (comme la honte d'en parler à son médecin).

Il faut considérer nos résultats avec prudence car notre étude est modeste par le nombre des patients comparée aux autres articles de plus grande envergure présents dans la littérature. De plus notre population est peu représentative en terme d'âge, de niveau d'études et de statut amoureux comme nous l'avons vu dans la partie discussion.

Malgré cela, notre étude montre bien que les médecins traitants ont un rôle d'information important auprès de leurs patients, afin de leur expliquer les enjeux du diagnostic de la DE et afin de faire disparaître les fausses croyances et les différents freins qui existent à la consultation. Il est donc nécessaire que les médecins prennent l'initiative d'aborder avec leurs

patients le sujet de la DE compte tenu du faible pourcentage de signalement spontané de ce trouble.

BIBLIOGRAPHIE

- 1. FERENCZI, S. (1908). Interprétation et traitement psychanalytique de l'impuissance psychosexuelle de l'homme. pp. 38-50. In : *OEuvres complètes*, Tome I, Paris, Payot. (tr. fr. 1968), cité par GIAMI, Alain. « De l'impuissance à la dysfonction érectile. Destins de la médicalisation de la sexualité ». Le gouvernement des corps (2004).
- 2. STEKEL, W. (1950). *L'homme impuissant*. Paris, Gallimard. (tr.fr.) cité par GIAMI, Alain. « De l'impuissance à la dysfonction érectile. Destins de la médicalisation de la sexualité ». *Le gouvernement des corps* (2004).
- 3. MASTERS W. & JOHNSON V. (1970). Les mésententes sexuelles et leur traitement. Paris, Robert Laffont. (p. 131 et 147), tr.fr. 1971. cité par GIAMI, Alain. « De l'impuissance à la dysfonction érectile. Destins de la médicalisation de la sexualité ». Le gouvernement des corps (2004).
- 4. AUBERT, Jean-Michel. « PETITE HISTOIRE ILLUSTREE DE L IMPUISSANCE ». 2010.
- 5. GIAMI, Alain. « De l'impuissance à la dysfonction érectile. Destins de la médicalisation de la sexualité ». Le gouvernement des corps (2004)
- 6. Impotence. NIH Consensus Statement Online 1992 Dec 7-9;10(4):1-31
- 7. LUE, TOM F, FRANÇOIS GIULIANO, FRANCESCO MONTORSI, RAYMOND C ROSEN, KARL-ERIK ANDERSSON, STANLEY ALTHOF, GEORGE CHRIST, et al. « Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in men ». *The Journal of Sexual Medicine* 1, n°. 1 (Juillet 2004): 6-23.
- 8. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. « Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, *DSM-IV-TR*», (p629-631). 4^e éd. Paris: Masson, 2003.
- 9. CHEW, K K, C M EARLE, B G STUCKEY, K JAMROZIK ET E J KEOGH. « Erectile dysfunction in general medicine practice: prevalence and clinical correlates ». *International Journal of Impotence Research* 12, n°. 1 (Février 2000): 41-45.

- 10. M BRAUN, G WASSMER, T KLOTZ, B REIFENRATH, M MATHERS, ET U ENGELMANN. «Epidemiology of erectile dysfunction: results of the "Cologne Male Survey" ». *International Journal of Impotence Research* 12, n°. 6 (Décembre 2000): 305-311.
- 11. GIULIANO F, MARIE CHEVRET-MEASSON, ANNE TSATSARIS, ET CAROLINE REITZ. « Prévalence de l'insuffisance érectile en France : résultats d'une enquête épidémiologique menée auprès d'un échantillon représentatif de 1004 hommes ». *Progrès en Urologie*, n°. 12 (2002): 260-267.
- 12. ROSEN, RAYMOND C, WILLIAM A FISHER, IAN EARDLEY, CRAIG NIEDERBERGER, ANDREA NADEL ET MICHAEL SAND. «The multinational Men's Attitudes to Life Events and Sexuality (MALES) study: I. Prevalence of erectile dysfunction and related health concerns in the general population ». *Current Medical Research and Opinion* 20, n°. 5 (Mai 2004): 607-617.
- 13. DROUPY S., F. GIULIANO, B. CUZIN, P. COSTA, E. VICAUT, ET F. LEVRAT. « Prévalence de la dysfonction érectile chez les patients consultant en urologie : l'enquête ENJEU (Enquête nationale de type 1 Jour sur la prévalence de la dysfonction Érectile chez des patients consultant en urologie) ». *Progrès en Urologie* 19, n°. 11 (Décembre 2009): 830-838.
- 14. COSTA PIERRE, CHRISTOPHE AVANCES, ET LAURENT WAGNER. « [Erectile dysfunction: knowledge, wishes and attitudes. Results of a French study of 5.099 men aged 17 to 70] ». *Progrès En Urologie* 13, n°. 1 (Février 2003): 85-91.
- 15. FELDMAN, H A, I GOLDSTEIN, D G HATZICHRISTOU, R.J.KRANE, ET J.B.MCKINLAY. « Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study ». *The Journal of Urology* 151, n°. 1 (Janvier 1994): 54-61.

 16. KOSKIMÄKI, JUHA, MATTI HAKAMA, HEINI HUHTALA, ET TEUVO L. J TAMMELA. « Effect of erectile dysfunction on frequency of intercourse: a population based prevalence study in Finland ». *The Journal of Urology* 164, n°. 2 (s. d.): 367-370.
- 17. MARTIN-MORALES, A, J J SANCHEZ-CRUZ, I SAENZ DE TEJADA, L RODRIGUEZ-VELA, J F JIMENEZ-CRUZ, ET R BURGOS-RODRIGUEZ. « Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain: results of the Epidemiologia de

- la Disfuncion Erectil Masculina Study ». *The Journal of Urology* 166, n°. 2 (Août 2001): 569-574; discussion 574-575.
- 18. DUNN, K M, P R CROFT, ET G I HACKETT. « Sexual problems: a study of the prevalence and need for health care in the general population. » *Family Practice* 15, n°. 6 (Décembre, 1998): 519 -524.
- 19. FUGL-MEYER, A R, G LODNERT, I B BRÄNHOLM, ET K S FUGL-MEYER. « On life satisfaction in male erectile dysfunction ». *International Journal of Impotence Research* 9, n°. 3 (Septembre 1997): 141-148.
- 20. ALTHOF, STANLEY E. « Quality of life and erectile dysfunction ». *Urology* 59, n°. 6 (Juin, 2002): 803-810.
- 21. STAERMAN, F. « trouble de l'érection. Orientation diagnostique ». *La Revue Du Praticien*, n°58 (Septembre, 2008).
- 22. OPSOMER, R.J, et B. TOMBAL. « Les nouveaux traitements de la dysfonction érectile ». *Louvain Médical* 123, n°. 3 (2004): 152-157.
- 23. ANSONG, STEVEN, LEWIS CAROL, PAUL JENKIS, ET JOSEPH BELL. « Helpseeking decisions among men with impotence ». *Urology* Volume 52, n°. 5 (Novembre 1998): 834-837.
- 24. BALDWIN, K, P GINSBERG, ET R C HARKAWAY. « Under-reporting of erectile dysfunction among men with unrelated urologic conditions ». *International Journal of Impotence Research* 15, n°. 2 (2003): 87-89.
- 25. BARBAROUX, AMANDINE. « Prise en charge des dysfonctions sexuelles en soins primaires ». Aix Marseille II, 2010
- 26. DERBY C A, A B ARAUJO, C B JOHANNES, H A FELDMAN, ET J B MCKINLAY. « Measurement of erectile dysfunction in population-based studies: the use of a single question self-assessment in the Massachusetts Male Aging Study ». *International Journal of Impotence Research* 12, n°. 4 (Août 2000): 197-204.
- 27. http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=zonages/aires_urbaines.htm

- 28. GROVER, STEVEN A, ILKA LOWENSTEYN, MOHAMMED KAOUACHE, SYLVIE MARCHAND, LOUIS COUPAL, EMIDIO DECAROLIS, JOSEPH ZOCCOLI, ET ISABELLE DEFOY. « The Prevalence of Erectile Dysfunction in the Primary Care Setting: Importance of Risk Factors for Diabetes and Vascular Disease ». *Archives of Internal Medicine* 166, n°. 2 (Janvier 2006): 213.
- 29. LOUVET, FABRICE. « Dysfonction érectile chez les patients de plus de 50 ans: dépistage et retentissement sur la qualité de vie d'un échantillon de 72 patients consultant en médecine générale ». Paris Diderot Paris 7, 2008.
- 30. INSEE, estimations de population. Janvier 2010 http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=12&ref_id=poptc02104
- 31. DAGUET F.ET NIEL X. « Vivre en couple » *Insee Première*, nº1281 (février 2010)
- 32. INSEE, recensements de la population, *les personnes âgées*, 1999. http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATCCV07204
- 33. FISHER, WILLIAM A, RAYMOND C ROSEN, IAN EARDLEY, CRAIG NIEDERBERGER, ANDREA NADEL, JOEL KAUFMAN, ET MICHAEL SAND. « The multinational Men's Attitudes to Life Events and Sexuality (MALES) Study Phase II: understanding PDE5 inhibitor treatment seeking patterns, among men with erectile dysfunction ». *The Journal of Sexual Medicine* 1, n°. 2 (Septembre 2004): 150–160.
- 34. MIN, JAMES K, KIM A WILLIAMS, TOCHI M OKWUOSA, GEORGE W BELL, MICHAEL S PANUTICH, ET R PARKER WARD. « Prediction of coronary heart disease by erectile dysfunction in men referred for nuclear stress testing ». *Archives of Internal Medicine* 166, n°. 2 (Janvier 2006): 201–206.

ANNEXES

QUESTIONNAIRE

Concernant

LES TROUBLES DE L'ERECTION

Définition:

Début du questionnaire

Le trouble de l'érection correspond à « l'incapacité d'obtenir et/ou de maintenir une érection suffisante pour permettre une activité sexuelle satisfaisante »

1) Quel est	votre âge?:
2) Etes vou	s en couple ? :
	Oui
	Non
3) Quel est	votre niveau d'étude ?
	Primaire
	Collège
	Lycée
	Bac
	Post bac
4) Combier	n de fois par an consultez-vous votre médecin traitant?
	Moins de 1 fois par an
	Tous les 6 mois
	Tous les 3 mois
	Tous les mois
5) <u>Trouvez</u>	vous que votre vie sexuelle est satisfaisante ?
	Oui
	Non
6 <u>) Commer</u>	at décririez-vous votre état ?
	<u>Toujours</u> capable d'obtenir et de maintenir une érection suffisante pour avoir des rapports sexuels.
	<u>Généralement</u> (pas toujours mais la plupart du temps) capable d'obtenir et de maintenir une érection ffisante pour avoir des rapports sexuels.
sex	Seulement parfois capable d'obtenir et de maintenir une érection suffisante pour avoir des rapports xuels.
□ :	Jamais capable d'obtenir et de maintenir une érection suffisante pour avoir des rapports sexuels.

Si vous n'avez pas de trouble de l'érection ce questionnaire s'arrête ici Sinon continuez sur la page suivante

Suite du QUESTIONNAIRE concernant les troubles de l'érection

7) <u>Depuis combien de temps avez-vous des troubles de l'érection</u> :mois/an
8) <u>Vous avez été confronté à des troubles de l'érection s'étalant sur plus de 3 mois.</u> <u>L'avez-vous signalé à votre médecin traitant</u> ?
 □ Oui □ Oui mais c'est votre médecin traitant qui a initié la conversation de lui-même. □ Non □ Non mais vous en avez parlé à un autre spécialiste : □ Urologue □ Cardiologue □ Sexologue □ Autre
9) <u>Si vous avez répondu OUI à la question précédente veuillez cocher les phrases qui correspondent aux raisons pour lesquelles vous en avez parlé à votre médecin traitant (plusieurs réponses possibles):</u>
□ Votre conjointe ou votre entourage vous a incité à en parler.
☐ Ce trouble entraînait chez vous des problèmes psychologiques.
Uous vouliez utiliser une aide médicamenteuse (Viagra, Cialis, Levitra).
☐ A cause des conséquences sur votre vie de couple.
Cela yous dévalorisait.
□ Autre:
10) Si vous avez répondu NON à la question 8 , veuillez cocher les phrases qui correspondent aux raisons pour lesquelles vous n'avez pas parlé de vos troubles d'érection à votre médecin traitant :
□ Vous avez eu honte d'en parler.
□ Vous avez pensé que c'était une chose inévitable due au vieillissement.
□ Vous avez pensé que votre médecin généraliste n'était pas compétent pour traiter votre trouble.
□ Le fait que votre médecin soit de sexe féminin vous gène.
□ Le fait que votre médecin soit de sexe masculin vous gène.
□ Vous avez pensé que le traitement pouvait être dangereux ou pénible.
□ Vous attendez que ce soit votre médecin qui vous le demande.
□ Vous avez pensé ne pas avoir les moyens de financer votre traitement.
□ Vous en avez déjà parlé à un spécialiste
□ Ce n'est pas un problème
□ Autre:

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire

N.B : Les troubles de l'érection pouvant être un symptôme de maladie grave nous vous conseillons si ce n'est déjà fait, d'en parler à votre <u>médecin traitant</u> ou à tout autre professionnel de santé.

KEED questionnaire :

La fonction érectile a été évaluée à l'aide des 6 questions suivantes:

 11	Avez-vous des problèmes d'érection	jamais	rarement	moyennement	souvent	toujours
	(rigidité du pénis)?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12	avez-vous souvent des érections	toujours	souvent	moyennement	rarement	jamais
	matinales?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13	L'érection est elle suffisante pour	toujours	souvent	moyennement	rarement	jamais
13	permettre la pénétration?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
114e	La durée des rapports est elle	toujours	souvent	moyennement	rarement	jamais
	satisfaisante?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15e	Le pénis est il mou pendant les rapports?	toujours	souvent	moyennement	rarement	jamais
	Le penis est il mou pendant les rapports:	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
16e	Atteignez-vous l'orgasme?	toujours	souvent	moyennement	rarement	jamais
	Atteignez-vous i orgasine:	(1)	(2)	(3)	(4)	jairiais

Si le score est supérieur à 17 : existence d'une DE

RESUME

La dysfonction érectile (DE) est une pathologie fréquente, plus de 30% des hommes de plus de 40 ans en sont atteints en France. Elle retentit sur la qualité de vie et est associée à de multiples pathologies tant organiques que psychogènes. Malheureusement, bien qu'il y ait de nombreux traitements ayant prouvé leur efficacité, peu de patients consultent pour dysfonction érectile (moins de 30 % consultent leur médecin pour cette raison). Devant ce constat nous avons donc porté notre étude sur les facteurs influençant le recours au médecin traitant pour dysfonction érectile.

Notre étude descriptive a été réalisée entre Décembre 2011 et Février 2012 dans les cabinets de Médecine Générale de la région Poitou-Charentes. 164 patients de plus de 45 ans ont été interrogés à l'aide d'un auto questionnaire, les patients ont été sélectionnés sans autres critères que celui de l'âge. La prévalence de la DE était déterminée à l'aide de la question de McKinlay et les facteurs incitant ou dissuadant les patients de consulter leur médecin traitant ont été tirés de plusieurs articles de la littérature.

Dans notre étude, 52,4% des patients sont atteints de dysfonction érectile et 31,4 % d'entre eux l'ont signalée à leur médecin traitant. Les raisons incitant les patients à consulter leurs médecin traitant sont : la recherche d'une aide médicamenteuse (51,9%), le retentissement psychologique de la DE (33,3%), le retentissement négatif sur leur vie de couple (25,9 %), car la DE les dévalorisaient (22,2%), l'insistance de leur conjointe (18,5%), de connaître la cause de leur DE (7,4%). Les raisons dissuadant les patients de consulter leur médecin traitant sont : la conviction que la DE est due au vieillissement (71,2 %), la DE n'est pas un problème (16,9%), ils en ont déjà parlé à un spécialiste (15,2%), leur médecin est de sexe féminin (5,1%), le manque de moyens pour financer le traitement (1,7%).

Le désir d'un traitement efficace, le retentissement psychologique et relationnel sont les raisons principales incitant les patients à consulter. Les raisons dissuadant les patients de consulter sont de l'ordre de fausses croyances (DE lié au vieillissement) ou liées à des barrières psychologiques (honte). Ces raisons montrent bien que les médecins généralistes ont un rôle d'information et d'écoute important et qu'ils ne doivent pas hésiter à prendre l'initiative de parler de la DE.

Mot clé : dysfonction érectile, médecine générale, comportement, homme

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie 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 !



RESUME

La dysfonction érectile (DE) est une pathologie fréquente, plus de 30% des hommes de plus de 40 ans en sont atteints en France. Elle retentit sur la qualité de vie et est associée à de multiples pathologies tant organiques que psychogènes. Malheureusement, bien qu'il y ait de nombreux traitements ayant prouvé leur efficacité, peu de patients consultent pour dysfonction érectile (moins de 30 % consultent leur médecin pour cette raison). Devant ce constat nous avons donc porté notre étude sur les facteurs influençant le recours au médecin traitant pour dysfonction érectile.

Notre étude descriptive a été réalisée entre Décembre 2011 et Février 2012 dans les cabinets de Médecine Générale de la région Poitou-Charentes. 164 patients de plus de 45 ans ont été interrogés à l'aide d'un auto questionnaire, les patients ont été sélectionnés sans autres critères que celui de l'âge. La prévalence de la DE était déterminée à l'aide de la question de McKinlay et les facteurs incitant ou dissuadant les patients de consulter leur médecin traitant ont été tirés de plusieurs articles de la littérature.

Dans notre étude, 52,4% des patients sont atteints de dysfonction érectile et 31,4 % d'entre eux l'ont signalée à leur médecin traitant. Les raisons incitant les patients à consulter leurs médecin traitant sont : la recherche d'une aide médicamenteuse (51,9%), le retentissement psychologique de la DE (33,3%), le retentissement négatif sur leur vie de couple (25,9 %), car la DE les dévalorisaient (22,2%), l'insistance de leur conjointe (18,5%), de connaître la cause de leur DE (7,4%). Les raisons dissuadant les patients de consulter leur médecin traitant sont : la conviction que la DE est due au vieillissement (71,2 %), la DE n'est pas un problème (16,9%), ils en ont déjà parlé à un spécialiste (15,2%), leur médecin est de sexe féminin (5,1%), le manque de moyens pour financer le traitement (1,7%).

Le désir d'un traitement efficace, le retentissement psychologique et relationnel sont les raisons principales incitant les patients à consulter. Les raisons dissuadant les patients de consulter sont de l'ordre de fausses croyances (DE lié au vieillissement) ou liées à des barrières psychologiques (honte). Ces raisons montrent bien que les médecins généralistes ont un rôle d'information et d'écoute important et qu'ils ne doivent pas hésiter à prendre l'initiative de parler de la DE.

Mot clé : dysfonction érectile, médecine générale, comportement, homme