



HAL
open science

Impact d'une formation médicale sur les freins au dépistage de la dysfonction érectile: enquête qualitative menée auprès de 9 médecins généralistes en région PACA

Alexandre Viboud

► To cite this version:

Alexandre Viboud. Impact d'une formation médicale sur les freins au dépistage de la dysfonction érectile: enquête qualitative menée auprès de 9 médecins généralistes en région PACA. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01399988

HAL Id: dumas-01399988

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01399988>

Submitted on 21 Nov 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.

UNIVERSITE DE NICE - SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE

**IMPACT D'UNE FORMATION MEDICALE SUR LES FREINS AU
DEPISTAGE DE LA DYSFUNCTION ERECTILE**

Enquête qualitative menée auprès de 9 médecins généralistes en région PACA

Thèse présentée pour l'obtention du diplôme d'état de docteur en médecine générale

Par Alexandre VIBOUD

Né le 13 Juin 1987, à ECHIROLLES (38)

Présentée et soutenue publiquement à la faculté de Médecine de Nice, le 14 Avril 2016

Devant le jury composé de :

Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER, Président du jury

Monsieur le Professeur Michel BENOIT, assesseur

Monsieur le Professeur Daniel CHEVALLIER, assesseur

Monsieur le Professeur Pierre GIBELIN, assesseur

Madame le Docteur Carol BURTE, directrice de thèse

UNIVERSITÉ NICE - SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au 1er septembre 2015 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Vice-Doyen	M. BOILEAU Pascal
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque	Mme DE LEMOS Annelise
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick
Professeurs Honoraires	M. LALANNE Claude-Michel M. LAMBERT Jean-Claude M. LAZDUNSKI Michel M. LEFEBVRE Jean-Claude M. LE BAS Pierre M. LE FICHOUX Yves Mme LEBRETON Elisabeth M. LOUBIERE Robert M. MARIANI Roger M. MASSEYEFF René M. MATTEI Mathieu M. MOUIEL Jean Mme MYQUEL Martine M. OLLIER Amédée M. ORTONNE Jean-Paul M. SAUTRON Jean Baptiste M. SCHNEIDER Maurice M. SERRES Jean-Jacques M. TOUBOL Jacques M. TRAN Dinh Khiem M.VAN OBBERGHEN Emmanuel M. ZIEGLER Gérard

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
 M. BASTERIS Bernard
 Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
 Mme DONZEAU Michèle
 M. EMILIOZZI Roméo
 M. FRANKEN Philippe
 M. GASTAUD Marcel
 M. GIRARD-PIPAU Fernand
 M. GIUDICELLI Jean
 M. MAGNÉ Jacques
 Mme MEMRAN Nadine
 M. MENGUAL Raymond
 M. POIRÉE Jean-Claude
 Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophthalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	M.ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. HOFLIGER Philippe Médecine Générale

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

Mme ROSE Patricia Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme ALUNNI Véronique Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. AMBROSETTI Damien Cytologie et Histologie (42.02)
Mme BANNWARTH Sylvie Génétique (47.04)
M. BENOLIEL José Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme BERNARD-POMIER Ghislaine Immunologie (47.03)
Mme BUREL-VANDENBOS Fanny Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. DOGLIO Alain Bactériologie-Virologie (45.01)
M. DOYEN Jérôme Radiothérapie (47.02)
M. FAVRE Guillaume Néphrologie (52.03)
M. FOSSE Thierry Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M. GARRAFFO Rodolphe Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme GIOVANNINI-CHAMI Lisa Pédiatrie (54.01)
Mme HINAULT Charlotte Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mme LEGROS Laurence Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme MAGNIÉ Marie-Noëlle Physiologie (44.02)
Mme MOCERI Pamela Cardiologie (51.02)
Mme MUSSO-LASSALLE Sandra Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. NAÏMI Mourad Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M. PHILIP Patrick Cytologie et Histologie (42.02)
Mme POMARES Christelle Parasitologie et mycologie (45.02)
M. ROUX Christian Rhumatologie (50.01)
M. TESTA Jean Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M. TOULON Pierre Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M	COYNE John	Anatomie et Cytologie (42.03)
M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme	PACZESNY Sophie	Hématologie (47.01)
Mme	POURRAT Isabelle	Médecine Générale

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M	BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale
M.	DARMON David	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M.	PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

Au Président du jury,

Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER,
Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. C'est avec un profond respect que je vous exprime mes remerciements pour l'intérêt porté à ce travail.

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Michel BENOIT,
Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de participer à ce jury en qualité d'expert en psychiatrie

Monsieur le Professeur Daniel CHEVALLIER,
Vous me faites l'honneur d'accepter d'être membre du jury. Recevez l'expression de ma profonde reconnaissance.

Monsieur le Professeur Pierre GIBELIN,
Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse, et je vous prie de croire en l'assurance de ma respectueuse considération.

Madame le Docteur Carol BURTE,
Je tiens à vous exprimer mes sincères remerciements pour avoir accepté de diriger cette thèse et ma profonde reconnaissance pour l'aide que vous m'avez apporté tout au long de ce travail enrichissant.

Merci également à tous les médecins généralistes ayant accepté de participer à cette étude et ce, malgré un emploi du temps très souvent surchargé.

A ma famille,

A Julie, ma future femme, pour le soutien sans faille dont elle a fait preuve en permanence pour m'aider à surmonter les épreuves de ce merveilleux parcours.

A mes parents, qui, avec tout leur dévouement, m'ont permis de mener à bien ces études.

A mon frère, qui m'a supporté lors de la première année lorsque j'étudiais jusqu'au bout de la nuit.

A ma sœur, toujours aux petits soins pour contribuer à ma réussite.

A mes grands-parents, pour leur accueil et leur éternelle sollicitude.

A ma cousine, pour ses encouragements.

A ma belle-famille, pour sa bienveillance.

TABLE DES MATIERES

Introduction.....	11
A. Définition.....	11
B. Epidémiologie.....	11
C. Anatomie.....	12
a) Les corps caverneux.....	13
b) Le corps spongieux.....	13
c) Quatre enveloppes.....	13
d) Vascularisation.....	13
e) Innervation.....	14
f) Formations anatomiques particulières.....	14
D. Physiologie.....	14
E. Physiopathologie de la DE et étiologies.....	16
a) Causes vasculaires.....	16
b) Causes neurologiques.....	16
c) Causes tissulaires.....	17
d) Causes hormonales.....	17
e) Causes générales.....	17
f) Iatrogénie.....	18
g) Causes sexologiques.....	18
h) Le couple.....	18
F. Pourquoi dépister la DE.....	19
Matériel et méthode.....	22
A. Objectifs de l'étude.....	22
B. Choix de la méthode qualitative.....	22
C. Choix des entretiens semi-directifs.....	22
D. Critères d'inclusion.....	22
E. Recrutement de l'échantillon.....	23
F. Présentation de l'étude.....	23
G. Fiche d'identification.....	23
H. Déroulement de la formation.....	23
I. Document délivré.....	24
J. Déroulement des entretiens.....	24
a) Conditions des entretiens.....	24
b) Guide d'entretien.....	24
c) Enregistrement.....	25
d) Retranscription des entretiens.....	25
e) Analyse des données.....	25

Résultats.....	26
A. Présentation de l'échantillon.....	26
B. Dépistage et freins associés	27
C. Avis sur la formation	28
D. Apports de la formation	30
a) Impact sur les obstacles rencontrés et déterminants de la formation à l'origine de la modification ou non de ces freins	30
b) Conséquence sur le dépistage	33
c) Répercussions sur le patient.....	33
Discussion	35
A. Limites de la méthode.....	35
a) Sélection de l'échantillon.....	35
b) Les entretiens semi-dirigés	35
c) Conditions d'entretien.....	35
d) Analyse des entretiens	36
e) Population étudiée.....	36
B. Discussion des résultats	36
a) Obstacles initiaux.....	36
b) Déterminants de la formation à l'origine de la modification ou non de ces freins.....	38
i. Un outil pédagogique adapté dans sa forme.....	38
ii. Un outil pédagogique adapté dans le fond	40
c) Conséquence de la formation sur le dépistage de la DE.....	42
d) Répercussions de la formation sur le patient	43
i. Amélioration de la qualité de l'érection	43
ii. Une meilleure santé mentale	43
iii. Une qualité de vie en couple supérieure.....	44
iv. Une observance thérapeutique optimisée.....	44
Conclusion	45
ANNEXE 1	46
ANNEXE 2	48
ANNEXE 3	49
ANNEXE 4	50
Bibliographie.....	51
Résumé.....	54

Introduction

A. Définition

Initialement désigné par le terme « impuissance », le trouble de l'érection a été redéfini en 1993 par la conférence de consensus du National Institut of Health en raison de sa connotation négative. Le terme de « dysfonction érectile » (DE) voit officiellement le jour et se définit par « l'incapacité pour un homme à obtenir ou à maintenir une érection suffisante du pénis pour permettre un rapport sexuel satisfaisant » [1].

En 2004, la deuxième consultation internationale sur les dysfonctions sexuelles a permis de modifier cette définition compte-tenu de la subjectivité induite par le mot « satisfaisant ». En conséquence « l'incapacité persistante ou récurrente pour un homme à obtenir ou à maintenir une érection suffisante du pénis pour permettre une activité sexuelle » a été adoptée comme nouvelle définition [2].

Une durée minimale de ce trouble de trois mois est admise pour asseoir le diagnostic. Dans certains cas, après traumatisme ou chirurgie, le diagnostic peut être établi avant 3 mois [3].

L'Association Américaine de Psychiatrie a perfectionné cette définition dans son 5ème manuel de diagnostic et statistique des troubles mentaux (DSM5) en mettant l'accent sur l'importance du ressenti pour le patient et pour le couple. La DE est définie comme « L'incapacité persistante ou répétée à atteindre ou à maintenir jusqu'à l'accomplissement de l'acte sexuel, une érection adéquate, à l'origine d'une souffrance marquée ou de difficultés interpersonnelles ». Les symptômes persistent depuis une durée approximative de 6 mois au moins [4].

B. Epidémiologie

La dysfonction érectile apparaît comme un symptôme très fréquent dont la prévalence varie selon les populations étudiées, les méthodes de recrutement et les questionnaires utilisés. Cette grande variabilité des données et du pourcentage de réponders parmi les personnes interrogées rend particulièrement difficile leur interprétation. Il existe néanmoins, dans toutes les études, une augmentation régulière de la prévalence de la dysfonction érectile avec l'âge. S'agissant d'un sujet «tabou» et d'un diagnostic d'interrogatoire, ces chiffres peuvent être sous-évalués.

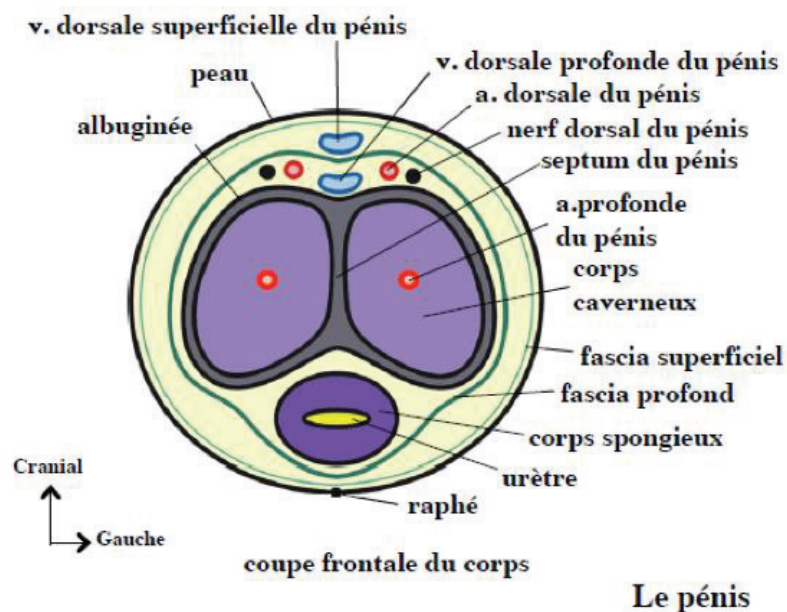
En France :

- Une étude épidémiologique conduite en 2002 par GIULIANO et al. auprès de 1004 hommes de plus de 40 ans a révélé une prévalence de la DE de 31,6 % et une corrélation avec l'âge [5].
- Ces constatations sont corroborées par une enquête menée en 2003 par COSTA et al. sur un échantillon représentatif de 5099 hommes de 18 à 70 ans, retrouvant une prévalence variant de 15 à 44% selon l'âge [6].
- Enfin, l'enquête ENJEU réalisée en 2009 par DROUPY et al. chez 1740 patients ayant consulté en urologie, dont l'âge moyen s'élève à 63 ans, retrouve une prévalence de 50,8 % de la DE [7].

A l'étranger :

- L'enquête « The Massachusetts Male Aging Study » (MMAS), conduite par FELDMAN et al. aux Etats-Unis entre 1987 et 1989 chez des hommes de 40 à 70 ans, rapporte une forte prévalence de la DE, atteignant 52% dans cet échantillon et une corrélation à l'âge [8].
- Une revue de la littérature internationale, réalisée en 2004 lors de la Seconde Consultation Internationale sur les Dysfonctions Sexuelles, admet que la prévalence de la DE dans la population est inférieure à 10% avant 40 ans, de 10-30% entre 40 et 59 ans, de 20-40% entre 60 et 69 ans et de 50-75% après 70 ans [2].
- Dans l'étude « The Cologne Male Survey » la prévalence de la DE est établie à 19%. Elle varie de 2% pour la tranche d'âge 30-39 ans, à 9% pour les hommes de 40 à 49 ans, à 16% pour la classe 50-59 ans, à 34% dans la classe 60-69 ans, et atteint 53% pour la tranche d'âge 70-80 ans [17].

C. Anatomie



En coupe transversale, le pénis est composé de :

- Deux corps caverneux
- Un corps spongieux
- L'urètre

a. Les corps caverneux

Organe pairs et symétriques, en forme de cylindre, situés à la face dorsale de la verge. Les corps caverneux s'insèrent sur les branches ischio-pubiennes puis s'adosent par leur face médiale sous la symphyse pubienne pour se prolonger jusqu'au gland, séparés par un septum et dessinant une gouttière ventrale.

Les corps caverneux sont constitués de cellules musculaires lisses formant des espaces sinusoïdes, à l'intérieur desquels se trouvent des cellules endothéliales. Ils sont entourés d'une gaine de collagène appelée albuginée participant au phénomène veino-occlusif à l'origine de la rigidité de la verge. Les deux corps caverneux sont en continuité fonctionnelle l'un avec l'autre, grâce à la présence d'orifices dans la partie moyenne du septum du pénis.

b. Le corps spongieux

Il s'agit d'un organe impair et médian, en forme de cylindre, situé à la face ventrale du pénis, dans la gouttière ménagée par les corps caverneux. Il entoure l'urètre spongieux. Il s'insère à la face inférieure du diaphragme urogénital. Il est recouvert à sa partie proximale par le muscle bulbo-spongieux. Il se dilate à son extrémité pour former le gland. Le corps spongieux possède une propriété sensitive permettant la stimulation génito-sexuelle de l'homme.

c. Quatre enveloppes

De l'extérieur vers l'intérieur on trouve la peau, le fascia superficiel (dartos pénien), le fascia profond pénien de Buck et l'albuginée. Cette dernière est constituée de fibres de collagène transversales et élastiques longitudinales permettant de lutter contre une trop grande expansion de la verge en érection et assure un retour à la position de repos lors de la détumescence

d. Vascularisation

La vascularisation artérielle de la verge est assurée par les artères péniennes, branches terminales des artères pudendales internes issues des artères iliaques internes. Chaque artère pénienne se divise

en 3 branches : une artère dorsale qui chemine dans le fascia de Buck, une artère caverneuse qui alimente les corps érectiles, et une artère bulbair qui vascularise le corps spongieux. Le retour veineux s'effectue par les veines dorsales superficielles situées dans le dartos (vascularisation superficielle) et par les veines profondes situées dans le fascia de Buck, responsables du drainage des corps caverneux.

e. Innervation

Innervation végétative

- L'innervation parasympathique, assure l'état d'érection en inhibant le système nerveux sympathique. Elle est issue de la région sacrée S2-S4 [9], [10], [30], [45] et est assurée par les nerfs caverneux.
- L'innervation sympathique, à l'origine de l'état flaccide du pénis, est issue des centres thoraco-lombaires (T11 à L2) et des ganglions sympathiques sacrés (S3 et S4).

Innervation somatique

- L'innervation pudendale, par l'intermédiaire du nerf dorsal du pénis, est responsable de la sensibilité du gland et de la peau, et permet le déclenchement d'érections réflexes. La motricité du pénis est assurée par les nerfs périnéaux qui produisent la contraction des muscles ischio-caverneux et bulbo-spongieux.

f. Formations anatomiques particulières

En avant, peau et fascia superficiel forment un manchon autour du gland : le prépuce. Il s'insère autour de la couronne au niveau du col du pénis (sillon balano-préputial). A la face inférieure, on retrouve un repli cutané formant le frein du prépuce. Au niveau du sillon, on retrouve les glandes préputiales (de Tyson) sécrétant le smegma.

Le ligament suspenseur du pénis s'insère à la face ventrale de la symphyse. La partie médiane s'attache à l'albuginée des corps caverneux. De chaque côté, il forme une lame qui entoure les formations érectiles et se poursuit par le septum du scrotum.

D. Physiologie

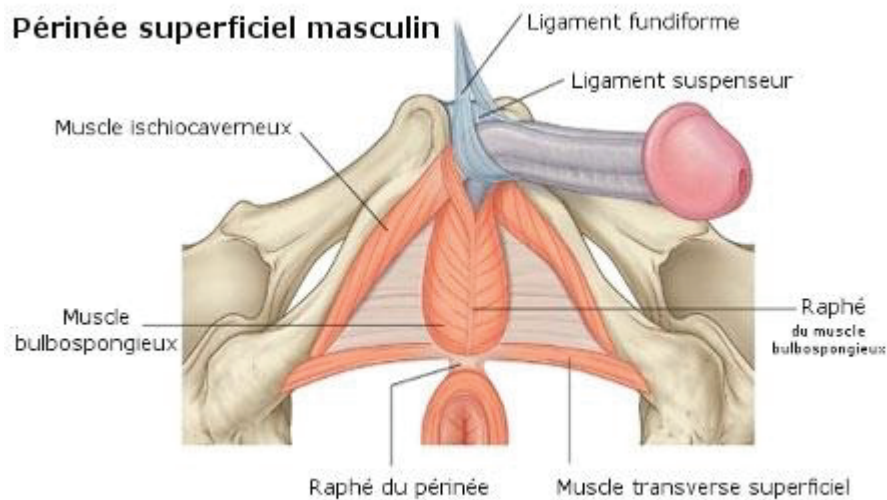
L'érection est un phénomène neuro-vasculo-tissulaire sous influences hormonale et psychologique. Il y a deux types d'érection : en situation sexuelle du fait d'une stimulation, ou bien lors du sommeil (érections spontanées).

L'érection est la résultante de deux mécanismes opposés. D'une part une inhibition sympathique qui est en permanence activée et d'autre part une facilitation parasympathique qui n'est activée que lors

d'une situation d'excitation sexuelle ou lors des érections spontanées. L'érection n'est possible que s'il y a levée de l'inhibition sympathique.

Une stimulation sexuelle entraîne une activation du système nerveux parasympathique qui entraîne la libération de médiateurs, essentiellement le monoxyde d'azote (NO) dans les corps caverneux, Ceci permet la relaxation des fibres musculaires lisses des corps caverneux provoquant l'afflux sanguin dans la verge. C'est pour cela que l'on dit que les corps caverneux sont des éponges actives. La première étape de l'érection est la tumescence.

Les muscles du périnée, à savoir le muscle transverse superficiel du périnée, le muscle bulbo-spongieux et les muscles ischio-caverneux, jouent un rôle dans le mécanisme de tumescence et de maintien de la rigidité de la verge.



Le muscle transverse superficiel, outre sa fonction de diaphragme, renforce la racine du pénis en se contractant.

Le muscle bulbo-spongieux, qui entoure la partie antérieure du pénis, entraîne une tension sur la base du pénis. Il participe aussi au phénomène de tumescence en s'opposant au drainage veineux par compression des veines profondes.

La contraction des muscles ischio-caverneux entraîne une mobilisation du sang des citernes caverneuses vers la distalité du pénis et une compression des affluents des veines profondes, participant à la turgescence et au maintien de la rigidité.

La phase de détumescence est consécutive à la stimulation nerveuse orthosympathique entraînant une contraction des fibres musculaires lisses des corps caverneux et des parois artérielles par stimulation adrénérgique, Elle se caractérise par la reprise du retour veineux et par la diminution de la pression intra-caverneuse. [11], [12]

E. Physiopathologie de la DE et étiologies

La physiopathologie de la DE varie en fonction de l'étiologie à l'origine du trouble [13], [30].

a. Causes vasculaires

L'athérosclérose, étiologie majeure de la DE, est à l'origine de la dysfonction endothéliale. Elle est consécutive aux facteurs de risques que sont l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, le diabète, le tabagisme, l'obésité, la sédentarité et enfin l'âge et les antécédents familiaux.

L'athérosclérose altère la perfusion pénienne par réduction du diamètre de la lumière artérielle créant une hypoxie au sein du réseau cellulaire endothélial. Par ailleurs, dans ces conditions, les forces de cisaillement opérées par le flux sanguin ne sont pas perçues par les cellules endothéliales et la synthèse et la libération de NO s'en trouve altérée. La synthèse de NO est ainsi diminuée et aboutit à une diminution du remplissage des espaces sinusoïdes du tissu érectile. Il en résulte un défaut de rigidité de la verge en réponse à une stimulation sexuelle.

Plus rarement, des lésions traumatiques des artères cavernueuses consécutives à un traumatisme pelvi-périnéal peuvent également être en cause.

b. Causes neurologiques

La commande centrale de l'érection fait intervenir des groupes de neurones cérébraux, des centres spinaux, des voies nerveuses cérébrospinales ainsi que des neuromédiateurs au sein du système nerveux central. La libération de sérotonine, de dopamine et de noradrénaline peut être altérée dans plusieurs situations.

Le système nerveux central peut être à l'origine d'une DE d'origine psychogène. C'est le cas des événements de vie traumatisants personnels ou professionnels, des difficultés conjugales, d'un manque de désir ou encore la conséquence d'une affection psychiatrique. Les facteurs émotionnels sont au premier plan, notamment la peur de l'échec qui entraîne d'une part une anxiété d'anticipation avant même le rapport sexuel et d'autre part, une anxiété de performance en situation sexuelle qui provoquera des distractions cognitives (penser à l'échec, vérifier la qualité de l'érection, etc..) qui ont pour effet d'inhiber le désir et l'excitation.

Certaines atteintes du système nerveux central peuvent également être responsables de DE. C'est le cas de la maladie de Parkinson, de l'épilepsie, des accidents vasculaires cérébraux et de la démence par exemple.

Les lésions traumatiques de la moelle épinière, ou secondaires à des pathologies telles la sclérose en plaques ou certaines affections spinales, du fait de l'existence des lésions des corps cellulaires de neurones et/ou de leurs axones sont très fréquemment responsables de DE plus ou moins sévère.

Les lésions du système nerveux périphérique parasympathique pro-érectile depuis sa naissance au niveau des racines sacrées antérieures pour s'étendre jusqu'aux terminaisons nerveuses au voisinage

des cellules musculaires lisses au sein du tissu érectile est responsable de DE neurogénique par défaut de libération de NO. C'est le cas de la chirurgie d'exérèse carcinologique pelvienne (prostatectomie totale, cysto-prostatectomie, amputation abdominopérinéale du rectum), des cures chirurgicales d'anévrismes aortiques intéressant le carrefour iliaque, de la radiothérapie pelvienne en cas de néoplasie prostatique et de certaines fractures du bassin.

Chez le diabétique la DE résulte de l'altération de la libération du NO au cours de la neuropathie végétative. A cela s'associe le stress oxydant, c'est-à-dire la production de radicaux libres en réponse à l'hyperglycémie, avec pour finalité l'altération des propriétés du muscle lisse caverneux. Des facteurs vasculaires sont également impliqués.

c. Causes tissulaires

Une atteinte des corps caverneux peut être responsable de DE. C'est ce que l'on voit dans la maladie de Lapeyronie (présence de plaques fibreuses autour des corps caverneux sous l'albuginée) ou encore dans les fibroses post traumatiques ou post priapisme.

d. Causes hormonales

Dans le déficit androgénique lié à l'âge, le faible taux en testostérone affecte en premier lieu la survenue des érections nocturnes dont la commande cérébrale est androgéno-dépendante. Les érections nocturnes jouent un rôle sur la trophicité du tissu érectile et par conséquence, un déficit en testostérone pourrait retentir sur la fonction érectile en particulier chez le sujet âgé. La testostérone est également impliquée dans la relaxation des fibres musculaires lisses des corps caverneux. Dysthyroïdie et insuffisance surrénalienne chronique sont aussi impliquées.

e. Causes générales

Beaucoup d'affections générales peuvent retentir sur la fonction érectile :

Le cancer et ses traitements.

Les maladies hématologiques : la thalassémie, la drépanocytose, l'anémie, les hémopathies ou encore l'hémochromatose.

Les maladies inflammatoires chroniques.

Les pathologies psychiatriques et leurs traitements.

f. Iatrogénie

La iatrogénie médicamenteuse fait principalement référence aux antidépresseurs de type inhibiteurs sélectifs de recapture de la sérotonine, aux neuroleptiques interagissant avec la neurotransmission dopaminergique cérébrale, aux agonistes de la LH-RH, aux anti-androgènes et aux bêtabloquants qui inhiberaient la modulation cérébrale de la réponse érectile. Les antihypertenseurs tels que les diurétiques thiazidiques et les anti-aldostérones, et les traitements de l'hypertrophie bénigne

prostatique comme les inhibiteurs de la 5-alpha-réductase, peuvent aussi en être responsables. C'est aussi le cas de l'intoxication éthylique chronique et de la consommation de stupéfiants. Il n'est pas toujours aisé d'affirmer une étiologie médicamenteuse à l'origine d'une DE et les études sont souvent contradictoires notamment en ce qui concerne les bêtabloquants.

La iatrogénie chirurgicale concerne la cancérologie pelvienne (prostatectomie, cysto-prostatectomie, chirurgie du rectum) mais aussi la chirurgie vasculaire (anévrisme de l'aorte).

g. Causes sexologiques

Toute dysfonction sexuelle autre peut entraîner une DE. C'est le cas des troubles du désir, de l'éjaculation prématurée ou retardée, de l'hypoesthésie, des douleurs et des troubles sexuels féminins.

h. Le couple

Quelque-soit l'origine de la DE, le fait d'avoir des problèmes d'érection précipite le patient dans un cercle vicieux : l'échec va entraîner une peur de l'échec, une anticipation négative et un stress en situation érotique qui eux-mêmes vont inhiber la possibilité d'une érection. A cela s'ajoutent les réactions de la partenaire qui, en général va mal vivre cette situation et assimiler l'absence d'érection à une absence de désir qu'elle interprète souvent en fonction d'elle-même (il ne m'aime plus, il en a une autre, je suis moche...). Elle va ressentir parfois de la compassion pour lui et le « laisser tranquille ». Mais souvent elle éprouve de la frustration, de la gêne ou de la colère qui peuvent réactiver des conflits de couple. Progressivement les tentatives de rapports vont s'espacer et chaque nouvelle situation érotique va être vécue par les deux partenaires comme une épreuve tournée autour de l'érection : en avoir ou pas. Il n'y a plus d'érotisme ou même de détente. Les préliminaires sont réduits, aucun des deux partenaires n'a plus de plaisir et tout ceci aboutit à une perte de l'intimité et souvent même des gestes de tendresse dans le couple, voire des disputes. Dans ce contexte, comment avoir une érection ?

La partenaire peut être à l'origine de la DE parce qu'elle a, elle-même, un trouble sexuel : manque de désir, absence de plaisir ou des douleurs qui vont l'amener à éviter les rapports sexuels. Elle peut, plus simplement être mal à l'aise avec la sexualité, ne pas être assez active, ne pas être capable de créer des situations propices à la détente et à l'érotisme.

Enfin, des conflits de couple peuvent se traduire par des troubles sexuels et notamment la dysfonction érectile. Et cette DE peut aussi devenir une arme tournée contre l'autre qui se retrouve rabaissé ou humilié.

Le couple est la troisième dimension de la pathologie sexuelle, quelle qu'elle soit et la résolution d'une problématique sexuelle passe souvent par la prise en compte non pas d'un individu mais d'un couple et de la relation entre ces deux partenaires.

F. Pourquoi dépister la DE

Parce que l'on sait que la dysfonction érectile est un symptôme très fréquent pouvant être un signe d'appel de maladies cardio-vasculaires.

La DE doit être considérée comme le symptôme sentinelle des pathologies cardio-vasculaires. En effet, les cellules endothéliales tapissent l'ensemble des vaisseaux sanguins de l'organisme. Au niveau de l'appareil génital, le diamètre des artères cavernueuses varie entre 1 et 2 mm contre 3 à 4 mm pour les artères coronaires [20]. Il va sans dire qu'une lésion athéromateuse située au niveau des artères cavernueuses va retentir plus précocement sur le phénomène érectile que sur d'autres organes vascularisés par des artères de plus grand diamètre.

L'étude de CHEW et al. va dans ce sens, démontrant que la prévalence de la dysfonction érectile est de 38,1% lors de cardiopathie ischémique et de 56,8% lors de pathologie vasculaire périphérique contre 18,6% dans la population générale [21].

MONTORSI et al. ont aussi montré que 49 % des patients ayant une atteinte athéromateuse coronarienne objectivée en angiographie présentent une DE associée et que cette corrélation entraîne l'apparition de symptômes d'ischémie myocardique chez plus de 70% de ces patients. Selon cette même étude, le temps moyen entre l'apparition d'une DE et un événement coronarien est de 3 ans pour 67% d'hommes initialement asymptomatiques [22].

Ces constatations permettent de considérer la DE comme marqueur cardiovasculaire et signale d'alerte d'une pathologie cardiaque ischémique latente.

Parce que sa prévalence augmente avec l'âge et de nombreuses pathologies.

Comme nous l'avons vu précédemment, la prévalence de la DE croît avec l'âge.

Parce la DE peut amener à une mauvaise observance des traitements de maladies chroniques.

L'apparition de troubles de l'érection entraîne, chez une proportion importante d'hommes, l'interruption par eux-mêmes de traitements indispensables.

En effet, l'étude de LOWENTRITT et SKLAR permet de mettre en évidence que respectivement 87%, 73%, 54% et 43% des 959 patients présentant une DE arrêtent un traitement antihypertenseur, antidépresseur, hypolipémiant ou antidiabétique, s'ils estiment que celui-ci est à l'origine du symptôme, sans en parler avec leur médecin et par ailleurs sans amélioration significative de la symptomatologie [29].

Parce que la qualité de vie sexuelle est importante pour la qualité de vie en général.

La DE retentit de façon significative sur la qualité de vie générale de ces patients. La DE peut être associée à une baisse de l'estime de soi, à une diminution du bien-être émotionnel [26], à une augmentation des scores de dépressions [27] et l'érection paraît indispensable pour se forger une identité et se positionner dans la société [28]. Ainsi, le fonctionnement psychosocial de ces patients peut en être considérablement affecté.

Parce que les compagnes de patients qui souffrent de DE ont également une altération de leur fonction sexuelle.

Il existe tout d'abord un impact majeur sur la vie sexuelle des patients [23], [24] et celle de leur partenaire. DELAVIERRE et al., ont montré dans leur étude que les partenaires de patients souffrant de DE étaient volontiers « contrariées, déçues, frustrées et résignées » mais restaient tout de même compréhensives [25].

Parce que les patients attendent que leur médecin les interroge à ce sujet alors qu'ils sont très peu à venir consulter pour DE.

Les travaux de HICQUEL [14] et GIULIANO et al. [5] montrent que seuls 20 à 30% des patients atteints de DE en parlent spontanément à leur médecin traitant alors que les études de GIULIANO et al. [15], et BALDWIN et al. [16] affirment que jusqu'à 82% des patients estiment que leur médecin devrait lui-même aborder le sujet.

Cependant, il s'agit d'un sujet difficile à aborder pour le médecin généraliste qui reste pourtant l'interlocuteur privilégié dans cette situation [18]. En effet, ANDRES met en évidence que 85% des médecins généralistes interrogés évoquent le sujet "jamais", "rarement" ou "parfois" [19].

Ainsi, la DE demeure sous-diagnostiquée, mais aussi insuffisamment prise en charge. C'est ce qu'affirment COSTA et al. dans leur enquête où 37% des médecins généralistes consultés pour DE ont proposé une prise en charge à leurs patients [6].

Il existe des freins à l'abord et à la prise en charge de la DE par le médecin généraliste. Selon l'Association Interdisciplinaire post-Universitaire de Sexologie (AIUS), les obstacles à la prise en charge de cette pathologie sont des connaissances insuffisantes de la DE et des traitements possibles, un interrogatoire particulièrement chronophage, une gêne personnelle et un manque d'intérêt pour le sujet [3].

L'étude qualitative de HOARAU montre que les facteurs limitants sont un manque de temps, un manque de formation, un manque d'intérêt, la peur de l'incompétence, la peur de l'échec, la peur de majorer le trouble, la peur d'être voyeur, la peur d'être provoquant, une gêne face à la demande, une influence sur la relation médecin-malade, un manque de liberté et la peur "d'ouvrir la porte" [32]. L'enquête de ANDRES retrouve comme freins une formation insuffisante, un manque de connaissances, des idées fausses sur la dysfonction érectile comme la préférence du patient d'être interrogé par un autre médecin que son médecin de famille, le sexe féminin du médecin, trouver le bon moment pour en parler, le caractère du patient, la présence de la partenaire au cours de la consultation, et l'origine culturelle et ethnique du patient ainsi que la religion dans une moindre mesure. Le fait de percevoir le patient comme trop malade n'incite pas au dépistage. Le fait que le médecin ait le sentiment que son patient n'ait plus de sexualité est cité comme obstacle par un quart des généralistes. Un quart des généralistes cite également le coût des médicaments comme frein potentiel au dépistage. Un médecin sur cinq estime également qu'une liste importante de médicaments est un frein au dépistage [19].

Parce qu'il existe des thérapeutiques efficaces.

L'introduction d'une thérapeutique à visée pro-érectile améliore la qualité de vie de ces patients d'après SEISEN et al. [31].

Matériel et méthode

A. Objectifs de l'étude

Notre objectif principal est d'étudier l'impact d'une formation médicale spécifique, sur les freins au dépistage de la dysfonction érectile par les médecins généralistes, c'est-à-dire, de déterminer les obstacles modifiés par cette formation, et de d'élucider les mécanismes à l'origine de ces changements.

Les objectifs secondaires sont d'étudier l'impact des modifications occasionnées sur le dépistage et d'évaluer par ailleurs l'impact sur de la qualité de vie des patients pris en charge par ces médecins.

Ce travail permettra de juger de la possibilité de généraliser ce type de formation au vu de l'importance de dépister la DE.

B. Choix de la méthode qualitative

Cette méthode est apparue comme la plus adaptée car elle permet d'étudier les représentations, les comportements, le ressenti et les expériences personnelles afin d'obtenir une compréhension plus générale du fonctionnement de l'individu.

C. Choix des entretiens semi-directifs

Les entretiens étaient semi-directifs pour permettre aux médecins de parler le plus librement possible de leur expérience et d'explorer certains points.

Le nombre d'entretiens à réaliser était fixé suite à la participation des médecins à cette formation, ce qui pose le problème de l'obtention de la saturation d'idées.

D. Critères d'inclusion

Les médecins inclus étaient des médecins généralistes qui jusqu'à présent n'abordaient spontanément que parfois, rarement ou jamais la question de la dysfonction érectile en consultation.

E. Recrutement de l'échantillon

79 médecins généralistes ont été contactés par téléphone dans les Alpes-Maritimes et le Var au moyen de l'annuaire téléphonique entre le 05 janvier 2015 et le 26 mars 2015.

Sur 79 médecins généralistes contactés, 10 réunissaient les critères d'inclusion et ont accepté de participer à l'étude. 53 présentaient les critères d'inclusion mais ont refusé d'être inclus par manque de temps, par manque d'intérêt pour le sujet et par l'absence de volonté de prendre part à une formation sous forme de réunion pour respectivement 25, 24 et 4 médecins. Enfin 16 médecins abordaient souvent la question de la dysfonction érectile en consultation et n'ont pas été retenus.

F. Présentation de l'étude

Les 10 médecins généralistes retenus ont reçu individuellement un document de présentation du projet d'étude (annexe 1), puis je les ai rencontrés à leur cabinet dans le but de me présenter et de répondre à leur éventuelles questions.

G. Fiche d'identification

Secondairement, un questionnaire informatisé (annexe 2) ayant pour objectif de connaître leurs caractéristiques sociodémographiques leur a été soumis 30 jours avant la formation.

H. Déroulement de la formation

La formation s'est déroulée le mardi 15 septembre 2015 de 20 heures à 22 heures à la faculté de médecine de Nice. Elle a été dispensée par le Docteur Carol BURTE, médecin andrologue et sexologue et directrice d'enseignement des diplômes interuniversitaires de Sexologie et d'Etudes de la Sexualité Humaine à la faculté de médecine de Nice-Sophia Antipolis. Sur les dix médecins prévus, l'un d'entre eux n'a pu prendre part à cette soirée.

La première partie de la soirée a été consacrée à l'exposé, mené par le Docteur BURTE. Il était organisé sous forme de 48 diapositives numériques vidéo-projetées, explicitées par le Docteur BURTE, et assorti de réponses aux questions ponctuelles des médecins présents. Cet exposé d'une durée de 1 heure et 15 minutes, était organisé en trois parties :

- La première partie, basée sur des références bibliographiques, relatait les différentes raisons motivant le dépistage de la DE.
- La seconde partie, constituée de multiples cas cliniques, permettait d'envisager différentes façons d'aborder le sujet selon la personnalité du patient et le contexte de la consultation.
- Enfin, la dernière partie était fondée sur les recommandations parues en 2010, pour la prise en charge de première intention de la DE par le médecin généraliste [3].

La seconde partie de la soirée a été dédiée à la discussion entre l'intervenant et les médecins présents. Chacun a pu faire part de ses remarques, questionnements, ou expériences personnelles, pendant 45 minutes.

I. Document délivré

Suite à cette soirée, les neuf médecins présents ont reçu par courriel les recommandations aux médecins généralistes pour la prise en charge de première intention de la DE réactualisées en 2010.

J. Déroulement des entretiens

a. Conditions des entretiens

Les 9 médecins généralistes ont été revus en entretien individuel semi-dirigé, entre le 14 Décembre 2015 et le 29 Janvier 2016. Chaque entretien a été mené au cabinet du praticien concerné, en essayant de programmer un rendez-vous en dehors de leurs plages horaires de consultation, afin de limiter au maximum le facteur temps, ce qui n'a pas toujours pu être respecté.

b. Guide d'entretien

Les entretiens ont été menés selon un guide préétabli (annexe 3) qui a subi une modification suite aux deux premiers entretiens.

c. Enregistrement

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un enregistreur numérique smartphone après avoir obtenu l'accord verbal du participant. La durée moyenne d'un entretien est de 12 minutes.

d. Retranscription des entretiens

La retranscription de chaque entretien était réalisée au maximum dans la semaine suivant la rencontre. Ils ont été retranscrits par écrit intégralement, sans reformulation et en respectant l'anonymat des participants. Chaque médecin correspond à un numéro d'entretien, allant de M1 à M9.

e. Analyse des données

Nous avons réalisé une analyse thématique des données. Pour cela, les entretiens ont été lus uns à uns, permettant le découpage du verbatim et son classement selon différents thèmes. L'analyse des données a été effectuée à l'aide du logiciel informatique Word. A l'issue de la retranscription informatique des données, les enregistrements ont été effacés.

Résultats

Analyse thématique

Il nous a paru important d'analyser initialement le parcours professionnel de ces neuf médecins, d'analyser leurs avis sur cette soirée, d'élucider les raisons ayant motivé leur participation à cette formation et les freins associés au dépistage et à la prise en charge de la DE. Enfin, il s'agissait de déterminer les apports de ce stage sur leur activité professionnelle.

A. Présentation de l'échantillon

(annexe 4)

Sexe : 4 femmes et 5 hommes.

Age : il s'étend de 32 ans à 62 ans, l'âge médian est de 56 ans.

Nombre d'années d'installation : il s'étend de 2 ans à 33 ans.

Leur exercice quotidien s'effectue pour tous en secteur 1 et s'articule pour la totalité d'entre eux autour des populations enfants, adultes et âgées. 7 médecins exercent en milieu urbain et 2 en milieu semi-urbain.

Nombre d'actes quotidien : de 13 à 40 consultations par jour.

Durée d'une consultation : de 10 à 20 minutes, avec une moyenne à 16,9 minutes.

Participation à des formations médicales : 1, 5 et 3 médecins disent participer respectivement souvent, parfois et rarement à des formations médicales.

Diplômes associés : 3 médecins n'ont pas de formation qualifiante complémentaire, alors que les 6 autres possèdent des formations diverses (nutrition et homéopathie, médecine du sport, gériatrie, plongée, médecine physique et réadaptation, médecine d'urgence).

Formations de sexologie : 1 médecin a déjà suivi une formation de sexologie (abord de la sexualité), 1 médecin a suivi deux formations de sexologie (diplôme universitaire et formation d'une semaine).

B. Dépistage et freins associés

L'analyse des entretiens permet de constater que, selon nos critères d'inclusion, la très grande majorité des médecins **ne dépistait que très peu** le trouble érectile. En effet il apparaît comme « *un sujet qui n'avait pas bien sa place dans ma consultation, [...] peu évoqué* » (M9), dont on ne parlait « *pas souvent* » (M3) et qui n'était abordé que « *très rarement avant* » (M6). D'autres ne le faisaient « *presque jamais en dehors du diabète* » (M5 et M6), qui était leur unique motivation de dépistage. Deux médecins attendaient que la demande émane du patient : l'abord était « *occasionnel, c'était surtout le patient qui en faisait la demande* » (M4), « *J'attends que le patient le fasse* » (M7).

Enfin, deux médecins (M7 M8) **n'abordaient jamais** la DE.

Les raisons à l'origine d'un faible dépistage sont multiples et variées.

La peur d'être provoquant au travers du questionnement sur leurs capacités érectiles apparaît comme la raison commune à plusieurs participants.

Ceux-ci rapportent avoir « *peur que le patient le prenne mal, se braque* » (M1), ne pas savoir « *comment le patient risque de la prendre* » (M2), la volonté « *de ne pas blesser* » (M6), « *craindre de déranger* » (M4), ou encore de n'être « *pas à l'aise vis-à-vis des patient par peur de choquer* » (M8), « *car ça peut atteindre la virilité de lui demander ça* » (M9).

En conséquence, un médecin craint de modifier la relation qu'il entretient avec ses patients : « *J'ai déjà fait une formation d'une semaine en sexologie, mais je ne l'ai pas mis sur ma plaque pour ne pas effrayer les mamans qui amènent leurs enfants. En fait c'est la gêne de faire peur* » (M8).

On retrouve aussi **la gêne face à l' « intimité »** (M7) du patient comme obstacle au dépistage de la DE, occasionnant parfois chez le médecin la sensation « *d'être voyeur* » (M6), « *ingérant* » (M8) ou « *intrusive* » (M4).

Il existe pour deux médecins **une gêne personnelle** pour évoquer le sujet « *à cause d'une certaine retenue d'une timidité* » (M2) ou du fait d'un sentiment de mal-être ressenti : « *la gêne que je pouvais ressentir à demander ça* » (M5).

A l'origine, il existe **des difficultés pour aborder correctement la question**, « *quand le faire* » (M1) et « *comment le faire* » (M5), c'est-à-dire « *trouver les bons mots* » (M6), plutôt que d'avoir recours à termes inadaptés que « *le patient ne comprend pas* » (M4) avec le risque que le médecin se résigne à poursuivre son questionnement. Un autre ajoute manquer de règles pratiques concernant « *le verbal, le non-verbal, le dit, le non-dit, l'attitude* » (M5) du patient permettant de **repérer des demandes** implicites.

Aussi, la grande très grande majorité des médecins reconnaît souffrir d'**un manque de formation** à l'égard de cette pathologie notamment pour la prendre en charge : « *je manque cruellement de connaissances solides* » (M2), « *manque de notions pour la prise en charge paraclinique* » (M3), « *ne suis pas formée, ce n'est pas un sujet qu'on a beaucoup abordé il y a de nombreuses années dans nos études* » (M6), « *comme je ne sais pas quoi leur proposer je n'en parle toujours pas* » (M7), et « *qu'est-ce que je vais proposer comme prise en charge* » (M4), « *j'étais désarmée* » (M4).

Le manque d'intérêt pour la pathologie transparait au travers des témoignages où l'un confie se préoccuper « *peu du problème* » (M3), un autre avouant « *un manque d'intérêt* » (M1), ou qu'il s'agit d' « *un problème comme les autres* » (M9), et enfin que ce ne soit pas instinctif (M4). Un participant déclare : « *quand c'est une personne âgée je ne suis pas sûr qu'ils acceptent bien la question, que le côté sexuel les intéresse beaucoup, après ça dépend aussi de l'état physiologique aussi. Peut-être qu'il faudrait l'aborder entre tel âge et tel âge, on va dire une fourchette de 40 à 70 ans* » (M7).

Le manque de temps figure au centre des entretiens, et les médecins estiment difficile de « *se pencher sur un autre motif différent de celui de la consultation initiale* » (M3), car ils sont « *surmenés en consultation* » (M9) et de ce fait n'ont « *pas toujours le temps de s'occuper de tout* » (M6).

Un médecin estime que **le sexe féminin** représente un obstacle au dépistage (M2).

Ce même médecin reconnaît par ailleurs que **le caractère du patient** peut influencer le dépistage : « *il y a aussi le patient que j'ai en face de moi* » (M2).

Enfin, **une reconnaissance financière insuffisante** comme frein au dépistage de la DE n'est allouée que par un seul praticien : « *en 15 minutes à 23 euros, je ne peux pas examiner le patient de la pointe des cheveux jusqu'aux orteils* » (M7).

C. Avis sur la formation

Les avis sur la formation dispensée sont globalement très positifs.

L'utilité de la formation apparaît de manière prépondérante au travers des différents entretiens. Les participants accordent une importance capitale au fait de pouvoir la transposer dans leur activité professionnelle quotidienne. Les côtés « *pratique* » (M2 M3 M5 M6) et « *adapté* » (M2 M8 M9) ressortent majoritairement puisque l'un d'entre eux nous rapporte une formation « *adaptée à la pratique du médecin généraliste* » (M2) ou encore qu'elle « *était très pratique à mon sens pour le médecin généraliste, et c'est un point essentiel* » (M3) et enfin que « *A notre niveau je pense que ça suffit amplement* » (M9).

Sur le plan de **l'organisation et du déroulement de la soirée**, celle-ci est qualifiée de « *bien faite* » par deux médecins (M2 M9) et que « *les diapositives étaient simples* » (M8).

Les participants accordent une importance à la **durée de la présentation**. Le fait que ce soit « *concis* » (M4), ou encore « *synthétique* » (M7), permet de rester attentif à l'information délivrée, « *sinon on décroche vite* » (M2). L'un d'entre eux évoque aussi le fait de « *ne pas perdre de temps au restaurant* » (M8).

L'information délivrée apparaît comme « *claire* » (M1), « *simple* » (M5), « *net* » (M4) ou encore que « *ça allait à l'essentiel* » (M5).

Par ailleurs la majorité des médecins généralistes interrogés mettent l'accent sur **l'intervenante** ayant animé la soirée.

Il en ressort qu' « *elle maîtrise le sujet, ça se voit* » (M2), et « *qu'elle s'y connaissait parfaitement bien* » (M3).

Elle s'illustre aussi dans l'animation de la soirée par « *l'intervenante a bien animé la soirée* » (M7), par le fait que « *c'était [...] bien mené* » (M6) et enfin « *qu'elle a l'air d'avoir l'habitude d'animer ce genre de formation car l'ambiance était bonne* » (M9). En conséquence, plusieurs médecins jugent la soirée « *interactive* » (M1) et que celle-ci « *n'était pas professoral* » (M5) ou encore qu'elle ne s'apparentait pas à « *un cours magistral* » (M8).

La proximité avec son public est rapportée par deux participants. L'un signale que « *l'intervenante était agréable, à notre portée* » (M8) et au second d'ajouter qu'elle « *a su nous mettre à l'aise, par le tutoiement, il y a tout de suite moins de barrières* » (M3).

Les participants ont pu aussi bénéficier des retours de l'intervenante, ce qui a été vécu de façon positive par un membre : « *son expérience c'était bien* » (M5).

Le thème du plaisir apparaît de manière redondante au travers des différents entretiens. Leurs propos font état d'une « *Formation sympathique, j'ai passé un bon moment* » (M3), « *Je ne me suis pas embêté* » (M5), « *m'a captivé* » (M2), « *J'ai bien aimé, j'ai apprécié* » (M4).

Trois médecins reconnaissent avoir apprécié que **le nombre de participants** ne soit pas élevé. En effet, une formation en petit groupe a « *donné l'impression d'avoir un cours particulier donc on y est forcément attentif* » (M4), comme pour un autre qui reconnaît avoir pu rester concentré « *pas comme dans un amphitheâtre plein avec un bruit de fond permanent* » (M3). Un dernier affirme avoir « *aimé aussi qu'il n'y ait pas trop de monde car je n'ai jamais bien aimé me trouver devant 60 personnes et poser ma question [...] donc pas de gêne* » (M9).

Un médecin trouvait bon de souligner **l'indépendance de la soirée** : « *que ça ne vienne pas de l'industrie* » (M8).

On note tout de même **plusieurs remarques**, points à améliorer.

Le manque d'un support papier nécessaire selon un médecin pour « *suivre le déroulement de la soirée* » et selon lui de « *recevoir les diapositives* » plutôt que les recommandations officielles car « *c'est trop long pour s'y retrouver vite et facilement en consultation* » (M1).

Un autre aurait apprécié que la formation comporte des « *misés en situations* » (M8). Les cas cliniques abordés en formation, l'ont éclairé un peu mais ne l'ont pas incité à le faire plus.

D. Apports de la formation

a. Impact sur les obstacles rencontrés et déterminants de la formation à l'origine de la modification ou non de ces freins

A l'issue de la formation, le sentiment d'être provoquant, ressenti par la majorité des médecins, est **atténué** pour une majorité qui déclare être moins gênée pour en parler (M2 M5 M6 M9). S'efforcer d'aborder davantage le sujet a permis de le banaliser (M2 M6), un autre explique que poser la question aux patients susceptibles d'être concernés lui confère peu de risques de heurter le patient puisque celui-ci attendrait que ce soit le médecin qui lui pose la question (M9).

Pour 3 médecins la formation n'aura **pas apporté un bénéfice sur ce point**, puisqu'ils craignent toujours de choquer et les pensées du patient à leur égard (M1 M4 M8).

Au décours de la formation, un seul (M6) des quatre médecins (M4 M6 M7 M8) n'a plus le sentiment de s'immiscer dans l'intimité du patient en l'interrogeant sur sa fonction érectile. : « *Au bout du compte on va se dire que ça paraît assez normal de le demander* » (M6).

Pour les deux médecins exprimant des difficultés personnelles pour parler de DE, la formation aura permis d'**atténuer** cette barrière car l'un « *ose poser la question* » même s'il persiste encore un peu de gêne mais « *se force* » à le faire et « *ça va mieux qu'avant* » (M2). Le second avoue être « *moins gêné* » (M5).

Le manque de temps au cours d'une consultation est **toujours présent mais n'apparaît plus comme un obstacle au dépistage** de la DE (M1 M3 M4 M9).

En effet, pour faire face au manque de temps, l'abord de la DE en fin de consultation est l'occasion de faire émerger le sujet sans commencer à l'explorer pour ne pas perdre trop de temps (M3 M9), alors qu'un autre s'efforce d'intégrer cette question à l'interrogatoire (M1).

Poser la question n'apparaît finalement pas chronophage (M1 M9) : « *au final ça ne prend pas trop de temps de poser la question quand on voit le patient pour son bilan ou pour son renouvellement d'ordonnance, on peut lui glisser la question* » (M9).

La programmation d'un « *prochain rendez-vous* » (M4) pour approfondir le sujet est une méthode alternative à la contrainte du temps. « *je ne me lance pas dans l'abord complet s'il s'engage, sinon je m'en sors pas, mais je peux lui proposer qu'on se revoie pour le bilanter pour ça* » (M9).

La formation a permis de **sensibiliser la majorité des médecins rapportant un manque d'intérêt** pour ce sujet, sur l'intérêt de le faire (M1 M3 M9). Le reste des participants a tenu à mentionner les différentes raisons de dépister la DE comme **motivation à le faire davantage**.

Ils évoquent, à ce propos, le rôle central du médecin traitant dans le dépistage de cette pathologie (M1 M2 M5 M6), décrit comme « *l'interlocuteur privilégié* » (M5) et évoquent le fait que le patient attende que ce soit le médecin qui les interroge à ce sujet (M1 M2 M4 M7 M9).

Plusieurs insistent sur le lien étroit entre l'existence d'une DE et la présence de facteurs de risques cardio-vasculaire (M1 M5 M6 M7 M9) ou d'athérome (M4, M5), en soulignant le lien potentiel avec une pathologie artérielle coronarienne sous-jacente avancée (M1 M2 M3 M4) : « *je ne savais pas que le lien avec les artères coronaires était si important* » (M2), « *Je n'imaginai pas que [] ça pouvait être associé à des troubles coronariens si avancés. Forcément ça sensibilise un peu plus* » (M3).

Ils soulignent aussi l'augmentation de la prévalence du trouble avec l'âge (M1 M5 M9) et sa fréquence élevée (M2 M3 M7).

Enfin, le retentissement psycho-social de la DE a interpellé les participants qui n'hésitent pas à évoquer la souffrance psychique endurée par le patient (M3 M4 M6) et le couple (M5) comme une incitation au dépistage : « *Oui mais aussi parce que les gens en souffrent beaucoup, seul dans leur coin* » (M4), « *mais aussi pour la qualité de vie aussi. Je pense qu'avoir un trouble d'érection dont on ne parle pas, ça traduit un mal-être dans le couple et dans la société, la vie de tous les jours. On peut sentir que le patient ne va pas très bien, je pense que c'est cela aussi, c'est d'améliorer sa qualité de vie* » (M5).

A l'issue de la formation, les médecins expriment avoir acquis **des compétences en matière de communication** leur permettant de repérer les patients exprimant des plaintes abstraites ou des demandes implicites en lien avec la pathologie érectile (M3 M5 M6 M8). Ils se disent « *sensibilisé à détecter les demandes implicites* » (M3), avoir « *les codes pour repérer la demande du patient et donc poser la question au bon moment* » (M5) et arriver « *à repérer mieux les patients qui tournent autour du pot* » (M8).

Quant à **l'abord de la question**, on observe un bénéfice chez les quatre médecins éprouvant initialement des difficultés à faire émerger la plainte.

La progression se trouve dans la formulation de la question (M1 M4 M5 M6). La formation a en effet permis aux participants d'acquérir ou de développer des notions pour aborder le sujet d'une meilleure manière, en commençant par l'utilisation de termes simples et facilement compréhensibles (M1 M2 M3 M4 M6 M9) comme « *Avec-vous des troubles de l'érection ?* » plutôt que d'avoir recours à des formulations abstraites et longues (M6). Cette question directe permet de juger de la volonté du patient à en parler et ainsi de lui proposer (M3, M4, M9) ou de fixer (M2) un rendez-vous dédié pour explorer en détail ce symptôme, sans perdre de temps dans la consultation en cours (M9) et pour en parler « *tranquillement* » (M3) dans de bonnes conditions. Dans le cas contraire d'un patient ne souhaitant donner suite à la question du médecin, cela aura permis de lui faire savoir que le médecin est prêt à en reparler (M2) ou bien de ré-aborder la question plus à distance (M5, M1).

Sur le plan de la prise en charge pure de la pathologie érectile, quatre des cinq médecins (M1 M3 M4 M6) déclarant souffrir initialement d'un manque de connaissances à ce niveau, disent **se sentir plus aptes à pouvoir proposer une prise en charge** suite à la formation. D'autres (M1 M5 M9), ne rapportant pas de difficultés particulières pour la prise en charge de la DE, relatent une progression de leurs capacités de prise en charge.

Le bénéfice est constaté sur le versant des examens complémentaires à réaliser, de l'orientation précise à proposer et des conseils à prodiguer.

En effet, ils reconnaissent avoir progressé sur le détail du bilan cardiovasculaire et hormonal à prescrire (M2 M3 M4 M6 M9), et sur l'utilité de l'échographie doppler pénien (M4 M7 M9).

Sur le plan de l'orientation du patient, ils estiment avoir acquis des notions permettant de différencier les troubles de l'érection dont la prise en charge est du ressort du médecin généraliste (M2 M4 M6 M9), des troubles érectiles nécessitant le recours à un confrère spécialiste.

Enfin, ils déclarent délivrer une information au patient sur sa pathologie et plus exactement sur la physiopathologie du trouble dans le but de le rassurer et de le déculpabiliser (M1 M2 M3 M5 M9). A ce sujet l'un leur explique « *que c'est fréquent, et que ça touche beaucoup de monde, ça permet de les rassurer. Et comme il y a aussi une part psychologique, ça rompt ce cercle vicieux et ils se stressent moins quand je leur donne une molécule ça évite de concentrer toute leur attention sur le médicament* » (M9), un autre leur dit que « *la maladie touche ses artères et que comme il y a des artères à cet endroit-là, il peut avoir des problèmes d'érection* » (M5) et un dernier leur expose « *qu'ils ne sont pas moins forts que leurs copains, et que les traitements, leur âge et leur pathologie chronique vont faire qu'ils sont plus enclins à des défaillances à ce niveau* » (M3).

Le médecin qui n'a pu en tirer bénéfice est celui qui confie ne pas avoir reçu par mail le document de synthèse des recommandations officielles indispensable selon-lui à son apprentissage à cause de sa mémoire visuelle (M7).

C'est aussi ce dernier qui mentionnait le manque de reconnaissance financière comme obstacle au dépistage. **La formation n'aura pas modifié de point précis** : « *en 15 minutes à 23 euros, je ne peux pas examiner le patient de la pointe des cheveux jusqu'aux orteils* » (M7).

L'unique médecin qui craignait de modifier la relation qu'il entretenait avec son patient, a précisé **ne pas avoir perçu de bénéfice à ce niveau** : « *ça n'a rien changé* » (M8).

Le sexe féminin comme obstacle au dépistage de la DE **n'est pas effacé** par la formation. Le médecin en question affirme toujours que : « *le fait d'être une femme pour aborder ce sujet [la] freine un peu* », mais il est atténué, tout comme l'obstacle représenté par le caractère du patient : « *mais je prends sur moi, mais c'est tout de même plus simple qu'auparavant* » (M2).

b. Conséquence sur le dépistage

La formation a eu un impact positif sur le dépistage de la DE pour 7 des 9 participants.

Tout d'abord, son influence se retrouve sur la **fréquence de dépistage qui se voit accrue**, puisqu'un médecin affirme le faire « *nettement plus* » (M1), certains abordent la question « *plus fréquemment* » (M2), « *davantage* » (M6), et de manière « *plus systématique* » (M2). Un autre « *en parle plus* » et « *y veille* » (M9), et d'autres « *s'efforce de le faire* » (M4) ou « *y pense plus* » (M5).

Plusieurs d'entre eux tiennent à préciser que s'ils le font plus, ils ne le font « *pas systématiquement* » (M5), et « *ne pas en parler à tous les patients non plus* », « *c'est pas automatique encore, mais un pas en avant par rapport à ce que je faisais* » (M6) ou encore ne pas le faire « *à tour de bras toute la journée* » (M9).

Afin de **ne pas omettre d'interroger le patient sur ses capacités érectiles**, on remarque que les médecins ont des habitudes différentes, comme intégrer la question dans l'interrogatoire ou l'examen du patient (M1, M5, M6), de la poser au moment du renouvellement d'ordonnance de patient âgées ou avec des facteurs de risques cardio-vasculaires (M2 M3), au moment d'un bilan annuel (M6), en encore en créant une annotation dans le dossier médical du patient pour y repenser lors de la prochaine consultation si celui-ci ne souhaite pas en parler (M5).

Pour 2 médecins la formation n'a pas permis d'optimiser le dépistage de la DE puisque l'un ne le fait « *toujours pas* » (M7). Pour l'autre « *ça n'a rien changé pour l'instant* » et déclare être toujours « *dans l'attente des demandes* » (M8).

c. Répercussions sur le patient

Le bénéfice de la formation sur le dépistage étant constaté sur 7 des 9 médecins, ceux-là sont amenés à la prendre davantage en charge la DE, par rapport à leurs pratiques antérieures. Même si le constat à trois mois de la formation, ne permet pas d'avoir constitué un pool de patients suffisamment important pour juger avec pertinence de l'utilité de leurs compétences sur le patient, on note tout de même des avis positifs.

On retrouve d'abord un bénéfice sur la **qualité de l'érection**. En effet, en relatant les propos d'un patient, un participant nous fait part d'une répercussion « *sur la qualité des rapports sexuels* » (M2), ce qui est appuyé par le constat d'un autre de l'amélioration « *sur le plan sexuel* » (M3) et confirmé par « *un retour positif sur l'aspect sexuel, érectile* » (M4).

Le couple semble aussi bénéficier des apports de la formation sur le médecin. En effet, souffrir d'un trouble de l'érection « *provoquait quelques accrochages entre eux* » (M2) alors que la prise en charge « *améliore la vie de couple globalement* » (M9).

Un bénéfice est constaté **sur le plan psychologique**, puisque « *ça les change ils sont mieux et plus contents, plus de confort* » (M6) et que « *ça le stressait pas mal* » (M2).

Enfin, il paraît intéressant de signaler qu'un médecin a constaté suite à la prise en charge d'un patient, qu'il « *prend mieux son traitement chronique* » (M3), interrompu initialement par le patient lorsqu'il souffrait de DE.

Ces propos sont tout de même à nuancer et à entendre avec prudence, car la majorité des participants relatent peu de retours de patients sur les éventuels bénéfices de leur prise en charge. Ceux-ci n'ont obtenus que « *peu* » (M6) de retours et même si ça à l'air mieux après la formation ça reste « *fugace* » (M5).

Discussion

A. Limites de la méthode

a. Sélection de l'échantillon

Les médecins qui ont accepté de participer à notre étude étaient motivés pour se former sur le sujet, ce qui constitue un biais de recrutement.

Il existe aussi un biais de puissance lié au faible effectif.

Aussi, le nombre total des médecins inclus dans l'étude ne pouvait être étendu au fil des entretiens à cause de leur présence requise le jour de la formation. Ceci pose le problème de l'obtention de la saturation des données, c'est-à-dire que pour certaines nouvelles données paraissant intéressantes, il n'était pas possible de recruter de nouveaux participants pour tenter de les investiguer davantage.

b. Les entretiens semi-dirigés

Il n'a pas été effectué d'entretien test, qui a pour but de vérifier et permettre de retravailler les hypothèses de départ et de modifier le guide d'entretien.

L'absence d'expérience dans la conduite des entretiens semi-dirigés a inévitablement participé à omettre certaines questions ou relances utiles au recueil des informations exploitables.

A cause d'un changement de méthode après la réalisation de la formation, la question portant sur les freins au dépistage de la DE avant la formation a été intégrée à l'entretien réalisé trois mois après, ce qui a pu constituer un biais de mémorisation. Les souvenirs étant modifiés par la nouvelle pratique.

c. Conditions d'entretien

Tous les entretiens n'ont pu avoir lieu en dehors des horaires de consultation des médecins interrogés. Ceci peut représenter un biais de recueil dans la mesure où le participant peut volontairement écourter ses réponses afin de ne pas prendre de retard sur la consultation suivante.

La présence d'un enregistreur numérique a possiblement modifié les réponses aux questions des participants, par crainte d'être réécoutés.

En dépit de la volonté de rester impartial et ne pas orienter les réponses, au cours de la retranscription des entretiens, il est apparu que la parole a parfois été coupée précipitamment sur un sujet alors qu'il aurait été judicieux de permettre davantage de liberté dans la réponse ; ce qui constitue là encore un biais de recueil.

d. Analyse des entretiens

Notre étude présente un biais d'analyse. Un seul enquêteur a effectué l'analyse des entretiens, il n'y a pas eu de triangulation des données à la recherche de convergence entre les résultats obtenus.

e. Population étudiée

Sur les 79 médecins généralistes contactés pour intégrer cette étude, 79,7 % d'entre eux n'abordaient que parfois, rarement ou jamais la question de la dysfonction érectile, ce qui va dans le sens des chiffres de la littérature (85%).

L'échantillon étudié comporte 5 hommes et 4 femmes, soit respectivement 55,6% et 44,4% de l'effectif total. L'âge moyen s'élève à 43 ans.

L'effectif des médecins généralistes français comporte 56,3% d'hommes et 43,7% de femmes et l'âge moyen est de 53 ans.

En conséquence notre échantillon possède des caractéristiques très proches de celles de l'ensemble de la population de médecins généralistes français.

B. Discussion des résultats

a. Obstacles initiaux

Notre étude retrouve de nombreux freins communs à différentes études.

La crainte d'être provoquant représente un obstacle majeur dans notre étude. Pour les médecins généralistes, parler de DE avec leurs patients, représente pour eux un risque de **modifier la relation**

médecin-patient, ils craignent les préjugés. Les études de ANDRES (19) et GIAMI (35) viennent appuyer nos informations.

A l'instar de l'étude menée par HOARAU (32), nous mettons en évidence que **la gêne face à l'intimité du patient** apparaît comme un obstacle au dépistage de la DE, et ce en raison de la sensation d'être intrusif dans la sexualité du patient.

Le manque de formation représente un obstacle de taille, rapporté par de nombreux médecins de notre échantillon et aussi décrit par la littérature (3), (36). Il correspond à la difficulté de savoir quand aborder le sujet et comment s'y prendre, à savoir reconnaître la demande implicite du patient et de d'être capable de lui proposer une prise en charge adaptée.

Le manque de connaissance et d'intérêt pour cette pathologie est certain et il apparaît davantage à posteriori, après la formation, lorsque les participants prennent conscience des raisons de dépister la DE, comme le lien étroit avec une les pathologies cardiovasculaires, sa fréquence ou encore le rôle fondamental du médecin généraliste dans ce cas.

Le manque de temps en consultation est un obstacle que nous avons retrouvé et qui est commun à plusieurs références bibliographiques (3), (37). Le caractère chronophage de l'interrogatoire de cette pathologie y est en grande partie responsable.

Le sexe féminin n'est un obstacle au dépistage de la DE que pour une participante. Cette observation est toutefois confirmée par les études de ANDRES (19) et LOW (38). Dans ces études, les femmes dépistent moins que les hommes et estiment elles-mêmes que leur sexe est un obstacle au dépistage.

L'étude de HOARAU (32) affirme qu'**une reconnaissance financière insuffisante** est un obstacle potentiel au dépistage de la DE. Ce postulat vient corroborer l'une de nos observations selon laquelle un médecin déclarait ne pouvoir se consacrer au dépistage dans une consultation standard au tarif réglementaire de 23 euros, auquel vient s'ajouter le manque de temps.

La gêne personnelle des médecins s'inscrit comme un frein au dépistage, ce qui va dans le sens des observations de l'AIUS, dans ses recommandations aux médecins généralistes pour la prise en charge de la DE (3). Certaines données de la littérature (19), (39) vont à l'encontre de ces résultats en mentionnant que les médecins ne ressentent pas de difficultés personnelles pour aborder la sexualité.

Enfin, même si **le caractère du patient** ne représente un obstacle que pour un seul médecin dans notre étude, mais cette donnée se retrouve dans la littérature puisque qu'elle est confirmée par ANDRES (19).

b. Déterminants de la formation à l'origine de la modification ou non de ces freins

i. Un outil pédagogique adapté dans sa forme

- **Utilité de la formation**

Au point de départ de l'organisation d'un colloque, il y a le souci que le thème choisi réponde à un besoin des futurs participants, et dans notre cas que notre formation soit bien adaptée à la pratique quotidienne du médecin généraliste, ce qui semble en accord avec le témoignages des participants. C'est ce que soutient le J. CARREL dans son article sur l'organisation et l'évaluation d'une activité de formation médicale continue. (40)

De plus, la définition d'un objectif de formation visant au changement de la pratique, dans le but d'améliorer les soins, revêt une importance capitale et s'inscrit comme second critère de qualité d'un colloque.(40) En ce sens, notre formation comportait trois principaux objectifs : connaître les différentes raisons de dépister la DE, acquérir des compétences pour aborder ce sujet, et connaître les modalités de prise en charge du trouble.

Il est d'ailleurs indispensable que ces buts figurent sur une plaquette d'invitation et soient rédigés de manière positive, avec des phrases du type: «A l'issue de cette activité de formation, le participant saura ...» ou: «sera capable de ...», d'après J. CARREL (40). Cette étape de l'organisation d'un colloque est cruciale car elle permet au médecin généraliste de décider de s'y inscrire. Cette démarche n'a pas été prise en compte dans l'organisation de notre formation car les médecins étaient recrutés par téléphone en leur présentant la formation mais sera à développer s'il est décidé de promouvoir cette formation.

P. PERRENOUD ajoute dans son article sur la qualité d'une formation (41), qu'il est de bonne pratique de construire celle-ci à partir d'une analyse réaliste des pratiques de référence. En ce sens notre formation est établie sur les recommandations de l'AIUS.

- **Importance de l'animation**

Le groupe ne saurait fonctionner longuement ni harmonieusement sans l'aide d'un modérateur maîtrisant les techniques d'animation de groupe. Pour J. CARREL, « le cadre idéal d'une telle démarche est le groupe de praticiens, constitué, où les thèmes les plus sensibles de la relation médecin-patient, médecin-société et de la sphère de l'éthique sont souvent plébiscités » (40). Ce postulat rejoint les remarques faites par les participants au sujet de l'intervenante sur ces capacités à animer la soirée, l'ayant rendue interactive, agréable, et non « magistrale ».

Le tutoiement employé au cours ce colloque en petit groupe a permis d'établir une ambiance de travail moins formelle et plus décontractée favorisant à la fois les échanges d'idées, l'abolition de la frontière des différentes générations et des titres professionnels. Il offre ainsi à chacun la même chance d'y trouver sa place, en évitant toute retenue face à une éventuelle question ou remarque à suggérer, permettant de tirer pleinement avantage de ce moment d'apprentissage.

Les participants ont bénéficié de l'expérience professionnelle de l'intervenante au travers de plusieurs exemples de situations vécues. Cela permet de marquer les esprits et d'éclairer sur des façons de réfléchir ou de procéder, voire même de structurer des positions selon JODELET et al. (42) ; bien que l'on sache que l'expérience personnelle se forge au fil du temps.

- **La mise en situation**

La littérature confirme que pour acquérir une nouvelle compétence ou une nouvelle habileté ou changer une manière d'être en consultation, il y a nécessité de l'exercer, en se confrontant à la pratique au cours d'un atelier pédagogique permettant de bénéficier pleinement de l'expérience d'un expert (40), (43). Au cours de cette formation, les participants ont pu bénéficier de cas cliniques sur la manière d'aborder la DE en consultation, mais il manquait l'aspect pratique. C'est ce que souligne un médecin en précisant qu'il aurait apprécié que la formation comporte « des mises en situations ».

- **Un groupe restreint**

Il va sans dire qu'un petit nombre de participants est plus propice à une meilleure intégration des informations. En effet, le cours ne risque pas d'être interrompu fréquemment pour faire taire les bavards se permettant cette activité parce qu'ils sont dissimulés dans la foule. L'absence de bruit de fond permanent causé par un public nombreux, sera aussi propice à une meilleure concentration des participants. Enfin, le poids causé par le jugement des tous les yeux braqués sur un seul et même individu désireux de faire part de son interrogation, ne sera pas un facteur freinateur dans le cas d'un petit groupe. Les interactions et échangeant y seront aussi beaucoup plus simples du fait de leur proximité physique.

ii. Un outil pédagogique adapté dans le fond

- **Impact de la formation sur le contexte**

Le manque de temps est une observation récurrente en consultation. Bien que cette formation ne puisse modifier cette variable complexe qui dépend de nombreux autres facteurs et qui dissuade de d'explorer la DE par son caractère chronophage lié à son interrogatoire, elle aura permis en tout cas aux médecins de mettre en pratique ou développer différentes méthodes pour contourner cet obstacle complexe : aborder la question en fin de consultation pour faire émerger le sujet sans l'explorer et programmer une nouvelle consultation dédiée.

Le manque de reconnaissance financière est un obstacle qui ne peut être directement effacé par la formation dispensée car il dépend des convictions personnelles du médecin concerné. En revanche, on peut imaginer que ce frein puisse être levé dans la mesure où le praticien s'efforce de proposer une consultation spécialement consacrée à l'exploration de la DE. Dans notre étude, le seul médecin qui évoquait ce motif le mettait en lien avec la durée de la consultation.

- **Impact de la formation sur la capacité à prendre en charge**

Les participants reconnaissent plus d'aptitude, d'aisance à prendre en charge la DE après cette formation, c'est ce qu'ils rapportent. Le bénéfice est constaté sur le plan des examens complémentaires à réaliser, des conseils à prodiguer et de l'orientation à proposer. Cette idée est défendue par ANDRES qui trouve également que le sentiment de compétence pour dépister la DE est plus important au décours de formations (19). Cependant il ne s'agit que du ressenti de ces médecins, de leurs impressions, et en aucun cas d'une évaluation précise de l'interrogatoire, de l'examen clinique, du bilan prescrit, des traitements initiées, des conseils délivrés et des mesures adoptées.

Le sentiment d'offenser le patient avec cette question indiscreète est atténué pour la majorité des participants. Parmi les trois médecins qui redoutent toujours de provoquer au travers de ce questionnement, deux avis sont à discuter. En effet, le premier médecin affirme avoir une mémoire visuelle requérant des relectures afin d'assimiler la démarche et ne pas avoir pu prendre connaissance du support qui lui aurait permis de le faire. On peut poser l'hypothèse que s'il avait pu le faire, les raisons pour lesquelles il ne dépiste pas la DE (ne pas savoir qu'elle prise en charge proposer) auraient peut-être été modifiées. Le second médecin en est à sa troisième tentative de formation, et n'en tire toujours aucun bénéfice sur ce point crucial pour lui (comme celui de dégrader la relation avec son patient), ce qui laisse présager d'un conflit personnel interne plutôt que d'un défaut attribuable à la formation. Ceci contribue à affirmer que la formation dispensée est bénéfique en aidant à se sentir moins provoquant.

D'autre part, la gêne personnelle retrouvée comme frein au dépistage de la DE n'est pas abolie mais atténuée. Là encore, ce n'est pas la formation qui influence directement cette pudeur, mais comme il y a incitation à rechercher le trouble, le corps médical s'efforce de le faire, rendant la tâche moins intimidante.

Il est difficile de statuer sur le fait d'être intrusif dans l'intimité du patient. Si, pour les mêmes raisons que précédemment, on écarte les médecins 7 et 8, un médecin remarque un bénéfice alors que l'autre non. Cependant, cette évolution positive constatée pour l'un est décrite par la littérature (32).

Un gain d'intérêt pour la pathologie est remarqué chez les médecins ne dépistant pas le trouble, mais aussi chez ceux le faisant déjà à minima. Les deux raisons principalement évoquées sont que le médecin généraliste occupe une place fondamentale parce que les patients attendent de lui qu'il aborde le sujet ; et que la DE soit étroitement liée à l'existence d'une pathologie cardiovasculaire sous-jacente. Secondairement, ils évoquent la fréquence élevée du trouble, son augmentation de prévalence avec l'âge et le retentissement psychosocial de cette pathologie. Ces arguments sont en accord avec les recommandations officielles (3). Le message principal : pourquoi dépister la DE est bien ancré dans les esprits.

- **Impact de la formation sur la capacité à faire émerger la plainte**

On retrouve un bénéfice de la formation sur la méthode de questionnement. Il en ressort que les participants usent maintenant de termes compréhensibles dans une phrase courte, du type : « Avez-vous des problèmes d'érection ? » (3), (30). Cette question simple évite de perdre le patient par l'usage de formulations longues et abstraites qu'il risque de ne pas comprendre et que le médecin se résignera à investiguer. De cette manière le médecin obtient ou non une réponse, ce qui peut dans certains cas en constituer une, et décider de poursuivre l'exploration.

Cette formation, bien qu'elle ne soit pas un cours de communication, les a sensibilisés à prêter attention aux demandes ou réponses implicites, abstraites des patients présentées sous forme de mimiques, gestuelles ou intonations et souvent exprimées sous cette forme lorsqu'ils n'en parlent pas directement. Un participant confie que la formation médicale universitaire présente une lacune quant à l'enseignement du non-dit, du non-verbal. Dans son ouvrage G. ROUDIERE montre que le non-dit « échappe souvent au locuteur » en conséquence elle « est une réalité que l'on ne peut ignorer » et « qui vaut d'être décryptée » ; il arrive même que le non-dit produise « des effets non-maîtrisés, il contredit parfois le contenu explicite » (44). Le non-dit mérite qu'on lui accorde de l'importance dans la pratique de la médecine et encore plus chez les patients avec des facteurs de risques cardiovasculaires.

Le sexe féminin comme obstacle au dépistage de la DE persiste au décours de la formation pour le médecin qui le signalait. Ce paramètre paraît là encore difficilement directement modifiable, tout comme la pudeur personnelle, car il renvoie directement à l'identité de l'individu, à sa psychologie. Il fait partie des fondations de la personne. Par contre, il est contourné par des informations capitales acquises au cours de cette formation, comme par exemple la fréquence élevée du trouble et les attentes du patient. Il est ainsi atténué.

b. Conséquence de la formation sur le dépistage de la DE

Le dépistage de la DE à trois mois de la formation est accru pour sept des neuf médecins qui ont participé à l'étude. Ce résultat encourageant vient appuyer celui de L. ANDRES, qui affirme dans son étude sur les freins inhérents aux médecins généralistes pour le dépistage de la DE en Midi-Pyrénées (19), que le groupe des médecins formés (toutes formations confondues), dépiste de façon plus fréquente la DE que les médecins n'ayant pas reçu de formation.

Deux médecins de notre échantillon, ne perçoivent pas de bénéfice sur le dépistage de la DE.

Un premier signale que, pour intégrer certaines notions comme le détail d'une prise en charge, il a besoin d'un support visuel afin de pouvoir s'y replonger souvent. Or les recommandations sur la prise en charge de la DE par le médecin généraliste lui ont bien été transmises, mais il déclare ne pas avoir vu passer le courriel. En conséquence, on peut penser que s'il avait pu prendre connaissance de ce document, il aurait certainement perçu une amélioration de sa capacité à dépister la DE puisqu'il aurait pu retravailler le sujet et aurait été à-même de savoir que proposer comme prise en charge au patient, d'autant plus que la formation lui a permis de penser à la DE lorsqu'il est confronté à certains patients.

Pour le second, il s'agissait d'une troisième formation sur la DE après une année qualifiante en sexologie et une semaine de formation à l'étranger. Ce médecin éprouvait des difficultés à aborder le sujet par peur d'effrayer sa patientèle. On retrouve cette idée lorsqu'il confiait ne pas avoir souhaité mentionner sa qualification de sexologie sur plaque, par crainte de faire peur aux mamans qui lui amènent leurs enfants. Ceci laisse à penser que la formation proposée n'est pas en cause dans l'absence de modification de ce comportement, et laisse plus présager d'un conflit intra-personnel responsable d'une difficulté à évoquer la sexualité.

c. Répercussions de la formation sur le patient

Le délai de 3 mois est probablement court pour apprécier avec exactitude les répercussions de la formation sur le patient. Ce délai imparti n'est pas suffisant pour prendre en charge un nombre suffisamment important de patients et d'en apprécier les conséquences, d'autant plus que dans cet intervalle de temps peu de patients auront tendance à reconsulter leur médecins et ce dernier ne disposera pas d'informations sur la prise en charge thérapeutique initiée. En effet, dans le cas de patients poly-pathologiques, et présentant plus particulièrement des facteurs de risques cardio-vasculaires à l'origine d'une DE, le médecin généraliste a tendance à effectuer une ordonnance renouvelable plusieurs fois. C'est le cas du patient diabétique qui est revu tous les 3 mois pour contrôle de l'hémoglobine glycosylée et qui possède la majeure partie du temps une délivrance de traitements pour ces 3 mois.

i. Amélioration de la qualité de l'érection

Malgré un délai trop court pour juger avec force de l'impact de la formation sur le patient, cette formation semble tout de même bénéficier aux patients pris en charge, en leur permettant d'obtenir une érection de meilleure qualité.

Cette dernière est gage d'une meilleure santé mentale, d'une qualité de vie en vie de couple supérieure et une source de meilleure observance thérapeutique.

ii. Une meilleure santé mentale

L'impact de la dysfonction érectile ne se limite pas à la sphère sexuelle puisque ce trouble représente un réel problème d'identité pour l'homme pouvant perturber sa vie relationnelle et professionnelle.

L'étude de FUGL-MEYER et al. (34) a montré que la satisfaction sexuelle d'un homme était un facteur majeur de sa qualité de vie et que les hommes atteints de troubles d'érection avec diminution de leur satisfaction sexuelle avaient également une diminution de leur satisfaction existentielle générale, avec quasi-normalisation de tous les paramètres de satisfaction (vie relationnelle, vie familiale et vie dans son ensemble) après le retour à une vie sexuelle satisfaisante sous thérapeutique adaptée. Ceci corrobore nos résultats.

iii. Une qualité de vie en couple supérieure

Prendre en charge la dysfonction érectile de l'homme, c'est aussi s'intéresser à la dysfonction sexuelle de la femme. La dimension de couple est essentielle à prendre en compte à cause des tensions que peut engendrer un tel trouble dans une relation et des répercussions qui en découlent. Nous remarquons dans notre étude que ces complications sont résolutive sous couverture thérapeutique.

Nos résultats vont dans le sens de l'étude de FUGL-MEYER et al. (34) où il existe une augmentation significative de la fréquence des rapports sexuels, de l'orgasme et de la satisfaction sexuelle globale de la partenaire, corrélée à la réponse positive au traitement de la dysfonction érectile chez l'homme.

34 % d'amélioration de la qualité de la relation avec le partenaire étaient retrouvés dans cette étude multicentrique européenne sur les injections intra-caverneuses.

iv. Une observance thérapeutique optimisée

Notre étude a mis en évidence pour un cas unique, que la formation était à l'origine d'un diagnostic de DE fait sur l'arrêt de thérapeutiques anti-hypertensives et hypolipémiantes par le patient lui-même, dans un contexte de DE évolutive. L'étude de LOWENTRITT et al. a permis de démontrer qu'un nombre important de patients choisissent d'interrompre eux-mêmes leurs traitements anti-hypertenseur, hypolipémiant, anti-diabétique ou anti-dépresseur, à l'apparition d'une DE [29]. Dans le cas de notre patient, les conseils éclairés de son médecin, associés à l'introduction d'une molécule pro-érectile lui ont permis de reprendre son traitement chronique.

Conclusion

Cette formation médicale se positionne comme un enseignement post universitaire bénéfique aux médecins généralistes, pour les aider à franchir les obstacles entravant le bon dépistage de la DE au quotidien.

Les principales modifications engendrées s'observent sur le manque d'intérêt pour le sujet, sur le sentiment d'être provoquant, sur la gêne personnelle ressentie et sur la prise en charge à proposer.

Si certains obstacles ne peuvent être directement vaincus pour des raisons intrinsèques ou en raison de convictions personnelles, c'est l'ensemble des connaissances acquises qui motivent les praticiens à les contourner.

La DE comme enjeu de santé publique, exposée en début de formation, se positionne au premier plan des motivations des participants à le faire ou de le faire plus, permettant au médecin généraliste de se réattribuer le rôle majeur qu'il occupe dans la prévention. Les techniques de communication exposées permettent de mieux aborder le sujet et de repérer les patients en demande d'aide.

Les conditions propres à la réunion ont pu faciliter l'intégration des points clefs de ce colloque.

Les participants se disent aussi mieux armés pour prendre en charge cette plainte. Cependant, l'objectif de notre étude n'étant pas d'étudier le détail exact de leur prise en charge, on ne peut statuer sur la qualité des prises en charges proposées, de l'interrogatoire jusqu'à la thérapeutique, d'autant plus que personne ne nous a réellement évoqué la prise en charge du couple en consultation, dimension pourtant incontournable.

Par conséquent, il serait intéressant de mener une étude quantitative portant sur la prise en charge proposée au décours de cette formation.

Présentation du projet de thèse

L'interne : VIBOUD Alexandre

Spécialité : Interne de médecine générale, 5^e semestre, Nice Sophia Antipolis

Le directeur de thèse : Dr BURTE Carol

Spécialité et type d'exercice du directeur : Médecin andrologue et sexologue, directrice d'enseignement (DIU de Sexologie et DIU d'études de la Sexualité Humaine, faculté de médecine de Nice)

Sujet : Former les médecins généralistes au dépistage de la dysfonction érectile.

Justification :

La dysfonction érectile est une pathologie fréquente : la prévalence de la DE dans la population générale est globalement inférieure à 10 % avant 40 ans, de 10 à 30 % entre 40 et 59 ans, de 20 à 40 % entre 60 et 69 ans et de 50 à 75 % après 70 ans.

- UE TF, BASSON R, ROSEN R, GIULIANO F, KHOURY S, MONTORSI F. Sexual medicine : sexual dysfunction in men and women. 2nd international consultation on sexual dysfunction. Paris : Editions 21, 2004 : 820 p.

Seuls 30% des patients signalent spontanément une dysfonction érectile en consultation. Or 80% des patients estiment que le médecin généraliste devrait lui-même aborder le sujet, alors que près de 80% des médecins généralistes ne questionnent pas leurs patients sur ce sujet.

- http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/atelier_mpr/de_gp_rollini.pdf
- Metz et al. Men's expectations of physicians in sexual health concerns. 1988 ; 7 : 141-52

Il existe des freins expliquant la difficulté pour le médecin généraliste à aborder ce sujet.

- <http://aihus.fr/prod/data/Aihus/Vie/recommandationsauxmedecins2010.pdf>

Il s'en suit que seulement une faible partie des patients ayant consulté pour une DE, bénéficie d'une prise en charge thérapeutique. Sur les 22,2% des hommes concernés ayant consulté, 36,9% d'entre eux sont traités.

- <http://urofrance.org/nc/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/dysfonction-erectile-connaissances-souhaits-et-attitudes-resultats-dune-enquete-francaise-r.html>

La dysfonction érectile est considérée comme symptôme sentinelle des pathologies cardiovasculaires. En effet, un patient atteint d'une dysfonction érectile et des facteurs de risques cardiovasculaires est plus exposé à une pathologie coronarienne ou à une pathologie vasculaire périphérique qu'un patient n'ayant que des facteurs de risques cardiovasculaires.

Aussi, le simple fait d'évoquer une dysfonction érectile permet de mettre en évidence des troubles coronariens infra-cliniques : 49 % des patients ayant une atteinte des artères coronaires documentée par angiographie présentent une dysfonction érectile de manière concomitante et cette condition conduit par la suite à l'apparition de symptômes angineux dans plus de 70% des cas.

La dysfonction érectile est à considérer comme « la partie visible de l'iceberg ».

- CHEW K.K., EARLE C.M., STUCKEY B.G.A., JAMROZIK K., KEOGH E.J. Erectile dysfunction in general medicine practice : prevalence and clinical correlates. Int. J. Impot. Res., 2000 ; 12 : 41-45.
- MONTORSI F., BRIGANTI A., SALONIA A., RIGATTI P., MARGONATO A., MACCHI A., GALLI S., RAVAGNANI P.M., MONTORSI P. Erectile dysfunction prevalence, time of onset and association with risk factors in 300 consecutive patients with acute chest pain and angiographically documented coronary artery disease. Eur. Urology, 2003 ; 44 : 360-365.

Enfin la dysfonction érectile retentit de façon non négligeable sur la qualité de vie de 80% des patients : bien-être et couple sont touchés.

- FUGL-MEYER, A R, G LODNERT, I B BRÄNHOLM, ET K S FUGL-MEYER. «On life satisfaction in male erectile dysfunction». International Journal of Impotence Research9, no. 3 (Septembre1997):141-148.
- ALTHOF, STANLEY E. «Quality of life and erectile dysfunction». Urology59, no. 6 (Juin, 2002): 803-810.

Il existe des recommandations sur la prise en charge de première intention de la dysfonction érectile pour le médecin généraliste, publiées par les sociétés savantes (AIHUS et AFU).

Les médecins généralistes sont-ils plus aptes à aborder d’eux-mêmes le sujet fragile de la dysfonction érectile après avoir suivi une formation médicale spécifique ?

Déroulement :

Recruter dix médecins généralistes ayant des difficultés avec l'abord et la prise en charge de la DE
 Envoi d'un questionnaire
 Réunion de ces dix médecins pour une formation médicale organisée par le Dr BURTE, un soir de semaine pendant environ 2 heures (date à déterminer)
 Entretien post-formation, 3 mois après la formation médicale

Merci de confirmer votre participation par mail ou téléphone selon les coordonnées ci-dessus.

Merci de votre aide précieuse.

Bien confraternellement,

Alexandre Viboud.

Questionnaire informatique

Quel âge avez-vous ?

En quelle année vous êtes-vous installé ?

Quel est votre type de secteur géographique d'activité ? (urbain, semi-urbain, rural)

Quel est votre type de conventionnement ? (secteur 1, secteur 2, non conventionné)

Avez-vous des diplômes associés ? Si oui, le(s) quel(s) ?

Habituellement suivez-vous des formations médicales ?

Avez-vous déjà suivi une formation médicale de sexologie ou sur les troubles de l'érection ?

Combien d'actes médicaux réalisez-vous chaque jour ?

Quelle est la durée moyenne d'une consultation ?

Quel est votre type de patientèle ? (enfants, adultes, âgés)

A quelle fréquence abordez-vous le sujet de la dysfonction érectile ? (parfois, rarement, jamais)

Guide d'entretien

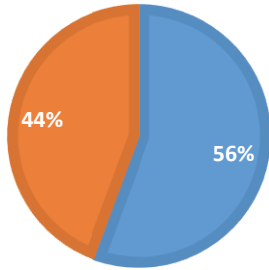
Introduction de moi-même, explication sur le déroulement de l'entretien, demande d'autorisation d'enregistrer et anonymat de l'entretien.

Vous avez suivi une formation sur l'abord et la prise en charge de la dysfonction érectile :

- Quel est votre avis sur la formation qui vous a été dispensée ?
- Pour quelles raisons avez-vous accepté de participer à cette formation ?
- Pour quelles raisons ne dépistiez-vous pas assez ou pas du tout ?
- Qu'est-ce que cette formation a apporté dans votre pratique professionnelle (levée de freins pré-existants, capacité à aborder du sujet, manière de l'aborder, raisons de l'aborder, impact sur la prise en charge (interrogatoire-examen clinique-paraclinique-traitement-conseils, orientation vers confrère), relation médecin-malade ?
- Ressentez-vous toujours des difficultés pour dépister ou prendre en charge cette affection ?
- Qu'est-ce qui vous a manqué dans cette formation ?
- Avez-vous eu des retours de patients suite à la PEC d'une DE ?
- Pouvez-vous donner un exemple d'une situation clinique où vous jugez que cette formation a modifié votre pratique ?

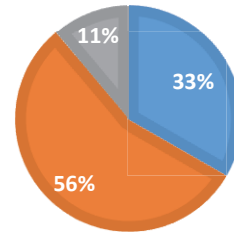
RÉPARTITION PAR SEXE

■ Hommes ■ Femmes



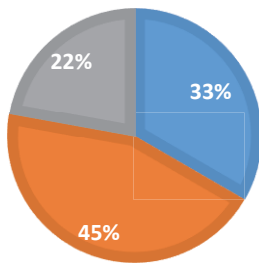
RÉPARTITION PAR TRANCHE D'ÂGE

■ 30-39 ans ■ 50-59 ans ■ 60-69 ans



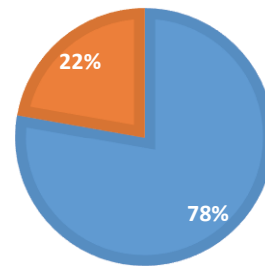
RÉPARTITION PAR DURÉE D'INSTALLATION

■ < 10 ans ■ 20-29 ans ■ 30-39 ans



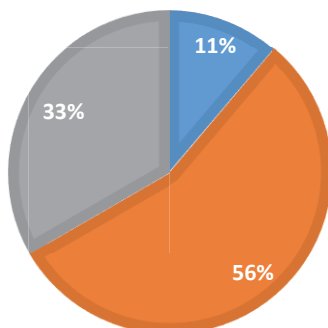
RÉPARTITION PAR MILIEU D'EXERCICE

■ Urbain ■ Semi-urbain



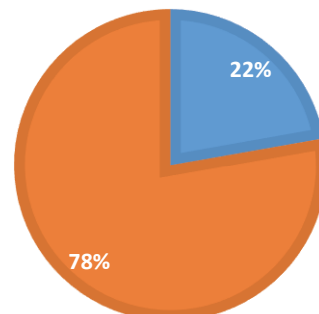
PROPENSION A LA FORMATION MÉDICALE

■ souvent ■ parfois ■ rarement



FORMATION DE SEXOLOGIE ANTÉRIEURE

■ Oui ■ Non



Bibliographie

1. NIH Consensus Conference, Impotence, NIH Consensus development Panel on Impotence. *Jama* 1993 ; 270 (1) : 83-90
2. LUE TF., GIULIANO F., MONTORSI F., ROSEN RC., ANDERSSON KE., ALTHOF S., et al. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in men. *The Journal of Sexual Medicine*. 2004 ; 1 (1) : 6-23
3. ASSOCIATION INTER DISCIPLINAIRE UNIVERSITAIRE DE SEXOLOGIE, Recommandations aux médecins généralistes pour la prise en charge de première intention de la dysfonction érectile. Actualisées en 2010
4. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, DSM 5. Paris : Elsevier Masson, 2015. p 503-507
5. GIULIANO P., CHEVRET-MEASSON M., TSATSARIS A., REITZ C., MURINO M., THONNEAU P. Prévalence de l'insuffisance érectile en France : résultats d'une enquête épidémiologique menée auprès d'un échantillon représentatif de 1004 hommes. *Progrès en Urologie* 2002 ; 12 : 260-267
6. COSTA P., AVANCES C., WAGNER L., Dysfonction érectile : connaissances, souhaits et attitudes. Résultats d'une enquête française réalisée auprès de 5099 hommes âgés de 18 à 70 ans. *Progrès en Urologie* 2003 ; 13 : 85-91
7. DROUPY S., GIULIANO F., CUZIN B., COSTA P., VICAUT E., LEVRAT F. Prévalence de la dysfonction érectile chez les patients consultant en urologie : l'enquête ENJEU (enquête nationale de type 1 jour sur la prévalence de la dysfonction érectile chez les patients consultant en urologie. *Progrès en Urologie* 2009 ; 19 : 830-838
8. FELDMAN HA., GOLDSTEIN I, Mc KINLAY JB., et al., Impotence and its medical and psychosocial correlates : results of the Massachusetts male aging study. *The journal of urology* 1994 ; 151(1) : 54-61
9. AVANCES C., IBORRA F., BASTIDE C., Rappels anatomiques du pénis. *Progrès en Urologie* 2005 ; 15 : 799-800
10. BROOKS JD. Anatomy of the lower urinary tract and male genitalia, In Campbell's Urology. Walsh P, Vaughan E, Wein A. eds. Vol1, Philadelphia : Saunders, 2002. p 41-82
11. GALIANO M., PIGNOT G., COSTA C., VALLANCIEN G., VIRAG R., Dysfonction érectile et cellules endothéliales caverneuses. *Progrès en Urologie* 2010 ; 20 (3) : 188-193
12. WESPES E., Physiologie de l'érection : Etude du tissu intrapénien. *Progrès en Urologie* 1992 ; 2 : 175-184
13. GIULIANO F., DROUPY S., Dysfonction érectile. *Progrès en Urologie* 2013 ; 23 (9) : 629-637
14. HICQUEL Nicolas, Dysfonction érectile: Quels sont les facteurs influençant le recours au médecin traitant ? Thèse d'exercice : Médecine : Université de Poitiers, 2012POITM130

15. GIULIANO F., LERICHE A., JAUDINOT EO., DE GENDRE A.S., et al. Prevalence of erectile dysfunction among 7689 patients with diabetes or hypertension, or both. *Urology* 2004, 64 (6) : 1196-1201
16. BALDWIN K., GINSBERG P., HARKAWAY R. C., Under-reporting of erectile dysfunction among men with unrelated urologic conditions. *Int J Impot Res*, 2003, 15 (2): 87-9
17. BRAUN M, WASSMER G, KLOTZ T, REIFENRATH B, MATHERS M, ENGELMANN U. Epidemiology of erectile dysfunction : results of the Cologne Male Survey. *Int J Impot Res* 2000 ; 12 : 305-311
18. RAINERI F., Dysfonctions sexuelles. *La revue du praticien-médecine générale* 2003 ; 17 (626) : 1264-1265
19. ANDRES Lisa, Dépistage de la dysfonction érectile : Les obstacles inhérents aux médecins généralistes. Étude transversale descriptive en Midi-Pyrénées, Thèse d'exercice : Médecine : Université Toulouse III - Paul SABATIER, 2014TOU31128
20. SCHILL W.-B., COMHAIRE F.H., HARGREAVE T.B, *Traité d'andrologie à l'usage des cliniciens* ; Paris : Springer, 2008, p.339
21. CHEW K.K., EARLE C.M., STUCKEY B.G.A., JAMROZIK K., KEOGH E.J., Erectile dysfunction in general medicine practice: prevalence and clinical correlates. *Int. J. Impot. Res.* 2000 ; 12 : 41-45
22. MONTORSI F. , BRIGANTI A., SALONIA A., RIGATTI P., MARGONATO A., MACCHI A., GALLI S., RAVAGNANI P .M., MONTORSI P. Erectile dysfunction prevalence, time of onset and association with risk factors in 300 consecutive patients with acute chest pain and angiographically documented coronary artery disease. *Eur. Urology* 2003 ; 44 : 360-365
23. LAUMANN E.O., PAIK A, ROSEN R.C., Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999 ; 281: 537-544
24. VENTEGODT S., Sex and the quality of life in Denmark. *Arch Sex Behav.* 1998 ; 27 : 295-307
25. DELAVIERRE D., POISSON E., La femme face à la dysfonction érectile de son partenaire. À propos de 137 patients. *Progrès en Urologie* 2011 ; 21 (1) : 59-66
26. ALTHOF S.E., Quality of life and erectile dysfunction. *Urology* 2002 ; 59(6) : 803-10
27. SEIDMAN S.N., Exploring the relationship between depression and erectile dysfunction in aging men. *J Clin Psychiatry* 2002 ; 63 (5 Suppl) : 5-12 ; discussion 23-5
28. BARBARA G., JACK A., THOMAS S., REBECCA A., JAMES A., Sexuality after treatment for early prostate cancer: exploring the meanings of "erectile dysfunction". *J Gen Intern Med* 2001 ; 16 : 649-655
29. LOWENTRITT B.H., SKLAR G.N., The effect of erectile dysfunction on patient medication compliance. *J Urol* 2004 ; 171 : 231–235

30. ALECHINSKY L., DROUPY S., Chapitre 09 - Trouble de l'érection, Référentiel du Collège Français d'Urologie, <http://urofrance.org/congres-et-formations/formation-initiale/referentiel-du-college/trouble-de-lerection.html>
31. SEISEN T., ROUPRET M., COSTA P., GIULIANO F., Influence de l'âge sur la santé sexuelle masculine. Progrès en Urologie 2012 ; 22 : 7-13
32. HOARAU Audrey, Facteurs limitant la prise en charge de la dysfonction érectile en médecine générale. Thèse d'exercice : Médecine : Université de Montpellier 1 ; 2014MON11040
34. FUGL-MEYER, A. R., LODNERT G., BRANHOLM IB., FUGL-MEYER KS., On life satisfaction in male erectile dysfunction. Int J Impot Res 1997 ; 9 (3) : 141-8
35. GIAMI A., Erotisation de la relation médecin patient : difficultés dans la prise en charge de la sexualité. Nantes, Communication aux 4ème assises françaises de sexologie et de santé sexuelle, mars 2011.
36. KOKEL C., Place du médecin généraliste dans la prise en charge des difficultés sexuelles masculines. Thèse d'exercice : médecine : Université Henri Poincaré Nancy 1, 2011
37. HUMPREY S., NAZARETH I., GP's views on their management of sexual dysfunction. Family practice. Oxford University Press 2001 ; 18 : 515-518
38. LOW WY., NG CJ., TAN NC., CHOO WY., TAN HM., Management of erectile dysfunction barriers faced by general practitioners. Asian J Andrology 2004 ; 6 : 99-104
39. FISCHER WA., BUVAT J., BRANDENBURG U., MERYN S., SAND M., MENDIVE JU., Communication about erectile dysfunction among men with erectile dysfunction, partners of men with erectile dysfunction and physicians : the strike up a conversation study. The journal of men's health and gender 2005 ; 2 (1) : 64-78
40. CARREL J., Organiser et évaluer une activité de formation continue. PrimaryCare 2005 ; 5 : 858-60
41. PERRENOUD P., La qualité d'une formation se joue d'abord dans sa conception » Pédagogie Collégiale 1998 ; 11 (4) : 16-22
42. JODELET D., LEPORTE C, MOULIN P. et al., Sida et soins palliatifs : les soignants face aux malades en phase avancée de l'infection VIH. In : M. Duroussy (Ed). Des professionnels face au SIDA. Revue de l'ANRS, 67-81
43. RIESEN E., Evaluation von Fortbildungen – Blosses Ritual oder Anregung für Verbesserung der Kurse ? PrimaryCare 2005 ; 5 : 14, 324
44. ROUDIÈRE G., Traquer le non-dit : une sémantique au quotidien. Issy-les-Moulineaux : ESF, 2001, Collection Formation Permanente, Séminaires Mucchielli, p12
45. SOULIÉ M., VAZZOLER N., SEGUIN P., CHIRON P., PLANTE P., Conséquences urologiques du traumatisme du nerf pudendal sur table orthopédique : mise au point et conseils pratiques. Progrès en Urologie 2002 ; 12 : 504-508

Résumé

La dysfonction érectile (DE) est un symptôme très fréquent, dont la prévalence augmente avec l'âge et de ne nombreuses pathologies, et pouvant être un signe d'appel de maladies cardiovasculaires. Elle retentit de façon non négligeable sur la qualité de vie générale du patient et peut conduire à l'arrêt de traitements de maladies chroniques. Les patients atteints de DE attendent que leur médecin les interroge à ce sujet alors qu'ils sont très peu à venir consulter pour ce motif. Cependant, il s'agit d'un sujet très peu évoqué par le médecin traitant en raison d'obstacles identifiés. Au vue de ces constatations, notre objectif était d'étudier l'impact d'une formation médicale sur les freins au dépistage de la DE.

Cette étude qualitative a été réalisée auprès de 9 médecins généralistes de la région PACA qui n'abordaient spontanément que parfois, rarement ou jamais la question de la dysfonction érectile en consultation. Ils ont participé à une formation médicale spécifique sur le sujet de la DE en Septembre 2015 et ont été revus individuellement en entretien trois mois plus tard.

Cette formation médicale se positionne comme un enseignement post universitaire bénéfique aux médecins généralistes, pour les aider à franchir les obstacles entravant le bon dépistage de la DE au quotidien. Les principales modifications engendrées s'observent sur le manque d'intérêt pour le sujet, sur le sentiment d'être provoquant, sur la gêne personnelle ressentie et sur la prise en charge à proposer. Il en résulte que le dépistage de la DE est accru.

Si certains obstacles ne peuvent être directement vaincus pour des raisons intrinsèques ou en raison de convictions personnelles, c'est l'ensemble des connaissances acquises qui motivent les praticiens à les contourner. La DE comme enjeu de santé publique, se positionne au premier plan des motivations des participants à le faire ou à le faire plus. Les techniques de communication exposées permettent de mieux aborder le sujet et de repérer les patients en demande d'aide. Les conditions propres à la réunion ont pu faciliter l'intégration des points clefs de ce colloque.