

**Université Toulouse III - Paul SABATIER  
FACULTÉ DE MÉDECINE**

Année 2014

2014-TOU3-1128

**THESE**

**POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE  
SPECIALITE MEDECINE GENERALE**

**PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE  
18 Novembre 2014**

**Par Lisa ANDRES**  
née le 27 Novembre 1984

**DEPISTAGE DE LA DYSFONCTION ERECTILE :  
LES OBSTACLES INHERENTS AUX MEDECINS GENERALISTES**  
Étude transversale descriptive en Midi-Pyrénées

DIRECTEUR DE THESE : Professeur Pierre MESTHE

JURY :

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC  
Monsieur le Professeur Marc VIDAL  
Monsieur le Professeur Pierre MESTHE  
Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU  
Madame le Docteur Marie-Elisabeth DELGA

Président  
Assesseur  
Assesseur  
Assesseur  
Assesseur

**Université Toulouse III - Paul SABATIER  
FACULTÉ DE MÉDECINE**

Année 2014

2014-TOU3-1128

**THESE**

**POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE  
SPECIALITE MEDECINE GENERALE**

**PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE  
18 Novembre 2014**

**Par Lisa ANDRES**  
née le 27 Novembre 1984

**DEPISTAGE DE LA DYSFONCTION ERECTILE :  
LES OBSTACLES INHERENTS AUX MEDECINS GENERALISTES**  
Étude transversale descriptive en Midi-Pyrénées

DIRECTEUR DE THESE : Professeur Pierre MESTHE

JURY :

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC  
Monsieur le Professeur Marc VIDAL  
Monsieur le Professeur Pierre MESTHE  
Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU  
Madame le Docteur Marie-Elisabeth DELGA

Président  
Assesseur  
Assesseur  
Assesseur  
Assesseur

**TABLEAU du PERSONNEL HU**  
**des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier**  
**au 1<sup>er</sup> septembre 2013**

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	Mme PUEL J.
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. GOUZI
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire associé	M. DUTAU
Professeur Honoraire	M. CLAUD	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSÉ	Professeur Honoraire	M. PASCAL
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Professeur Honoraire	M. GÉDEON	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Professeur Honoraire	M. PASQUIÉ	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BARTHÉ
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. CATHAULT
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. FRÉXINOS
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIÉ	Professeur Honoraire	M. RIBOT
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. DURAND
		Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER
		Professeur Honoraire	M. RAILHAC

**Professeurs Émérites**

Professeur JUSKIEWENSKI	Professeur JL. ADER
Professeur LARROUY	Professeur Y. LAZORTHES
Professeur ALBAREDE	Professeur L. LARENG
Professeur GONTÉ	Professeur F. JOFFRE
Professeur MURAT	Professeur J. CORBERAND
Professeur MANELFE	Professeur B. BONEU
Professeur LOUVET	Professeur H. DABERNAT
Professeur SARRAMON	Professeur M. BOCCALON
Professeur CARATERO	Professeur B. MAZIERES
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur E. ARLET-SUAU
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur J. SIMON

**P.U. - P.H.**  
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR J.	Thérapeutique
M. ARNE J.L. (C.E)	Ophthalmologie
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU H	Hématologie, transfusion
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT D.	Neurologie
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUGAT R. (C.E)	Cancérologie
M. CARRIE D.	Cardiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie
M. CHALVEAU D.	Néphrologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DEGUINE O.	O. R. L.
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale
M. LANGIN D.	Nutrition
M. LAUQUE D.	Médecine Interne
M. LEBLAU R.	Immunologie
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie
M. MALAVALD B.	Urologie
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses
M. MENDROZIES X.	Gynécologie Obstétrique
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique
Mme MOYAL E.	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PERRET B. (C.E)	Biochimie
M. PRADERE B.	Chirurgie générale
M. QUERLEU D. (C.E)	Cancérologie
M. RASCOL O.	Pharmacologie
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie
M. RIVIERE D. (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile
M. SALLES J.P.	Pédiatrie
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON N.	Médecine Légale
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépatogastro-Entérologie

**P.U. - P.H.**  
2ème classe

Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BUREAU Ch.	Hépatogastro-Entéro
M. CALVAS P.	Génétique
M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. CHAIX Y.	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. FOURNIE P.	Ophthalmologie
M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. LAUWERS F.	Anatomie
M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE J.	Neurologie
M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. PAUL C.	Dermatologie
M. PAYOUX P.	Biophysique
M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. PÉRON J.M	Hépatogastro-Entérologie
M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. RECHER Ch.	Hématologie
M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. SANS N.	Radiologie
Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie

**P.U.**

M. OUSTRIC S.	Médecine Générale
---------------	-------------------

Professeur Associé de Médecine Générale:  
Dr. POUTRAIN J.Ch  
Dr. MESTHE P.  
Professeur Associé de Médecine du Travail  
Dr NIEBORALA M.

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Ph.	Pédiatrie	M. ACCADBLE F.	Chirurgie Infantile
M. ALRIC L.	Médecine Interne	Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne	M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. ARNAL J.F.	Physiologie	M. BERRY A.	Parasitologie
Mme BERRY I.	Biophysique	M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale	M. BROUCHET L.	Chir. Thoracique et cardio-vasculaire
M. BUSCAIL L.	Hépatogastro-Entérologie	M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie	Mme BURAS-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CARDON Ph. (C.E)	Endocrinologie	M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique	M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive	M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. COURBON F.	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie	M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE E.	Hématologie	M. DECRAMER S.	Pédiatrie
Mme DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie	M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
M. DIDIER A.	Pneumologie	M. DELORD JP.	Cancérologie
M. ESCOURROU J. (C.E)	Hépatogastro-Entérologie	M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. FOURTANIER G. (C.E)	Chirurgie Digestive	M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GALINIER M.	Cardiologie	M. GARRIDO-STOVHAS I.	Chirurgie Plastique
M. GERAUD G.	Neurologie	Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GRAND A. (C.E)	Epidémi. Eco. de la Santé et Prévention	M. GROLLEAU RAQUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme HANAIRE H.	Endocrinologie	Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. LAGARRIGUE J. (C.E)	Neurochirurgie	M. HUYGHE E.	Urologie
M. LARRUE V.	Neurologie	M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie	M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEVADE T.	Biochimie	M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie	M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme MAZEREELW J.	Dermatologie
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses	M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. PESSEY J.J. (C.E)	O. R. L.	M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. PLANTE P.	Urologie	M. OTAL Ph.	Radiologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile	M. ROLLAND Y.	Geriatric
M. RITZ P.	Nutrition	M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie	M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. ROSTAING L (C.E)	Néphrologie	M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale	M. TACK I.	Physiologie
M. ROUSSEAU H.	Radiologie	Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie	M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie	M. VERGEZ S.	O.R.L.
M. SENARD J.M.	Pharmacologie		
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.		
M. SOULIE M.	Urologie		
M. SUC B.	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie		
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie		

Professeur Associé de Médecine Générale  
Dr VIDAL M.  
Professeur Associé en O.R.L.  
WOISARD V.

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H.	
M. APOIL P. A	Immunologie	Mme ABRAVANEL F.	Bactériol. Virologie Hygiène
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie	Mme ARCHAMBAUD M.	Bactériol. Virologie Hygiène
M. BIETH E.	Génétique	M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
Mme BONGARD V.	Epidémiologie	M. CAMBUS J.P.	Hématologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition	Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CASSANG S.	Parasitologie	Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation	Mme CASSOL E.	Biophysique
M. CONGY N.	Immunologie	Mme CAUSSE E.	Biochimie
Mme COURBON	Pharmacologie	M. CHASSANG N.	Génétique
Mme DAMASE C.	Pharmacologie	Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie	M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme COLLIN L.	Cytologie
Mme DE-MAS V.	Hématologie	M. CORRE J.	Hématologie
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DEDOUT F.	Médecine Légale
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale	M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
Mme DULY-BOLIHANICH B.	Thérapeutique	M. EDOUARD T.	Pédiatrie
M. DUPLU Ph.	Physiologie	Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme FAUVEL J.	Biochimie	Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
Mme FILLAUX J.	Parasitologie	Mme GALINIER A.	Nutrition
M. GANTET P.	Biophysique	Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
Mme GENNERO I.	Biochimie	M. GASQ D.	Physiologie
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. HAMDI S.	Biochimie	Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
Mme HITZEL A.	Biophysique	Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. IRIART X.	Parasitologie et mycologie	M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale	Mme LAPRIE Anne	Cancérologie
M. KIRZIN S.	Chirurgie générale	M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie	M. LEPAGE B.	Biostatistique
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique	M. MARCHEIX B.	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail	Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. LOPEZ R.	Anatomie	M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MONTOYA R.	Physiologie	Mme PERIQUET B.	Nutrition
Mme MOREAU M.	Physiologie	Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	M. RIMALHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. PILLARD F.	Physiologie	M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie	Mme SOMMET A.	Pharmacologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie	M. TKACZUK J.	Immunologie
Mme RAGAB J.	Biochimie	M. VALLET M.	Physiologie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie
Mme SABOURDY F.	Biochimie		
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie		
M. SOLER V.	Ophthalmologie		
M. TAFANI J.A.	Biophysique		
M. TREINER E.	Immunologie		
Mme TREMOLLIERES F.	Biologie du développement		
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique		
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire		
		M. BISMUTH S.	<b>M.C.U.</b> Médecine Générale
		Mme ROUGE-BUGAT ME	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.  
Dr BRILLAC Th.  
Dr ABITTEBOUL Y.

Dr ESCOURROU B.  
Dr BISMUTH M.  
Dr BOYER P.  
Dr ANE S.

## REMERCIEMENTS

### **Monsieur le Professeur Stéphane Oustric,**

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Votre enthousiasme et votre énergie à sublimer la médecine générale sont des exemples pour tous. Je suis fière d'avoir pu bénéficier de la richesse de votre enseignement et tiens à vous exprimer ma reconnaissance et mon profond respect.

### **Monsieur le Professeur Pierre Mesthé,**

Vous avez accepté de diriger cette thèse et l'avait orientée avec une grande disponibilité. Travailler à vos côtés a été pour moi riche d'enseignements. Vous avez su m'apporter de précieux conseils et l'expérience qu'est la vôtre dans le domaine de la DE. Veuillez trouver à travers ce travail toute ma reconnaissance. Soyez assuré de ma gratitude et de ma profonde estime.

### **Monsieur le Professeur Marc Vidal,**

Vous nous faites l'honneur de siéger à ce jury et de juger ce travail. Recevez ici le témoignage de ma profonde reconnaissance et de mon respect dans votre implication pour notre formation.

### **Madame le docteur Brigitte Escourrou,**

Nous tenons à vous remercier d'avoir accepté d'être membre de notre jury. Soyez assurée de ma profonde gratitude et de ma reconnaissance. Nous tenons à vous remercier pour le travail que vous faites et qui permet de favoriser une meilleure formation à chacun d'entre nous.

### **Madame le docteur Marie-Elisabeth Delga,**

Vous nous faites l'honneur et le plaisir de bien vouloir siéger à notre jury de thèse. Vous êtes un médecin de confiance, authentique et vous rendez la médecine générale tellement humaine. Merci pour cette belle leçon. Travailler à vos côtés a été pour moi une véritable chance. Veuillez recevoir le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.

### **A Nila et Enzo,**

Mes deux merveilles qui, tous les jours un peu plus, donnent du sens à ma vie. Vous inondez mon quotidien de câlins, de tracas, de jeux, de tendresse, de mots d'amour, et je sais désormais que rien n'est plus précieux que tous ces moments-là.

Ma Ninou, déjà presque trois ans que tu es arrivée dans notre vie...tu es si pétillante, sublime et tellement précieuse!

Et toi mon loulou, tu illumines mes jours et écourtes mes nuits.... J'aime voir les éclats de rire échangés avec ta sœur. Tu es notre deuxième merveille. Merci pour tout ce bonheur!

### **A Johan,**

C'est bien toi que je veux remercier le plus car sans ton amour, ta présence, ta patience, tout cela n'aurait été possible. Chaque jour, tu m'as aidé à gravir les étapes, tu as supporté beaucoup. Merci pour ton soutien inconditionnel depuis le premier jour et jusqu'à ce travail. J'aime notre complicité, nos fous rires, nos rêves, nos silences...Notre amour me nourrit tous les jours, un peu plus, d'un bonheur que je ne saurais décrire. Je t'aime!

### **A Papa et Maman,**

qui m'ont donné les moyens et l'ambition pour y arriver. Sans vous, ce rêve n'aurait pas été possible. Merci pour les principes de vie qui me façonnent aujourd'hui.

### **A tous mes frères et sœurs**

David, les périodes de Noël sont vraiment trop courtes.

Marielle, que tes élèves se tiennent à carreau!

Clarisse, que tes mousses aux chocolats soient toujours aussi bonnes et les séjours à la mer toujours aussi sympas. Merci pour ta contribution en version anglaise.

Flo, «nous sommes deux sœurs, nous nous aimons et tout va bien » ;) La distance n'aura pas raison de notre complicité.

### **A ma belle-sœur et mes beaux-frères**

Murielle, la petite fille de cp a bien grandi

Marc, merci pour tous ces week-ends placés à la maison

Benoît, merci pour notre cellier et pour la mise en page de ma thèse

Thomas, merci pour mon premier arrêt cardiaque, je ne pouvais pas avoir meilleur instructeur

### **A tous mes neveux et nièces, qui grandissent trop vite**

Florentin, on croise les doigts pour le bac de français

Elea, dernière année de répit avant le brevet

Axel, ça y'est je suis fichue, même avec des talons...

Maëlis, petit bout de femme ! Garde ton sourire et cette belle énergie

Ambre, la violoniste, à quand le premier concert ?

Romane, j'espère que tu as oublié pour les points de suture

Martin, Victor et Gaspard, que l'éloignement permet peu de voir grandir.

### **A Mamie Bobo,**

à tes supers baskets, ta gentillesse et tous ces bons moments passés ensemble; J'admire ta force et ton courage. Fais dorénavant attention à tes fémurs. Papinou, on ne t'oublie pas.

**A Claude et Evelyne,**

J'ai vraiment de la chance de vous avoir comme beaux parents ! Merci pour tout ce que vous faites pour nous. On n'aurait pas pu faire meilleur nid douillet que dans votre jardin. Papy Claude, merci pour les si bons légumes ; Mamie Evelyne merci pour toutes les petites attentions au quotidien. Vous êtes un modèle de générosité, de gentillesse et d'amour.

**A Lilou et Caline,**

qui ont passé des longues journées d'hiver à réviser à mes côtés ; c'était chat-crément chouette!

**Aux amies de toujours,**

On ne se voit que très peu mais la complicité qui nous unit j'espère continuera encore longtemps.

Sandrine, les vents et marées ont besoin de toi,  
Céline, on espère un jour te voir redevenir toulousaine.

**A Cortex, ma co-interne préférée** qui est bien plus que ça aujourd'hui,

Bertille, merci pour avoir partagé tous ces beaux moments ensemble, j'ai des souvenirs plein la tête, des fous rires aussi, merci pour tes blagues pourries et ta bonne humeur. Longue vie à toi avec Hugo, je vous souhaite plein de petits bertillons.

**A Jana,**

qui m'a fait découvrir la Moldavie. Tu es un modèle de douceur, de gentillesse et de travail. Nos moments passés ensemble me manquent.

**A tous les amis,**

qui ont pu venir ou pas aujourd'hui : Greg, Lucie, Hugo (futur gendre?), Guy et Carole (merci pour les bons moments passés au resto), Flo et nico (Enzo n'aura pas froid cet hiver), Boule et Laure, Juju, Camille, Gwen, Séverine et vos loulous.

**A l'URPS,** qui m'a permis de collecter mes données, ainsi qu'à tous les médecins de près ou de loin qui m'ont donné leurs avis sur ce travail.

**A tous les médecins** qui m'ont formé, et qui m'ont transmis leur savoir et leur amour de la médecine

**Au Docteur Lafarguette-Lacaze,**

qui m'a accueilli en médecine générale et qui a confirmé que mon choix était le bon. Merci pour tous ces moments partagés de vraie médecine générale.

**A tous les patients....**

## LEXIQUE

DE : dysfonction érectile

CV : cardio-vasculaire

DALA : déficit androgénique lié à l'âge

URPS : union régionale des professionnels de santé

DIU : diplôme inter-universitaire

FMC : formation médicale continue

AIHUS : Association inter hospitalo-universitaire de sexologie

# TABLE DES MATIERES

<b>INTRODUCTION</b>	<b>2</b>
<b>I. CONTEXTE.....</b>	<b>2</b>
1. Définition et prévalence de la dysfonction érectile	2
2. Facteurs de risque et pathologies associées aux troubles de l'érection	3
3. Dysfonction érectile, marqueur clinique vasculaire	4
4. État des lieux de la prise en charge de la DE en soins primaires	6
<b>II. JUSTIFICATION DU SUJET DE THESE.....</b>	<b>7</b>
<b>MATERIELS ET METHODE</b>	<b>8</b>
1. Présentation de l'étude	8
2. Méthode	9
<b>RESULTATS</b>	<b>10</b>
1. Résultats descriptifs	10
1.1) Profils des médecins généralistes	10
1.2) Connaissances des médecins généralistes	13
1.3) Obstacles au dépistage de la dysfonction érectile	16
2. Analyses statistiques	18
<b>DISCUSSION</b>	<b>20</b>
1. Limites et biais de l'étude	20
2. Pourquoi un faible taux de dépistage en soins primaires?	21
3. Propositions pour améliorer le dépistage de la DE en médecine générale	26
<b>CONCLUSION</b>	<b>28</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>29</b>
<b>ANNEXE</b>	<b>33</b>

# INTRODUCTION

## **I. CONTEXTE :**

### **1. DEFINITION ET PREVALENCE :**

#### ➤ **Définition :**

Le terme de dysfonction érectile (DE), anciennement appelée «impuissance», est apparu en 1992, lors de la conférence de consensus du National Institut of Health [1]. La DE se définit comme :

**«l'incapacité persistante ou récurrente pour l'homme à obtenir ou maintenir une érection du pénis suffisante pour permettre une activité sexuelle».** Une durée de **trois mois** minimum est nécessaire pour établir le diagnostic [2].

#### ➤ **Prévalence :**

La DE est une **pathologie fréquente** dont la prévalence exacte reste difficile à déterminer de façon précise en fonction des populations étudiées et des critères retenus dans les études (âge des participants, modalités de recrutement, questionnaires utilisés...). Cette grande variabilité des données et du pourcentage de réponders, parmi les personnes interrogées, rend particulièrement difficile leur interprétation. S'agissant d'un sujet «tabou» et d'un diagnostic d'interrogatoire, les chiffres pourraient être, bien souvent, sous-évalués. Il existe néanmoins, dans toutes les études, une augmentation régulière de la prévalence de la DE en fonction de l'âge.

#### **En France :**

➤ Une étude menée en 2001 par **Giuliano et al [3]** a été réalisée sur un échantillon représentatif de 1004 hommes âgés de plus de 40 ans; Elle révèle qu'un homme sur trois (31,6%) présente une DE de légère à modérée. La DE est non seulement plus fréquente avec l'âge mais également plus sévère.

➤ **L'étude ENJEU** réalisée en 2009 chez des patients consultant en urologie retrouve une prévalence plus importante : 68% de DE (dont 44% de DE sévère) [4].

➤ En 2003, une **étude Costa** par auto-questionnaires sur 5099 hommes représentatifs de la population masculine montre également une prévalence élevée de DE : 25% en moyenne, variant entre 15 et 44% selon les tranches d'âge [5].

#### **Dans les pays anglo saxons :**

➤ L'étude du **Massachusetts male aging study MMAS**, (Feldman et al. 1994) menée entre 1987 et 1989, à Boston, chez 1700 hommes de 40 à 70 ans retrouve une forte prévalence de la DE : 52% des hommes déclaraient un trouble érectile se répartissant en dysfonction minimale (17,2 %), dysfonction modérée (25,2%), dysfonction complète (9,6 %) [6].

Une deuxième étude (Johannes et al. 2000) menée entre 1995 et 1997 sur la cohorte du MMAS retrouve une incidence de 26 nouveaux cas de DE pour 1000 personnes/an [7].

➤ **La canadien Study of Erectile Dysfunction (CANSED) [8]** a eu pour objectifs en 2006 d'estimer la prévalence de la DE dans une population de 3921 hommes suivis par des médecins de famille : la prévalence globale a été mesurée à 49,4 %, dont 33,8% pour les dysfonctions modérées à sévères.

### **D'un point de vue international :**

➤ **L'étude MALES [9]** réalisée en 2004 sur plus de 27000 hommes de 20 à 75 ans dans 8 pays dont la France retrouve une prévalence globale de 16% avec des variations en fonction des états (22% des hommes aux États Unis et 10% en Espagne).

➤ Une **revue de la littérature internationale [2]**, menée en 2004, conclut que la prévalence de la DE dans la population est inférieure à 10% avant 40 ans, de 10-30% entre 40 et 59 ans, de 20-40% entre 60 et 69 ans et de 50-75% après 70 ans.

## **2. FACTEURS DE RISQUE ET PATHOLOGIES ASSOCIEES AUX TROUBLES DE L'ERECTION : [10]**

### **FACTEUR INDEPENDANT :**

➤ **L'âge :** selon les études, la prévalence de la DE augmente avec l'âge [3],[5],[6].

### **ORGANIQUES :**

➤ **Le diabète :** La DE concernent 35 à 75 % des diabétiques selon les études, soit une prévalence plus élevée que dans la population générale; elle survient également plus tôt et de façon plus sévère [11], [12]. Par ailleurs, il existe une corrélation avec l'ancienneté du diabète, et le niveau d'équilibre glycémique [13], [14].

➤ **facteurs de risques cardiovasculaires :** La littérature montre une prévalence supérieure de la DE chez les patients présentant une HTA [6], une hypercholestérolémie totale, un tabagisme, et une obésité [15], [16]. L'étude Chew retrouve une association entre DE et les maladies vasculaires périphériques [17].

➤ **Endocrinopathies et déficit androgénique lié à l'âge (DALA) :** Le déficit androgénique lié à l'âge correspond à un syndrome clinique associé à l'avancée en âge, marqué par une altération de la qualité de vie et/ou de la fonction de certains organes (et notamment organes érectiles), secondaires aux effets délétères d'une diminution anormale et constante des androgènes sériques. La DE peut donc être le premier marqueur d'un DALA.

➤ **troubles du bas appareil urinaire** [18]

➤ **Atteintes neurologiques**

- **Insuffisance rénale chronique**
- **fibrose des tissus érectiles (maladie de Lapeyronie),**
- **traumatismes locaux, chirurgie pelvienne.**

### **PSYCHOLOGIQUES:**

➤ **Troubles psychiatriques** : L'étude MMAS retrouve une nette augmentation de la prévalence en cas de dépression, avec des chiffres atteignant 90% de DE, tous stades confondus, en cas de dépression sévère [6].

### **MEDICAMENTEUSES :**

➤ **Iatrogènes** : De nombreux médicaments sont imputés dans la genèse d'une DE : les antihypertenseurs, les diurétiques, les inhibiteurs calciques, les antidépresseurs, les anxiolytiques, les hypocholestérolémiants, les neuroleptiques, et les anti-androgènes.

**TOXIQUES** : éthylisme chronique, tabagisme, consommation d'héroïne, cocaïne....

Tous les médecins qu'ils soient généralistes ou spécialistes se doivent de reconnaître l'importance de diagnostiquer une DE et de la prendre en charge. Associée à de multiples pathologies chroniques et situations à risques pour la santé, la DE a dépassé la seule prise en compte d'une perturbation de la sexualité.

## **3. DYSFONCTION ERECTILE : MARQUEUR CLINIQUE VASCULAIRE :**

### ➤ **marqueur sentinelle de maladies cardiovasculaires :**

Nombreuses sont les études qui mettent en évidence une **association claire entre dysfonction érectile et maladie cardiovasculaire (CV)**. Du fait de facteurs de risques CV communs (dyslipidémies, HTA, diabète, tabagisme, obésité, absence d'activité physique) la DE est reconnue comme un marqueur précurseur de maladie artérielle systémique et un facteur prédictif de cardiopathies ischémiques. La première étude prospective à explorer l'incidence des maladies CV chez les patients présentant des troubles de l'érection a été celle de Thompson en 2003 [19].

➤ **L'étude Thompson** est une étude réalisée sur 8063 hommes âgés de plus de 55 ans (issus du groupe placebo d'un essai conduit sur la prévention du cancer de la prostate). Il a évalué l'incidence des maladies CV et de la DE. Parmi les 4247 hommes asymptomatiques sur le plan CV et initialement sans DE, 57% ont rapporté avoir eu au moins un épisode de DE à 5 ans et 65% à 7 ans. L'analyse à 5ans des 2496 premiers hommes ayant présenté une DE au décours du suivi de l'étude, et qui n'avaient pas d'antécédent de maladies CV, montre que 2% et 11% d'entre eux vont présenter un premier événement CV à respectivement 1 et 5 ans après l'apparition de leur DE.

➤ **L'étude de Blumentals [20]** reprend de manière rétrospective les dossiers de 12825

patients souffrant de DE, et les compare à un nombre égal de patients à fonction érectile conservée. Les hommes souffrant de DE entre 40 et 49 ans voient doubler leur risque de développer une maladie vasculaire périphérique et ce risque triple entre 50 et 55 ans .

➤ **Une étude rétrospective (Montorsi et al.2003) [21]**, réalisée sur 300 hommes se présentant avec des douleurs thoraciques et ayant une coronaropathie documentée par angiographie, a montré que 49 % d'entre eux présentaient une DE. Les symptômes étaient rapportés antérieurement à la maladie coronarienne chez 2/3 des patients. L'intervalle moyen entre l'apparition de la DE et l'apparition des symptômes coronariens était de 39 mois.

➤ **L'étude COBRA [22]**, menée en Italie, retrouve le même intervalle de temps et montre également que plus l'atteinte coronarienne est étendue, plus la DE préexistante est sévère.

### ➤ **Mécanisme physiopathologique : la dysfonction endothéliale**

Un mécanisme commun peut expliquer la coexistence de ces deux affections : **la dysfonction endothéliale**. L'érection est un phénomène vasculaire qui entraîne une vasodilatation des corps caverneux nécessitant une fonction endothéliale normale. L'endothélium vasculaire correspond à une membrane semi-perméable, qui recouvre la surface luminale des vaisseaux sanguins. Il joue un rôle majeur dans la perfusion tissulaire par le biais de la relaxation des fibres musculaires lisses médiée par le monoxyde d'azote (NO).

Par conséquent, les pathologies endothéliales survenant sous l'effet de certains facteurs de risque (diabète, l'HTA, dyslipidémies, obésité, tabac...) altèrent la régulation de ces événements et la délivrance en oxygène dans les tissus. La dysfonction endothéliale est donc considérée comme l'équivalent d'une altération fonctionnelle précoce qui précède le changement structurel (plaque, sténose) de la paroi vasculaire. La DE peut alors être le **marqueur clinique précoce d'une maladie vasculaire diffuse** car les cellules endothéliales sont ubiquitaires et fonctionnent à l'identique dans tous les vaisseaux de l'organisme.

En cas de troubles vasculaires périphériques dus à l'artériosclérose, les patients vont présenter en premier lieu une DE en raison de la plus grande sensibilité de la vascularisation pénienne à toute modification hémodynamique, même mineure. D'après P. Montorsi [23], cela s'expliquerait par la différence de diamètre des artères du pénis et du cœur : 1 à 2 mm pour la verge contre 3 à 4 mm pour la coronaire antérieure gauche. Puisque les artères péniennes sont de plus petits diamètres que les artères coronaires, une plaque d'athérosclérose de même taille sera responsable d'une obstruction plus importante compromettant le flux sanguin . En conséquence, les symptômes d'insuffisance artérielle au niveau pénien pourraient précéder les symptômes d'insuffisance coronarienne.

Les cliniciens doivent désormais être attentifs quand ils évaluent un patient soit pour une DE, soit pour une maladie cardiovasculaire, car la présence d'une de ces deux conditions évoque avec une haute probabilité la présence de l'autre. Ces liens étroits entre DE et pathologie CV donnent une tout autre dimension à la DE qui est désormais un candidat crédible à être un nouveau marqueur clinique vasculaire. La survenue de ce symptôme sentinelle doit être considérée comme un «angor de verge» jusqu'à preuve du contraire [24].

#### 4. ETAT DES LIEUX DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DYSFONCTION ERECTILE EN SOINS PRIMAIRES :

##### ➤ Paradoxe :

L'activité sexuelle ne s'éteint pas avec l'âge (2,8 à 3,7 rapports sexuels par mois chez les hommes de 70 à 80 ans) [25]. La majorité des hommes (83%) de plus de 50 ans témoignent de leur intérêt pour la sexualité. L'insuffisance érectile peut être à l'origine d'une souffrance importante chez le sujet qui en est atteint avec un retentissement, le plus souvent, sur sa partenaire, sa sexualité et le couple [26].

Alors que la prévalence de la DE est grande dans la population et que leur prise en charge est nécessaire à la santé sexuelle et globale du patient, on observe un **très faible taux de consultations médicales**. L'état des lieux en France a montré une faible prise en charge de la DE en médecine générale, les difficultés venant tout aussi bien du médecin que du patient. L'étude de la Société française de médecine générale (SFMG 1998) montre que la DE représentait le **158e rang de motif de consultation** [27].

##### ➤ Du côté des patients :

**20 à 25 % seulement des hommes interrogés souffrant de DE ont consulté un médecin** [3], [5],[28].

J. Buvat [29] témoigne de cette souffrance que connaissent les hommes au travers de la DE et du silence qui entoure cette pathologie. Bien qu'elle soit à l'origine de la perte de la fonction sexuelle, mais bien plus encore d'un sentiment de dévalorisation et de culpabilité qui impacte la relation de couple, peu d'hommes osent parler de cette difficulté. Il est également vrai que le patient rapporte rarement la plainte d'emblée, mais plutôt de manière masquée sous forme de fatigue, de maux en lien avec le vieillissement ou encore avec l'aide de leur partenaire [30].

**Les patients identifient facilement les difficultés qu'ils ont à parler de leurs problèmes sexuels avec leur médecin généraliste [31]** : la gêne, la honte, l'ignorance de traitements efficaces et le coût des médicaments. L'enquête internationale ISIR-MORI [32] datant de 1998, révèle que les problèmes d'érection restent les plus difficiles à aborder avec leur médecin généraliste pour 42% des Français. Pourtant 78% pensent que d'en parler les aideraient à moins souffrir.

**Dans l'ensemble des études, une majorité d'hommes (de 66 à 82%) attend de leur médecin qu'il prenne l'initiative de discuter avec eux de leur fonction sexuelle [5], [33].**

##### ➤ Du côté du médecin généraliste :

Le médecin généraliste reste **l'interlocuteur privilégié** de notre système de soins; il est en première ligne pour effectuer le repérage des difficultés sexuelles et évaluer les facteurs de risque, les co-morbidités, la souffrance engendrée, et le contexte dans lequel évolue la DE. Les recommandations de l'AIHUS (association Inter Hospitalo-Universitaire de Sexologie) de 2010, concernant la prise en charge de la DE par le médecin généraliste, soulignent ce rôle important d'acteur privilégié de santé [34].

**Cependant, il s'agit d'un sujet difficile à aborder en consultation tant pour le médecin que pour le patient [35].**

➤ **L'étude de Humphrey [36]** publiée en 2001 a tenté d'étudier le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des dysfonctions sexuelles. 218 médecins ont été interrogés par questionnaire sur leur parcours médical et leur prise en charge clinique des dysfonctions sexuelles rencontrées dans les derniers mois. En moyenne, les médecins interrogés voyaient 1.8 patients/mois pour un problème de dysfonctions sexuelles. Une grande majorité pensait que les obstacles à la prise en charge étaient liés à un embarras du médecin en rapport avec une mauvaise formation, un manque de connaissances et d'expérience.

➤ En 2004, **une étude asiatique (Low et al., 2004) [37]** décrit les difficultés de communication inhérentes aux médecins; parfois le jeune âge du médecin, le sexe du médecin, le temps de consultation assez court, le manque d'expérience sont cités comme des barrières à la prise en charge.

**Les freins, à la prise en charge d'une DE, liés au médecin** semblent être (selon un accord professionnel de l'AIHUS) : des connaissances insuffisantes sur la DE et ses traitements, l'interrogatoire d'une pathologie réputée fonctionnelle et très chronophage, une gêne personnelle, et un manque d'intérêt pour le sujet.

**La majorité des médecins se dit à l'aise pour en parler, mais c'est le patient qui, dans la plupart des cas, doit aborder le sujet [38], [39], [40], [41].**

## **II. JUSTIFICATION DU SUJET DE THESE :**

Parmi les dysfonctions sexuelles masculines, la DE est fréquente et reste un sujet difficile à aborder en consultation, tant pour le médecin généraliste que pour le patient. Pourtant le praticien est au premier plan pour la dépister et la prendre en charge du fait de sa place privilégiée comme observateur de l'environnement du patient, de ses antécédents et de sa vie familiale. Il y a suffisamment d'arguments disponibles aujourd'hui pour affirmer que la recherche d'une DE doit être réalisée de façon systématique au cours du suivi médical de nombreux états pathologiques (HTA, diabète, dyslipidémies, HBP...).

Il est également admis que la DE peut être le reflet d'une maladie endothéliale généralisée sous-jacente, jusqu'à présent restée silencieuse, et de ce fait symptôme sentinelle de maladies cardiovasculaires. Il est donc aujourd'hui nécessaire de bien comprendre la DE et d'amener à une prise de conscience de l'utilité de dépister, ou en tout cas d'explorer, un trouble de l'érection qui peut être le premier symptôme d'une pathologie en cours. D'autre part, dans une perspective de médecine préventive, la santé sexuelle est à intégrer dans la santé globale de l'homme puisqu'elle affecte bien souvent la qualité de vie sexuelle mais aussi relationnelle. Et la souffrance qui entoure cette pathologie est souvent importante.

Il existe de nombreuses études évaluant les pratiques des médecins généralistes dans la prise en charge de la DE; ainsi que les difficultés que rencontrent les patients à venir consulter leur médecin traitant. En revanche, très peu d'enquêtes relatent les difficultés des praticiens concernant le **dépistage** de la DE.

**L'objectif principal était d'identifier les obstacles inhérents aux médecins généralistes dans le cadre du dépistage de la dysfonction érectile. L'objectif secondaire était de déterminer les leviers les plus adaptés pour favoriser un meilleur dépistage.**

# MATERIELS ET METHODE

## 1) PRESENTATION DE L'ETUDE :

Il s'agit d'une étude transversale descriptive réalisée du 14 mai au 1 juillet 2013 à l'aide d'un auto-questionnaire distribué chez les médecins généralistes de Midi-Pyrénées par le biais des messageries électroniques.

- Choix de la population de l'étude :

Cette étude nécessitait la participation de médecins généralistes travaillant en Midi-Pyrénées. Les médecins choisis ont été ceux inscrits sur la liste de l'URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé) exerçant en Midi Pyrénées. Aucun critère d'exclusion n'a été retenu.

- le questionnaire :

Il s'agit d'un questionnaire, composé de trois parties, qui déterminait les profils de départ des médecins généralistes, explorait leurs représentations et leurs opinions, et permettait d'identifier leurs résistances à l'égard du geste de dépistage (cf annexe 1).

- Première partie : les caractéristiques socio-démographiques

caractéristiques personnelles :

- âge,
- sexe,

caractéristiques professionnelles :

- nombre d'années d'activité,
- milieu et cadre d'exercice,
- durée des consultations,
- formation sur la DE
- fréquence de dépistage de la DE.

Les questions 1 à 8 permettaient donc de déterminer le profil des médecins qui dépistent la DE, et ceux qui ne le font pas.

- Deuxième partie : l'état des lieux de leurs connaissances concernant la DE.

- s'agit-il du rôle du médecin généraliste de réaliser le dépistage,

- la DE est elle une conséquence de vieillissement,
- existe-il un bénéfice à dépister une DE. Cette question ouverte permettait de savoir si les médecins traitants avaient conscience de la relation entre troubles érectiles et maladies CV.
- avec quel praticien le patient préfère-t-il parler de ses problèmes, combien osent en parler et sur quelle initiative.

L'ensemble des questions de 9 à 14 avaient pour but de s'intéresser aux connaissances (erronées ou pas) des médecins généralistes, et de se rendre compte de l'impact que cela pouvait avoir sur le dépistage.

- Troisième partie : les obstacles ressentis en consultation par les médecins en ce qui concerne le dépistage : leurs propres difficultés et celles qui émanent du patient.

L'élaboration du questionnaire a été réalisé après revue de la littérature. Il comportait une courte introduction replaçant le contexte de l'étude. La procédure anonyme de traitement des données était rappelée. La plupart des questions étaient fermées et à choix unique ou multiple.

## 2) LA METHODE :

### ➤ méthode de recrutement

Un premier envoi du questionnaire a été réalisé le 14 mai 2013 par le biais des adresses électroniques des médecins généralistes inscrits sur la liste de l'URPS. Une relance a été faite fin mai afin d'accroître au maximum le taux de répondants. Les réponses étaient directement envoyés par les médecins à la fin du questionnaire sur la plateforme de recueil de l'URPS.

Auparavant, un envoi test a été effectué chez 4 médecins généralistes volontaires. Il a été adressé dans les mêmes conditions, c'est-à-dire par le biais des adresses électroniques. Ce test a permis de confirmer la lisibilité du questionnaire et de rectifier les erreurs de présentation.

Au total le questionnaire a été adressé à 1690 médecins généralistes travaillant en Midi-Pyrénées et inscrits sur la liste de l'URPS.

### ➤ interprétations des données et analyses statistiques :

Les données ont été analysées et présentées sous forme de pourcentages (%) et de nombre absolu (n); elles ont été illustrées de tableaux et de figures. Les comparaisons des variables qualitatives sont effectuées au moyen du test du Chi2 ou, en cas d'effectifs insuffisants du test exact de Fischer (à l'aide du site biostaTGV). Les résultats ayant un  $p < 0,05\%$  ont été considérés comme significatifs [42].

# RESULTATS

Sur les 1690 questionnaires adressés mi mai 2013, 97 réponses ont été recensées. Une relance a été faite 15 jours après le premier envoi permettant d'augmenter le taux de réponses à 141 réponses (8,3% des questionnaires initialement envoyés) dont 125 réponses exploitables (soit 7,3%). 16 questionnaires ont été exclus de l'étude car ils étaient trop incomplets pour être analysés.

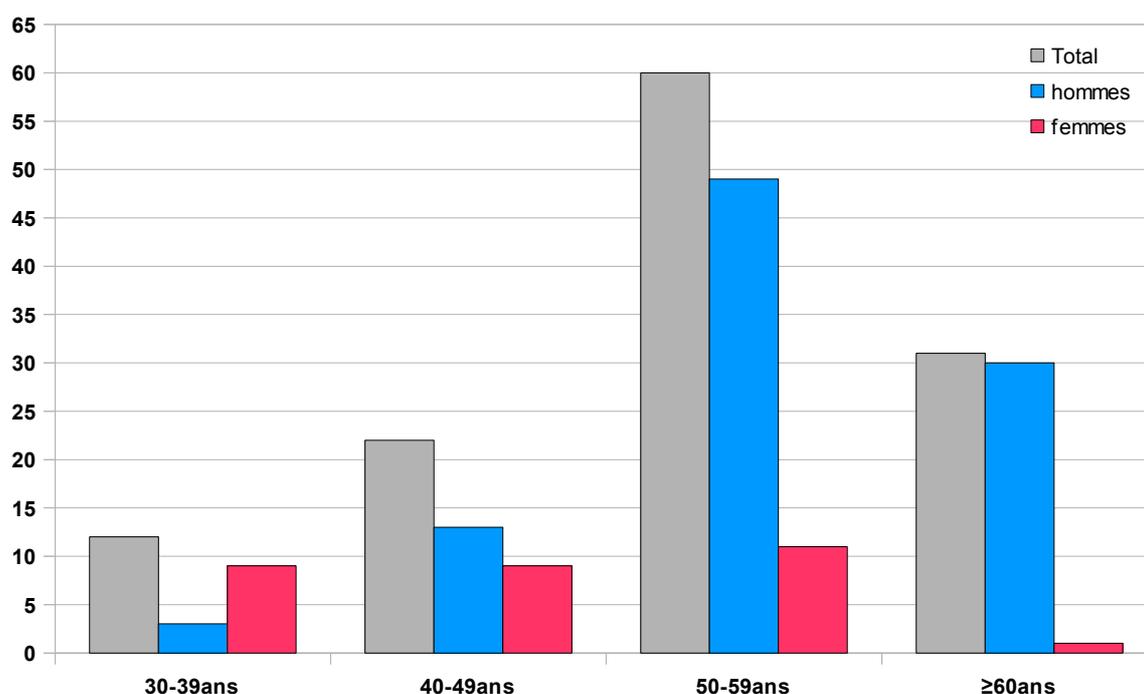
## 1) RESULTATS DESCRIPTIFS :

### 1.1) Profils des médecins généralistes :

#### ➤ Sexe et âge des répondants :

La population de l'étude est composée de 31 femmes (24,8%) et de 94 hommes (75,2%). L'âge moyen est de 53 ans, avec un âge minimum de 31 ans et âge maximum à 73 ans.

**Figure 1** .Répartition des médecins en fonction de leur âge et de leur sexe (en nombre absolu).



➤ **Nombre d'années d'exercice :**

Le nombre moyen d'années d'exercice est de 24,8 ans; le minimum étant de 3 ans et le maximum de 40 années d'exercice libéral.

➤ **Secteur d'exercice :**

51 médecins généralistes (soit 40,8%) exercent en milieu semi-rural, 45 (soit 36%) en ville et 29 (soit 23,2%) à la campagne.

➤ **Modalités d'exercice :**

80 médecins généralistes (soit 64%) travaillent en cabinet de groupe et 43 (soit 34,4%) travaillent seuls. 2 médecins n'ont pas donné de réponse (soit 1,6 %).

➤ **Durée moyenne des consultations :**

La durée moyenne des consultations est de 17 min; une seule personne n'a pas répondu.

➤ **Formation concernant la dysfonction érectile :**

La grande majorité des médecins n'a pas reçu de formation sur la dysfonction érectile. 21,2% des hommes ont bénéficié d'une formation contre seulement 6,4% de femmes.

**Tableau 1.** Formation sur la dysfonction érectile.

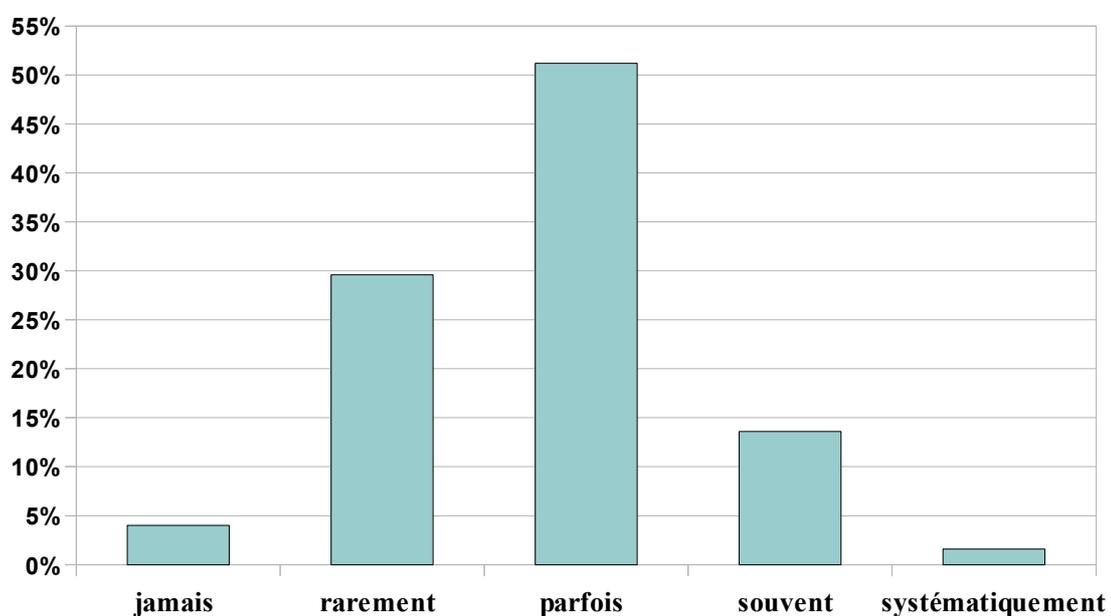
	<b>Nombre absolu (n)</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Formation</b>	22	17,60%
<b>Absence de formation</b>	98	78,40%
<b>Pas de réponse</b>	5	4,00%

**Tableau 2.** Répartition des différentes formations reçues concernant les 22 médecins formés.

	Nombre absolu (n)	Pourcentage (%)
DIU sexologie	6	27,30%
FMC	16	72,70%
Congrès	3	13,60%
Revue médicale	6	27,30%
DIU addictologie	1	4,50%

➤ **A quelle fréquence les médecins généralistes dépistent-ils la dysfonction érectile ?**

**Figure 2.** Fréquence de dépistage de la dysfonction érectile (en %).



## 1.2) Connaissances des médecins généralistes :

### ➤ La dysfonction érectile relève-t-elle du rôle du médecin généraliste?

Pour 116 médecins généralistes (soit 92,8%), dépister une DE relève de leur activité. En revanche, pour 2 d'entre eux (1,6%), il ne s'agit pas du rôle du médecin généraliste; 7 médecins sont restés sans réponse (5,6%).

### ➤ Dysfonction érectile : conséquence normale du vieillissement?

61 médecins généralistes (48,8%) pensent que la DE est une conséquence normale du vieillissement. 56 (44,8%), en revanche, ne le pensent pas et 8 (6,4%) n'ont pas donné de réponse.

### ➤ Est-il bénéfique de réaliser un dépistage précoce de la dysfonction érectile ?

Sur 125 réponses, 83 médecins généralistes (66,4%) répondent par l'affirmative, 23 répondent par la négative (18,4%) et 19 médecins généralistes (15,2%) ne se prononcent pas.

Parmi les réponses positives, certains (71 médecins généralistes soit 85,5%) ont justifié leur réponse et les raisons invoquées ont été classées en 6 catégories, afin de rendre les résultats statistiquement interprétables : *(les pourcentages donnés correspondent au nombre de fois où la réponse a été citée parmi l'ensemble des réponses positives).*

Toutes les réponses sont citées, et certains médecins ont donné plusieurs réponses.

- 39 médecins généralistes (54,9%) pensent que le dépistage est nécessaire afin de rechercher une pathologie sous-jacente au sens large du terme. Pour 29 d'entre eux (40,8%), ils précisent la nécessité de dépister une affection cardiovasculaire, une artériopathie, coronaropathie sous-jacente.
- 32 médecins généralistes (45%) pensent que le dépistage permet une amélioration de la qualité de vie du patient, de son bien-être psycho-social, et psychologique.
- 14 médecins généralistes (19,7%) pensent qu'un dépistage est nécessaire pour dédramatiser la situation, prévenir la chronicisation des symptômes, et éviter la résignation des patients. Ils mettent aussi en évidence les effets bénéfiques du traitement médicamenteux lorsqu'il est instauré suffisamment tôt.
- 13 médecins généralistes (18,3%) pensent que le dépistage permet de prévenir l'impact

de la DE sur le couple et d'améliorer la communication.

- 4 médecins généralistes (5,6%) pensent qu'il s'agit du rôle du médecin permettant ainsi de démystifier la requête du patient, la rendre plus facile en temps voulu et effectuer un meilleur repérage des patients.
- 3 médecins généralistes (4,2%) pensent que le dépistage est bénéfique pour la prise en charge du problème sexologique en lui-même.

Parmi les réponses négatives, certains médecins (19 soit 82,6%) ont justifié leur réponse et les raisons invoquées ont été classées en 4 catégories, afin de rendre les résultats statistiquement interprétables : *(les pourcentages donnés correspondent au nombre de fois où la réponse a été citée parmi l'ensemble des négatives).*

- 14 médecins (73%) pensent que le sujet doit être abordé quand le patient le juge nécessaire, et dans ces conditions, l'intimité du patient mais aussi du couple est respectée.
- 2 médecins (10,5%) pensent que la DE n'est pas une priorité dans le sens où il ne s'agit ni d'un problème mortel, ni d'un problème de santé publique.
- 2 médecins (10,5%) pensent que le dépistage s'intègre mal à une consultation (sujet tabou, chronophage).
- 1 médecin (5,2%) pense que le dépistage contribue à la médicalisation du problème et à la création de nouvelles pathologies.

Parmi les 19 médecins qui ne se prononcent pas sur le bénéfice du dépistage, un seul s'interroge sur les données validées concernant la DE et le bénéfice du dépistage.

➤ **D'après les médecins généralistes, les patients préfèrent-ils prendre l'initiative de parler de leur problème érectile ou préfèrent-ils être interrogés par leur médecin ?**

- 47 médecins généralistes (37,6%) estiment que le patient préfère prendre l'initiative de parler de son intimité et de ses problèmes de DE.
- 47 médecins généralistes (37,6%) estiment que le patient préfère être interrogé au cours de la consultation par le médecin lui-même.
- 31 médecins généralistes (24,8%) ne se prononcent pas sur la question.

➤ **Estimation par les médecins du nombre de patients qui prennent l'initiative de parler de leur dysfonction érectile?**

- 56 médecins généralistes (44,8%) pensent que 10 à 15 % des patients prennent cette initiative.
- 19 médecins généralistes (15,2%) pensent qu'ils sont 20 à 25 % à prendre cette initiative.
- 5 médecins généralistes (4%) pensent que 40 à 45 % des patients parlent de leur problème spontanément.
- 3 médecins généralistes ( 2,4%) pensent qu'ils sont plus de 50% à en parler.
- 40 médecins généralistes (32%) déclarent ne pas connaître la proportion de patients qui prennent l'initiative de parler de leur DE.
- 2 médecins généralistes (1,6%) n'ont pas répondu à la question.

➤ **Selon les médecins généralistes, avec quel praticien, les patients préfèrent-ils parler de leur dysfonction érectile ?**

D'après les résultats recueillis, les médecins pensent que le patient préfère parler en priorité de sa DE avec :

- un urologue à 27,2% (34 réponses)
- un sexologue à 2,4% (3 réponses)
- le médecin traitant, lui-même, à 64% (80 réponses)
- un psychiatre à 0,8% (1 réponse)
- un marabout à 0,8% (1 réponse)
- au premier médecin qui prend l'initiative de lui en parler pour 0,8% (1 réponse)
- à un autre médecin (sans préciser lequel) à 0,8% (1 réponse)

4 médecins généralistes (3,2%) restent sans réponse.

### 1.3 Obstacles au dépistage de la dysfonction érectile :

➤ Les médecins généralistes se sentent-ils compétents pour dépister une dysfonction érectile ?

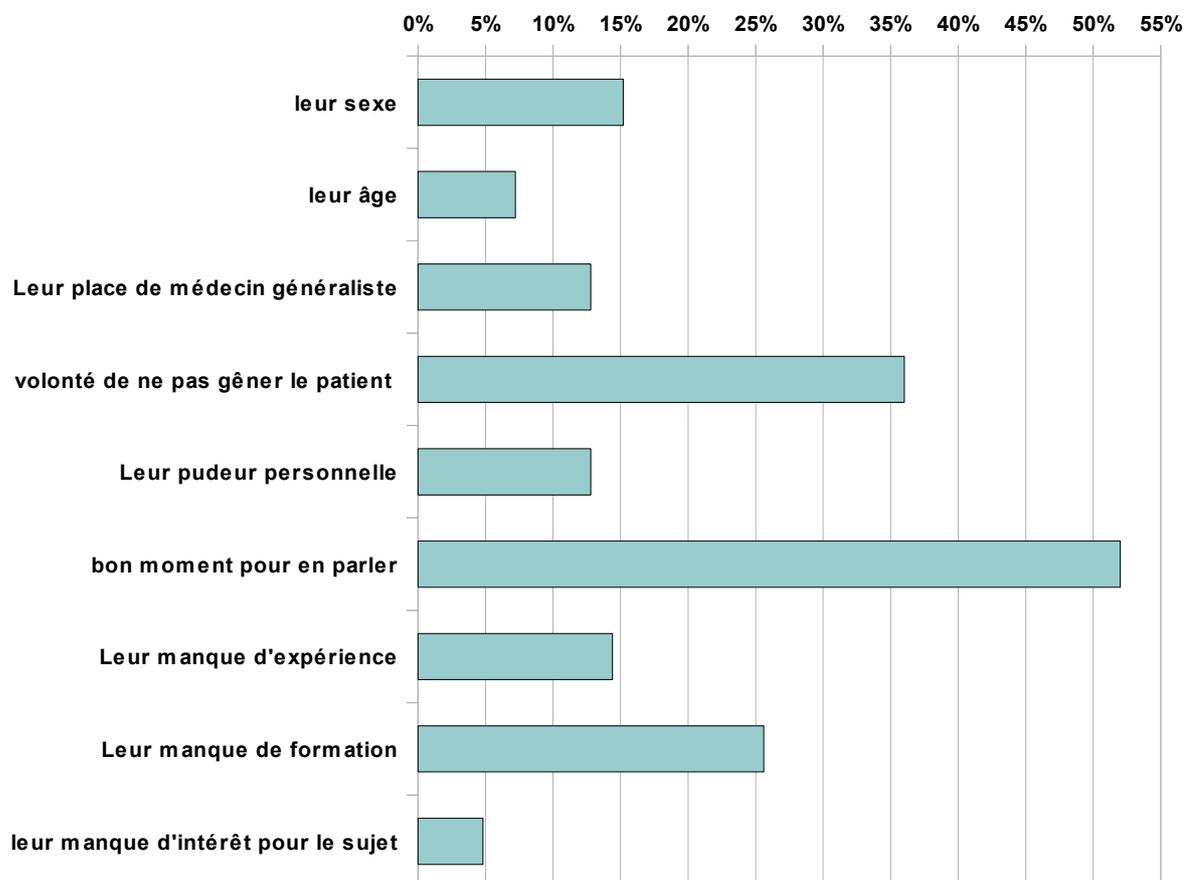
Oui, pour 64% d'entre eux (80 médecins généralistes). 26,4% (33 médecins généralistes) ne se sentent pas compétents. 12 médecins sont restés sans réponse (9,6%).

➤ Le temps de consultation est-il suffisant pour dépister une dysfonction érectile ?

Parmi les 125 réponses, 78 (62,4%) médecins pensent avoir suffisamment le temps pour dépister une DE; en revanche 40 médecins (soit 32%) estiment ne pas en avoir assez. 7 médecins n'ont pas donné de réponse (soit 5,6%).

➤ Obstacles au dépistage de la dysfonction érectile en lien avec le médecin :

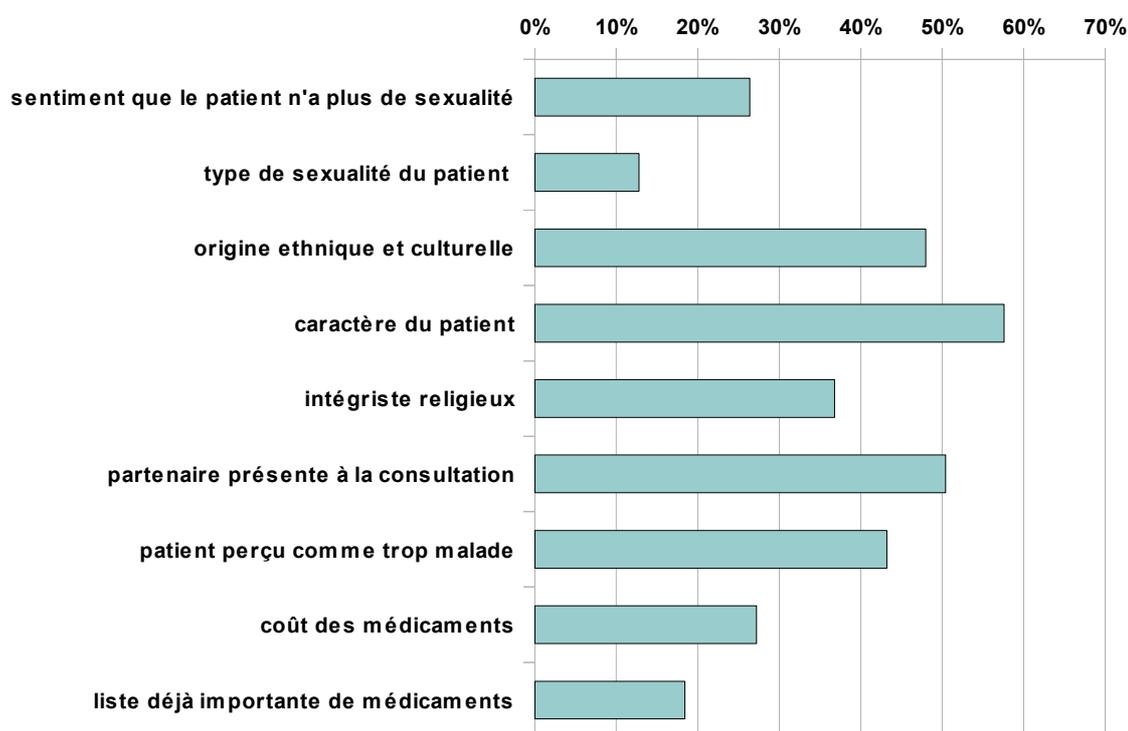
**Figure 3.** Les obstacles propres aux médecins généralistes



Pour plus de la moitié des femmes (58%), leur genre reste une difficulté principale au cours du dépistage de la DE; ainsi que l'âge pour 22,5% d'entre elles.

➤ **Obstacles au dépistage de la dysfonction érectile en lien avec le patient :**

**Figure 4.** Obstacles, en lien avec le patient, ressentis par les médecins généralistes.



- 1 médecin (0,8%) suggère que le fait d'être accompagné de son interne et d'autant plus une interne femme représente un frein au dépistage de la DE.
- 1 médecin (0,8%) suggère que les contre indications et les interactions médicamenteuses des traitements de la DE représentent en soi un obstacle au dépistage.

➤ **Formation :**

Sur les 108 médecins généralistes qui ont répondu à cette question, 68 (62,9%) seraient prêts à suivre une formation sur la DE; et notamment les femmes qui restent majoritairement volontaires (67,7%).

## 2) ANALYSES STATISTIQUES :

### ➤ Comparaison entre la formation et la fréquence de dépistage :

Les médecins formés (toutes formations confondues) dépistent de façon plus fréquente la DE que les médecins n'ayant pas reçu de formation (  $p=0,007$ ).

**Tableau 3.** Comparaison entre la formation et la fréquence de dépistage.

Formation \ Fréquence dépistage	Toutes formations confondues n=22 (100%)	Absence de formation n=98 (100%)	p value
<b>Systématiquement à souvent</b>	8 (36,3%)	11 (11,22%)	0,007
<b>Parfois</b>	11 (50%)	50 (51%)	
<b>Rarement à jamais</b>	3 (13,6%)	37 (37,7%)	

### ➤ Comparaison entre formation et connaissances sur le lien entre dysfonction érectile et maladies cardiovasculaires :

Les médecins formés (toutes formations confondues) citent plus facilement le lien qui existe entre la DE et les maladies cardiovasculaires en comparaison aux médecins n'ayant pas reçu de formation  $p=0,04$ .

**Tableau 4.** Comparaison entre connaissances et formation.

Formation \ Connaissances	Toutes formations confondues n=22 (100%)	Absence de formation n=98 (100%)	p value
<b>Citent le lien entre DE et maladies cardiovasculaires</b>	9 (40,9%)	20 (20,4%)	0,04
<b>Ne citent pas le lien entre DE et maladies cardiovasculaires</b>	13 (59,09%)	78 (79,6%)	

### ➤ Comparaison entre formation et sentiment de compétence en ce qui concerne le dépistage :

Les médecins formés (toutes formations confondues) se sentent plus compétents pour dépister une DE que les médecins n'ayant pas reçu de formation ( $p=0,01$ ).

**Tableau 5 .** Sentiment de compétence concernant le dépistage en fonction de la formation.

Formation	Toutes formations confondues n=22 (100%)	Absence de formation n=98 (100%)	p value
Se sentent compétents			
<b>Oui</b>	19 (86,3%)	59 (60,2%)	0,01
<b>Non</b>	1 (4,54%)	30 (30,6%)	
<b>Pas de réponse</b>	2 (9,1%)	9 (9,1%)	

➤ **Comparaison entre le sexe des répondants et la fréquence de dépistage :**

Les médecins hommes sembleraient dépister la DE avec une fréquence plus importante que les médecins femmes mais la différence observée reste non significative.

**Tableau 6.** Fréquence de dépistage de la dysfonction érectile en fonction du sexe.

Genre	Hommes n=94 (100%)	Femmes n=31 (100%)	p value
Fréquence de dépistage			
<b>Systématiquement à souvent</b>	17 (18%)	2 (6,4%)	0,08
<b>Parfois</b>	50 (53,1%)	14 (45,1%)	
<b>Rarement à jamais</b>	27 (28,7%)	15 (48,3%)	

➤ **Comparaison entre fréquence de dépistage et secteur d'activité :**

Il ne semble pas y avoir de différence concernant la fréquence de dépistage de la DE selon les différents secteurs d'activité (p=0,72).

**Tableau 7.** Fréquence de dépistage en fonction du secteur d'activité.

secteur	Ville n=45 (100%)	Campagne n=29 (100%)	Semi rural n=51 (100%)	p value
Fréquence de dépistage				
<b>Systématiquement à souvent</b>	8 (17,7%)	2 (6,8%)	9 (17,6%)	0,72
<b>parfois</b>	22 (48,8%)	17 (58,6%)	26 (50,9%)	
<b>Rarement à jamais</b>	15 (33,3%)	10 (34,4%)	16 (31,3%)	

## DISCUSSION

### 1) **LIMITES ET BIAIS DE L'ETUDE :**

Bien qu'il s'agisse d'un sujet original reflétant les difficultés en soins primaires et permettant de mettre en évidence des moyens d'action sur le dépistage, notre étude comporte certains biais.

#### ➤ **Représentativité et taille de l'échantillon :**

125 médecins généralistes ont répondu au questionnaire sur les 1690 médecins interrogés, soit environ 7,3% des interviewés. La taille de notre échantillon peut donc manquer de puissance du fait d'un faible taux de réponses.

Cependant notre population est comparable, à la population de médecins généralistes de Midi-Pyrénées, en ce qui concerne l'âge (53 ans de moyenne) [43].

D'après l'analyse de la situation démographique, faite en 2013, par le Conseil National de l'Ordre des médecins [44], les hommes représentent 66% des 3 236 médecins généralistes libéraux et mixtes de la région Midi-Pyrénées.

On peut donc noter que notre population diffère de celle de Midi Pyrénées, en ce qui concerne le sexe. Dans notre échantillonnage, les hommes sont légèrement sur-représentés et les femmes, a contrario, sous-représentées (75,2% d'hommes et 24,8% de femmes selon nos résultats). On est en droit de se demander si les hommes médecins se sont sentis concernés par un problème qui les touche plus directement.

#### ➤ **Biais de sélection :**

Le mode de recrutement de notre population peut être soumis à critique du fait du caractère volontaire de l'inscription sur la liste de l'URPS. Il s'agit donc d'un groupe restreint au sein de la population de médecins libéraux de Midi Pyrénées.

De plus, le refus de répondre au questionnaire, par manque de temps ou désintérêt, peut également influencer la sélection de médecins répondants et, de ce fait, avoir un impact sur l'analyse des réponses obtenues. On peut effectivement se dire que les médecins qui ont répondu sont plus disponibles, intéressés ou mieux formés sur le sujet.

➤ **Les limites du questionnaire :**

Le questionnaire a été envoyé par messagerie électronique. Le risque de ce mode de sondage est le taux de non-réponses et de réponses incomplètes, ce qui amoindrit la puissance de notre étude. Ici, le parti pris a été d'utiliser un maximum de questions fermées afin de rendre les données statistiquement analysables; d'autres sont restées ouvertes permettant de recueillir des éléments plus personnels.

Dans cette enquête, nous avons surtout travaillé sur les opinions des médecins généralistes. Il se peut que les réponses aux questions ne reflètent pas toujours la réalité de leurs pratiques cliniques. De plus, les enquêtes déclaratives se heurtent bien souvent au biais d'approximation des personnes interrogées. Une étude qualitative aurait sûrement permis d'explorer plus précisément les freins au dépistage de la DE.

## **2) POURQUOI UN FAIBLE TAUX DE DEPISTAGE EN SOINS PRIMAIRES?**

La DE reste une pathologie faiblement dépistée en médecine générale et donc faiblement prise en charge; ce que confirme ici notre étude : le dépistage reste épisodique pour de nombreux praticiens ; alors qu'il devrait l'être au même titre que l'obésité ou le tabagisme actif. Mais pourquoi un si faible taux de dépistage au sein des praticiens en soins primaires? Il s'agit probablement d'un ensemble de facteurs que notre enquête a pu révéler.

➤ **Une formation insuffisante :**

78,4% des médecins généralistes déclarent ne pas avoir reçu de formation en dehors du cursus universitaire. De plus, au cours de la formation initiale, seules quelques heures sont consacrées à l'enseignement de cette pathologie. Ce chiffre parle de lui-même quant à la méconnaissance du problème par les acteurs de santé. Plusieurs études avaient déjà confirmé ce problème de formation des médecins généralistes [36], [45].

Il est intéressant de voir que notre étude met en évidence une différence significative entre les deux populations de médecins (formés/non formés) dans l'approche de la pathologie concernant :

– la fréquence de dépistage : les médecins formés vont dépister de façon plus régulière et parfois même plus «rituelle» leurs patients par rapport aux médecins non formés ( $p=0,007$ ). Sans doute sont-ils mieux armés pour aborder la question du dépistage en consultation et contourner les difficultés et le silence qui entoure les problèmes de DE.

– les connaissances qu'ils possèdent : les médecins formés ont une meilleure compréhension de cette pathologie et sont beaucoup plus nombreux à avoir admis l'idée des potentielles conséquences cardiovasculaires. Comme il a été vu précédemment, de meilleures connaissances génèrent automatiquement un meilleur taux de dépistage ( $p=0,04$ ).

– le sentiment de compétence qu'ils éprouvent face au dépistage : la formation donne un sentiment d'assurance, d'aisance et d'efficacité face au dépistage de cette pathologie

et donc contribue à favoriser cette démarche (p=0,01).

➤ **Un manque de connaissances :**

• **Peu de médecins citent le lien entre dysfonction érectile et maladie CV**

18,4% des médecins généralistes déclarent qu'il n'existe pas de bénéfice à dépister la DE. Ils revendiquent leurs stratégies d'évitement dans la prise en charge des problèmes liés à la sexualité. Pour eux, il semblerait qu'interroger un homme qui n'a rien demandé, ni fait allusion à aucun symptôme, est assimilé à une attaque frontale :

- obligeant abruptement le patient à se poser des questions sur son âge
- générant automatiquement des blessures narcissiques qui créent une angoisse sur le devenir et la vitalité de l'homme
- pénétrant sans retenue dans l'intimité du couple.

Parmi les médecins qui déclarent utile un dépistage, seuls 29 d'entre eux (23,2%) considèrent clairement la DE comme signe précoce de maladie artérielle systémique et facteur prédictif de cardiopathies ischémiques. Pour les trois quarts des praticiens, cette notion n'est donc pas admise. Il est vrai que ce lien a été établi depuis peu car comme nous l'avons vu en introduction, la première étude est réalisée par Thompson en 2003 [19].

Au même titre que de stabiliser une tension artérielle, maîtriser un taux de cholestérol ou encore une consommation de tabac, dépister une DE relève du rôle du médecin traitant. Par simple interrogatoire, et au travers de symptômes facilement identifiables par le patient, les médecins généralistes ont en leur possession un outil simple et efficace, qui doit être considéré comme une excellente opportunité pour prévenir une pathologie vasculaire ischémique en cours de développement.

Au-delà de la pure question de la sexualité, qui déjà en soi mérite une réponse, le dépistage de la DE positionne le médecin traitant en véritable acteur de santé publique, permettant d'agir sur l'espérance de vie cardio-vasculaire des patients.

• **Les médecins restent dubitatifs quant au rôle physiologique du vieillissement sur la dysfonction érectile**

Il semble que les avis soient partagés sur cette question. On retrouve ici une réponse très contrastée puisque la moitié des médecins généralistes (48,8%) déclarent que la DE est une conséquence physiologique du vieillissement; en revanche, 44,8% ne le pense pas.

Pourtant, nombreuses études épidémiologiques dénoncent l'âge comme un facteur de risque indépendant de DE.

Aux vues de ces résultats qui restent surprenants, il est possible de supposer que les médecins qui ont répondu «non» à cette question, considèrent le vieillissement pathologique (atteinte du bas appareil urinaire, pathologies neurologiques...), lui-même en lien avec l'âge, comme principal responsable de DE chez l'homme. Après analyse, la question en elle-même peut prétendre à confusion. Le choix d'une enquête sur questionnaire montre, possiblement ici, ses propres limites.

- **Des idées fausses sur la dysfonction érectile :**

Comme nous l'avons vu en introduction, une majorité d'hommes (de 66 à 82%) attend de leur médecin généraliste qu'il prenne l'initiative de discuter avec eux de leur fonction sexuelle. Dans l'étude d'ASCHKA et al de 2001 [46], 84% des 288 patients interrogés souhaitent de leur médecin traitant plus d'aides et d'informations sur ce sujet, et particulièrement plus d'initiatives dans le dialogue.

Or, dans notre enquête, seulement plus d'un tiers des praticiens (37,6%) pense que le patient préfère être interrogé par son médecin de famille, lui-même. Les autres ne se prononcent pas sur cette question ou estiment que le sujet doit être abordé à l'initiative du patient. En accord avec les données de la littérature, **notre étude démontre que les médecins généralistes informent et initient encore trop peu la discussion sur ce sujet, en dépit de l'attente de leurs patients.**

La littérature montre que 20 à 25% des patients prennent l'initiative de parler de leur DE à un médecin [3], [5], [29], **or seulement 15,2% des praticiens connaissent ces chiffres.** 32% ne se prononcent pas sur la question et 44,8% estiment que les patients sont encore moins nombreux à déclarer leur trouble érectile, que ce qu'il en est en réalité. Ce n'est pas pour autant que cette population de médecins est plus enclin à dépister la DE de leur patient.

- **Le genre des médecins généralistes :**

**Notre enquête révèle qu'il semblerait exister une différence en fonction du sexe du médecin, en ce qui concerne la fréquence de dépistage.** Bien que cette différence soit non significative, on note que les femmes dépisteraient moins que les hommes. De plus, elles déclarent pour 58% d'entre elles, leur sexe, comme un obstacle potentiel au dépistage de la DE. Ces données restent en accord avec les éléments de littérature [37]. Et notamment avec le travail de thèse d'Anabelle Achor qui retrouve que le sexe féminin du praticien est un obstacle fortement identifié pour aborder le thème de la DE en consultation [47].

Il est possible que le manque de formation soit, en partie, responsable car seuls 1,6% des médecins de sexe féminin déclarent être formées. Mais il est aussi légitime de s'interroger sur l'intérêt que portent les femmes sur ce «problème d'homme». Les femmes interrogées expriment à 65,7% leur désir de suivre une formation. Majoritairement, elles ne semblent donc pas être désintéressées par le sujet. Sans doute existe-t-il une faible sensibilisation à ce problème masculin.

- **Des obstacles désignés :**

- **ressentis par le médecin, lui-même :**

- **Trouver le bon moment pour en parler** est considéré comme la principale source de difficultés. Dans un entretien bien souvent minuté, orienté par un motif de consultation les praticiens sont démunis pour affronter un dépistage dont le thème de la sexualité reste tabou.

– Cela rejoint l'idée que les médecins généralistes ont **peur d'offenser leur patient** en abordant ce thème et d'entraver le bon déroulement de la relation médecin-patient . Il n'est pas évident de parler de DE de manière identique avec tous les hommes sans préjugé, sans crainte des réponses possibles et sans discours moralisateur. La crainte de l'érotisation de ce colloque singulier sous-tend, également, ce problème; ces informations sont confirmées par les éléments de bibliographies [36], [48].

– **le manque de formation** représente le troisième obstacle clairement défini par les médecins, eux-mêmes. Cependant le manque d'expérience dans le dépistage de la DE ne semble pas être une difficulté majeure.

– **le sexe des médecins femmes** représente un obstacle pour 58% d'entre elles.

- **en lien direct avec le patient :**

Les médecins citent plus largement les difficultés qu'ils attribuent à leur patient :

– **Le caractère du patient** semble représenter un obstacle majeur. Il n'est pas aisé de composer avec les «originalités» de chacun et d'arriver à communiquer sur des sujets touchant à l'intimité de la personne.

– Le fait que la **partenaire soit présente au cours de la consultation** représente un obstacle cité à 50,4% dans notre étude (soit un médecin sur deux). Or, on sait que la prise en charge de la DE passe par la prise en charge du couple car les réactions psychologiques ou comportementales face à la DE peuvent conduire à la création d'un cercle vicieux source de conflits et d'insatisfaction qu'il est nécessaire de dépister [49].

– **L'origine culturelle et ethnique du patient**, ainsi que la religion, dans une moindre mesure, semble s'imposer comme une difficulté importante dans le dépistage de la DE. Elle réside par la méconnaissance de certaines représentations culturelles et religieuses de la sexualité. Il est vrai que ces représentations sont très différentes entre les populations et leurs héritages culturels, selon que l'on envisage les pays de culture occidentale, orientale ou africaine.

Si l'on prend quelques exemples, on se rend compte qu'en Malaisie et en Chine sera attribuée la responsabilité des troubles érectiles aux femmes et que cela entraînerait des infidélités conjugales. En revanche les Indiens attribuent leur condition à la fatalité [50].

L'intrication des facteurs ethniques et sociaux dans la genèse et l'entretien des troubles érectiles est importante. On comprend alors les difficultés qui existent pour qu'un dépistage de la DE puisse être accepté de façon universelle. Ce type de pathologie est, selon les pays et les cultures, vécu comme valorisant ou dévalorisant. Il nous semble, essentiel de tenir compte de ces différences socioculturelles dans notre exercice de la médecine ; mais encore faut-il les connaître pour pouvoir mieux les respecter. Cette difficulté perçue par les praticiens est en accord avec les données de la littérature [51] et notamment dans l'étude Humphrey concernant la prise en charge des dysfonction sexuelles du point de vue du généraliste [36].

– Le fait de **percevoir le patient comme trop malade** n'incite pas au dépistage. En

effet, les médecins vont définir des priorités dans le déroulement de la consultation, en axant leur travail sur les pathologies qu'ils estiment essentielles, au détriment du dépistage de la DE.

– Le fait que le médecin ait **le sentiment que son patient n'ait plus de sexualité** est cité comme obstacle par un quart des généralistes. Pourtant, nous avons vu en introduction que l'activité sexuelle des séniors reste présente malgré l'avancée en âge.

– Un quart des généralistes cite également **le coût des médicaments** comme frein potentiel au dépistage; il est vrai qu'il est délicat de dépister une DE sans pouvoir donner suite du fait de la contrainte financière. La littérature retrouve cet obstacle [37] et notamment dans une étude réalisée en soins primaires, en 2007 chez 187 praticiens [52]. Presque un médecin sur cinq estime également qu'une liste importante de médicaments est un frein au dépistage.

### ➤ **Ce qui auraient pu représenter un obstacle :**

Malgré l'idée que l'on pourrait se faire, notre étude retrouve des éléments qui ne sont pas considérés comme des obstacles dans la pratique quotidienne.

#### • **Le temps :**

Dans la plupart des études, comme celle réalisée en 2001 par **Humphrey [36]** chez 218 médecins généralistes, le manque de temps est décrit comme obstacle majeur à la prise en charge de la DE. Ici concernant le dépistage, les médecins généralistes ne reconnaissent pas le manque de temps comme difficulté potentielle au dépistage. Au contraire, ils sont majoritaires à penser qu'ils ont suffisamment de temps pour dépister la DE. La durée moyenne de la consultation n'étant pour autant que de 17 min. Il est intéressant de constater que les praticiens considèrent un dépistage possible mais une prise en charge plus délicate.

• **le secteur d'activité** ne représente pas une barrière en soi; la fréquence de dépistage serait sensiblement équivalente dans les différents secteurs.

• **le rôle du médecin généraliste dans le dépistage de la DE :** on aurait pu penser que les médecins interrogés attribueraient le rôle du dépistage à l'urologue; or il n'en est rien. Les médecins généralistes ont la conviction, pour 92,8% d'entre eux, que le dépistage de la DE relève de leur activité. Seulement 1,6% n'en est pas convaincu. Les praticiens ne renient en rien leur rôle privilégié de médecin de premier recours, d'autant plus qu'ils se **sentent majoritairement compétents** pour assurer un dépistage en médecine générale.

• Les médecins généralistes pensent, à juste titre, que les patients préfèrent s'adresser à leur médecin traitant en première instance. Dans le travail de **thèse de J.PALAZZI [53]**, le médecin généraliste est le professionnel de santé préféré pour aborder le problème du trouble de l'érection au cours d'une consultation. Tout comme l'étude de Costa [5] qui retrouve dans la population générale masculine une nette préférence accordée au généraliste (58%) par rapport aux spécialistes. Certes, il est clairement établi qu'il existe un manque de formation des professionnels concernant cette pathologie, mais qui est ici contrebalancé par des qualités relationnelles et d'écoute validées par les patients.

- on aurait pu penser que **la place de médecin traitant soit citée comme obstacle**, dans une relation médecin/malade où la confiance est primordiale. Parler de sexualité et d'intimité pourrait gêner le bon déroulement de ce colloque singulier; or en réalité peu de praticiens dénoncent cela. Au contraire, il est bien acquis qu'il s'agit d'une place privilégiée au cœur de notre système de soins.

- La **pudeur personnelle** des médecins n'est pas citée comme obstacle. Ceci va dans le sens des études recensées, où les praticiens se disent à l'aise pour parler de sexualité avec leurs patients [38]. En revanche, cet élément va à l'encontre des recommandations de l'AIHUS qui évoquaient la gêne personnelle comme frein imputable au médecin traitant [34].

- **L'âge du médecin** n'est cité que par 9 médecins seulement (7,2%). Cependant il est important de noter que 44,4% des médecins qui citent l'âge comme obstacle, sont des femmes de moins de 39 ans.

- **Le type de sexualité du patient** n'est pas considéré comme obstacle. La diversification des trajectoires sexuelles s'inscrit dans l'évolution de la société qui reconnaît le bien-fondé d'une sexualité non reproductive. Cependant, cette donnée n'est pas en accord avec la littérature [51].

- **Un manque d'intérêt pour le sujet** : 54,4% des médecins généralistes déclarent être favorables à une formation complémentaire sur la DE. On se rend bien compte qu'à travers ce chiffre un médecin sur deux est intéressé par le sujet et reste volontaire pour se former. Cet élément va également à l'encontre des recommandations faites par l'AIHUS [34].

### **3) PROPOSITIONS POUR AMELIORER LE DEPISTAGE DE LA DYSFONCTION ERECTILE EN MEDECINE GENERALE :**

Cette étude met en évidence différents obstacles inhérents aux médecins généralistes qui freinent le dépistage de la DE en pratique générale. Il nous est dorénavant possible de déterminer certains leviers d'action afin d'améliorer cette démarche :

- **une meilleure formation universitaire et post universitaire pour des connaissances solides** : la formation des professionnels de santé concerne l'acquisition de compétences théoriques et techniques, mais aussi l'acquisition d'aptitudes relationnelles, psychologiques et d'attitudes positives à l'égard de cette pathologie. De plus, le lien avec les maladies CV devrait générer une prise de conscience indéniable sur l'intérêt de dépister une DE, qui prend une tout autre dimension en dehors du seul cadre sexuel.

- **une meilleure sensibilisation des professionnels de santé** : les campagnes de communication ont pour objectif de sensibiliser les médecins à l'intérêt du dépistage, et notamment les femmes qui semblent être moins attentives à ce problème masculin. Il est nécessaire de faire prendre conscience aux praticiens, qu'ils ont à leur disposition des outils

précieus en matière de santé publique, permettant de mettre en évidence des maladies chroniques sous-jacentes en cours de développement.

– des outils pour communiquer avec son patient : aux difficultés ressenties par les praticiens, de trouver le bon moment pour dépister une DE, il est possible de proposer un dépistage lors de moments clés : le début d'un suivi médical, le suivi de maladies chroniques ou post chirurgicales, lors d'un bilan annuel complet, lorsque le patient présente des facteurs de risque CV, lors de prescriptions médicamenteuses, à certaines étapes de la vie, ou en présence de difficultés dans le couple... Aborder le thème de la sexualité et plus précisément de la DE implique entraînement et exercice. Il est nécessaire avant tout de demander la permission à son patient avant de le questionner. Cela implique d'utiliser un discours clair, sans jugement, et d'accompagner sa démarche d'explications. Très souvent, le sentiment de paraître intrusif dans la vie du patient s'estompe si le médecin prend la peine d'expliquer sa démarche.

– Favoriser une approche multidisciplinaire en réseau regroupant différents professionnels de santé (omnipraticiens, urologue, psychiatre, endocrinologue, gynécologue..) dont l'expertise combinée permet d'offrir un éventail complet de soins pouvant répondre adéquatement aux besoins complexes des patients. Dépister une DE n'implique pas obligatoirement une prise en charge exclusive par le médecin qui la découvre. Au contraire, par le biais d'une approche multidisciplinaire, la santé sexuelle est intégrée dans la santé globale de l'homme.

– une consultation de prévention annuelle : les contraintes inhérentes à la consultation, la complexité des informations à donner aux patients et la multitude de problèmes à gérer au cours des consultations ne permettent pas aux médecins d'exercer leur rôle de prévention comme ils le souhaiteraient. C'est pourquoi, il est possible d'évoquer la possibilité de mise en place d'une consultation dédiée à la prévention de la DE, en l'intégrant dans une démarche de prévention cardiovasculaire.

– une consultation avec le patient mais aussi avec le couple : en matière de sexualité, il n'existe pas de symptômes sexuels qui n'engagent pas le couple dans sa dynamique relationnelle et psychologique. C'est un obstacle qui ne doit pas en être considéré comme tel. La consultation de couple est indispensable. Ce qui est considéré comme problématique pour un couple ne l'est pas forcément pour un autre; il est nécessaire de rechercher l'existence d'un malaise et d'une souffrance. La présence de la partenaire doit être considérée comme une force dans le dépistage de la DE.

– multiplier les campagnes de dépistage et de prévention pour le grand public afin de démystifier les interrogations intrusives du généraliste et aborder ce thème en consultation de façon plus libérée en ce qui concerne le praticien, notamment de sexe féminin.

## CONCLUSION

Les données de prévalence, l'association fréquente avec les comorbidités, le retentissement sur la qualité de vie ainsi que l'existence de traitements efficaces justifient amplement le dépistage de la dysfonction érectile. Cependant, il ne s'agit pas d'une pratique courante en médecine générale. L'objectif principal de cette thèse était de mettre en évidence les obstacles inhérents aux médecins généralistes dans le cadre du dépistage de la dysfonction érectile. L'étude s'appuie sur les résultats d'un questionnaire distribué à des médecins volontaires exerçant en Midi-Pyrénées.

Les médecins reconnaissent majoritairement (66,4%) qu'il est bénéfique de réaliser un dépistage précoce de la dysfonction érectile. Néanmoins, il a été mis en évidence de nombreux obstacles : manque de formation, connaissances insuffisantes, genre des médecins, difficultés à trouver le bon moment pour en parler, peur de gêner ou encore plusieurs difficultés émanant du patient lui-même (caractère, origine socioculturelle, religion...).

La mise en place de formations professionnelles, de consultation spécifiquement dédiée à la prévention, ou encore d'une meilleure sensibilisation des professionnels aux conséquences de cette pathologie, pourrait être acceptée par les médecins généralistes, et favoriserait un dépistage à plus large échelle auprès des patients consultant les structures de soins primaires.

Il est surtout important de souligner que dépister une dysfonction érectile, c'est potentiellement mettre le doigt sur une affection cardiovasculaire en cours de développement; il est donc de la responsabilité de chaque médecin généraliste de prendre conscience qu'ils ont à leur portée un formidable outil en terme de prévention de risques CV et d'espérance de vie des patients. Ce symptôme, facilement décelable par un simple interrogatoire, apparaît non seulement comme un baromètre de la santé, mais aussi comme un clignotant, avertisseur de situations parfois dangereuses.

Tout médecin traitant doit donc apprendre à «désexualiser» la DE, et à l'appréhender comme véritable problème médical et enjeu de santé publique. Pour cela, il est nécessaire d'acquérir un ensemble de connaissances et d'avoir la capacité à aborder ce thème au cours de la consultation par le biais de la maîtrise des processus de communication. Cette pathologie permet de repositionner le médecin généraliste au cœur des actions de prévention, bien au-delà de la prise en charge sexuelle.

Toulouse le 14.10.14

Vu permis d'imprimer  
Le Doyen de la Faculté  
de Médecine Purpan  
J.P. VINEL



13/10/14

Vu, le Président du Jury  
Pr. Stéphane OUSTRIC



## BIBLIOGRAPHIE

1. NIH Consensus conference. Impotence. NIH Consensus development Panel on Impotence. *Jama*, 1993. 270 (1) :83-90.
2. LUE TF., GIULIANO F., MONTORSI F., ROSEN CR., ALTHOLF S., et al. « Sexual dysfunction in men and women » ; Second international consultation on sexual dysfunction» *the journal of sexual medicine*, 2004,1 : 6-23.
3. GIULIANO P. ,CHEVRET-MASSON M., TSATSARIS A. et al. « Prévalence de l'insuffisance érectile en France : résultats d'une enquête épidémiologique menée auprès d'un échantillon représentatif de 1004 hommes », *Progrès en urologie*, 2002, 12 : 260-267.
4. DROUPY S., GIULIANO F., CUZIN B., COSTA P., VICAUT E., LEVRAT F. « Prévalence de la dysfonction érectile chez les patients consultant en urologie : l'enquête ENJEU (enquête nationale de type 1 jour sur la prévalence de la dysfonction érectile chez les patients consultant en urologie »), *Progrès en urologie*, juin 2009, 19 :830-838.
5. COSTA P., AVANCES C., WAGNER L., « Dysfonction érectile : connaissances, souhaits et attitudes. Résultats d'une enquête française réalisée auprès de 5099 hommes âgés de 18 à 70 ans », *Progrès en urologie*, 2003, Vol.13, 85-91.
6. FELDMAN HA., GOLDSTEIN I, Mc KINLAY JB., et al. « Impotence and its medical and psychosocial correlates : results of the Massachussets male aging study », *the journal of urology*, 1994, 151(1) : 54-61.
7. JOHANNES CB. et al, « Incidence of ED in men 40 to 69 years old : longitudinal results from the Massachussets male aging study », *the journal of urology*, 2000 Feb, 163(2) : 460-463.
8. GROVER SA et al « The Prevalence of Erectile Dysfunction in the Primary Care Setting, Importance of Risk Factors for Diabetes and Vascular Disease » *Arch InternMed*. 2006 jan;166(2) : 213-219.
9. ROSEN RC, FISCHER WA, EARDLEY I, NIEDERNEGER C., NADEL A., SAND M, « The Multinational men's attitude to life events ans sexuality ( MALES) study : prevalence of erectile dysfunction and related health concerns in general population », *Current Medical Research Opinion*, 2004, 20(5) :607-617.
10. COSTA P., GRIVEL T., GIULIANO F. et al « La dysfonction érectile : un symptôme sentinelle » *Progrès en urologie*, 2005, 15 : 203-207
11. COLSON M-H., ROUSSEY G., « Dépistage et prise en charge de la dysfonction érectile des patients diabétiques : une nécessité pour tout praticien. Revue de littérature», *Sexologies*, 2013 janv, 22(1) : 3-9

12. PENSON DF., LATINI DM., LUBECK DP., WALLACE KL.,HENNING JM.,LUE TF. « Do impotent men with diabetes have more severe erectile dysfunction and worse quality of life than the general population of impotent patients? » *Diabetes Care* 2003; 26(4) : 1093-1099.
13. BACON CG., HU FB., GIOVANNUCCI E., GLASSER DB., MITTLEMAN MA., RIMM EB. « Association of type and duration of diabetes with erectile dysfunction in a large cohort of men », *diabetes care*, 2002, 25 : 1458-63
14. ROMEO JH., SEFTEL AD., MADHUN ZT., ARON DC., « Sexual function in men with diabetes type 2: association with glycemic control », *journal of urology*, 2000, 163 : 788- 91.
15. Mc VARY KT., CARRIER S., WESSELS H., « Smoking and erectile dysfunction : evidence based analysis », *J urol*, 2001, 166: 1624-32.
16. WEI M, MACERA CA., DAVID DR., HORNUNG CA.,NANKINHR., BLAIR SN., « Total cholesterol and high density lipoprotein cholesterol as important predictors of erectile dysfunction », *Am J Epidemiol*, 1994, 140 (10) : 930-937
17. CHEW KK, « Erectile dysfunction in general medicine practice : prevalence and clinical correlates », *Int Jimpot res*, 2000 (12) : 41-45.
18. RICHARD F., LUKACS B., JARDIN A., LANSON Y., NAVRATIL H. « Assessing sexual function and urinary symptoms : results of an epidemiological survey in 3.500 French men aged 50 to 80 years », *J. Urol.*, 2000 ; 163 : 249.
19. THOMPSON IM., TANGEN CM., GOODMAN PJ, « Erectile dysfunction and subsequent cardiovascular disease » *JAMA*. 2005 Dec 21;294(23):2996-3002
20. BLUMENTALS WA., et al. « Should erectile dysfunction be considered as a marker for acute myocardial infarction? Results from a retrospective cohort study » *Int J Impot Res*, 2004,16(4): 350-353
21. MONTORSI F, BRIGANTI A, SALONIA A et al. « Erectile dysfunction prevalence time of onset and association with risk factors in 300 consecutive patients with acute chest pain and angiographically documented coronary artery disease» *Eur Urol* 2003 ; 44(3) : 360
22. MONTORSI P., et al. « Association between erectile dysfunction and coronary artery disease. Role of coronary clinical presentation and extent of coronary vessels involvement: the COBRA trial » *European Heart Journal* (2006) 27, 2632–2639
23. MONTORSI P, RAVAGNANI P, GALLI S et al. « The Artery Size Hypothesis : A Macrovascular Link between erectile dysfunction and coronary artery disease » *Am J Cardiol* 2005 ; 96 (Suppl 2) : 19-23
24. BONDIL P., DELMAS V., « l' «angor de verge» ou la révolution actuelle de la dysfonction érectile », *progrès en urologie*, 2005, 15 : 1030-1034

25. ROSEN RC, et al. « Lower urinary tract symptoms and male sexual dysfunction: the multinational survey of the aging male (MSAM-7) » *Eur Urol* 44(6): 637-49.
26. COLSON MH, « Les femmes face à la dysfonction érectile : problèmes d'hommes, regards de femme », *progrès en urologie*, Vol. 15, 710-716
27. SFMG (1998). « Annuaire statistique de l'observatoire de la médecine générale », Documents de recherche en médecine générale 52: 8-31
28. BALDWIN KC, GINSBERG PC et al. « underreporting of erectile dysfunction among men with unrelated urologic conditions » AUA 95<sup>th</sup> annual meeting, *Journal of urology*, 2000, 163, suppt 243, abstract 1080
29. BUVAT J. et al. « Les problèmes d'érection : une souffrance trop souvent cachée », *andrologie*, 2002, 12(1) : 73-93.
30. MESTHE P., OUSTRIC S., ESCOURROU B, et al. « Plainte pour dysfonction érectile et consultation de médecine générale » *La Revue Exercer*, Septembre 2006 n°79 - 116
31. LEMAIRE A., COLSON MH., ALEXANDRE B, et al. « Pourquoi les patients qui ont des difficultés sexuelles ne consultent ils pas plus souvent? D'après une enquête française de l'ADIRS » *Sexologies*, 2009.
32. CORRADO M., et al. « Men and erectile dysfunction : a survey of attitudes in ten countries (ISIR-MORI study) » 8th world meeting on impotence research.
33. GIULIANO F., LERICHE A., JAUDINOT E., et al. « Prevalence of erectile dysfunction among 7689 patients with diabetes or hypertension, or both » *Urology* 2004 Dec, 64(6):1196-1201
34. AIHUS « Recommandations aux médecins généralistes pour la prise en charge de première intention de la dysfonction érectile » Actualisées en 2010
35. RAINERI F., « dysfonctions sexuelles » *La revue du praticien-médecine générale*, oct 2003, 17(626) : 1264-1265)
36. HUMPREY S, NAZARETH I., « GP's views on their management of sexual dysfunction », *Family practice*, Oxford University Press, 2001, 18 :515-518
37. LOW W., et Al, « Management of erectile dysfunction barriers faced by general practitioners » , 2004, *Asian J Andrology*, 6 :99-104
38. FISCHER W, BUVAT J., et Al. «communication about erectile dysfunction among men with erectile dysfunction, partner of men with erectile dysfunction and physicians : the strike up a conversation study » *the journal of men's health and gender*, 2005, 2(1) : 64-78

39. LAUMANN ED, NICOLOSI A, GLASSER DB, et al « Sexual problems among women and men aged 40-80 years : prevalence and correlates identified in the global study of sexual attitudes and behaviors » international journal of impotence research, 2005 17(1):39-57
40. READ S.,KING M., WATSON J. « sexual dysfunction in primary medical care : prevalence, characteristics and detection by the GP » 1997, journal public health med 19(4) : 387-391
41. DESVAUX P, CORMAN A, HAMIDI K, PINTON P « Prise en charge de la dysfonction érectile en pratique quotidienne : étude PISTES », 2004, progrès en urologie,14(4) :512-52
42. Site de statistiques BiostaTGV : <http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/>
43. SICART D., « Les médecins au 1er janvier 2013 », direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Séries statistiques n°179, avril 2013
44. RAULT JF., LEBRETON-LEROUVILLOIS G.,et al « La démographie médicale en Midi – Pyrénées. Situation en 2013 » Conseil national de l'ordre des médecins.
45. KOKEL C. « Place du médecin généraliste dans la prise en charge des difficultés sexuelles masculines » Thèse d'exercice, médecine générale, Université Henri Poincaré Nancy 1, 2011
46. ASCHKA. C et al. « Sexual problems of male patients in family practice » J Fam Pract,2001,50 (9) : 773-778 .
47. ACHOR A. « Dysfonctions érectiles en médecine générale : états des lieux de l'enseignement et création d'une fiche de synthèse pour la consultation » université Paris 7- DENIS DIDEROT, 2007, n° 146.
48. GIAMI A. « Erotisation de la relation médecin patient : difficultés dans la prise en charge de la sexualité », Nantes, Communication aux 4ème assises françaises de sexologie et de santé sexuelle, mars 2011.
49. WAGNER G. , et al. « Impact of erectile dysfunction on quality of life: patient and partner perspectives » *Int J Imp Res*, 2000 ; 12(Suppl 4) : 144-146
50. LEMAIRE. A, GRIVEL T., COSTA P. et al « Dysfonction érectile, sexualité et influences socioculturelles », gynécologie obstétrique, 34(12) : 1154-1160.
51. GOTT M., et al, «"Opening a can of worms": GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care, family practice », 2003 oct, 21(5), 528-536
52. ARIBA AJ. Et al, « Management of erectile dysfunction: perceptions and practices of Nigerian primary care clinicians », Fam Pract, 2007; 49(9) : 16
53. TARDIEY A ,PALAZZI J, KHODARI M,YIOU R « Attitudes des médecins généralistes et endocrinologues face à la dysfonction érectile du patient diabétique : enquête auprès de 130 patients» Progrès en urologie, 2011, 21(2) : 126-133

# ANNEXE

## Annexe 1 : Le questionnaire de l'étude

### Questionnaire :

➤ A propos de vous :

**1) Êtes-vous :**

une femme

un homme

**2) Quel âge avez-vous?**

- - - - - ans

**3) Depuis combien de temps exercez-vous?**

- - - - - ans

**4) Travaillez-vous ?**

à la ville

à la campagne

en semi-rural

**5) Exercez-vous ?**

seul

en cabinet de groupe

**6) Quelle est la durée moyenne de vos consultations ?**

----- minutes

**7) Avez-vous reçu une formation particulière sur les dysfonctions sexuelles et plus précisément sur la dysfonction érectile?**

Oui

non

**si oui laquelle ?** (plusieurs réponses possibles)

diplôme inter universitaire de sexologie

FMC

- Congrès
- Revue médicale
- autre, précisez .....

**8) A quelle fréquence vous arrive-t-il de dépister les dysfonctions érectiles?**

- systématiquement
- souvent
- parfois
- rarement
- jamais

➤ Que pensez-vous des propositions suivantes :

**9) Pensez-vous que le dépistage de la dysfonction érectile relève du rôle du médecin généraliste?**

- oui
- non
- ne se prononce pas

**10) Considérez-vous la dysfonction érectile comme une conséquence normale du vieillissement?**

- oui
- non

**11) Pensez-vous qu'il est bénéfique de réaliser un dépistage précoce de la dysfonction érectile en médecine générale?**

- Oui
- non

**Pourquoi?**

-----  
-----  
-----

**12) Au cours d'une consultation de médecine générale, pensez-vous que le patient, préfère :**

- aborder , lui-même, son problème de dysfonction érectile avec le médecin
- être interrogé par le médecin généraliste au cours de la consultation
- ne se prononce pas

**13) Savez-vous combien de patients présentant une dysfonction érectile prennent l'initiative d'en parler à un médecin?**

- 10 - 15 %
- 20 - 25 %
- 40 - 45%
- plus 50%
- ne sait pas

**14) D'après vous, avec quel praticien, les patients préfèrent ils parler de leur dysfonction érectile en première intention ?**

- l'urologue
- le sexologue
- le médecin généraliste
- le psychiatre
- autre , précisez -----

➤ Concernant les difficultés rencontrées en consultation :

**15) Vous sentez-vous compétent pour dépister une dysfonction érectile?**

- Oui
- non

**16) Pensez-vous avoir le temps suffisant au cours d'une consultation pour dépister une dysfonction érectile?**

- Oui
- non

**17) D'après vous, quels éléments vous concernant, pourraient représenter un obstacle au dépistage d'une dysfonction érectile?( plusieurs réponses possibles)**

- Votre sexe
- votre âge
- votre place de médecin généraliste ( la difficulté de bien connaître le patient et sa famille)
- volonté de ne pas éprouver, gêner son patient
- votre pudeur personnelle à questionner sur une dysfonction érectile
- la difficulté à trouver le bon moment pour en parler
- votre manque d'expérience pour aborder ce sujet
- votre manque d'intérêt pour le sujet,
- votre manque de formation sur le sujet
- autre, précisez.....

**18) D'après vous, quels éléments en lien avec le patient, pourraient représenter un obstacle au dépistage de la dysfonction érectile? ( plusieurs réponses possibles)**

- le sentiment que le patient n'a plus de sexualité
- le type de sexualité du patient ( ex: homosexualité, paraphilie...)
- origine ethnique et culturelle du patient
- caractère du patient ( timide, réservé, caractériel, machiste ...)
- patient intégriste religieux
- partenaire présente à la consultation
- patient perçu comme trop malade pour s'intéresser en priorité à sa dysfonction érectile
- coût des médicaments trop important pour le patient
- le fait que le patient ait déjà une liste importante de médicaments
- autre précisez.....

**19) Si une formation vous était proposée sur la dysfonction érectile, souhaiteriez-vous y participer?**

- oui
- non

Si vous souhaitez recevoir les résultats de cette enquête, merci de me laisser votre adresse e mail afin que je puisse vous les transmettre .....

## **ABSTRACT :**

### **Screening of erectile dysfunction : general practitioners' obstacles. Transversal descriptive study in Midi Pyrenees.**

Nowadays Erectile dysfunction (ED) is known as frequent pathology and as a disruptive factor of men's sexuality and relationship. Despite many informations about ED and associated risks to be a trigger to occult pathology, in particular cardiovascular disease , few general practioners detect it. The aim of the present study was to evaluate general practitioners obstacles providing them to screening ED.

The study was leaded through a questionnaire distributed to voluntary general practitioners registered on the list of URPS between May 14<sup>th</sup>, 2013 and July 1<sup>st</sup>,2013. The questionnaire, auto-administered, contained 19 questions.

66,4 % of general practitioners consider it is significant to perform an early screening of the ED. Whereas only 23,2 % know the possible link with the cardiovascular diseases. General practioners' substantial proportion (78,4 %) has never received any trainaing except during the university program. Several ostacles are added : gender, age of the practitioners, difficulty to find appropriate timing to speak about ED, presence of the partner, difficulties concerning the patient (cultural and ethnic origin, personality...)

We conclude screening of ED is slowed down by many obstacles, and it is key to raise general practitioners' awareness of the interest of screening, beyond the question of sexuality.

**Key Words :** Erectile dysfunction, general practice, screening, obstacles, cardiovascular disease

---

ANDRES

Lisa

**TITRE : Dépistage de la dysfonction érectile : les obstacles inhérents aux médecins généralistes. Étude transversale descriptive en Midi Pyrénées.**

Toulouse, le 18 novembre 2014

---

**RESUME :**

**Introduction :** La dysfonction érectile est aujourd'hui reconnue comme une pathologie fréquente et affectant la qualité de vie relationnelle et sexuelle de l'homme. Et malgré l'abondance des données faisant de la dysfonction érectile un indicateur précoce de maladies cardiovasculaires, ainsi que de nombreuses autres pathologies, peu de praticiens la dépistent. L'objectif de cette étude a donc été d'analyser les obstacles inhérents aux médecins généralistes dans le cadre du dépistage de cette pathologie. **Méthode :** L'enquête a été réalisée auprès de 125 médecins généralistes volontaires inscrits sur la liste de l'URPS du 14 mai au 1 juillet 2013. Le questionnaire, auto-administré, comportait 19 questions.

**Résultats :** 66,4% des médecins estiment qu'il est bénéfique de réaliser un dépistage précoce de la dysfonction érectile. En revanche, seulement 23,2% ont conscience du lien qui peut exister avec les maladies cardiovasculaires. Une proportion importante de médecins (78,4%) n'a jamais reçu de formation en dehors du cursus universitaire et à cela vient s'ajouter de nombreux autres obstacles : le genre, l'âge des praticiens, les difficultés à trouver le bon moment pour en parler, la présence de la partenaire à la consultation mais aussi certains éléments provenant du patient lui-même (origine culturelle, ethnique, personnalité...).

**Conclusion :** Cette enquête révèle que le dépistage de la dysfonction érectile se heurte encore à de nombreux obstacles et qu'il est nécessaire de sensibiliser les praticiens à prendre conscience de l'intérêt du dépistage, bien au-delà de la question de la sexualité.

---

**TITRE EN ANGLAIS :** Screening of erectile dysfunction : general practitioners' obstacles. Transversal descriptive study in Midi Pyrénées.

---

**DISCIPLINE ADMINISTRATIVE :** MEDECINE GENERALE

---

**MOTS CLES :** dysfonction érectile – médecine générale – dépistage – obstacles – maladies cardiovasculaires

---

**Faculté de Médecine Ranguel – 133 route de Narbonne**

**31062 TOULOUSE Cedex 04 - France**

---

**Directeur de thèse : Docteur MESTHE Pierre**