



HAL
open science

Déficit androgénique lié à l'âge : quels desseins en médecine ambulatoire ? Étude qualitative par théorisation ancrée

Cécilia Filippini

► **To cite this version:**

Cécilia Filippini. Déficit androgénique lié à l'âge : quels desseins en médecine ambulatoire ? Étude qualitative par théorisation ancrée. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02962635

HAL Id: dumas-02962635

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02962635v1>

Submitted on 9 Oct 2020

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 DE NICE

DEFICIT ANDROGENIQUE LIE A L'AGE :
QUELS DESSEINS EN MEDECINE AMBULATOIRE ?
ETUDE QUALITATIVE PAR THEORISATION ANCREE.

THESE D'EXERCICE DE MEDECINE

Pour l'obtention du diplôme d'Etat de Docteur en Médecine

Présentée et soutenue le 16 Avril 2020,

A la faculté de Médecine de Nice,

Par Cécilia FILIPPINI

Née le 04/04/1988 à Nîmes (30)

MEMBRES DU JURY

Président du jury :

Monsieur le Professeur Thierry PICHE

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Stéphane SCHNEIDER

Monsieur le Docteur Gilles GARDON

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Brice TREGAN

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

**Pédagogie
Recherche
Etudiants**

**Pr. ALUNNI Véronique
Pr DELLAMONICA jean
M. JOUAN Robin**

Chargé de mission projet Campus

Pr. PAQUIS Philippe

Conservateur de la bibliothèque

Mme AMSELLE Danièle

Directrice administrative des services

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. RAMPAL Patrick
M. BENCHIMOL Daniel

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Georges	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
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)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BERTHET Jean-Philippe	Chirurgie Thoracique (51-03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (44-02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mme	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
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.	VANBIERVLIET Geoffroy	Gastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
M.	CAMUZARD Olivier	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme	CONTENTI-LIPRANDI Julie	Médecine d'urgence (48-04)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
M.	MASSALOU Damien	Chirurgie Viscérale (52-02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	SQUARA Fabien	Cardiologie (51.02)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	THUMMLER Susanne	Pédopsychiatrie (49-04)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)
Mme GROS Auriane Orthophonie (69)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)
M. SICARD Antoine Néphrologie (52-03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)
Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)
M. GASPERINI Fabrice Médecine Générale (53.03)
M. HOGU Nicolas Médecine Générale (53.03)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M. AMIEL Jean	M. GASTAUD Pierre
M ALBERTINI Marc	M. GÉRARD Jean-Pierre
M. BALAS Daniel	M. GILLET Jean-Yves
M. BATT Michel	M. GRELLIER Patrick
M. BLAIVE Bruno	M. GRIMAUD Dominique
M. BOQUET Patrice	M. HOFLIGER Philippe
M. BOURGEON André	M. JOURDAN Jacques
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIERE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
Mme CRENESSE Dominique	M. MOUIEL Jean
M. DARCOURT Guy	Mme MYQUEL Martine
M. DELLAMONICA Pierre	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DELMONT Jean	M. PRINGUEY Dominique
M. DEMARD François	M. SANTINI Joseph
M. DESNUELLE Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	M. TOUBOL Jacques
M. FENICHEL Patrick	M. TRAN Dinh Khiem
M . FRANCO Alain	M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. FREYCHET Pierre	M. ZIEGLER Gérard

M.C.U. Honoraires

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

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury :

Monsieur le Professeur PICHE : Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de présider mon jury de thèse et je suis honorée que vous jugiez mon travail. Un grand merci pour vos engagements facultaires et votre générosité.

Monsieur le Docteur GARDON : Cher Monsieur Gardon, vous illustrez selon moi le médecin de famille idéal : à l'écoute de ses patients, au fait des dernières recommandations médicales et dévoué de surcroît aux étudiants en médecine générale de la faculté de Nice. C'est un véritable honneur pour moi que vous ayez accepté de représenter la médecine générale au sein de mon jury de thèse. Je vous remercie tout particulièrement pour toutes les connaissances et les concepts de soin que vous nous avez enseigné en GEASP, dont l'utilité me semblait à l'époque, incertaine.

Monsieur le Professeur SCHNEIDER : Vous me faites l'honneur de juger mon travail et je vous en remercie. Remerciements également pour la générosité et la passion avec lesquelles vous transmettez vos savoirs aux étudiants lors de vos enseignements facultaires.

Monsieur le Docteur TREGAN : Brice, tu es LA belle rencontre de mon internat, je chéris notre amitié et tous les moments passés ensemble, je les espère encore nombreux. Un immense merci d'avoir accepté de diriger mon travail, merci pour la discipline que tu as su m'imposer tout en douceur. Je t'admire en tant que docteur, et encore plus en tant qu'ami.

A mes maîtres de stage :

Monsieur le Docteur FRIN : Une pensée toute particulière pour toi Greg à qui je dois beaucoup, et très certainement même au-delà de la sphère professionnelle. Tu as été un modèle pour moi lors de mon tout premier stage d'internat. Ta rigueur, ton écoute des patients et des familles ainsi que ta générosité envers tes internes resteront pour longtemps encore un chaleureux souvenir. Ce premier semestre a été fantastique et j'y ai très certainement tiré les plus grands enseignements.

Monsieur le Docteur TURPIN : Jean-Michel, un grand merci pour ton énergie et ta bonne humeur communicative, merci également pour tous les enseignements dans le domaine de la gériatrie. Tu as sans nul doute très largement contribué à me faire adorer cette spécialité très exigeante. Le semestre à Cimiez a été difficile mais tellement enrichissant sur les plans professionnel et personnel.

Monsieur le Docteur Pastor : Roland, merci pour ta bonne humeur, et ta rigueur. Merci d'avoir partagé avec moi ta vision de la médecine libérale, tant sur le plan purement médical que sur la gestion du cabinet. Je garde un souvenir joyeux de nos déjeuners au coin de la table d'examen de ton frère kiné.

Madame le Docteur CARAVELLI : Sophie, tous mes remerciements pour ton énergie et ta passion partagée de la médecine libérale.

A ma famille :

A mes parents : Papa, maman, comment pourrais-je vous exprimer ma gratitude immense, car je vous dois tout. Ma situation, mes valeurs, mon bonheur. Vous avez été et vous êtes pour toujours un soutien indéfectible. Vous êtes tout aussi formidables comme grands-parents que vous l'êtes comme parents.

A mes grands-parents : Merci pour tous ces moments passés ensemble et tout ce que vous m'avez transmis jusqu'à aujourd'hui.

A ma tata Jeanine : Merci pour ton soutien, ton affection, ta patience.

A ma Sœurette et son Doudou : Nato, tant de moments complices partagés ensemble. Je chéri notre relation, et je suis extrêmement fière de toi. Je remercie Doudou de te supporter, de cette façon il me fait l'honneur d'être mon beau-frère.

A Minoudou : Mon chéri, ma vie n'est que ravissement depuis notre rencontre, les mots me paraissent insuffisants pour te remercier de ton amour, de ton soutien, de ton indulgence... Sans toi je n'aurais jamais été capable de réaliser toutes ces formations, tous ces projets. Tu es mon essentiel. Je t'aime.

A Mini-Minoudou : Mon Vicky d'amour de mon univers et de ma galaxie je te remercie quand même à cet endroit précis, même si personne ne pourra nier que ces nombreux réveils nocturnes ont quelque peu altéré mes capacités de travail... Tu es, entre toutes ces choses que nous avons accomplies ton papa et moi, notre plus grande fierté et source de joie.

A mes très chers amis : Margaux, Bibi, Anne-Laure, Hélène, vous êtes une source de joie et d'inspiration au quotidien, merci pour tous vos témoignages d'amitié, votre soutien indéfectible, votre indulgence souvent, et vos encouragements toujours. Je me ravie de voir le chemin parcouru ensemble depuis notre rencontre.

Table des matières

INTRODUCTION	14
METHODE	15
A. Sélection des participants	15
B. Recueil des données	16
C. Analyse des données	16
RESULTATS	17
A. Le constat d'un manque de connaissances	18
1. Un défaut de formation initiale et continue	18
2. Une question difficile à aborder	18
3. Le recours à un confrère	19
4. Mise en parallèle du DALA avec la ménopause	19
5. Le bilan hormonal	20
6. Souhait de formation continue pluridisciplinaire	20
B. La grande étendue clinico-biologique du DALA	21
1. Des demandes ciblées du patient rares	21
2. Un tableau clinique vaste pouvant se confondre avec le vieillissement	21
3. La place de la dysfonction érectile	22
C. Contexte médico-légal et freins à la prescription	23
1. Coût du traitement et choix de galénique	23
2. Réticence à l'hormonothérapie	23
3. Recours à un avis spécialisé urologique	24
DISCUSSION	25
A. Le DALA, un enjeu de santé publique	25
B. De la difficulté diagnostique à l'usage d'un questionnaire standardisé	27
C. Hormonophobie	28
D. Forces et limites	28
CONCLUSION	29
BIBLIOGRAPHIE	30
ANNEXES	34
SERMENT D'HIPPOCRATE	39
RESUME	40

LISTE DES ABREVIATIONS

ADAM: Androgen Deficiency in Aging Male

COREQ : COnsolidated criteria for REporting Qualitive research

DALA : Déficit Androgénique Lié à l'Age

ECN : Epreuves classantes nationales

FMC : Formation Médicale Continue

GnRH : Gonadotropin Releasing Hormone

IM : Injection Intramusculaire

IPA : Infirmier de Pratique Avancée

ISSAM : International Society for the Study of Aging Male

LH : Luteinizing Hormone

PSA : Prostate Specific Antigen

TR : Toucher Rectal

TSH : Thyroid Stimulating Hormon

INTRODUCTION

En janvier 2019, la France comptait près de 435 000 hommes âgés de plus de 50 ans. D'après le collège français d'urologie, environ dix pour cent des patients de plus de 50 ans présenteraient des symptômes pouvant être attribués au déficit androgénique lié à l'âge (DALA)(1). L'intérêt croissant des médecins pour les traitements hormonaux substitutifs suit le vieillissement des populations(2).

L'*International Society for the Study of the Aging Male* (ISSAM) définit le DALA en 2002 comme « un syndrome biochimique associé à l'avancée en âge et caractérisé par une diminution des androgènes dans le sérum avec ou sans diminution de la sensibilité aux androgènes... pouvant induire une altération significative de la vie qualité de et affecter de manière néfaste la fonction de plusieurs organes ».

Contrairement à la ménopause chez la femme, il ne s'agit pas d'un déficit gonadique total et systématique. Ce syndrome s'installe progressivement sur de nombreuses années(3). La clinique est riche: baisse de la libido, troubles érectiles, fatigue, irritabilité, baisse de l'activité physique et de la force musculaire, difficultés de concentration, baisse de la pilosité, gain pondéral (4). Le déclin de testostéronémie est un phénomène physiologique lié à la fois à une baisse de l'activité endocrine des cellules de Leydig testiculaires et de leur nombre(5). Des altérations de l'axe gonadotrope ont également été documentées, avec une perte progressive du rythme circadien de sécrétion de LH et des altérations de la sécrétion de GnRH(6).

De nombreuses situations cliniques peuvent interférer avec l'activité androgénique (obésité, diabète, infections bactériennes ou virales chroniques, traumatismes, alcoolisme, tabagisme, traitements opiacés), rendant la démarche diagnostique du praticien ardue.

Plusieurs travaux scientifiques s'intéressent au DALA sur le retentissement socio-professionnel. Cependant celles s'intéressant à la prise en charge initiale en médecine ambulatoire sont rares (7).

Dans cette étude, nous nous intéressons donc à la prise en charge de patients pouvant présenter un DALA, du diagnostic à la prise en charge par les médecins généralistes plus ou moins qualifiés en gériatrie, les urologues et les endocrinologues libéraux.

L'objectif de notre étude est de déterminer la prise en charge du DALA dans les Alpes-Maritimes auprès des médecins libéraux.

METHODE

La méthode de l'étude est détaillée dans cette section en référence aux critères COREQ(8). Dans cette enquête prospective et exploratoire, une étude qualitative avec analyse par théorisation ancrée(9) a été menée au moyen d'entretiens individuels semi-directifs(10). Ces entretiens ont été conduits par l'auteur de cette thèse d'octobre 2019 à décembre 2019. Cette étude non interventionnelle menée auprès de médecins généralistes, endocrinologues et urologues libéraux des Alpes-Maritimes ne nécessitait pas d'avis du comité de protection des personnes.

A. Sélection des participants

Les participants sélectionnés étaient des médecins généralistes diplômés, installés en cabinet ou remplaçant en médecine libérale ; des endocrinologues libéraux ainsi que des urologues libéraux. Tous exerçaient dans les Alpes Maritimes. Un échantillonnage raisonné en recherche de variation maximale a été effectué selon l'âge, le sexe, le lieu, et les années de pratique en médecine libérale.

Les six premières personnes interrogées ont été choisies à partir du carnet d'adresse de l'auteur. Par la suite, une démarche inductive par effet « boule de neige»(11), a pris le relais afin d'assurer une plus grande hétérogénéité dans le recrutement.

Une prise de contact téléphonique initiale a été effectuée afin de convenir d'un rendez-vous au cabinet pour effectuer l'entretien. Certains entretiens ont été menés au téléphone avec enregistrement, par faute de disponibilité des participants en question. Tous les entretiens, en présentiel ou téléphonique ont été menés sans la présence de tiers. Les participants étaient avertis du thème de l'entretien « déficit androgénique lié à l'âge » mais n'avaient pas connaissance de la nature exacte des questions au préalable. Le consentement a été recueilli en début d'entretien par signature d'un document (Annexe I). L'anonymat a été respecté en utilisant un numéro par entretien.

B. Recueil des données

Des entretiens individuels semi-directifs ont été réalisés. Ces entretiens s'articulaient autour de cinq questions ouvertes :

- « Comment abordez-vous la question du DALA en consultation avec vos patients ? »
- « Quels sont vos critères diagnostiques pour évoquer un DALA ? »
- « Quelle est votre attitude thérapeutique lorsque vous êtes face à une suspicion de DALA ? ».
- « Quels sont vos critères de surveillance du traitement du DALA ? ».
- « Seriez-vous intéressé pour suivre une formation de type formation médicale continue (FMC) pluridisciplinaire sur le thème du DALA ? ».

Des questions de relance ont été posées dans le seul but de faire approfondir le discours du participant en utilisant les reformulations d'approfondissement. Des entretiens semi-directifs avec questions ouvertes ont été privilégiés afin de rester le plus ouvert possible lors du recueil des données. Les entretiens furent enregistrés grâce à un dictaphone puis retranscrits, par une tierce personne, de façon dactylographiée (logiciel Word®) en verbatim. Un extrait d'entretien retranscrit, est disponible en annexe II. Les entretiens retranscrits furent retournés aux participants afin qu'ils valident la retranscription. Le cas échéant des modifications étaient apportées par le participant en rouge sur le texte retranscrit.

C. Analyse des données

L'analyse a été menée par théorisation ancrée, selon le modèle de Glaser et Strauss(12). Un premier codage, ouvert, fut effectué de manière indépendante par l'auteur et un collègue médecin généraliste remplaçant n'ayant pas pris part à l'enquête en qualité de « co-codeur », grâce au logiciel *QSR Nvivo11*®. L'analyse consiste à s'ouvrir sur les données émergentes, notamment par l'utilisation de code *in vivo*, c'est à dire de codes constitués de mots tirés du discours des participants. L'ensemble des codes furent ensuite regroupés sous forme de catégories.

Une fois la catégorie centrale définie, un second niveau de codage est réalisé, dit « sélectif », plus global. Pour finir, un troisième niveau de codage est enfin opéré : il s'agit du codage « théorique », ceci dans le but de mettre en relation hypothétique les catégories entre elles afin de confirmer la théorie. Tout au long du processus de codages successifs, les désaccords ont été résolus par consensus entre les deux codeurs. Secondairement, la théorisation ancrée fut relue et validée en accord entre l'auteur et son directeur de thèse.

RESULTATS

18 entretiens furent réalisés entre le 17 octobre et le premier décembre 2019. La durée des entretiens s'échelonnait entre une minute trois secondes et 20 minutes cinq secondes, pour une durée moyenne de cinq minutes 50 secondes. Soit une durée totale d'enregistrement de 99 minutes et 34 secondes.

Les sept premiers entretiens ont été doublement encodés afin d'obtenir une première théorisation ancrée. Les sept autres entretiens ont permis d'élaborer une théorisation plus complète. La saturation des données a été constatée au bout du treizième entretien. Les cinq derniers entretiens ont été réalisés dans le but de confirmer la saturation des données.

De plus, quatre médecins ont refusé de participer à l'étude. Ces derniers estimaient n'avoir aucune connaissance sur la question. 15 médecins n'ont pas répondu à la sollicitation.

Médecin	Age	Sexe	Spécialité	Années de pratique	Appartenance à une société savante
Med 1	50 ans	Masculin	Généraliste / Gériatre	29 ans	Aucune
Med 2	41 ans	Masculin	Généraliste	15 ans	Aucune
Med 3	32 ans	Féminin	Généraliste	3 ans	Aucune
Med 4	38 ans	Masculin	Généraliste	9 ans	Aucune
Med 5	35 ans	Féminin	Généraliste	6 ans	Aucune
Med 6	34 ans	Masculin	Généraliste	5 ans	Aucune
Med 7	65 ans	Féminin	Endocrinologue	37 ans	Aucune
Med 8	30 ans	Féminin	Généraliste	3 ans	Aucune
Med 9	68 ans	Masculin	Généraliste	40 ans	Aucune
Med 10	35 ans	Masculin	Généraliste	5 ans	Aucune
Med 11	68 ans	Masculin	Urologue	33 ans	AFU
Med 12	44 ans	Masculin	Urologue	13 ans	AFU, ASCA
Med 13	65 ans	Masculin	Urologue	34 ans	Aucune
Med 14	30 ans	Féminin	Endocrinologue	2 ans	Aucune
Med 15	70 ans	Masculin	Endocrinologue	43 ans	SFA
Med 16	52 ans	Masculin	Endocrinologue	31 ans	Aucune
Med 17	32 ans	Masculin	Généraliste	4 ans	Aucune
Med 18	40 ans	Masculin	Généraliste	11 ans	Aucune

A. Le constat d'un manque de connaissances

1. Un défaut de formation initiale et continue

De nombreux médecins estimaient lors de la phase du recrutement ou au cours des interrogatoires, avoir des connaissances insuffisantes au sujet du déficit androgénique lié à l'âge. Les praticiens interrogés jugeaient que leurs connaissances n'étaient que partielles : M5 : « Effectivement on n'a pas vraiment de connaissances très intenses dessus parce que je pense que les médecins généralistes n'ont pas de si fréquentes consultations ». En effet, ils estimaient y être peu confrontés dans leur pratique quotidienne : M2 : « Je n'ai pas le recrutement...parce que ça ne m'intéresse pas donc je ne m'y intéresse pas » ; M3 : « Franchement je n'ai jamais eu le cas. Vraiment zéro. »

Certains participants trouvaient leurs connaissances théoriques, acquises lors de la préparation des ECN, sommaires : M17 « Tu as des pathologies comme celles-ci pour lesquelles nous n'avons pas été vraiment formés. C'est un sujet abordé un peu à l'ECN mais après on ne va pas forcément faire ses recherches et l'étudier ». Au cours de leur pratique, les médecins considéraient ne plus se souvenir de leur formation par manque de mise en application : M3 « je n'en sais rien, je ne sais plus du tout ça (...) je pense que l'on n'est pas bons, nous les médecins généralistes en andropause, enfin en déficit lié à l'âge » ; M8 « je ne sais plus grand-chose sur le sujet, je n'en vois pas tous les jours, du coup... ».

Durant le recrutement des participants, l'argument principal de refus de participer à l'étude fut l'absence de reconnaissance du DALA : « Le déficit androgénique lié à l'âge est un mythe ».

2. Une question difficile à aborder

Les médecins interrogés, hommes et femmes confondus, identifiaient la pudeur comme le premier frein aux questionnements relatifs au DALA : M5 « Ce sont plutôt les patients qui l'abordent en prime abord, moi je pose très rarement la question, pour les hommes, pas mal de gêne. Généralement souvent ce que l'on remarque c'est qu'ils en parlent à la fin ».

Les participants à l'étude montraient une attitude expectative envers les patients : M6 « Alors aborder directement sans demande du patient, non, j'essaie d'orienter la question vers les facteurs de risques cardiovasculaires » ; M8 « J'aborde rarement le sujet, si les patients me demandent alors je rebondis » ; M15 « je ne parle pas du tout des problèmes sexuels, on n'en parle pas du tout. C'est eux après qui les abordent ». M16 « c'est vrai que je ne l'aborde pas de principe avec les hommes qui pourraient être dans la tranche d'âge concernée ».

3. Le recours à un confrère

Parmi les participants, une minorité de médecins généralistes entreprenaient un traitement après avoir pris les précautions pré-thérapeutiques du dépistage prostatique : M9 « *Assez facilement, si j'ai une testostérone qui est limite, à fortiori basse, je vais les mettre sous traitement hormonal et je les mets sous testostérone injectable (...) par rapport au prix sous ANDROTARDYL® à raison d'une injection tous les 21 jours* ». Les autres médecins généralistes envisageaient d'envoyer leurs patients concernés vers un confrère spécialisé en endocrinologie ou urologie : M2 « *j'adresserai à un urologue* » ; M4 « *De toute façon moi je m'arrête à ce stade-là, ensuite j'envoie à un urologue* » ; M6 « *en général j'oriente vers un urologue* » ; M8 « *j'ai peut-être eu le cas trois fois, et trois fois j'ai appelé un endocrinologue libéral* » ; M10 « *j'enverrais au docteur en andropause, un endocrinologue quoi !* » ; M17 « *si j'ai une anomalie au bilan alors j'orienterai vers un endocrinologue ou un urologue* » ; M18 « *je pense que je l'orienterai vers un endocrinologue parce que c'est de l'hormonologie* ». Dans l'étude réalisée, les endocrinologues complétaient leur prise en charge par une prise en charge urologique spécialisée, soit en pré-thérapeutique, soit pour appuyer la décision thérapeutique elle-même : M7 « *mais ils ont un urologue hein les gens* » ; M14 « *je pense que j'adresserai à un urologue quand même pour qu'il fasse sa part du bilan* » ; M16 « *je vais demander une expertise urologique* ».

4. Mise en parallèle du DALA avec la ménopause

Certains participants s'appuyaient sur leurs connaissances du tableau clinique de la ménopause, ainsi que de sa prise en charge thérapeutique, pour répondre aux questions de l'enquête : M4 « *tu dois avoir des signes comme chez les femmes avec la ménopause, des signes non spécifiques, je ne sais pas moi, j'imagine la fatigue, ce qu'elles ont les femmes...bouffées de chaleur...des trucs comme ça tu vois (...) si c'est comme pour les femmes, alors il existe de la testostérone en patch. Et aussi en gel, ça existe « Androgel » ?* » ; M5 « *Ben je suppose que c'est comme c'est la femme, moi je dirais que c'est une supplémentation hormonale, un substitut* ».

De l'avis de certains participants, la prise en charge et la connaissance de la ménopause était nettement mieux maîtrisée que celle du DALA : M16 « *j'avoue que c'est plus facile avec la ménopause.* »

5. Le bilan hormonal

La majeure partie des participants généralistes interrogés faisaient preuve d'hésitation sur la prescription du bilan biologique hormonal. Ils menaient un bilan basique et un bilan hormonal, total ou partiel, de l'axe hypothalamo-hypophysaire : M3 « *je demanderai les hormones, tu vois, une TSH, une testostéronémie, une prolactinémie, cortisolémie, une cortisolurie des 24h* » ; M4 « *Je ferais un bilan standard, on est d'accord là-dessus je pense. Une glycémie à jeun pour voir s'il n'est pas diabétique, une TSH pour les troubles thyroïdiens et un bilan hépatique ça ne mange pas de pain* ». M5 « *il faudrait faire un bilan hormonal, testostérone, toutes les hormones... Prolactine quelque chose comme ça* » ; M17 « *je ferais donc la testostéronémie et, euh, éventuellement les œstrogènes. Je ne m'y connais pas vraiment, là-dessus, je ferais un débrouillage entre guillemets* ».

L'hésitation sur la prescription du bilan se portait également sur le choix de la testostéronémie demandée : M4 « *une testostérone...houlà... Laquelle ? Ce sont les laboratoires qui répondent* » ; M18 « *Et puis j'ajouterais la testostérone, sachant que je ne sais jamais laquelle. Je mettrai « testostéronémie sans plus de précision »*.

6. Souhait de formation continue pluridisciplinaire

La très grande majorité des participants se montrait favorable à l'idée de suivre une formation pluridisciplinaire dédiée au DALA, afin de parfaire et d'approfondir ses connaissances et d'améliorer la prise en charge des patients : M4 « *une formation c'est toujours intéressant, surtout ce qui n'est pas mal c'est que les spécialistes abordent des sujets fréquents. C'est vrai qu'il y a certains thèmes dont on ne parle pas assez* » ; M6 « *c'est intéressant de se former pour pouvoir adresser les patients comme il faut* » ; M8 « *oui, oui, franchement oui, c'est un problème que l'on rencontre en médecine de ville donc oui.* » ; M17 « *avoir des formations là-dessus ça peut être très intéressant* ».

D'autres participants étaient réfractaires à l'idée de suivre une telle formation, soit par manque d'attrait pour le thème : M1 « *Cela ne m'intéresse pas* » ; M2 « *Je ne suis pas du tout intéressé par le sujet* » ; soit à cause de la perspective d'une fin de carrière toute proche: M11 « *J'ai un peu passé l'âge, je suis quasiment retraité* » ; soit par faute de temps : M7 « *En ce moment je n'ai vraiment pas le temps de suivre des formations* ».

B. La grande étendue clinico-biologique du DALA

1. Des demandes ciblées du patient rares

Certains participants à l'enquête avaient souligné le fait que les troubles hormonaux liés au DALA étaient un sujet peu abordé par les patients eux-mêmes, le point d'appel identifié par les médecins étaient essentiellement des questionnements autour de troubles liés à la sexualité : M11 « *ce sont les patients qui abordent le sujet sous la forme de difficulté érectile* » ; M12 « *c'est très rare que le patient pose la question directement, en général je vois qu'il tourne un petit peu autour du pot* » ; M8 « *les rares fois où j'ai eu le cas en consultation, c'étaient des patients qui évoquaient des troubles sexuels surtout, soit liés à une baisse de libido soit à une impuissance* ».

Une minorité de participants à l'étude avaient été dans leur pratique déjà confrontés à des cas de patients demandant explicitement un dosage hormonal : M18 « *je n'ai eu qu'une seule fois le cas d'un patient d'une cinquantaine d'années qui se sentait fatigué qui m'avait demandé si cela ne valait pas le coup de faire doser la testostérone* ».

Les femmes médecins interviewées estimaient que leur genre constituait un frein à l'abord de ce sujet : M3 « *ils ne m'en parlent pas parce que je suis une femme ? une remplaçante ?* » ; M5 « *les hommes ont souvent pas mal de gêne et ce n'est pas le premier motif de consultation qu'ils évoquent...ils en parlent souvent à la fin* ».

2. Un tableau clinique vaste pouvant se confondre avec le vieillissement

Le sentiment de difficulté qu'éprouvaient certains participants à dépister et diagnostiquer un DALA, résidait dans sa présentation clinique aspécifique : M12 « *quand il y a une question sexuelle, ou alors une question plutôt de fatigue, ou un sentiment de prise de poids...quand le patient me dit « je me sens tout raplapla, je n'ai plus la même veine qu'avant* ». *Donc là on s'oriente de ce côté-là. Je n'hésite pas à orienter vers le médecin généraliste pour rechercher d'autres causes de fatigue ou de causes psychologiques comme un syndrome dépressif* » ; M16 « *Certaines fois les patients se plaignent d'asthénie, de troubles du caractères... des choses assez atypiques* » ; M15 « *Les patients qui consultent sont des hommes d'une cinquantaine d'années qui viennent pour une diminution d'activité...souvent ils présentent ça comme une fatigue générale, une diminution d'initiatives sur le plan professionnel, c'est ça le facteur* ».

Les médecins interrogés exprimaient le fait que, confrontés à ce type de plaintes, ils ne s'orientaient pas toujours d'emblée sur la piste diagnostique du DALA. En effet, pour la majeure partie des participants, il s'agissait d'une hypothèse diagnostique secondaire :

M16 « Quelques fois si on ne trouve pas d'autres explications on peut avoir envie de vérifier où ils en sont au niveau des dosages » ; M15 « une fois que l'on a écarté d'autres pathologies qui puissent expliquer l'état de santé, on cible le DALA ».

Certains participants mettaient en avant que la baisse des capacités, tant sur les plans intellectuels, attentionnels que physiques, pouvaient être attribués également à un vieillissement physiologique : *M16 « chez un patient âgé de 70 ans il n'est pas facile de dire où finit la normalité et où commence la pathologie. Il y a des signes non spécifiques...Je suis un peu fatigué, j'ai perdu des muscles, je suis moins en forme qu'avant...bon à 70 ans... ça passe en “ pertes et profits ” c'est l'âge, qu'est-ce que vous voulez mon bon monsieur. Ou alors on fouille, on fouille, il ne faut pas fouiller très longtemps pour trouver des testostérones basses ».*

Quelques participants identifiaient comme difficulté diagnostique supplémentaire l'absence de dosages de testostéronémie antérieurs chez de nombreux patients : *M16 « l'andropause c'est tellement hétérogène, il y en a qui vont commencer à 40 ans, ça baisse déjà, d'autres qui vont avoir des taux qui paraissent normaux à 60 ans mais quand ils en avaient 40 ils étaient deux fois plus haut, il manque juste le dosage de l'époque ».* D'autres participants à l'étude mettaient en avant la dissociation existante entre la clinique et la valeur dosée de la testostérone : *M16 « il y a des patients qui ont des testostérones minables et qui ne se plaignent de rien ».*

3. La place de la dysfonction érectile

Au cours de l'enquête, la question de la dysfonction érectile est récurrente. Les étiologies vasculaires, psychologiques, ou hormonales sont évoquées. Certains participants expliquaient une démarche visant à établir l'étiologie du trouble de l'érection : *M4 « il faut éliminer les facteurs favorisants, s'il est alcoolique ou s'il est diabétique de longue date, on va dire que les troubles de l'érection c'est lié au diabète et pas trop à la baisse hormonale » ; M10 : « je recherche le diabète, histoire qu'il ne soit pas bouché avec une artériopathie ».*

Les participants de l'études axaient leur interrogatoire sur la dysfonction érectile : *M5 « moi la question qui me vient à l'esprit c'est surtout s'ils ont une dysfonction érectile » ; M6 « en clinique je recherche les troubles érectiles essentiellement ».* Les autres interrogations se portaient sur la qualité des rapports sexuels : *M7 « je demande la fréquence des rapports sexuels ou s'ils ont encore des rapports » ; M10 « je demande si l'érection est efficace et dure toute la durée du rapport ».*

Certains médecins interviewés décrivaient une thérapeutique identique pour la dysfonction érectile et le DALA : *M10 « concernant le traitement tu as les injections intra-caverneuses, le VIAGRA®, le CIALIS®, le TADALAFIL®, bref les traitements de l'impuissance ».*

C. Contexte médico-légal et freins à la prescription

1. Coût du traitement et choix de galénique

Concernant la prise en charge thérapeutique, endocrinologues et urologues, évoquaient la contrainte budgétaire. Cette dernière orientait leur choix de traitement. L'ANDROTARDYL® apparaissait comme la thérapeutique de choix, remboursé, sous forme injectable en intra-musculaire : M9 « *je les traite par testostérone injectable ANDROTARDYL® par rapport au prix. La forme transdermique je veux bien mais elle est assez couteuse et ce n'est pas évident de proposer cela au long cours* » ; M11 « *je traite par des injections d'ANDROTARDYL® parce qu'il est remboursé* ».

Parmi les médecins interrogés, certains relevaient des inconvénients liés au seul remboursement de cette spécialité, soit pour des raisons pharmacologiques, soit pour l'inconfort lié aux injections IM elles-mêmes : M12 « *je m'oriente vers les injections de NEBIDO® qui présentent une stabilité très satisfaisante et beaucoup moins de contraintes que les gels ou les patches, mais on a un problème de remboursement. Le problème de l'ANDROTARDYL® c'est qu'il provoque des pics donc ce n'est pas vraiment le produit idéal pourtant malheureusement c'est le seul qui est remboursé* » ; M13 « *je traite par ANDROTARDYL® pour une raison bien simple c'est qu'il est remboursé. Les inconvénients c'est de se faire piquer les fesses avec un liquide huileux, ce n'est pas très sympathique* » ; M16 « *moi je préférerais donner la voie transdermique mais en pratique je constate que les patients ne sont pas trop enthousiastes pour ouvrir le porte-monnaie. Donc en pratique c'est très souvent ANDROTARDYL® en IM, même si j'ai conscience de faire des trucs assez irréguliers en termes d'imprégnation* ».

2. Réticence à l'hormonothérapie

Un frein important à la prescription de testostérone semblait être lié pour une majorité des participants à la crainte du risque carcinologique : M13 « *je ne vais pas chercher les problèmes, j'attends qu'ils m'en parlent* » ; M10 « *je ne sais pas si on peut donner de la testostérone car le problème c'est que ça file le cancer de la prostate* » ; M16 « *franchement je n'en meurs pas d'envie de donner de la testostérone* ».

Des médecins interrogés signalaient l'aspect médico-légal comme frein à la prescription d'hormones. M16 « *c'est moins bien établi que la prise en charge de la ménopause, il y a une ambiance un peu médico-légale qui plane au-dessus de nos têtes en permanence. (...) Testostérone et prostate c'est compliqué, même si ce n'est pas alarmiste...* ».

3. Recours à un avis spécialisé urologique

La prise en charge pluridisciplinaire impliquant un urologue semblait être un moyen déployé par une majorité de participants pour initier une prescription de testostérone : M14 « je les adresse à un urologue pour qu'il fasse sa part du bilan. J'attendrai son bilan avant de le traiter » ; M16 « pour un vieux monsieur, je vais demander qu'il ait une expertise urologique avant de mettre des hormones. Je vais demander quand même un avis urologique pour être sûr que je ne balance pas de la testostérone avec un néo de prostate un petit peu avancé ça ne serait pas bien du tout. Et puis l'urologue est très à l'aise avec cela on dirait, manifestement ils sont plus décontractés que nous le sommes, ou que moi je le suis. Je ne suis pas sûr de la qualité de mon examen au niveau prostatique donc je les tanne pour qu'ils aient une surveillance urologique annuelle ».

DISCUSSION

Certaines projections démographiques estiment que 400 millions de personnes dans le monde auront plus de 65 ans d'ici 2050(13). La prévention et la prise en charge des pathologies du vieillissement, ainsi que la lutte contre la perte de l'autonomie représentent un enjeu de santé publique certain.

Une littérature médicale désormais conséquente vient étayer les nombreux liens entre le déclin de la testostéronémie et nombres de symptômes et de pathologies survenant après l'âge de 50 ans(14).

A. Le DALA, un enjeu de santé publique.

Le déclin androgénique étant lent et progressif sur de nombreuses années, il n'est donc en rien superposable à la ménopause féminine qui au contraire est un déficit gonadique primaire brutal et total. Par conséquent, il requiert de la part des praticiens une attention toute particulière, l'étude s'est intéressée à la façon dont les patients étaient diagnostiqués, orientés et pris en charge par les praticiens endocrinologues, urologues et médecins généralistes des Alpes-Maritimes, et s'il existait des freins ou des obstacles à cette prise en charge.

Comme le tableau clinique du DALA a la particularité d'être pléthorique et aspécifique, sa prise en charge est donc souvent pluridisciplinaire. Parmi les nombreux symptômes observés dans le DALA, on retrouve notamment les troubles sexuels qui représentent la première plainte en consultation avec la baisse de la libido (15) ; les troubles de l'érection dans une moindre mesure. La raréfaction des érections spontanées matinales semble être d'après les études menées sur le sujet le symptôme le plus spécifique de l'hypoandrogénie de l'homme âgé(16). Sont également présents l'asthénie, la diminution de la force musculaire et fatigabilité musculaire(17),(18). Cette sarcopénie engendre un risque de chute majoré et donc de fractures(19). L'ostéoporose, plus rare que chez la femme mais plus sévère également puisque la mortalité des suites de fractures du col fémoral à un mois est doublée(20) chez les patients masculins. L'hypogonadisme étant associé à un surrisque de fracture du col fémoral chez l'homme âgé(21). On note également des troubles neuropsychologiques tels que les troubles cognitifs (22) avec des troubles mnésiques présents chez 36% des sujets présentant un DALA (23) ; les troubles de l'humeur avec de véritables tableaux dépressifs (24),(25),(26). A l'inverse un taux correct de testostérone est associé à un état de bien-être(27), et le traitement par testostérone a montré des résultats prometteurs sur des dépressions de l'homme vieillissant (28).

Peuvent se manifester également dans le tableau du DALA des troubles vasomoteurs, ou syndrome climatérique, associant bouffées de chaleur et transpiration excessive(29).

Tous ces symptômes cliniques ont été cités par les praticiens interviewés dans notre enquête, qui s'attachaient à les rechercher dans leurs interrogatoires, toutes spécialités confondues.

Non évoqués par les participants à l'étude, les troubles du sommeil sont présents chez certains patients atteints de DALA(30). En effet, même si la testostérone est loin d'être la seule composante hormonale requise dans le maintien de l'architecture du sommeil et de sa qualité, l'administration de testostérone normalise les sécrétions de mélatonine(31). L'hypoandrogénie serait également associée à un surrisque de développer une démence de type Alzheimer (32).

Concernant les signes cliniques présent à l'examen et pouvant orienter le praticien sur la piste du DALA ils sont, de la même façon, nombreux et aspécifiques. L'obésité abdominale conduisant au syndrome métabolique, pour laquelle le lien avec l'hypoandrogénie est fort (33),(34),(35). Certaines études ont par ailleurs mis en évidence qu'une substitution en testostérone permettait une perte de masse grasse et de graisse viscérale (36),(35) ,(37),(38). La gynécomastie très souvent présente, liée à l'hyperplasie bénigne de la glande mammaire dans un contexte d'hyperœstrogénie relative consécutive à l'hypoandrogénie(39). Enfin l'amincissement cutané et la baisse de la pilosité axillaire et pubienne sont également des signes à rechercher lors de l'examen clinique.

La majorité des praticiens interrogés considéraient que le diagnostic était principalement rattaché à l'interrogatoire, et très peu d'entre eux s'attachaient à rechercher des signes cliniques, ceux-ci étaient plutôt focalisés sur l'examen cardiovasculaire avec la mesure de la pression artérielle et un examen qualifié de « routinier ». Seuls quelques sujets toutes spécialités confondues ont cité la baisse de pilosité, la gynécomastie et la sarcopénie comme étant des signes cliniques pouvant les orienter vers un dosage biologique de testostérone.

Compte tenu du vieillissement de la population française, des bienfaits nombreux du traitement hormono-substitutif retrouvés dans les études scientifiques (40),(41),(42),(43), (43), notamment dans le syndrome métabolique(44), le syndrome dépressif(45) et l'ostéoporose(46),(47),(48), ainsi que dans l'anémie(49) ; la prise en charge du DALA apparaît comme une alternative thérapeutique dans la lutte contre la perte d'autonomie des hommes d'âge mûr(50). Le dépistage et le traitement du DALA lorsqu'il est possible, pourraient donc à ce titre occuper une place thérapeutique intéressante en plus des traitements de maladies chroniques comme le diabète, l'obésité, la dépression....

B. De la difficulté diagnostique à l'usage d'un questionnaire standardisé

Compte tenu de la difficulté diagnostique ; liée à la fois à une clinique vaste, à une survenue progressive et à un tableau hétérogène d'un individu à l'autre, un questionnaire, le questionnaire ADAM s'articulant autour de 10 questions (annexe III), édité en 2000 par l'équipe de Morley (51) se veut être une aide diagnostique pour les praticiens avant éventuel dosage biologique (52). Aucun des participants n'a mentionné utiliser ce questionnaire.

Dans notre enquête, bon nombre de médecins généralistes notamment ont estimé leurs connaissances du DALA comme étant insuffisantes. Pourtant, au même titre que la ménopause, celui-ci fait l'objet d'un chapitre d'enseignement à l'ECN lors de la formation initiale, l'item n° 120 intitulé « Andropause »(53). Certains d'entre eux, endocrinologues et médecins généralistes, ont estimé avoir des connaissances sur la ménopause plus solides. Un parallélisme a parfois été fait par certains participants dans le but de répondre aux questions de l'enquête. Cet amalgame en a parfois mené certains à la prescription de bilans biologiques « hybridés », mêlant dosages de testostérone et d'œstrogènes.

D'après le collège français d'urologie, environ 10% à 20% des hommes âgés de 50 ans seraient atteints de DALA. Par ailleurs, au vu de l'étendue de la clinique liée au tableau d'hypoandrogénie, on peut aisément pressentir que le nombre de patients potentiellement concernés par le diagnostic et la prise en charge s'avère conséquent. Malgré ces données chiffrées, un grand nombre de participants a déclaré ne pas avoir de recrutement naturel dans leur pratique quotidienne, sous-estimant ainsi le nombre des cas patients possibles.

Plusieurs explications possibles ont émergées des questionnaires d'enquête, au rang desquelles était citée en premier lieu la pudeur des praticiens à aborder en consultation la question des troubles sexuels chez l'homme vieillissant. La féminisation de la profession a également été évoquée par certaines praticiennes interviewées comme étant un obstacle potentiel au recueil de plaintes d'ordre sexuels de la part de leurs patients, ceux-ci représentant un point d'appel majeur menant le clinicien à suspecter le diagnostic de DALA.(54)

Un autre point identifié comme étant une difficulté diagnostique supplémentaire pour les praticiens interviewés, était l'absence quasi-systématique de dosages de testostéronémie antérieurs. En effet, le DALA ne faisant pas l'objet d'une politique de dépistage dans la population générale, il est rare pour le clinicien de pouvoir s'appuyer sur une courbe de testostéronémie, et donc d'y prêter une attention particulière.

L'immense majorité des participants s'est montrée enthousiaste à l'idée de suivre une FMC sur le sujet, conscients des enjeux et des bénéfices que pourraient représenter pour leurs patients une telle opportunité thérapeutique. Même si de nombreux participants signalaient néanmoins la difficulté de se dégager du temps de formation professionnel en exercice libéral.

C. Hormonophobie

Le dernier frein identifié à la prise en charge était lié à la crainte du risque carcinologique prostatique lié au traitement substitutif hormonal. Effectivement, la majorité des médecins interviewés évoquait leur réticence à initier un tel traitement. Cette tendance était moins nette pour les urologues dans notre étude, peut-être car ces derniers étaient familiers du dépistage de tumeur prostatique par le toucher rectal (TR).

En effet, si tous les participants effectuaient un dosage de PSA, tous ne pratiquaient pas un TR. Parmi ceux qui le faisaient, peu estimaient avoir une pratique suffisamment courante pour être à l'aise avec ce geste clinique.

Par conséquent, une stratégie de prise en charge consistait, pour l'immense majorité des participants, à orienter le patient vers un urologue, pour introduire le traitement substitutif ou pour effectuer le bilan pré-thérapeutique.

Malgré de récentes données de littérature scientifique rassurantes concernant le lien entre testostérone et cancer de prostate(55),(56) et des recommandations claires sur la prise en charge du DALA(57),(58), la crainte carcinologique était très nettement évoquée par les participants.

En effet, la prescription de testostérone est soumise à un cadre de prescription assez strict dont il convient de respecter les règles. Le bilan pré-thérapeutique doit éliminer une lésion carcinologique prostatique préalable avec TR, dosage de PSA et au besoin, explorations urologiques. Une surveillance thérapeutique assidue avec suivi du PSA est également de rigueur(59).

D. Forces et limites

Cette étude propose une approche centrée sur le DALA en médecine ambulatoire. Son approche qualitative en théorie ancrée fait de cette étude un travail novateur. La triangulation des observateurs a permis d'observer et d'analyser les verbatim des entretiens de manière indépendante.

Le nombre de participants est faible mais la variation maximale sur l'échantillon étudié a été atteinte. La majorité des praticiens sollicités et satisfaisants aux critères d'inclusions ont accepté de participer et nous avons obtenu la saturation des données. Ce travail de thèse est le premier exercice de la sorte pour l'auteur. La conduction des entretiens semi-directif fut la plus neutre possible.

Malgré un travail bibliographique important sur la méthode qualitative et sur les entretiens, il peut persister certaines erreurs. L'usage du logiciel nVivo®, pour la première fois, peut représenter une faiblesse dans l'interprétation des données.

CONCLUSION

Pour les participants à l'étude, la connaissance du tableau clinique ainsi que la prescription du bilan biologique se sont avérées délicates. Ils considéraient que, contrairement à la ménopause, le DALA était une pathologie moins approfondie lors de la formation médicale. Par ailleurs, son lien étroit avec la survenue de troubles d'ordre sexuels, rendait la question difficile à aborder lors d'une consultation. Malgré tout, la majorité des médecins se déclaraient prêts à suivre une FMC sur le sujet afin de perfectionner leurs connaissances.

L'analyse des résultats de notre étude a mis en avant une méconnaissance du DALA pour la patientèle masculine elle-même. Elle faisait donc très rarement l'objet d'une demande spontanée et d'une consultation dédiée. Compte tenu de l'extrême diversité des symptômes pouvant survenir et de l'hétérogénéité du tableau d'un patient à l'autre, nombres de plaintes de la part des patients pouvaient être à tort rattachées à un tableau clinique de vieillissement physiologique. De plus la place de la dysfonction érectile s'est avérée importante, en faisant ainsi, un des seuls axes de prise en charge.

Pour les médecins interrogés au cours de notre étude, le manque de choix thérapeutique lié au remboursement d'une unique formulation injectable IM (ANDROTARDYL®) semblait être pour certains participants un frein supplémentaire. En effet, d'autres galéniques moins diffusées et onéreuses comme les gels et les patchs auraient été privilégiées par certains médecins en l'absence de contrainte budgétaire. De surcroît, la prescription d'une hormonothérapie indisposait nombre de participants qui redoutaient la survenue d'effets secondaires majeurs au premier rang desquels les adénocarcinomes prostatiques. Cette crainte motivait la très grande majorité des participants médecins généralistes et endocrinologues à adresser leurs patients à un confrère urologue.

Malgré son caractère pluridisciplinaire par sa symptomatologie, sa prise en charge et son suivi, ainsi que ses multiples implications dans certaines pathologies chroniques représentant un enjeu de santé publique, le DALA demeure à ce jour une pathologie peu considérée en soins primaires. En revanche, l'immense majorité des médecins libéraux interviewés ont témoigné un vif intérêt pour le sujet et se sont montrés favorables à l'idée de suivre une formation pluridisciplinaire dédiée au DALA. Au vu de nos résultats, du rôle central du médecin généraliste et de la création des infirmières de pratiques avancées (IPA), il serait pertinent de réfléchir à la mise en place d'un questionnaire standardisé lors d'une consultation d'accueil avec les IPA en soins primaires afin de dépister au mieux les DALA.

BIBLIOGRAPHIE

1. l'Urologie M de. Déficit androgénique lié à l'âge : Synthèse diagnostique [Internet]. 2018 [cité 22 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.urofrance.org/base-bibliographique/deficit-androgenique-lie-lage-synthese-diagnostique>
2. Pyramides des âges – Bilan démographique 2018 | Insee [Internet]. [cité 7 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1913143?sommaire=1912926>
3. Morales A, Heaton JPW, Carson CC. ANDROPAUSE: A MISNOMER FOR A TRUE CLINICAL ENTITY. :8.
4. Matsumoto AM. Andropause: Clinical Implications of the Decline in Serum Testosterone Levels With Aging in Men. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1 févr 2002;57(2):M76-99.
5. Kaler LW, Neaves WB. Attrition of the human leydig cell population with advancing age. *Anat Rec*. déc 1978;192(4):513-8.
6. Veldhuis JD, Keenan DM, Liu PY, Iranmanesh A, Takahashi PY, Nehra AX. The aging male hypothalamic–pituitary–gonadal axis: Pulsatility and feedback. *Mol Cell Endocrinol*. févr 2009;299(1):14-22.
7. Abootalebi M, Kargar M, Jahanbin I, Amin A, Sharafi Z. Knowledge and Attitude about Andropause Among General Physicians in Shiraz, Iran 2014. 4(1):9.
8. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev*. janv 2015;15(157):50-4.
9. Méliani V. Choisir l'analyse par théorisation ancrée : illustration des apports et des limites de la méthode. :18.
10. Combessie J-C. II. L'entretien semi-directif. *Reperes*. 2007;5e éd.:24-32.
11. Savoie-Zajc L. Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide? :13.
12. Guillemette F. L'approche de la Grounded Theory; pour innover? :19.
13. La population [Internet]. 2015 [cité 22 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.un.org/fr/sections/issues-depth/population/index.html>
14. Huhtaniemi I. Late-onset hypogonadism: Current concepts and controversies of pathogenesis, diagnosis and treatment. *Asian J Androl*. 2014;16(2):192.
15. Heidari R, Sajadi H, Pourmand A, Pourmand G. Can testosterone level be a good predictor of late-onset hypogonadism? *Andrologia*. mai 2015;47(4):433-7.
16. Huhtaniemi IT. Andropause – lessons from the European Male Ageing Study. *Ann Endocrinol*. mai 2014;75(2):128-31.
17. Lauretani F, Russo CR, Bandinelli S, Bartali B, Cavazzini C, Di Iorio A, et al. Age-associated changes in skeletal muscles and their effect on mobility: an operational diagnosis of sarcopenia. *J Appl Physiol*. nov 2003;95(5):1851-60.

18. Shin MJ, Jeon YK, Kim JJ. Testosterone and Sarcopenia. *World J Mens Health*. sept 2018;36(3):192-8.
19. Xu BY, Yan S, Low LL, Vasanwala FF, Low SG. Predictors of poor functional outcomes and mortality in patients with hip fracture: a systematic review. *BMC Musculoskelet Disord*. 27 nov 2019;20(1):568.
20. Guzon-Illescas O, Perez Fernandez E, Crespí Villarias N, Quirós Donate FJ, Peña M, Alonso-Blas C, et al. Mortality after osteoporotic hip fracture: incidence, trends, and associated factors. *J Orthop Surg*. 4 juill 2019;14(1):203.
21. Ebeling PR. Osteoporosis in men. *Curr Opin Rheumatol*. juill 2013;25(4):542-52.
22. Bove R, Musallam A, Healy BC, Raghavan K, Glanz BI, Bakshi R, et al. Low testosterone is associated with disability in men with multiple sclerosis. *Mult Scler Houndmills Basingstoke Engl*. oct 2014;20(12):1584-92.
23. Amore M. Partial androgen deficiency and neuropsychiatric symptoms in aging men. *J Endocrinol Invest*. 2005;28(11 Suppl Proceedings):49-54.
24. Westley CJ, Amdur RL, Irwig MS. High Rates of Depression and Depressive Symptoms among Men Referred for Borderline Testosterone Levels. *J Sex Med*. août 2015;12(8):1753-60.
25. Smith JB, Rosen J, Colbert A. Low Serum Testosterone in Outpatient Psychiatry Clinics: Addressing Challenges to the Screening and Treatment of Hypogonadism. *Sex Med Rev*. 2018;6(1):69-76.
26. Khera M. Patients with testosterone deficit syndrome and depression. *Arch Esp Urol*. sept 2013;66(7):729-36.
27. Khera M. Male hormones and men's quality of life. *Curr Opin Urol*. mars 2016;26(2):152-7.
28. Vartolomei MD, Kimura S, Vartolomei L, Shariat SF. Systematic Review of the Impact of Testosterone Replacement Therapy on Depression in Patients with Late-onset Testosterone Deficiency. *Eur Urol Focus*. 15 janv 2020;6(1):170-7.
29. Spetz A-CE, Palmefors L, Skobe RSP, Strömstedt MT, Fredriksson MG, Theodorsson E, et al. Testosterone correlated to symptoms of partial androgen deficiency in aging men (PADAM) in an elderly Swedish population. *Menopause N Y N*. déc 2007;14(6):999-1005.
30. Patel P, Shiff B, Kohn TP, Ramasamy R. Impaired sleep is associated with low testosterone in US adult males: results from the National Health and Nutrition Examination Survey. *World J Urol*. juill 2019;37(7):1449-53.
31. Luboshitzky R, Lavi S, Lavie P. The Association Between Melatonin and Sleep Stages in Normal Adults and Hypogonadal Men. *Sleep*. oct 1999;22(7):867-74.
32. Lv W, Du N, Liu Y, Fan X, Wang Y, Jia X, et al. Low Testosterone Level and Risk of Alzheimer's Disease in the Elderly Men: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Mol Neurobiol*. mai 2016;53(4):2679-84.

33. Antonio L, Wu FCW, O'Neill TW, Pye SR, Carter EL, Finn JD, et al. Associations Between Sex Steroids and the Development of Metabolic Syndrome: A Longitudinal Study in European Men. *J Clin Endocrinol Metab.* avr 2015;100(4):1396-404.
34. Blouin K, Després J-P, Couillard C, Tremblay A, Prud'homme D, Bouchard C, et al. Contribution of age and declining androgen levels to features of the metabolic syndrome in men. *Metabolism.* août 2005;54(8):1034-40.
35. Colangelo LA, Ouyang P, Liu K, Kopp P, Golden SH, Dobs AS, et al. Association of Endogenous Sex Hormones With Diabetes and Impaired Fasting Glucose in Men: Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *Diabetes Care.* 1 juin 2009;32(6):1049-51.
36. Mårin P, Holmtäng S, Gustafsson C, Jönsson Lars, Kvist Henry, Elander A, et al. Androgen Treatment of Abdominally Obese Men. *Obes Res.* juill 1993;1(4):245-51.
37. Snyder PJ, Peachey H, Hannoush P, Berlin JA, Loh L, Lenrow DA, et al. Effect of Testosterone Treatment on Body Composition and Muscle Strength in Men Over 65 Years of Age. *1999;84(8):7.*
38. Srinivas-Shankar U, Roberts SA, Connolly MJ, O'Connell MDL, Adams JE, Oldham JA, et al. Effects of Testosterone on Muscle Strength, Physical Function, Body Composition, and Quality of Life in Intermediate-Frail and Frail Elderly Men: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Study. *J Clin Endocrinol Metab.* févr 2010;95(2):639-50.
39. Sansone A, Romanelli F, Sansone M, Lenzi A, Di Luigi L. Gynecomastia and hormones. *Endocrine.* janv 2017;55(1):37-44.
40. Pexman-Fieth C, Behre HM, Morales A, Kan-Dobrosky N, Miller MG. A 6-month observational study of energy, sexual desire, and body proportions in hypogonadal men treated with a testosterone 1% gel. *Aging Male.* mars 2014;17(1):1-11.
41. Morley JE, Perry HM. Androgen treatment of male hypogonadism in older males. *J Steroid Biochem Mol Biol.* juin 2003;85(2-5):367-73.
42. Cheetham TC, An J, Jacobsen SJ, Niu F, Sidney S, Quesenberry CP, et al. Association of Testosterone Replacement With Cardiovascular Outcomes Among Men With Androgen Deficiency. *JAMA Intern Med.* 1 avr 2017;177(4):491.
43. Vigen R. Association of Testosterone Therapy With Mortality, Myocardial Infarction, and Stroke in Men With Low Testosterone Levels. *JAMA.* 6 nov 2013;310(17):1829.
44. Haider A, Yassin A, Doros G, Saad F. Effects of Long-Term Testosterone Therapy on Patients with "Diabetes": Results of Observational Studies of Pooled Analyses in Obese Hypogonadal Men with Type 2 Diabetes. *Int J Endocrinol.* 2014;2014:1-15.
45. Vartolomei MD, Kimura S, Vartolomei L, Shariat SF. Systematic Review of the Impact of Testosterone Replacement Therapy on Depression in Patients with Late-onset Testosterone Deficiency. *Eur Urol Focus.* 15 janv 2020;6(1):170-7.
46. Snyder PJ, Peachey H, Hannoush P, Berlin JA, Loh L, Holmes JH, et al. Effect of Testosterone Treatment on Bone Mineral Density in Men Over 65 Years of Age. *1999;84(6):7.*

47. Snyder PJ, Kopperdahl DL, Stephens-Shields AJ, Ellenberg SS, Cauley JA, Ensrud KE, et al. Effect of Testosterone Treatment on Volumetric Bone Density and Strength in Older Men With Low Testosterone: A Controlled Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 1 avr 2017;177(4):471.
48. Kenny AM, Kleppinger A, Annis K, Rathier M, Browner B, Judge JO, et al. Effects of Transdermal Testosterone on Bone and Muscle in Older Men with Low Bioavailable Testosterone Levels, Low Bone Mass, and Physical Frailty: TESTOSTERONE EFFECTS ON BONE AND FRAILITY. *J Am Geriatr Soc.* juin 2010;58(6):1134-43.
49. Roy CN, Snyder PJ, Stephens-Shields AJ, Artz AS, Bhasin S, Cohen HJ, et al. Association of Testosterone Levels With Anemia in Older Men: A Controlled Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 1 avr 2017;177(4):480.
50. Sih R, Morley JE, Kaiser FE, Iii HMP, Patrick P, Ross C. Testosterone Replacement in Older Hypogonadal Men: A 12-Month Randomized Controlled Trial. 1997;82(6):7.
51. Morley JE, Charlton E, Patrick P, Kaiser FE, Cadeau P, McCready D, et al. Validation of a screening questionnaire for androgen deficiency in aging males. *Metabolism.* sept 2000;49(9):1239-42.
52. Mohamed O, Freundlich RE, Dakik HK, Grober ED, Najari B, Lipshultz LI, et al. The quantitative ADAM questionnaire: a new tool in quantifying the severity of hypogonadism. *Int J Impot Res.* févr 2010;22(1):20-4.
53. SFEndocrino [Internet]. [cité 22 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.sfendocrino.org/article/811/poly2016-item-120-ndash-ue-5-menopause-et-andropause>
54. Morgentaler A, Traish A, Hackett G, Jones TH, Ramasamy R. Diagnosis and Treatment of Testosterone Deficiency: Updated Recommendations From the Lisbon 2018 International Consultation for Sexual Medicine. *Sex Med Rev.* 2019;7(4):636-49.
55. Hanske J, Von Landenberg N, Gild P, Cole A, Jiang W, Lipsitz S, et al. Adverse effects of testosterone replacement therapy for men, a matched cohort study. *Eur Urol Suppl.* mars 2017;16(3):e448-50.
56. Debruyne FMJ, Behre HM, Roehrborn CG, Maggi M, Wu FCW, Schröder FH, et al. Testosterone treatment is not associated with increased risk of prostate cancer or worsening of lower urinary tract symptoms: prostate health outcomes in the Registry of Hypogonadism in Men. *BJU Int.* févr 2017;119(2):216-24.
57. Fode M, Salonia A, Minhas S, Burnett AL, Shindel AW. Late-onset Hypogonadism and Testosterone Therapy - A Summary of Guidelines from the American Urological Association and the European Association of Urology. *Eur Urol Focus.* juill 2019;5(4):539-44.
58. Bhasin S, Cunningham GR, Hayes FJ, Matsumoto AM, Snyder PJ, Swerdloff RS, et al. Testosterone Therapy in Men with Androgen Deficiency Syndromes: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* juin 2010;95(6):2536-59.
59. Recommandations pour la prise en charge du déficit androgénique lié à l'âge | Urofrance [Internet]. [cité 22 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.urofrance.org/base-bibliographique/recommandations-pour-la-prise-en-charge-du-deficit-androgenique-lie-lage>

ANNEXES

ANNEXE I : Recueil de consentement

A	Le
<p>Je, soussigné(e), certifie donner mon accord pour participer à la thèse de Mme FILIPPINI Cécilia, en tant que personne interviewé(e). Cette thèse ayant pour but d'étudier le déficit androgénique liée à l'âge en médecine ambulatoire.</p>	
<p>Nom du participant :</p>	

ANNEXE II : Extrait d'un entretien

CF : « Alors première question : comment abordez-vous la question du DALA en consultation avec vos patients ? »

M12 : « Euh... comment je l'aborde ou qui l'aborde ? »

CF : « Les deux en fait qui l'aborde, est-ce que c'est vous ? Est-ce que c'est le patient ? Et comment vous vous y prenez pour introduire le thème ? »

M12 : « En fait ça dépend des symptômes. Un patient qui vient pour un problème juste de prostate et qui ne mentionne rien du tout en général, c'est rare qu'il pose la question à moins que l'on ne voit qu'il tourne un petit peu autour du pot »

CF : « D'accord »

M12 : « Et qu'on voit un petit peu qu'il y a ça. Et sinon oui, des fois en fait sinon on peut dire : et alors comment ça va ? Sinon sur la vie sexuelle est-ce tout va bien... ? Mais la plupart du temps c'est plutôt une réaction et pas forcément une verbalisation du problème. Mais ça peut être grossièrement juste une sensation, on va dire, de médecin qui nous pousse à ça... il y a ça... et puis il y d'autres... ça c'est par rapport quand il y a une question sexuelle et quand c'est une question plutôt de fatigue ou bien de sentiment de prise de poids... un peu quand le patient dit : je me sens raplapla je n'ai plus la même veine qu'avant, donc là en fait on s'oriente de ce côté-là .Et puis on demande également pour la libido comment ça va et le reste hein... on s'oriente plutôt à la recherche du DALA »

CF : « D'accord. Quelle est votre attitude diagnostique lorsque vous êtes confronté à ce cas-là ? »

M12 : « Alors... OK... clinique ce n'est pas particulièrement l'examen, c'est essentiellement l'interrogatoire et le ressenti de patient en détail, que ce soit en rapport avec la libido, la prise de poids, une sorte de baisse de moral en général et puis de fatigue. Quand j'ai ces symptômes-là, ou partiellement ou complètement, je demande toujours le PSA la testostéronémie biodisponible... En général je préfère toujours demander la prolactine, le FSH, LH par prudence pour vérifier que tout est normal. Je me base que sur la testostéronémie biodisponible essentiellement pour définir s'il y a un DALA. Ceci-dit, il y a des fois en fait on n'est quand même pas très loin de la limite inférieure, on est quand-même dans la normalité ça ne veut pas dire qu'il n'y a pas vraiment de déficit androgénique, et dans ce cas, on pourrait éventuellement traiter la personne »

CF : « Très bien »

M12 : « Même si l'on reste dans les normes entre guillemet, s'il y a les symptômes voilà »

CF : « Merci pour toutes vos réponses. Une fois votre diagnostic posé, quelle est votre attitude thérapeutique ? »

M12 : « Une fois que j'ai vérifié en fait l'absence de risque ou de doute sur un cancer de la prostate »

CF : « Hum hum »

M12 : « Je m'oriente facilement vers la supplémentation de testostérone. Si vous voulez rentrer dans le détail un peu ? »

CF : « Oui avec plaisir. Quelle voie privilégiez-vous, et quelle spécialité en règle générale ? »

M12 : « On a plusieurs »

CF : « Quelle voie vous privilégiez ? Vous ? »

M12 : « Les inject'... l'idéal d'après mon expérience sont les injections de ~~libido~~ **NEBIDO®** une fois tous les 3 mois qui permettent une stabilité très... euh... très satisfaisante et euh... et sans le côté pic »

CF : « Hum hum »

M12 : « Que peut provoquer les injections toutes les 3 semaines »

CF : « L'ANDROTARDYL® oui »

M12 : « Et beaucoup moins de contraintes que les... les patchs ou les gels... maintenant on a un problème de remboursement que ce soit pour les patchs, les gels ou pour les NEBIDO® et il y a beaucoup de patients qui disent : « ah non non c'est pas remboursé, ça coûte cher, ça coûte 180€ pour 3 mois » donc voilà... du coup on reste sur l'autre mais le problème c'est que l'ANDROTARDYL® fait des pics et euh... donc c'est pas vraiment le... le produit idéal pourtant malheureusement c'est le seul qui est remboursé »

CF : « D'accord entendu... est-ce que... quelle est votre surveillance euh... thérapeutique ? Pour un patient supplémenté, euh... dans vos visites de suivi, quelle euh... quelle surveillance vous exercez ? »

M12 : « En général en fait je leur donne rendez-vous 6 ~~semaines~~ **mois** après, donc après 2 injections au moins avec une... une euh... une euh... une prise de sang à nouveau pour voir déjà s'il y a une amélioration euh... biologique et surtout pour voir s'il y a une amélioration clinique mais il faut au minimum je pense 6 mois »

CF : « D'accord »

M12 : « Des fois en fait ça peut aller jusqu'à 6 ou 9 mois pour voir si vraiment ça a apporté une amélioration euh... au quotidien, pour savoir vraiment si... surtout quand on a un dosage qui n'est pas ... un peu limite mais pas vraiment de déficit très clair, je préfère ne pas passer à côté d'autre chose donc des fois si il y a une cause à éliminer ne pas hésiter non plus à l'orienter vers le médecin traitant à la recherche d'autres causes de fatigue ou de... ou peut-être des causes psychologiques, un problème dépressif etc. »

CF : « D'accord... et pour le PSA on reste sur une surveillance... euh... le... le dépistage annuel »

M12 : « Tous les 3 mois »

CF : « Tous les 3 mois ? D'accord »

M12 : « Non, non je fais tous les 3 mois... en fait parce que euh... à moins... en fait c'est très... c'est très personnel, ça veut dire que... Ça dépend de l'âge du patient si... s'il a 75 ans ce n'est pas pareil que s'il a 60 ans euh... je vais beaucoup plus m'inquiéter s'il a 60 ans... ça dépend

de... du PSA de base que j'avais, de l'évolution euh... ça peu... mais en général je préfère le faire au moins 2 fois par an »

CF : « D'accord entendu et ensuite... ultime question: est-ce que vous seriez intéressé si on vous proposait une journée de FMC sur ce thème avec des médecins généralistes, des endocrinologues, quelque chose d'un peu pluridisciplinaire ?

M12 : « Ouais grave »

CF : « Ok »

M12 : « Ne mettez pas grave mais...[RIRES] »

ANNEXE III : Questionnaire ADAM

- 1- Éprouvez-vous une baisse du désir sexuel ?**
- 2- Éprouvez-vous une baisse d'énergie ?**
- 3- Éprouvez-vous une diminution de force et/ou d'endurance ?**
- 4- Votre taille a-t-elle diminué ?**
- 5- Avez-vous noté une diminution de votre joie de vivre ?**
- 6- Êtes-vous triste et/ou maussade ?**
- 7- Vos érections sont-elles moins fortes ?**
- 8- Avez-vous noté une altération récente de vos capacités ?**
- 9- Vous endormez-vous après le dîner ?**
- 10- Votre rendement professionnel s'est-il réduit ?**

Résultats :

- Un score égal ou supérieur à 3 évoque un déficit en testostérone**
- Une réponse positive aux questions 1 et/ou 7 évoque un déficit en testostérone**

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

RESUME

Introduction : Environ dix pour cent des hommes de plus de 50 ans présenteraient des symptômes pouvant être attribués au déficit androgénique lié à l'âge (DALA). Sa clinique est riche et de nombreuses situations cliniques peuvent interférer avec l'activité androgénique rendant la démarche diagnostique du praticien ardue. Dans cette étude, nous nous sommes intéressés au parcours de soin en médecine libérale d'un patient pouvant présenter un DALA, du diagnostic à la prise en charge par les médecins généralistes, urologues et endocrinologues des Alpes-Maritimes.

Méthode : Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens semi-directif de médecins généralistes, urologues et endocrinologues libéraux des Alpes-Maritimes suivie d'une analyse par théorisation ancrée. Un double codage et une analyse menée par deux chercheurs à l'aide du logiciel Nvivo11® ont permis de consolider la validité de l'étude.

Résultats : Notre étude a mis en évidence des difficultés diagnostiques liées d'une part aux connaissances partielles de certains participants entretenant une juxtaposition avec la ménopause ainsi qu'avec la dysfonction érectile, et d'autre part à une clinique vaste se superposant avec un tableau de vieillissement physiologique. Par ailleurs, il s'agissait d'une thématique de consultation faisant l'objet de très peu de demandes de patients, et peu fréquemment abordée par le praticien lui-même par pudeur. La mise en place du traitement présentait également certains freins liés à la méfiance vis-à-vis des traitements hormonaux, à la galénique de ces derniers ainsi qu'à son remboursement limité à la seule forme injectable. La très grande majorité des participants étaient favorables à une formation dédiée.

Discussion : Compte tenu du vieillissement des populations et des implications désormais évidentes du déficit androgénique avec la survenue de nombre de pathologies chroniques, son dépistage et sa prise en charge apparaissent comme un enjeu de santé publique. La difficulté diagnostique pourrait être surmontée grâce à l'usage de questionnaire cliniques déjà existants et validés, réalisable par les infirmiers de pratiques avancés.

Mots clés : DALA, médecine ambulatoire, freins, théorisation ancrée