

Année 2019

2019 TOU3 1164

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement

Par

COURET Emmanuelle

Le 20 décembre 2019

REGARD DU PATIENT DE 20 À 40 ANS SUR LE DÉPISTAGE DES TROUBLES SEXUELS EN MÉDECINE GÉNÉRALE ETUDE QUANTITATIVE PAR QUESTIONNAIRE

Directrice de thèse : Dr Leïla ABDI-KRIAA

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ

Monsieur le Professeur Eric HUYGHE

Monsieur le Professeur Jean Christophe POUTRAIN

Madame le Docteur Leïla ABDI-KRIAA

Madame le Docteur Mathilde BERODIER

Président

Assesseur

Assesseur

Assesseur

Assesseur



TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2018

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ALBAREDE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas		
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric		
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges		
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette		
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline		
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean		
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel		
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.		
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri		
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean		
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.		
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel		
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean		
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard		
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles		
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques		
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques		
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis		
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard		
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean		
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis		
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves		
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques		
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche		
Professeur Honoraire	M. LARENG Louis		
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves		
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul		
Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François		
Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude		

Professeurs Émérites

Professeur ADER Jean-Louis
Professeur ALBAREDE Jean-Louis
Professeur ARBUS Louis
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur BOCCALON Henri
Professeur BONEU Bernard
Professeur CARATERO Claude
Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CHAP Hugues
Professeur CONTE Jean
Professeur COSTAGLIOLA Michel
Professeur DABERNAT Henri
Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur DELISLE Marie-Bernadette
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Professeur JOFFRE Francis
Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LARENG Louis
Professeur LAURENT Guy
Professeur LAZORTHES Yves
Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude
Professeur MASSIP Patrice
Professeur MAZIERES Bernard
Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur MURAT
Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur SALVAYRE Robert
Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

**37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex
P.U. - P.H.**

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

2ème classe

M. ADOUE Daniel (C.E) Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E) Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile Médecine Interne
M. BIRMES Philippe Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE Paul (C.E) Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E) Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David Neurologie
M. BROUCHET Laurent Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E) Anatomie pathologique
M. CALVAS Patrick (C.E) Génétique
M. CARRERE Nicolas Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E) Cardiologie
M. CHAIX Yves Pédiatrie
M. CHAUVEAU Dominique Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E) Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E) Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DE BOISSEZON Xavier Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E) Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E) Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre Ophtalmologie
M. GAME Xavier Urologie
M. GEERAERTS Thomas Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E) Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E) Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E) Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique (C.E) Nutrition
M. LAUWERS Frédéric Anatomie
M. LAUQUE Dominique (C.E) Médecine Interne
M. LIBLAU Roland (C.E) Immunologie
M. MALVAUD Bernard Urologie
M. MANSAT Pierre Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno Maladies Infectieuses
M. MAZIERES Julien Pneumologie
M. MOLINIER Laurent Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E) Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E) Gériatrie
M. OSWALD Eric Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E) Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle Dermatologie
M. PAYOUX Pierre Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E) Hématologie
M. PERON Jean-Marie Hépatogastro-Entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E) Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E) Pharmacologie
M. RECHER Christian Hématologie
M. RISCHMANN Pascal Urologie
M. RIVIERE Daniel (C.E) Physiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E) Pédiatrie
M. SANS Nicolas Radiologie
Mme SELVES Janick Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E) Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert (C.E) Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E) Hépatogastro-Entérologie

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane

Mme BONGARD Vanina Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. BUREAU Christophe Hépatogastro-Entéro
Mme CASPER Charlotte Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine Médecine d'urgence
M. COGNARD Christophe Neuroradiologie
M. LAIREZ Olivier Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel Rhumatologie
M. LEOBON Bertrand Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphael Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc Neurologie
M. PORTIER Guillaume Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme Cardiologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique Biochimie et biologie moléculaire
M. SOL Jean-Christophe Neurochirurgie
Mme TREMOLLIÈRES Florence Biologie du développement
Mme VEZZOSI Delphine Endocrinologie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre

Professeur Associé Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves

M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Neurologie

Mme PAVY-LE TRAON Anne

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile	M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. BERRY Antoine	Parasitologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TACK Ivan	Physiologie
Mme HANAIRE Héliène (C.E)	Endocrinologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie	P.U. Médecine générale	
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation	Professeur Associé de Médecine Générale	
M. OTAL Philippe	Radiologie	M. BOYER Pierre	
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition	Professeur Associé en Pédiatrie	
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie	Mme CLAUDET Isabelle	
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		
Professeur Associé de Médecine Générale			
M. STILLMUNKES André			

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophtalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANDET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédéricque	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
Mme ESCOURROU Brigitte

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr FREYENS Anne
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr CHICOULAA Bruno

Dr BIREBENT Jordan
Dr BOURGEOIS Odile
Dr LATROUS Leila

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur MESTHE.

Je vous remercie d'avoir accepté de présider mon jury de thèse. Merci de votre disponibilité et de vos précieux conseils.

A Messieurs les Professeurs HUYGHES et POUTRAIN et à Madame le Dr BERODIER.

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse. Recevez ici le témoignage de ma reconnaissance.

A Madame le Dr ABDI KRIAA.

Merci d'avoir accepté de diriger ma thèse, de m'avoir fait confiance et soutenue tout au long de ce travail et de mon internat.

Vous êtes un médecin bienveillant et authentique qui m'a transmis les vraies valeurs et qualités humaines qu'on attend de la médecine générale et l'importance de la relation médecin patient. Merci de m'avoir confortée dans ce choix.

Travailler à vos côtés a été pour moi une véritable chance et j'espère que cela se poursuivra à l'avenir.

A tous les médecins qui m'ont formée et m'ont transmis leur savoir.

A mes parents et mes frères, qui ont toujours tout fait pour me donner les moyens d'y arriver. Merci de m'avoir soutenue pendant ces longues années et de n'avoir jamais doutée de moi. Sans vous, je ne serai pas là aujourd'hui. Merci pour les valeurs que vous m'avez transmises. Je suis fière d'être votre fille/sœur.

A tout le reste de ma famille, y compris les absents qui seraient fiers de me voir franchir cette étape aujourd'hui.

A Vladimir,

Merci de ta présence, de ton amour et de ton soutien inconditionnel depuis le premier jour. Tu me permets de donner le meilleur de moi-même. Je n'oublie pas que ces études, malgré leur longueur et leur difficulté, nous ont permis de nous rencontrer.

A tous les moments passés ensemble et ceux à venir.

Je t'aime.

Aux amis,

Ceux de longue date qui se reconnaîtront, toujours présents malgré les nombreux « je peux pas vous voir, j'ai du travail » ; j'espère que la complicité qui nous unit durera encore longtemps.

A Alice, sans qui ces études n'auraient pas été les mêmes. Merci pour les interminables journées de révision, les soirées, les voyages et les fous rires passés ensemble.

A mes co-internes et co-externes, merci de m'avoir accompagnée au cours de toutes ces années.

TABLE DES MATIÈRES

I. INTRODUCTION	1
1. Pourquoi cibler l'homme entre 20 et 40 ans ?	1
1.1 Pourquoi le sexe masculin ?	1
1.2 Pourquoi cette tranche d'âge ?	2
II. LA SANTE SEXUELLE : QUELQUES RAPPELS.....	3
1. Définition de la santé sexuelle	3
2. Les dysfonctions sexuelles	3
2.1 Différentes phases du rapport sexuel	3
2.2 Classification des troubles sexuels	4
III. MATÉRIEL ET MÉTHODES	6
1. Période d'inclusion	6
2. Type de l'étude	6
3. Population ciblée	6
4. Élaboration du questionnaire et recueil de données	6
5. Analyse des données	7
IV. RÉSULTATS	9
1. Caractéristiques de la population	9
2. Des troubles sexuels bien présents	11
3. Sources d'informations et connaissances des patients	12
4. Attentes des patients	14
5. Freins des patients	16
V. DISCUSSION	19
1. Analyse des résultats	19
2. Forces et limites	20
3. Dépister les troubles sexuels : un besoin légitime et justifié	20
3.1 Notions d'épidémiologie	20
A) Epidémiologie générale	20
B) Dysfonction érectile	21
C) Troubles du désir	22
D) Ejaculation prématurée	22
E) Maladie de Lapeyronie	23
3.2 Des troubles sexuels sous évalués	23
4. Un véritable enjeu de santé publique	24
5. Un manque d'informations	25
6. Le médecin généraliste : personnage clé du dépistage	25
7. Un sujet encore tabou	26
8. Comment améliorer le dépistage de ces troubles en médecine générale ..	27
8.1 Agir sur les freins du patient	27
8.2 Agir sur les freins du médecin	28
9. Conséquences pour la pratique	28
VI. CONCLUSION	31
BIBLIOGRAPHIE	32
ANNEXES	36

I. INTRODUCTION

La santé sexuelle fait partie intégrante du bien être et de la qualité de vie des individus. Souvent tabous, les troubles sexuels chez l'homme peuvent faire l'objet d'une prise en charge efficace si l'on prend la peine d'en parler et de les dépister.

Peu de recherches ont été menées sur les caractéristiques et les besoins des patients de sexe masculin dans ce domaine et encore plus chez les hommes considérés comme « jeunes ». Qu'en est-il du dépistage des troubles sexuels chez l'homme entre 20 et 40 ans et qu'attendent les patients de leur médecin ?

1. POURQUOI CIBLER L'HOMME ENTRE 20 ET 40 ANS ?

1.1 Pourquoi le sexe masculin ?

Les hommes ont été négligés en tant que population cible des services de santé sexuelle et reproductive comme le montrent de nombreuses études. (1) (2) (4) (5)

Contrairement aux femmes, qui ont régulièrement recours au système de santé pour des examens de procréation périodiques, les hommes âgés de 15 à 50 ans ont rarement recours aux services de soins préventifs. (6)

Bien que les services de santé (dont sexuelle) aient été reconnus comme disponibles pour les deux sexes, ils sont davantage orientés vers les femmes et susceptibles d'être utilisés par celles-ci.

Les raisons avancées par une étude réalisée par un groupe de discussion en Angleterre (1) sont que :

- Les services offerts sont destinés aux femmes (fourniture de contraceptifs, tests de grossesse)
- Comme seules les femmes risquent de concevoir, elles ont davantage besoin de services
- Les femmes prennent plus de précautions que les hommes en matière d'activité sexuelle

Les hommes effectuent beaucoup moins de visites de soins de santé que les femmes dans tous les domaines de la santé en général qu'ils aient ou non des problèmes de santé. (2)

De plus, comme une grande proportion des MST sont asymptomatiques, les hommes ignorent souvent qu'ils ont besoin de soins, même lorsqu'ils sont infectés. (2)

A titre d'exemple, selon une étude de 2007, aux États Unis, seuls 48% des hommes ont déclaré avoir reçu des services de santé sexuelle et reproductive au cours de la dernière année. (2)

Le faible niveau d'utilisation des services de soins de santé par les hommes peut être enraciné dans les constructions sociales de la masculinité, ce qui dissuade les hommes de reconnaître leurs droits.

Les représentations dominantes de la masculinité mettent l'accent sur la force, l'autosuffisance, la robustesse et la prise de risques, toutes incompatibles avec la perception des besoins en soins de santé ou la recherche de services (soins préventifs en particulier) (2)

1.2 Pourquoi cette tranche d'âge ?

Un autre facteur qui limite les connaissances sur l'utilisation des soins de santé en matière de sexualité et de reproduction par les hommes est que **la recherche s'est principalement concentrée** :

- Sur les adolescents notamment dans le cadre de l'éducation à la sexualité et la prévention en milieu scolaire qui permettent de fournir un contexte formel de discussion. (2)
- Sur les sujets de plus de 50 ans car il est connu que la prévalence des troubles augmente à partir de cet âge du fait de l'apparition de pathologies (notamment cardio-vasculaires et prostatiques).
- Entre ces deux âges, les hommes sont moins susceptibles de recevoir des informations sur la santé sexuelle et reproductive dans la vie quotidienne. (5)

Des recherches sont nécessaires pour examiner l'accès et les caractéristiques d'utilisation des soins de santé sexuelle et reproductive chez les hommes de 20 ans et plus. (2)

Par exemple, une étude montre que les niveaux de VIH et d'autres MST sont les plus élevés parmi les hommes dans la vingtaine. (3)

La prévalence de la non-utilisation du préservatif a augmenté avec l'âge, passant de 26% chez les 15 à 19 ans à 55% chez les 25 à 29 ans et à 73% chez les 40 à 44 ans (4).

Mais même s'il y a eu un regain d'intérêt pour les IST avec la diminution du port des préservatifs et l'augmentation de leur prévalence, les autres facettes de la sexualité restent peu abordées.

Une étude menée en Inde a montré que plus de 2000 hommes dans deux enquêtes récentes ont indiqué que leurs principales préoccupations en matière de santé sexuelle étaient liées à des troubles psychosexuels.(5)

Les problèmes rapportés par plus de 40% des participants concernaient les performances sexuelles : éjaculation précoce et incapacité à maintenir une érection.

La prévalence des angoisses psychosexuelles déclarées chez les hommes dans ces études n'est pas différente de celle d'autres rapports publiés. Les analyses de nombreuses études menées en Europe et aux États-Unis auprès d'échantillons communautaires et cliniques ont révélé un pourcentage étonnamment constant d'hommes qui déclarent avoir des inquiétudes psychosexuelles d'éjaculation précoce (35 à 38%), de dysfonction érectile (4 à 9%) et d'orgasme inhibé (4 à 10%). (6)

Ceci met en lumière l'importance de connaître le point de vue des hommes de cette tranche d'âge afin de savoir ce qui peut les mettre à l'aise ou au contraire être considéré comme une barrière sur ce sujet pour développer, en tant que médecin de premier recours, un espace d'information et de prévention ainsi que des messages et des conseils initiaux, qui pourront ensuite les guider vers les ressources appropriées.

II. LA SANTE SEXUELLE : QUELQUES RAPPELS

1. DÉFINITION DE LA SANTÉ SEXUELLE

La sexualité dite « normale » fait partie de la définition de la « bonne santé » selon l'OMS : on parle désormais de « santé sexuelle ». (7)

Bien qu'il n'y ait pas de normes en matière de sexualité, la santé sexuelle est « un état de bien-être physique, mental et social » (7).

Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence.

La sexualité est un aspect central de la personne humaine tout au long de la vie et comprend le sexe biologique, l'identité et le rôle sexuel, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction. (8)

La santé sexuelle prend aussi en compte les IST, les violences sexuelles, l'impact du handicap physique ou de la maladie chronique sur le bien être sexuel. (8)

2. LES DYSFONCTIONS SEXUELLES

1. Différentes phases du rapport

Une sexualité normale comprend plusieurs phases (9) et les dysfonctions sexuelles peuvent intéresser chacune de ces phases :

- a. La phase du désir : elle est caractérisée par des idées et fantasmes érotiques et le souhait d'avoir des rapports sexuels. Cette phase est commandée par le cerveau. Le désir est androgéno-dépendant chez l'homme. Il s'agit d'une phase de préparation à l'acte sexuel.

Les dysfonctions pouvant survenir à ce stade sont les troubles du désir :

- Insuffisance de désir ou baisse de la libido
- Excès et/ou déviation du désir

- b. La phase d'excitation : elle est caractérisée chez l'homme par l'érection.

La phase d'excitation résulte de stimulations cérébrales (visuelles, auditives, fantasmatisques) et/ou périphériques en particulier périnéales. Les dysfonctions pouvant survenir à ce stade sont les troubles de l'excitation autrement dit chez l'homme les troubles de l'érection

- c. La phase de plateau : elle consiste en la réalisation du coït ou la poursuite de la stimulation (ex. : masturbation). Les phénomènes de la phase d'excitation y restent stables, au maximum de leur développement.

- d. L'orgasme : il s'agit d'une sensation de plaisir intense. L'orgasme est accompagné dans les deux sexes de contractions rythmiques de la musculature striée périnéale.

Chez l'homme, l'orgasme coïncide avec la seconde phase de l'éjaculation ou expulsion saccadée du sperme au méat urétral. Lorsque l'éjaculation est absente (par exemple après prostatectomie totale), l'orgasme persiste, ainsi l'éjaculation n'est pas un prérequis pour la survenue de l'orgasme.

L'**orgasme est accompagné** par des signes généraux : tension musculaire, polypnée, tachycardie, augmentation de la pression artérielle.

Les dysfonctions pouvant survenir à ce stade sont les troubles de l'orgasme qui équivalent chez l'homme aux troubles de l'éjaculation

- Éjaculation prématurée
- Éjaculation retardée
- Anéjaculation / éjaculation rétrograde
- Hémospemie / Hypospermie
- Éjaculation douloureuse

- e. La phase de résolution : les phénomènes caractéristiques de la phase d'excitation diminuent rapidement. Chez l'homme, l'orgasme est suivi d'une période réfractaire pendant laquelle la stimulation sexuelle est inefficace.

2. Classification des troubles sexuels (10)

Il n'y a pas de norme en matière de sexualité.

Chaque individu a ses propres repères et sa position dans la société peut influencer le développement et/ou le déroulement de sa sexualité selon ce que l'on pourrait appeler le plus petit dénominateur commun de ce qui est toléré, de ses références culturelles et religieuses.

→Lorsqu'il existe une dysfonction sexuelle, s'il n'y a pas de plainte de l'individu il n'y a pas lieu de médicaliser celle-ci.

→De même, lorsqu'il existe un trouble du comportement sexuel et qu'il n'y a pas de plainte (de l'individu, de son entourage ou de la société), il n'y a pas lieu de proposer un traitement.

La version actuelle du *Manuel diagnostique et statistique des maladies mentales* de la société américaine de psychiatrie (DSM V), distingue :

- **Les dysfonctions sexuelles** (troubles du désir, de l'excitation ou de l'orgasme)
- Les troubles sexuels avec douleur
- La dysfonction sexuelle due à une affection médicale générale
- Les paraphilies
- Les troubles de l'identité sexuelle (transsexualisme).

La définition des dysfonctions sexuelles concernant l'homme est :

Trouble cliniquement significatif de la capacité d'une personne à réagir sexuellement ou à éprouver du plaisir sexuel.

Une personne peut avoir plusieurs dysfonctions sexuelles en même temps.

Il faut toujours caractériser si le trouble sexuel est :

- *Acquis ou permanent*
- *Généralisé ou situationnel*
- *Son niveau de sévérité* : léger, moyen ou grave

La fonction sexuelle implique une interaction complexe de facteurs biologiques, socioculturels et psychologiques.

→Dans de nombreux contextes cliniques, une compréhension précise de l'étiologie d'un problème sexuel est inconnue.

→Néanmoins, un diagnostic de dysfonctionnement sexuel nécessite d'exclure des problèmes qui seraient mieux expliqués par :

- Un trouble mental non sexuel

- Les effets d'une substance (drogue ou médicament par exemple)
- Une affection médicale (due par exemple à une lésion du nerf pelvien)

Dans ce cas, on parle de troubles sexuels secondaires à une affection médicale générale ou iatrogène

Le trouble éjaculation retardée

Il s'agit d'un retard marqué ou d'une incapacité à réaliser l'éjaculation durant le coït ou la masturbation.

La prévalence n'est pas claire en raison de l'absence d'une définition précise de ce syndrome.

Le trouble de l'érection

La caractéristique essentielle de la maladie érectile est l'incapacité répétée d'obtenir ou de maintenir des érections pendant les activités sexuelles.

Il existe une forte augmentation liée à l'âge de la prévalence et de l'incidence des problèmes d'érection, en particulier après l'âge de 50 ans.

Le trouble érectile acquis est souvent associé à des facteurs biologiques tels que le diabète et les maladies cardiovasculaires

Le trouble de diminution du désir sexuel chez l'homme

Il s'agit de l'absence ou de la réduction du désir sexuel/érotisme chez l'homme.

Environ 6% des hommes plus jeunes (âgés de 18 à 24 ans) et 41% des hommes âgés (de 66 à 74 ans) ont des problèmes de désir sexuel.

La diminution du désir sexuel peut correspondre à une altération de la composante biologique mais aussi à une altération de la composante psycho affective.

Elle peut être liée à un déficit en testostérone (ou hypogonadisme) qui correspond à une absence ou diminution de la production de testostérone par les testicules. Les causes peuvent être variées et les déficits complets en testostérone, bien que rares, touchent souvent des sujets jeunes avec une prise en charge endocrinologique codifiée (11).

Le trouble éjaculation prématurée (ou éjaculation précoce)

Ce trouble consiste en une éjaculation qui survient avant l'intromission, ou immédiatement après l'intromission (délai de 1 minute environ après la pénétration vaginale et avant que l'individu le souhaite).

À l'échelle internationale, plus de 20% à 30% des hommes âgés de 18 à 70 ans s'inquiètent de la rapidité avec laquelle ils éjaculent

Le trouble dysfonction sexuelle induite par une substance/médicament

Le trouble découle de l'usage d'une substance (par exemple l'alcool) ou d'un médicament.

Le Trouble Autre dysfonction sexuelle spécifiée ou non spécifiée

Cette catégorie s'applique aux présentations dans lesquelles les symptômes caractéristiques d'une dysfonction sexuelle qui provoquent une détresse cliniquement significative chez l'individu prédominent mais ne répondent pas à tous les critères pour l'un des désordres de la classe diagnostique des dysfonctions sexuelles.

III. MATÉRIEL ET MÉTHODES

1. Période d'inclusion

La période d'inclusion a duré trois mois : du 1^{er} février au 30 avril 2019. J'étais alors en stage au cabinet médical où s'est déroulée l'inclusion.

2. Type de l'étude

Il s'agit d'une étude descriptive quantitative réalisée à l'aide d'un questionnaire papier distribué chez les patients de 20 à 40 ans consultant dans un cabinet médical à proximité de Toulouse en semi rural. Il comprend 7 médecins dont 6 maîtres de stage universitaires (MSU) ; la patientèle est donc variée et habituée à contribuer à des travaux de recherche et à voir des internes en médecine.

Question de recherche : Quels sont les freins et les attentes des hommes de 20 à 40 ans vis-à-vis du dépistage des troubles sexuels en médecine générale ?

Les objectifs de l'étude sont :

- Améliorer le dépistage des troubles sexuels de l'homme de 20 à 40 ans en médecine générale.
- Repérer si les troubles sexuels de l'homme entre 20 et 40 ans sont sous évalués.

3. Population cible

La sélection des participants a été réalisée auprès d'hommes issus de la population générale répondant aux critères d'inclusion :

- Etre un homme âgé de 20 à 40 ans
- Venir en consultation ou accompagner un patient en consultation
- Accepter de participer à cette étude médicale

Les critères d'exclusion sont :

- Un homme de moins de 20 ans ou de plus de 40 ans
- Un homme refusant de participer à l'étude médicale

Tous les hommes entre 20 et 40 ans qui sont venus au cabinet médical en tant que patient ou accompagnant se sont donc vus remettre un questionnaire par les secrétaires à l'entrée du cabinet médical ou bien directement par les médecins en consultation pendant la période de l'étude.

Le questionnaire était complété de manière anonyme en salle d'attente, et une fois rempli, les patients le déposaient dans une urne à l'entrée du cabinet médical.

4. Élaboration du questionnaire et recueil des données

Méthode d'étude : questionnaire complété de manière anonyme

Cette méthode semble la plus appropriée notamment dans le domaine de la sexualité car elle permet au patient de se livrer sans redouter la réaction ou le jugement de l'investigateur.

Le questionnaire a été élaboré après réalisation de la bibliographie qui a été effectuée en langue française et anglaise à partir de :

Bases de données internautes :

- PubMed
- BDSP (Banque de Données en Santé Publique)
- CISMeF (Catalogue et Index des Sites Médicaux en langue Française)
- SUDOC (Service de Documentation Universitaire)

Moteurs de recherche : Google, Google Scholar

Littérature grise :

- Bibliographie des articles collectés
- Rapport de congrès de recherche en médecine générale (WONCA) et d'organismes internationaux (OMS)
- Thèses

Les recherches de littératures francophones ont été principalement réalisées à partir des mots clés suivants : « Dysfonction sexuelle », « Trouble sexuel », « Médecine générale », « Médecin généraliste », « Hommes jeunes ».

Les recherches de littératures anglo-saxonnes ont été réalisées à partir des mots-clés suivant : « Sexual dysfunction », « Sexuality », « Primary health care », « General practitioner », « Young male ».

Les mots-clés ont été déterminés à partir de mots-clés de référence intitulés mots MeSH (Medical Subject Heading) qui s'utilisent pour réaliser des recherches dans Pubmed. Ils ont été utilisés seuls ou liés ensemble par des opérateurs booléens (« ET », « OU », « SAUF » en français et « AND », « OR », « NOT » en anglais) pour respectivement élargir, affiner ou restreindre la recherche

Le questionnaire a été présenté sur feuille A4 recto verso et comprend en tout 15 questions. Les questions sont fermées et à choix unique ou multiple ce qui permet un meilleur taux de réponse.

Il se compose de plusieurs parties :

- La première partie porte sur les caractéristiques professionnelles et maritales des patients ce qui permet de mieux cibler leur profil.
- La deuxième partie permet de rechercher si les patients souffrent ou ont déjà souffert de troubles sexuels et si oui, le ou lesquels.
- La troisième partie porte sur l'état des lieux des connaissances des patients sur les troubles sexuels et sur les conditions dans lesquelles ils souhaitent que ceux-ci soient dépistés.

Le contenu du questionnaire est disponible en annexe 1.

De manière volontaire, aucune question n'a été posée sur l'histoire médicale du patient.

En effet, cela aurait :

- D'une part rendu le questionnaire trop long et trop compliqué pour que les patients puissent y répondre.
- D'autre part, il a été choisi de cibler des questions répondant uniquement aux objectifs de la thèse au détriment d'autres éléments qui, bien que très intéressants auraient répondu à d'autres questions et qu'ils seraient intéressants d'explorer dans d'autres recherches ultérieures.

De même, l'âge étant déjà ciblé (homme de 20 à 40 ans), il n'a pas été demandé aux patients de préciser leur âge exact même s'il aurait été intéressant de voir s'il y avait une différence de réponse selon que le patient ait plutôt 20, 30 ou 40 ans.

5. Analyse des données

Un nombre total de 150 questionnaires a été recueilli en excluant ceux pour lesquels les patients n'ont pas complété entièrement le questionnaire (soit 8 questionnaires).

Aucun patient n'a refusé délibérément de remplir le questionnaire.

Les données ont été analysées via le tableur Excel et présentées sous forme de pourcentages (%) et de nombre absolu (n) ; elles ont été illustrées de figures.

IV. RÉSULTATS

1. Caractéristiques de la population

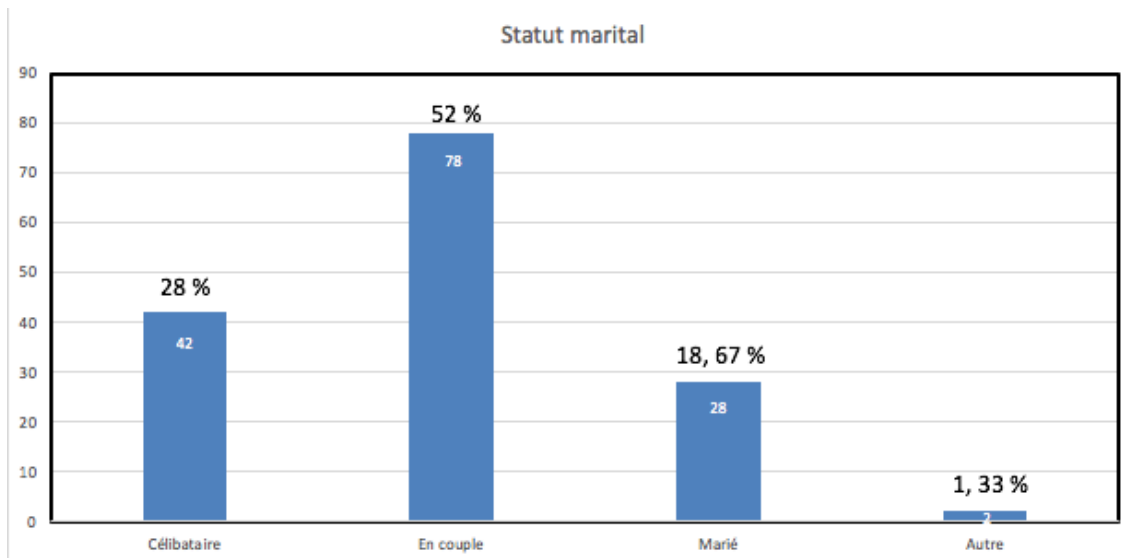


Figure I : statut marital

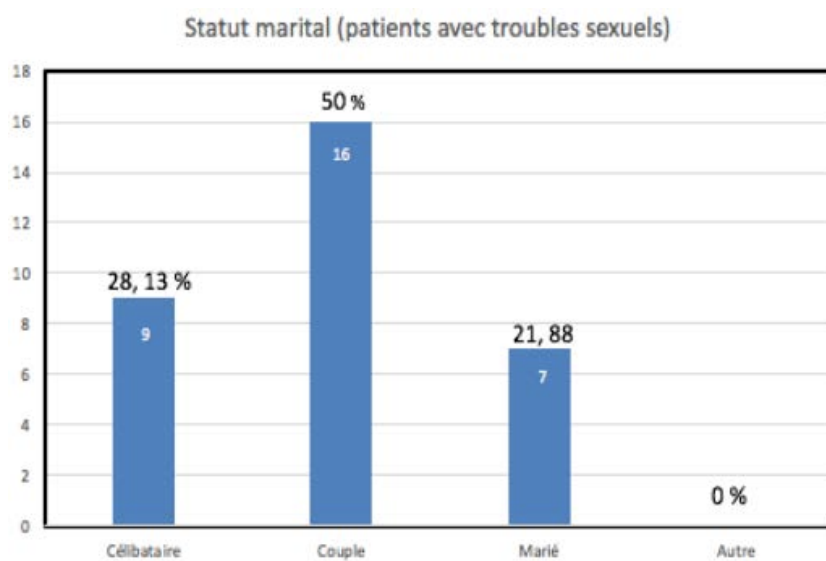


Figure Ia : statut marital chez les patients présentant des trouble sexuels

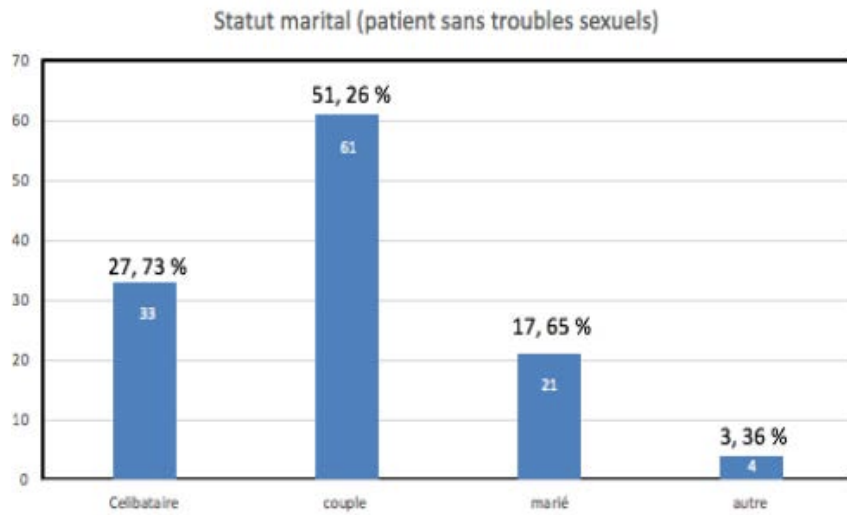


Figure Ib : statut marital chez les patients sans troubles sexuels

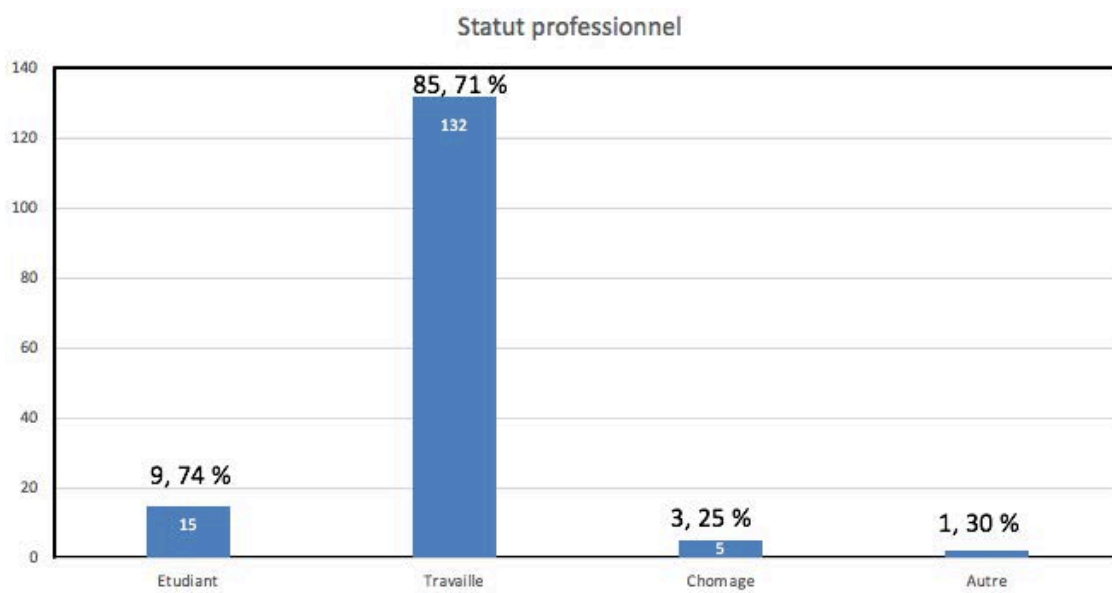


Figure II : statut professionnel

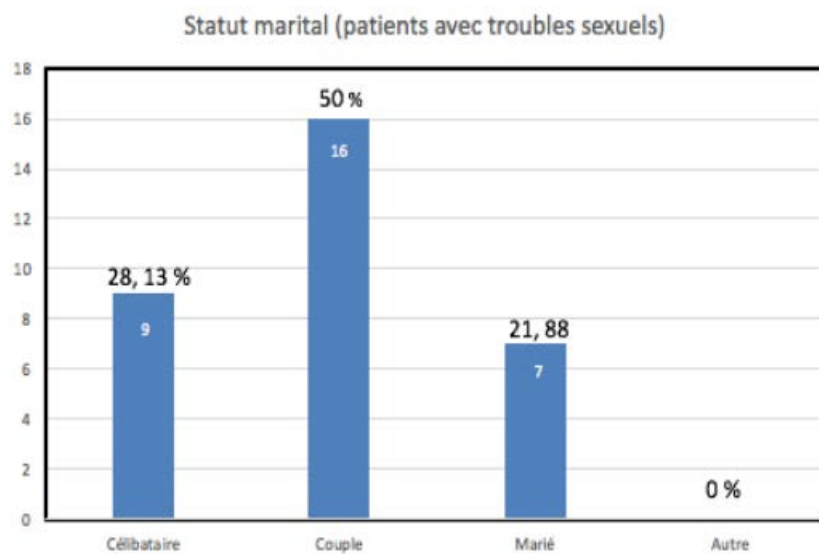


Figure IIa : statut marital des patients présentant des troubles sexuels

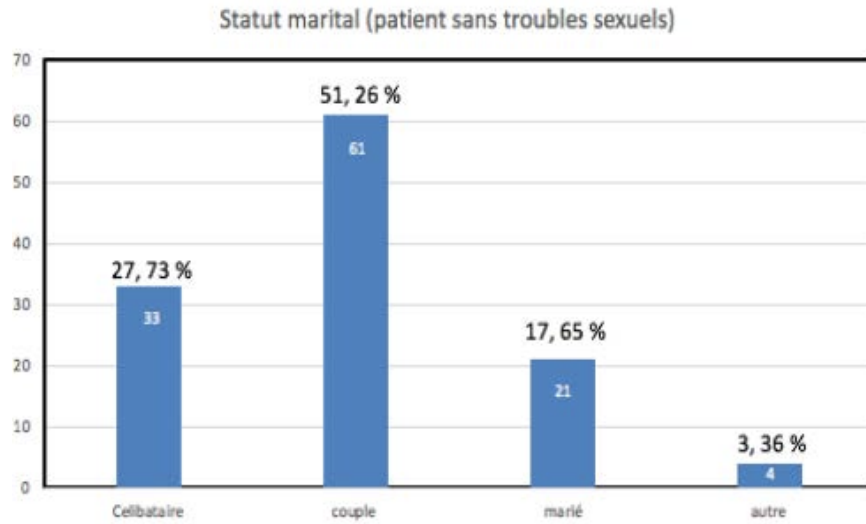


Figure IIb : statut professionnel des patients sans troubles sexuels

2. Des troubles sexuels bien présents

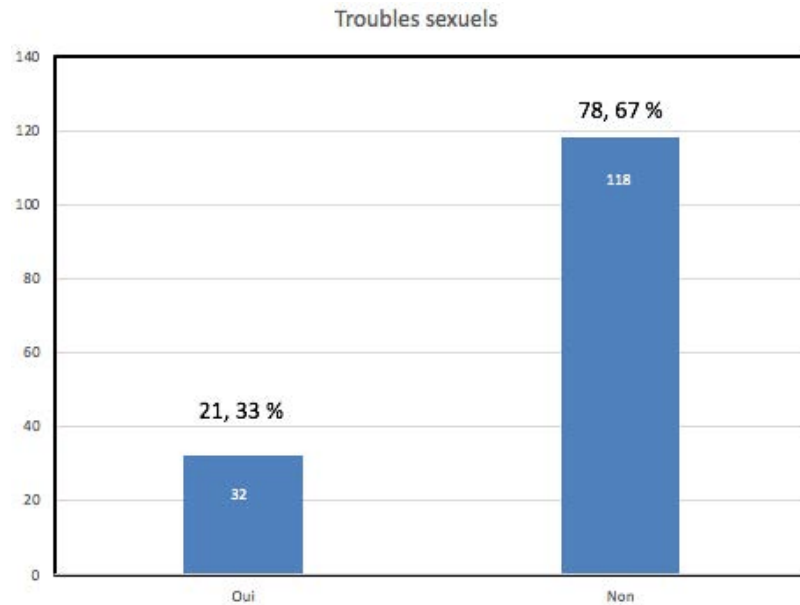


Figure III : présence de troubles sexuels

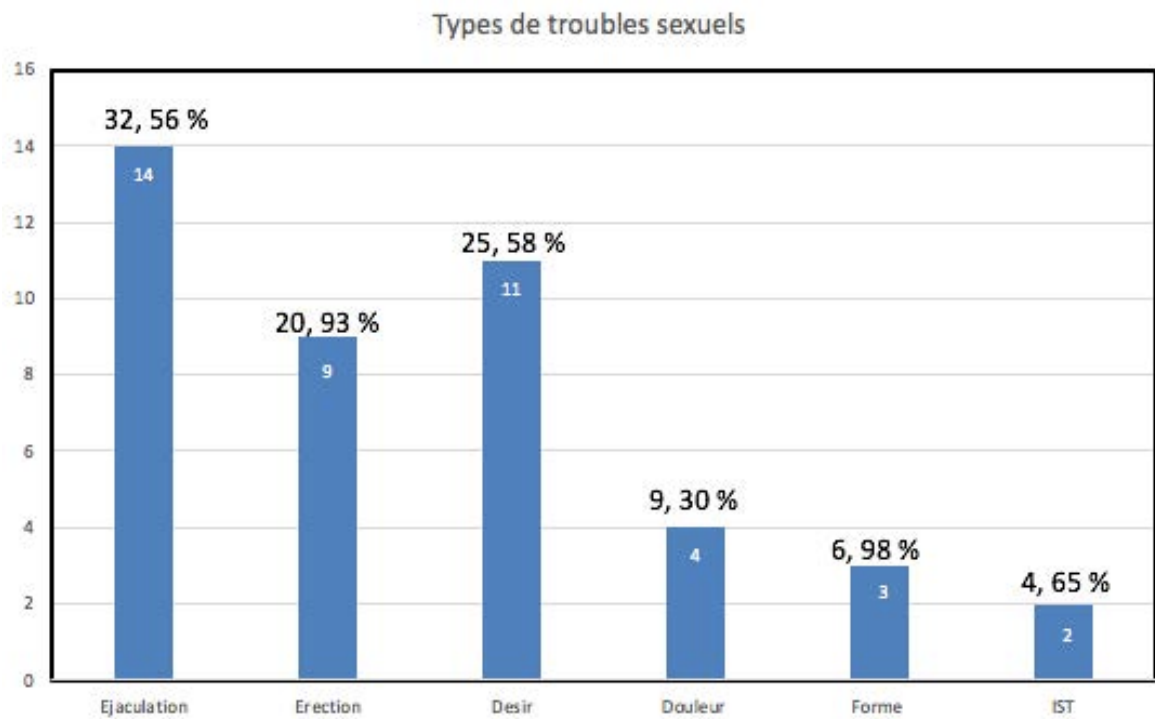


Figure IV : type de trouble sexuel (sur le total des patients souffrant de troubles sexuels)

3. Sources d'informations et connaissances des patients

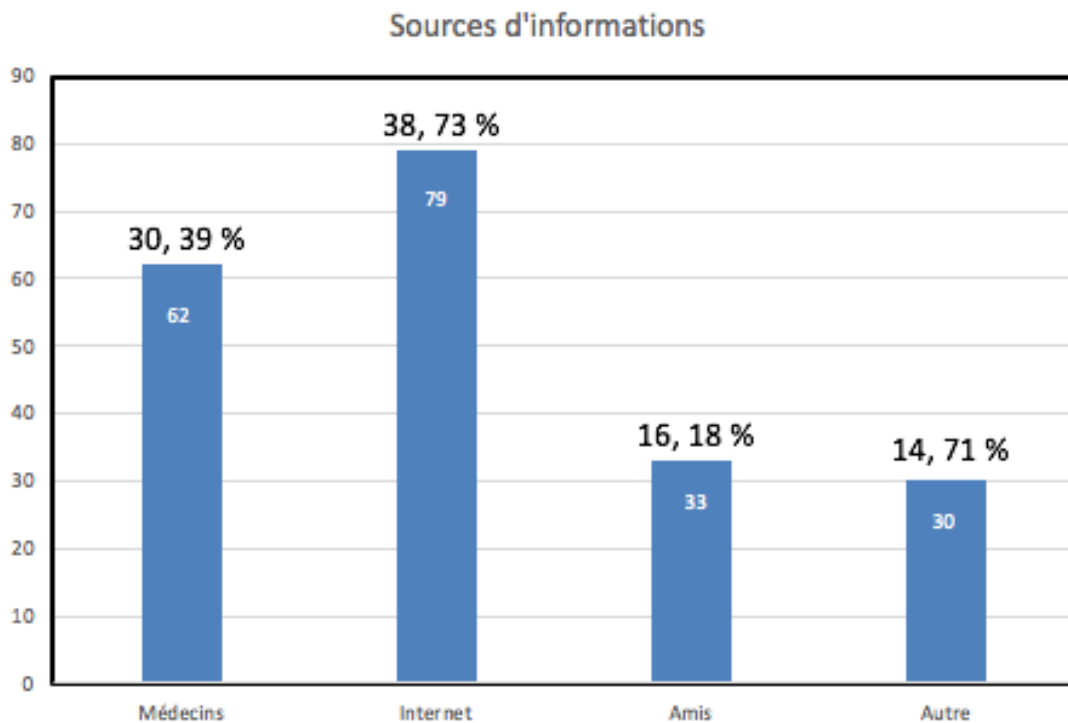


Figure V : sources d'informations du patient

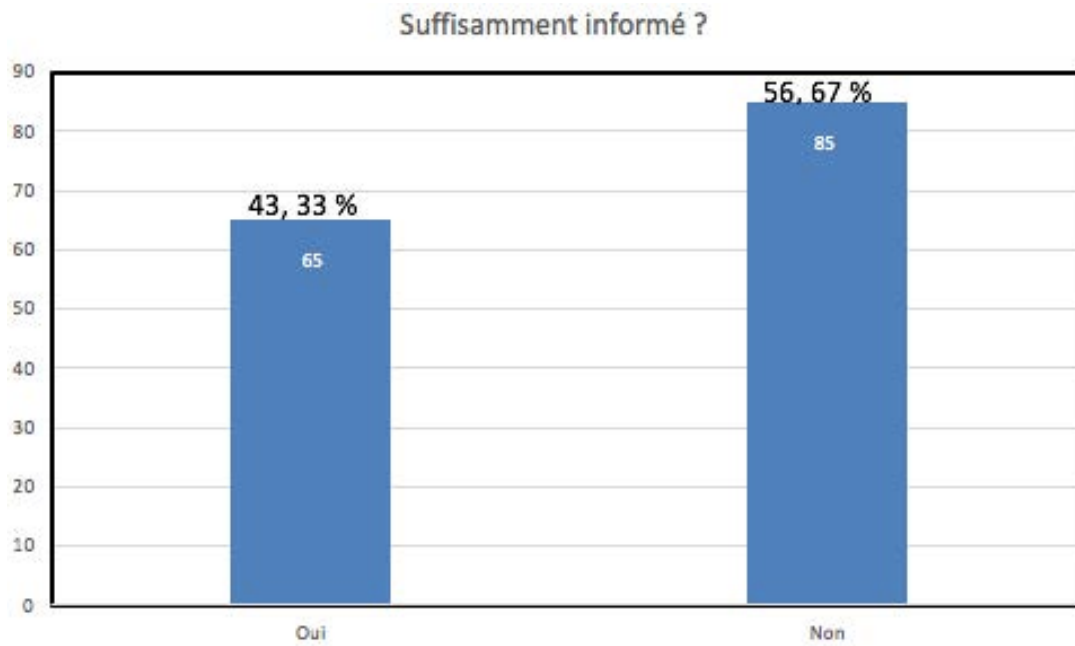


Figure VI : le patient se sent-il suffisamment informé ?

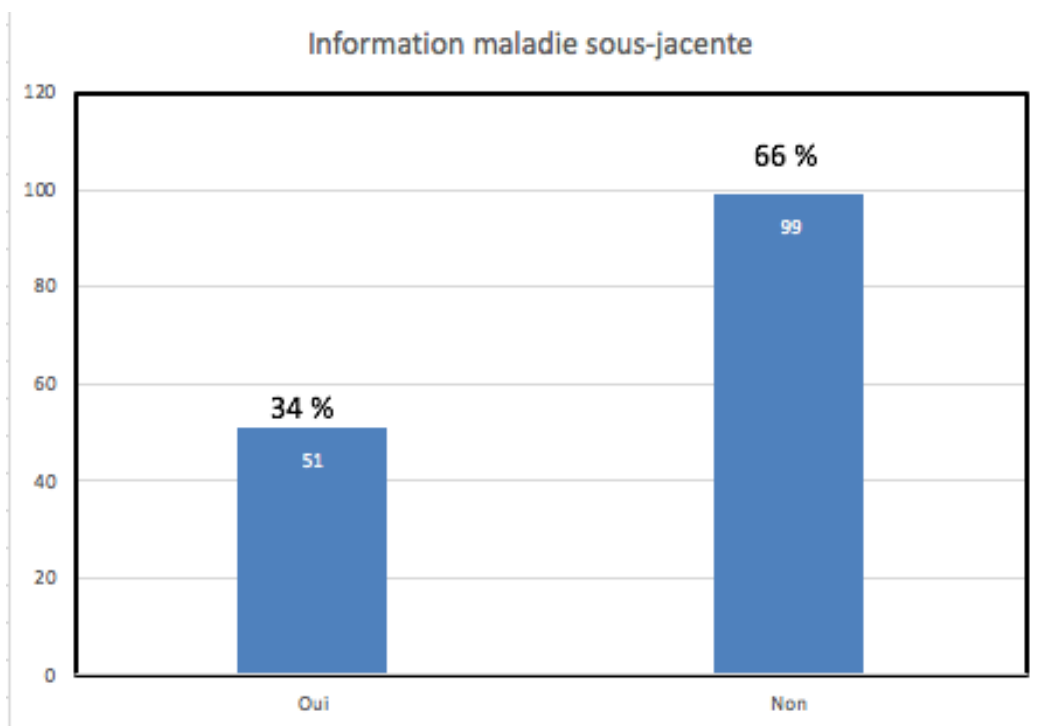


Figure VII : les patients savent-ils que certains troubles peuvent-être liés à une maladie sous-jacente ?

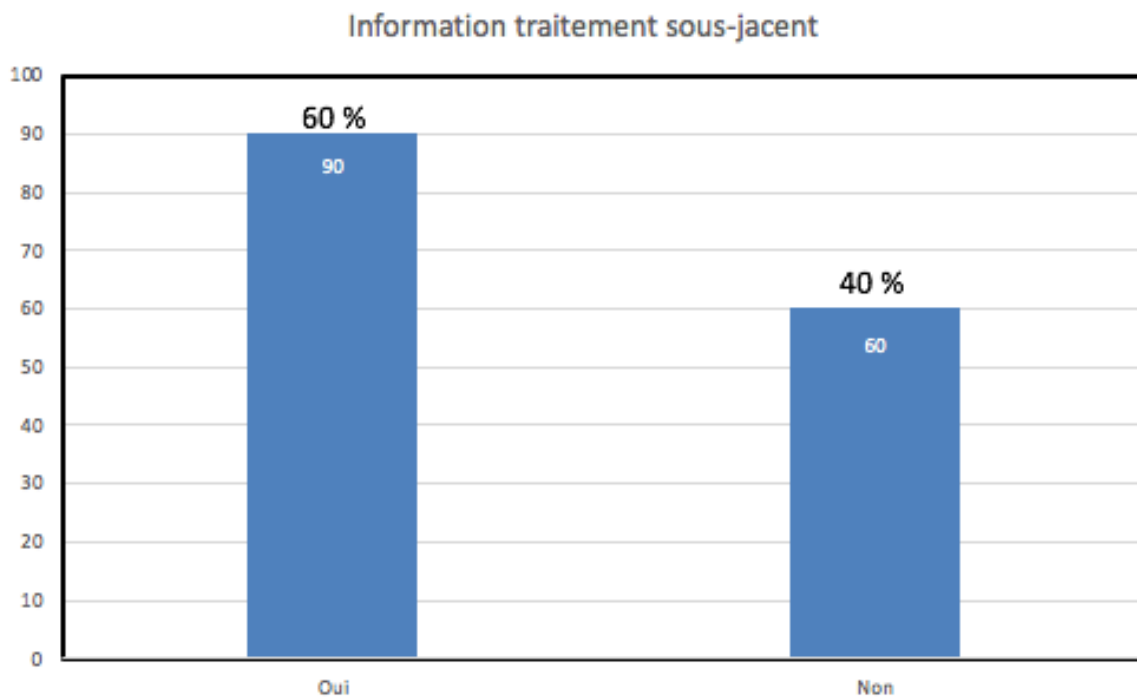


Figure VIII : les patients savent-ils que certains troubles peuvent-être liés à un traitement médical ?

4. Attentes des patients

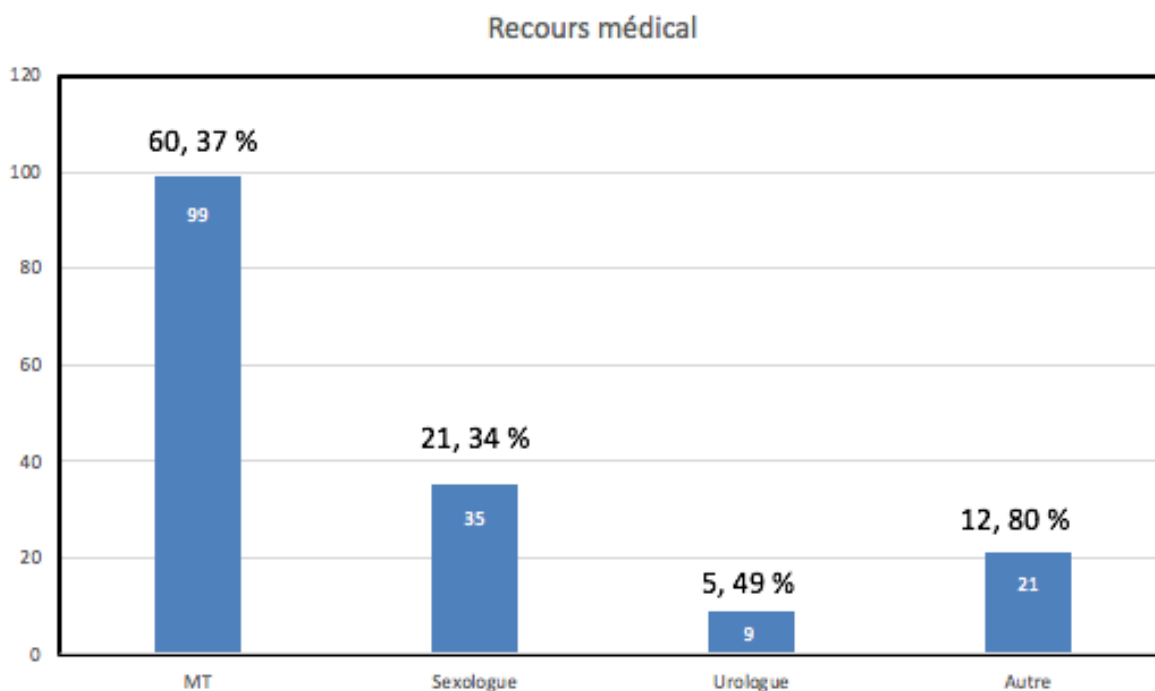


Figure IX : recours médical

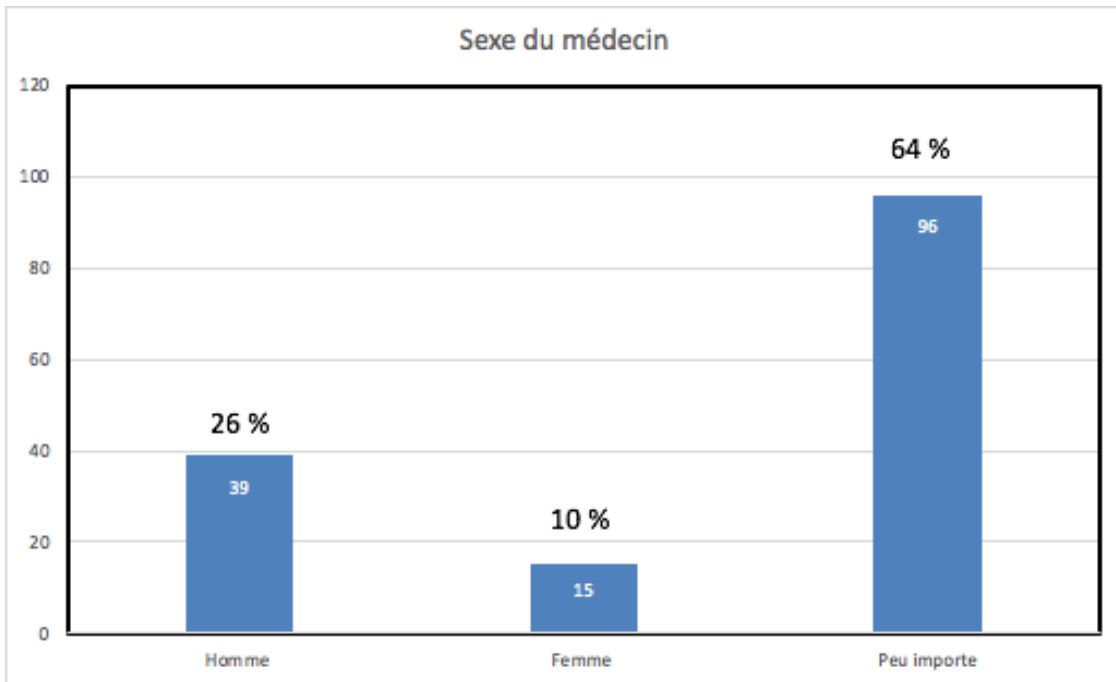


Figure X : sexe du médecin

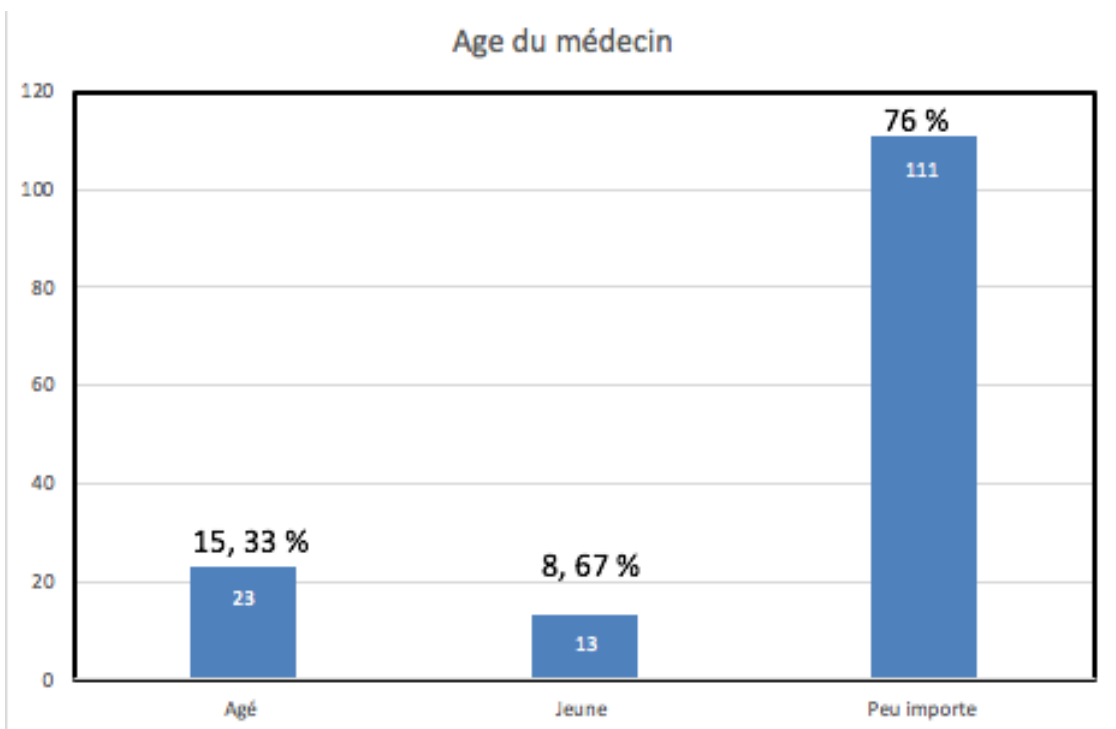


Figure XI : âge du médecin

Attentes envers le médecin

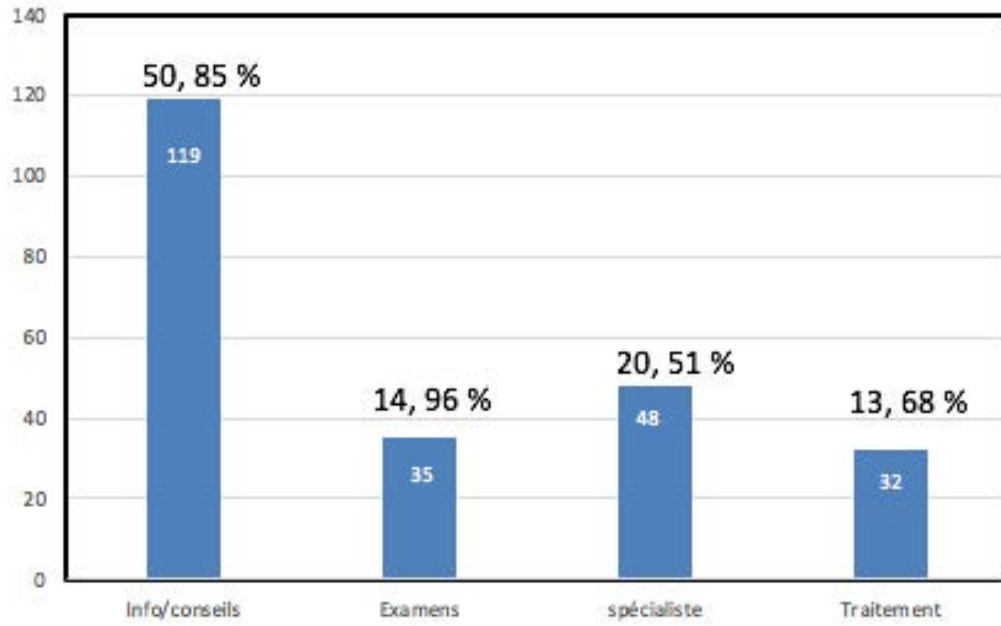


Figure XII : attentes envers le médecin

5. Freins des patients

Barrières à la parole

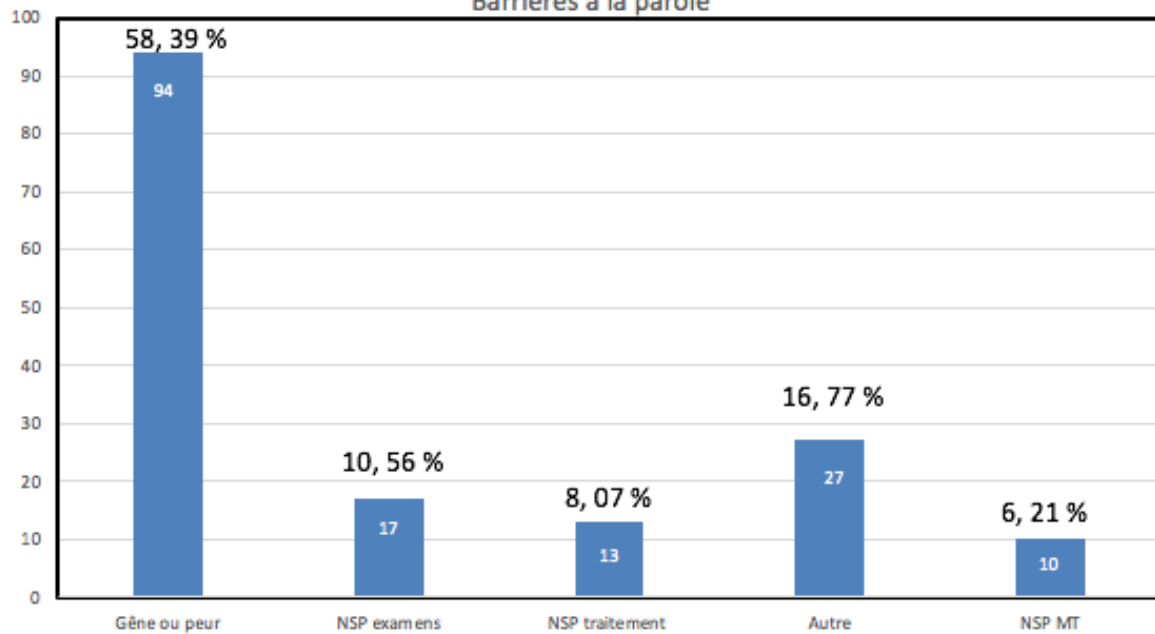


Figure XIII : barrières à la parole

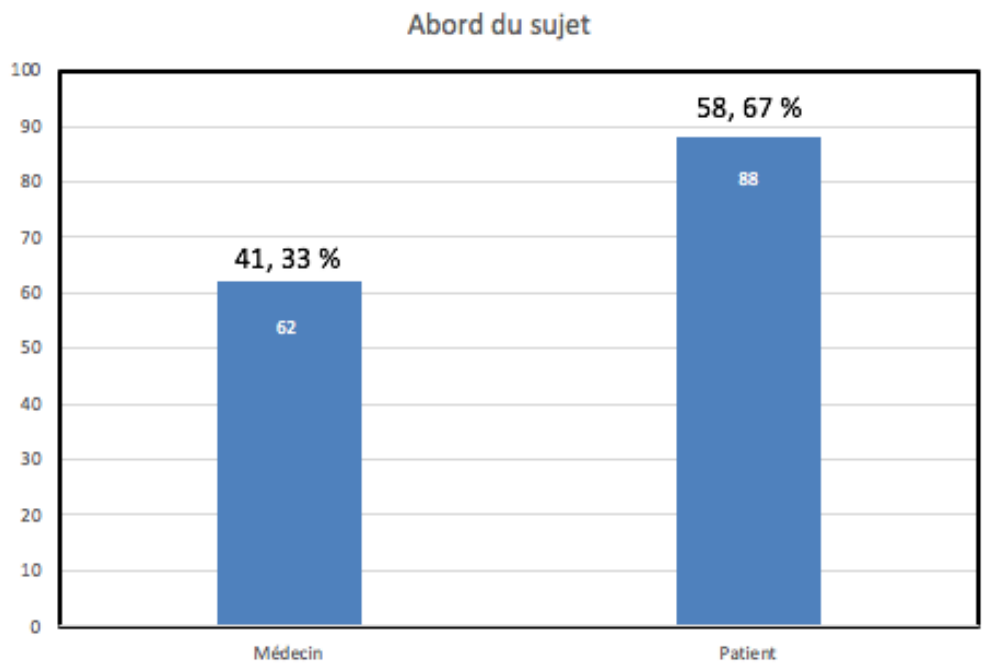


Figure XIV : qui doit aborder le sujet ?

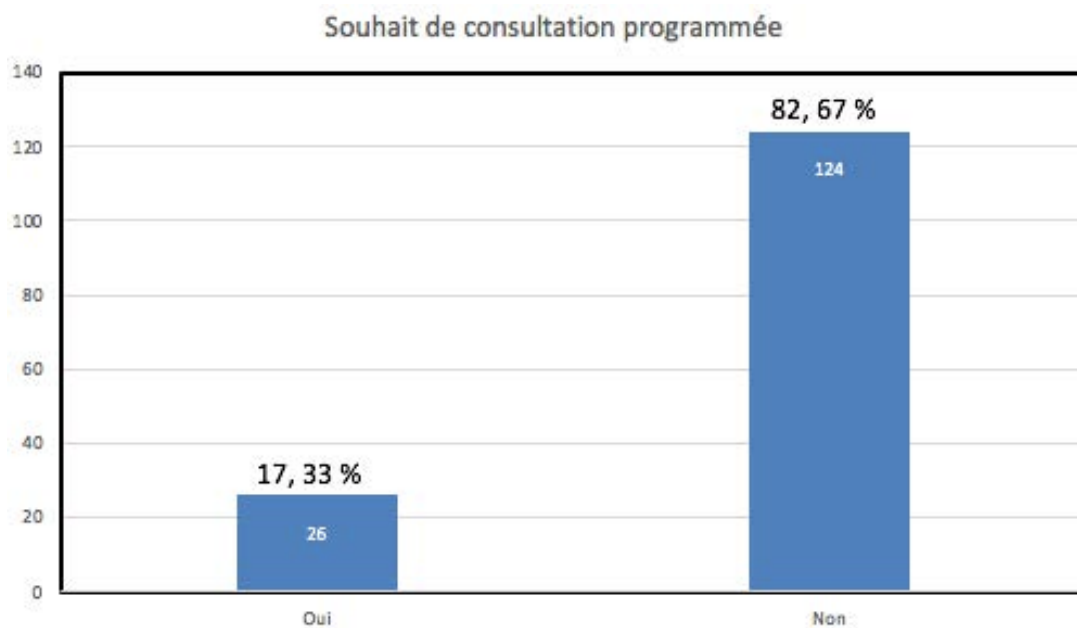


Figure XV : souhait de consultation programmée

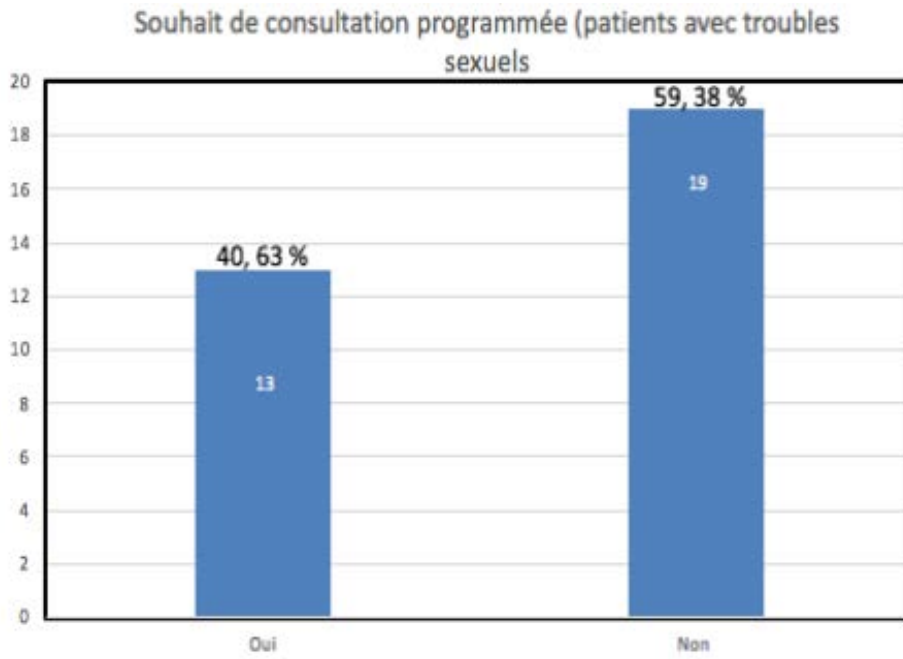


Figure XVa : souhait de consultation programmée chez les patients présentant des troubles sexuels

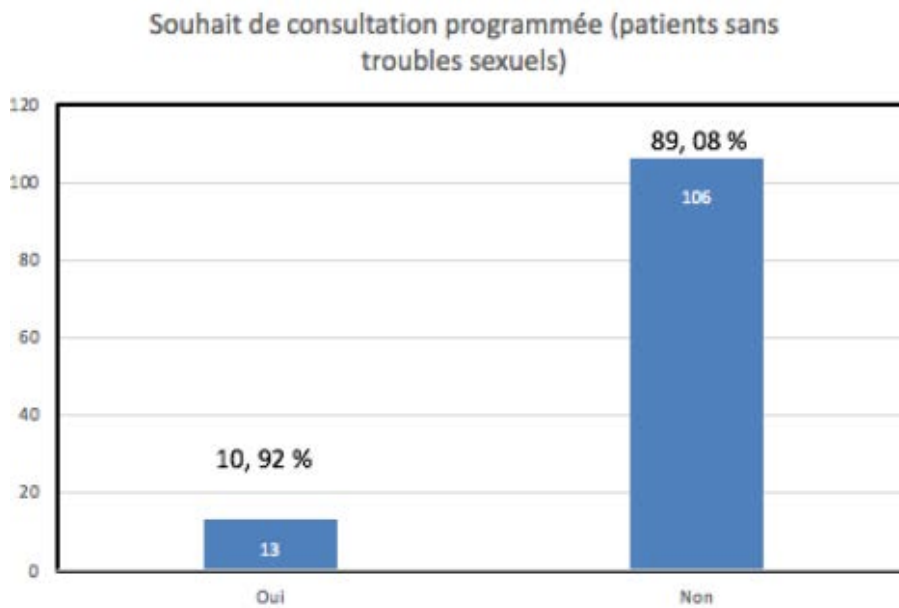


Figure XVb : souhait de consultation programmée chez les patients sans troubles sexuels

V. DISCUSSION

1- Analyse des résultats

Caractéristiques de la population

La majorité des patients de l'étude sont en couple et travaillent.

Chez les patients ayant des troubles sexuels :

- Sur le plan marital : 17 sont en couple, 8 sont célibataires, et 7 sont mariés.
- Sur le plan professionnel : 5 sont étudiants, 2 sont à la fois étudiants et travailleurs, un est au chômage et 24 travaillent.

Les patients ayant des troubles sexuels ont des caractéristiques sensiblement identiques à celles de la population de l'étude.

Des troubles sexuels bien présents

Il s'avère que 32 patients soit 21,3 % souffrent de troubles sexuels et ce chiffre monte à 28% si on comptabilise ceux qui souffrent de plusieurs troubles à la fois.

En effet, 11 patients déclarent souffrir de 2 à 3 troubles sexuels différents simultanément.

Les principaux troubles déclarés sont :

1 – Troubles de l'éjaculation (32,5 %)

2- Troubles de la libido (25,5 %)

3 – Troubles de l'érection (20,9 %)

Suivent à un moindre taux les douleurs lors des rapports et les IST

Sources d'informations et connaissances des patients

La principale source d'information déclarée par le patient est Internet (38,73 %).

L'information auprès du médecin se place en deuxième position à 30,39 %.

Viennent ensuite les amis et les autres sources d'informations.

La majorité des patients (soit 56,67 %) ne se sentent pas assez informés sur la sexualité et les troubles sexuels.

66% des patients ne savent pas que les troubles sexuels peuvent être liés à une maladie sous-jacente. Cependant, 60 % sont au courant que des traitements peuvent en être responsables

Attentes des patients

60,37 % des patients déclarent que leur premier recours en cas de trouble sexuel serait le médecin traitant.

Viennent ensuite, le sexologue, l'urologue et enfin les autres spécialistes.

Peu leur importe l'âge et le sexe du médecin (76 % et 64% déclarent respectivement que ça leur est égal).

Leurs attentes principales sont :

- Recevoir des conseils et des informations sur le sujet (50,85 %).
- Être orienté vers un spécialiste (20,51 %).
- Se voir prescrire des examens complémentaires (14,96 %) et/ou un traitement (13,68 %).

Freins des patients

Selon les patients ayant répondu à ce questionnaire, les principaux freins à la parole sont :

- Essentiellement la gêne et la peur d'être jugés (58,39 %).

- Puis, d'autres raisons non spécifiées (16,77 %).
- Et à un moindre taux, le fait de ne pas savoir que des examens peuvent être nécessaires (10,56 %), de ne pas savoir que des traitements existent (8,07 %) ou de ne pas savoir qu'il est possible d'en parler au médecin traitant (6,21 %).

La plupart des patients souhaitent aborder le sujet eux-mêmes (58,67 %) et ne souhaitent pas la mise en place d'une consultation programmée (82,67 %).

Cependant, pour ce qui est de la consultation programmée, bien que la majorité des patients présentant des troubles sexuels n'en souhaitent pas, les résultats sont plus mitigés. En effet, 40,63 % des patients sont pour (versus seulement 10,97 % chez les patients sans trouble sexuel).

2- Forces et limites

➤ Forces :

Ce travail est original car très peu d'études ont été réalisées en France sur le thème des troubles sexuels de l'homme jeune et nous avons donc actuellement peu d'informations sur le sujet.

D'autre part, la méthode de recueil anonyme des questionnaires permet d'obtenir des réponses fiables, le patient ne se sentant pas jugé par l'investigateur.

Enfin, le nombre de questionnaires récupérés (n = 150) permet d'obtenir des résultats représentatifs de la population générale.

➤ Limites :

L'extension de l'enquête à d'autres cabinets médicaux aurait permis d'augmenter encore plus le nombre de réponses et de diversifier la population étudiée.

Des choix de simplification du questionnaire ont dû être faits pour cibler les objectifs de la thèse ; on peut imaginer de nombreuses autres questions intéressantes sur ce sujet mais qui pourraient être le support d'autres sujets de recherche.

3. Dépister les troubles sexuels : un besoin légitime et justifié

3.1 Notions d'épidémiologie

A) Epidémiologie générale

De nombreuses études montrent que les troubles sexuels sont un problème sérieux et sous diagnostiqué chez l'homme mais elles ont été réalisées le plus souvent chez l'homme de plus de 50 ans.

Peu d'études ont été réalisées chez l'homme jeune et elles ont été réalisées principalement à l'étranger.

En termes de prévalence, les deux troubles sexuels les plus fréquents chez l'homme sont les troubles de l'érection et l'éjaculation précoce. (12)

Il semble qu'il y ait une prévalence plus élevée d'éjaculation prématurée chez l'homme jeune (de moins de 25 ans) tandis que la dysfonction érectile survient plutôt avec l'âge. (12)(13)

Une étude suisse réalisée via un questionnaire chez les hommes de 18 à 25 ans (2507 réponses) a montré que (13) :

- **La prévalence de l'éjaculation prématurée était de 11.4 %** et en lien direct avec :

La consommation de tabac et de drogues

L'activité physique, l'activité professionnelle et l'état mental

- **La prévalence de la dysfonction érectile était de 29.9 %** et en lien direct avec :
La prise de médicaments
L'expérience sexuelle, l'état mental et l'activité physique

C'est la première étude qui estime la prévalence des troubles sexuels chez les hommes jeunes en Suisse. Elle montre **qu'un homme jeune sur 3** souffre de l'un des deux plus fréquents troubles sexuels ce qui est largement plus qu'attendu. Cela correspond à ce qui a été trouvé aux États Unis et dans certains pays européens. (13)

De plus, il faut considérer les troubles mentaux, l'inactivité physique ou l'usage de substances comme des drapeaux rouges qui doivent encourager le médecin à parler de sexualité avec ses jeunes patients. (13)

Les hommes jeunes disent avoir recours à de l'automédication pour améliorer leurs performances sexuelles ce qui souligne le manque de communication entre patient et médecin : si l'on n'en parle pas, ils cherchent des solutions par eux-mêmes qui ne sont pas toujours les plus recommandées. (14)

Ceci corrobore les résultats du questionnaire avec au total un patient sur cinq souffrant de troubles sexuels, l'éjaculation prématurée et la dysfonction érectile faisant partie des trois plaintes principales. Cependant, les deux plaintes majeures des patients qui ont répondu au questionnaire sont les troubles de l'éjaculation et les troubles du désir, les troubles de l'érection se plaçant en troisième position.

B) Dysfonction érectile

En ce qui concerne la dysfonction érectile, qui est le trouble sexuel le plus documenté :

- Une étude réalisée à Florence (Italie) en 2013 a montré que le pourcentage d'hommes jeunes de moins de 40 ans consultant pour une dysfonction érectile a augmenté de 5 % de 2010 à plus de 15 % en 2015. (14)
- Une autre étude réalisée en 2013 et basée sur les données de 439 patients via un questionnaire sur la fonction érectile (IIEF) a constaté que (15) :

Un patient sur quatre cherchant une première aide médicale pour une nouvelle dysfonction érectile était âgé de moins de 40 ans. Près de la moitié des jeunes hommes souffraient de dysfonction érectile sévère, avec des taux comparables chez les patients plus âgés. (15)

- Une étude multicentrique concernant 27839 hommes âgés de 20 à 75 ans de 8 pays différents (EU, royaume uni, Allemagne, France, Italie, Espagne, Mexique, Brésil) a montré que la prévalence globale de la dysfonction érectile était de 16%. La prévalence de la dysfonction érectile variait considérablement d'un pays à l'autre, allant d'un maximum de 22% des hommes aux États-Unis à un minimum de 10% en Espagne (16)

La prévalence était de 8% chez les 20-29 ans et de 11% chez les 30-39 ans (16)

- Au Brésil, l'évaluation de la dysfonction érectile chez les hommes de 18 à 40 ans via un questionnaire anonyme (1947 hommes) montre (16) une prévalence de la dysfonction érectile de 35 % soit **un homme sur trois (17)**

Moins de 10% des hommes avec une dysfonction érectile ont reçu un traitement médical pour ce problème (17)

- En Australie, l'étude sur la dysfonction érectile a porté sur un échantillon comprenant 12 636 hommes adultes qui avaient déjà été sexuellement actifs.

Bien que plus fréquente chez les hommes âgés de 45 à 55 ans, **près de la moitié des hommes âgés de 18 à 24 ans (48%) ont également signalé au moins un trouble sexuel indiquant que les troubles sexuels affectent les hommes de tous âges. (18)**

Les difficultés sexuelles sont courantes chez les hommes de tous âges et de plus en plus fréquentes à mesure que les hommes grandissent. Ils sont fortement associés aux facteurs de santé et de style de vie. (19)

- Enfin, une étude récente française réalisée auprès d'un échantillon de 1957 hommes âgés de 18 ans et plus montre que 6 hommes sur 10 ont déjà eu un problème d'érection (20). Ce problème est survenu au cours des 12 derniers mois pour 38% d'entre eux.

La tranche d'âge rapportant le moins de problèmes d'érections est celle des 40 à 49 ans et 33% des moins de 35 ans sont victimes de troubles de l'érection ou du désir (20).

Cette étude met en lumière que les troubles de l'érection sont de plus en plus fréquents en France, y compris chez les jeunes et seulement 25% des hommes qui en souffrent consultent.

- L'analyse du questionnaire de cette étude montre que :

Sur l'échantillon des patients souffrant de troubles sexuels, 20,9 % se plaignent de troubles de l'érection (3^e plainte la plus fréquente) ; la dysfonction érectile apparaît donc comme une plainte de plus en plus fréquente chez les patients de 20 à 40 ans.

Bien que peu étudiée et largement ignorée par la communauté scientifique, elle serait en fait une affection assez courante.

C) Troubles du désir

Selon la Global sexual attitudes and behaviour study, qui a étudié un échantillon de 13 618 hommes de 29 pays différents, 12,5 à 28% des hommes souffriraient d'une baisse du désir sexuel de manière occasionnelle, périodique ou fréquente et 1,3 à 3,9% des hommes de manière fréquente. (30)

Ici, parmi les patients souffrant de troubles sexuels, 25,58 % s'en plaignent (2^e plainte la plus fréquente).

Alors que les recherches se concentrent sur ce qui apparaît comme les deux plaintes majoritaires (soit éjaculation précoce et dysfonction érectile) il semblerait que les troubles du désir soient plus fréquents qu'il n'y paraît.

Dans l'imaginaire collectif l'affaiblissement du désir ne concerne pas l'homme mais est plutôt considéré comme un problème de femme.

Il apparaît que l'étude des troubles du désir au masculin devrait avoir une place non négligeable à côté des autres troubles mieux connus.

D) Ejaculation précoce

En ce qui concerne l'éjaculation précoce,

- Une enquête exhaustive réalisée sur Internet (PEPA) a été menée auprès d'hommes âgés de 18 à 70 ans aux États-Unis, en Allemagne et en Italie (n = 12 133) (28) :

La prévalence de l'éjaculation précoce était de 22,7% (24,0% aux États-Unis, 20,3% en Allemagne et 20,0% en Italie) et ne variait pas de manière significative avec l'âge chez les hommes de plus de 24 ans.

Les hommes avec un trouble d'éjaculation précoce étaient plus susceptibles de déclarer eux-mêmes d'autres dysfonctions sexuelles (anorgasmie, faible libido, dysfonction érectile, par exemple) et des troubles psychologiques (par exemple, dépression, anxiété, stress excessif).

Seulement 9,0% des hommes atteints ont déclaré avoir consulté un médecin pour cette maladie (24).

- Une autre étude réalisée chez les hommes turcs entre 24 et 30 ans en bonne santé physique et mentale montre que la prévalence de l'éjaculation prématurée est de 9,2 %. (21)

L'éjaculation prématurée est un problème sexuel très répandu, avec d'importantes comorbidités sexuelles et psychologiques.

La plupart des hommes atteints d'éjaculation prématurée ne demandent pas l'aide de leur médecin et la plupart de ceux qui le font ne sont pas satisfaits des résultats. (28)

Les études vont dans le sens des résultats du questionnaire avec 32.56% de patients se plaignant de troubles de l'éjaculation parmi ceux souffrant de troubles sexuels (première plainte).

E) Maladie de La Peyronie (29)

La maladie de La Peyronie est le plus souvent observée au cours de la cinquième décennie de la vie mais une large fourchette d'âge est rapportée (20-83 ans).

Au cours d'une période de six ans, les hommes atteints de la maladie de La Peyronie présentant moins de 40 ans ont été examinés rétrospectivement et suivis. (29)

La prévalence des patients de moins de 40 ans présentant la maladie était de 8,2%.

Ici, dans l'échantillon des patients souffrant de troubles sexuels, 7% des patients évoquent une plainte en rapport avec une anomalie de forme ou de taille pouvant y être liée.

3.2 Des troubles sexuels sous évalués

Toutes les études citées arrivent à la conclusion que les dysfonctions sexuelles existent et sont plus fréquentes qu'on ne le pense chez l'homme jeune. Elles concerneraient en moyenne un homme sur trois.

Il apparaît ici après analyse du questionnaire qu'un **patient sur cinq au moins** déclare une dysfonction sexuelle ce qui confirme le fait que ces troubles sont sous évalués.

Les plaintes principales des patients de l'échantillon sont les troubles de l'éjaculation, les troubles de la libido et les troubles de l'érection.

Si les troubles de l'éjaculation sont bien connus pour être plus fréquents chez le sujet jeune, les troubles de la libido ont été très peu étudiés et sont habituellement plus déclarés chez les femmes.

Les troubles de l'érection quant à eux sont habituellement connus et détectés chez le sujet plus âgé.

Ceci est en adéquation avec les données épidémiologiques obtenues dans le reste du monde soit en moyenne entre 20 et 30 % de sujets souffrant de troubles sexuels avec une augmentation du nombre de sujets jeunes souffrant de dysfonction érectile.

4. Un véritable enjeu de santé publique

Les troubles sexuels et particulièrement la dysfonction érectile chez les hommes de moins de 40 ans étaient autrefois considérés comme entièrement psychogènes. (24)

Bien que la dysfonction érectile psychogène soit plus répandue dans la population plus jeune, au moins 15 à 20% de ces hommes ont une étiologie organique. (24)

Les plaintes de dysfonctionnement érectile chez les jeunes hommes sont souvent sous-estimées et attribuées à des états psychologiques transitoires et spontanément résolutifs, tels que l'anxiété de performance.

Chez les hommes plus jeunes, il est probable que la dysfonction érectile soit négligée et congédiée sans évaluation médicale, même la plus élémentaire, comme la collecte des antécédents médicaux et l'examen physique. Cela est dû à l'hypothèse répandue selon laquelle la dysfonction érectile chez les personnes plus jeunes est une affection spontanément résolutive, qui ne mérite aucune évaluation clinique ni traitement, et ne peut être prise en charge que si le patient est rassuré. (23)(24)

Les principales étiologies organiques pouvant être en cause peuvent être subdivisées en maladies vasculaire, neurologique et endocrinienne. (23)(24)(25)

Il a été prouvé chez les sujets plus jeunes que des conditions organiques, psychologiques et relationnelles peuvent contribuer à la pathogenèse de la dysfonction érectile et que toutes ces conditions pourraient être évaluées et traitées, si nécessaire.

Un examen médical est donc nécessaire pour cette catégorie de patient (au même titre que pour tous les autres). (24)(25)

A titre d'exemple, une étude s'est penchée sur la possible pathogenèse sous-jacente de la dysfonction érectile (DE) chez les hommes jeunes à faible risque de maladie coronarienne et sans étiologie connue. (26)

Pour mener cette étude, 122 patients atteints de dysfonction érectile âgés de moins de 40 ans ont été recrutés, ainsi que 33 sujets témoins normaux du même âge.

Les patients atteints de dysfonction érectile présentaient des taux significativement plus élevés de pression artérielle systolique, de cholestérol total et de triglycérides par rapport au groupe de contrôle, bien que toutes ces valeurs se situent dans la plage normale respective. (26)(27)

Parmi les conditions organiques contribuant à l'apparition de la dysfonction érectile, les facteurs de risque métaboliques et cardiovasculaires revêtent donc une pertinence surprenante dans ce groupe d'âge. L'évaluation d'une composante organique possible de la dysfonction érectile, même chez les personnes plus jeunes, revêt une importance capitale car elle offre l'opportunité unique de découvrir la présence de facteurs de risque cardiovasculaires, permettant ainsi des interventions préventives efficaces et de haute qualité. (25)(26)(27)

Le risque métabolique et cardiovasculaire ne doit donc pas être sous-estimé chez les hommes plus jeunes, même s'ils sont apparemment en bonne santé.

En fait, c'est en particulier chez ces hommes que la reconnaissance de la présence de facteurs de risque peut contribuer à changer le mode de vie, modifiant ainsi véritablement l'évolution naturelle des maladies métaboliques et des maladies cardiovasculaires. (22)

Chez les hommes âgés, les dommages sont souvent déjà constatés et l'identification de facteurs de risque supplémentaires n'ajoute généralement aucune information à l'estimation du risque cardio-vasculaire. (26)(27)

5. Un manque d'informations

La majorité des patients interrogés ne se considèrent pas assez informés sur le sujet des troubles sexuels.

La plupart des patients déclarent trouver les informations sur Internet or il existe de nombreux sites de vulgarisation et autres qui contiennent des informations erronées pouvant même être délétères.

La plupart ne savent pas qu'il peut y avoir des causes organiques sous-jacentes et donc la nécessité de consulter un médecin.

Ils semblent par contre plus au fait que certains médicaments et substances peuvent en être responsables.

Ils peuvent ceci dit se procurer via le net des substances pas toujours fiables afin d'améliorer leurs performances sexuelles ou consommer des produits dont ils ne connaissant pas tous les effets.

Une étude réalisée en 2015 a montré une méconnaissance des thérapeutiques existantes dans le domaine de la santé sexuelle avec parfois une sensation de résignation, d'attendre que cela passe (32).

Ceci montre le rôle crucial que peut avoir le médecin généraliste en termes d'éducation, de prévention et de correction de représentations erronées.

Si le patient est mieux informé, connaît mieux son corps et les potentiels risques ainsi que les solutions existantes, il consultera plus facilement et sera plus responsabilisé.

6. Le médecin généraliste : personnage clé du dépistage

Sur notre échantillon de patients, la plupart déclarent que le médecin traitant est la première personne vers qui ils se tourneraient s'ils présentaient un trouble sexuel.

De plus, peu leur importe le sexe et l'âge de celui-ci.

Enfin leur attente principale est de recevoir des conseils et/ou des informations, ce que tout médecin, peu importe son degré de formation est capable de faire.

Le médecin généraliste est donc le référent à agir sur ce terrain : il est le premier recours et le personnage central en matière de dépistage et de prévention.

En matière de gêne et d'abord du sujet, le médecin généraliste est là aussi la personne la plus à même de discuter de troubles sexuels avec son patient du fait de la relation de confiance privilégiée qui existe avec celui-ci.

Le médecin connaît le patient dans sa globalité ; son contexte de vie, sa famille, son travail et est amené à revoir le patient à maintes reprises. Il peut donc prendre le temps de mettre en confiance le patient et utiliser des éléments de la vie quotidienne pour pouvoir aborder le sujet.

Sur le plan de la confidentialité, il est une oreille attentive et neutre sous couvert du secret médical.

Le suivi du patient au long cours permet aussi de l'habituer à discuter du sujet et de l'éduquer le plus tôt possible afin que l'abord des troubles sexuels finisse par faire partie intégrante de l'interrogatoire et de l'examen sans que cela paraisse anormal ou tabou.

Le médecin généraliste a un rôle de prise en charge globale et continue du patient et la santé sexuelle en fait partie.

7. Un sujet encore tabou

Il apparaît une contradiction entre les hommes qui déclarent souffrir de troubles sexuels et ne pas être assez informés mais qui pourtant ne souhaitent pas que le médecin initie la conversation sur le sujet et ne souhaitent pas la mise en place d'une consultation programmée (même si les résultats sont plus mitigés chez les patients ayant des troubles sexuels avec 40, 63 % des patients en faveur de la mise en place d'une consultation programmée (versus seulement 10, 97 % chez les patients sans trouble sexuel).

D'autres études montrent cette ambivalence avec des patients qui jugent ne pas recevoir assez d'aide mais qui pourtant ne consultent pas.

Par exemple, l'étude IFOP montre que à peine un quart des hommes (26%) présentant une dysfonction érectile a déjà consulté un professionnel de santé à ce sujet (20).

A la question quelle(s) raison(s) vous empêchent d'en parler à votre médecin traitant, la gêne ou la peur d'être jugée est la réponse qui revient majoritairement.

Suivent le fait de ne pas savoir que parfois des examens complémentaires peuvent être nécessaires et que des traitements existent et de ne pas savoir qu'ils peuvent en parler au médecin traitant. Les autres raisons invoquées n'ont pas été détaillées.

Une étude Australienne révèle la même chose (31) : les freins des patients étant les opinions auto-imposées sur la masculinité, la vie privée et la gêne ; s'y ajoutent une connaissance insuffisante des maladies et du fait de ne pas savoir quand ni où se faire soigner.

L'article 'Pourquoi les patients qui ont des difficultés sexuelles ne consultent-ils pas plus souvent ?' écrit par A. Lemaire, publié dans 'Sexologies' a divisé les patients en 3 catégories (32) :

Tout d'abord, les 'résignés', ils ne veulent pas de traitement, ils sont minoritaires, cela peut être compliqué d'intervenir sur cette catégorie.

Ensuite, les 'ignorants', ils ne connaissent pas l'existence des thérapeutiques et ne voient pas ce que le médecin peut leur apporter, ils ne considèrent pas avoir de problème, cela correspond pour eux à l'évolution 'normale' de la sexualité ; le médecin généraliste peut intervenir en délivrant une information.

Enfin les 'hésitants', catégorie majoritaire, attendent que cela empire avant de consulter car pour l'instant ils ne jugent pas leurs symptômes assez 'graves' pour mériter une consultation ; le médecin généraliste a alors un rôle de réassurance.

Une étude américaine (6) a montré que l'excès de morbidité et la mortalité prématurée chez les hommes américains résultent en partie du manque de participation des hommes aux comportements préventifs en matière de santé.

De manière générale, les hommes consultent moins souvent que les femmes et sont moins enclins à rapporter leurs problèmes ; ceci se révèle encore plus vrai dans le domaine de la sexualité

Contrairement à celles-ci, qui ont régulièrement recours au système de santé pour des examens de procréation périodiques, les hommes âgés de 15 à 50 ans ont rarement recours aux services de soins préventifs.

Le suivi gynécologique standardisé est une porte d'entrée utile pour le médecin pour aborder le sujet avec les femmes. (34)

Des examens de santé périodiques similaires seraient bien utiles chez les hommes afin qu'ils ne se privent plus de conseils de prévention et de dépistage pouvant leur être proposés.

Le trouble sexuel reste un profond tabou dans la gent masculine notamment dans leur rapport avec les professionnels de santé : les hommes sont toujours aussi peu nombreux à passer le seuil d'un cabinet médical pour tenter une prise en charge du problème. La lutte contre les troubles sexuels nécessite de s'attaquer à certains freins d'ordre culturel au premier rang desquels les injonctions à la virilité.

8. Comment améliorer le dépistage de ces troubles en médecine générale

8.1 Agir sur les freins des patients

- Manque de sensibilisation sur les recours possibles

L'absence de consensus des professionnels sur les normes de soins est un obstacle important à l'accès des hommes aux soins de santé sexuelle.

Ni les hommes eux-mêmes ni les médecins ne reçoivent de messages clairs sur les types de services que les hommes devraient recevoir ou sur la fréquence à laquelle ils devraient les recevoir (5).

Dans cette étude, la plupart des hommes déclarent que le médecin traitant serait leur premier recours en cas de problème sexuel ce qui est déjà une avancée.

Si le patient sait que les troubles sexuels doivent être considérés comme un véritable problème de santé et que le médecin traitant est un interlocuteur formé et apte à en parler, il pourra le consulter afin d'être conseillé et orienté vers un spécialiste si besoin.

Le dépistage et la prise en charge rapide des troubles sexuels est importante et doit faire partie intégrante du parcours de santé (quel que soit le sexe et à tout âge).

Commencer le plus tôt possible peut permettre d'éviter des complications à un âge plus avancé et de débloquer les tabous en montrant au patient que ce sujet peut et doit être abordé librement avec son médecin.

- Manque d'information sur les causes possibles et les traitements existants

Ceci souligne l'importance de la prévention et du dépistage chez tous les hommes quel que soit leur âge. Ils doivent être éduqués sur le fait que les troubles sexuels ne sont pas toujours d'origine psychogène et qu'il peut y avoir des causes médicales à rechercher.

Que les IST peuvent être asymptomatiques et doivent être dépistées. Qu'une douleur lors des rapports peut être liée à une pathologie génito scrotale à traiter.

Et que la sexualité fait partie intégrante de la santé et ne doit pas être considérée comme une problématique mineure comparé aux autres problèmes de santé

Non diagnostiqués et non traités, les troubles sexuels peuvent avoir un impact majeur sur la qualité de vie (erreur de comportement, présence d'une maladie sous-jacente, traitement inadapté, troubles psychologiques, troubles relationnels et autres)

- Age et sexe du médecin : les patients entre 20 et 40 ans ne semblent pas gênés par l'âge et le sexe du patient pour aborder le sujet de la sexualité. Tout médecin quel qu'il soit peut et se doit de se soucier de la santé sexuelle de son patient.

- Gêne et peur d'être jugé : la majorité des hommes déclarent être gênés pour aborder le sujet avec leur médecin. C'est une véritable impasse car ceux-ci ne veulent pas que le médecin aborde le sujet mais initient d'eux même rarement la discussion. On se retrouve dans une posture d'évitement qui empêche la prise en charge optimale du patient. Certaines études ont par contre montré au contraire que

les hommes souhaitaient que leur médecin les interroge davantage sur leur sexualité car ils n'osaient pas franchir le pas (34)(39)(41). Il est primordial de trouver le moyen de libérer la parole pour intégrer la santé sexuelle dans le parcours de soins du patient.

8.2 Agir sur les freins des médecins

La santé sexuelle implique une prise en charge globale du patient. Si on se réfère à la définition européenne de la médecine générale de la WONCA, la médecine générale (35) :

- 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.
- Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires.
- Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin patient basée sur une communication appropriée.
- Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.

Rares sont les médecins qui adoptent une approche holistique autour de la sexualité.

Plusieurs études ont été réalisées sur les freins des médecins à l'abord de la sexualité en général.

Elles mettent toutes en évidence (33)(36)(37) (40) :

- *Un manque de formation* : formation initiale réduite et non consensuelle et besoin d'entraînement et de formation continue.
- *Peu de recherche et de recommandations* dans le domaine et spécifiquement en matière de santé sexuelle des hommes jeunes ; sans les informations essentielles sur leurs besoins, nous ne concevons pas de services de santé adaptés pour eux. (37)
- *Peur de ne pas savoir/pouvoir répondre à la demande du patient.*

L'article "Opening a can of worms" (38) qui signifie « ouvrir la boîte de Pandore » en français montre bien cette appréhension à aborder le sujet par peur de découvrir des problèmes trop complexes voire impossibles à prendre en charge.

- *Manque de temps* : nécessité de prendre du temps pour mettre le patient en confiance et discuter du problème.
- *Différence d'âge et de genre* avec le patient
- *Peur de provoquer un malaise ou une gêne* en évoquant le sujet
- Des barrières liées aux *différences culturelles, religieuses, de croyances et conceptions autour de la sexualité et du couple.*

9. Conséquences pour la pratique

Les troubles sexuels sont présents chez les hommes entre 20 et 40 ans et doivent donc être recherchés.

Pour agir de manière sûre et responsable, les hommes ont besoin de dépistage, de conseils, de soins et d'éducation sur la santé sexuelle.

Les principales barrières à la prise en charge optimale de ces patients sont la gêne et la peur d'être jugé. Dans une société qui paraît de plus en plus libre, la sexualité reste un sujet tabou (et plus particulièrement chez l'homme).

Le médecin généraliste est le premier recours et le personnage clé en termes de dépistage, de prévention et d'éducation. Il peut dans un premier temps rassurer et désamorcer les fausses croyances. Il peut par la suite et si besoin, décider de demander des examens complémentaires, de mettre en place un traitement ou d'orienter le patient vers un spécialiste. Tout médecin quel que soit son âge et son sexe est en capacité et à le devoir se soucier de la santé sexuelle de son patient

Au-delà d'une cause organique vasculaire, neurologique ou endocrinienne et de l'action précoce sur les facteurs de risque cardio-vasculaires, n'oublions pas que le dépistage précoce des troubles sexuels permet aussi de détecter :

- La consommation de toxiques
- Les effets indésirables de certains médicaments (anti épileptiques, anti déprimeurs, finastéride, neuroleptiques, AINS...) (25)
- Le risque de dépression et d'anxiété et de tout autre trouble psychiatrique
- La présence de troubles relationnels
- La présence d'une infection sexuellement transmissible
- Toute pathologie génito-scrotale pouvant être responsable de douleur ou de gêne lors des rapports sexuels.

Tout homme souffrant de troubles sexuels devrait bénéficier au moins de :

- 1/ Un interrogatoire minutieux : différence entre trouble psychogène et organique
- 2 Un examen clinique : cardiovasculaire, neurologique, uro-génital
- 3/ Un bilan biologique de base : NFS, urée, créatinine, glycémie à jeun, EAL

Il est primordial d'ouvrir le dialogue avec les patients de sexe masculin le plus tôt possible et d'intégrer la santé sexuelle dans leur parcours de soins (ce qui est déjà entré dans les mœurs avec le suivi gynécologique standardisé chez les femmes).

La thèse « *Attentes et représentations des patients sur l'abord de la santé sexuelle en médecine générale* » de Julie Rose propose d'utiliser certains leviers pour faciliter la communication avec le patient (39) :

- Prendre des nouvelles de la vie personnelle, familiale et professionnelle du patient pour rechercher d'éventuels problèmes de santé sexuelle.
- Se servir d'un problème médical lié à la santé sexuelle comme une infection ou autre pour aborder la santé sexuelle en général.
- Utiliser l'ordonnance ou les effets secondaires du traitement pour en parler.
- S'aider d'outils qui pourraient inciter le patient à en parler :
 - Plaquettes informatives détaillant les différents aspects de la santé sexuelle
 - Questionnaires écrits qui pourront être mis dans le dossier médical
 - Affiches dans la salle d'attente

D'autres pistes sont envisageables comme par exemple :

- Donner des sources fiables aux patients afin qu'ils puissent se renseigner correctement.
- Utiliser la prévention des IST pour ouvrir la porte à d'autres questions sur la sexualité.
- Aborder le sujet au moins une fois avec ses patients afin que la question des troubles sexuels finisse par faire partie intégrante de l'interrogatoire. Ceci permettrait de montrer au patient que la porte est ouverte pour discuter si le besoin s'en fait ressentir.

Par la suite, il ne faut pas hésiter à poser la question à chaque fois que l'on pense qu'elle est légitime (si l'on repère un problème ou un changement).

Il faut savoir aborder la question de la santé sexuelle chez le patient que l'on sait être plus à risque ayant (42) :

- Un syndrome dépressif, des problèmes professionnels ou conjugaux
 - Un traitement particulier
 - Une consommation de toxiques connue
 - Un diabète
 - Une pathologie cardio vasculaire ou des facteurs de risque cardio vasculaires
 - Une pathologie urogénitale
 - Toute autre pathologie chronique (cancer, pathologie dégénérative) pouvant affecter la sexualité
- Savoir proposer un rendez-vous de consultation dédiée au trouble en question pour pouvoir prendre le temps d'en parler.
 - Intégrer le conjoint et prendre en compte le couple dans son ensemble (après et si seulement le patient est d'accord) afin d'améliorer la communication et la prise en charge du patient. (42)

L'article « Plainte pour dysfonction érectile et consultation en médecine générale » souligne l'importance que le médecin interroge régulièrement le patient sur sa sexualité (avec réévaluation régulière) et l'impact potentiel sur sa qualité de vie, le patient osant peu franchir le pas de lui-même.

Si le patient ne désire pas donner suite au questionnement, il faut le noter dans le dossier et savoir évoquer le problème lors de consultations ultérieures.

Il est alors important de confirmer le trouble et d'exclure de potentielles causes organiques afin de proposer une réponse adaptée à la souffrance du patient. (43)

Les hommes devraient à terme bénéficier d'exams de santé préventifs périodiques avec interrogatoire et examen physique si besoin comme ce qui existe déjà chez les femmes.

VI. CONCLUSION

La sexualité fait partie intégrante de la santé mais reste un domaine peu abordé médicalement notamment chez les hommes entre 20 et 40 ans qui consultent peu et chez qui peu de recherches ont été réalisées.

Or on sait que les troubles sexuels ont un véritable impact sur la qualité de vie du patient et qu'ils peuvent révéler une pathologie organique ou psychogène sous-jacente, une cause médicamenteuse ou être responsables de comportements à risque.

Les résultats de cette étude mettent en lumière que :

- Les troubles sexuels existent chez l'homme entre 20 et 40 ans, les principaux étant l'éjaculation précoce, les troubles du désir et la dysfonction érectile.
- Dépistage, éducation et conseils sur la santé sexuelle sont nécessaires
- Le médecin généraliste est la personne la plus à même de remplir ce rôle quel que soit son âge et son sexe.
- Le sujet de la sexualité reste malgré tout un profond tabou chez l'homme et il faut trouver le moyen de détruire les barrières de la gêne pour prendre en charge de manière optimale les patients.
- La santé sexuelle doit faire partie intégrante du parcours de soins des patients.

Ce projet constitue un premier travail qu'il serait intéressant de poursuivre à travers d'autres études, dans le but d'un meilleur dépistage par le médecin généraliste.

Vu
Toulouse le 12/11/2019


Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale

Toulouse,
le 12/11/19

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
D.CARRIE



BIBLIOGRAPHIE

- (1) Pearson, S. 2003. Promoting sexual health services to young men: findings from focus group discussions. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*. 29, 4 (2003), 194.
- (2) Kalmuss, D. and Tatum, C. 2007. Patterns of Men's Use of Sexual and Reproductive Health Services. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 39, 2 (2007), 74–81.
- (3) Centers for Disease Control and Prevention, *Sexually Transmitted Disease Surveillance*, 2004, Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 2005
- (4) Bradner CH, et al. *Fam Plann Perspect*. 2000. Older, but not wiser: how men get information about AIDS and sexually transmitted diseases after high school. Jan-Feb;32(1):33-8.
- (5) Hawkes, S. and Hart, G. 2000. Men's sexual health matters: promoting reproductive health in an international context. *Tropical Medicine & International Health*. 5, 7 (2000), A37–A44
- (6) East Madison Clinic, Dean Medical Center, 2002. 101 (4) ; 22-7 Where the boys are not: a brief overview of male preventive health.
- (7) World Health Organization (WHO). Defining sexual health. 2019. Disponible sur https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/
- (8) Cyrielle.K « Place du médecin généraliste dans la prise en charge des difficultés sexuelles masculines ». Thèse d'exercice : médecine générale : Faculté de Médecine de Nancy ; 2011
- (9) Idir.O, François.G, Association française d'urologie. Sexualité normale et ses troubles.
- (10) American Psychiatric Association 2013, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)
- (11) H. Lejeune, E. Huyghe, S. Droupy. Diminution du désir sexuel et déficit en testostérone chez l'homme. *Prog Urol*, 2013, 23, 9, 621-628
- (12) Papaharitou, S. et al. 2006. Erectile Dysfunction and Premature Ejaculation are the Most Frequently Self-Reported Sexual Concerns: Profiles of 9,536 Men Calling A Helpline. *European Urology*. 49, 3 (2006), 557–563.
- (13) Mialon, A. et al. 2012. Sexual Dysfunctions Among Young Men: Prevalence and Associated Factors. *Journal of Adolescent Health*. 51, 1 (2012), 25–31.
- (14) Rastrelli, G. and Maggi, M. 2017. Erectile dysfunction in fit and healthy young men: psychological or pathological? *Translational Andrology and Urology*. 6, 1 (2017), 79–90.

- (15) Capogrosso, P. et al. 2013. One Patient Out of Four with Newly Diagnosed Erectile Dysfunction Is a Young Man—Worrisome Picture from the Everyday Clinical Practice. *The Journal of Sexual Medicine*. 10, 7 (2013), 1833–1841
- (16) Rosen, R. et al. 2004. 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, 5 (2004), 607–617.
- (17) Martins, F. and Abdo, C. 2010. Erectile Dysfunction and Correlated Factors in Brazilian Men Aged 18–40 years. *The Journal of Sexual Medicine*. 7, 6 (2010), 2166–2173.
- (18) Schlichthorst, M. et al. 2016. Health and lifestyle factors associated with sexual difficulties in men – results from a study of Australian men aged 18 to 55 years. *BMC Public Health*. 16, Suppl 3 (2016), 1043.
- (19) Heruti, R. et al. 2004. Prevalence of Erectile Dysfunction Among Young Adults: Results of a Large-scale Survey. *The Journal of Sexual Medicine*. 1, 3 (2004), 284–291.
- (20) Etude IFOP/ charles.co - avril 2019 « les hommes et les problèmes d’érection, le grand tabou ? ». Echantillon de 1957 personnes représentatif de la population française âgé de 18 ans et plus
- (21) Karabakan et al. 2016. The prevalence of premature ejaculation in young Turkish men. *Andrologia*. 48, 9 (2016), 983–987.
- (22) May, M. et al. 2007. Erectile dysfunction, discrepancy between high prevalence and low utilization of treatment options: results from the “Cottbus Survey” with 10 000 men. *BJU International*. 100, 5 (2007), 1110–1115.
- (23) Papagiannopoulos, D. et al. 2015. Evaluation of young men with organic erectile dysfunction. *Asian Journal of Andrology*. 17, 1 (2015), 11–16.
- (24) Nguyen, H. et al. 2017. Erectile Dysfunction in Young Men—A Review of the Prevalence and Risk Factors. *Sexual Medicine Reviews*. 5, 4 (2017), 508–520.
- (25) Ludwig, W. and Phillips, M. 2014. Organic Causes of Erectile Dysfunction in Men Under 40. *Urologia Internationalis*. 92, 1 (2014), 1–6.
- (26) Yao et al. 2012. Subclinical endothelial dysfunction and low-grade inflammation play roles in the development of erectile dysfunction in young men with low risk of coronary heart disease. *International Journal of Andrology*. 35, 5 (2012), 653–659.
- (27) Capogrosso, P. et al. 2016. Erectile dysfunction in young patients is a proxy of overall men’s health status. *Current Opinion in Urology*. 26, 2 (2016), 140–145.
- (28) Porst, H. et al. 2007. The Premature Ejaculation Prevalence and Attitudes (PEPA) Survey: Prevalence, Comorbidities, and Professional Help-Seeking. *European Urology*. 51, 3 (2007), 816–824.

- (29) Tefekli et al. 2001. Peyronie's disease in men under age 40: characteristics and outcome. *International Journal of Impotence Research*. 13, 1 (2001), 3900635.
- (30) Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, et al. Sexual problems among women and men aged 40-80 y : Prevalence and correlates identified in the Global study of sexual attitudes and behaviors. *Int J Impot Res* 2005;17: 39-57
- (31) Ewert, C. et al. 2015. "Most young men think you have to be naked in front of the GP": a qualitative study of male university students' views on barriers to sexual health. *Sexual Health*. 13, 2 (2015), 124–130.
- (32) Lemaire et al. 2009. Pourquoi les patients qui ont des difficultés sexuelles ne consultent-ils pas plus souvent ? D'après une enquête française de l'ADIRS. *Sexologies*. 18, 1 (2009), 32–37.
- (33) Lisa. A « Dépistage de la dysfonction érectile : les obstacles inhérents aux médecins généralistes, étude transversale en Midi Pyrénées »Thèse d'exercice : médecine générale : Université de Toulouse III – Paul Sabatier année 2014
- (34) Sandra.B « Aborder la sexualité masculine 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 ». Thèse d'exercice : Médecine générale : Université de Poitiers : 2015
- (35) Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. WONCA EUROPE; 2002.
- (36) Saewyc, E. 2012. What About the Boys? The Importance of Including Boys and Young Men in Sexual and Reproductive Health Research. *Journal of Adolescent Health*. 51, 1 (2012), 1–2.
- (37) Alarcão, V. et al. 2012. General Practitioners' Knowledge, Attitudes, Beliefs, and Practices in the Management of Sexual Dysfunction—Results of the Portuguese SEXOS Study. *The Journal of Sexual Medicine*. 9, 10 (2012), 2508–2515.
- (38) Gott, M. et al. 2004. "Opening a can of worms": GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Family Practice*. 21, 5 (2004), 528–536.
- (39) Julie. R « Attentes et représentations des patients sur l'abord de la santé sexuelle en médecine générale ». Thèse d'exercice : médecine générale : Université de Bordeaux : 2017 : n°58
- (40) Christelle.G « Attentes et besoins des médecins généralistes pour améliorer l'abord de la santé sexuelle en consultation ». Thèse d'exercice : médecine générale : Université de Bordeaux : 2018 : n° 98
- (41) Meystre-Agustoni, G. et al. 2011. Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish?*Swiss Medical Weekly*. (2011).

- (42) Colson, M.H., Cuzin, B., Faix, A., Grellet, L. and Huyghes, E. 2018. Current epidemiology of erectile dysfunction, an update. *Sexologies*. 27, J Adolesc Health 55 6 2014 (2018), e7–e13.
- (43) Mesthe.P, Brillac.T, Rico.B, Bismuth.M, Bismuth. S, Escourrou.B, Laurent.C, Poutrain.JC, Stillmunkes.A, Oustric.S . Plainte pour dysfonction érectile et consultation de médecine générale. *La Revue Exercer* septembre/octobre 2006 n° 79 – 116

ANNEXE : QUESTIONNAIRE REMIS AUX PATIENTS

Ce questionnaire est actuellement distribué à tous les hommes âgés de 20 à 40 ans qui viennent consulter, quel que soit le motif de leur consultation. Il est **anonyme** et son analyse servira pour un travail de thèse de médecine générale sur les troubles sexuels. Merci de votre participation.

QUESTIONNAIRE

PENSEZ À RETOURNER LA FEUILLE POUR RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS

1) Êtes-vous :

- Célibataire
- En couple
- Marié
- Autre

2) Sur le plan professionnel :

- Vous êtes étudiant
- Vous travaillez
- Vous êtes en recherche d'emploi
- Autre

3) Avez-vous actuellement ou avez-vous déjà eu une difficulté d'ordre sexuel ?

- Oui
- Non

Si oui, laquelle ?

Vous pouvez cocher une ou plusieurs propositions

- Difficulté d'érection
- Difficulté d'éjaculation (rapide, retardée ou absente)
- Trouble du désir (libido)
- Douleur lors des rapports
- Infection sexuellement transmissible
- Problème de forme ou de taille du pénis
- Autre

4) Où allez-vous chercher de l'aide ou des informations en cas de problème d'ordre sexuel ?

Vous pouvez cocher une ou plusieurs propositions

- Internet
- Amis
- Médecins
- Autre

5) Qui choisiriez-vous pour en parler ?

- Votre médecin traitant
- Un sexologue
- Un urologue

Autre

6) Préférez-vous en parler à un médecin :

- De sexe féminin
- De sexe masculin
- Ça vous est égal

7) Préférez-vous en parler à un médecin :

- Plutôt jeune
- Plutôt âgé
- Ça vous est égal

8) Quelle raison pourrait vous empêcher d'en parler à votre médecin traitant ?

Vous pouvez cocher une ou plusieurs propositions

- La gêne ou la peur d'être jugé
- Vous ne saviez pas que vous pouviez en parler au médecin traitant
- Vous ne savez pas que parfois des examens peuvent être nécessaires
- Vous ne savez pas que des traitements existent
- Autres

9) Qu'attendez-vous de votre médecin traitant concernant ce sujet ?

Vous pouvez cocher une ou plusieurs propositions

- Information et conseils
- Demande d'examens complémentaires
- Traitement spécifique
- Être adressé à un spécialiste
- Obtenir des ressources fiables pour vous informer
- Autres

10) Savez-vous que certains troubles sexuels peuvent être liés à une maladie sous-jacente ?

- Oui
- Non

11) Savez-vous que certains troubles sexuels peuvent être liés à la prise d'un médicament ?

- Oui
- Non

12) Qui selon vous doit aborder ce sujet ?

- Votre médecin
- Vous

13) Souhaiteriez-vous une consultation programmée dédiée à ce sujet ?

- Oui
- Non

14) Pensez-vous être suffisamment informé sur le sujet ?

- Oui
- Non

TITLE : 20 TO 40 YEAR OLD PATIENT'S LOOK ON SCREENING FOR SEXUAL DISORDERS IN GENERAL PRACTICE

Objectives :

- To improve screening for sexual disorders in men aged 20 to 40 in general practice
- To identify if the sexual disorders of the men between 20 and 40 years old are under-evaluated

Material and methods :

A quantitative study by questionnaire conducted from February 1 to April 30, 2019, in a medical office near Toulouse.

A questionnaire distributed to men between the ages of 20 and 40 coming in consultation or accompanying a patient and completed anonymously.

150 questionnaires were retrieved.

Results :

The majority of patients in the study sample is in a couple and work.

Twenty-one percent of respondents reported having one or more sexual disorders at a time, the three main complaints being premature ejaculation, desire disorders, and erectile dysfunction.

Most of them learn via the Internet and 57% say they do not know enough.

60% of patients surveyed said that if they had to talk about it, it would be up to their GP regardless of their age and gender for advice and information.

The main factors that prevent them are an embarrassment and the fear of being judged (58%). They prefer to approach the subject themselves and do not wish any scheduled consultation.

Conclusion :

Sexual disorders are present in men between the ages of 20 and 40, the main ones being premature ejaculation, desire disorders, and erectile dysfunction.

However, men are reluctant to speak out of embarrassment and fear of being judged.

The general practitioner is designated by patients as interlocutor of choice regardless of age and gender.

Sexual health screening, education, and counseling are necessary and must be part of the care path.

This study opens the prospect of additional studies to better understand how to improve the detection of sexual disorders in this category of the population.

Keywords : « Sexual dysfunction », « Sexual disorder », « Sexuality », «Primary health care», « General practitioner», « Young male ».

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 - France

TITRE : REGARD DU PATIENT DE 20 À 40 ANS SUR LE DÉPISTAGE DES TROUBLES SEXUELS EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Auteur : Couret Emmanuelle **Directrice de thèse :** Docteur Leïla ABDI KRIAA

Lieu et date de soutenance : Toulouse, le 20 décembre 2019

Objectifs :

- Améliorer le dépistage des troubles sexuels de l'homme de 20 à 40 ans en médecine générale
- Repérer si les troubles sexuels de l'homme entre 20 et 40 ans sont sous évalués

Méthode :

Étude quantitative par questionnaire réalisée du 1^{er} février au 30 avril 2019 dans un cabinet médical proche de Toulouse.

Questionnaire distribué aux hommes entre 20 et 40 ans venant en consultation ou accompagnant un patient et complété de manière anonyme.

150 questionnaires ont été récupérés.

Résultats :

La majorité des patients de l'échantillon étudié sont en couple et travaillent.

21 % des interrogés répondent souffrir d'un ou plusieurs troubles sexuels à la fois, les trois principales plaintes étant l'éjaculation prématurée, les troubles du désir et la dysfonction érectile.

Ils se renseignent en majorité via Internet et 57 % déclarent ne pas assez être informés.

60 % des patients étudiés répondent que s'ils devaient en parler, ce serait à leur médecin traitant quel que soit son âge et son genre en vue d'obtenir des conseils et des informations.

Les principaux facteurs qui les en empêchent sont la gêne et la peur d'être jugés (58 %).

Ils préfèrent aborder le sujet eux-mêmes et ne souhaitent pas de consultation programmée.

Conclusion : Les troubles sexuels sont présents chez l'homme entre 20 et 40 ans, les principaux étant l'éjaculation prématurée, les troubles du désir et la dysfonction érectile.

Cependant, les hommes sont réfractaires à en parler par gêne et peur d'être jugés.

Le médecin généraliste est désigné par les patients comme interlocuteur de choix quel que soit son âge et son sexe.

Dépistage, éducation et conseils sur la santé sexuelle sont nécessaires et doivent faire partie du parcours de soins.

Cette étude ouvre la perspective d'études supplémentaires afin de mieux connaître d'améliorer le dépistage des troubles sexuels de cette catégorie de la population.

Mots clés : troubles sexuels, médecine générale, médecin généraliste, homme jeune