



HAL
open science

**Validation d'un outil de communication par affiche
autour des troubles de l'érection des patients diabétiques
en médecine générale (enquête qualitative auprès de
patients diabétiques et de médecins généralistes)**

Aurélie Dumas, Fanny Romuald

► **To cite this version:**

Aurélie Dumas, Fanny Romuald. Validation d'un outil de communication par affiche autour des troubles de l'érection des patients diabétiques en médecine générale (enquête qualitative auprès de patients diabétiques et de médecins généralistes). Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01289065

HAL Id: dumas-01289065

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01289065>

Submitted on 20 Jun 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE GRENOBLE ALPES
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année : 2016

N° :

**Validation d'un outil de communication par affiche
autour des troubles de l'érection des patients diabétiques
en médecine générale**

(Enquête qualitative auprès de patients diabétiques et de médecins généralistes)

THESE

PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE GENERALE

DIPLÔME D'ETAT

Aurélie DUMAS née le 29 avril 1985 à Albertville
et Fanny ROMUALD née le 9 décembre 1986 à Vélizy-Villacoublay

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE
GRENOBLE*

Le : 4 mars 2016

Devant le jury composé de :

Président du jury : Monsieur le Professeur Pierre Yves BENHAMOU

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Gérald VANZETTO

Monsieur le Docteur Jean-Alexandre LONG

Madame le Docteur Rosa CARBALLEDA, directrice de thèse

*La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

Doyen de la Faculté : **M. le Pr. Jean Paul ROMANET**

Année 2015-2016

ENSEIGNANTS A L'UFR DE MEDECINE

PU-PH : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers

MCU-PH : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
PU-PH	APTEL Florent	Ophtalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie générale
PU-PH	BALOSSO Jacques	Radiothérapie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BARRET Luc	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
MCU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
PU-PH	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence

PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
MCU-PH	CALLANAN-WILSON Mary	Hématologie, transfusion
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
PU-PH	CHARLES Julie	Dermatologie
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Oncologie
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
MCU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie générale
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire

PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	GUEBRE-EGZIABHER Fitsum	Néphrologie
MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie, biologie moléculaire
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
PU-PH	KRACK Paul	Neurologie
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie ; Eco. de la Santé
PU-PH	LANTUEJOU Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	LAPORTE François	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARRAT Sylvie	Bactériologie, virologie
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LETOUBLON Christian	Chirurgie générale
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie

MCU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
PU-PH	MACHECOURT Jacques	Cardiologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie, transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MCU-PH	MCLEER Anne	Cytologie et histologie
PU-PH	MERLOZ Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
MCU-PH	MOUCHET Patrick	Physiologie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlogie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémato - transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie

PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Virologie
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
PU-PH	RAMBEAUD Jacques	Urologie
MCU-PH	RAY Pierre	Génétique
PU-PH	REYT Émile	Oto-rhino-laryngologie
MCU-PH	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET J. Paul	Ophthalmologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie Cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL-CANALI Carole	Réanimation médicale
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Réanimation
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUÏ Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

Remerciements :

A Monsieur le Professeur Pierre Yves BENHAMOU, pour avoir accepté de présider ce jury.

Nous vous présentons nos sincères remerciements et notre profond respect.

A Monsieur le Professeur Gérald VANZETTO, pour avoir accepté de participer à ce jury.

Veillez trouver ici l'expression de notre gratitude et de notre profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Jean-Alexandre LONG, pour avoir accepté de participer à ce jury.

Veillez trouver ici l'expression de notre gratitude et de notre profonde reconnaissance.

A Madame le Docteur Rosa CARBALLEDA, pour avoir accepté de diriger ce travail. Merci pour vos idées, vos conseils et votre soutien dans la réalisation de cette thèse.

A tous les médecins généralistes, qui nous ont consacré un temps précieux et qui ont participé à l'étude avec honnêteté et implication.

A tous les patients, qui ont accepté de participer à cette étude et qui se sont livrés avec confiance.

Remerciements d'Aurélie :

A mes parents, pour m'avoir encouragée et soutenue durant toutes ces années d'études.

A ma sœur, Céline, pour notre proximité et sa présence réconfortante.

A mes tantes, pour leur authenticité et leur bonne humeur qui m'ont accompagnée jusqu'ici.

A mes amis, de médecine et d'ailleurs, pour tous les bons moments passés et ceux à venir.

A mes maîtres de stage, qui m'ont transmis leur savoir-faire et leur savoir-être.

A tous les professionnels de santé avec lesquels j'ai pu partager de bons moments.

A Fanny, pour m'avoir invité à partager ce travail. Nos longs échanges et nos oppositions ont construit celui-ci.

A Hervé, pour ton amour...

Remerciements de Fanny :

Merci à Aurélie de t'être engagée dans cette aventure à mes côtés, je n'aurais pas pu faire ce travail sans toi.

Merci à Hugues pour ta présence et ton réconfort durant ce long parcours. Merci aussi à Yann pour ta patience à me laisser travailler au lieu de jouer avec toi. Merci à toi, bébé tranquille, qui se prépare et m'a rendue sereine pendant tout ce travail.

Merci à mes parents. A mon père qui fût peut-être le premier moteur en me disant un jour : « moi je pense qu'un bon médecin il doit se soucier de si on mange bien, si on dort bien et si tout va bien sous la couette ! ». Merci tout particulièrement à ma mère pour son soutien infaillible depuis toujours, je te dois cet aboutissement.

Merci à tous mes amis pour tous les bons moments passés ensemble qui m'ont fait tenir la distance.

Merci à tous les médecins et professionnels de santé qui m'ont formée et épaulée.

Merci à tous les patients que j'ai croisés et qui m'ont donné l'envie de continuer.

Merci à tous ceux qui m'ont écouté inlassablement depuis au moins trois ans leur parler des troubles de l'érection des diabétiques.

Liste des abréviations

AIUS : Association Interdisciplinaire post-Universitaire de Sexologie

DE : Dysfonction érectile

HAS : Haute Autorité de Santé

Inpes : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

I : Interviewer

i PDE 5 : Inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5

MG : Médecin généraliste

P : Patient

RCV : Risque cardiovasculaire

Table des matières

I. RESUME	11
II. INTRODUCTION	13
III. MATERIEL ET METHODE :	15
IV. RESULTATS	18
1. RESULTATS DES ENTRETIENS AUPRES DES PATIENTS	18
1. 1. DU DIABETE A LA SEXUALITE, VECU DES PATIENTS	19
1. 1. 1. Le diabète.....	19
1. 1. 2. La sexualité.....	19
1. 1. 3. La dysfonction érectile	20
1. 1. 4. Lien dysfonction érectile – diabète	21
1. 2. RELATION MEDECIN PATIENT	23
1. 2. 1. Rôle du médecin généraliste	23
1. 2. 2. Communication orale avec le médecin	24
1. 2. 3. Communication médicale visuelle.....	24
1. 2. 4. Communication autour de la sexualité.....	25
2. RESULTATS DES ENTRETIENS AUPRES DES MEDECINS	27
2. 1. DU DIABETE A LA SEXUALITE, POINT DE VUE ET PRATIQUE DES MEDECINS GENERALISTES.....	28
2. 1. 1. Le diabète.....	28
2. 1. 2. La sexualité et la dysfonction érectile.....	28
2. 1. 3. Lien dysfonction érectile - diabète	28
2. 1. 4. Dépistage de la dysfonction érectile	29
2. 2. COMMUNICATION MEDECIN – PATIENT.....	30
2. 2. 1. Communication générale	30
2. 2. 2. Communication autour de la sexualité.....	31
3. CRITIQUE COMMUNE DE L’AFFICHE	36
3. 1. LE DESSIN	36
3. 2. LE TEXTE	37
3. 3. LA COULEUR.....	38
3. 4. CRITERES D’EFFICIENCE	39
V. DISCUSSION	42
1. LA METHODE ET LES BIAIS DE L’ETUDE.....	42
2. COMPARAISON DES PRINCIPAUX RESULTATS A LA LITTERATURE ET OUVERTURE	44
VI. CONCLUSION	49
VII. BIBLIOGRAPHIE	51
VIII. ANNEXES	54
IX. SERMENT D’HIPPOCRATE	61

I. Résumé

Contexte : Un dépistage systématique de la dysfonction érectile des patients diabétiques apparaît nécessaire. Le médecin généraliste est en première ligne pour le réaliser. Mais de nombreuses barrières de communication persistent.

Les outils d'information de la salle d'attente semblent être intéressants pour initier un dialogue entre le médecin et le patient.

L'objectif de cette étude était de valider la pertinence d'une affiche d'information autour des troubles de l'érection des patients diabétiques pour améliorer la communication sur ce sujet.

Pour cela, les freins et les leviers de cette discussion ont été explorés et la critique d'un prototype d'affiche a été réalisée.

Matériel et méthode : Une affiche a été créée par un groupe composé de médecins, d'un dessinateur et d'un graphiste. Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a ensuite été conduite auprès de patients diabétiques en Isère et de médecins généralistes dans les deux Savoie de juin à novembre 2015.

Résultats : 15 patients et 14 médecins ont été interrogés. Les freins et des leviers de la discussion autour de la dysfonction érectile se sont dégagés. Les patients attendaient des informations sur le sujet de la part de leur médecin généraliste et qu'il fasse le premier pas pour aborder ce problème. Les médecins, eux, recherchaient rarement les troubles de l'érection de leurs patients diabétiques. Ils étaient peu sensibilisés à l'importance de ce dépistage.

Dans les deux groupes, une affiche semblait pertinente pour informer et lancer la communication. Le prototype proposé a été globalement approuvé.

Conclusion : Afin que les médecins généralistes s'approprient le dépistage de la dysfonction érectile de leurs patients diabétiques, il est indispensable de les sensibiliser à cette problématique. Il faut également lever les barrières de communication dans ce domaine et pour cela une affiche d'information paraît pertinente. Le prototype évalué semble prometteur.

Summary :

Background: A systematic screening of erectile dysfunction (ED) for diabetic patients seems to be required. The general practitioner (GP) is in frontline to achieve it. But many communication barriers remain.

The information materials present into the waiting room seem to be interesting to initiate a dialogue between doctor and patient.

The objective of this study was to validate the relevancy of information poster about erectile disorders in diabetic patients to improve the communication about this subject. For that, the obstacles and levers of this discussion were investigated and the criticism of a prototype poster was carried out.

Materials and Methods: A poster has been created by a group of doctors, an illustrator and a graphic designer. A qualitative study with semi-structured interviews was then conducted with diabetic patients from Isere French department and GPs in the two Savoie French departments from June to November, 2015.

Results: 15 patients and 14 doctors were interviewed. The obstacles and levers to the discussion about erectile dysfunction have been drawn. Patients waited for information on the subject from their GP and that he made the first move to raise the issue. As for the doctors, they rarely looked for the erectile dysfunction of their diabetic patients. They had only a small awareness of the importance of such screening.

In both groups, a poster appeared relevant to inform and initiate the communication. The proposed prototype was broadly endorsed.

Conclusion: In order to GPs appropriate themselves the screening of erectile dysfunction of their diabetic patients, it seems essential to raise them awareness of this issue. It should also remove communication barriers in this area and for that, a poster information seems to be relevant. The evaluated prototype looks promising.

II. Introduction

Le diabète est une pathologie à forte prévalence qui ne cesse d'augmenter. Le médecin généraliste (MG) est un des premiers interlocuteurs des patients diabétiques. Il les suit régulièrement et participe à leur prise en charge. La dysfonction érectile (DE) est définie comme l'incapacité persistante ou récurrente à obtenir ou maintenir une érection du pénis suffisante pour permettre une activité sexuelle satisfaisante¹. Il s'agit d'un problème dont souffrent de nombreux patients diabétiques.

Selon les études, la prévalence de ce trouble varie de 34%² à 73%³. Une étude américaine rapportait que 50% des diabétiques souffraient de DE contre 12,5% dans la population générale de même tranche d'âge⁴. La DE concernant la population diabétique est souvent plus grave que dans la population générale. Elle entraîne également des conséquences psychologiques plus importantes, venant aggraver une situation de maladie chronique². Ceci vient compromettre la tolérance de la maladie⁵ et l'observance à son traitement⁶. Pourtant la prise en charge de ces troubles est possible⁷. Lors d'une étude interventionnelle avec un programme de traitement par paliers, 91,2% des patients diabétiques souffrant de DE ont finalement obtenu une érection satisfaisante⁸. De plus, sa prise en charge semble être un élément motivant pour améliorer l'observance au traitement du diabète⁹. Par ailleurs, la DE est un marqueur clinique pertinent du risque cardiovasculaire (RCV). Elle apparaît aujourd'hui comme l'indicateur le plus fiable des complications de microangiopathies du diabète et représente le marqueur privilégié d'une possible ischémie silencieuse¹⁰. Accessible par une simple question, ce symptôme sentinelle permet de dépister des terrains à très haut risque puisqu'il précède de 3 à 5 ans l'apparition d'évènements cardiovasculaires. Durant ce délai, la correction des facteurs de risques permet encore une diminution de la morbi-mortalité globale¹¹.

Malgré tous ces arguments, la DE n'est pas dépistée. En effet, lorsque l'on interroge les patients diabétiques, la majorité rapporte que leur médecin ne les a jamais questionné sur leur sexualité². De plus, moins d'un quart de ceux souffrant de DE abordent spontanément ce sujet avec leur médecin. Le médecin traitant est perçu comme l'interlocuteur privilégié et les patients attendent de lui qu'il soit l'initiateur du dialogue¹². Mais des barrières à cette communication persistent¹³.

Parallèlement, une des rares études sur la communication en médecine générale a montré que les médecins attachaient de l'importance à leur salle d'attente et l'employaient comme vecteur d'information¹⁴. Ils affirmaient l'utiliser pour y disposer des moyens de communication visuelle à type de brochures et d'affiches, notamment pour faciliter l'abord de sujets délicats. Ils pensaient que les patients estimaient ces outils utiles et beaucoup rapportaient que des conversations avaient déjà été initiées grâce à ceux-ci¹⁴. Les patients déclaraient les lire. Ils les jugeaient pertinents pour améliorer leurs connaissances sur la santé et favoriser l'échange entre patients et médecins¹⁵. Ils semblaient moins réceptifs aux brochures qu'aux affiches¹⁶.

Il existe donc une réelle nécessité à réaliser ce dépistage systématique chez les patients diabétiques. Ceux-ci sont en attente de prise en charge mais les barrières de communication sont encore multiples et variées. Il semblerait que des supports tels que les affiches soient des leviers de discussion.

Est-ce qu'une affiche d'information autour des troubles de l'érection des patients diabétiques permettrait d'améliorer la communication entre les médecins généralistes et leurs patients ?

L'objectif de cette étude était de valider la pertinence de cet outil en explorant les freins et les leviers de cette discussion et de réaliser la critique d'un prototype d'affiche.

III. Matériel et méthode :

L'affiche

Une affiche de communication sur les troubles de l'érection liés au diabète a été réalisée.

Outre les deux médecins généralistes, auteurs de la thèse, l'équipe de conception de l'affiche comprenait un médecin sexologue, un dessinateur et un graphiste. Le travail a été mené en deux étapes :

- En adéquation avec une grille d'évaluation d'affiches (annexe 1), création d'un premier prototype (annexe 2).
- Validation en concertation avec un médecin endocrinologue, après adjonction d'éléments scientifiques, informant sur la prévalence de la dysfonction érectile chez le patient diabétique et sur l'existence de solutions (annexe 3).

Ce dernier prototype a donc été soumis aux patients et aux médecins généralistes pour critiques et modifications.

L'étude

Une étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs a été menée sur trois départements : en Isère en ce qui concerne l'enquête auprès des patients et sur les deux Savoie pour le versant médecin.

Constitution des échantillons

Le recrutement des patients et des médecins généralistes a été fait sur la base de l'échantillonnage raisonné :

- patients

Les patients ont été recrutés au sein d'une association grenobloise d'éducation thérapeutique pour diabétiques (Proxydiab 38). Les critères d'exclusion étaient le sexe féminin et le prédiabète. Lors d'un contact téléphonique pour confirmer leur présence à un atelier à l'association, auquel l'enquêtrice serait présente, il leur était demandé leur accord pour participer à une thèse de médecine générale.

- médecins

Un ratio hommes/femmes équilibré, d'âges différents, parmi des médecins généralistes installés et remplaçants, dans des secteurs d'exercice et géographiques distincts était l'objectif recherché. Les praticiens ont été sélectionnés dans le réseau professionnel des auteurs. Ils ont été contactés par téléphone. Ceux ayant eu connaissance du sujet auparavant ont été exclus.

Les guides d'entretien

Deux guides d'entretien ont été préalablement construits : un pour les patients (annexe 4) et un pour les médecins (annexe 5). Ils ont couvert les grandes thématiques liées au sujet :

- les difficultés à aborder la sexualité en consultation
- la connaissance du lien entre diabète et DE
- les différents modes de communication médecin – patient utilisés
- les moyens pour améliorer la communication autour du sujet
- la critique de l'affiche.

La grille d'entretien patient commençait initialement par la présentation de l'affiche et sa critique. L'ordre a été modifié au terme du second entretien en raison de la difficulté à creuser les autres thématiques après la présentation de l'affiche.

Les entretiens

Les entretiens auprès des patients ont été conduits par l'une des chercheuses, ceux auprès des médecins par la seconde. Les enquêtrices se présentaient brièvement et exposaient le sujet du travail. Elles recueillaient à nouveau l'accord des interviewés notamment pour les enregistrer en leur rappelant l'anonymat de l'étude. Les patients ont été enregistrés à l'aide de l'application « Enregistreur de Voix Facile » sur l'Alcatel One Touch® et les médecins à l'aide de l'application « dictaphone » de l'iPhone 5®. Les interactions non verbales ont été notées. Le recueil des données a été effectué de juin à novembre 2015.

Retranscription et analyse

Les données ont été anonymisées et retranscrites fidèlement mot à mot, puis vérifiées par l'autre enquêtrice pour obtenir un verbatim commun validé. Le travail de chaque chercheuse a ensuite permis de faire émerger les codes de chaque entretien par extraction de mots clefs et analyse linguistique. Le codage a été triangulé entre les deux chercheuses. Puis une analyse transversale a été réalisée avec regroupement en grands thèmes, de façon individuelle et, par la suite, confrontée entre les deux investigatrices.

La saturation des données a été obtenue et confirmée par l'absence de nouveaux codes après 2 entretiens.

IV. Résultats

1. Résultats des entretiens auprès des patients

Tous les patients sollicités ont accepté de participer à l'étude. La saturation des données a été obtenue au terme de 15 entretiens (P1 – P 15). Les enregistrements ont duré de 5 à 18 minutes. Les caractéristiques des patients sont présentées dans le tableau ci-dessous.

	Age	Ancienneté du diabète	Atteint de trouble de l'érection	Catégorie socio professionnelle
P 1	62	10	Non	Invalidité
P 2	64	20	Non	Ouvrier
P 3	55	30	Oui	Immigré en cours de régularisation
P 4	60	10	Oui	Bibliothécaire
P 5	42	7	Non	Travail d'insertion en foyer psychiatrique
P 6	44	2	Non	Travail d'insertion en foyer psychiatrique
P 7	66	10	Non	Chef d'équipe et interprète arabe
P 8	66	10	Oui	Ingénieur
P 9	70	20	Oui	Coiffeur
P 10	70	>20	Oui	Cadre supérieur
P 11	50	14	Oui	Vendeur en invalidité
P 12	60	31	Oui	Syndicaliste
P 13	63	3	Oui	Technicien de maintenance
P 14	68	30	Non	Employé
P 15	65	10	Non	Direction chambre consulaire

1. 1. Du diabète à la sexualité, vécu des patients

1. 1. 1. Le diabète

Les patients faisaient le lien entre le diabète et l'hérédité, l'alimentation, l'alcool, le surpoids ou les problèmes psychologiques. Ils connaissaient souvent les organes cibles, avec parfois des erreurs, et les complications pouvaient leur faire peur.

Il avait pu exister un déni initial de la pathologie et des difficultés d'acceptation. D'autres patients s'en désintéressaient. Une incompréhension sur l'évolution et le diagnostic initial, avec de fausses croyances sur des médicaments inducteurs de diabète, était quelquefois notée. Le diabète pouvait être vécu comme une pathologie lourde voire même un handicap : « *C'en est venu à m'handicaper totalement* » (P 10).

Sa prise en charge nécessitait du temps et il était difficile d'obtenir son équilibre. La maladie était mieux acceptée du fait d'une bonne forme physique. Un patient avait dû faire le deuil d'une partie de lui-même avec la perte de sa santé et se trouvait dévalorisé au sein de son couple par sa perte de capacité physique : « *Parce que là j'en étais arrivé à plus pouvoir la suivre ! Ce qui pour un sportif est dur !* » (P 10).

Il se sentait découpé par la médecine avec un manque de prise en charge globale.

Les patients étaient en recherche d'informations qu'ils jugeaient peu précises, manquantes et nécessaires de la part des médecins. Un interviewé rapportait des niveaux d'investissement différents entre patients, et selon lui, c'était à chacun de s'autonomiser pour sa santé. Pour cela un facteur de motivation était nécessaire.

1. 1. 2. La sexualité

La place de la sexualité était importante, notamment dans le couple mais aussi moins primordiale à partir d'un certain âge. Un patient tentait de relativiser cette place mais il persistait une ambiguïté dans son discours. Il pouvait exister un désaccord sur le besoin de

sexualité au sein du couple avec une conjointe non demandeuse de rapports sexuels.

L'érection était une marque de virilité nécessaire pour être un homme et indispensable pour satisfaire la conjointe. C'était même un devoir vis-à-vis d'elle notamment pour lui démontrer ses sentiments : « *Un homme il est responsable de faire l'érection pour sa femme* » (P 8).

Le besoin d'assurer sexuellement était renforcé par la différence d'âge chez un homme inquiet de satisfaire une conjointe plus jeune. Il se sentait responsable de l'épanouissement de son couple. L'érection matinale était mentionnée comme un signe de bonne santé sexuelle.

Des patients trouvaient qu'il existait beaucoup de communication non médicale autour de la sexualité. Un interviewé rapportait qu'il s'agissait d'une intimité non médicale pour certains.

1. 1. 3. La dysfonction érectile

Certains patients étaient atteints de ce trouble.

La dysfonction érectile était majoritairement rattachée à un événement de vie grave, secret et honteux. Ils avaient peur d'en être victime, notamment par angoisse d'une maladie sous-jacente. Ceux qui en étaient atteints y rattachaient une souffrance psychologique et une humeur dépressive. Certains voyaient la DE comme une fatalité sans solution.

Des patients étaient inquiets du regard de leur conjointe et se sentaient dévalorisés. Cela induisait des interrogations dans le couple sur la perte de sentiments ou sur une éventuelle infidélité. Les conséquences intimes allaient de l'insatisfaction de la conjointe à la rupture.

La DE était relativisée lors de troubles intermittents non gênants et avec l'absence de conjointe. Sa prévalence importante était un élément rassurant, le patient se sentant moins seul. Elle était mieux acceptée avec humour. Elle pouvait être une pathologie comme une autre, parfois minimisée et banalisée avec l'âge.

Il s'y rattachait de fausses croyances comme un lien avec les médicaments antidiabétiques tels que l'insuline. Celles-ci pouvaient être colportées par le bouche à oreille. Des étiologies

multiples étaient évoquées comme la iatrogénie de certains traitements, les problèmes psychiques et l'âge.

Les patients estimaient manquer d'information sur la DE, surtout de la part de leur médecin, bien que certains avaient pu en avoir via des émissions télévisuelles. Pendant l'entretien, ils étaient en demande d'explications sur les liens entre DE, âge et diabète.

En ce qui concerne la prise en charge, il y avait des interrogations sur les solutions existantes avec parfois l'ignorance d'une aide médicale possible. Il a été rapporté que certains patients refusaient de se faire soigner alors que d'autres se plaignaient de ne pas être pris en charge à ce niveau. Cette inertie médicale était critiquée. Une appréhension à la consultation avec un urologue existait. La conjointe pouvait être à l'origine de la décision de prise en charge.

La prescription médicamenteuse était quelquefois perçue négativement ou insuffisante. Les traitements prescrits n'étaient pas toujours testés. Leur utilisation pouvait être honteuse. Ils faisaient parfois peur ou étaient jugés peu efficaces et représentaient une barrière dans la relation homme-femme. D'autres voyaient ces traitements comme un espoir et une solution aux problèmes de couple. Le traitement par injection intra caverneuse, décrit comme initialement impressionnant, était efficace.

1. 1. 4. Lien dysfonction érectile – diabète

La DE pouvait être assimilée à une complication du diabète jugée grave. Un patient faisait part de son atteinte psychologique par sa pathologie diabétique, aggravée par sa DE. Il avait dû faire le deuil de sa sexualité et en était nostalgique : « *Et puis bon la sexualité, ben on se rappelle que ça a existé quoi ! Et que c'était bien !* » (P 10).

L'absence de DE pouvait être une motivation pour la prise en charge du diabète : « *Il faut bien quelque chose qui motive hein quand même ! Bon. C'est ça hein !* » (P 9).

C'était un baromètre de la glycémie : « *en ce moment que j'ai moins de diabète [...] c'est plus facile* » (P 9).

Mais le lien entre DE et diabète n'était pas connu par tous les patients. L'un d'eux s'est étonné de sa forte prévalence chez les patients diabétiques. Cette méconnaissance pouvait entraîner de la déception notamment pour un patient qui avait parlé de DE avec son médecin traitant : « *ce que vous me dites me déçoit parce que mon médecin je le vois tous les 3 mois ! Et il sait que j'ai les deux problèmes et il n'avait pas fait le lien* » (P 12).

La connaissance du lien était rapportée comme rassurante alors que sa méconnaissance était source d'inquiétude. L'annonce de ce lien avait créé de la stupéfaction, de l'inquiétude, de l'interrogation et avait pu être mal vécue : « *Ah bon! [...] [il laisse tomber ses deux mains sur les cuisses]. Ben c'est pas tout le monde !?! Parce que sinon...* » (P 1).

Certains patients ne se rappelaient pas toujours où ils avaient eu connaissance du lien.

Quelques-uns l'avaient appris par une brochure médicale présente à l'association Proxydiab 38, d'autres par des médecins spécialistes, essentiellement des médecins urologues. Un seul patient avait reçu cette information de façon préventive avant d'être atteint de DE. Un urologue lui avait conseillé d'entretenir l'érection du fait de sa pathologie. D'autres s'étaient informés grâce à des moyens non médicaux : lectures personnelles, télévision, internet, bouche à oreille, ou par leur expérience personnelle. Un patient a émis l'hypothèse du lien entre la DE et la gravité du diabète pendant l'entretien.

Les patients rapportaient une absence de dépistage par le médecin généraliste et par le diabétologue. Globalement, ils avaient besoin d'informations sur ce sujet par le corps médical et notamment par le médecin généraliste : « *Bien sûr c'est nécessaire ! Vraiment c'est nécessaire !* » (P 8). Un patient doutait de la nécessité d'être informé sur cette éventuelle complication avant d'en être atteint. Cette absence d'information sur le lien et le manque de connaissance sur l'existence de traitement entraînaient une perte de temps lorsque la DE se déclarait. Ces informations étaient jugées nécessaire et même parfois indispensables,

notamment pour les jeunes, au diagnostic de diabète ou avant d'être atteint de DE. Connaitre ce lien était légitime du fait de l'impact sur le couple et pour aider à la communication avec le médecin au moment voulu. De plus cela rassurait le patient, inquiet de l'ignorance de la cause de sa DE : « *ben il m'aurait dit que le diabète était... peut être que ça aurait été bien oui. Ca m'aurait peut-être aidé !* » (P 4).

1. 2. Relation médecin patient

1. 2. 1. Rôle du médecin généraliste

Considéré comme le premier interlocuteur médical, les patients attendaient du médecin généraliste qu'il les guide, les rassure, les informe, fasse de la prévention et leur donne des explications. Il devait réagir aux problèmes des patients, s'investir auprès d'eux et leur apporter des solutions. Il était tenu d'être un bon prescripteur et avoir des compétences médicales sur le diabète. Il était vu comme un confident à l'exception d'un des patients. Certains le valorisaient. Il était aussi celui qui permettait d'orienter vers les spécialistes et les associations.

En ce qui concerne la dysfonction érectile, le médecin généraliste était également perçu comme l'interlocuteur privilégié. Il était même pour certains, l'unique personne ressource pour parler de sexualité : « *Si un médecin ne parle pas de cela qui est-ce qui va en parler !* » (P 7). Les patients attendaient de lui qu'il initie la conversation. Aborder la sexualité était perçu comme un devoir médical tout comme informer du risque de DE avec le diabète. C'était à lui de dépister, de bilancer, d'informer sur les traitements possibles et d'aider les patients pour la prise en charge de la DE.

1. 2. 2. Communication orale avec le médecin

Des patients déclaraient avoir un dialogue ouvert avec leur médecin. Cette communication, essentielle au diagnostic, pouvait être difficile. Les informations cachées par les patients, compliquaient la prise en charge médicale, rendaient les examens para-cliniques inutiles et étaient néfastes pour leur santé. Un patient évoquait la technique de communication par la peur, utilisée par son médecin, qui avait été efficace.

Des obstacles dans cet échange ont été évoqués. Certains patients pensaient que les médecins devraient être mieux formés aux techniques de communication. Ils ne se sentaient pas toujours entendus. Certaines réponses médicales étaient jugées inadaptées et des médecins se réfugiaient derrière l'écriture. Il existait aussi une difficulté de compréhension du discours médical.

Le temps de consultation réduit et les motifs de consultations multiples étaient aussi évoqués comme freins.

1. 2. 3. Communication médicale visuelle

Le temps passé en salle d'attente était jugé propice à l'information et la lecture : *« Ah oui oui ! Ah oui l'affichage, les gens lisent en salle d'attente ! Ils ont que ça à faire donc euhh... Les affiches ils les lisent ! »* (P 14).

Des patients affirmaient lire les affiches et s'informer grâce à elles. Un message simple et une attractivité étaient nécessaires et l'information ne devait pas être noyée en salle d'attente. Un patient se disait peu sensible aux affiches. Le langage médical inaccessible pouvant être un problème : *« j'ai un peu de mal avec ces affiches parce qu'il y a un problème de langage quoi. Entre le langage médical et le langage commun ! »* (P 12).

Certains avaient déjà vu des affiches sur la DE. Une affiche sur le lien entre la DE et le diabète était décrite comme non choquante, utile pour lancer la communication, rassurer, informer et prévenir. Un patient pensait même cette affiche indispensable : « *Moi je trouve... C'est même une obligation peut être !* » (P 7).

Les brochures ont été rapportées comme utiles pour informer ou confirmer l'idée de patients. Elles n'étaient cependant pas rapportées comme ayant pu initier le dialogue.

1. 2. 4. Communication autour de la sexualité

Les patients ont pu faire preuve de franchise et se sont confiés pendant les entretiens. Le sujet de la thèse a été approuvé devant la difficulté et le peu de communication autour de la DE. Beaucoup de patients étaient ouverts à parler de sexualité avec leur médecin et seul l'un d'entre eux rapportait le refus de certaines de ses connaissances : « *Moi j'accompagne des gens qui disent « ah ça, ça te regarde pas » il dit au médecin* » (P 7).

Concernant l'expérience des patients, certains avaient abordé la DE avec leur médecin. Cet échange avait eu lieu une fois le patient atteint et était jugé trop tardif. La satisfaction d'avoir réussi à en parler a été exprimée. D'autres ont décidé de le faire après l'entretien.

Dans les barrières à cette communication, la gêne des patients était globalement présente. Une ambiguïté sur la facilité à parler de sexualité existait: « *Interviewer (I) : ce serait compliqué d'aborder ça avec votre médecin ?*

Patient (P) : [soupir] Oui peut être [...] est ce que je pourrais en parler certainement oui... C'est pas très compliqué mais euh.... Vraiment en dernier recours! » (P 14).

Cette gêne pouvait diminuer avec le temps.

La sexualité était parfois qualifiée de sujet tabou, en contradiction avec une banalisation dans notre société et ses libertés apparentes. D'autres facteurs comme l'origine culturelle, la

religion, la société et les politiques extrémistes étaient mentionnés comme des entraves. Des patients ont ressenti une gêne des médecins et l'un d'eux rattachait cette pudeur médicale à la culture religieuse très présente en France. De plus, il pouvait être volontaire de ne pas évoquer la DE de peur d'une maladie grave sous-jacente qu'on préférerait ignorer. Le sexe féminin du médecin pouvait également être bloquant. L'initiation de la conversation était difficile avec un effort à faire pour aborder la DE. Une fois lancé, la gêne disparaissait. « *Pour lancer la conversation ouais! J'ose pas lui dire comme ça quoi. C'est que c'est...c'est un peu difficile* » (P 13). Pour finir le fait d'oublier d'en parler était déjà un obstacle.

Parmi les leviers à cette communication, la relation privilégiée avec le médecin généraliste et le suivi régulier par celui-ci étaient facilitants. D'ailleurs pour un patient, aborder la DE avec le médecin diabétologue, malgré la relation de confiance établie, était difficile. De même, le secret professionnel et le statut médical pouvaient être aidants. Mais un patient rapportait qu'il semblait être plus facile pour certaines personnes de se confier à un tiers non médical. Un autre avait aussi pensé à une consultation de médecine générale doublée d'un psychologue. L'utilisation d'un autre motif de consultation pour parler de leur DE était possible. Certains trouvaient que l'humour dédramatisait le sujet, seul un patient pensait qu'il le minimisait.

Les perturbations dans le couple étaient aussi un moteur à cet échange.

Pour l'améliorer c'était au médecin de faire le premier pas : « *Moi, pour moi logiquement c'est le médecin qui doit m'en parler* » (P 7). Une simple question aurait aidé.

2. Résultats des entretiens auprès des médecins

Tous les médecins sollicités ont accepté de participer à l'étude. La saturation des données a été obtenue au terme de 14 entretiens (M 1 – M 14). Les enregistrements ont duré entre 5 et 18 minutes. Les caractéristiques des médecins sont présentées dans le tableau ci-dessous.

	Sexe	Age (années)	Mode et secteur d'exercice
M 1	F	30	Remplaçante
M 2	F	31	Remplaçante
M 3	F	28	Remplaçante
M 4	F	51	Installée en milieu rural
M 5	F	34	Installée en milieu rural
M 6	M	33	Installé en milieu urbain
M 7	M	47	Installé en milieu urbain
M 8	F	29	Remplaçante
M 9	F	32	Installée en milieu rural
M 10	F	42	Installée en milieu rural
M 11	F	32	Installée en milieu urbain
M 12	M	31	Remplaçant
M 13	M	55	Installé en milieu rural
M 14	M	57	Installé en milieu rural

2. 1. Du diabète à la sexualité, point de vue et pratique des médecins généralistes

2. 1. 1. Le diabète

Les médecins généralistes notaient une forte prévalence du diabète dans leur pratique. Ils dépistaient les complications. Leur prise en charge se voulait globale mais était parfois focalisée sur le traitement du diabète.

2. 1. 2. La sexualité et la dysfonction érectile

La place de la sexualité était décrite comme importante dans la vie. Malgré cela, quelques médecins constataient l'absence de sexualité chez des malades surtout parmi les patients diabétiques âgés. Ils avaient conscience que la DE était responsable d'une souffrance psychologique pour le patient mais aussi pour sa conjointe. Cela atteignait la fierté de l'homme qui devait avoir une érection pour exister en tant que tel.

2. 1. 3. Lien dysfonction érectile - diabète

La forte prévalence de la DE chez les patients diabétiques n'était pas connue de tous les médecins généralistes. Ils étaient peu sensibilisés à l'importance du lien entre diabète et DE. Parmi les non sensibilisés, certains en prenaient conscience pendant l'entretien : « *maintenant que vous m'en parlez, euh... des diabétiques, on pourrait tout à fait imaginer un retentissement euh...organique de leur pathologie, effectivement et non j'aborde pas systématiquement la question et voilà, il faudrait peut-être le faire !* » (M 14). Parmi les médecins sensibilisés, certains étaient conscients du fait que les patients méconnaissaient ce lien alors que d'autres s'en étonnaient.

Le lien entre la dysfonction érectile et le risque cardiovasculaire était aussi globalement ignoré. Un des médecins en prenait conscience durant l'entretien.

2. 1. 4. Dépistage de la dysfonction érectile

La plupart des médecins interrogés ne réalisaient pas de dépistage systématique de la DE chez leurs patients diabétiques. D'ailleurs nombreux sont ceux qui ont ressenti une certaine culpabilité pendant l'interview : « *J pense au cardiologue, à l'ophtalmo, au pied, tout ça ! [Elle rit]. Mais j'avoue que leur sexualité ! C'est p't'être pas bien !* (M 11).

Certains envisageaient même de modifier leur pratique : « *Parce que voyez là, je n'y pensais pas, mais je vais y penser maintenant !* » (M 14).

De rares médecins réalisaient ce dépistage systématiquement. Ils parvenaient, ainsi, à déceler la DE de certains patients.

Sa recherche sur d'autres terrains à risque tels que celui de l'hypertension artérielle, de la souffrance psychologique ou des traitements inducteurs de DE, était inexistante, occasionnelle ou systématique. Un médecin se rendait compte de l'ambiguïté de rechercher une étiologie lors de la découverte d'une DE mais de ne pas la dépister lors de pathologies pourvoyeuses : « *il nous parle de sa dysfonction et on cherche qu'est-ce qui pourrait causer ça mais euh...c'est...et quand le diagnostic de diabète ou j'imagine même un artérite euh...je sais pas...on trouve un gars qui a une claudication, la question c'est est-ce que je vais lui poser la question s'il a des troubles de l'érection, je suis même pas sûr hein !* » (M 6).

Un autre praticien précisait que cela faisait partie du devoir médical.

2. 2. Communication médecin – patient

2. 2. 1. Communication générale

La communication orale était prédominante pour de nombreux médecins.

Mais la salle d'attente, représentait également, un lieu d'information des patients qui ont du temps disponible juste avant la consultation. L'information devait, pour certains, être disponible sans avoir à se lever.

Concernant les affiches, elles pouvaient être utilisées pour informer sur certains sujets.

Quelques médecins émettaient des doutes sur le fait que les patients les lisent et sur leur efficacité. Une des barrières à l'affichage étaient le manque de place en salle d'attente avec un nombre important de sujet à aborder en médecine générale. Le risque était que chaque information soit noyée : « *Quand il y a trop d'affiches comme ça les gens ne regardent plus ! Donc euh...trop d'information tue l'information, c'est clair !* » (M 14). De plus, le cabinet de groupe complexifiait l'affichage qui nécessitait une validation par tous les associés.

Les attentes des MG pour une affiche étaient la concision, la grande taille et la présence d'un dessin pour attirer l'œil. Le patient devait aussi se sentir concerné, être soucieux du sujet et éventuellement avoir été sensibilisé préalablement par une campagne de médias.

Pour une affiche sur la DE, elle devait également être humoristique et non choquante.

Les brochures étaient parfois utilisées. Elles pouvaient être disposées en salle d'attente, remises de façon ciblée par le médecin ou laissées sur le bureau du praticien. Elles paraissaient utiles pour informer, lancer la communication et laisser un temps de réflexion au patient. Cependant, il existait également un doute concernant le fait que les patients les lisent et sur leur efficacité.

Les freins à leur utilisation étaient l'oubli de les distribuer, le peu de brochures disponibles et leur important volume de stockage. Le statut de remplaçant complexifiait aussi leur usage. De plus, les patients devaient faire l'effort d'aller chercher l'information en salle d'attente. Enfin, une ambiguïté entre la préférence théorique de médecins pour les brochures et leur absence d'utilisation en pratique a été notée.

2. 2. 2. Communication autour de la sexualité

De nombreux médecins n'abordaient pas, ou rarement le sujet de la sexualité. Ils attendaient que le patient l'évoque, avec une plainte ou une demande de renouvellement de traitement à visée sexuelle : « *I : Comment abordes-tu la sexualité dans tes consultations de médecine générale ?* »

MG : Je l'aborde rarement...souvent, c'est plutôt des patients qui m'en parlent » (M 2).

Quelques-uns l'abordaient d'eux même dans leur pratique courante. Pour eux, c'était une évidence voire un devoir médical de faire le premier pas : « *maintenant, quand je parle ça va tout de suite dans le questionnaire habituel » (M 7).*

Les freins à la communication autour de la DE

La gêne, limitant la communication autour de la DE, était quasiment toujours présente. Elle était liée au sujet lui-même, au sexe masculin du patient pour les femmes médecins ou à la réalisation de l'examen physique : « *Et puis moi aussi je suis peut-être un peu gênée ! Déjà quand il faut faire le toucher rectal, je suis gênée alors du coup...euh... » (M 9).* Quelques fois, le sujet était même jugé trop tabou ou trop intime pour être abordé. Un praticien exprimait sa peur d'être intrusif : « *S'il m'en parle pas spontanément euh...je..je...je voudrais pas le mettre mal à l'aise quoi, [...] ce n'est pas par simple curiosité » (M 6).*

Souvent ils n'y pensaient même pas ou n'avaient pas le temps de l'évoquer. En effet, la multiplicité des domaines à aborder en médecine générale, la prise en charge lourde du diabète ne laissaient que peu de place à celle de la DE, rapportée chronophage : *« Oui mais t'imagines quand tu fais une consultation là, et que tu as un quart d'heure pour voir tes patients, il faut que tu penses à leur vaccins, leurs machins, leurs trucs, qu'ils t'expliquent la grippe, le truc et si en plus euh...que tu leur fais « Et ! Sous la couette ?! » »* (M 11).

Certains médecins laissaient entrevoir leur manque d'intérêt pour le sujet, minimisant la DE ou la banalisant avec l'âge : *« j'ai beaucoup de patients diabétiques, je leur pose pas la question euh...c'est pas une de mes questions prioritaires »* (M 5).

Le manque de formation et la peur de l'incompétence apparaissaient aussi comme des freins : *« je les envoie vers mes collègues urologues ou hommes médecins généralistes ! Parce que je me sens pas compétente ! »* (M 9). D'ailleurs, les médecins soulignaient une formation initiale pauvre voire inexistante sur le sujet, en particulier sur l'importance du lien entre DE et diabète.

Enfin, le statut de remplaçant, du fait du manque d'intimité avec le patient et du manque de temps, était aussi une barrière : *« bon déjà en tant que remplaçant, j'ai pas trop euh....d'intimité avec le patient, enfin je le connais moins, donc j'ose probablement moins évoquer ce problème-là, j'ai déjà beaucoup de choses à prendre en considération, euh...prendre toute la globalité du dossier »* (M 12).

D'autres freins cités étaient rattachés aux patients. Ainsi, de nombreux MG ressentait une gêne de la part du patient à l'évocation du sujet, qui pouvait être renforcée par le sexe féminin ou l'âge du médecin. Le sujet demeurait également tabou pour eux et apparaissait comme un secret à garder : *« si on ne pose pas la question, ils ne nous diront jamais, quoi ! »* (M 2).

Certains patients abordaient le sujet sur le pas de la porte. D'autres minimisaient leur DE ou la banalisaient avec leur âge : *« J pense qu'il y a beaucoup de gens qui se disent que c'est*

normal, parce qu'il ont 60 ans c'est normal ! » (M 9). Enfin, ils ne voulaient probablement pas s'ajouter de problème à leur pathologie diabétique : *« à mon avis, il le passe sous silence car il n'a pas envie d'avoir d'autres choses »* (M 1).

Les leviers à la communication autour de la DE

Les moyens pour améliorer la communication autour de la DE paraissaient peu évidents et les médecins validaient, en ce sens, le sujet du travail. Il existait, de plus, une ambiguïté entre la simplicité apparente du dépistage et les difficultés de sa réalisation.

Une des pistes était que le MG pose simplement la question de l'existence de troubles de l'érection, éventuellement lors d'une consultation de médecine générale dédiée à ce problème : *« c'est vrai que spontanément ça devrait faire partie de nos questions obligatoires, peut-être annuelles, « et alors au niveau sexuel, comment ça se passe ? » juste comme ça, poser la question »* (M 5). Cette piste était confortée par le statut du médecin, le secret médical et la relation médecin-patient avec un rôle de confident du MG : *« Oh en général, je pense qu'ils répondraient sans problème à leur médecin ! Sachant que, on leur répète s'il faut, que ça ne sort pas d'ici, c'est entre nous »* (M 14).

Quelquefois un interlocuteur médical inconnu tel qu'un remplaçant pouvait aussi faciliter cette communication : *« I : et toi justement qui est une femme et remplaçante, est-ce que ? MG : J pense que c'est peut être plus facile justement, parce qu'ils ne me connaissent pas et ils sont pas sûr de me revoir ! »* (M 8).

Le suivi au long cours permettait à un moment donné de parler de la DE et la pathologie chronique légitimait ce dépistage. La réalisation du toucher rectal était aussi un élément pouvant aider la communication selon un des médecins.

La santé sexuelle étant un des domaines de la médecine générale, pour certains, il s'agissait d'un devoir médical d'aborder le sujet, notamment devant la souffrance qu'elle pouvait

occasionner chez l'homme et dans le couple. Lancer la communication permettait de soulager le patient, de lever sa gêne et de le mettre en confiance : « *Et donc les patients sont « fffffff* » *[Il laisse tomber ses deux bras ouverts] ils sont tout de suite [...] Soulagés !* » (M 7).

Des motifs en rapport avec le sujet pouvaient permettre d'aborder la sexualité plus facilement comme les troubles urinaires, le renouvellement d'inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5 (i PDE 5), le dépistage du cancer de la prostate ou les problèmes de couple.

Il fallait donc « *désacraliser* » (M 5) la sexualité et l'aborder comme n'importe quel autre sujet.

De plus, l'amélioration de la formation médicale apparaissait comme une aide : « *si on était peut être un peu plus sensibilisés peut être que...c'est vrai ! Qu'on aborderait plus facilement le sujet !* » (M 8). D'ailleurs, la DE constituait déjà un signe d'alarme pour certains : « *Suite à l'article que j'ai lu...qui m'expliquait finalement que c'était un fort marqueur et que ça pouvait orienter vers un problème cardiaque et une fois j'ai eu un patient comme ça et même pas je lui ai prescrit le traitement, je l'ai directement envoyé chez le cardio !* » (M 5).

Des axes d'actions de santé publique étaient également proposés. Une consultation urologique systématique au-delà de 50 ans, l'inscription de la DE dans les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) pour le suivi du diabète et la prise en charge des traitements de la DE par l'assurance maladie pouvaient inciter à aborder le problème : « *par exemple même les problèmes podologiques, c'est remboursé tant de séances par an mais on ne te parle pas des dysfonctions érectiles qui pourraient éventuellement être remboursées ou pris en charge, donc dans ta tête, ça fait pas partie, je pense, des choses auxquelles tu penses* » (M 5).

Concernant les pistes de communication visuelle, l'idée spontanée d'une affiche d'information ressortait. Celle-ci serait d'autant plus efficace car ciblée sur une population qui se sentirait concernée : « *Alors éventuellement pour aider les patients à en parler...c'est vrai*

que les affiches qu'on peut mettre en salle d'attente... ben je pense que ça peut quand même avoir un impact car les gens forcément ils patientent un petit moment avant d'entrer dans le cabinet et du coup donc voilà s'ils voient quelque chose pour lequel ils savent qu'ils sont concernés [...] ça peut leur rappeler et leur mettre la puce à l'oreille et du coup l'aborder en consultation » (M 3).

Elle serait donc utile pour informer, faire s'interroger, lancer la communication en levant le tabou et en rappelant au patient d'en parler.

Elle pouvait également sensibiliser le médecin et l'aider à aborder le sujet de la DE: « *mais encore une fois euh le fait d'en avoir parlé ensemble euh là aujourd'hui euh...ou même simplement le fait d'avoir l'affiche, ça peut aider le médecin à en parler* » (M 12).

Des brochures d'informations auraient pu également être remises par le médecin ou disposées sur son bureau.

Enfin, une campagne d'information télévisuelle paraissait être un bon moyen, pour certains, pour améliorer la communication autour de la DE chez le diabétique. Pour d'autres, cette proposition était peu appropriée.

3. Critique commune de l'affiche

Lors de la réalisation des entretiens, l'affiche a été modifiée entre le 9^{ème} et le 10^{ème} entretien patient et entre le 2^{ème} et 3^{ème} entretien médecin du fait de critiques similaires redondantes (annexe 6). Les modifications ont couvert : la couleur de fond ; la police, la couleur et la taille du texte ; dans le dessin : la bouche du personnage, sa couleur de cheveux, la couleur de sa chemise et l'ajout de points d'interrogation au-dessus de sa tête.

L'impression générale sur l'affiche était globalement positive chez les médecins comme chez les patients : « *alors écoutez, elle est très bien, je vais vous dire pourquoi !* » (M 14).

« *Oui, moi je trouve ça excellent vraiment félicitation pour ça !* » (P 8).

Du point de vue des médecins, la comparaison par rapport aux affiches existantes était jugée positive.

3. 1. Le dessin

L'avis des médecins sur le dessin était plutôt favorable. Ils l'ont aisément compris même si la sucrerie n'a pas toujours été reconnue. Un médecin a eu besoin d'un peu de temps pour l'analyser. Les praticiens ont souvent jugé l'illustration intelligible pour les patients. Pour d'autres, si le dessin apparaissait peu accessible aux patients, la phrase scientifique permettait à ces derniers de saisir le message : « *J pense que même s'ils ne le comprennent pas, avec la petite phrase en dessous...* » (M 11). Pour un médecin, même si le dessin n'était pas décodé, cela n'entravait pas l'interprétation globale et l'abord du sujet.

En effet, le dessin n'a pas toujours été compris par les patients.

Sa présence était préférable à celle de photos pour les médecins et il était jugé nécessaire, par les patients, pour attirer l'œil.

Dans le premier prototype, le choix de l'humeur négative du personnage a pu être approuvé par un médecin, car elle traduisait la souffrance du patient qui pouvait s'y identifier. Mais côté patient, l'affiche, véhiculant ainsi un message péjoratif, a été désapprouvée. D'autres patients jugeaient le personnage trop âgé. Cela pouvait créer un facteur de confusion sur l'origine de la DE et ne pas attirer les jeunes lecteurs. Un patient a considéré son vêtement comme trop ressemblant à une veste de pyjama. Le tout, ne permettait pas une identification au personnage. Il a donc été suggéré, par les patients, une illustration véhiculant une image plus positive avec un personnage plus jeune, ou plusieurs d'âges différents, à la suite de ce premier prototype.

Finalement, dans les deux groupes le message suggestif a été validé ainsi que son côté humoristique et non choquant. Certains proposaient de rendre plus visible et plus identifiable la sucrerie. Un médecin s'interrogeait sur l'intérêt d'insérer un personnage féminin sur l'affiche. Un patient proposait de ne mettre qu'un seul point d'interrogation et un autre un personnage plus viril.

3. 2. Le texte

Le texte a été globalement approuvé et jugé intelligible dans les deux groupes. Un médecin l'aurait souhaité encore plus clair et un seul patient ne comprenait pas le slogan.

Alors que certains validaient la mise en forme, d'autres proposaient un échange entre la position de la phrase à caractère scientifique et celle du slogan. La couleur globale du texte était trop sombre pour les patients dans le premier prototype.

Le titre était jugé accrocheur, notamment pour la population diabétique. Un médecin s'interrogeait sur la nécessité d'y intégrer le terme DE. Certains patients le considéraient peu lisible dans le premier prototype car trop petit.

Le slogan a été perçu comme efficace par certains praticiens, car compréhensible pour les patients et non choquant. Néanmoins, d'autres l'estimaient peu accessible pour les malades, imprécis ou ambigu par rapport au terme « épanouie ». Le terme « glycémie » a pu être jugé compliqué ou pas assez représentatif d'un diabète équilibré et aurait pu être remplacé par « équilibre glycémique ». Un médecin aurait préféré le terme plus connu, selon lui, d'« hémoglobine glyquée ». Du côté des patients, un seul ne comprenait pas le terme « glycémie ». La seule autre remarque était la suggestion d'une couleur plus voyante dans le premier prototype.

Pour les médecins, la phrase à caractère scientifique était indispensable, permettant de crédibiliser l'affiche. Plusieurs médecins l'imaginaient d'une taille plus importante, et il a été proposé d'ajouter des explications physiopathologiques. Elle inquiétait un médecin sur le fait que les patients puissent l'interroger sur les solutions existantes. Du côté des patients, elle a été validée, apportant des informations rassurantes sur la cause, la prévalence et l'existence de solutions. Elle a pu passer inaperçue dans le premier prototype et restait encore de taille trop petite dans le deuxième.

3. 3. La couleur

Dans le premier prototype, les patients ont jugé la couleur négative, triste, et sombre notamment en ce qui concernait celle du fond. Cette froideur était en rapport avec le sujet, mais une couleur chaude reflétant une sexualité épanouie avec, par exemple un fond plus rosé, a aussi été suggérée. Un patient l'estimait apaisante et non choquante. Il a été proposé d'instaurer plus de contraste entre le fond et le contenu avec une couleur plus claire, plus attirante sans être criarde.

Dans le second prototype elle était globalement positive et non choquante pour les médecins. L'un d'entre eux trouvait cependant que la couleur rouge de la chemise évoquait celle du sang. Un autre proposait une couleur de fond bleu turquoise. Dans les 2 groupes, les avis restaient partagés concernant l'attractivité de ce fond coloré.

3. 4. Critères d'efficience

Compréhensibilité

Sa simplicité et sa compréhensibilité ont été validées.

Un patient suggérait néanmoins que sa réceptivité à l'affiche était liée à son niveau d'éducation. Certains, précisaient qu'il leur fallait du temps pour la lire.

Attractivité

Les patients ont souligné l'importance d'une grande taille et d'un caractère attrayant pour la lecture. Le premier prototype a pu être évalué comme triste et donc rebutant par certains.

Après modification, son attractivité a été appréciée mais jugée encore perfectible par certains médecins. L'interpellation directe de la population diabétique était évaluée favorablement :

« alors elle est bien parce qu'on voit en gros « vous êtes diabétiques ? » donc c'est vrai que...je pense que les gens ça les interpelle forcément.... déjà...voilà ils savent qu'ils sont diabétiques donc du coup je pense qu'ils vont lire le reste » (M 3).

Le côté humoristique permettait, aussi, de dédramatiser le sujet selon les médecins : *« C'est bien parce que c'est facile et c'est...je pense que c'est abordé sur un mode un petit peu...avec un peu de recul...enfin ça fait un peu dessin humoristique quoi...ça je pense...ça les gens ils aiment bien ! » (M 4).* Ceci a également été validé par les patients, à l'exception d'un seul, qui pensait que cela minimisait le sujet. Dans le premier prototype, un patient jugeait le message trop négatif et souhaitait que l'accent soit mis sur l'apport de solution par la médecine. Dans

le deuxième, un autre patient trouvait que le message positif n'était pas encore assez mis en relief.

Décence

Pour la plupart des médecins, elle n'était pas choquante notamment car non compréhensible par les enfants : « *I : Vous pourriez l'imaginer en salle d'attente ?*

MG : Oh oui ! oui ! oui ! C'est gentillet ça moi je trouve ! Ca ne me choquerait pas, non ! » (M 14).

Mais pour d'autres praticiens, elle pouvait être inconvenante notamment pour les mères de familles. Cependant sa disposition au milieu d'autres affiches pouvait atténuer cet effet.

Par ailleurs un médecin craignait de stigmatiser la population diabétique, un autre de l'effrayer : « *après c'est vrai qu'il ne faut pas qu'il se sente stigmatisé non plus en se disant mince mon voisin il sait que je suis diabétique, alors il va penser que forcément euh...ça fonctionne pas bien !* » (M 11).

Mais les patients la jugeaient ni choquante ni agressive.

Affichage

Finalement, la majorité des médecins était favorable à son affichage dans les cabinets et selon les patients, il était nécessaire. Un médecin souhaitait d'ailleurs tester l'affiche auprès de ses patients : « *T'as prévu des essais dans ta thèse ? On ne peut pas aller tenter un coup là? Ou il faut faire un truc général ?* » (M 6).

L'un d'entre eux était soucieux de la taille de l'affiche, un autre estimait qu'elle n'était qu'au stade de prototype. L'idée d'utiliser conjointement affiches et brochures a été suggérée dans les deux groupes. Un médecin a proposé de remettre l'affiche en main propre aux patients.

Utilité

Dans les deux groupes l'affiche a été jugée utile pour informer les patients diabétiques sur le lien entre leur pathologie et les troubles de l'érection ainsi que pour lancer la communication. Elle était également intéressante pour faire s'interroger les patients et les rassurer : *« peut-être que d'avoir le chiffre, ça leur permet de voir qu'ils sont pas tout seul et que...quand même la moitié des diabétiques ont ce soucis-là, »* (M 11). Un patient l'estimait judicieuse pour les conjointes dans le but d'inciter leur mari à consulter.

Les praticiens voyaient aussi, en elle, une piste pour améliorer l'observance au traitement : *« je pense qu'ils comprennent un peu plus effectivement qu'il y a un lien entre leur glycémie et du coup éventuellement des troubles qu'ils peuvent ressentir et donc les faire peut être un peu plus adhérer au traitement du diabète en général... »* (M 3).

De plus, elle pouvait être un moyen de sensibiliser leurs pairs à ce problème et de les aider à orienter les patients vers les praticiens compétents.

A la fin de tous les entretiens, l'affiche a été modifiée une dernière fois (annexe 7). La taille de la phrase scientifique a été de nouveau augmentée pour renforcer son message suite aux remarques récurrentes.

V. Discussion

1. La méthode et les biais de l'étude

Il a été émis l'hypothèse qu'une affiche d'information sur les troubles de l'érection des patients diabétiques pourrait améliorer la discussion entre ces patients et leurs médecins généralistes. Le choix de la méthode qualitative semblait opportun pour évaluer la pertinence de cet outil de communication afin d'obtenir une exhaustivité des données dans cette problématique novatrice. Les entretiens menés ont ainsi permis de mettre en évidence les freins et les leviers autour de ce dialogue. L'utilisation de questions ouvertes a également aidé à formuler des critiques du prototype proposé. La technique des focus group a été écartée car il paraissait peu judicieux d'interroger les patients en groupe sur un sujet aussi intime. De même, concernant les médecins, l'entretien individuel a permis à chacun de s'exprimer librement sans être influencé par ses confrères et ainsi de ne pas perdre des données pertinentes évoquées par les moins informés. Enfin, réunir les interviewés aurait été difficile à réaliser particulièrement dans le groupe des médecins.

La validité interne de l'étude était assurée par la triangulation du codage entre les deux chercheuses. Les résultats obtenus par méthode qualitative peuvent être liés à l'expérience des intervieweurs, ce qui aurait pu introduire un biais dans l'acquisition des données. De même, la forte motivation des enquêtrices pour leur travail aurait pu influencer patients et médecins. Un travail en amont sur la méthodologie qualitative^{17, 18} a été réalisé par les deux enquêtrices pour s'affranchir de ces biais.

Un second biais à l'étude pouvait résider dans l'échantillonnage des populations. Pour faciliter le recrutement, les patients ont été sélectionnés au sein d'une association regroupant des malades possiblement plus investis dans leur santé. Il était volontaire de ne pas interroger

les patients des MG interviewés pour ne pas influencer sur leur relation. Il a également été décidé de ne pas recruter les patients des enquêtrices qui pouvaient être plus sensibilisés, du fait de l'intérêt de leur praticien pour le sujet. Malgré l'inclusion progressive et aléatoire des patients, leurs caractéristiques concernant l'âge, la catégorie socio-professionnelle et l'origine ethnique étaient variées.

Concernant les médecins, afin de simplifier leur inclusion, ils ont été choisis dans le réseau professionnel des enquêtrices. Il pouvait de ce fait être plus facile pour eux de se livrer à une interlocutrice connue ou, au contraire, plus difficile d'aborder ce sujet avec elle. Mais ils ont été sélectionnés afin d'obtenir un échantillon diversifié sur le sexe, l'âge, le mode et lieu d'exercice. La diversité obtenue dans les deux échantillons a permis, ainsi, de généraliser les résultats observés.

Il pouvait exister un troisième biais sur l'exhaustivité des données. L'enthousiasme des patients généré par le fait que l'on s'intéresse à ce problème, a pu freiner leurs critiques de l'affiche. Dans le groupe médecins, malgré le choix de l'entretien individuel, il a été ressenti une gêne à laisser paraître un manque de connaissance. La relation confraternelle entre médecins pouvait aussi gêner la formulation d'une critique négative sur l'étude et plus particulièrement sur l'affiche. Ces paramètres ont pu masquer des données.

De plus, les temps d'interviews relativement courts par rapport à la littérature pourraient laisser croire que ces entretiens n'étaient pas assez approfondis. Mais il a été mis en évidence que les patients parvenaient à se confier et que les médecins pouvaient laisser transparaître des sentiments aussi profonds que la culpabilité.

2. Comparaison des principaux résultats à la littérature et ouverture

L'organisation du système de soins place le MG en première ligne pour dépister les troubles de l'érection¹⁹. Dans l'étude réalisée, la relation privilégiée entre le praticien et le patient diabétique était d'ailleurs évoquée comme un levier à la communication autour de la DE. Le suivi régulier et le secret professionnel permettaient, eux aussi, d'améliorer le dialogue autour de cette problématique. Comme dans d'autres études¹², il est ressorti que le patient attendait du MG qu'il fasse le premier pas pour aborder cette dysfonction sexuelle. Mais de nombreux obstacles limitent encore le dépistage et sa prise en charge.

A la lecture des résultats des entretiens patients, les principales raisons évoquées pour ne pas aborder leur DE en consultation étaient leur gêne, notamment pour initier la conversation et la peur de mettre mal à l'aise le médecin. Il existait par ailleurs des tabous religieux et socio-culturels. Le sexe féminin du médecin pouvait aussi être vécu comme un obstacle, de même que l'oubli d'aborder le sujet et le manque de sensibilisation à l'existence de traitements. Les troubles pouvaient être minimisés, banalisés avec le vieillissement ou l'absence de conséquences majeures sur le couple, ne nécessitant alors pas de prise en charge. Les mêmes freins ont été retrouvés dans une étude réalisée en 2009 auprès de 1500 personnes en France¹³. Cette dernière avait identifié comme barrière supplémentaire l'absence de suivi médical régulier. La présente étude n'était pas concernée par ce point puisque les patients interviewés étaient suivis régulièrement du fait de leur pathologie diabétique. A l'inverse, la plainte de la conjointe et les perturbations dans le couple ont été mentionnées comme des moteurs à cette discussion en concordance avec une étude de 2003 qui rapportait qu'un des facteurs incitant le plus à la consultation était l'intervention du partenaire¹². Pour finir, une barrière mentionnée n'était pas répertoriée dans la littérature, il s'agissait de la peur d'une maladie sous-jacente à la DE que le patient préférait ignorer.

Concernant l'analyse des freins dans le groupe médecin, le jeune âge et le sexe féminin, le manque de temps et de formation ont été retrouvés comme dans une étude qualitative réalisée en 2004²⁰. La gêne face à la demande du patient, le tabou éducationnel et la peur d'être intrusif apparaissaient comme des barrières, confortant une autre étude conduite en 2014²¹. La minimisation de la DE, ainsi que le manque d'intérêt pour le sujet ont également été retrouvés. D'autres freins ne sont pas réapparus ici, dont la peur de l'échec ou celle de majorer le trouble. Le sentiment de ne pas avoir sa place en tant que MG dans le dépistage de la DE et le manque de reconnaissance financière n'ont pas été évoqués non plus²¹.

Les autres travaux excluaient les médecins remplaçants. Ces derniers ont été inclus dans l'enquête pour apporter d'autres pistes de réflexions. Ce statut a d'ailleurs été identifié parfois comme un obstacle supplémentaire à la communication lié au manque d'intimité et de temps. Un praticien remplaçant avait cependant émis l'idée que son statut, au contraire, facilitait la confiance dans la mesure où il ne revoyait pas forcément les patients. Ceci était concordant avec le point de vue d'un médecin installé qui recevait les patients de ses collègues uniquement pour aborder la sexualité. Ainsi une relation trop ancienne, ou au contraire trop récente, entre le MG et le patient pouvait parfois gêner la confiance autour de la sexualité.

Lorsqu'il a été demandé aux MG leur avis sur la façon d'améliorer la communication avec les patients autour des troubles de l'érection, beaucoup ont répondu qu'il suffisait de poser simplement la question, mettant en évidence une ambiguïté entre cette simplicité apparente du dépistage et les difficultés de sa réalisation. D'ailleurs, pour la plupart, cette problématique ne faisait pas partie de leur questionnaire de routine. Ceci est concordant avec une étude de 2009 dans laquelle pas plus d'un médecin sur dix incluait des questions sur la qualité de l'érection dans l'interrogatoire systématique de ses patients chroniques¹³.

Un résultat notable était le manque de sensibilisation des médecins à l'importance de ce dépistage chez leurs patients diabétiques, notamment en raison de la méconnaissance du lien

existant entre la DE et le RCV. Cette étude a créé une prise de conscience chez les praticiens de la nécessité d'aborder ce sujet. Il ressortait donc des entretiens auprès des médecins, mais également auprès des patients, que l'information sur ce lien était essentielle voire un devoir médical.

Ainsi, former les médecins et les sensibiliser à ce problème serait une piste de progression majeure pour les rendre proactifs dans cette prise en charge, notamment par l'inscription de ce dépistage dans les recommandations de suivi des patients diabétiques de la HAS. Il faudrait aussi « désacraliser » la sexualité et en faire un domaine de la médecine générale comme un autre. En parallèle, une réactualisation des recommandations de l'Association Interdisciplinaire post-Universitaire de Sexologie (AIUS) sur le dépistage de la DE dans les pathologies pourvoyeuses pourrait également être envisagée. Cependant ces dernières sont probablement moins connues des médecins généralistes, n'ayant pas été citées lors des entretiens. Enfin, les jeunes médecins ne semblent pas plus alertés sur l'importance de ce dépistage, accessible par une simple question, il serait pertinent d'insister aussi sur celui-ci dans la formation médicale initiale.

Outre les leviers déjà évoqués, l'affiche d'information semblait être un moyen original et pertinent pour améliorer la communication entre MG et patients diabétiques autour de ce sujet. Elle était jugée utile par les patients et les médecins pour informer sur le lien entre diabète et DE et pour initier le dialogue. Pour les patients, elle servait, entre autres, à prévenir et à rassurer sur ce trouble. En effet, connaître la cause, la prévalence et l'existence de solutions à ce problème était réconfortant. Pour les MG, elle permettait, aussi de lever le tabou, de faire s'interroger et de rappeler au patient de parler de sa DE. Enfin, les MG pensaient qu'elle pouvait sensibiliser leurs pairs et les aider à soulever cette question.

Le dernier prototype d'affiche, présenté aux patients et aux MG, répondait à ces critères et a été globalement approuvé. Pour la plupart d'entre eux, il était simple, compréhensible, attractif et non choquant. L'humour permettait, de plus, de dédramatiser le sujet. La majorité était, de ce fait, favorable à son affichage dans les cabinets de médecine générale. Les patients mettaient l'accent sur l'importance du message positif véhiculé par l'affiche. Cependant, certains médecins avaient des doutes sur la compréhension du texte par les malades, ce qui n'a pas été confirmé lors des entretiens patients. D'autres médecins étaient apparemment plus convaincus par l'efficacité des brochures mais leur utilisation était difficile en pratique. Enfin, les praticiens étaient partagés sur le fait que les patients lisent les affiches. Or, les patients de l'étude ont déclaré les lire. Ce résultat est en accord avec une des rares études sur le sujet réalisée en 1994²², qui affirmait que les patients lisaient et se rappelaient des affiches présentes dans les salles d'attente. Un travail plus récent de 2013¹⁵ suggérait aussi que les patients se préoccupaient des documents d'information leur étant destinés en salle d'attente puisque 94% d'entre eux les lisaient. Ces documents permettaient d'améliorer leurs connaissances sur la santé et favorisaient l'échange entre médecins et patients.

Cette étude paraît prometteuse sur l'utilisation d'une affiche d'information pour initier le dialogue entre médecins et patients diabétiques autour de la DE.

Suite à la réalisation des entretiens, des changements ont déjà été induits. Certains patients ont décidé d'aborder le sujet avec leur médecin et un atelier autour de la sexualité du patient diabétique est en réflexion au sein de l'association dans laquelle les enquêtrices sont intervenues. Quelques médecins interviewés ont envisagé de modifier leur pratique en intégrant ce dépistage dans leurs consultations. A présent le prototype mérite d'être affiné, avec l'aide éventuelle de professionnels de la communication, pour être ensuite testé à plus grande échelle. Une autre piste est de soumettre les résultats de cette étude à l'Institut national

de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) pour savoir si sa poursuite serait intéressante, ce dépistage représentant une mission de santé publique.

A quand l'ouverture du dialogue en cabinet de médecine générale sur la DE des patients diabétiques ? Peut être à la suite de la diffusion d'une telle affiche.

VI. Conclusion

Thèse soutenue par Aurélie DUMAS et Fanny ROMUALD

Titre : Validation d'un outil de communication par affiche autour des troubles de l'érection des patients diabétiques en médecine générale

La dysfonction érectile est à la fois plus précoce, plus grave et plus fréquente dans la population diabétique. Elle entraîne des conséquences psychologiques majeures et compromet l'observance au traitement du diabète. Malgré l'existence de traitements efficaces et le fait qu'elle soit un marqueur clinique pertinent du risque cardiovasculaire, elle n'est pas dépistée systématiquement. Pourtant le délai entre son apparition et les événements cardiovasculaires serait exploitable pour réduire la morbi-mortalité globale. La place du médecin généraliste apparaît essentielle dans le dépistage de ce trouble. D'ailleurs, les patients sont en attente qu'il fasse le premier pas pour aborder le sujet. Mais des barrières de communication entre le praticien et son patient persistent.

En parallèle, la salle d'attente apparaît comme un lieu opportun pour informer et éduquer les patients. Les affiches et brochures qui y sont disposées semblent aider à initier le dialogue.

L'objectif de cette étude était de valider la pertinence d'une affiche d'information autour des troubles de l'érection des patients diabétiques, pour améliorer la communication médecin-patient sur ce sujet. Pour cela, les freins et les leviers de cette discussion ont été explorés et la critique d'un prototype d'affiche a été réalisée.

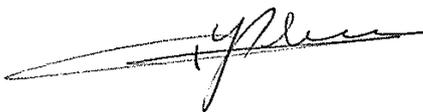
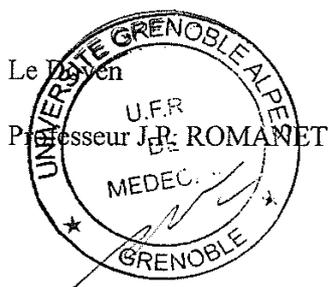
Une affiche de communication sur le sujet a été créée et une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a ensuite été conduite auprès de médecins généralistes et de patients diabétiques.

Il est ressorti de cette étude que les médecins généralistes dépistaient peu la dysfonction érectile de leurs patients diabétiques dans leur pratique quotidienne. Ils étaient peu sensibilisés à l'importance de ce dépistage ainsi qu'au marqueur de risque cardiovasculaire pertinent représenté par la DE. De leur côté, les patients attendaient des informations préventives et une prise en charge de ce trouble par leur médecin traitant. De nombreuses barrières de communication ont été retrouvées dans les deux groupes. Quelques leviers ont aussi émergé. En particulier, l'idée d'une affiche sur le sujet semblait intéressante. Elle était jugée utile pour informer sur le lien entre diabète et dysfonction érectile, rassurer et lancer la communication. Le prototype d'affiche proposé a été approuvé notamment grâce à son message positif. Ses autres atouts étaient son côté humoristique, permettant de dédramatiser le sujet, et l'absence d'agressivité. Les médecins voyaient aussi en lui un moyen d'améliorer l'observance au traitement de leurs patients et même de sensibiliser leurs pairs à ce problème.

Informar les médecins de la nécessité de ce dépistage et lever les barrières de communication dans ce domaine sont essentiels pour aboutir à un dépistage systématique. Dans ce but une affiche d'information paraît pertinente et le prototype évalué semble prometteur.

Vu et permis d'imprimer

Grenoble, le 9.2.2016



Le Président de la thèse

Professeur P.Y. BENHAMOU

VII. Bibliographie

1. National Institutes of Health (NIH) Consensus Conference on Impotence. NIH Consensus Development Panel on Impotence. JAMA 1993;270:83-90.
2. De Berardis G, Franciosi M, Belfiglio M et al. Erectile dysfunction and quality of life in type 2 diabetic patients: a serious problem too often overlooked. Diabetes Care. 2002;25:284-91.
3. Tiv P, Tiv M, Druet C et al. Dysfonction érectile chez les patients diabétiques en France, étude ENTRED 2007. Diabetes Metab 2014;40, Supplement 1:A23.
4. Burke JP, Jacobson DJ, McGree ME, et al. Diabetes and Sexual Dysfunction: Results From the Olmsted County Study of Urinary Symptoms and Health Status Among Men. J Urol 2007;177:1438-42.
5. Colson MH, Roussey G. Dépistage et prise en charge de la dysfonction érectile des patients diabétiques : une nécessité pour tout praticien. Revue de la littérature. Sexologies 2013;22:3-9.
6. Lowentritt BH, Sklar GN. The effect of erectile dysfunction on patient medication compliance. J Urol 2004;171:231-35.
7. Phé V, Rouprêt M. Erectile dysfunction and diabetes: A review of the current evidence-based medicine and a synthesis of the main available therapies. Diabetes Metab 2012;38:1-13.
8. Israilov S, Shmuely J, Niv E, Engelstein D, Livne P, Boniel J. Evaluation of a progressive treatment program for erectile dysfunction in patients with diabetes mellitus. Int J Impot Res 2005;17:431-436.

9. Scranton RE, Goldstein I, Stecher VJ. Erectile dysfunction diagnosis and treatment as a means to improve medication adherence and optimize comorbidity management. *J Sex Med* 2013;10:551-61.
10. Yamada T, Hara K, Umematsu H, Suzuki R, Kadowaki T. Erectile Dysfunction and Cardiovascular Events in Diabetic Men: A Meta-analysis of Observational Studies. *PLoS One* 2012;9:e43673.
11. Jackson G, Boon N, Eardley I et al. Erectile dysfunction and coronary artery disease prediction: evidence-based guidance and consensus. *Int J Clin Pract* 2010;64:848-57.
12. Costa P, Avances C, Wagner L. Dysfonction érectile : connaissances, souhaits et attitudes. Résultats d'une enquête française réalisée auprès de 5.099 hommes âgés de 18 ans à 70 ans. *Prog Urol* 2003;13:85-91.
13. Buvat J, Glasser D, Celestino Silva Neves R et al. Sexual problems and associated help-seeking behavior patterns: Results of a population-based survey in France. *Int J Urol* 2009;16:632-38.
14. Gignon M, Idris H, Manaouil C, Ganry O. The waiting room: vector for health education? the general practitioner's point of view. *BMC Research Notes* 2012;18;5:511.
15. Moerenhout T, Borgermans L, Schol S, Vansintejan J, Van De Vijver E, Devroey D. Patient health information materials in waiting rooms of family physicians: do patients care? *Patient Preference and Adherence* 2013;7:489-97.
16. Wicke DM, Lorge RE, Coppin RJ, Jones KP. The effectiveness of waiting room noticeboards as a vehicle for health education. *Fam Pract* 1994;3:292-5.
17. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. 2 ed. Paris : Armand Colin, 2007.

18. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L et al. Introduction à la recherche qualitative. *exercer* 2008;84:142-5.
19. Association Inter Hospitalo Universitaire de Sexologie. Recommandations aux médecins généralistes pour la prise en charge de première intention de la dysfonction érectile. 2010.
20. Low WY, Ng CJ, Tan NC, Choo WY, Tan HM. Management of erectile dysfunction: barriers faced by general practitioners. *Asian J Androl* 2004;6:99-104.
21. Hoarau A. Facteurs limitants la prise en charge de la dysfonction érectile en médecine générale ; Enquête qualitative auprès de médecins généralistes de l'Hérault. Thèse pour le doctorat en médecine générale. 2014.
22. Ward K, Hawthorne K. Do patients read health promotion posters in the waiting room? A study in one general practice. *Br J Gen Pract* 1994 ;44:583-5.

VIII. Annexes

Annexe N°1 : Grille d'évaluation d'une affiche

Les critères de réussite	Oui	Non
L'affiche est-elle visible de loin ?		
<ul style="list-style-type: none"> • La taille des caractères est-elle assez grande ? 		
<ul style="list-style-type: none"> • Les titres sont-ils courts et lisibles ? 		
<ul style="list-style-type: none"> • La typographie est-elle agréable et lisible ? 		
<ul style="list-style-type: none"> • Les illustrations sont-elles suffisamment grandes ? 		
L'affiche est-elle attractive ? (la présentation est agréable et soignée).		
<ul style="list-style-type: none"> • L'écriture est-elle soignée ? 		
<ul style="list-style-type: none"> • Le découpage des textes est-il soigné ? 		
<ul style="list-style-type: none"> • Les illustrations sont-elles mises en valeur ? Par un encadrement : Par un fond couleur : Par le découpage : 		
<ul style="list-style-type: none"> • La mise en page est-elle aérée ? (25% du fond doit rester apparent). 		
L'affiche apporte-t-elle un maximum d'informations dans un minimum de place ?		
<ul style="list-style-type: none"> • Les textes sont-ils courts ? 		
<ul style="list-style-type: none"> • Les phrases sont-elles brèves ? 		
<ul style="list-style-type: none"> • Les titres et les sous-titres guident-ils la lecture ? 		
<ul style="list-style-type: none"> • Le texte et l'image sont-ils complémentaires ? 		
<ul style="list-style-type: none"> • L'illustration est-elle en rapport avec le sujet ? 		

Catherine MERLIN, professeur documentaliste et Guylaine ROY, professeur documentaliste

VOUS ÊTES DIABÉTIQUE?

Une bonne
glycémie
pour une
sexualité
épanouie.



PARLEZ EN AVEC VOTRE MÉDECIN.

VOUS ÊTES DIABÉTIQUE?

Une bonne
glycémie
pour une
sexualité
épanouie.



50% des diabétiques souffrent
de troubles de l'érection. (1)
Des solutions existent.

(1) Burke JP, and al. Diabetes and Sexual Dysfunction: Results From the Olmsted County Study of Urinary Symptoms and Health Status Among Men. J Urol. avr 2007

PARLEZ EN AVEC VOTRE MÉDECIN.

Annexe N° 4 : Guide d'entretien patient

- **Exploration sur les troubles de l'érection chez les diabétiques**

Quel âge avez-vous ?

Depuis combien de temps êtes-vous diabétiques ?

Quel médecin suit votre diabète ?

Avez-vous eu connaissance du lien entre le diabète et les troubles de l'érection ?

Comment ?

Quelles autres conséquences du diabète connaissez-vous ?

- **La communication avec votre médecin généraliste**

Est-ce que votre médecin vous a déjà questionné sur les troubles de l'érection ? sur la sexualité ?

En avez-vous déjà parlé avec lui ? Est-ce que cela avait été difficile ? Comment cela s'était-il passé ?

Pourriez-vous le faire ? Aimeriez-vous qu'il le fasse ?

Qu'est-ce qui pourrait faciliter cette communication ?

Que penseriez-vous d'une affiche en salle d'attente qui vous informerait sur ce sujet ?

- **Présentation de l'affiche**

Qu'en pensez-vous ?

Que pensez-vous des couleurs/ du texte/ du côté humoristique ?

De l'attractivité ? Caractère choquant ?

Compréhensibilité ?

Utilité ?

Annexe N°5 : Guide d'entretien médecin

- **Abord de la sexualité en consultation**

Comment est-elle abordée chez le patient tout venant ?

Comment est-elle abordée chez le patient diabétique ?

Sensibilisation au lien entre diabète et DE ? Comment ?

Quelles sont les difficultés ?

- **Différents modes de communication utilisés avec le patient**

Communication orale

Brochures

Affiches

Campagnes de communication...

- **Moyens pour améliorer la communication dans ce thème**

- **Critique de l'affiche**

Avis global : Comment la trouvez-vous ?

Compréhension par le MG / par le patient

Attractivité

Utilité

Dessin

Texte

Couleur

Utilisation de cette affiche en pratique

VOUS ÊTES DIABÉTIQUE ?

Une bonne
glycémie
pour une
sexualité
épanouie.



50% des diabétiques souffrent
de troubles de l'érection.⁽¹⁾
Des solutions existent.

(1) Burke P, and al. Diabetes and Sexual Dysfunction: Results From the Olmsted County Study of Urinary Symptoms and Health Status Among Men. J Urol. avr 2007

PARLEZ EN AVEC VOTRE MEDECIN.

VOUS ÊTES DIABÉTIQUE ?

Une bonne
glycémie
pour une
sexualité
épanouie.



(1) Burke P, et al. Diabetes and Sexual Dysfunction: Results from the Olmsted County Study of Urinary Symptoms and Health Status Among Men. J Urol. avr 2007

50% des diabétiques souffrent de troubles de l'érection.⁽¹⁾
Des solutions existent.

PARLEZ EN AVEC VOTRE MEDECIN.

IX. Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.