



AVERTISSEMENT

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

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

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

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

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

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Cyrielle KOKEL

Le 05 décembre 2011

PLACE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LA PRISE EN CHARGE

DES DIFFICULTES SEXUELLES MASCULINES

Examineurs de la thèse :

M. Jacques HUBERT	Professeur	Président	
M. Jean-Pierre KAHN	Professeur		Juge
M. Marc KLEIN	Professeur		Juge
M. Alain AUBREGE	Professeur	Directeur de thèse	Juge
M. Cyril TARQUINIO	Professeur		Juge

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ,, NANCY 1
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE
Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen « Pédagogie » : Professeur Karine ANGIOI
Vice Doyen *Mission « sillon lorrain »* : Professeur Annick BARBAUD
Vice Doyen *Mission « Campus »* : Professeur Marie-Christine BÉNÉ
Vice Doyen *Mission « Finances »* : Professeur Marc BRAUN
Vice Doyen *Mission « Recherche »* : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseurs :

- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bruno CHENUÉL
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	M. Christophe NÉMOS
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	
« <i>DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques</i> »	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
« <i>DES Spécialité Médecine Générale</i> »	Professeur Francis RAPHAËL
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Commission de Prospective :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY – Patrick BOISSEL
Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT
Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET – Robert FRISCH
Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ
Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT – Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE
Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE
Pierre LEDERLIN Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ – Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU
Denise MONERET-VAUTRIN – Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN
Gilbert PERCEBOIS Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL
Jean PREVOT - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER
Daniel SCHMITT - Michel SCHWEITZER – Claude SIMON - Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET – Jean-François STOLTZ-
Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT - Paul VERT
Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeur Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIÉWSKI

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Thomas LECOMTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence*)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT – Professeur Thomas FUCHS-BUDER

2^{ème} sous-section : (*Réanimation médicale ; médecine d'urgence*)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie*)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE – Professeur Luc TAILLANDIER

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD
Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL
Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY
Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur P. MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER
Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE
3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteur Aude BRESSENOT

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD – Docteur Hélène JEULIN

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteur Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Nicolas JAY
47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique))

Docteur Lina BOLOTINE
3^{ème} sous-section : (Immunologie)
Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT
4^{ème} sous-section : (Génétique)
Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)
Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE
1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)
Docteur Anne-Christine RAT
3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)
Docteur Anne-Claire BURSZEJN

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE
1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)
Docteur Laure JOLY

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
3^{ème} sous-section :
Docteur Olivier MOREL
5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)
Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Docteur Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE
Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA
Madame Nathalie MERCIER

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

PROFESSEURS ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Francis RAPHAEL

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Jean-Louis ADAM

Docteur Paolo DI PATRIZIO

Docteur Sophie SIEGRIST

Docteur Arnaud MASSON

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY – Professeur Patrick BOISSEL

Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ – Professeur Simone GILGENKRANTZ

Professeur Michèle KESSLER - Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Pierre MONIN (*à c. 1.12.2011*) - Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL – Professeur Jean-François STOLTZ

Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Colette VIDAILHET

Professeur Michel VIDAILHET

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)

Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbit University, Nashville (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvannie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996) *Research
Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (Japon)*

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de formation et de perfectionnement
des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-
Ville(VIETNAM)*

Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute Of Technology, Atlanta (U.S.A)

A Mr le Professeur Jacques HUBERT, président de jury

Vous nous faites le très grand honneur de présider cette thèse. Nous vous remercions de votre intérêt pour ce sujet.

Veillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.

A mes juges :

Mr le Professeur Jean-Pierre KAHN, professeur en psychiatrie.

Vous nous faites le très grand honneur de bien vouloir accepter de juger cette thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de notre haute considération et de notre profond respect.

Mr le Professeur Marc KLEIN, professeur en endocrinologie et maladies métaboliques.

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de notre profond respect et de notre sincère reconnaissance.

Mr le Professeur Alain AUBREGE, professeur honoraire en médecine générale, juge et directeur de thèse.

Votre adhésion à notre sujet a permis de démarrer la réalisation de ce travail. Nous vous remercions pour vos conseils avisés et pour le temps que vous nous avez accordé.

Veuillez trouver ici l'expression de notre gratitude et de notre profond respect.

Mr le Professeur Cyril TARQUINIO, professeur en psychologie.

Pour m'avoir épaulée dans la préparation et dans la réalisation de ce travail. Pour votre constante disponibilité et votre accueil chaleureux. Veuillez trouver ici l'expression de notre sincère gratitude et de notre profond respect.

A toutes les personnes qui ont participé à la réalisation de notre travail.

Aux médecins généralistes ayant accepté de répondre à nos entretiens.

Au centre de médecine préventive de Nancy ayant accepté de nous laisser réaliser les entretiens auprès de leurs patients.

Au centre d'examen de santé et de médecine préventive de Metz et surtout à Mme Millot qui a accepté de me recevoir et de me consacrer du temps.

Aux patients qui ont accepté de répondre aux entretiens.

A ma grand-mère, partie bien trop vite.

A mon mari, merci d'avoir supporté mon irritabilité, mon stress et mon manque de disponibilité. Ta présence à mes côtés a été d'une grande aide.

A ma filleule, mon rayon de soleil que j'aime beaucoup et dont je suis si fière.

A ma famille, mes amis et mes collègues qui m'ont soutenu tout au long de ce travail.

SERMENT

"Au moment d'être admise 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque".

Table des matières.

<u>Ière partie</u>	p15
Introduction	p.16
I. Petit tour d’horizon historique de la sexualité masculine.	p.17
1. Evolution des représentations de la sexualité masculine.	
2. Historique de la sexologie.	
3. Médicalisation de la sexualité masculine.	
II. Rappels d’anatomie et physiologie.	p20
1. Rappels d’anatomie.	
2. Rappels de physiologie.	
III. Les dysfonctions sexuelles.	p.24
1. Sexualité « normale » ?	
* La « normalité légale ».	
* La « normalité morale ».	
* La « normalité statistique ».	
* La « normalité psychologique ».	
* La « normalité sexuelle du couple ».	
2. Epidémiologie.	
3. Classification des dysfonctions sexuelles.	
* Troubles du désir sexuel.	
* Troubles de l’excitation sexuelle.	
* Troubles de l’orgasme.	
* Troubles sexuels avec douleur.	
* Dysfonctions sexuelles secondaires à une pathologie médicale générale.	
* Dysfonctions sexuelles secondaires à une prise de toxiques.	
IV. Différentes études sur la sexualité masculine.	p.28
1. Enquête SOFRES 1994 « Epidemiologic study of erectile dysfunction in France. XIIth congress of the European Association of Urology ».	
2. Etude de Baldwin et coll 2000.	
3. Etude de Jonler et coll. 1995.	
4. Enquête française de l’ADIRS.	
5. Etude anglaise de Humphery.	
V. Prise en charge sexologique au cabinet.	p.32
1. Interrogatoire.	
2. Guide pour l’orientation diagnostique.	
* Recherche d’une étiologie organique.	
* Recherche d’une étiologie iatrogène.	
* Recherche d’une étiologie psychologique.	
3. Traitements.	
* Soutien psychologique.	
* Prise en charge étiologique.	
* Traitements médicamenteux per os.	
* Traitements locaux.	
* Traitements chirurgicaux.	

4. Synthèse concernant la prise en charge sexologique selon l'AIHUS (31/08/2005 réactualisée en 2010).

<u>2^{ème} partie.</u>	p.45
I. Présentation de l'enquête côté médecins généralistes.	p.46
II. Matériel et Méthode.	p.46
1. Population cible	
2. Entretiens avec les médecins généralistes.	
a. choix des médecins généralistes et prise de contact.	
b. réalisation des entretiens.	
c. méthode d'analyse des entretiens.	
III. Résultats.	p.48
IV. Discussion.	p.68
<u>3^{ème} partie.</u>	p.74
I. Présentation de l'enquête côté patients.	p.75
II. Matériel et Méthode.	p.76
1. Population cible.	
2. Entretiens avec les patients.	
a. choix des patients.	
b. réalisation des entretiens.	
c. méthode d'analyse des entretiens.	
III. Résultats.	p.78
IV. Discussion.	p.90
<u>4^{ème} partie.</u>	p.95
Discussion générale.	p.96
<u>Conclusion.</u>	p.102
<u>Bibliographie.</u>	p.103
<u>Annexes.</u>	p.106

1 ère partie

Introduction.

Nous assistons actuellement à une médiatisation des dysfonctions sexuelles avec, notamment, la diffusion d'une campagne de prévention télévisée conseillant de consulter son médecin en cas de trouble. Mais qu'en est-il en pratique ? Les médecins se sentent-ils concernés par ce sujet ? Les patients souhaitent-ils en parler à leur médecin ? Qu'en est-il de la connaissance des médecins dans ce domaine ? Qu'attendent les patients d'une telle consultation ?

On peut retrouver des descriptions médicales de la dysfonction érectile datant de près de 4000 ans dans les papyrus de Kahun. Il semblerait donc que la médecine se soit intéressée depuis longtemps à cette pathologie. Toutefois, les études permettant d'établir une prévalence de la dysfonction érectile sont assez récentes et la majorité des études sur celle-ci sélectionne une population particulière (diabétiques, paraplégiques, prostatectomisés, ...). D'autre part, les difficultés sexuelles ne comprennent pas que les dysfonctions érectiles mais les autres troubles de la sexualité ne font l'objet que de très rares études.

La mise sur le marché des inhibiteurs des phosphodiésterases de type 5 (IPDE-5) et leur médiatisation a permis de relancer la conversation en offrant une solution simple et efficace. La sexualité semble un sujet banalisé par les médias. La population est bombardée d'images sur une sexualité libre, sans tabou et souvent sans retenue. Mais qu'en est-il en pratique ? Les hommes ont-ils réellement intégré cette évolution ou considèrent-ils toujours le sujet comme tabou ? En parlent-ils librement entre eux ? Avec leur médecin ?

L'apparition d'une difficulté sexuelle a bien souvent des conséquences négatives sur le bien-être de l'homme qui en souffre et serait un indicateur de risque cardiovasculaire. Les dernières études mettent en évidence la contradiction entre la volonté des patients de parler de leurs difficultés à leur médecin et le faible pourcentage de ceux qui ont réellement réussi à aborder le sujet. Elles insistent sur l'importance du rôle du médecin pour faciliter la confiance et sur le bénéfice apporté s'il questionne ses patients sur l'apparition d'éventuelles difficultés sexuelles.

Nous avons donc réalisé une étude composée de deux enquêtes, une auprès de médecins généralistes et l'autre auprès de patients afin de faire l'état des lieux des pratiques actuelles dans la population générale. A l'aide d'entretiens semi-directifs à directifs, nous avons cherché à savoir si les patients attendent plus d'initiatives de la part de leur médecin dans ce domaine.

Nous avons également posé des questions concernant la formation des médecins, la gêne ressentie par les patients comme les médecins, l'attente des patients dans ce domaine, l'impact de la médicalisation de la sexualité sur la vie de couple...

Avant d'aborder les résultats de ces enquêtes, nous avons trouvé intéressant de se replonger dans l'histoire de la sexologie et de faire un rappel sur l'anatomie et la physiologie de l'érection. Nous avons ensuite réfléchi sur ce que pourrait être une « sexualité normale » avant de détailler les différentes dysfonctions sexuelles. Après avoir présenté quelques études importantes dans ce domaine, nous avons exposé les recommandations concernant la prise en charge sexologique au cabinet de médecine générale.

Puis nous présenterons notre étude côté médecins et les apports de celle-ci avant de se pencher sur celle côté patients.

Enfin nous confronterons les résultats de ces deux enquêtes au cours d'une discussion.

I. Petit tour d'horizon historique de la sexualité masculine.

1. Evolution des représentations de la sexualité masculine.

La sexualité a toujours existé. Toutefois, elle n'a pas toujours eu la même signification et des changements importants s'effectuent tout au long des siècles. En effet, la sexualité reflète l'expression de l'histoire et de la culture.

En se penchant sur des dessins préhistoriques, on s'aperçoit qu'il faut attendre le deuxième tiers de l'ère préhistorique pour voir des représentations de coït. Cette rareté ne témoigne pas d'un manque d'intérêt pour l'acte sexuel. On sait en effet que les scènes vraies sont rares dans l'art pariétal (rareté des scènes de chasse). Toutefois, au paléolithique (ère débutant il y a 3 millions d'année et se terminant il y a 10 000 à 12 000 ans), la fréquence des représentations de l'érection est frappante. La première représentation se trouve dans la grotte de Lascaux avec un homme en érection terrassé par un bison en 17000 avant J-C (2).

Après la fin du paléolithique, l'érection n'est jamais plus représentée avec une telle fréquence. On ne saurait nier qu'il s'agit là d'une manière d'affirmer le caractère masculin d'une figure.

Il semble qu'à cette époque, les hommes n'ont aucune conscience de leur rôle dans la reproduction. L'étude des représentations graphiques retrouve une grande fréquence des zones érogènes sans caractère reproductif. Ceci semble orienter la sexualité dans une fonction de plaisir et non de reproduction.

Les premiers écrits parlant de la fonction sexuelle, normale et pathologique, sont retrouvés en Egypte avec notamment les papyrus médicaux de Kahun, un des plus anciens traités de médecine connu, il y a près de 4000 ans et le papyrus d'Ebers en 1550 avant J-C.

L'homosexualité semble fréquente dans l'antiquité. On retrouve ainsi des représentations telles que des échanges de baisers entre hommes peintes sur des amphores.

La médecine grecque s'intéresse également à la physiologie de la sexualité et à ces dysfonctions. Hippocrate, entre autre, (4^{ème}-5^{ème} siècle avant J-C) décrit des cas d'impuissance sexuelle.

Puis vient le moyen âge et le christianisme. Cette religion va progressivement établir les règles à respecter en matière de sexualité. L'homosexualité devient alors considérée comme une maladie et une perversion. L'acte sexuel ne doit avoir pour but que la procréation et les relations extra conjugales comme les rapports sexuels ayant le plaisir pour seul objectif deviennent interdits.

Le comportement sexuel intéresse également les philosophes et les médecins du Moyen Age tel qu'Avicenne en Asie Centrale (2).

Après le Moyen Âge ascétique et mystique, la Renaissance est le temps de l'exaltation de la nature et du corps humain. L'Homme s'éloigne des « lois divines ». La Renaissance est une période de culte du corps humain et la sexualité y est synonyme de vie et de plaisir. Elle inspire de nombreux auteurs.

Du côté des pratiques sexuelles du XVI^{ème} au XIX^{ème} siècle, on retrouve l'importance des relations sexuelles dans le but de la reproduction. Toutefois, les jeunes hommes non mariés ont besoin d'exutoires. Des pratiques sexuelles non fécondantes sont alors utilisées (coït interrompu, masturbations...). Jusqu'au 18^{ème} siècle, la masturbation semble être l'activité sexuelle la plus répandue. Puis, au début de ce siècle, en Angleterre, elle est brusquement culpabilisée par les médecins pensant que cette pratique est extrêmement dangereuse pour la

santé : elle ferait perdre du « flux vital ». Cela provoque un très fort sentiment de culpabilité chez les hommes qui, bien entendu, continuent à se masturber. Puis, à la fin du 19^{ème} siècle, tout aussi brusquement, et sans qu'on s'explique pourquoi, les médecins déclarent qu'en définitive la masturbation ne fait courir qu'un danger moral, mais n'est pas nocive pour l'organisme.

Certaines œuvres de Léonard de Vinci (1452-1519) représentent des croquis très précis sur la « physiologie de la copulation ». Il est le premier à affirmer l'origine vasculaire de l'érection. Puis les descriptions se succèdent avec notamment la description de l'anatomie de l'appareil génital masculin réalisée par André Vesal dans son livre « De humani corporis fabrica » publié à Bâle en 1543.

John Hunter s'intéresse plus aux troubles de la fonction sexuelle et est le premier à évoquer une origine psychologique dans certains cas d'impuissance dans son traité (« A Treatise on the Veneral Disease » publié en 1786).

Le XX^{ème} siècle voit arriver les premières tentatives de traitement des dysfonctions érectiles.

2. Historique de la sexologie.

Il existe différents écrits se rapprochant de la sexologie depuis l'antiquité.

Toutefois, on peut faire débiter la sexologie contemporaine avec Richard von Krafft-Ebing en 1886 et son ouvrage "Psychopathia sexualis : Étude médico-légale à l'usage des médecins et des juristes" dans lequel il décrit diverses conduites sexuelles déviantes. Ce livre est une des premières monographies de la sexualité et assure certainement les premiers fondements conceptuels sexologiques. Il envisage la sexualité dans ses aspects les plus divers, selon différentes disciplines telles physiologie, biologie, psychologie, ethnologie, psychiatrie, etc.

Puis vient le travail du berlinois Magnus Hirschfeld (1899-1923), médecin allemand, qui s'intéressa aux diverses pratiques sexuelles. En effet, il fut un des pères fondateurs des mouvements de libération homosexuelle et lutta contre la persécution des homosexuels en se référant au paragraphe 175. Il décrit la théorie des « inter-marches sexuelles » qui correspond à une échelle allant du « totalement hétérosexuel » au « totalement homosexuel » et englobant les homosexuels, intersexuels et transsexuels (ou personnes transgenres).

Ensuite, Freud va s'intéresser aux fondements de la sexualité, à sa naissance dans l'enfance et aux différentes évolutions possibles en fonction de la personnalité et de l'environnement. Il est le premier à élaborer la théorie d'une sexualité infantile. Il décrit la « libido » qui correspond pour lui à de l'énergie dans le cadre des pulsions sexuelles. Cette énergie serait essentiellement malléable et son refoulement serait à l'origine de troubles psychiques.

Les hypothèses de Freud sur la place de la sexualité et son devenir dans le développement de la personnalité sont regroupées dans son ouvrage « trois essais sur la théorie sexuelle » paru en 1905. Ces travaux restent actuellement encore une base importante en psychiatrie ou en psychologie.

Kinsey va marquer la sexologie moderne en l'abordant sous un angle sociologique. Kinsey et son équipe réalisent de vastes travaux d'études statistiques sur le comportement sexuel : *Sexual Behavior in the Human Male* (1948) et *Sexual Behavior in the Human Female* (1953). Ces publications ont permis une des premières descriptions exhaustives d'une sexualité insoupçonnée telle qu'adultère, masturbation, relations sexuelles avant mariage, homo ou bisexualité... Grâce à ces travaux, divers tabous et préjugés sont bousculés en montrant que

ce qui était considéré comme des « anomalies de la sexualité » sont, en réalité, des pratiques communes.

La notion de couple en sexologie va apparaître avec Masters et Johnson. William Masters débute ses recherches en sexologie en 1957 tandis que Virginia Johnson le rejoint peu après, initialement à titre d'assistante. D'après eux, chacun des partenaires peut jouer le rôle de « thérapeute auxiliaire » en fonction de l'histoire de chacun. Cet abord met fin à l'image traditionnelle d'homme actif et de femme passive en attribuant successivement un rôle actif ou passif selon les situations. Masters et Johnson sont les premiers à proposer une sexothérapie en se basant sur des principes cognitivo-comportementalistes. Un des points phares de leur thérapie est le *sensate focus* : retrouver le plaisir du toucher sensuel dans le couple, d'abord de façon non sexuelle.

La sexologie va ensuite se baser sur des stratégies thérapeutiques intégratives dans les années 1990. On peut ainsi citer Helen Singer Kaplan qui associe un travail analytique à une approche comportementale, ou Willy Pasini qui associe un travail analytique à une prise en charge corporelle ou encore Claire et Robert Gellman qui associent une psychothérapie analytique courte à une thérapie du couple à l'aide de technique de relaxation et de fantasmothérapie.

La sexologie française est, quant à elle, née en 1974 avec la création de la Société Française de Sexologie Clinique présidée à l'époque par Charles Gellman. Il est à l'origine de la « Gestalt thérapie » qui est une psychothérapie moderne intégrée visant à changer l'expérience plutôt qu'à chercher à comprendre l'origine du dysfonctionnement. La SexoGestalt a des applications thérapeutiques immédiates pour les dysfonctions sexuelles et les mésententes des couples. Gilbert Tordjman, Gérard Walles, Micel Meignant, Michel Simon, Georges Teboul, Ludwig Fineltain, Robert Gellman, Claire Gellman-Barroux entre autres rejoindront cette Société Française de Sexologie. Actuellement, une deuxième génération de sexologues assure la relève.

3. Médicalisation de la sexualité masculine.

La médecine s'est penchée sur les dysfonctions sexuelles dès le 4ème siècle. Récemment, les IPDE-5, dont le plus médiatisé est le VIAGRA® ont permis une réelle avancée dans la prise en charge de l'insuffisance érectile.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini la santé sexuelle dans les années 1972-1975 : « la santé sexuelle est l'intégration des aspects somatiques, affectifs, intellectuels et sociaux de l'être sexué, de façon à parvenir à un enrichissement et un épanouissement de la personnalité humaine, de la communication et de l'amour ». Cette définition a été complétée en 2002 : « La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et sociétal relié à la sexualité. Elle ne saurait être réduite à l'absence de maladies, de dysfonctions ou d'infirmités. » (35)

La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences plaisantes et sécuritaires, sans coercition, discrimination et violence.

L'OMS précise trois niveaux d'intervention en sexologie : l'information, le conseil et la thérapeutique.

Le Sildénafil (VIAGRA®) a eu une autorisation par la Food and Drug Administration américaine le 27 avril 98 et a reçu en France et plus largement en Europe une autorisation de mise sur le marché en mai 98. Il est disponible dans les officines depuis le 15 octobre 98.

Cette mise sur le marché s'est réalisée de façon très médiatique, ceci a permis de relancer les discussions sur le sujet de la sexualité. Toutefois comme l'a rappelé le Comité Consultatif National d'Ethique en 1999, la vie sexuelle ne se résume pas à un simple facteur physique mais à une interaction entre celui-ci et le mental. Pour être efficace et adapté à la demande du patient, la prise en charge médicale d'un trouble érectile ne peut se résumer uniquement à la rédaction d'une ordonnance(11).

Prendre en charge les dysfonctions érectiles pourrait avoir de nombreux bénéfices en médecine générale : l'amélioration de la fonction sexuelle améliore la qualité de vie des patients, l'apparition d'une dysfonction sexuelle permet le dépistage de pathologies cardiovasculaires, urologiques...

Les travaux de Roumeguère (40) montrent que la dysfonction érectile est souvent un symptôme sentinelle d'une coronaropathie. Il envisage le dépistage de l'athérosclérose en partant des difficultés sexuelles et non l'inverse!

Les différentes études déjà réalisées tendent à montrer que les hommes souffrants de dysfonctions sexuelles souhaitent en parler, par ordre décroissant, à leur médecin généraliste, à leur conjoint, à des médecins spécialistes, à des ami(e)s.

Toutefois, certains médecins généralistes semblent éviter le sujet : manque de formation, manque de temps, difficultés face à un sujet restant tabou, peur d'une intrusion dans la vie intime de leur patient,

Il nous semble donc important de refaire le point sur les demandes des patients et sur les pratiques des médecins dans ce domaine afin de permettre une bonne adéquation entre le médecin et son patient. De plus cela permettra d'aider les médecins face à ces consultations délicates : Quelles questions poser ? Quels bilans réaliser ? Quels conseils donner aux patients ? Quels traitements prescrire et comment ? Quand recommander un avis spécialisé ?

II. Rappels d'anatomie et de physiologie.

1. Rappels d'anatomie.

Le pénis est constitué de trois formations érectiles : les deux corps caverneux et le corps spongieux. Ces trois éléments sont entourés chacun d'une membrane fibreuse inextensible : l'albuginée.

Le corps spongieux entoure l'urètre qui est le canal d'évacuation de l'urine et du sperme.

Le gland correspond au prolongement distal du corps spongieux et il forme un renflement.

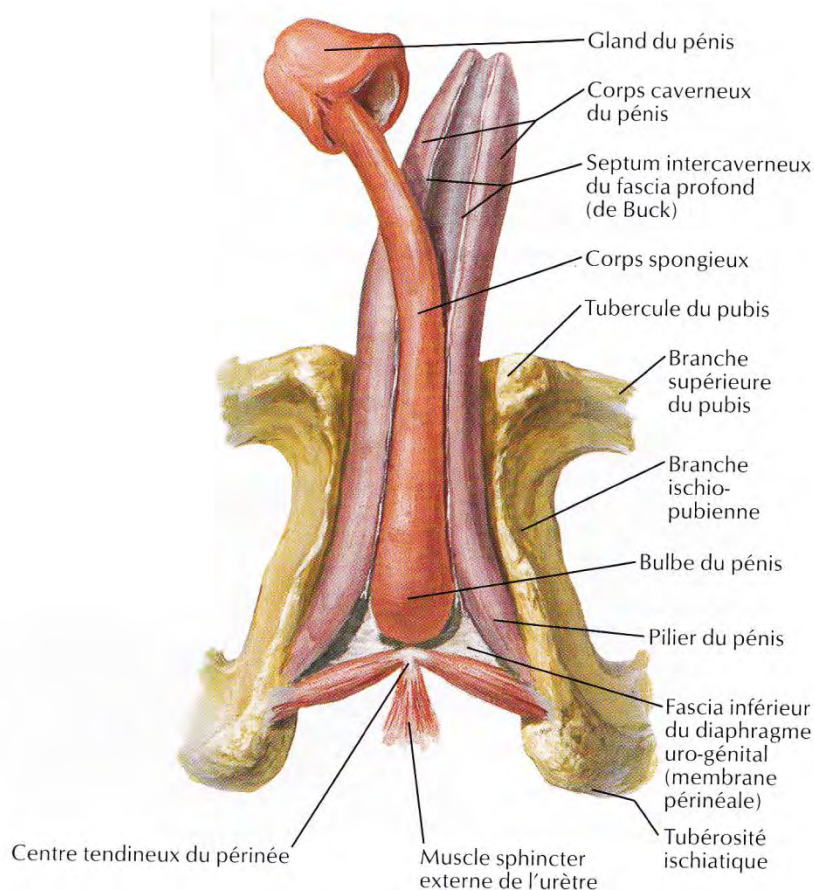


Figure n°1 : Anatomie du pénis (1)

Les corps caverneux sont constitués d'un tissu conjonctivo-musculaire organisé en travées délimitant de petites alvéoles tapissées de cellules endothéliales : les cavernes ou espaces sinusoïdes

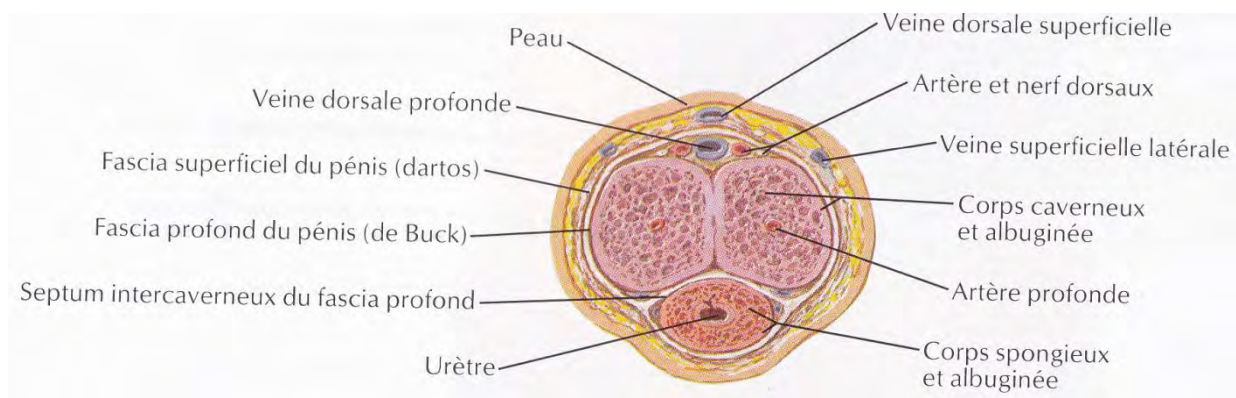
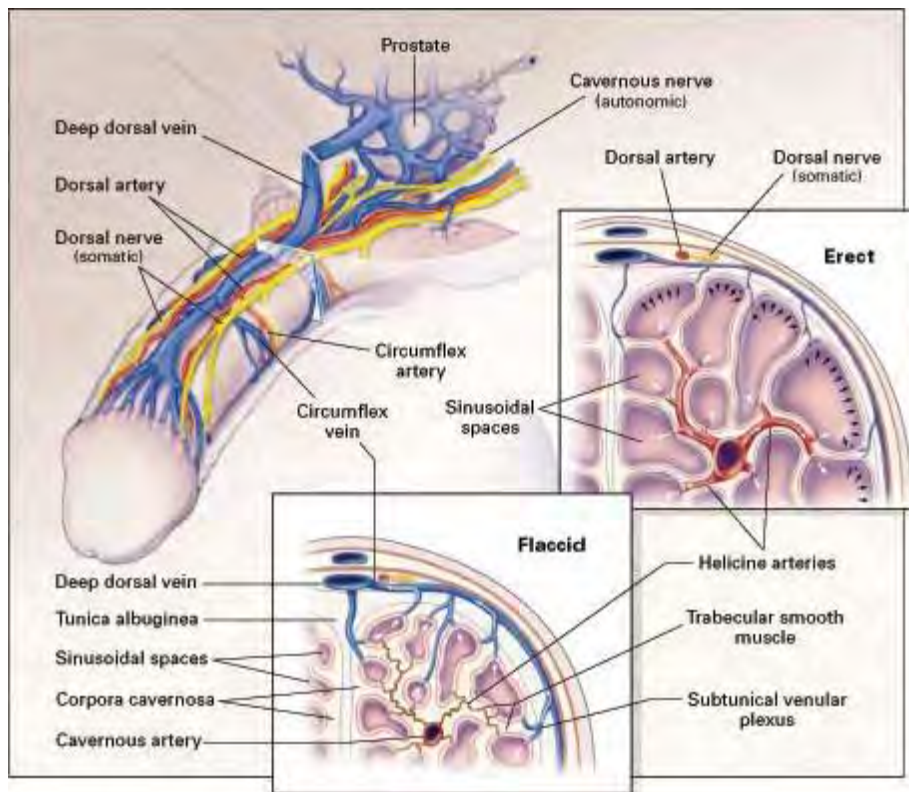


Figure n°2 : Coupe transversale du corps du pénis (1).

La vascularisation joue un rôle majeur dans la fonction érectile. Les artères proviennent des branches des artères iliaques, les artères honteuses. Chaque artère honteuse se subdivise en : artère dorsale du pénis, artère caverneuse, artère bulbo-urétrale et artère périnéale. Les artères caverneuses se divisent en artères hélicines pour vasculariser les corps caverneux.

Les sinus caverneux sont drainés par un réseau veineux profond (veine dorsale profonde du pénis) et un superficiel (veine dorsale superficielle du pénis).



Cavernous nerve : nerfs caverneux.

Tunica albuginea : albuginée.

Sinusoidal spaces : espaces sinusoides.

Helicine arteries : artères hélicines.

Corpora cavernosa : corps caverneux.

Figure n°3 : Anatomie du pénis (d'après Lue, New England Journal of Medicine, 2000). (45)

L'innervation provient en partie des racines orthosympathiques des ganglions paravertébraux T11 à L2 par le nerf hypogastrique. L'innervation para sympathique dépend du nerf pelvien, issu de S2, S3 et S4.

Enfin, il existe une innervation sympathique (sensitive et motrice) par le nerf pudendal issu de S2, S3 et S4.

Les muscles ischio et bulbo caverneux comme les sphincters sont innervés par la branche motrice du nerf pudendal. La peau du pénis et le gland sont, eux, innervés par le contingent sensitif du nerf pudendal, appelé nerf dorsal.

2. Rappels de physiologie.

La réalisation de l'acte sexuel nécessite une érection de qualité.

A l'état de flaccidité pénienne, les sinusoides sont normalement fermés en raison des cellules musculaires lisses qui les entourent et qui exercent un tonus permanent. Lors de l'érection, les cellules musculaires lisses pénienues se relâchent déclenchant ainsi l'ouverture de ces espaces sinusoides qui se gorgent de sang. L'afflux sanguin provenant des artères hélicines entraîne un gonflement du pénis ou tumescence. La tumescence pénienne est majorée grâce à la compression du réseau veineux situé sous l'albuginée et à l'augmentation de volume des espaces sinusoides provoquant l'arrêt du retour veineux et donc la rigidification de la verge. La contraction des muscles ischiocaverneux et bulbocaverneux augmente encore cette rigidité.

Le pénis est maintenu habituellement flaccide par un tonus sympathique inhibiteur. Celui-ci doit cesser pour permettre l'érection.

L'érection est donc un phénomène neuro-vasculaire actif. Elle implique la relaxation des fibres musculaires lisses des corps caverneux et un remplissage veineux des cavités sinusoïdes des corps caverneux. Pour cela, le lit artériel se dilate tandis que le retour veineux est bloqué. La commande nerveuse de l'érection est sous le contrôle du système nerveux parasympathique et de différents neuromédiateurs intra-caverneux tels l'oxyde nitrique.

Le NO (oxyde nitrique) est considéré comme le précurseur de la cascade de réactions permettant l'érection. Il est libéré par les cellules endothéliales des cavités sinusoïdes sous l'action du nerf caverneux. Il en découlera une série de réactions au niveau des fibres musculaires lisses aboutissant à la production de Guanosine MonoPhosphate Cyclique (GMPc). La GMPc permet la relaxation des fibres musculaires lisses nécessaire à l'engorgement des corps caverneux.

La destruction de la GMPc se fait sous l'action de la phosphodiesterase de type 5 (PDE 5).

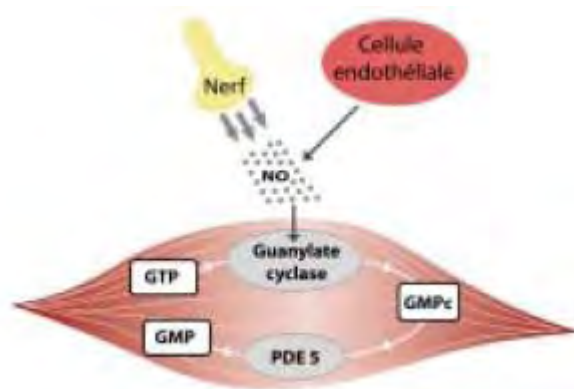


Figure n°4 : Neurochimie de l'érection (2)

L'éjaculation est quand à elle sous commande du système nerveux orthosympathique pour la première phase et dépend des nerfs somatiques pour la deuxième phase.

La détumescence pénienne est contrôlée par le système nerveux orthosympathique.

.

La relation sexuelle comprend 4 phases :

- *la phase d'excitation* avec l'apparition d'une tumescence pénienne puis l'érection. Ceci est secondaire au remplissage des cavités sinusoïdes des corps caverneux et provoque une extension de la taille du pénis (diamètre et longueur) limitée par la mise en tension de l'albuginée. La fréquence cardiaque et la tension artérielle augmentent durant cette phase.

- *la phase de plateau* durant laquelle l'érection reste stable, avec une rigidité maximum. On constate également l'apparition d'une lubrification intra urétrale pré-éjaculatoire. La fréquence cardiaque, respiratoire et la tension artérielle augmentent encore légèrement.

- *l'orgasme et l'éjaculation*, phase de plaisir intense. Sous l'influence du système nerveux orthosympathique les canaux déférents, les vésicules séminales et la prostate se contractent permettant l'émission du sperme. Puis, sous le contrôle du système nerveux somatique le sperme sera éjecté au travers de l'urètre antérieur. Le sujet perçoit alors des

contractions réflexes au niveau périnéal. La fréquence cardiaque, respiratoire et la tension artérielle sont à leur maximum lors de l'expulsion du sperme.

- *la phase de résolution*, avec la détumescence pénienne, est suivie d'une période réfractaire. La fréquence cardiaque, respiratoire et la tension artérielle reviennent à leur valeur de base. La période réfractaire s'allonge lorsque le sujet vieillit.

Ces quelques rappels vont nous permettre d'aborder les différentes dysfonctions sexuelles et les différents traitements existants.

III. Les dysfonctions sexuelles.

1. Sexualité « normale » ?

Existe-t-il une normalité en matière de sexualité ? Il s'agit là d'une question que se posent de nombreuses personnes, à différentes périodes de leur vie.

Différentes études se sont penchées sur les comportements sexuels des français (fréquence des rapports sexuels en fonction de l'âge, de l'éducation, de la localisation géographique ; pratiques sexuelles usuelles ; etc...). Toutefois, il ne s'agit là que de statistiques et non d'une « norme ». Les variations interindividuelles sont grandes et la seule vraie « normalité » pourrait être d'avoir une activité sexuelle procurant aux partenaires un équilibre, une satisfaction personnelle.

*** La « normalité légale ».**

On peut qualifier d'anormal une sexualité enfreignant la loi. La loi interdit les pratiques sexuelles avec des personnes non consentantes, avec des enfants ainsi que les pratiques sexuelles publiques. Les lois servent aux hommes pour permettre de vivre ensemble et pour la protection des individus à travers le temps. Ceci rend compte de ce que l'on pourrait appeler la « normalité légale ».

*** La « normalité morale ».**

Les normes sont le reflet de la société et évoluent avec elle. Ainsi, au moyen âge, la « norme » prône la négation de la chair ; la répression sexuelle est majeure sous l'influence de l'Eglise. Les relations ne devaient alors avoir lieu que pour procréer. La masturbation, pratique usuelle depuis plusieurs siècles, est alors fortement réprimée. Puis les normes vont s'inverser progressivement avec la révolution sexuelle du XXème siècle. Ainsi, vers les années 1950, le double rapport Kinsey représente une « bombe sexuelle ». Il publie les résultats d'une gigantesque enquête sociologique sur le comportement sexuel de l'homme (1948) et de la femme (1953). Ce texte ébranle bien des idées reçues, concernant la masturbation, les relations homosexuelles, l'orgasme féminin... L'apparition du contraceptif oral féminin en

1950 et la légalisation de l'avortement en 1975 vont favoriser l'évolution vers une sexualité libérée, une sexualité « plaisir » en séparant l'acte sexuel de la procréation.

Actuellement, la critique de la sexualité vise à s'interroger sur des principes fondateurs de normes qui ne s'imposent plus comme des évidences. Le désir d'égalité homme-femme et celui de liberté aboutissent à une critique de ces normes, à une contestation de celles-ci afin de tenter d'aboutir à des nouvelles normes.

Les médias sont les principaux diffuseurs de normes. Mais comment garantir que de nouveaux repères permettront effectivement une vraie liberté, et pas seulement celle de « faire comme tout le monde » ? Comment garantir une sexualité porteuse d'humanité et non essentiellement tournée vers des objectifs politico-économiques ? Ce qui est « normal » ou « anormal » doit être conforme aux mœurs de la société et non régie par une logique économique ou médiatique.

*** La « normalité statistique ».**

Cette normalité est généralement celle à laquelle les patients font référence lorsqu'ils demandent ce qu'est une sexualité « normale ». Elle est caractérisée par le comportement sexuel utilisé par la majorité des couples. La fréquence, la durée d'un rapport « normal » correspond donc à la majorité statistique dans la population.

*** La « normalité psychologique ».**

Cette normalité tient compte des habitudes, de la pudeur de chacun. Elle est donc déterminée par l'éducation. Les différentes pratiques sexuelles au sein du couple doivent prendre en compte cette normalité.

*** La « normalité sexuelle du couple ».**

Elle est propre à chaque couple et peut évoluer avec l'histoire du couple. Ainsi, la durée des rapports, leur fréquence est fréquemment différente au début d'une histoire ou après 10 ans de vie commune. Un couple peut considérer normal d'avoir des rapports sexuels tous les 2 ou 3 jours alors que la normalité pour un autre couple peut être un rapport tous les 15 jours...

Nous avons donc montré qu'il existe différentes « normalités », mais surtout que celles-ci sont variables en fonction de l'époque, des médias, de la culture, du couple, de l'âge...

Une sexualité normale correspond donc logiquement à une sexualité permettant un épanouissement du couple et restant dans la légalité.

2. Epidémiologie des dysfonctions sexuelles.

Les troubles des fonctions sexuelles sont très fréquents dans la population générale, avec, par exemple, tous âges confondus, 8 à 10 % de dysfonction érectile, 15 à 30 % d'éjaculation

précoce, 2 à 4% de trouble de l'orgasme chez l'homme, 30 % de trouble du désir et de trouble de l'orgasme chez la femme (3). La dysfonction érectile voit son taux augmenter avec l'âge tandis que l'éjaculation précoce ne diminue pas avec le temps, contrairement à ce que l'on a tendance à penser.

La dysfonction érectile verrait donc sa prévalence augmenter régulièrement avec l'âge avec des valeurs de 1 à 9 % de 18 à 39 ans, de 2 à 30 % de 40 à 59 ans, de 20 à 40% de 60 à 69 ans et de 50 à 75% au delà de 70 ans. (3)

La prévalence des dysfonctions sexuelles va augmenter avec différentes pathologies. On retrouve ainsi 20 à 67,4 % de dysfonction érectile chez les diabétiques selon les études ; une augmentation de cette prévalence se retrouve également chez les patients présentant une pathologie cardiovasculaire ou une dyslipidémie. Dans les troubles anxio-dépressifs, la prévalence de la dysfonction érectile serait corrélée à l'intensité des symptômes. Enfin, cette prévalence serait augmentée en présence de troubles mictionnels avec des valeurs de 43 à 82,5% en fonction de leur intensité.

D'après une étude IFOP / Lilly réalisée en 2009 (18) auprès d'un échantillon de 1001 personnes, représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus, le trouble du désir serait de loin le problème le plus fréquemment rencontré au sein du couple. Il concernerait 53% des personnes interrogées. Puis viendrait les difficultés à avoir du plaisir (39%), les problèmes d'érection (31%), l'éjaculation précoce (30%) ou la simulation du partenaire (20%).

Cette étude met en avant que des problèmes spécifiquement masculins comme les troubles de l'érection ne sont pas forcément les plus tabous dans le couple. Par contre 47% des français considèrent la baisse de l'attirance pour son partenaire comme la difficulté sexuelle la plus difficile à aborder.

Il est toutefois difficile d'établir des chiffres fiables car peu d'hommes souffrant de difficultés sexuelles vont en parler à leur médecin (22% si l'on se réfère à l'étude Lilly / IFOP citée précédemment).

3. Classifications des dysfonctions sexuelles.

*** Les troubles du désir sexuel.**

Ils regroupent la baisse du désir sexuel et l'aversion sexuelle.

La baisse du désir sexuel est définie dans le DSM IV comme « une déficience (ou absence) persistante et répétée de fantasmes imaginatives d'ordre sexuel et de désir d'activité sexuelle... ». (44)

L'aversion sexuelle se caractérise dans le DSM IV comme « une aversion extrême, persistante ou répétée, et un évitement de tout (ou presque tout) contact génital avec un partenaire sexuel ». (44)

Face à un trouble du désir, il faut, bien sûr, toujours rechercher une pathologie organique ou un effet indésirable d'une substance.

Cependant, l'étiologie est, en général, d'origine psychique, c'est-à-dire mettant en jeu les représentations personnelles de l'amour, de l'objet du désir et de l'érotisme. Le désir sexuel serait l'expression de la libido, d'une pulsion de vie d'après la psychanalyse ; cette pulsion

serait liée à l'humeur. Ainsi, selon les variations du moral, le désir sexuel sera plus ou moins intense, exacerbé ou inhibé. Ceci explique que la dépression soit la première cause de modification du désir et des comportements sexuels en réduisant le désir sexuel dans la plupart des cas, et, plus rarement, en l'exacerbant. Les difficultés au sein du couple sont également fréquemment mises en cause dans les troubles du désir.

*** Les troubles de l'excitation sexuelle.**

Chez l'homme, ce trouble se définit d'après le DSM IV comme « une incapacité persistante ou répétée à atteindre, ou à maintenir jusqu'à l'accomplissement de l'acte sexuel, une érection adéquate ». (44)

Les troubles de l'excitation sexuelle traduisent donc des difficultés fonctionnelles de la réalité amoureuse. Ils sont secondaires à une insuffisance du niveau d'excitation nécessaire à la réalisation sexuelle. En effet, la sexualité n'est pas en permanence réalisable, le désir de l'un l'emporte souvent sur le désir de l'autre qui, ne voulant pas décevoir un être aimé, accepte une relation sexuelle qu'il ne désire pas réellement.

La dysfonction érectile est la dysfonction sexuelle la plus étudiée et la plus médicalisée. L'importance de l'intérêt pour cette pathologie tient au caractère visible et très symbolique pour l'homme ainsi qu'à la découverte de thérapeutiques souvent efficaces.

*** Les troubles de l'orgasme.**

Le trouble de l'orgasme chez l'homme se définit comme « une absence ou un retard persistant ou répété de l'orgasme après une phase d'excitation sexuelle normale lors d'une activité sexuelle que le clinicien juge adéquate en intensité, en durée et compte tenu de l'âge du sujet » dans le DSM IV. (44)

Les troubles de l'orgasme vont également gêner la réalisation amoureuse en ne permettant pas l'abandon orgasmique auquel devrait aboutir la phase d'excitation.

Le trouble de l'orgasme le plus connu correspond à l'éjaculation dite précoce. Le terme d'éjaculation rapide a une connotation moins négative. Il s'agit de la dysfonction sexuelle masculine la plus répandue. Elle est assez péjorative pour la relation de couple car la partenaire peut se sentir exploitée par un homme qui lui semble prendre son plaisir sans se soucier d'elle.

Elle peut être traitée avec succès par sexothérapie ou avec des médicaments.

A l'inverse l'éjaculation trop tardive chez l'homme est moins fréquente. Elle peut résulter d'un état de tension et souvent d'une fixation obsessionnelle de l'homme sur la réalisation orgasmique. L'inhibition de l'orgasme est beaucoup plus rare chez l'homme que chez la femme.

*** Les troubles sexuels avec douleur.**

Dans le DSM IV, on retrouve la définition de la dyspareunie comme étant « une douleur génitale persistante ou répétée associée aux rapports sexuels, soit chez l'homme, soit chez la femme ». (44)

Chez la femme, il existe aussi le vaginisme, secondaire à « un spasme involontaire, répété ou persistant, de la musculature du tiers externe du vagin perturbant les rapports sexuels »

La dyspareunie résulte souvent d'une lésion organique comme une maladie de Lapeyronie, une malformation anatomique, une infection (mycose, IST...) entre autre .Une cause psychologique peut également en être responsable.

Ces troubles sont plus fréquents chez la femme.

*** Les dysfonctions sexuelles secondaires à une pathologie médicale générale.**

La dysfonction sexuelle doit alors s'expliquer complètement par les effets physiologiques directs d'une affection médicale.

Un diabète, une neuropathie, de l'athérome, une lésion médullaire vont affecter le dispositif physiologique nécessaire à la sexualité et peuvent entraîner une dysfonction sexuelle.

Toutefois, il ne faut pas oublier qu'une lésion organique évidente peut ne pas être la seule en cause dans la dysfonction.

Une baisse de désir peut s'associer à un diabète, tout comme la dysfonction érectile peut exister avant la lésion organique.

Il est nécessaire de rechercher une étiologie organique chez tout patient se plaignant de difficulté sexuelle. Le dépistage d'une dysfonction érectile permettrait même de dépister des pathologies parfois encore infra clinique (athérome, neuropathie, syndrome métabolique, lésions urologiques, prostatiques...).

*** Les dysfonctions sexuelles secondaires à une prise de toxique.**

L'utilisation d'une substance doit expliquer complètement la dysfonction. Les symptômes vont donc apparaître durant ou peu après la prise de cette substance et il n'existait aucune dysfonction avant la prise de ce toxique. Il est nécessaire d'évaluer l'imputabilité de celui-ci avant de conclure à sa responsabilité.

De nombreux traitements médicamenteux peuvent modifier la fonction sexuelle ; les plus fréquents sont les antihormones, les antidépresseurs et les neuroleptiques, les bêta bloquants à un moindre degré les divers traitements de l'hypertension.

Lorsqu'un patient se plaint de dysfonction sexuelle, il est donc judicieux de vérifier les effets indésirables connus de ses traitements et de rechercher l'imputabilité éventuelle de ceux-ci.

Les substances illicites stimulantes, dont l'alcool, vont aussi stimuler les fonctions sexuelles ; elles sont toutefois responsables de dysfonction sexuelle à dose intoxicante.

Les opiacés par contre ne sont pas des stimulants sexuels et peuvent être facteurs de dysfonction sexuelle même à des doses non intoxicantes.

IV. Différentes études sur la sexualité masculine.

1. Enquête SOFRES 1994 « Epidemiologic study of erectile dysfunction in France ». XIIth congress of the European Association of Urology. (22)

Il s'agit d'une grande enquête réalisée en France sur 1000 hommes âgés de plus de 17 ans. La prévalence des dysfonctions érectiles chiffrée dans cette étude est comparable aux différentes études. Le tableau ci-dessous résume ces données.

PREVALENCE DES DYSFONCTIONS ERECTILES EN FRANCE (%) (1000 hommes > 17 ans, Enquête Sofres 1994, Giuliano et al 1996)			
Age (nbr hommes)	Problèmes d'érection	Dont modérés	Dont complets
Tous (26 à 75) (n=778)	43,3	8,1	3,6
26 à 35 (n=235)	33	3	3
36 à 45 (n=209)	36	4	1
46 à 55	51	7	3
56 à 65 (n=132)	61	20	5
66 à 75 (n=86)	51	16	10

Les problèmes d'érections sont considérés comme modérés dans la mesure où l'érection permet au moins occasionnellement la pénétration. Ceux-ci sont complets si aucune pénétration ne peut être obtenue.

Cette étude s'est également intéressée à la place du médecin dans ces difficultés sexuelles. Elle a confirmé le faible pourcentage de patients souffrant de dysfonction érectile, même complète consultant pour ce motif de consultation. Ainsi, d'après les résultats de cette enquête, moins d'un quart des patients qui rapportait un problème d'érection significatif avait consulté (21% en cas de problème d'érection modéré et 23% en cas de dysfonction érectile complète).

Chez les hommes souffrant de troubles de l'érection, 2 hommes sur 3 disent qu'ils seraient insatisfaits s'ils devaient passer le reste de leur vie avec leurs problèmes d'érection. Pourtant, cette étude montre qu'en France, bien qu'1 homme de plus de 40 ans sur 3 en souffre, seul 1 homme sur 10 est pris en charge.

Il est donc intéressant de se poser la question du pourquoi aussi peu de patients vont en parler à leur médecin ?

2. Etude de Baldwin et coll 2000. (5)

Dans cette étude américaine portant sur 500 hommes de plus de 50 ans consultant un urologue pour un motif sans rapport avec la sexualité, 218 soit 44% reconnaissent avoir des problèmes d'érection, parmi lesquels seulement 22% en avaient discuté avec leur médecin traitant. Pourquoi si peu d'hommes consultent-ils pour leurs problèmes d'érection ? Baldwin et coll ont également analysé les causes de cette réticence : interrogés anonymement par

questionnaire écrit sur les raisons qui les avaient conduits à ne pas parler de leurs problèmes d'érection à l'urologue qui les suivait pour une autre pathologie, seuls 9% des 218 hommes répondaient qu'ils ne savaient pas que les urologues s'occupaient de ce problème. 74% répondaient qu'ils auraient été gênés de le faire. Concernant les autres patients, 5% estimaient qu'un problème d'érection ne justifiait pas un recours au corps médical, et 12% pensaient qu'il s'agissait d'un phénomène naturel lié au vieillissement.

Ainsi, même en l'an 2000, les inhibitions éducatives et culturelles ainsi que les tabous en résultant, restent encore très présents. Leur problème d'érection leur inspire encore de la honte.

Toutefois, cette étude met en évidence que 22% des 218 hommes qui n'avaient pas parlé spontanément de leurs problèmes d'érection à leur urologue en avaient discuté avec leur médecin traitant. Mais parmi les 170 qui ne l'avaient pas fait, 82% exprimaient qu'ils auraient aimé que celui-ci ait pris l'initiative d'en discuter avec eux à l'occasion de leurs visites. Le médecin traitant a donc un rôle primordial auprès de ces patients dans la prise en charge de leurs dysfonctions érectiles.

3. Etude de Jönler et Coll. (26)

Il s'agit de la première étude épidémiologique à avoir étudié les relations entre fonction sexuelle et qualité de vie fut celle de Jönler et coll. Un auto-questionnaire a été rempli par 1680 hommes de plus de 40 ans, à l'occasion d'une consultation pour dépistage du cancer de la prostate. L'étude mis en évidence, comme on pouvait s'y attendre, une corrélation hautement significative ($p < 0.001$) entre dysfonction érectile et âge, mais aussi une corrélation inverse hautement significative ($p < 0.001$) entre dysfonction érectile et chacun des cinq paramètres étudiés de la qualité de vie (anxiété, dépression, confiance en soi, hostilité et sensibilité interpersonnelle), persistant après ajustement pour l'âge. Il est cependant impossible de déterminer si ce sont les problèmes d'érection qui altèrent la qualité de vie ou si, à l'inverse, c'est l'altération de la qualité de vie qui est à l'origine des problèmes d'érection. L'expérience clinique suggère que cette relation existe dans les deux sens, et peut induire un cercle vicieux. Toutefois, ces données sont concordantes avec le vécu des problèmes d'érection décrits par les couples au cours des consultations. Chez l'homme, plus qu'une frustration sexuelle, les dysfonctions érectiles induisent un sentiment de dévalorisation, de honte, sinon de culpabilité vis-à-vis de la partenaire. Ils sont à l'origine d'un véritable problème d'identité masculine souvent exprimé par des phrases telles que « je ne me sens plus un homme ». Ceci s'accompagne fréquemment d'un repli sur soi, d'une anxiété, d'une irritabilité, et d'un évitement de la tendresse, de l'intimité et de toutes situations à " risque " de rapport sexuel, que l'homme ne se sent plus prêt à assumer. Le problème d'identité qui résulte des problèmes d'érection peut donc considérablement amoindrir l'homme dans sa vie relationnelle, sociale, et professionnelle, en induisant un manque de confiance en soi généralisé. Ceci va donc également influencer sur la vie du couple.

4. Enquête française de l'ADIRS. (29)

ADIRS signifie Association pour le développement de l'information et de la recherche sur la sexualité. Il s'agit d'une association dont le rôle est d'informer le public sur la sexualité et ses problèmes.

Pour cette étude, mille deux sujets (483 hommes et 519 femmes) sur cinq secteurs géographiques français (sud, nord, est, ouest et Île-de-France), âgés de plus de 35 ans, ont été

choisis. Elle a tenté de répondre à la question : « Pourquoi les français ayant des difficultés sexuelles ne consultent pas plus souvent ? ». Afin de mieux préciser le profil des patients refusant un traitement, une seconde enquête a été menée par Ipsos Santé auprès de couples dont l'homme présentait un problème d'érection. Dans cette seconde enquête, Quarante-cinq hommes et femmes ont été interviewés en face-à-face pendant 1 h 30 (20 hommes non traités ; huit partenaires d'hommes non traités ; dix hommes traités ; sept partenaires d'hommes traités).

Parmi les personnes interrogées, 39 % décrivaient des difficultés sexuelles et 202 hommes sur 483, soit 41 %, rapportaient avoir connu un problème d'érection. Parmi les hommes décrivant une dysfonction érectile, seuls 7 % avaient déjà pris un traitement contre les troubles de l'érection et 74,6 % en avaient été satisfaits.

Parmi les hommes souffrant de difficultés d'érection et non satisfaits du traitement en cours ou qui ne pensaient pas avoir recours un jour à un traitement, la raison de ce refus a été :

- le refus de ce qui n'est pas naturel (43 %) ;
- la peur des effets secondaires (31 %) ;
- la peur d'en devenir dépendant (11,6 %) ;
- la méfiance (8,7 %) ;
- le manque d'efficacité (8 %).

Une autre explication possible du faible nombre de consultation pour ce motif est l'ignorance du sujet. En effet, cette étude a mis en évidence que les patients non traités ne font pas systématiquement le lien entre leurs difficultés sexuelles et les problèmes d'érection ; pour eux, un trouble de l'érection signifie absence totale d'érection et par voie de conséquence impossibilité de toute relation sexuelle. Cette notion est exprimée de la façon suivante : « tout va bien, j'ai moins d'envie qu'avant ».

Les traitements existants sont également méconnus. Ainsi, les patients vont fréquemment citer uniquement le VIAGRA® et un grand nombre se souvient des effets indésirables que les médias avaient grandement décriés. Cette crainte était évaluée à 31 % dans la précédente enquête conduite par Ipsos. De plus en raison du manque de connaissance du mode d'action des différents traitements, il persiste dans l'esprit du public des idées erronées telles que « l'érection apparaît dans les minutes suivant la prise du comprimé », « l'érection peut durer plusieurs heures » ou « on perd le contrôle de l'érection » ou encore « les rapports sexuels facilités par la prise du comprimé apportent moins de plaisir ». Ceci concourt à une peur de prendre un traitement.

Ainsi, trois catégories de patients ressortent de cette étude :

* les patients résignés : moins d'un sur dix. Ceux-ci admettent qu'ils souffrent d'un problème d'érection et qu'il existe un traitement spécifique mais le refusent. Ils ne veulent pas associer leur sexualité à un traitement et en craignent les effets secondaires.

* les patients ignorants : environ trois sur dix. Ceux-ci ne se considèrent pas comme ayant des problèmes d'érection et/ou ne sont pas au courant des traitements disponibles. Ils considèrent que l'évolution de leur sexualité est une évolution normale. Toutefois, une fois informés, ils ne refusent pas l'aide éventuelle d'un médicament.

* les patients hésitants : environ six sur dix. Ceux-ci sont tout à fait conscients de leurs difficultés sexuelles sans toutefois en parler et ils connaissent les traitements appropriés ; ils attendent toutefois que la situation s'aggrave et que leur partenaire s'implique davantage.

5. Etude anglaise de Humphery (sept. 2000). (25)

Cette étude a tenté d'étudier le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des dysfonctions sexuelles. Deux cent huit médecins ont été interrogés sur leurs pratiques concernant la prise en charge de ces dysfonctions ainsi que sur les obstacles auxquels ils sont alors confrontés.

Sur les 200 questionnaires, ils ont obtenu 133 réponses des médecins généralistes. Parmi les médecins ayant répondu, 59% étaient de sexe masculin. Les médecins généralistes verraient ainsi en moyenne 2,6 patients par mois pour des difficultés en matière de sexualité dont 62% pour des dysfonctions érectiles (cf. annexe 1).

Les freins aux consultations pour ce sujet, du côté des médecins, viendraient principalement d'un manque de formation (61,5%), de la méconnaissance de la prise en charge adéquate (19,8%), du manque d'expérience sur le thème de la sexualité (10,4%) et, en dernier, de la gêne de parler de ce sujet (8,3%).

Les obstacles concerneraient également la relation médecin patient. La difficulté viendrait principalement de la différence des genres (60,7%), puis viennent le fait que le sujet soit sensible et la différence des cultures (12,5% des réponses pour chaque). L'embarras du patient et du médecin est cité dans 10,7% des réponses. Enfin la différence d'âge entre le médecin et le patient serait un frein d'après 3,6% des répondants.

Les barrières de la part du patient concerneraient en grande majorité son embarras face à ce sujet (73,1%), puis le fait que le patient considère ces difficultés comme étant une évolution normale de ses fonctions sexuelles (15%). Le patient présenterait ses difficultés de façon indirecte, parfois non comprise par le médecin pour 5,4% des réponses. Enfin, la peur de « faire perdre son temps » au médecin est citée dans 2,2% des questionnaires.

Enfin, les barrières peuvent également être liées au contexte. Le manque de temps serait la principale difficulté face à ce motif de consultation (52,4%), puis viendrait le manque de connaissance des différents traitements existants et de leurs caractéristiques (23,8%). Le manque de liberté face à la prescription a été cité par 20,6% des médecins ayant répondu. Enfin, la société et ses préjugés, ses normes en matière de sexualité limitent les consultations d'après 3,2% des médecins répondants.

Des solutions à ces diverses difficultés ont été proposées. Elles reposent principalement sur l'information des patients, la formation des médecins. Les médias pourraient avoir un rôle pour expliquer au patient que la dysfonction sexuelle correspond bien à un motif de consultation comme les autres et qu'il existe diverses réponses à leurs difficultés.

V. Prise en charge sexologique.

Afin de réaliser ce petit guide concernant la prise en charge des dysfonctions sexuelles par le médecin généraliste, nous nous sommes basés principalement sur les différentes études déjà réalisées, sur les informations données par les sites de sexologie et d'urologie, ainsi que sur le guide édité par l'AIHUS (Association Inter-Hospitalo-Universitaire de Sexologie) (1).

1. Interrogatoire.

L'interrogatoire va chercher à définir le type de dysfonction sexuelle dont souffre le patient afin de trouver la prise en charge la plus adaptée.

Le médecin peut s'aider d'un guide d'entretien comme le questionnaire IIEF (International Index of Erectile Function), en version courte ou en version intégrale (cf. annexe 2). Il permet d'évaluer, de façon semi-quantifiée, différents aspects de la sexualité masculine et d'orienter sur une dysfonction érectile, un trouble de l'orgasme ou une baisse de désir.

L'interrogatoire doit reprendre les antécédents du patient à la recherche d'une étiologie plutôt organique (diabète, HTA, cholestérol...). Puis le médecin doit rechercher la prise d'un traitement ayant comme effets indésirables connus une diminution de la fonction érectile ou une baisse de la libido. Si un tel traitement est pris, il sera nécessaire de rechercher son éventuelle imputabilité.

La chronologie de la dysfonction sera à détailler. Ceci peut permettre de mettre en évidence un facteur psychologique responsable.

Il sera utile de rechercher si cette dysfonction est primaire ou secondaire ; permanente ou intermittente. Demander s'il persiste des érections nocturnes ou matinales spontanées aide également pour s'orienter sur l'étiologie.

L'interrogatoire devra également rechercher le retentissement psychologique, conjugal, familial et social de cette dysfonction sexuelle.

2. Guide pour l'orientation diagnostique.

Pour faire simple, nous allons séparer les trois principales causes de dysfonctions sexuelles (organique, psychologique, iatrogène). Toutefois, en pratique, les causes de dysfonctions ne sont que très rarement isolées ! Ainsi psychologique, iatrogène et organique se mélangent, s'entrecroisent. Il est souvent difficile également, lors d'une dépression par exemple, de savoir si la difficulté sexuelle a aggravé la dépression ou si la dépression a aggravé une dysfonction débutante... De même, si la dépression est traitée, est-ce le traitement ou la dépression qui sera responsable ? L'interrogatoire précis et détaillé peut aider. L'évolution, les explications et éventuellement une modification de traitement peuvent nous orienter.

*** Recherche d'une étiologie organique.**

Comme dans de nombreuses pathologies en médecine, il faut d'abord rechercher une étiologie organique avant de pouvoir conclure à une cause psychologique.

Il conviendra donc de rechercher des antécédents cardiovasculaires, du diabète, une artérite, des douleurs thoraciques intermittentes, une dyspnée d'effort, des troubles mictionnels, une chirurgie abdominopelvienne, une irradiation... L'interrogatoire recherchera également des antécédents familiaux de mort prématurée, de pathologies cardiovasculaires ou métaboliques.

L'examen clinique et l'interrogatoire vont rechercher les facteurs de risque cardio-vasculaires: une sédentarité, un tabagisme, une surcharge pondérale, une hypertension artérielle, l'existence d'un syndrome métabolique.

Il faudra également rechercher la présence d'une affection neurologique (maladie de Parkinson, sclérose en plaques...), ou des séquelles de traumatisme médullaire.

Enfin, l'examen s'orientera sur la recherche d'une endocrinopathie, liée de façon beaucoup plus rare à une dysfonction sexuelle (hypo ou hyperthyroïdie, Addison...). Les signes évocateurs d'un déficit androgénique sont essentiellement une diminution de la libido, du nombre et/ou de la qualité des érections nocturnes ou matinales. Les autres signes, comme une fatigabilité, des troubles de la mémoire ou de l'humeur sont moins spécifiques.

La présence de troubles du sommeil (apnées du sommeil, insomnie...) peut altérer la fonction érectile et son existence est à connaître avant tout traitement d'un déficit androgénique.

Pour cela, l'examen clinique complet doit s'attarder sur l'examen cardio-vasculaire avec une prise de tension artérielle, des pouls périphériques, rechercher un souffle artériel et mesurer le périmètre abdominal à la recherche d'un syndrome métabolique. L'examen se poursuit par un examen neurologique orienté avec la recherche des réflexes ostéo-tendineux et cutanés plantaires, un testing de la sensibilité des membres inférieurs, en particulier des pieds, et la recherche d'une anesthésie en selle (au moment du toucher rectal). L'examen clinique pourra se terminer par l'examen uro-génital avec l'examen des testicules (taille, consistance), du pénis (recherche d'une maladie de Lapeyronie ou d'autres anomalies morphologiques), un toucher rectal après 50 ans, en l'absence d'antécédents familiaux de cancer de prostate (à partir de 45 ans dans ce cas), et un examen des seins.

L'examen clinique peut, selon les résultats de celui-ci et les antécédents du patient, s'accompagner d'examens para cliniques. Il s'agit principalement d'examens biologiques sanguins.

Les derniers référentiels conseillent, du point de vue biologique, la prescription suivante :

- glycémie à jeun si le patient n'en a pas eu dans les douze mois précédents (plus hémoglobine glycosylée (HB A1C) si le patient est diabétique connu).

- bilan lipidique, s'il n'y en a pas eu dans les douze mois précédents : cholestérol total, HDL et triglycérides.

- NFS, ionogramme, créatininémie, bilan hépatique s'il n'y a pas eu de bilan depuis 5 ans, sinon bilan orienté par la clinique.

- La recherche d'un déficit androgénique biologique est recommandée chez les patients présentant des facteurs de risque (existence d'une maladie chronique comme le diabète, l'insuffisance rénale chronique, le SIDA, une corticothérapie au long cours, des antécédents de chirurgie herniaire, de cryptorchidie opérée, de cure de varicocèle ou d'orchidectomie, notamment pour cancer du testicule...) ou en cas de signes cliniques évocateurs, comme une diminution du désir sexuel ou des érections nocturnes en fréquence ou en qualité.

- un dosage du PSA total chez les hommes à partir de 50 ans et à partir de 45 ans en cas d'antécédents familiaux. A fortiori si l'on envisage une androgénothérapie, qui est formellement contre-indiquée en cas de cancer de la prostate.

- Le dosage de la TSH n'est pas recommandé en première intention, sauf point d'appel clinique, de même pour le dosage de la DHEA.

Les autres explorations ne sont pas conseillées en première intention dans le bilan à réaliser par le médecin généraliste. En effet, si une pathologie plus importante est suspectée, il sera souvent judicieux de transmettre le patient au spécialiste concerné.

Des conseils hygiéno-diététiques (arrêt du tabagisme, augmentation de l'activité physique, alimentation équilibrée, sevrage en toxique...) seront à fournir au patient avant la fin de la consultation en lui expliquant leur relation avec une amélioration possible de la fonction sexuelle.

*** Recherche d'une étiologie iatrogène.**

De très nombreux traitements peuvent être responsables d'une baisse de désir, d'une altération de l'érection.

Avant toute modification éventuelle de traitement, il faut rechercher son imputabilité et l'utilité de ce traitement.

Ainsi, il faudra tout d'abord vérifier le rapport chronologique entre l'introduction de ce nouveau traitement et l'apparition des troubles sexuels.

Les principaux médicaments impliqués dans les dysfonctionnements érectiles sont les antihypertenseurs (particulièrement les bêtabloquants), les traitements hormonaux (œstrogènes, anti androgènes dont le Finastéride, agonistes de la LH-RH), les dérivés de la digitaline, les psychotropes, les antiparkinsoniens, les anticonvulsivants, les opiacés, les amphétamines.

Lorsqu'un traitement anti hypertenseur est mis en cause, la prise en charge sera différente selon les facteurs de risque du patient. En effet, chez un patient jeune sans autre facteur de risque, le traitement pourra être remplacé par un autre sans prendre d'avis cardiologique.

Par contre, chez un patient avec de multiples facteurs de risque, il sera nécessaire de prendre un avis auprès du cardiologue.

Une fois le traitement modifié, si la fonction sexuelle est rétablie, cela laisse présumer de sa responsabilité.

Il est souvent plus délicat de prendre en charge une dysfonction sexuelle sous anti dépresseur. Dans ce cas, encore plus que pour tout autre traitement, il sera important de rechercher la chronologie de façon la plus précise possible. De plus, même avec une chronologie compatible, l'imputabilité du traitement n'est pas évidente au vu de l'intrication fréquente des difficultés sexuelles durant la dépression. Il faudra bien expliquer au patient le risque de trouble sexuel aussi bien iatrogène que secondaire à la dépression et leur réversibilité possible afin que celui-ci n'arrête pas son traitement spontanément. Si le patient est suivi par un psychiatre, il est conseillé de prendre son avis pour une éventuelle modification de traitement. En cas de persistance de troubles sexuels malgré la stabilisation du syndrome dépressif, il est possible de modifier le traitement pour un antidépresseur ayant moins d'effets sur la fonction sexuelle.

Dans le cas particuliers des traitements antipsychotiques, il est conseillé d'avertir le psychiatre car il existe un risque d'arrêt spontané du traitement. Un bilan somatique est recommandé devant le risque d'hyperprolactinémie induite par les neuroleptiques.

En pratique, la réalité d'une iatrogénie est difficile à établir. De plus la connaissance d'un effet iatrogène augmente sa fréquence d'apparition. Or si un patient est convaincu de la responsabilité d'un de ses traitements, il sera souvent nécessaire de modifier celui-ci pour une molécule équivalente car il existe alors un grand risque de non observance thérapeutique.

*** Recherche d'une étiologie psychologique.**

Quelque soit l'étiologie suspectée, il est toujours conseillé de délivrer une explication claire sur l'anatomie et la physiologie de l'érection en rappelant que le cerveau a une part importante dans la sexualité.

Il faudra déculpabiliser le patient face à ses pannes, lui expliquer l'anxiété de performance. Le but est ainsi de dédramatiser et de rassurer le patient.

La persistance d'érections spontanées nocturnes et/ou matinales permet d'orienter vers une étiologie psychologique. Un début brutal avec un facteur déclenchant retrouvé à l'interrogatoire orientera également vers une cause plutôt psychologique.

De nombreuses études ont déjà prouvées la relation entre dysfonction sexuelle et dépression. De même pour les troubles anxieux, les personnalités évitantes ou dépendantes sont plus à risque de présenter une dysfonction sexuelle.

Lors de l'interrogatoire, il faudra rechercher cette anxiété de performance, rechercher un stress particulier, professionnel ou familial, un conflit, une dépression, une angoisse préexistante ou concomitante ainsi que les répercussions de cette dysfonction.

Ainsi, le médecin généraliste doit rechercher toute circonstance de vie pouvant être responsable de cette difficulté (chômage, divorce, décès, naissance, promotion sociale...). L'attitude de la partenaire est aussi primordiale. Renforce-t-elle l'anxiété de son partenaire ou le soutient-elle ? Quel est le climat au sein du couple ? Discorde ? Difficulté de communication ? Dénégation ? ...

Même si une étiologie organique évidente existe, la dysfonction sexuelle peut être aggravée par le mental. L'inverse est possible également : face à une étiologie psychologique évidente, il sera utile d'éliminer une étiologie organique. Une prise en charge isolée d'une cause ou de l'autre ne pourra pas être efficace. Une réassurance, des conseils, des explications seront donc à fournir devant toute dysfonction sexuelle.

3. Traitements.

*** Soutien psychologique.**

Toute dysfonction sexuelle retentit sur le psychisme. Qu'un trouble psychologique ou psychiatrique soit la cause de la dysfonction sexuelle ou non, il est utile de s'intéresser à l'impact social, familial et conjugal qu'entraîne cette dysfonction.

Il sera intéressant déjà d'expliquer au patient les mécanismes de l'érection et l'implication du psychisme sur celui-ci. Le cerveau est le premier organe sexuel ! Ainsi, on expliquera la variation physiologique de la fonction sexuelle normale avec l'âge et il est recommandé surtout d'expliquer l'effet délétère du stress et l'absence de commande volontaire de l'érection. Vouloir contrôler son érection est le meilleur moyen de ne pas en avoir... De même, l'éjaculation prématurée étant principalement d'origine psychologique, sa prise en charge passe, avant tout, par des explications sur la physiologie de l'érection, sur les rétrocontrôles et sur un dialogue au sein du couple.

Il faut déculpabiliser le patient, le rassurer sur ces capacités, sur la présence de traitement. Un homme avec des troubles sexuels reste un homme !

Si le médecin découvre une cause psychologique qu'il pense ne pas pouvoir prendre en charge de manière efficace, il peut conseiller un suivi auprès d'un psychologue ou d'un psychiatre.

En cas de dépression, un traitement antidépresseur peut être nécessaire.

Toute conjugopathie, cause ou effet de la dysfonction, doit aussi être prise en charge, par le médecin généraliste, par un sexologue ou par un psychologue. Il est judicieux de conseiller au patient d'en parler avec sa compagne. Éliminer la peur de l'échec permet de limiter celui-ci. De plus, cela peut permettre de renouer un dialogue au sein du couple.

*** Prise en charge étiologique.**

S'il a été mis en évidence une étiologie médicamenteuse, il sera utile de modifier ce traitement si cela est possible, d'en expliquer l'imputabilité et le moyen de soulager cet effet indésirable si ce traitement est indispensable.

S'il existe une cause organique (hormonale, métabolique..), elle doit être prise en charge dans la mesure du possible. On doit ainsi tenter d'équilibrer un diabète, une hypertension artérielle ou une dyslipidémie.

Une prise en charge hygiéno-diététique avec une augmentation de l'activité physique, un arrêt du tabac ou d'autres toxiques, une alimentation équilibrée... aura un effet positif sur la prise en charge aussi bien d'un point de vue organique qu'en renforçant l'estime de soi.

Selon l'étiologie organique diagnostiquée, on pourra prendre avis auprès d'un spécialiste (neurologue, urologue, cardiologue, endocrinologue, nutritionniste...).

Si un déficit androgénique est retrouvé, il pourra être prescrit un complément en testostérone après avoir éliminé les contre indications que sont le cancer du sein, le cancer prostatique, un taux d'hématocrite supérieur à la normale, une insuffisance cardiaque sévère, des troubles obstructifs du bas appareil urinaire, une pathologie psychiatrique et un syndrome d'apnée du sommeil non appareillé. Le traitement par testostérone se présente sous la forme de comprimés, d'injection intra musculaire, et en gel transdermique. Ces traitements ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale.

*** Traitement médicamenteux per os.**

Un traitement médicamenteux d'aide à l'érection pourra être prescrit soit pour passer un cap difficile et redonner confiance en soi au patient soit pour pallier à un trouble organique. Il sera nécessaire de bien expliquer le fonctionnement de ce traitement. Aucun de ces traitements n'est remboursé par la sécurité sociale.

- La Yohimbine est un des premiers traitements médicamenteux per os. Elle a été découverte en 1896 et elle est considérée comme l'un des seuls et des plus puissants aphrodisiaques naturels connus de l'homme. C'est un antagoniste sélectif des récepteurs alpha 2 adrénergiques et a une action à la fois centrale et périphérique.

Les effets débutent environ 30 min après l'ingestion et durent de 2 à 4 heures.

Toutefois, aucune étude n'a prouvé son efficacité dans une dysfonction sexuelle d'origine organique. Seules quelques études montrent une efficacité légèrement supérieure à un placebo dans la prise en charge d'une dysfonction sexuelle psychologique ou mixte.

Ce traitement présente de nombreux effets indésirables à type d'anxiété, de troubles gastro-intestinaux, de vertiges, de tachycardie, de céphalées, de rash cutané et d'insomnie principalement.

Il n'est donc plus conseillé de prescrire ce traitement, sauf quelques rares exceptions et après avoir fourni des explications détaillées.

- Les inhibiteurs de la Phosphodiesterase de type 5 (IPDE-5) ont une action sur la dégradation du GMPc dans les corps caverneux. En augmentant les niveaux de GMPc dans le corpus cavernosum, ils permettent une relaxation du muscle lisse et une augmentation de l'influx de sang dans celui-ci. Cela facilite ainsi l'érection en réponse à une stimulation sexuelle.

Il s'agit actuellement du traitement oral de référence dans la prise en charge de la dysfonction érectile en première intention.

Leur administration concomitante avec des donneurs de monoxyde d'azote (comme le nitrite d'amyle) ou avec des dérivés nitrés, sous quelque forme que ce soit, est contre-indiquée car il existe des effets potentialisateurs dangereux. Il faudra être très prudent chez les patients traités par des alpha bloquants. Les molécules inhibitrices du cytochrome P450 comme la rifampicine, le kétoconazole, le ritanovir, la cimétidine...augmentent la durée de vie des inhibiteurs de la Phosphodiesterase de type 5. Leur association est donc à éviter.

Avant de prescrire cette molécule, il faudra s'assurer que l'état de santé de son patient est compatible avec l'effort physique nécessaire pour la réalisation d'un rapport sexuel.

Des taux d'efficacité de 65 à 85% sont généralement retrouvés dans les différentes études.

Les trois molécules principales connues sont le Sildénafil (Viagra®), le Tadalafil (Cialis®) et le Vardénafil (Levitra®). De nouvelles molécules ont été récemment commercialisées (udenafil et avanafil). Le brevet d'exclusivité du Viagra s'est terminé en 2011 ; cela devrait permettre l'apparition de génériques à des prix plus abordables.

Ces trois molécules ont des caractéristiques pharmacodynamiques et pharmacocinétiques différentes que le médecin doit connaître afin de définir avec son patient quel traitement correspond le mieux à sa demande, à ses besoins, à ses autres traitements et pathologies. De même, il est important de lui rappeler la nécessité de la stimulation sexuelle et de lui expliquer la physiologie de l'érection. Une prescription sans explication est une des premières causes d'échec de ce traitement.

- VIAGRA® (Sildénafil) existe en 3 dosages 25, 50 et 100 mg. Il doit être pris environ une heure avant le rapport sexuel et son efficacité dure de 4 à 5h (en relation avec sa demi-vie d'élimination). La posologie habituelle est de 50 mg. L'effet sera retardé s'il est pris avec de la nourriture. Le Viagra® est relativement bien toléré. Les effets indésirables les plus fréquents sont des céphalées, des vertiges, des troubles de la vision, des rougeurs.

- CIALIS® (Tadalafil) existe en 4 dosages 2.5, 5, 10 et 20 mg. La posologie habituelle est de 10 mg au moins 30 minutes avant un rapport sexuel. En cas de prise plus de 2 fois par semaine, il peut être conseillé de prendre un comprimé de 2,5 mg ou de 5 mg de façon quotidienne ou tous les 2 jours. Sa demi-vie d'élimination est de 17.5 heures en moyenne et sa durée d'action serait de 36 heures. Il est donc nécessaire de respecter un délai de 48h entre 2 prise de Cialis® 10 mg ou plus. Les effets indésirables les plus fréquents sont des céphalées, des vertiges, des bouffées vasomotrices, une dyspepsie, une congestion nasale, des myalgies et des douleurs dorsales.

- LEVITRA® (Vardenafil) existe en 3 dosages, 5, 10 et 20 mg. La dose recommandée est de 10 mg à prendre 25 à 60 minutes avant le rapport sexuel. Sa demi-vie d'élimination est de 4 à 5 heures et sa durée d'action n'est pas précisée. Les effets indésirables les plus fréquents sont des céphalées, des vertiges, des nausées, une dyspepsie.

- L'apomorphine sublinguale est un agoniste central non sélectif des récepteurs dopaminergiques. Il joue un rôle facilitateur de l'érection. C'est un comprimé sublingual qui agit en 20 minutes et installe la première phase de l'érection en entraînant la sécrétion de NO dans le corps caverneux. Le relais par le psychisme est ensuite nécessaire.

Seul UPRIMA® 2 et 3 mg existent actuellement. Toutefois, l'efficacité réelle n'a été prouvée que pour des doses de 4mg ; doses pour laquelle les effets indésirables (maaises vagaux, nausées...) sont trop importants. L'efficacité est moindre avec les dosages à 2 ou 3 mg.

Les effets secondaires les plus souvent rencontrés sont nausées, céphalées, vertiges, rhinites. Ils s'estompent dans le temps au fil des prises.

UPRIMA® est autorisé chez les patients traités par des dérivés nitrés mais il faut prendre des précautions en cas de traitements par dopaminergiques.

Au vue de cette efficacité très modérée et nettement inférieure à celles des IPDE-5, cette molécule ne doit être prescrite en première intention qu'en cas de dysfonction érectile légère et / ou de contre indication à un traitement par IPDE-5 (ou de refus de ce genre de traitement par le patient).

*** Traitements locaux.**

- Injections intra caverneuses de prostaglandines.

Il s'agit d'un des premiers traitements ayant permis de révolutionner le traitement de la dysfonction érectile dans les années 1980.

Les premières injections intra caverneuses utilisaient de la Papavérine. Cette molécule n'est quasiment plus utilisée dans cette thérapeutique au vu de ces effets indésirables dont le priapisme. Puis les alpha bloquants ont été utilisés. Toutefois ceux-ci ne peuvent que maintenir une érection déjà existante ; ils sont donc peu utilisés actuellement.

La molécule de référence actuellement dans les injections intra caverneuses est la Prostaglandine de type E1 (PGE1). Ce type de traitement est efficace dans plus de la moitié des cas. Son efficacité irait même jusque 95% des cas selon l'étiologie.

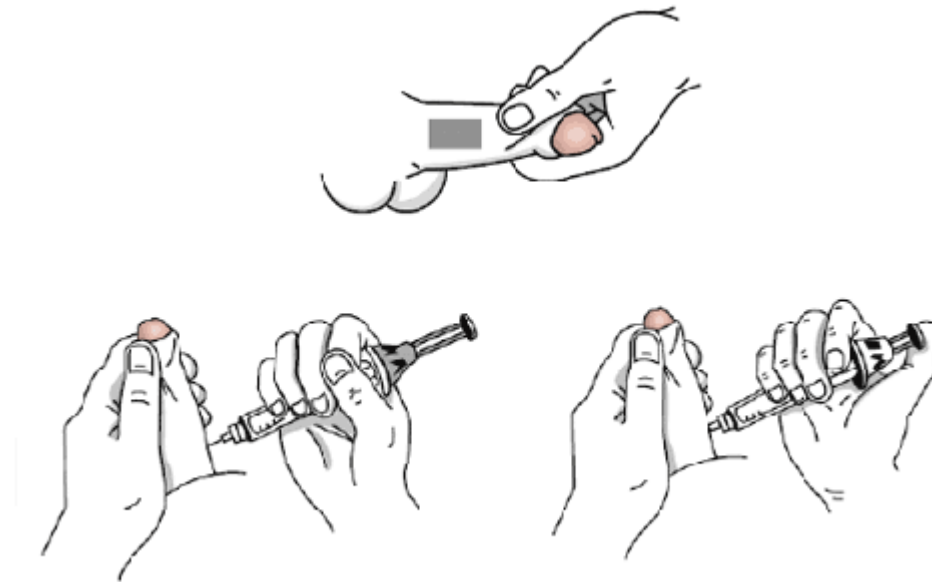
La PGE1 va induire une érection en provoquant une relaxation des muscles lisses par augmentation de la concentration en AMPc dans les corps caverneux, lieu de l'injection. L'effet vasodilatateur local permettra une érection dans les 5 minutes. La PGE1 injectée ne se retrouve pas dans la circulation générale.

Une prescription sur un formulaire pour les médicaments d'exception permet le remboursement de ce traitement dans les pathologies suivantes : neuropathie diabétique avérée, para ou tétraplégie, sclérose en plaque, pathologie organique comme des séquelles de priapisme, une prostatectomie, une radiothérapie abdominopelvienne, une cystectomie, un traumatisme du bassin avec troubles urinaires ou une chirurgie vasculaire abdominopelvienne.

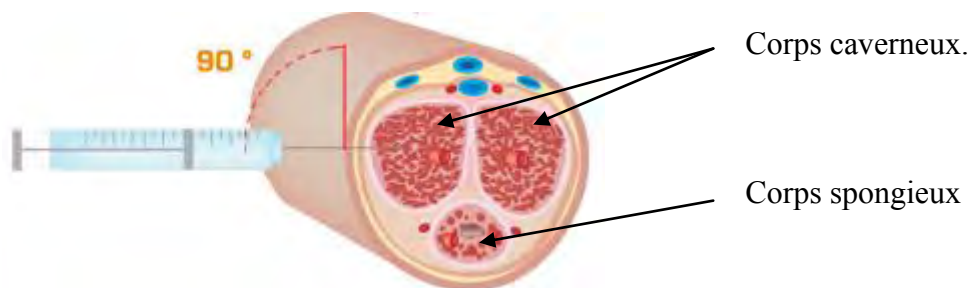
Dans quel cas proposer ce traitement ? Les injections intra caverneuses de PGE1 seront à proposer en première intention après chirurgie carcinologique prostatique et / ou vésicale, en rééducation post opératoire comme en traitement au long cours de séquelles. Ce traitement sera également proposé en cas d'échec d'un traitement oral, notamment dans les neuropathies

diabétiques, les pathologies neurologiques, ou en cas de refus, de la part du patient, d'un traitement par PGE1 ou de contre indication à ce traitement.

Il est important de bien expliquer au patient la technique d'injection. Une ou plusieurs injections test au cabinet sont indispensables afin de permettre un bon apprentissage, d'adapter le dosage, de vérifier l'efficacité de ce traitement.



Technique d'injection intra caverneuse.



Injection dans l'un des 2 corps caverneux.

Figure n° 5 : technique d'injection intra caverneuse (3)

Il est primordial d'expliquer au patient la nécessité de respecter un intervalle de 24h entre deux injections, de ne pas augmenter le dosage sans avis médical, de lui apprendre la conduite à tenir en cas d'érection prolongée (nouveau rapport sexuel, eau froide, activité sportive), et de l'informer sur la nécessité de mettre un préservatif en cas de rapport avec une femme susceptible d'être enceinte. Les consultations suivantes devront chercher à savoir si le patient présente des érections prolongées ou la réapparition d'érections spontanées, des nodules sous cutanés ou une déformation de la verge. L'interrogatoire recherchera la satisfaction du patient face à ce traitement ainsi que l'acceptation de celui-ci par le couple.

Les effets indésirables les plus fréquents sont une douleur au point d'injection (celle-ci diminue d'une injection à l'autre), une érection pharmacologiquement prolongée voir un priapisme, l'apparition de nodules ou de fibrose sous cutanée, un hématome au point d'injection.

Dans les contre indications à ce traitement, on retrouve la drépanocytose et les leucémies de part le risque de priapisme ; les psychoses et paraphilies. La présence d'une maladie de Lapeyronie ou la présence de lésions nodulaires sont une contre indication relative.

La prise d'un traitement anticoagulant n'est pas une contre indication ; il faut juste apprendre au patient à comprimer le point d'injection durant deux minutes.

- La Prostaglandine E1 intra urétrale.

Le principe d'action est identique à l'injection intra caverneuse mais avec l'avantage d'éviter la réalisation de l'injection. Toutefois, le mode d'administration intra urétrale est moins efficace que l'injection intra caverneuse et ce mode d'administration n'est pas remboursé.

En France, il est commercialisé sous le nom de MUSE®. Il existe trois dosages différents (500 µg, 750 µg et 1000 µg).

Ce traitement se présente sous la forme d'un « suppositoire » de Prostaglandine E1 que le patient doit insérer dans l'urètre avant un rapport sexuel.

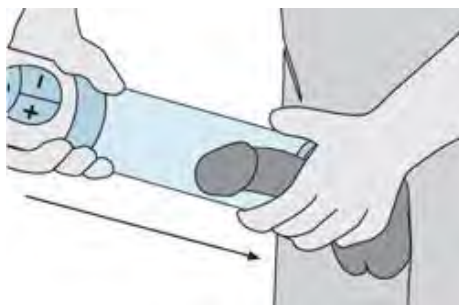
Le principal effet indésirable de ce traitement est la douleur locale, douleur ne régressant pas au fil des utilisations. Du fait d'un faible passage dans la circulation sanguine, le patient peut présenter une discrète baisse de tension ou quelques vertiges dans moins de 5% des cas.

La partenaire peut ressentir quelques irritations vaginales dans de rares cas. Le port de préservatif est indispensable en cas de rapport sexuel avec une femme susceptible d'être enceinte.

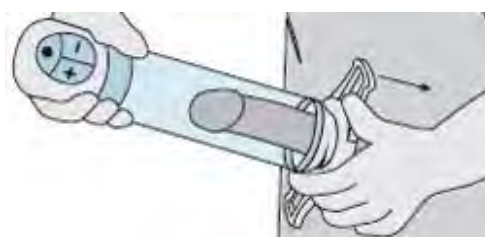
Le médecin doit connaître ce mode d'administration afin de pouvoir le proposer à un patient qui ne pourrait ou ne voudrait utiliser un traitement par IPDE-5 et n'acceptant pas la réalisation de l'injection. Un test au cabinet du médecin doit également être réalisé afin de montrer la technique, de vérifier l'absence d'hypotension et de déterminer la dose à prescrire.

- Le vacuum.

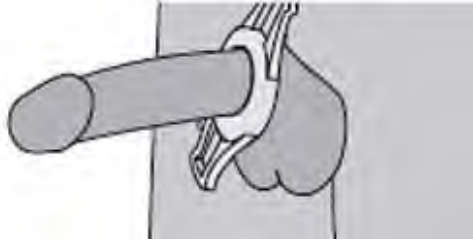
Il s'agit d'un appareil permettant une érection passive. Cet appareil est composé d'une pompe à vide et d'un cylindre dans lequel le patient place la verge. Le vide créé provoque un afflux sanguin dans la verge permettant une érection. Puis un élastique est placé à la base de la verge afin de maintenir celle-ci.



Installation du vacuum et création du vide.



Une fois l'érection installée (environ en une minute), mise en place d'un anneau de compression.



Retrait du vacuum, maintien de l'anneau jusqu'à la fin du rapport (maximum 30 minutes pour éviter des lésions).

Figure n° 6 : technique d'utilisation du vacuum (7)

L'appareil n'est pas pris en charge par la sécurité sociale. Il existe en différentes tailles pour s'adapter à l'anatomie du patient.

Son taux d'efficacité est estimé entre 40 et 80% selon les études.

Les effets indésirables rapportés sont l'apparition de pétéchies et ecchymoses, une sensation de pénis froid, un blocage de l'éjaculation.

Toutefois au vu de la lourdeur de la manipulation, le vacuum est souvent abandonné rapidement par les patients.

Le médecin doit connaître ce traitement, mais il n'est pas conseillé en première intention.

*** Traitements chirurgicaux.**

- Chirurgie vasculaire.

La chirurgie vasculaire a sa place en cas d'obstruction artérielle ou de fuite veineuse prouvée.

Les lésions artérielles concernées sont principalement secondaires à une chirurgie abdominopelvienne ou à un traumatisme du bassin.

La chirurgie veineuse n'est quasiment plus utilisée car il semblerait que la fuite veineuse proviendrait plus d'un dysfonctionnement des muscles lisses que d'une pathologie du vaisseau.

- Les prothèses ou implants péniers.

Il s'agit alors d'insérer chirurgicalement des prothèses dans les corps caverneux afin de rendre ceux-ci suffisamment rigides pour permettre une pénétration.

Il en existe deux sortes : - les prothèses semi rigides ou malléables qui sont coudées manuellement selon un angle variable ;

- les prothèses gonflables en deux ou trois parties, avec une réserve de sérum physiologique et une pompe scrotale. Le patient devra activer, d'une simple pression, la pompe placée dans son scrotum afin de remplir la prothèse à l'aide du réservoir situé sous la musculature abdominale. A la fin du rapport, le dégonflage de la prothèse permet de retrouver une verge flaccide.

Les prothèses fonctionnelles sont très efficaces et très bien tolérées par le patient comme par sa partenaire.

Le principal risque de ces prothèses concerne le risque d'infection. Celui-ci reste toutefois inférieur à 5%.

Ce traitement de la dysfonction érectile ne doit être envisagé qu'en cas d'échec ou de refus de tous les autres traitements. En effet, il nécessite un remplacement définitif du tissu érectile par les prothèses. Ce traitement est donc à utiliser en troisième intention et il est réservé au spécialiste.

4. Synthèse concernant la prise en charge sexologique au cabinet selon l'AIHUS (31/08/2005 réactualisé en 2010). (1)

Le médecin traitant se doit d'être attentif à une demande de la part de son patient et ou de sa partenaire. Le patient et sa partenaire doivent avoir une part active dans le choix du traitement utilisé après avoir reçu des explications détaillées concernant le traitement, son coût, ses avantages et ses éventuels effets indésirables.

Il est conseillé de prendre le temps nécessaire à une évaluation complète, c'est-à-dire médicale, sociale et psycho sexuelle, ce qui implique souvent une deuxième consultation à laquelle peut se joindre la partenaire.

Si la difficulté sexuelle ne présente pas de complication et que le couple est motivé, le médecin peut prescrire un traitement simple, de préférence un inhibiteur de la Phosphodiesterase de type 5 (IPDE-5) en première intention et en dehors de contre indication.

Il est primordial d'assurer un suivi après cette prescription afin d'évaluer l'efficacité, la tolérance médicale comme psychologique, et de discuter d'éventuelles adaptations de ce traitement. Cette consultation est à prévoir après un ou deux mois.

En cas d'échec, il faudra réévaluer l'étiologie de la dysfonction et les relations au sein du couple. Le traitement usuel du patient, s'il en a un, doit être détaillé et analysé en fonction de la chronologie de la dysfonction à la recherche d'une étiologie iatrogène. Il sera utile de réexpliquer comment utiliser les traitements, les adapter si nécessaire. Il doit y avoir eu plusieurs essais pour pouvoir conclure à une inefficacité. L'interrogatoire recherchera spécifiquement une conjugopathie ou un trouble psychologique. La réaction de la partenaire après un rapport sexuel non abouti a un rôle important pour la réussite du traitement. L'examen clinique recherchera à nouveau une anomalie organique pouvant être responsable de cette dysfonction.

Si malgré cette nouvelle consultation l'échec persiste, il est conseillé au médecin généraliste de proposer à son patient de prendre un avis spécialisé. Cet avis spécialisé sera à prendre dès la première consultation si le médecin met en évidence une pathologie plus complexe responsable de la dysfonction. Différents spécialistes peuvent être consultés selon l'étiologie probable dont principalement l'urologue, le cardiologue, l'endocrinologue ou le diabétologue, le neurologue, le psychologue, le sexologue, le psychiatre.

Cette conduite à tenir a été schématisée comme suit par l'AIHUS dans un guide destiné aux médecins généralistes, réalisé en 2005 et réactualisé en 2010. (1)

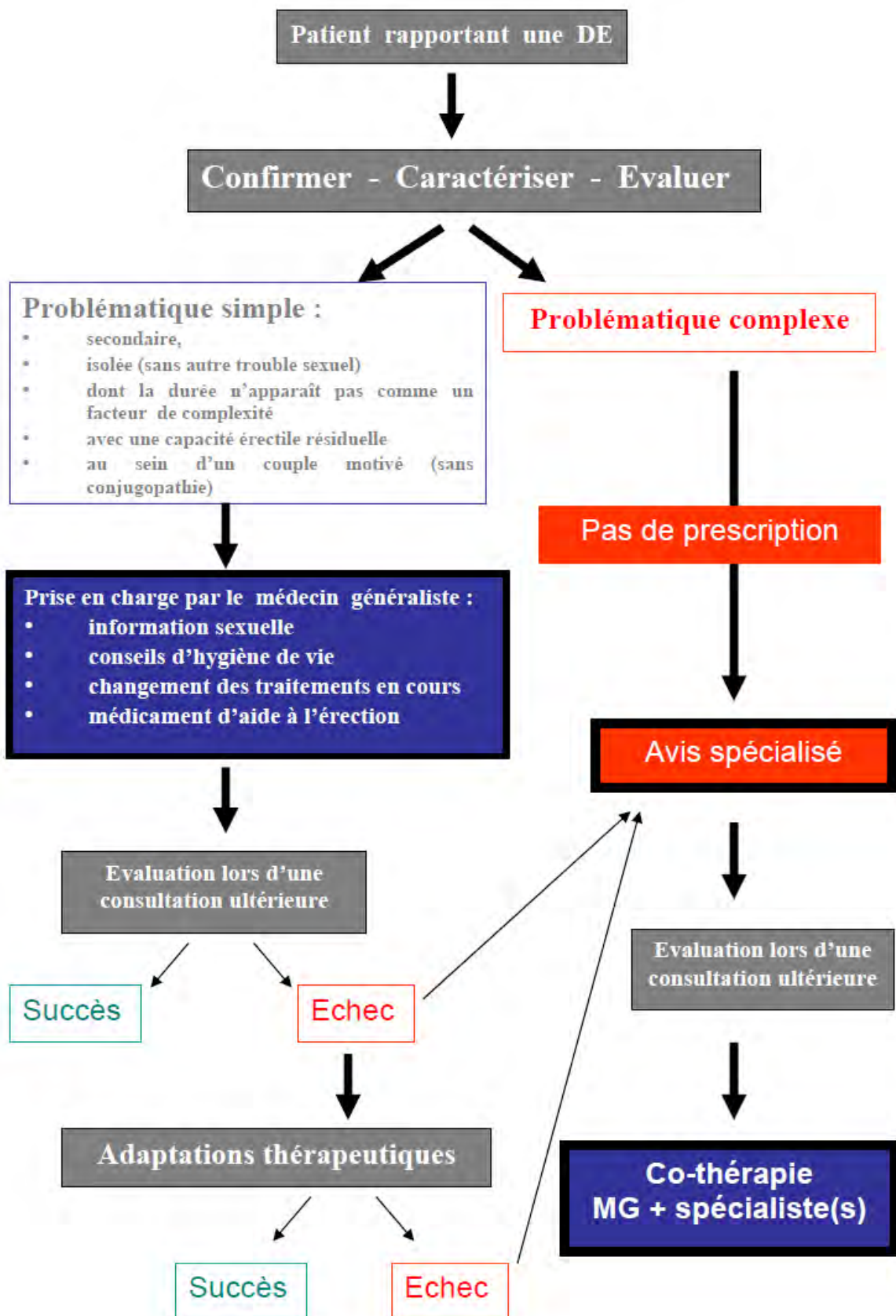


Figure n°7 : schéma de la conduite à tenir devant une dysfonction sexuelle. (1)

2ème partie

I. Présentation de l'enquête côté médecins généralistes.

Les consultations pour dysfonctions sexuelles, bien que n'étant pas un motif de consultation fréquent, restent un sujet que le médecin généraliste est amené à prendre en charge.

Ce travail se base sur l'hypothèse que le patient pourrait attendre plus de la part du médecin généraliste concernant ce sujet que ce qu'en pense celui-ci. En effet, les différentes études déjà réalisées sur le sujet montrent que le médecin généraliste serait le premier médecin vers lequel se tourneraient les patients souffrant de difficultés sexuelles. Pourtant, en pratique, peu de patients en parlent à leur médecin : moins d'un quart de la population souffrant de dysfonction érectile aborderait le sujet avec leur médecin traitant (13).

Nous nous sommes tout d'abord penché sur le point de vue du médecin généraliste, sur ce qu'il ressent et sur ses impressions concernant le ressenti du patient. Nous avons pour cela élaboré un guide d'entretien composé d'une dizaine de questions (cf. annexe).

Ces questions doivent nous permettre de définir le rapport du médecin face aux questions de sexualité : sujet tabou ? Sujet gênant ? Sujet médical comme un autre ?....

Ainsi que le déroulement de ces consultations : questions du médecin ou du patient ? Questions posées rapidement en fin de consultations ? Consultations pour ce sujet ? Consultations seules ou en couple ?....

Nous avons également demandé au médecin ses impressions sur ce que le patient ressent : souhaite-t-il que le médecin aborde le sujet ? Semble-t-il gêné face à ce sujet ? Que semble-t-il attendre de cette consultation ? Qu'est ce qui pourrait le freiner dans l'évocation de ses difficultés ?....

Enfin nous nous sommes penchés sur la formation du médecin généraliste sur ce sujet : se sent-il suffisamment formé dans ce domaine ? Utilise-t-il des guides d'entretien ? Serait-il intéressé par une formation complémentaire ?...

Les entretiens ont duré environ quinze minutes.

Afin de limiter les biais de sélection, les médecins ont été choisis au hasard dans les pages jaunes, en Meurthe et Moselle. De même, nous avons tenté d'interroger des médecins ayant différents modes de pratique : rurale, semi rurale, urbaine, cabinet seul ou à plusieurs, maison médicale. Nous avons cherché également à respecter une égalité homme / femme et nous avons rencontré des médecins de tout âge.

Les médecins étaient contactés par nos soins par téléphone pour leur présenter l'étude et leur demander un rendez vous afin de réaliser cet entretien.

Lors de l'entretien, nous avons utilisé un dictaphone afin de pouvoir retranscrire fidèlement les informations obtenues. Celles-ci étaient ensuite analysées selon une analyse thématique de contenu afin d'en retirer le maximum d'informations.

II. Matériel et Méthode.

1. Population cible.

Nous avons réalisé cette première étude auprès de médecins généralistes exerçant leur activité dans un cabinet en Meurthe et Moselle. Ils n'avaient pas de spécialisation en matière de sexologie.

Au cours du recrutement, nous avons souhaité diversifier l'échantillon cible au maximum :

- lieu d'exercice (médecine rurale, semi rurale et urbaine)
- milieu socio économique (quartier avec une population plutôt aisée, une population plutôt âgée, une population plutôt immigrée...)
- condition d'exercice (seul en cabinet, en cabinet de groupe, en maison médicale)
- sexe (respect d'un équilibre entre médecins hommes et médecins femmes)
- âge

L'échantillon final se compose de 15 médecins généralistes dont 6 femmes et 9 hommes. L'âge de ceux-ci varie de 34 ans à 64 ans, avec une majorité entre 40 et 55 ans.

Parmi ses médecins, 12 exercent au sein de la communauté urbaine du Grand Nancy et 3 travaillent en dehors, en zone rurale à semi rurale.

Nous avons réalisé des entretiens auprès de huit médecins exerçant seuls en cabinet, six exerçant dans un cabinet de groupe et un exerçant dans une maison médicale.

Parmi les médecins interrogés, un médecin avait une orientation médecine du sport et donc une population plutôt jeune et sportive. Trois médecins avaient une patientèle plutôt âgée et d'une classe sociale moyenne à aisée. A l'opposé, deux médecins exerçaient dans une zone majoritairement socialement défavorisée. Les autres médecins avaient une patientèle sans prédominance sociale nette.

2. Entretiens avec les médecins généralistes.

a. Choix des médecins généralistes et prise de contact.

Comme spécifié précédemment, nous avons voulu essayer de limiter les biais de sélection. Nous avons donc cherché des médecins généralistes dans les pages jaunes, en se basant sur leur lieu et mode d'exercice ainsi que sur leur sexe. Ainsi, nous avons cherché à respecter cette parité homme / femme.

Connaissant bien Nancy et ses environs, cela nous a permis de cibler des médecins ayant une patientèle à priori plutôt favorisée ou non, plutôt jeune ou âgée, avec des nombreux patients d'origine étrangère ou non...

Nous prenions ensuite contact, par téléphone, avec ces médecins afin de leur expliquer mon sujet de thèse et de leur demander s'ils acceptaient de me recevoir pour un entretien durant environ quinze minutes. Puis, une fois l'accord obtenu, nous fixions le rendez vous, directement ou par l'intermédiaire de leur secrétaire.

Lors des premiers contacts, nous nous sommes vite aperçus que l'entretien devait être bref. En effet, les médecins ayant souvent un emploi du temps très chargé, un entretien d'une durée supérieure à quinze minutes nous confrontait à trop de refus.

b. Réalisation des entretiens.

Les rendez-vous se sont effectués au cabinet du médecin généraliste au jour et heure fixés par téléphone selon les disponibilités de chacun.

Nous avons effectué nous-mêmes tous les entretiens, en tête à tête avec le médecin concerné. L'échange était enregistré, après accord du médecin, à l'aide d'un dictaphone.

Les entretiens duraient tous environ quinze minutes et se basaient sur un guide d'entretien (cf. annexe 5). L'entretien était semi directif voir même souvent plutôt directif. Il s'agissait de questions ouvertes afin de laisser libre choix de réponses aux médecins selon leur pratique. Selon les réponses obtenues, nous pouvions rebondir sur une nouvelle question afin d'approfondir une réponse intéressante formulée par le médecin. Toutefois, nous nous sommes aperçus qu'il n'est pas si simple de réaliser un entretien lorsque nous ne sommes pas habitués à ce genre d'exercice.

Une fois l'entretien réalisé, il était intégralement et fidèlement retranscrit en réécoutant l'enregistrement.

c. méthode d'analyse des entretiens.

Après retranscription des entretiens, nous avons procédé à une analyse thématique de contenu.

L'analyse de contenu est « une technique de recherche pour la description du contenu manifeste (et latent) des communications, ayant pour but de les interpréter. » (Barelson, 1952)

Il existe plusieurs techniques d'analyse de contenu. Nous utiliserons, pour ce travail, l'analyse thématique de contenu. Celle-ci a pour objectif de mettre en évidence les différentes thématiques abordées par les personnes interrogées à partir de l'examen des éléments constitutifs du discours.

Nous avons ainsi relu chaque entretien, nous avons noté les différentes idées s'en dégageant. Nous avons classé les différentes phrases des entrevues à l'intérieur de ces thèmes. Ceci nous a permis également de vérifier que nous n'avions pas oublié d'information importante.

Nous avons ainsi fait émerger quatre thèmes, chacun se divisant en quatre ou cinq notions principales.

III. Résultats.

L'analyse thématique de contenu nous a donc permis de dégager quatre thèmes, comportant chacun 4 à 5 idées principales. Voici le contenu de cette étude.

A. Importance de l'expérience du médecin.

Chaque médecin a parlé de son expérience personnelle de la prise en charge des difficultés sexuelles masculines. Celle-ci est fonction de sa formation initiale personnelle, ainsi que de son apprentissage personnel, par des formations annexes comme par l'expérience acquise au fil des prises en charge de ces pathologies. Nous avons pu observer également que l'âge du médecin semble un élément important quand à l'acquisition de ces compétences. Une majorité des médecins semble toutefois ouverte à un complément de formation.

1. Manque de formation initiale.

Le manque de formation initiale est un élément cité par 8 médecins sur les 15. Aucun des médecins ne signale avoir eu une formation initiale suffisante.

On retrouve ainsi des phrases telles que « *Effectivement, trop peu de formation à la fac.* », « *On n'a pas eu de formation sur ce sujet là.* », « *Je n'ai pas été spécialement formée.* » ou encore « *Euh...cours à la fac, moi je ne pense pas avoir eu de cours.* »

Les médecins ont dû adapter leur prise en charge en se formant au fur et à mesure des demandes rencontrées. L'expérience s'acquiert donc avec l'âge comme signalé dans l'entretien 1 « *L'avantage de l'âge probablement.* »

Nous pouvons deviner un auto-apprentissage, par formation, lecture ou discussion avec des confrères ou des spécialistes à travers des phrases telles que « *Oui d'ailleurs, c'est moi qui l'ai appris car je ne savais pas ça.* » ou « *Moi je suis un peu dans le domaine donc je me tiens informé sur les examens complémentaires.* ».

2. Question d'expérience.

a. Expérience acquise avec l'âge.

L'âge est un facteur signalé à plusieurs reprises comme étant un facteur facilitant la prise en charge. Ainsi, nous pouvons reprendre la phrase de l'entretien 14. « *Oui, je pense. Je pense qu'ils en parleront plutôt à quelqu'un de plus âgé qu'à un médecin plus jeune.* »

L'âge du médecin intervient à plusieurs niveaux.

Tout d'abord, cela semble être un facteur favorisant le dialogue entre le médecin et le patient. Le médecin, plus assuré dans sa pratique, trouve plus facilement les questions à poser, est probablement plus à l'aise face à ce sujet qu'il a déjà abordé. Ainsi, lors de l'entretien 1, le médecin signale que « *je sois d'âge mûr facilite la discussion.* » et « *Avec l'expérience, je pose quelques questions.* »

L'âge du médecin va de pair généralement avec sa durée d'installation et donc la durée de la relation médecin – patient. Le patient, plus en confiance face à un médecin qu'il connaît bien, se livrerait donc plus facilement sur ce sujet intime.

Le patient peut également reconnaître dans l'âge du médecin un facteur de connaissance et d'expérience. Le patient accorderait peut-être plus de fiabilité aux paroles d'un médecin se basant sur une expérience professionnelle (voir personnelle?) que provenant uniquement de la formation initiale.

La phrase de l'entretien 1 illustre bien le fait qu'un patient semble plus rassuré par un médecin plus âgé « *Effectivement, les patients me parlent plus de leurs problèmes de sexualité maintenant qu'il y a 20 ans, je pense que le fait que je sois d'âge mûr les rassure.* »

L'expérience professionnelle du médecin lui permet également d'appréhender la question plus sereinement. En effet, cela lui permet de s'appuyer sur du concret, sur des consultations passées, sur des prises en charge réussies ou non. Il a eu l'occasion également de lire des articles sur le sujet, d'en discuter avec des collègues. Le médecin a pu adresser des patients chez des spécialistes et enrichir sa pratique des résultats de ces consultations. Ainsi, on peut citer l'entretien 7: « *Oui, avec ce que je sais là oui. Maintenant, je vais vous dire, moi depuis des années que je suis là, je n'ai jamais vu de troubles de l'érection liés à des artères, ça marche moins bien mais avec le Viagra, ça marche. Donc, je pense, qu'avant que ça ne marche pas là, faudrait une artérite des membres inférieurs, une coronaropathie, enfin, moi je n'ai jamais trouvé...comme la testostérone.* » et l'entretien 15 : « *Non, non, je dirais expérience personnelle et puis j'ai bouquiné un petit peu.* ».

Le médecin va donc pouvoir adapter sa prise en charge en fonction de son expérience professionnelle, de ses différents apprentissages...

b. Prise en charge selon l'expérience propre du médecin.

Au fur et à mesure des entretiens, nous avons pu nous apercevoir que les médecins ont tous leurs habitudes propres concernant la prise en charge de la dysfonction sexuelle masculine.

Le manque de formation initiale et le vécu de chacun favorise cette diversité.

Chaque médecin reprend les bases médicales connues, à savoir, rechercher une pathologie organique, un effet secondaire d'un traitement... puis adaptera sa prise en charge selon ses pratiques personnelles.

Qui dit difficultés sexuelles dit sexualité et éducation sexuelle. Si le médecin reconnaît sa place pour répondre aux questions des patients et les aider en cas de difficultés sexuelles, il y met certaines limites : « *Le mec qui n'arrive pas à aborder une nénette, il ne va pas venir vous voir. Il faut apprendre à être naturel, c'est la vie. C'est aux parents de gérer les abords, la sexualité, la normalité et tout ça. Ce n'est pas tabou. Après on ne peut pas refaire l'éducation d'une personne sur ces problèmes. La sexualité, le plaisir, ça fait partie de la vie. On ne se cache pas pour ça. Après quand on voit que c'est caché, c'est refreiné, les gens commencent à rougir parce que...où est le problème ? Donc il faut en parler.* » (Entretien 6)

L'interrogatoire est un premier élément important pour la suite de la prise en charge, comme dit dans l'entretien 2. « *D'abord un interrogatoire pour savoir de quel type de trouble sexuel il s'agit et s'il s'agit vraiment d'un trouble sexuel. Parfois ce ne sont pas du tout des troubles sexuels mais il s'agit de troubles relationnels au sein du couple.* »

Afin d'éliminer une pathologie organique, l'urologue est le confrère le plus souvent consulté. Les médecins généralistes ont signalé avoir recours à l'urologue pour vérifier l'absence d'organicité, plus ou moins facilement, au cours de 6 entretiens sur les 15.

Ainsi, dans l'entretien 3 : « *Soit c'est un problème d'ordre physique donc on va l'envoyer chez l'urologue par exemple.* », dans l'entretien 4 « *J'ai tendance à envoyer facilement ce genre de patient chez l'urologue.* » ou lors de l'entretien 10 « *Mais je pense que je demanderais l'avis d'un urologue. Parce que de toute façon...* ».

Le cardiologue est aussi souvent consulté, selon les pathologies et facteurs de risque du patient, à la recherche d'une étiologie organique à la dysfonction érectile comme pour éliminer une contre indication au traitement par IPDE 5.

Autant l'urologue est facilement cité comme recours potentiel, autant le sexologue est peu sollicité par les médecins interrogés. Un seul médecin m'a signalé proposer à ses patients l'aide d'un sexologue si besoin : « *J'ai des confrères, des consœurs, qui sont spécialistes de la sexologie...* » (entretien 13). Deux autres médecins ont mentionné les sexologues, l'un pour dire qu'il n'y pense pas : entretien 11 « *je parle d'un urologue éventuellement. Comme ça c'est déjà quelqu'un...euh...c'est vrai que je n'ai jamais pensé à envoyer chez un sexologue.* » et l'autre pour préciser ne pas être sexologue : entretien 1 « *Il m'est arrivé une fois, lors d'une consultation de couple où la femme a lancé le sujet mais les autres consultations pour ce sujet se sont déroulées avec l'homme seul. Je ne suis pas sexologue.* »

Coté bilan sanguin, le bilan hormonal est cité par trois médecins, bien que ceux-ci avouent ne jamais avoir vu de bilan anormal chez un patient ne présentant que des troubles sexuels.

Plusieurs médecins insistent sur la prédominance du psychologique dans les dysfonctions sexuelles : « *C'est souvent un problème d'ordre psychologique donc je crois qu'il suffit que le médecin ait un peu de psychologie.* » (entretien 3) ; « *La plupart du temps, il n'y a pas de problème artériel, ni de testostérone. Vous pouvez toujours la doser, elle est normale. C'est un problème d'ordre psy, c'est dans la tête quoi.* » (entretien 7)

En l'absence de pathologie organique, le médecin a un grand rôle de réassurance et de psychologie. Le médecin doit donc être à même de répondre aux différentes questions que pourraient lui poser le patient.

3. Recherche de connaissances « médicales » auprès du médecin, question de « normalité ».

Malgré l'essor d'internet comme source de renseignement pour toutes sortes de questions, le médecin traitant semble rester un recours considéré comme fiable pour répondre aux questions de sexualité. Ainsi les médecins traitants signalent recevoir des patients en quête de réassurance.

Chaque médecin interrogé a déjà été confronté à la prise en charge des difficultés sexuelles.

Toutefois, quatre médecins signalent une vraie demande de référence concernant une « normalité » en matière de sexualité. La société actuelle affiche une sexualité libérée et on peut entendre des informations parfois très contradictoires. Face à des sources plus ou moins fiables, le patient fait confiance au médecin pour l'écouter, répondre à ses questions et le rassurer.

Ainsi, lors de l'entretien 1, le médecin signale : « *Patient demandeur. Manque de référence sur la « normalité », beaucoup de patients posent la question sur ce que devrait être une sexualité normale* ». Dans l'entretien 4, il est dit « *Ils demandent d'abord une explication ; est ce que c'est normal, ça n'a pas bien marché cette fois ci, j'ai des soucis, est ce que ça peut jouer...* ». Dans l'entretien 6, il est encore question de cette quête d'information « *Ou alors c'est comment ils préparent leur sexualité, leur prémisses...on est deux, il faut être deux pour faire... Après c'est aussi une petite part d'éducation sexuelle qu'il faut assurer. Par rapport aux clichés, par rapport aux images, par rapport à la pornographie ou par rapport à tout ça* »

quoi. » et « Sur la sexualité. Oui ils peuvent. Sur la normalité de durée, de taille, de grandeur...Après, ça dépend, selon comment ils sont normalisés par rapport à leur éducation, à ce qu'ils pensent, à leurs complexes. Pour les jeunes en tout cas, pas pour les adultes. Ca ne communique pas trop là dessus, c'est les jeunes quand même. »

Lors de l'entretien 11, il est mentionné toutefois la rareté de ces demandes et une certaine forme de concurrence faite par internet : *« Ca arrive mais c'est rare quand même. A mon avis internet a déjà résolu le problème (rires). Ou alors les jeunes, c'est déjà arrivé quand ils changent de partenaires et qu'ils ont de petites difficultés et dans ce cas, il peut venir mais c'est rare. Mais venir que pour ça un jeune, ça c'est rarement vu. »*

Pour un médecin toutefois les patients ne semblent pas être enclins à discuter de ce sujet avec eux. Nous pouvons ainsi citer l'entretien 3 où le praticien signale *« Le patient aborde toujours le problème en fin de consultation, je pense qu'il attend une réponse rapide. C'est un peu lui qui nous presserait à la limite. Nous, on a envie de prendre le temps, de donner 20 minutes, une demi heure pour en parler, on sent que le patient, lui, en fait, il veut une réponse rapide à son problème. »*

Un autre médecin n'aborde pas ce sujet avec les patients. Cette fois, le frein vient du médecin. En effet, celui-ci considère que la normalité de la sexualité correspond à une perception propre au couple. Toutefois, bien que gêné de s'immiscer dans l'intimité du couple, il ne refuse pas son aide si le patient lui demande : *« Moi, je pense que ne veut être aidé que celui qui demande à être aidé. Ce n'est pas à nous d'imposer. Parce que le fait de m'immiscer dans quelque chose qui est très intime c'est comme ci on leur donne notre norme à nous. Donc moi, je pense que je suis très méfiant de ce qu'on impose du point de vue de normalité. »* (entretien 13)

Toutefois, nous avons mentionné plus tôt que la formation médicale initiale du médecin en matière de sexualité et de dysfonction sexuelle est assez limitée. Le médecin doit donc se baser sur les connaissances physiopathologiques, sur sa vie personnelle, sur son expérience professionnelle et, bien sûr, sur une formation médicale continue.

4. Demandeur de formation.

Une grande majorité des médecins questionnés sont intéressés par une formation complémentaire pour échanger leurs expériences sur le sujet et ainsi améliorer leur prise en charge.

Les médecins préfèrent tous recevoir cette formation sous la forme d'un EPU.

Parmi les médecins intéressés par la formation, quatre émettent toutefois une réserve selon la durée de celle-ci. En effet, la formation en elle-même les intéresse mais ils ne veulent pas lui consacrer trop de temps.

Ainsi, pour le médecin de l'entretien 5, le manque de temps en général freine son souhait de formation : *« Hou, alors là il ne faudrait pas que ça prenne beaucoup de temps...vous voyez déjà rien que là j'ai réfléchi avant de vous dire oui. »*

Une phrase de l'entretien 4 approfondit le problème de manque de temps : *« Plutôt une FMC, mais peu d'intérêt pour une formation dans ce domaine car ce n'est pas un sujet qui me passionne non plus et ça n'arrive pas tous les jours. Je n'ai pas énormément de demandes. Je pense qu'il y a d'autres formations plus prioritaires. »* L'entretien 10 rejoint cette notion : *« Alors, sûrement. Le seul problème, c'est que je suis intéressée par tellement de choses que*

je n'arrive pas à faire que je me dis...euh...avec tout ce qu'on nous sort comme trucs... ». Nous pouvons en déduire que le frein principal à une formation est un manque de temps à accorder aux diverses formations professionnelles d'où le choix de se concentrer sur des enseignements concernant des pathologies plus fréquentes et/ou semblant plus importantes.

Trois des médecins ne souhaitent pas recevoir de formations complémentaires sur le sujet. Deux d'entre eux pensent avoir des connaissances suffisantes sur le sujet « *Ben je n'ai pas l'impression que j'ai besoin d'une formation supplémentaire en tout cas.* » (entretien 15). Le troisième, à un an de la retraite, n'est pas demandeur de formation sur ce sujet comme sur un autre.

B. Tête à tête médecin – patient.

Tout rendez vous médical est l'occasion d'un échange entre le patient et son médecin. La prise en charge des difficultés sexuelles est un sujet particulier du fait de son caractère intime et personnel d'une part mais qui implique un couple d'autre part. La relation entre le médecin et le patient influence visiblement l'évocation de ce sujet.

1. Médecin « asexué ».

Les médecins interrogés sur l'influence de leur genre face à l'évocation de ce sujet ont souvent eu des difficultés à répondre à cette question. En effet, chaque médecin est différent et ne rédige pas de statistique sur le nombre de consultations au cours desquelles le thème de la sexualité a été abordé...difficile donc de définir l'influence du genre masculin ou féminin du médecin.

Quoiqu'il en soit, chaque médecin questionné a été confronté à ce sujet, les hommes comme les femmes.

Parmi notre échantillon, l'influence du genre du médecin n'a pas été abordée avec deux médecins hommes et un médecin femme n'a su se prononcer sur cette question. Notre échantillon ayant répondu à cette question se compose donc de douze médecins, répartis en sept médecins hommes et cinq médecins femmes.

Deux femmes sur cinq (donc un peu moins de la moitié des femmes) et quatre hommes sur sept (donc un peu plus de la moitié des hommes), soit la moitié des médecins interrogés tout sexe confondu, ont estimé que le genre du médecin n'influence pas la fréquence des demandes ; pour exemple, dans l'entretien 1: « *Non, je ne pense pas que le sexe du médecin change la situation, mes patientes et mes patients me parlent de leurs difficultés donc je pense qu'un homme en parlerait aussi bien à un médecin homme que femme.* »

Cette observation a même tendance à surprendre certains médecins : « *Oui, j'ai été toujours très étonnée parce que ...sachant qu'on était 2 associés, un homme et une femme, je pensais que les hommes préféreraient en parler avec mon associé homme alors que non....* » (entretien 9).

Mais quelles semblent être les raisons faisant supposer aux médecins que le genre du médecin ne dérange pas le patient face à ce sujet ?

Une première hypothèse évoquée serait que le patient s'adresse à un médecin et recherche donc des connaissances médicales, celles-ci n'étant donc pas liées au sexe du médecin. Nous

pouvons citer la réponse au cours de l'entretien 11 : *« Non, non, non. Il n'y a pas de soucis de ce côté-là. S'il y a un problème, on est médecin, on n'est pas plombier. S'il en parle au curé, il ne pourra rien pour lui, s'il en parle au plombier, il lui dira va voir ton médecin. Donc, non, je pense qu'il n'y a pas de frein. »*

Les patients abordent ce sujet intime avec leur propre médecin traitant, celui qu'ils connaissent depuis quelques temps et donc avec qui ils ont pu établir une relation de confiance. La relation de confiance serait donc plus importante que le genre du médecin. L'entretien 12 illustre parfaitement cette hypothèse : *« Mais je ne sais pas. Ici, on est un homme et une femme donc ils sont à l'aise avec le médecin qu'ils vont voir. Mais il y a aussi la possibilité de voir l'un pour un problème et de voir l'autre pour d'autres problèmes. Et mon associé ne voit pas des patients que je suis qui se seraient adressés spontanément à lui pour ça. »*

Concernant la dernière hypothèse, les praticiens ont pu observer que certains patients préféreront aborder les sujets en rapport avec la sphère génitale avec un médecin du même genre qu'eux tandis que d'autres seront plus à l'aise face au genre opposé. Cette affinité est propre au vécu de chaque patient. Ainsi, nous avons pu noter dans l'entretien 10 : *« Le fait d'être une femme...je pense qu'au contraire il y a des hommes qui se confieront plus auprès d'une femme...hein...je pense que parfois, comme le fait d'être une femme il y a certaines femmes qui ne voudront pas venir vous voir. Ca peut paraître...Je pense que c'est selon les individus aussi, je n'ai pas l'impression qu'il y ait de règle. »*

Ensuite, cinq médecins sur les douze pensent que les patients se confieront plus vis-à-vis d'un médecin du même genre qu'eux pour des questions de sexualité. Parmi ces médecins, trois sont des hommes, soit un tout petit peu moins que la moitié des hommes se prononçant sur l'influence du genre du médecin. Deux femmes, soit un peu moins que la moitié des femmes ayant répondu à la question, estiment qu'un patient homme préfère parler à un médecin homme en matière de sexualité.

Ces médecins ont l'impression que le patient se sentira plus gêné vis-à-vis d'un médecin femme que face à un médecin homme. Toutefois, ces médecins restent peu sûrs de leur proposition : *« Cela dit, je suis un médecin homme, parce que s'ils avaient un médecin femme, ils seraient surement plus gênés et je pense qu'ils iraient peut être voir quelqu'un d'autre...je ne sais pas...Je pense que maintenant les hommes qui en parlent, en parlent plus facilement. Je ne sais pas, non, c'est la question que je pose... »* (entretien 14)

Un des médecins a observé avoir plus de demandes concernant la sexualité de la part de ses patients que de celle de ses patientes. Il en déduit donc qu'en matière de sexualité, il serait plus facile d'en parler à un médecin de son genre. Aucune raison n'est donnée à cette observation.

Mais qu'en est-il réellement ? Est-ce le patient qui est plus ou moins à l'aise ou le médecin qui facilite plus ou moins le dialogue ? Rappelons-nous que les interactions entre les deux intervenants sont primordiales pour aborder un sujet intime.

2. Rôle de la réaction du médecin face à ce sujet.

Huit des quinze médecins mentionnent l'importance de la réaction du médecin face à la requête du patient. Sur ces huit médecins, trois sont des hommes et cinq sont des femmes. Nous observons donc que 5/6 des médecins femmes contre 1/3 des médecins hommes ont

spontanément parlé de l'importance de la qualité du dialogue médecin – patient face à ce sujet. Mais rappelons que le dialogue n'est pas juste composé des paroles mais également de la façon de les dire, du gestuel accompagnant les mots. Ainsi, d'après Paul Watzlawick, célèbre psychologue et base de l'école de Palo Alto, « On ne peut pas ne pas communiquer ». On communique même sans prononcer de mot, à travers notre attitude.

Ce sujet ne semble pas être abordé, de la part du médecin comme de celle du patient, de la même façon que n'importe quelle autre pathologie médicale : « *c'est vrai que ce n'est pas comme si on me parlait d'une angine* » (entretien 6) ou « *Ca, c'est une première chose car c'est quand même rare que ce soit exprimé comme un autre problème* » (entretien 12)

Il semblerait que le patient, ayant peur de gêner le médecin par sa requête, attende comme une approbation de celui-ci. Une fois le patient assuré de ne pas embarrasser son médecin, il se permet de se livrer sur ce sujet intime et visiblement souvent intimidant.

Nous pouvons ainsi citer l'entretien 2 « *Il y a des patients qui en parlent assez librement et lorsqu'ils se rendent compte que je ne suis pas du tout gêné sur le problème, ils continuent d'en parler assez librement.* » ou l'entretien 6 « *Souvent vous le mettez à l'aise dans la discussion, vous lui montrez que ça ne vous embarrasse pas et vous restez sur des notes libres, ce n'est pas gênant.* » ou encore l'entretien 10 « *Moi personnellement, ça ne me gêne pas mais je sens qu'ils vont être gênés donc j'ai toujours une façon de présenter en disant « ça ne vous dérange pas... » Et puis si vraiment ça vous dérange vous pouvez aller voir un homme.* »

Un dialogue est composé d'une part de la parole et d'autre part de l'écoute. Le médecin doit donc sembler libéré dans ses paroles mais doit également se montrer réceptif face à ce sujet. S'il semble vouloir interrompre la conversation, le patient pourrait penser avoir eu des paroles déplacées et risque de ne plus aborder le sujet. « *Cela dépend peut être de la réceptivité du médecin.* » entretien 5.

Ces deux éléments conditionnent la qualité du dialogue. Durant l'entretien 4, le médecin résume bien la situation : « *Je pense qu'il y a beaucoup de choses qui viennent de l'attitude du médecin après. Si le médecin a l'air de l'écouter, sans le juger, de ne pas rigoler, de ne pas se moquer de lui, effectivement, le patient va se sentir à l'aise et puis la suite va très bien se passer. C'est l'attitude du médecin en fait.* » ou encore durant l'entretien 8 : « *Je pense que ça dépend beaucoup de la qualité du dialogue qu'on peut avoir avec le patient, de la façon qu'a le thérapeute de se placer dans la discussion.* »

Nous avons parlé jusque là du rôle du médecin. Toutefois, un dialogue étant un échange, une interaction entre deux personnes, chacune a un rôle à jouer pour permettre le bon déroulement de cette conversation. Comme mentionné ci-dessus, le médecin pense avoir un rôle à jouer pour mettre son patient à l'aise. Mais ceci peut s'avérer plus ou moins facile selon l'attitude du patient comme le signale le médecin de l'entretien 10 : « *Eh bien, euh...gênée, je ne pense pas que je sois gênée...mais ça dépend avec qui. Il y a toujours des gens avec qui le feeling passe bien et d'autres qui peuvent vous gêner alors que...Mais je ne pense pas être spécialement gênée...mais enfin, c'est vrai que ce n'est pas comme si on me parlait d'une angine. En fait, je pense que j'ai toujours peur de ne pas réagir comme il faut, de paraître gênée, même si euh...enfin c'est vrai que ce n'est pas tout à fait simple.* »

Tout se déroule comme si le patient cherchait à recevoir l'autorisation d'aborder ce sujet de la part du médecin. Il ne parlera clairement de ces difficultés que si le médecin lui confirme que c'est un sujet dont il est prêt à parler.

Donc nous venons de voir l'importance de la réaction du médecin pour faciliter le dialogue face à un sujet semblant toujours quelque peu tabou. Cela laisse supposer que le patient doit avoir établi une relation de confiance vis-à-vis de son médecin pour oser aborder le sujet.

3. Importance de la relation de confiance médecin-patient.

Huit médecins sur les quinze ont spontanément abordé le sujet de la confiance entre le patient et eux. Parmi eux, cinq sont des hommes et trois sont des femmes. Donc un peu plus de la moitié des hommes et la moitié des femmes ont signalé l'importance de connaître les patients, d'avoir pu établir une relation de confiance avec eux pour faciliter une conversation sur ce sujet.

Cette relation de confiance s'est établie au cours du temps ; le médecin connaît bien son patient mais le patient connaît bien son médecin également.

Nous pouvons ainsi illustrer cet élément par les propos suivants :

Entretien 1 : *« le fait que je les connaisse depuis plusieurs années, que je sois d'âge mûr facilite la discussion. »*

Entretien 3 : *« Donc le fait qu'il l'aborde, je prends ça...c'est plutôt aussi une satisfaction pour moi, une preuve de confiance. »*

Entretien 7 : *« Non, c'est toujours des gens qu'on connaît. Du moins, chez moi c'est comme ça. Et si c'est le remplaçant, ils n'en parlent pas. Parce qu'ils me connaissent. Ils savent bien comment je me comporte. »*

Entretien 11 : *« Non, j'ai rarement des patients d'autres confrères qui viennent, qui ont peur d'en parler à leur médecin. Enfin jusqu'à nouvel ordre non. »*

Entretien 14 : *« Moi, je pense, plus facilement avec le médecin traitant. »*

Le patient, avant de se livrer sur son intimité, a besoin de se sentir en confiance. Le patient, à l'aise avec son médecin, ne sera alors pas embarrassé par ce sujet. *« Je connais bien les patients, non ça ne les gêne pas particulièrement. Quand j'en parle c'est que je pense que c'est le moment donc en général, non je n'ai jamais observé de gêne particulière. »* (entretien 8)

Grace à ce sentiment de confiance, le patient peut se livrer sans craindre de jugement et se sent rassuré de ne pas voir sa confidence ébruitée. D'autant plus qu'il arrive fréquemment que le médecin soigne la femme du patient également ; comme l'évoque le médecin de l'entretien 9 : *« J'ai déjà prescrit des traitements et le patient me faisait promettre...fallait surtout pas que sa femme soit au courant. »*

Nous avons donc vu que le dialogue à propos de difficultés sexuelles semble lié à deux éléments importants : - tout d'abord, le patient doit avoir confiance en son médecin pour oser aborder le sujet

- ensuite, le patient attend la réaction du médecin pour expliciter ses difficultés.

Mais quelle est la place de la partenaire du patient dans ces consultations ?

4. Sujet dans l'intimité d'un couple Médecin – Patient.

Au moment de la consultation, le médecin est souvent seul avec le patient. Ainsi, l'intimité du couple entre le patient et sa compagne va être discutée au sein d'un couple médecin patient. Treize des quinze médecins ont souligné l'absence fréquente de la compagne dans ces consultations et/ou parfois lorsqu'elle est présente, son désintérêt pour ce qu'elle ne considère pas comme un problème.

Le rendez vous en couple pour ce motif semble représenter la meilleure des situations pour certains médecins, mais également la moins fréquente. Ainsi, lors de l'entretien 2, il est dit *« Alors parfois, le conjoint est présent. Là je trouve que c'est bien car on peut sonder les aspirations des 2 membres du couple. Et souvent c'est plus efficace quand les 2 sont présents. Mais bon c'est là aussi la minorité des cas. Quand ils viennent à 2, en général, c'est que cela représente le motif de la consultation. »*.

Durant l'entretien 14, il est clairement exprimé la faible fréquence des consultations de couple pour ce motif : *« Je pense que le conjoint est souvent absent de la discussion. Parce que quand ils viennent à 2, c'est rare qu'ils en parlent quand le conjoint est là et quand ils viennent, ils en parlent quand ils sont tout seul. C'est rare que j'aie une consultation de couple. »*

Plusieurs raisons ont été citées pour expliquer l'absence de la compagne lors de ces rendez vous.

Tout d'abord, bien que concernant sa partenaire, certains patients ne veulent pas en discuter avec elle, au moins dans un premier temps. Ainsi, les médecins nous ont exprimé cette idée clairement dans l'entretien 2 : *« Bien que lorsqu'un homme nous parle de ses problèmes, ça doit rester dans le cabinet, ça reste un discours singulier entre le médecin et l'homme. Mais ils ont certainement toujours un doute ou une peur que les choses s'éventent. »*, également dans l'entretien 7 : *« Ah non, parce que là, il n'aime pas du tout qu'elle le sache. »* ou encore dans le 9 : *« J'ai déjà prescrit des traitements et le patient me faisait promettre...fallait surtout pas que sa femme soit au courant. »*

Mais la réciproque semble parfois vraie également : certaines femmes trouvant que leur compagnon présentent quelques difficultés en parleront au médecin en l'absence de leur mari, comme explicité au cours de l'entretien 15 : *« Ce n'est pas quand les 2 sont présents que la femme va s'exprimer. Je pense qu'elle s'exprimera en dehors de la présence de son mari. »*

Toutefois, les difficultés sexuelles restent une affaire de couple et laisser le partenaire dans l'ignorance peut également être délétère au sein du couple et pour la prise en charge. Ainsi, pour le médecin de l'entretien 12 : *« Donc je garde ce secret mais après je le lève, il faut le lever mais au départ j'aborde les choses. Mais il faut le lever ce secret parce que justement si ça reste tabou dans le couple, on ne peut pas avancer. C'est un peu schématique mais voilà. »*

Ensuite, certains médecins ont pu observer que parfois, l'homme est le seul demandeur, la femme n'ayant pas de raison de se plaindre de la situation, soit n'ayant que peu d'envies sexuelles soit étant satisfaite par son compagnon. Pour exemple, l'entretien 3 *« Dans ce cas là, l'homme en parle mais souvent la femme dit que pour elle il n'y a pas de problème et qu'il n'a pas besoin de médicament, que tout va bien... »* ou l'entretien 6 *« chez les gens de plus de 60 ans la demande peut être masculine avec une femme qui n'est pas toujours d'accord parce que bon ils ne vivaient pas, je pense, leur sexualité à deux. Donc ça arrange Madame qu'il ne puisse pas arquer. »*

Le médecin ne souhaite parfois pas rentrer dans les détails de la vie privée du patient, il ne pose alors pas forcément la question de l'avis de la compagne ni d'une éventuelle consultation de couple. Le médecin se méfie aussi d'une demande avouée comme étant au sein du couple mais qui en réalité concernerait une maîtresse voir des prostituées. Entretien 6 : *« Ou alors la demande est unilatérale parce qu'il a une maîtresse... »* ou bien entretien 9 : *« Non, je n'ai jamais demandé. Un patient m'a avoué que c'était pour aller voir les prostituées. »*

Les médecins considèrent majoritairement que les difficultés sexuelles concernent un couple, bien qu'ils ne prennent généralement en charge qu'un des deux partenaires. Un seul médecin considère que les difficultés sexuelles ne concernent que l'homme dans le sens où celles-ci provoquent chez lui un sentiment de dépréciation importante. Il se rattache ainsi au terme d'impuissance, fréquemment utilisé pour parler de dysfonction érectile : entretien 13 : *« Les troubles de l'érection, je pense que dans 99% c'est le problème de l'homme dans le sens où c'est lui qui se sent euh...le mot impuissance montre bien le côté puissance. Donc l'érection est une forme de pouvoir et les gens qui n'ont plus ce pouvoir se sentent diminués. »*

A travers sa profession, le médecin traitant est souvent amené à partager l'intimité de ses patients, mais ceux-ci veulent quand même garder une part de leur vie privée secrète. La présence de l'homme seul, sans sa femme, permet également pour lui de contrôler les informations qu'il souhaite donner.

Nous avons donc vu, jusqu'à présent, que pour qu'un échange de bonne qualité puisse se faire entre le patient et le médecin sur ce sujet, le patient doit, le plus souvent, être seul avec le médecin. Puis, le médecin doit avoir établi une relation de confiance avec son patient pour oser lui parler de sexualité. Enfin l'attitude du médecin face à la question évoquée doit encourager le patient à continuer le dialogue.

Mais lors de cette conversation, comment se fera le dialogue ?

5. Relation sans barrière.

a. Pas d'utilisation de questionnaires.

Les médecins souhaitent garder avec leur patient un échange direct, sans l'intermédiaire d'un questionnaire. Ce questionnaire est considéré comme faisant barrière entre le patient et eux et dépersonnalise l'entrevue. La consultation semble alors ressembler à une prise en charge informatique où le patient sélectionne un problème, un questionnaire sort et une fois les cases cochées, le diagnostic et le traitement sont établis. Ni le patient ni le médecin ne souhaite ce genre de relation. Cette notion est évoquée au cours de l'entretien 2 : *« Or si ma pratique médicale consiste, à chaque fois que le patient vient à identifier son type de problème, à rechercher la fiche correspondante et lui poser des questions...non je ne vois pas mon métier comme ça. Je m'en inspire bien sûr. Je pense que la médecine doit rester avant tout une relation entre le médecin et son patient et non pas une grille à remplir. »* ou dans l'entretien 4 : *« Je pense franchement que si on pose ce genre de questions formulées comme ça, les gens ne répondent pas. Ça fait peur et ce n'est pas facile à comprendre. Je pense qu'il vaut mieux parler à bâtons rompus avec le patient. Et on comprend très bien ce qu'ils veulent nous dire et eux savent très bien décrire leur trouble. Ce questionnaire crée une barrière quelque part. »*

Un autre argument contre l'utilisation des questionnaires est le manque de temps du médecin.

Il est certain que remplir une fiche est rapide. Mais dans la course contre le temps, il est logique d'éliminer les éléments considérés comme inutiles voir néfastes comme mentionné dans l'entretien 6 : *« Non, on n'a pas le temps de tout ça. Même si ça ne prend qu'une ou deux minutes, cumulé sur la journée...on n'a pas le temps de tout ça...Après faut rester naturel aussi. »*

Donc, lors des consultations, les médecins apprécient de pouvoir avoir un échange franc et direct avec le patient. Pour ce faire, le médecin et le patient doivent parler le même langage également.

b. Langage simple, sans terme scientifique.

Les patients vont parler de leurs difficultés avec leur langage propre, ils ne connaissent pas toujours le langage médical correspondant. Ce langage médical, s'il est connu n'a pas été intériorisé et ne pourra donc pas être utilisé spontanément pour un sujet aussi intime.

Ainsi, comme mentionné dans l'entretien 10 : *« Ben généralement, ils me disent que ça tient moins longtemps, que...enfin ils ne disent pas qu'ils ont des troubles de l'érection généralement. Ils disent qu'ils ont plus de mal ou...euh...ils commencent par me parler du fait qu'ils n'ont plus d'érection matinale...ou alors...euh...ben qu'ils n'arrivent pas à avoir un acte assez long...euh...Souvent c'est comme ça. »*

En retour, le patient apprécie également que le médecin discute avec lui en utilisant un langage qu'il peut comprendre. Un langage trop professionnel impose une distance entre le médecin, maîtrisant ce langage, et le patient qui se trouve alors en position d'infériorité. L'utilisation d'un langage simple, compris des deux parties est apprécié et du coup permet une meilleure efficacité dans la prise en charge comme mentionné dans l'entretien 7 : *« Il vaut mieux expliquer au patient avec nos mots et rien que le fait qu'ils sachent que ça va marcher, ça marche. Je pense même que si je leur donnais un placebo bleu, ça marcherait. »*

En résumé, le patient va voir son médecin, celui en qui il a confiance, quelque soit son genre d'après la majorité des médecins, puis il va attendre la réaction du praticien pour savoir si c'est un sujet dont il peut parler avec lui. Ensuite l'échange va se faire dans l'intimité du couple médecin patient, sans la partenaire, sans questionnaire, sans terme scientifique incompréhensible pour le patient.

La relation médicale, dans le cadre des difficultés sexuelles, reprend les bases de toute consultation médicale mais celles-ci ont une importance encore plus grande face à un sujet pas comme les autres....

C. Sujet médical...pas comme les autres...

1. Pathologie médicale.

Tous les médecins reconnaissent que les difficultés sexuelles sont un sujet de médecine générale. Citons par exemple l'entretien 1 : *« Il m'intéresse au même point que les autres pathologies de mes patients. »* ou l'entretien 3 : *« c'est de la médecine donc il n'y a aucun soucis. »*, l'entretien 4 : *« Pas de ressenti particulier, c'est un sujet comme un autre. Pas de*

crainte à aborder ce sujet, c'est un symptôme comme un autre. », ou encore l'entretien 12 : « Tout est sujet de médecine générale, y compris ça. »

Pour preuve, la consultation va se dérouler majoritairement comme toute consultation médicale : le patient énonce son problème, le médecin réalise un interrogatoire, un examen clinique, et va expliquer la prise en charge avec parfois bilan sanguin, un avis spécialisé et/ou une prescription médicamenteuse.

Lors de l'interrogatoire, le médecin cherche à distinguer les dysfonctions pouvant être d'origine organique. Il recherche donc les antécédents médicaux principalement cardio-vasculaires, la prise de traitements pouvant conduire à des difficultés sexuelles iatrogènes, un état dépressif... Le médecin va également se baser sur la relation au sein du couple et la persistance ou non d'érection matinale.

Citons ainsi l'entretien 2 : *« Quand il y a un trouble de l'érection, lorsque l'interrogatoire va pouvoir me faire préciser les choses, effectivement, je fais un interrogatoire, je connais les antécédents médicaux du patient, je connais son traitement, donc je vérifie déjà que ce n'est pas un effet secondaire d'un traitement. Je regarde s'il est hypertendu, s'il est diabétique et puis on va commencer un petit bilan cardiovasculaire ou métabolique en fonction de ses antécédents. »*

Ensuite l'examen clinique va généralement surtout s'orienter sur la recherche d'une pathologie cardio-vasculaire.

Un tiers des médecins ont déclaré prescrire un bilan biologique. Un seul précise ne recommander que très rarement un bilan et les autres n'ont pas spécifié leur attitude.

Selon le terrain, ils vont fréquemment proposer un bilan cardio-vasculaire auprès d'un cardiologue et/ou une consultation auprès d'un urologue afin de vérifier l'absence d'organicité. Puis vient la prescription médicale, celle-ci n'est pas systématique par ailleurs.

Rappelons par ailleurs la définition de la santé inscrite à la constitution de l'OMS en 1946 et inchangée depuis : *« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »*

La prise en charge des difficultés sexuelles est donc bien un sujet de médecine générale. Le médecin de l'entretien 6 exprime cette notion : *« Médical ? Oui parce qu'il y en a qui le vivent mal. Je pense que oui ça fait partie d'un épanouissement personnel, familial, à deux, une complicité, un moment de plaisir. »*

Ensuite, une grande part est accordée au caractère psychologique des difficultés sexuelles, soit comme étiologie à celles-ci soit comme facteur aggravant. Ainsi, plusieurs médecins signalent prendre le temps d'expliquer, de rassurer leur patient. Cela semble déjà être un élément de la prise en charge

La prescription, quand il y en a une, se doit d'être expliquée, peut être plus que pour tout autre traitement. En effet, cela va intervenir au sein du couple et ne doit pas être pris pour un traitement miracle. Le médecin de l'entretien 12 exprime bien les explications à fournir au patient pour que ces traitements n'aient pas d'actions délétères : *« Et sinon, on passe à un traitement type Cialis ou Viagra. Sans le prescrire initialement. J'explique le type de traitement, j'explique le coût quelques soient les patients que j'ai devant moi. Et puis comment ça se prend, comment ça peut entraver ou faciliter une relation sexuelle. A quel moment ça se prend etc.... Et voilà. Ce n'est pas le médicament miracle mais il faut que ça s'inscrive dans les préliminaires, le début de la relation etc.... Et puis je leur dis de réfléchir. »*

Le traitement sert, bien souvent, à la fois de réassurance pour le patient et de confirmation de l'origine psychologique pour le médecin.

Nous venons donc de voir le caractère médical de la prise en charge des difficultés sexuelles avec toutefois une première différence : l'importance du psychologique, de la réassurance et l'influence de cette pathologie, non pas uniquement sur le patient, mais sur le couple, la famille. Poursuivons à chercher ce qui la différencie des autres pathologies médicales.

2. Faible évocation du sujet par les médecins en dehors de pathologies médicales.

Lorsque nous avons demandé aux médecins s'il leur arrivait de demander aux patients s'ils souffraient de difficultés sexuelles, douze sur quinze déclarent poser la question aux patients lors de pathologies de type diabète, hypertrophie bénigne de prostate, artériopathie, dépression ou lors de traitement connu pour conduire à de fréquentes dysfonction sexuelles. Et même dans ce cadre là, la majorité ne questionne pas leur patient systématiquement.

Nous pouvons illustrer ces propos de quelques réponses des médecins :

Entretien 2 : *« dans certains cas c'est moi-même selon les types de pathologies et les types de traitement que le patient prend. Oui, sur certains traitements dont les effets secondaires sont connus sur l'activité sexuelle, là j'en parle mais ce n'est peut être pas de façon systématique. »*

Entretien 5 : *« Ca peut arriver, mais bon après tout dépend de la relation qu'on a avec les patients. C'est un peu particulier. Ca ne fait pas partie de l'entretien systématique pour moi...Je ne me vois pas poser la question de façon systématique. »*

Entretien 8 : *« Non, pas particulièrement. Ca dépend...non....parfois, dans les syndromes dépressifs, on parle de la baisse de la libido par exemple ; dans les difficultés conjugales, j'en parle aussi. Non, il n'y a pas de moment particulier...hormis ces 2 moments là. »*

Entretien 15 : *« Ca peut être moi qui aborde le sujet. Mais si je n'ai pas de point d'appel particulier, je ne l'aborde pas. »*

Deux médecins, un homme et une femme posent la question beaucoup plus fréquemment voir de façon quasi systématique. Ces médecins ont compris que nombreux patients sont embarrassés pour en parler et que les difficultés sexuelles sont un symptôme sentinelle du risque cardio-vasculaire et leur prise en charge améliore la qualité de vie du patient.

Citons ainsi la réponse d'un de ces deux médecins : entretien 12 : *« Alors systématiquement chez les patients diabétiques, chez les patients qui ont des problèmes d'artérite, d'artériopathie. Et puis, maintenant, volontiers chez les patients à partir de 50 ans. On parle de prostate, on fait du dépistage organisé. Ca c'est très discutable ; on en fait d'une façon éclairée et donc à ce moment là on parle volontiers de ce sujet là. »*

Un seul médecin, un homme, ne demande quasiment jamais à ses patients s'ils souffrent de difficultés sexuelles : entretien 14 : *« Non, en général je n'aborde pas le sujet. Je ne pose de question sur ce plan là. C'est eux qui en parlent. »* Il accepte d'en parler si le patient lui exprime ses problèmes mais n'abordera que très rarement le sujet de lui-même.

On a donc mis en évidence que peu de médecins vont penser à aborder le sujet avec leur patient en dehors de certains pathologies et parfois lors de certains traitements. Nous pouvons pourtant supposer que s'il s'agissait d'une pathologie comme une autre, la question serait posée plus souvent au moment de l'interrogatoire.

Mais le patient fait également une différence entre ce motif de consultation et tout autre motif.

3. Rarement motif de la consultation.

Le patient va consulter son médecin traitant lorsqu'il souffre de toutes sortes de symptômes tels toux, fièvre, vomissements, douleur, fatigue..... or pour treize des médecins les patients ne consultent que rarement ou jamais pour ce motif :

Entretien 2 : « *Et ce n'est jamais le motif principal de la consultation.* »

Entretien 3 : « *C'est quand même assez rare qu'il ne vienne rien que pour ça.* »

Entretien 5 : « *ce n'est pas le motif de consultation.* »

Entretien 12 : « *J'ai eu rarement...j'en ai eu...j'ai des patients qui viennent s'exprimer, qui prennent rendez vous pour parler de ça. C'est quand même assez exceptionnel.* »

Chez deux des médecins, un homme et une femme, les patients semblent aborder leur difficultés sexuelles au cours d'une consultation pour ce motif de façon systématique ou fréquente : entretien 4 : « *Ils vont aborder le sujet tout de suite, ils viennent pour ça. C'est une consultation qui est entièrement consacrée à ça.* » et entretien 7 : « *Il y en a qui viennent exprès pour ça. Sinon, c'est à la fin.* »

Pour onze des quinze médecins, sept hommes et quatre femmes, le patient va exprimer ses difficultés à la fin de la consultation. Donc pour 2/3 des femmes interrogées et un peu plus de 4/5 des hommes questionnés le patient ne va oser parler de sexualité que dans les quelques minutes précédant la fin de l'entretien médical. Pour quelle raison, le patient n'en parle pas avant ? Par gêne ? Par pudeur ? Parce qu'il ne considère pas le problème aussi important ou aussi médical ?...

Pour les médecins interrogés, il semblerait que la gêne qu'occasionne tout sujet portant sur les zones génitales engendre des difficultés pour aborder le sujet et donc le patient n'en parle que vers la fin de la consultation.

Illustrons ses propos par quelques paroles des médecins : entretien 2 : « *Dans la plupart du temps, j'ai l'impression que ça lui coûte. C'est pour cela qu'il en parle en fin de consultation lorsqu'il a réussi à ramasser suffisamment de courage pour lancer le problème.* » ou entretien 3 : « *Pour le patient, il n'y a jamais de moment ; c'est souvent à la fin de la consultation. Quand il va franchir le pas de la porte. C'est quand même assez rare qu'il ne vienne rien que pour ça. A la fin, à la fin quand il peut se sauver très vite (rire).* » ou entretien 6 : « *Ca c'est comme les femmes, à partir du moment où c'est sexe, poitrine, région pelvienne, c'est toujours après, entre deux. Toujours.* » ou encore entretien 11 : « *C'est souvent à la fin des consultations. A la fin. Il vient pour autre chose, il vient pour son diabète, il vient pour autre chose et là, la femme est avec lui et à la fin et elle lui dit « mais tu pourrais parler un petit peu de tes problèmes sexuels. Ah oui oui » et puis là, c'est là qu'il en parle.* »

Pour un des médecins, une femme, le patient aborde le sujet plus facilement vers le milieu de la consultation, il n'attend pas d'avoir la main sur la clenche : « *Je pense qu'ils ne le disent pas forcément au tout début, ils ne viennent pas pour ça. Mais ils vont quand même le dire au milieu. Ca dépend comme ils l'abordent. Ce n'est pas assez fréquent pour que j'aie vraiment une réponse.* » (entretien 10). La question du patient s'inscrirait plutôt dans le fil de la conversation durant l'examen.

Pour deux des médecins, les patients vont soit aborder le sujet dès le début de la consultation soit attendre plutôt la fin de celle-ci. Si la question est abordée dès le début, elle représente généralement le motif de venue du patient : entretien 1 : « *C'est variable, il y en a qui ont bien préparé leur truc et qui sont pressés de s'en débarrasser avant que ça n'éclate, d'autres plutôt en fin de consultations. Il n'y a pas de moment précis.* » ou entretien 7 : « *Y en a qui*

viennent exprès pour ça. Sinon, c'est à la fin. » . Dans l'entretien 1, on perçoit toujours cette notion d'embarras du patient pour parler de sexualité.

Donc, dans la majorité des cas, le patient abordera ses questions de sexualité au cours d'une consultation prévue pour un autre motif et à la fin de celle-ci. L'explication avancée serait que le patient se sent gêné par ce sujet. Ceci nous conforte que nous sommes certes face à une pathologie médicale mais que celle-ci diffère des autres.

4. Gêne ressentie par le patient pour évoquer le sujet.

Afin de confirmer l'hypothèse de la gêne du patient, nous avons demandé aux médecins, au cours des entretiens, quel était leur sentiment sur le ressenti du patient lorsqu'il évoque ces difficultés.

Pour neuf des quinze médecins, le patient ressent de la gêne au moment où il aborde le sujet. Ces neuf médecins sont composés de six hommes et trois femmes, soit 1/3 des médecins hommes interrogés et la moitié des médecins femmes questionnées.

Cet embarras peut être exprimé explicitement. Par exemple, entretien 3 : *« Il est un petit peu gêné et ça commence souvent par « Dr il faut que je vous parle d'un truc mais je suis un petit peu gêné ». Voilà, c'est toujours la phrase d'introduction. »*.

Dans d'autres cas, et comme signalé par quatre des quinze médecins, cette gêne est exprimée de manière indirecte en demandant de séparer la prescription d'IPDE-5 de celle du traitement usuel afin de pouvoir se rendre dans une pharmacie différente. Pour illustration, entretien 8 : *« Non, la gêne on va la sentir par exemple, souvent on demande si on prescrit sur deux ordonnances, la réponse sera souvent oui parce qu'ils ne vont pas dans leur pharmacie habituelle pour chercher le traitement. »*

Le gêne est donc face au médecin mais aussi face au pharmacien et aux autres clients de la pharmacie ; le médecin de l'entretien 14 signale par ailleurs : *« En général, ils préfèrent avoir autre chose que du Viagra car quand ils vont à la pharmacie c'est moins connu, ça se repère moins. Donc du Cialis ou du Levitra ça leur va mieux. »*

Par contre, pour quatre des quinze médecins, les patients sont à l'aise. Deux sont des femmes soit un 1/3 des médecins femmes sondées et deux sont des hommes soit un peu plus d'1/5 des médecins hommes interrogés. Pour quelle raison, ces médecins considèrent que leurs patients ne sont pas embarrassés par les sujets de sexualité ? Plusieurs raisons ont été évoquées :

D'une part, le patient a été rassuré par le médecin et a donc pu évacuer une éventuelle gêne : entretien 6 : *« Souvent, vous le mettez à l'aise dans la discussion, vous lui montrez que ça ne vous embarrasse pas et que vous restez sur des notes libres, ce n'est pas gênant. »*

D'autre part, le sujet peut ne pas être tabou pour le patient : entretien 12 : *« Mais...et puis il y a des gens qui sont très à l'aise et qui décrivent ce qui leur arrive. »*

Enfin, plus que la gêne, le patient peut exprimer un sentiment plus fort et notamment un besoin de réponse à leur question : entretien 15 : *« Non, non, pas gêné non. Mais interrogatif. »*

Ceci nous rappelle le rôle du médecin pour limiter l'embarras du patient.

Notons une remarque intéressante au cours de l'entretien 12 : *« Ça dépend lesquels mais ils sont rarement très gênés donc je me dis que c'est pour ça qu'il faut qu'on aborde le problème. »*. Cela nous laisse supposer qu'une des raisons pour lesquelles le médecin n'aborde pas le sujet avec son patient est la peur de l'embarrasser...mais n'est ce pas

également malgré tout parce que lui-même n'est pas aussi à l'aise avec ce sujet qu'il le prétend ?

Enfin, pour deux des médecins, une femme et un homme, le ressenti du patient est propre à chacun ; pour certains, le sujet n'est pas tabou et le patient ne semble ressentir aucune gêne particulière. Pour d'autres patients, la sexualité reste un sujet délicat et ils ont des difficultés pour en parler. La culture de chaque personne, son éducation lui permettrait ou non d'aborder les questions de sexualité aussi librement que tout autre sujet.

D. Sexualité et médicalisation.

1. Le couple patient et sa compagne face au médecin.

a. Compagne à l'origine de la demande.

La place de la femme dans la demande de prise en charge des hommes est variable selon les médecins. En effet, pour six des médecins, ce n'est pas exceptionnel qu'elles parlent des difficultés de leur partenaire voir même elles l'expriment souvent. Pour cinq des médecins, elles en parlent peu voir quasiment jamais. Pour les quatre médecins restant, lors de consultations de couple, il arrive que le sujet soit abordé ; la femme étant alors présente mais sans spécifier si celle-ci est l'instigatrice ou non de la discussion.

Concernant les praticiens signalant la femme comme étant régulièrement à l'origine de la demande, quatre sont des femmes et deux sont des hommes. Nous pouvons donc remarquer que sur les six femmes de l'échantillon médical, les deux tiers considèrent que les compagnes vont signaler les difficultés sexuelles de leur compagnon. Par contre, cette situation ne se présenterait que pour moins d'un quart des médecins hommes. Citons par exemple l'entretien 5 : « *Souvent les femmes des patients.* », l'entretien 7 : « *Contrairement à ce que l'on pense, il y a des femmes demandeuses. Des femmes de 65-68 ans demandeuses(...). Alors soit elles viennent seules parce que lui n'ose pas soit ils viennent à deux. Ce n'est pas le plus fréquent mais c'est comme ça.* » ou encore l'entretien 10 : « *Alors, ça arrive que ce soit les femmes effectivement...ou alors « ma femme m'a dit de vous en parler ».* »

Le genre du médecin influencerait-il cette demande féminine ?

A l'opposé, les médecins pour lesquels la demande féminine est rare voire nulle sont des femmes seulement pour une des six médecins femmes de l'échantillon contre quatre sur les neuf médecins hommes interrogés. Donc près de la moitié des médecins hommes ne voient que très peu de femmes leur parler des difficultés sexuelles de leur partenaire. Ainsi, au cours de l'entretien 3, le médecin signale « *Dans ce cas là, l'homme en parle mais souvent la femme dit que pour elle il n'y a pas de problème et qu'il n'a pas besoin de médicament, que tout va bien...* » et lorsque nous demandons si elle a déjà été confrontée à une femme évoquant des difficultés chez son compagnon, elle répond : « *Non, jamais, quoi pour ma part jamais.* ». Citons également l'entretien 13 : « *Non, les femmes jamais. Les femmes sont tranquilles tant qu'on ne les embête pas. Je n'ai jamais eu des femmes qui proposaient...non très rarement...je ne pense même pas...* » et l'entretien 15, un peu plus mitigé : « *Quelques unes oui, il y en a quelques unes qui disent « il n'osera pas vous en parler mais j'aimerais bien que ... ».* »

Enfin, pour quatre des médecins, une femme et trois hommes soit 1/6 des médecins femmes et 1/3 des médecins hommes, les femmes sont parfois présentes lors de la consultation au cours de laquelle les difficultés sexuelles seront évoquées mais sans précisions sur qui aborde le sujet. Par exemple, l'entretien 2 : *« Alors parfois, le conjoint est présent. Là je trouve que c'est bien car on peut sonder les aspirations des 2 membres du couple. Et souvent c'est plus efficace quand les 2 sont présents. Mais bon c'est là aussi la minorité des cas. »* ou l'entretien 4 : *« Parfois, ils viennent à 2. La plupart du temps, les messieurs viennent seuls. Mais ça m'est déjà arrivé de voir les 2 et ça venait tout à fait librement dans le cadre de la consultation. »*. Il semblerait donc que la consultation de couple dans ce cadre soit considérée comme une preuve de discours au sein du couple et d'unité de celui-ci. Ces consultations semblent donc un atout pour la prise en charge. Mais quelle va être le rôle de la partenaire face aux difficultés sexuelles de son conjoint ?

b. Place de la compagne.

Le médecin est souvent face à un patient seul ; or les difficultés sexuelles masculines impliquent nécessairement le couple. Comment le médecin perçoit-il la place de la conjointe, bien souvent absente de la consultation ? Celle-ci serait variable selon l'avis des médecins. Lorsque le patient parle de difficultés sexuelles, certaines femmes contredisent leur conjoint. Leur rapport actuel les satisferait ou elles apprécieraient de ne plus avoir de rapport. Ainsi, dans l'entretien 6 : *« En général chez les couples, surtout certains couples, quand on discute avec les femmes sur ce qu'elles en pensent, elles disent « oh vous savez pour le nombre de fois où j'ai pris mon pied ». »* ou entretien 14 : *« Mais je sais que quand on a des couples, des couples d'un certain âge souvent, la conjointe dit que ce n'est pas un problème si ça ne fonctionne pas. Mais c'est souvent le partenaire qui est plus gêné par le fait que... qu'il ne puisse plus avoir de rapport sexuel. »*

A l'opposé, certaines femmes seraient, comme vu précédemment, à l'origine de la demande.

Face aux difficultés du patient, la réaction de la femme semble importante. Elle a un rôle de soutien, de compréhension, de réassurance pour éviter l'aggravation des troubles et permettre une nette amélioration. En effet, le patient face à un épisode de « panne » peut perdre confiance en lui, avoir peur d'échouer la fois suivante. Si sa partenaire peut en discuter sereinement avec lui, banaliser cette difficulté et le rassurer sur sa masculinité, elle va limiter le risque d'une nouvelle dysfonction et/ou en limiter l'impact psychologique. Il s'agit bien, par cet aspect, d'un problème de couple. L'entretien 8 illustre bien cette interaction : *« Elle est importante. Surtout chez le jeune en fait. Quand c'est plus psychologique qu'organique. Quand c'est un problème plus organique, prostatique par exemple, la place du conjoint sera autre ; elle sera plus en termes de soutien. Dans la première tranche, elle sera plus dans la réassurance. »* ainsi que dans l'entretien 15 : *« Ah ben oui, parce qu'effectivement, il peut y avoir....un homme qui n'a plus d'érection, il perd confiance, il se sent vraiment nul, il se déprécie. Et donc si sa femme est coopérative, qu'elle comprend un peu son problème, que son problème ce n'est peut être pas que un problème de machine qui ne marche plus, ça aide. »*

Donc le médecin se trouve généralement face à un patient seul mais dans le cadre d'une pathologie impliquant un couple. Le médecin est-il consulté dans le but de conseils et de réassurance ou plutôt afin d'obtenir uniquement un traitement non accessible sans ordonnance ?

2. Médecin rassurant et/ou médecin prescripteur ?

Le médecin peut avoir deux fonctions lors d'une consultation pour difficultés sexuelles : le patient peut consulter à la recherche d'une source médicale fiable pouvant répondre à ses interrogations mais il peut également venir afin d'obtenir un traitement parfois présenté comme la solution miraculeuse aux problèmes sexuels. Bien sûr, les deux peuvent s'associer. Nous avons demandé au médecin, selon leur expérience personnelle, ce que les patients souhaitent principalement lorsqu'ils consultent pour ce motif.

Parmi les quinze médecins consultés, neuf considèrent que les patients chercheraient plutôt à obtenir des renseignements, une réassurance. Sur ces neuf médecins, quatre sont des femmes et cinq sont des hommes. Donc, 2/3 des femmes de l'échantillon de médecins et plus de la moitié des hommes de ce même groupe pensent que leurs patients sont surtout en attente de soutien psychologique et de connaissances médicales. Par exemple, lors de l'entretien 1 il était mentionné : *« Je n'ai souvent pas besoin de prescrire de traitement, le fait d'en parler, de rassurer aide. »* ou dans l'entretien 4 : *« Donc ils en parlent mais ils ne viennent pas en disant je veux du Viagra ou je veux du Cialis. Ils demandent d'abord une explication ; est ce que c'est normal, ça n'a pas bien marché cette fois ci, j'ai des soucis, est ce que ça peut jouer... »* ou encore entretien 9 : *« Ils demandent quand même d'être rassuré et des conseils. Et d'ailleurs, le comprimé pour eux, ben ça les rassure, surtout que je leur dis que si c'est une cause plus psychique, le comprimé va relancer un petit peu la machine. Ce qui va les rassurer. »*. Nous pouvons donc objectiver que les femmes sont plus nombreuses que les hommes à émettre cette hypothèse.

Par contre, pour quatre des quinze médecins, une femme et trois hommes, estiment que leurs patients viennent chercher principalement une ordonnance pour un traitement efficace. Ainsi, parmi les quinze médecins, 1/6 des femmes et 1/3 des hommes rapportent que leur patients sont intéressés principalement par un traitement médicamenteux. La proportion des hommes émettant cet avis est donc cette fois nettement majoritaire. Citons ainsi l'entretien 2 : *« la solution à leur problème se résume à la prescription de ce comprimé. »*, l'entretien 3 : *« Je pense que lui attend une ordonnance de produits dont il a entendu parler par la presse etc....et qu'il ne peut pas acheter sans ordonnance. »*, l'entretien 11 : *« Ben eux ils préféreraient prendre la pilule miracle mais avant de prendre la pilule miracle, il faut leur expliquer que cette pilule miracle sert à rien s'il y a d'autres problèmes sous jacents. »* ou le 13 : *« C'est quand on a terminé qu'il demande « Docteur, vous ne pouvez pas me prescrire... ». C'est jamais « Docteur j'ai un problème ». »*

Seulement deux médecins, un homme et une femme, considèrent que la demande est variable selon les patients. L'entretien 12 illustre bien cette idée : *« Les 2. Ceux qui demandent un comprimé miracle, on va leur dire qu'on en parlera plus tard. Et ceux qui demandent une réassurance peut être qu'à un moment donné on parlera de comprimé. »*

Enfin, notons par ailleurs que plusieurs médecins ont spontanément mentionné utiliser le traitement médicamenteux comme moyen de réassurance et comme test diagnostique. Comme dit dans l'entretien 6 : *« Chez les gens épanouis qui ont une sexualité équilibrée, parfois il y a effectivement des pannes et là les produits qui existent sont intéressants. Ils en prennent une ou deux fois, ça permet de les rassurer et après ils sont repartis sur leur sexualité d'avant. »* ou le 7 : *« quand ils n'y arrivent pas une fois, après c'est la chute libre. Et dans ce cadre là, ce type de médicaments fonctionne très bien car il remet les gens en condition. Et ils n'en prennent pas tout le temps. »*. Ainsi, en leur permettant de retrouver une sexualité épanouie, le traitement rassure le patient sur ses capacités organiques et lui redonne confiance en lui, rendant alors ce même traitement inutile.

Il semblerait donc que, pour certains patients, ils parlent de leur difficulté sexuelles à leur médecin afin d'obtenir un traitement. Ceux-ci consulteraient ils leur médecin si ces traitements n'existaient pas ?

3. Importance de l'existence d'un traitement.

Huit des quinze médecins ont signalé l'importance de ce traitement dans l'évocation du problème. En effet, pour ceux-ci, le patient parle plus facilement de son problème car il sait qu'une solution existe.

Cinq médecins hommes et trois médecins femmes soit un peu plus de la moitié des généralistes hommes interrogés et la moitié des femmes médecins sondées considèrent que l'apparition de ce traitement a effectivement libéré la parole des hommes (voir de leur partenaire) sur ce sujet source fréquente de souffrance.

Illustrons cela de quelques citations des paroles des médecins interrogés : entretien 2 : *« C'est-à-dire que pour eux, la solution à leur problème se résume à la prescription de ce comprimé. Alors oui, ça a peut être entraîné une démarche de certains hommes qui ont l'espoir d'avoir trouvé une solution miraculeuse à leur problème. »* ou entretien 4 : *« Pour moi, ils abordent le sujet plus facilement, ça c'est sûr...parce qu'ils savent qu'il existe quelque chose. Mais non, je n'ai pas de patient qui demande juste une prescription de Viagra. »* ou enfin l'entretien 12 : *« Ah oui. Mais oui. Vous voyez c'est important comme question, je vous voulais vous en parler spontanément. Les gens en parlent parce qu'ils savent aussi qu'il y a des solutions. »*

4. Evolution depuis la médiatisation.

La médiatisation du Viagra® lors de sa découverte a permis de parler du problème et de faire entendre aux patients que leur médecin peut les aider. Depuis, plusieurs campagnes sur les dysfonctions sexuelles ont été réalisées avec le même objectif : faire que les personnes qui en souffrent vont oser en parler. Donc l'apparition du traitement a donné l'espoir d'une solution aux patients mais à également permis de banaliser le sujet, de faciliter la parole des hommes sur ce sujet.

Les huit médecins cités précédemment ont donc observé une évolution des demandes avec l'évocation plus fréquente du sujet depuis la mise sur le marché de ce traitement. Un autre médecin homme a remarqué cette évolution suite à l'effet de la médiatisation ; le sujet est alors devenu un peu moins tabou. On peut donc évaluer que 2/3 des médecins hommes et que la moitié des femmes signalent une augmentation des demandes ces dernières années.

Cinq médecins, 3 hommes et 2 femmes, signalent pourtant ne pas avoir vu de différence dans la fréquence des demandes depuis la découverte des traitements. Donc, sur notre échantillon de médecins, 1/3 des hommes et 1/3 des femmes n'ont pas observé de changement depuis la médiatisation des IPDE-5. Pour ceux-ci, le sujet serait évoqué en cas de souffrance, qu'il existe un traitement ou non et avancent pour cela le faible pourcentage de patient sous traitement.

Pour exemple, citons l'entretien 13 : *« Non, pas tellement. C'était à la mode au début, quand c'est sorti. Et comme j'ai dit, les gens voulaient essayer. Après, c'est vraiment du coup par coup. Je pense que les gens viennent faire la demande quand ils sont un peu démunis. »* ou le 15 : *« Non, très sincèrement non. C'est effectivement médiatisé mais la demande n'est pas énorme. »*

La médiatisation des difficultés sexuelles semble donc majoritairement avoir eu un effet positif sur la demande des patients. Toutefois, beaucoup des patients ayant des difficultés sexuelles ne prennent pas de traitement. Quel peut être les freins à l'utilisation des IPDE-5 ?

5. Freins majeurs au traitement.

Quatre médecins, trois hommes et une femme, ont spontanément signalé que le coût du traitement peut être un frein vis-à-vis de la prise de celui-ci. En effet, ce traitement reste relativement cher et de nombreuses personnes ne semblent pas être prêtes à payer ce tarif dans ce cadre là. Ceci est bien mis en évidence dans l'entretien 6 : *« Ils ne sont pas habitués à payer. C'est générationnel ça. Un jeune paie, un vieux ne paie pas. Les gens de 60-70 ans, comme ce n'est pas remboursé, ne veulent pas payer pour ça. Ils ont du mal car ça fait cher le coup. »*

Un médecin a signalé également la gêne que peut représenter l'intrusion de ce traitement au sein du couple, celui-ci risque en effet d'entraver la relation si des explications claires n'ont pas été données. L'utilisation de ce traitement doit se faire après un temps de réflexion et de discussion afin d'éviter ce risque : entretien 12 : *« J'explique le type de traitement, j'explique le coût quelque soit les patients que j'ai devant moi. Et puis comment ça se prend, comment ça peut entraver ou faciliter une relation sexuelle. A quel moment ça se prend etc.... Et voilà. Ce n'est pas le médicament miracle mais il faut que ça s'inscrive dans les préliminaires, le début de la relation etc.... Et puis je leur dis de réfléchir. »*

IV. Discussion.

A. Discussion sur les pratiques médicales.

Les médecins interrogés ont mentionné ne pas avoir eu de formation initiale satisfaisante sur le sujet et ne pas connaître les recommandations de l'AIHUS.

Toutefois, ceux-ci ont, dans l'ensemble, une pratique médicale correspondante à ces mêmes recommandations.

Différentes études, dont celle de Sonzini L. (43) par exemple, confirment également que les médecins se sentent insuffisamment formés pour écouter leurs patients leur parler de difficultés sexuelles. De même, concernant la formation médicale pour la prise en charge des difficultés sexuelles et les traitements qui s'y rapportent, les médecins avouaient déjà un manque de formation dans d'autres études comme celle de Humphrey (25) entre autres.

L'auto-formation, la formation médicale continue et le bon sens leur apportent les connaissances nécessaires à la prise en charge des difficultés sexuelles.

Les médecins interrogés sont majoritairement pour une formation supplémentaire sous la forme d'un EPU. Mais ceux-ci émettent une réserve face à cette formation : les difficultés sexuelles représentent une faible part de leur activité et ils préfèrent donc suivre des formations pour des pathologies plus fréquentes ou considérées comme plus graves.

Ces dernières années, le sujet des dysfonctions sexuelles a été régulièrement évoqué. Plusieurs revues de médecine générale ont rédigé des mises au point concernant les éléments directifs pour la prise en charge des dysfonctions sexuelles. Différentes publications révèlent également les dernières études mettant en évidence les freins aux consultations concernant la sexualité.

B. Sujet encore tabou.

1. Côté médecins.

Comme nous l'avons vu lors des résultats, tous les médecins interrogés considèrent que les difficultés sexuelles sont un sujet de médecine générale et affirment ne pas être gênés par le sujet. Mais nous pouvons émettre un doute quand à cette affirmation. En effet, seuls deux médecins sur les quinze osent demander spontanément à tous leurs patients s'ils souffrent de dysfonction érectile. Les autres médecins ne vont questionner que les hommes souffrant de pathologies favorisant la survenue de difficultés érectiles telles que diabète, artériopathie sévère ou dépression. Un seul médecin ne questionne jamais ses patients sur ce sujet. Il ne souhaite pas s'immiscer dans l'intimité du couple du patient. Il estime qu'un patient souffrant des difficultés osera lui spécifier ce symptôme.

Or ces éléments vont à l'encontre des dernières études sur le sujet. En effet, en se basant sur l'étude de P. Costa, réalisée en 2002 sur 10 000 hommes (13), d'une part, 94% des hommes consulteraient s'ils souffraient de dysfonction érectile se répétant et plus de 70% estiment qu'il s'agit d'un symptôme à surveiller et à prendre en charge. Or, 63% de ceux-ci avouent qu'il leur serait difficile d'aborder le sujet avec leur médecin. Ceci explique le faible pourcentage des hommes consultant leur médecin dans ce cadre (moins d'un quart des hommes concernés). Le médecin généraliste serait le professionnel de santé auquel ces hommes s'adresseraient en priorité. D'après cette enquête, les patients souhaitent discuter du problème mais craignent de l'évoquer par gêne, tabou, et ils souhaiteraient donc que le médecin aborde le sujet. Si ce n'est pas fait, un grand nombre des patients se résignerait et subirait les troubles sexuels comme une fatalité avec les répercussions connues sur son bien être et dans sa vie de couple.

Ensuite, bien que les médecins disent ne pas être gênés par le sujet, les paroles de plusieurs de ceux ci laissent toutefois un doute. L'exemple le plus explicite est l'entretien 10 : *« Eh bien, euh...gênée, je ne pense pas que je sois gênée...mais ça dépend avec qui. Il y a toujours des gens avec qui le feeling passe bien et d'autres qui peuvent vous gêner alors que...Mais je ne pense pas être spécialement gêné...mais enfin, c'est vrai que ce n'est pas comme si on me parlait d'une angine. En fait, je pense que j'ai toujours peur de ne pas réagir comme il faut, de paraître gênée, même si euh...enfin c'est vrai que ce n'est pas tout à fait simple. »*

A travers cette phrase, nous pouvons ainsi nous demander qui est le plus gêné et quelle est la vraie raison à celle ci : le patient est gêné parce que le sujet l'embarrasse ou parce qu'il a peur que ce sujet ne puisse embarrasser son médecin ? De même, le médecin attribue de la gêne au

patient, mais cette gêne ne correspond elle pas à une projection de son propre embarras ? A partir de là, en cherchant à rassurer le patient, le médecin tranquillise probablement le patient tout autant que lui même.

2. Côté patients.

Lors de notre étude, 60% des médecins perçoivent de la gêne dans l'attitude de leur patient. Seuls 27% des médecins considèrent leurs patients à l'aise vis-à-vis de ce sujet. Enfin 13% des médecins estiment que le sentiment de gêne est variable selon leur patient.

Cette sensation d'embarras s'observe à travers leur attitude, dans la façon d'aborder le sujet – à travers les mots ainsi que par le fait d'attendre la fin de consultation - et dans la demande fréquente de prescription sur une ordonnance à part.

Cette étude rejoint donc les précédentes, réalisées à plus grand échelle comme l'étude de P. Costa (13) citée précédemment. Une autre étude mondiale mettait également en évidence qu'environ 10% seulement des patients souffrants de dysfonction sexuelle bénéficieraient d'une prise en charge médicale. Ce faible pourcentage serait, d'après cette enquête, lié principalement à la complexité de la sexualité, les tabous, les perceptions culturelles incluant la peur des effets secondaires, le manque de traitements satisfaisants et l'acceptation de ces troubles comme étant des manifestations normales du vieillissement (15).

En matière de sexualité, les habitudes n'évoluent que lentement. Les médias mettent en évidence une sexualité sans tabou mais, dans la population générale, les mœurs évoluent plus lentement. Rappelons toutefois l'importance d'une sexualité épanouie pour le bien être général du patient et de sa famille et donc la nécessité d'une prise en charge en cas de dysfonction érectile.

C. Place de la médicalisation dans la sexualité.

Les différentes études ont toutes mis en évidence la volonté de la part des patients de parler de leurs difficultés sexuelles. Environ la moitié des patients parleraient de celles-ci à un médecin en priorité et le médecin généraliste est le praticien cité de manière préférentielle. Toutefois malgré cela, peu de patients osent aborder le sujet et encore moins sont traités de façon médicamenteuse.

L'étude Zénith réalisée en 2005 et portant sur la sexualité des Belges de 50 ans détaille parfaitement l'importance du médecin généraliste dans cette prise en charge (2). Ainsi, dans la population étudiée, 48% des patients se confiaient à leur partenaire et 47% à un médecin dont 33% à un médecin généraliste et 14% à un spécialiste. Mais, en se basant sur le sous groupe des patients ayant déjà été confrontés à des difficultés sexuelles, le rapport entre le médecin et la compagne se modifie et le médecin serait consulté en priorité pour 51% des patients avec toujours une nette prédominance pour le généraliste.

L'intervention du médecin est donc reconnue comme nécessaire et est acceptée par les patients et leur compagne. Mais qu'en attendent les patients ?

D'après notre étude et selon l'avis médical, les patients semblent majoritairement venir en quête de conseils, d'explications et de réassurance ; le traitement par IPDE-5 faisant souvent partie de la réassurance.

Le secrétaire d'Etat à la santé avait demandé l'avis du Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE) en 1999 concernant la mise sur le marché du Viagra® (11). Lors de la mise à disposition de ce médicament, l'inquiétude s'est portée sur le risque de la médicalisation de la sexualité, la référence à une certaine performance sexuelle. Le CCNE a donc cherché à établir le risque éventuel d'un tel médicament et l'encadrement nécessaire à sa prescription afin de limiter un éventuel effet délétère. Ainsi, il insiste sur la répercussion des troubles sexuels sur le couple et donc la nécessité d'impliquer la partenaire à la prise en charge afin de ne pas créer de questionnement chez celle-ci face à une reprise d'une sexualité auparavant défaillante. Toutefois, dans notre étude, peu de médecins intégraient la compagne dans la prise en charge des dysfonctions sexuelles.

Le second point abordé par le CCNE est l'importance de l'interrogatoire détaillé. Ceci permet de comprendre l'origine du trouble et de connaître la motivation exacte de la demande : désir de performance, réelle souffrance conjugale, problème de désir plutôt que dysfonction sexuelle vraie... afin de répondre correctement au besoin du patient. Dans notre étude, la majorité des médecins posait le minimum de questions nécessaires pour comprendre l'origine du trouble évoqué mais peu de ceux-ci approfondissent le sujet avec une certaine peur de trop rentrer dans l'intimité du couple. Ils semblent ne pas vouloir connaître les détails de la demande (pour le couple, pour des relations extra conjugales...) et signalent que le patient protège son intimité. Il sera intéressant de voir la position du patient sur ce sujet afin de savoir si le patient veut réellement se protéger ou si le médecin a peur de découvrir des informations qu'il ne souhaite pas connaître. 20% des médecins ont même signalé spontanément que leurs patients peuvent hésiter à parler de leur dysfonction par peur que celui-ci n'en discute avec sa compagne. D'après les médecins interrogés, il semble persister un tabou au sein du couple sur ce sujet.

Le CCNE insiste enfin sur la nécessité d'explications détaillées à fournir avant d'aborder la prescription éventuelle d'un traitement et lors de celle-ci. En effet, toute intrusion médicale dans le domaine de la sexualité peut soulager le patient de sa souffrance mais peut également avoir des effets délétères sur sa sexualité. De plus, la prescription médicamenteuse ne remplace pas une prise en charge étiologique et notamment psychologique sous peine de retarder une éventuelle guérison. De nombreux médecins de mon étude considèrent que de nombreux troubles sont liés à des difficultés psychologiques et apportent une grande importance à la réassurance du patient.

A l'heure d'internet, deux médecins de notre étude ont signalé la vente sans surveillance médicale par le biais d'internet. Cette vente présente trois risques principaux : masquer un symptôme non négligeable, le risque d'un produit non conforme et le risque en cas de contre indications non respectées. Cette facilité d'obtention non sécurisée doit rappeler encore une fois l'importance que le patient puisse discuter de ce problème avec son médecin et visiblement que celui-ci aborde le sujet spontanément.

D. Un symptôme sentinelle.

Les dernières recommandations dont celles de l'AIHUS (1) et différentes publications récentes dont l'étude JAMA (45) présentent la dysfonction érectile comme un symptôme

sentinelle, un marqueur pouvant permettre un dépistage précoce de maladies telle qu'une affection cardio-vasculaire, un diabète, une dépression, une hypertrophie bénigne de la prostate, un cancer prostatique, un déficit androgénique. Ainsi la dysfonction érectile devrait être considérée comme un possible signe d'ischémie au même titre qu'un angor ou une claudication intermittente et mériterait la réalisation d'examen complémentaires.

Cependant aucun médecin de mon échantillon ne mentionne cet aspect. Tous savent que ces pathologies peuvent entraîner une dysfonction sexuelle mais n'utilisent pas le dépistage de dysfonction érectile comme moyen efficace de dépister précocement ces mêmes pathologies. Il semble donc que soit cette information n'a pas encore été intégrée soit les difficultés pour aborder le sujet prédominent.

E. Synthèse concernant l'apport de notre étude côté médecin.

Tout d'abord, rappelons que les difficultés sexuelles en général sont bien considérées par les médecins généralistes comme un sujet médical. Les médecins interrogés étant par ailleurs unanimes sur ce point.

Notre étude confirme la part du médecin dans cette prise en charge et l'importance de la relation de confiance médecin – patient dans celle-ci. L'âge du médecin semblant faciliter la confiance du patient.

Malgré la domination d'internet comme moyen d'information dans la société actuelle, les patients semblent toujours se référer à leur médecin pour obtenir des réponses fiables sur différents sujets et même les sujets délicats de la sexualité.

Les médecins semblent conscients de leur rôle pour favoriser la discussion sur ce sujet. Ils ne semblent malheureusement toujours pas prêts à aborder eux-mêmes le sujet spontanément avec leur patient sans pathologie.

Bien que les médecins considèrent que les difficultés sexuelles sont un problème de couple, la compagne semble toujours trop souvent exclue de la prise en charge. Ceux-ci reconnaissent l'importance de la compagne dans l'évolution de la pathologie mais ne l'intègrent directement qu'exceptionnellement. Les médecins n'osent que peu souvent questionner leur patient sur leurs rapports conjugaux et les patients ne souhaiteraient pas se confier sur ce sujet.

Nous ne détaillerons pas à nouveau la persistance d'un embarras autour de ce sujet ; celui-ci restant tabou aussi bien à l'intérieur du couple du patient qu'entre le médecin et le patient.

Enfin, les médecins confirment la faible fréquence de prescription d'IPDE-5, en rapport d'après eux à un faible besoin : pour la majorité des médecins, le patient attendrait surtout de la réassurance et l'utilisation de ce traitement serait souvent inutile ou juste momentanée dans le but de réassurance.

Enfin, le coût du traitement a été mentionné comme un frein à l'utilisation de celui-ci et ce plus souvent que l'intrusion d'un médicament au sein d'une relation intime et devant rester spontanée.

F. Limites.

Pour commencer, nous pouvons préciser quelques limites quand à la réalisation de cette étude. En effet, lors de la sélection des médecins, plusieurs médecins ont refusé ma visite en spécifiant ne pas être concerné par le problème. Au vu de la prévalence non négligeable de cette pathologie, un médecin n'ayant jamais été confronté au problème semble surtout ne pas être ouvert à cette discussion.

Ensuite, notre échantillon médical ne se compose que de quinze médecins. Cette étude ne peut donc bien sûr qu'expliquer ou non des études déjà réalisées et faire apparaître des tendances à confirmer éventuellement sur un échantillon bien plus important.

Nous nous sommes aperçus que la réalisation d'un entretien n'est pas aussi aisée que l'on pourrait se l'imaginer...Ainsi, ce n'est bien souvent qu'en retranscrivant les entretiens que nous pensions à des questions qu'il aurait été intéressant de poser.

Enfin, pour réaliser un entretien de meilleure qualité, il aurait été utile que celui-ci soit plus long. Mais le manque de temps des médecins et notre manque d'expérience ont limité le temps des entretiens à environ un quart d'heure.

3 ème partie

I. Présentation de l'enquête côté patients.

Au cours du chapitre précédent, nous avons donc cherché à définir la vision des médecins concernant les consultations pour dysfonctions sexuelles. Nous allons, dans ce chapitre, nous pencher sur l'avis des patients. Cela nous permettra ensuite de comparer les deux points de vue et, ainsi, de confirmer ou non notre hypothèse de départ.

Nous avons donc interrogé des hommes pour connaître les ressources qu'ils pourraient utiliser en cas de difficultés sexuelles. Savent-ils que leur médecin généraliste est également présent pour ce genre de problème ?

A l'aide d'un petit guide d'entretien comportant une dizaine de questions, nous avons cherché à comprendre la vision du patient concernant leur comportement en cas de difficultés sexuelles.

Nous avons abordé avec eux la question de la connaissance : à leur avis, le médecin traitant est-il compétent face à ce sujet ? Pourra-t-il répondre à ces questions et gérer le problème ? Sert-il d'intermédiaire pour consulter un spécialiste ? Et lequel ? Le patient recherche-t-il plus une prescription ou une connaissance ?

Le questionnaire abordait aussi le ressenti : le patient se sent-il embarrassé pour aborder ce sujet ? Lui semble-t-il que le médecin soit gêné par ces questions ? La facilité à aborder le sujet peut-elle être influencée par le genre ou l'âge du médecin ?

Nous avons également demandé aux hommes leur avis concernant la place de leur conjointe dans ces consultations et dans la prise en charge.

Ce questionnaire reprend donc principalement les questions que nous avons posées aux médecins lors de l'enquête précédente.

Nous nous sommes confrontés à d'importantes difficultés concernant le recrutement des patients. En effet, la réalisation de ces entretiens nécessitait une pièce close pour que le patient ose répondre à des questions sans craindre d'être entendu par d'autres personnes. Afin de ne pas prendre trop de temps pour la réalisation de ces entretiens, il était important d'avoir la possibilité de réaliser ceux-ci assez rapidement. Ainsi, devoir attendre sur place plusieurs heures sans le moindre entretien nous aurait trop retardé dans notre travail.

Nous avons ainsi pu interroger quinze patients dans le centre de médecine préventive de Nancy, après accord des différents responsables. Les entretiens duraient de dix à quinze minutes environ.

II. Matériel et Méthode.

1. Population cible.

Nous avons réalisé cette seconde enquête auprès d'hommes dans un centre de médecine préventive.

Initialement, nous avons cherché un recrutement plus varié afin de limiter les biais de sélection. Mais suite à différentes difficultés, nous avons décidé de réaliser ces entretiens auprès des hommes consultants au centre de médecine préventive de Nancy.

Nous avons ainsi à faire à des hommes d'origine et de classes sociales différentes mais ayant comme point commun d'avoir tous accepté un suivi en centre de médecine préventive.

Nous avons décidé de ne pas mettre de limite d'âge afin d'obtenir le maximum d'informations et éventuellement mettre en évidence une différence d'opinion selon l'âge.

Nous avons donc interrogé 15 hommes, âgé de 31 à 74 ans. L'âge moyen étant de 56.8 ans pour un âge médian de 60 ans.

Nous n'avons établi aucune sélection concernant les pathologies de ces patients. A la différence de nombreuses études, nous avons décidé d'avoir un échantillon représentatif de la population générale et de ne pas établir de restriction à un groupe à risque tel que les diabétiques, les artéritiques, les paraplégiques ou les patients ayant des pathologies prostatiques.

Nous avons voulu également inclure une diversité culturelle mais ceci n'a pas été complètement réalisé. En effet, nous n'avons pas pu interroger plusieurs patients étrangers à cause de difficultés de langage et un problème de compréhension des deux côtés.

2. Entretiens avec les patients.

a. Choix des patients et prise de contact.

Nous avons souhaité initialement trouver un mode de recrutement le plus neutre possible. Toutefois, la nécessité de s'isoler pour ne pas freiner la parole des personnes interrogées a limité le mode de recrutement éventuel (impossibilité de réaliser ces entretiens dans la rue, dans un supermarché, dans une pharmacie...). Nous avons été intéressés par une sélection dans les établissements français du sang. Toutefois, nous nous sommes heurtés à un refus. En effet, les donneurs de sang sont déjà importunés par le nombre de questions portant sur leur sexualité (afin de limiter le risque infectieux). Ils souhaitent donc ne pas majorer l'importance des questions sur la sexualité de peur de rebuter d'éventuels donneurs de sang.

Nous avons évoqué la possibilité de réaliser une partie des entretiens dans des centres d'activité (MJC, clubs troisième âge, club sportif, club d'échec...). Le hasard du calendrier a rendu cette source impossible car nous étions alors durant les grandes vacances d'été, période durant laquelle ces activités s'arrêtent et période trop longue pour nous permettre d'attendre la reprise.

Nous avons donc effectué les entretiens dans le centre de médecine préventive de Nancy. Il avait été convenu avec les responsables du centre que je viendrais réaliser ces entretiens entre midi et quatorze heures, période durant laquelle nous n'interférerions pas avec l'activité du service.

Nous nous présentions rapidement auprès des patients en leur expliquant que nous souhaitions leur poser quelques questions pour un travail de thèse en médecine générale et, s'ils acceptaient, nous allions dans un bureau où nous leur expliquions le sujet de cette thèse et le genre de questions auxquelles ils allaient devoir répondre. Nous les informions également que leur témoignage resterait strictement anonyme. Une fois ces explications fournies, nous leur demandions à nouveau leur accord avant de commencer les entretiens.

Il est intéressant de noter qu'aucun patient abordé n'a refusé de s'entretenir avec nous.

b. Réalisation des entretiens.

Nous avons préparé les entretiens en réalisant un guide d'entretien (cf. annexe 5), afin de ne pas oublier de questions importantes.

Suite à l'accord du patient et après l'avoir informé de la présence du dictaphone, de son droit de refuser cet entretien et après lui avoir signalé l'anonymat et la confidentialité de ces entretiens, nous pouvions donc débiter ceux-ci sereinement.

Les patients n'ont pas eu l'air particulièrement gêné de la situation. Ils ont répondu à nos questions (cf. annexe 5) au cours d'un tête à tête durant environ 10 à 15 minutes.

L'entretien était prévu semi directif, s'est avéré bien souvent plutôt directif. La brièveté de l'entretien et notre manque d'expérience dans la réalisation de ceux-ci n'ont pas permis de libérer suffisamment la parole des patients.

Une fois les entretiens réalisés, nous retranscrivions fidèlement les paroles échangées lors de ceux-ci en réécoutant l'enregistrement.

c. Méthode d'analyse des entretiens.

Après la retranscription des entretiens, nous avons pu les analyser.

Comme pour l'enquête auprès des médecins, nous avons procédé à une analyse thématique de contenu pour extraire les informations obtenues.

Ayant utilisé la même méthode pour ces entretiens que pour ceux réalisés auprès des médecins, nous ne détaillerons pas à nouveau celle-ci.

III. Résultats.

A. Place du médecin généraliste dans la prise en charge des difficultés sexuelles masculines.

1. Interlocuteur médical privilégié.

En interrogeant les patients, nous avons pu nous apercevoir qu'un seul patient n'en parlerait à personne et donc également à aucun médecin, spécialiste comme généraliste.

Parmi les autres patients, le médecin généraliste est le premier confident médical en cas de difficultés sexuelles dans 60% des cas. En effet, pour neuf des quinze patients de l'enquête, le médecin généraliste serait le médecin consulté prioritairement.

Citons ainsi Mr H.A, 35 ans pour qui la réponse à la question : « *Préférez-vous en parler à votre médecin traitant ou à un autre médecin ?* » ne fait pas de doute : « *Non, au médecin traitant.* » ou Mr R.R, 62 ans : qui répond à la question : « *En cas de question de sexualité ou de petites pannes, à qui vous adresseriez vous ?* » par « *Déjà mon amie, je pense. Et puis après le médecin traitant bien sûr.* »

Par contre, pour quatre des hommes de ce sondage, il semble plus naturel de consulter un spécialiste, un sexologue pour trois d'entre eux et un urologue pour un seul d'entre eux.

Par exemple, la réponse de Mr F.S, 31 ans, à la question : « *Dans le côté médical, j'ai cru comprendre que vous vous dirigeriez plutôt vers un sexologue en première intention que vers votre médecin généraliste ?* » est « *Euh, oui. Oui c'est ce que je pense.* » ou citons Mr F.M, 67 ans « *Enfin, je sais que si vraiment j'ai un problème, j'irai voir un sexologue. Et puis c'est tout.* »

Un des patients, ne peut se prononcer. En effet, il hésite entre la facilité qu'apporte le fait de connaître son médecin généraliste et son probable manque de compétences dans ce domaine. Il n'arrive donc pas à se décider entre son médecin généraliste ou un sexologue comme premier interlocuteur médical.

Si l'on se penche sur les patients s'orientant spontanément vers un médecin généraliste, il est intéressant de noter que pour deux d'entre eux, ce médecin ne serait pas leur médecin généraliste. Cela représente 2/9 des patients qui consulteraient un médecin généraliste. Ainsi, pour Mr L.J, 66 ans, « *Oui voilà. Mais quand c'est traitant, on le voit donc c'est mon médecin. On préférerait voir un autre médecin peut être.* » Nous lui avons demandé quelques précisions : « *Vous seriez plus à l'aise avec un médecin que vous ne connaissez pas ?* » auxquelles il a répondu : « *Un homme comme ça, oui.* » Pour Mr O.E, 74 ans, le problème vient également de la gêne qu'il ressent face à son propre médecin : « *Parce que le médecin que l'on a actuellement, c'est un homme d'un certain âge aussi et qui impose un peu quoi.* »

Ensuite, parmi les patients souhaitant consulter prioritairement un médecin généraliste pour ce motif, il faut signaler que 5/9 vont le solliciter afin d'être orienté vers un spécialiste. Parmi ces cinq patients souhaitant voir un spécialiste, 2 citent le sexologue, 2 autres l'urologue et un ne se prononce pas, avouant ne pas connaître le spécialiste compétent dans ce domaine.

Ainsi, nous pouvons citer Mr B.C, 68 ans « *J'irai consulter. Je demanderai à mon médecin traitant qui faut aller voir.* » ou Mr R.R, 62 ans : « *Ben, ils sont en médecine générale, donc ça veut dire ce que ça veut dire. Donc je pense que peut être, aller voir un spécialiste, il serait plus compétent.* » ou encore Mr G. JM, 54 ans : « *Mais autrement, je verrai mon médecin quand même. Ou un spécialiste hein. Je pense qu'il m'orienterait quand même.* »

2. Influence du genre et de l'âge du médecin.

La très grande majorité des patients interrogés ne prêtent pas attention au genre ou à l'âge du médecin, celui-ci est vu comme un médecin et non comme un homme ou une femme.

Parmi les patients considérant le médecin comme un professionnel « asexué et sans âge », nous pouvons citer les dires de Mr S.L 32 ans : « *En fait, moi ça ne me pose pas de problème, donc n'importe.* » ou Mr R.R 62 ans : « *Non, du tout. C'est un médecin. Bon, on ne fait pas trop la différence. Ils ont leur compétence.* » ou Mr D.M 62 ans : « *Ah ben pas pour moi, non. Un médecin, c'est un médecin.* »

Détaillons ces réponses. Concernant l'âge du médecin, 12 des patients interrogés, soit 12/15 de ceux-ci, considèrent que l'âge du médecin ne change rien quand à leur facilité à discuter de ce sujet.

Parmi les 3 autres, un seul, Mr F.S, 31 ans, se sentirait plus gêné face à un médecin de moins de 50 ans. Ainsi, il déclare : « *Oui. Ben je dirais que je ferais plus confiance à un homme d'une cinquantaine d'année. Plus jeune, je serais moins à l'aise.* »

A l'inverse, les 2 autres se sentent intimidés face à un médecin assez âgé.

Ainsi, pour Mr F.M, 67 ans « *Un jeune, peut être qu'il serait plus à même d'en discuter, je ne sais pas.* ». Pour Mr O.E, 74 ans, ne souhaite pas en parler à son médecin actuel car « *Parce que le médecin que l'on a actuellement, c'est un homme d'un certain âge aussi et qui impose un peu quoi.* » et il explique « *Quelqu'un de plus jeune, c'est certain, ce ne serait pas pareil parce que bon ben c'est dans l'air du temps presque.* » et « *Non, quand même, les médecins jeunes, j'en ai eu avant. C'est vrai, ils sont beaucoup plus ouverts. On discute, presque comme des amis quoi, avec des médecins de maintenant, de médecins actuels. Alors que les anciens médecins, le médecin c'était comme le bon Dieu. Quand il arrivait chez vous, fallait faire le grand jeu dans tous les domaines.* »

Concernant le genre du médecin, onze patients, soit 11/15, n'apportent aucune préférence quand au genre du médecin.

Quatre patients ont une préférence quant au genre du médecin avec lequel discuter de ce sujet. Parmi ceux-ci, un seul, soit 1/15 des personnes interrogées se sentirait plus à l'aise face à un médecin femme, mais sans grande conviction. Ainsi, Mr J.L 50 ans se demande : « *Peut être plus facile envers une femme. Peut être.* »

Les trois autres, soit 1/5 d'entre eux, avouent être plus à l'aise face à un médecin du même genre qu'eux. Ainsi, Mr F.S, 31 ans, avoue une préférence discrète : « *Homme. Bien qu'en sachant que la femme serait peut être plus fine dans l'écoute* ». A la question « *Vous seriez plus à l'aise avec un médecin que vous ne connaissez pas ?* » Mr L.J, 66 ans, répond spontanément « *Un homme comme ça, oui.* ». Enfin, pour Mr O.E, 74 ans, discuter de ce sujet à une femme, même s'il s'agit avant tout d'un médecin, ne semble pas envisageable : « *Mais, pour une femme, non, cela ne me viendrait jamais à l'idée de parler de cela à une femme.* »

3. Interprétation des compétences du médecin généraliste.

Les patients ont un avis très partagé concernant la formation du médecin généraliste pour la prise en charge des difficultés sexuelles masculines.

Plusieurs patients considèrent le médecin généraliste comme un professionnel compétent mais ne connaissant que les généralités dans la majorité des pathologies et les patients préfèrent donc être orientés vers les spécialistes pour des domaines plus précis. Ainsi, sept des quinze patients considèrent que le médecin traitant n'est pas ou que partiellement compétent dans ce domaine. Ils supposent que leur médecin les orientera vers un spécialiste pour pouvoir explorer le problème de façon approfondie.

Citons ainsi Mr J.L 50 ans : *« Dans les généralités, il peut être bon, mais dans quelque chose d'assez pointu peut être qu'il ne sera pas aussi bon qu'un spécialiste. »* ou Mr R.R 62 ans : *« Ben, ils sont en médecine générale, donc ça veut dire ce que ça veut dire. Donc je pense que peut être, aller voir un spécialiste, il serait plus compétent. »* ou encore Mr G.JM 54 ans : *« Ben, compétent, non, c'est un généraliste. Bon, généraliste, je ne dis pas que c'est un mauvais médecin, au contraire, je ne me plains pas. Mais je pense que j'en parlerai avec lui pour qu'il m'oriente vers quelqu'un de compétent en la matière quoi. »*

Nous pouvons également illustrer ceci par les propos de Mr A.M 58 ans : *« Euh...je ne pense pas. Je pense que ce serait plus des expériences personnelles ou...je ne sais pas si ça fait partie des études. (...) Je pense que si elle ne sait pas, elle m'orienterait vers un spécialiste comme pour le reste. »*

Un d'entre eux, Mr D.M 66 ans, a déduit la compétence limitée de son médecin de son expérience personnelle : *« Je ne pense pas. Je ne pense pas. Parce que moi il m'a fait voir par l'urologue, il m'a redirigé vers l'urologue. »*

Six des quinze patients supposent que le médecin généraliste est compétent pour prendre en charge leurs difficultés sexuelles. Donc pour 2/5 des hommes interrogés, la sexualité et ses difficultés fait partie des aptitudes du médecin.

Ainsi, pour Mr L.J, 66 ans : *« Je peux penser parce qu'il est assez âgé. Donc, plus proche de la retraite, donc je pense...quoi je ne sais pas...la jeunesse est mieux formée aussi certainement aussi donc... »*

Mr C.S, 58 ans pousse sa réflexion plus loin: *« Je pense que oui. Je pense que oui. Disons que je mets du temps parfois à choisir. A chaque fois que j'ai eu à changer de lieu de ...à me déplacer, j'ai du choisir mon médecin traitant. (...). Le généraliste, ben pourquoi ? Parce qu'il a une formation générale. Et il est passé par toutes les étapes. S'il est généraliste, c'est qu'il est capable de gérer n'importe quelles situations entre guillemets. Il est capable de détecter, même si après il va orienter vers un spécialiste, le généraliste, c'est le meilleur parce que c'est lui qui fait les diagnostics, c'est lui qui va orienter si besoin. Donc c'est lui qui doit être le meilleur. »*

Deux hommes sur les 15 de notre échantillon n'ont absolument pas su se prononcer sur cette question.

Ainsi, Mr F.M 67 ans avoue: *« Je ne sais pas. Alors là, je ne veux pas prendre position là-dessus. Je me trompe peut être vraiment beaucoup mais je n'en sais rien. »* et Mr O.E 74 ans : *« Ah ça je ne sais pas. Je ne peux pas vous dire. Je n'en ai pas la moindre idée. »*

B. Sujet tabou.

1. Démarche difficile pour le patient ?

Les patients avouent dans l'ensemble que le sujet de la sexualité reste un sujet tabou. Toutefois, nous avons pu observer que l'influence de ce tabou n'est pas si marquée.

L'analyse des entretiens met en évidence que neuf patients sur quinze, soit 3/5, seulement se disent réellement mal à l'aise pour aborder ce sujet.

Comme le dit Mr H.G, 60 ans : *« Non, ben oui, j'ai peur d'en parler et puis ça ne me dérange pas comme maintenant j'ai 60 ans, je n'ai plus 25 ans. »*

Cela se traduit souvent par des difficultés à consulter pour ce sujet : Mr H.A, 35 ans avoue ainsi : *« En parler au médecin traitant, honnêtement, il faudrait que je sois...Non...Personnellement non. Si je suis poussé par ma femme pour le faire, alors oui. Mais de mon propre chef, non, je n'irais pas en parler directement à un médecin traitant. (...) Je pense que faire le premier pas, oui ce sera difficile. »*

Les patients préfèrent également évoquer le problème durant une consultation pour un autre motif, après avoir réussi à amasser suffisamment de courage, comme pour Mr J.L 50 ans : *« C'est sur que si on aborde le sujet, on fait le déplacement pour autre chose et qu'en fin de conversation, on place ça discrètement, gentiment, c'est peut être plus simple pour moi. »*

Les patients signalent d'eux même une éducation durant laquelle la sexualité est restée un sujet tabou, comme l'exprime clairement Mr J.L 50 ans : *« Non non, on garde un peu ça pour soi si vous voulez. Peut être parce que je suis un homme. Peut être, mais d'une tranche d'âge...par le passé c'était, on va dire un sujet tabou donc...je vois les jeunes de maintenant qui parlent avec leur parents de sexualité. Je trouve ça très bien, mais nous, ça ne se faisait pas. On ne savait pas ce qui se passait entre le papa et la maman parce que c'était comme ça. Et donc, ben forcément, quand j'ai des questions à ce sujet ben je les garde pour moi. Je ne me vois pas le faire, hein, je ne vous cache pas, d'aller voir quelqu'un ni un proche, encore un médecin ça pourrait, mais pour moi ça serait difficile à faire comme démarche. »*. Mr F.M, 37 ans, évoque également ce problème de tabou : *« Ben si j'avais vraiment des problèmes je serais bien obligé de le faire. Mais je suis à un âge où ce problème sexuel a été un peu tabou à mon époque. C'est tout, c'est la seule raison. »*

Les six autres patients, soit 2/5, considèrent que le sujet serait facile à aborder. Et trois de ceux-ci déclarent consulter pour ce motif si besoin, sans que cela ne pose de difficulté.

Ainsi, Mr R.R, 62 ans, a déjà vécu cette situation : *« Je pense que oui, je ferai une consultation spécifiquement pour ça parce que je...J'ai eu le cas parce que j'avais pris un médicament qui n'était pas compatible et pis, je me suis aperçu que je n'arrivais plus...et puis là, ça m'a inquiété justement et je suis allé voir mon médecin traitant. Je lui en ai parlé tout de suite. Et il a changé le médicament. Et ça c'est bien passé. »*

Pour Mr A.M, 58 ans, le sujet de sexualité est un sujet comme un autre dont on peut parler au médecin sans difficulté : *« Donc, on parle de tout. S'il y avait des soucis de ce côté-là, je pense qu'on en parlerait aussi. »*

La difficulté à aborder le sujet tient aussi à son interlocuteur. Ainsi deux patients, soit 2/15 des patients ou 2 patients sur les 9 se disant gênés, se sentent moins intimidés de parler à un médecin plus jeune. Mr O.E, 74 ans, exprime ainsi : *« Quelqu'un de plus jeune, c'est certain,*

ce ne serait pas pareil parce que bon ben c'est dans l'air du temps presque. (...) C'est vrai, ils sont beaucoup plus ouverts. On discute, presque comme des amis quoi, avec des médecins de maintenant, de médecins actuels. »

Il semblerait que, contrairement à ce que l'on pourrait penser, ce ne sont pas les plus âgés qui admettent avoir des difficultés pour aborder le sujet. En effet, la moyenne d'âge des patients avouant se sentir mal à l'aise pour débiter une conversation sur la sexualité est de 52 ans avec une médiane à 54 ans contre 63 ans de moyenne et 64 ans de médiane pour les patients parlant de sexualité comme d'un autre sujet.

2. Evocation du sujet par le médecin ?

Les médecins de 13 des 15 hommes interrogés n'ont jamais demandé à leurs patients s'ils souffraient de difficultés sexuelles. C'est-à-dire que dans 86.7% des cas, le patient ne s'est jamais vu poser de questions sur sa sexualité lors de ses visites auprès de son médecin traitant. Seuls 2 patients ont été sondés quand à la qualité de leur vie sexuelle.

Pourtant, à la question : *« Seriez vous gêné si votre médecin vous demandait si vous souffriez de difficultés sexuelles ? »*, 13 patients répondent par la négative. Seuls deux d'entre eux avouent qu'ils n'apprécieraient pas trop cette démarche mais cela ne les dérangerait que peu. Nous devons également signaler qu'un des patients ne se sentant pas gêné par cette question, suppose que d'autres patients pourraient y être. Ainsi, pour Mr J.L 50 ans : *« Moi pas forcément. Mais est ce que s'il pose la question systématiquement, il ne va pas y avoir des gens qui seront gênés...mais ce n'est pas une grosse gêne. Non, moi ça ne me gênerait pas. »* A l'inverse, un des patients s'avouant être dérangé si son médecin lui posait cette question, émet quand même une petite restriction : Mr L.J 66 ans précise : *« Un petit peu, oui, un petit peu. Oui, mais bon, c'est parce que je n'en ai pas. Mais au niveau sexuel, on serait peut être un petit peu dérangé. »*

Nous avons poussé la réflexion un peu plus loin, en demandant aux patients s'ils pourraient apprécier que leur médecin leur demande de temps en temps s'ils souffrent de difficultés sexuelles. Sept des quinze patients déclarent qu'ils pourraient être soulagés par une telle démarche s'ils présentaient des difficultés sexuelles. Ils admettent que cela pourrait même les aider.

Illustrons cette observation par les propos de Mr S.L 32 ans : *« Je pense que s'il m'avait posé la question, cela m'aurait intéressé. »* ou de Mr H.A 35 ans : *« Ca faciliterait les choses. »* ou encore Mr O.E 74 ans : *« Offfff, oui et non. Enfin, peut être que oui. Oui ça viendrait de la part du médecin, peut être que ce serait plus facile. »*

Mr H.G, 60 ans, souffre de dysfonction érectile mais n'en a jamais parlé à son médecin et semble dans l'attente de discussion et d'aide dans ce domaine. Il mentionne : *« Ben, il m'en parlerait, oui, on en parlerait quoi. Mais, c'est-à-dire, que l'urologue le sait mais on n'a jamais approfondi la chose quoi. »*

Le médecin de Mr G. JM, 54 ans, lui a déjà demandé s'il présentait des difficultés sexuelles et celui-ci a apprécié cette démarche. Ainsi, lorsque nous lui demandons s'il a été soulagé que son médecin lui en parle, il répond : *« Oui, quand même. Parce que dès fois, je ne dis pas, on ne voudrait pas trop en parler quand même. Ce n'est pas des trucs dont on parle*

couramment. Quoi que moi je suis quand même quelqu'un qui est ouvert, quand même. De toute façon quand y a vraiment quelque chose, y a pas vingt solutions hein. Mais euh non, il m'en parle. »

3. Sujet tabou mais discussion non gênante ?

Nous avons ainsi pu observer que les patients reconnaissent majoritairement que ce sujet est toujours tabou dans la société actuelle. Le plus difficile semble être de commencer la conversation. En effet, nous allons voir que la gêne lors de la conversation est bien moins importante.

Ainsi, neuf patients se disaient gênés pour aborder le sujet mais seulement trois déclarent être mal à l'aise pour discuter de ce problème. Autrement dit, seulement 1/5 des patients continuent de se sentir embarrassés par le sujet une fois la conversation débutée, contre 3/5 de ceux-ci qui se déclaraient gênés pour évoquer le sujet.

Nous pouvons toutefois remarquer que Mr J.L, 50 ans, se déclare non embarrassé pour parler de difficultés sexuelles avec son médecin mais précise quand même : *« Ca me rassure qu'il ne m'embête pas... enfin vous voyez, qu'il ne me pose pas trop de questions sur le sujet parce que ça me permet de ne pas trop lui répondre. »*

De même, Mr O.E, 74 ans, se dit à l'aise sur le sujet et que cela ne le dérange pas d'aller chercher du Viagra dans sa pharmacie habituelle, mais il signale quand même : *« C'est ma femme qui fait les « courses » donc il n'y a pas de problème. Elle prend l'ordonnance et puis ça passe. »*

Ces trois patients déclaraient déjà qu'il leur serait très difficile de signaler les difficultés sexuelles à leur médecin.

A l'opposé, pour douze des quinze patients, discuter de difficultés sexuelles, une fois la conversation débutée, ne semble plus poser de problème ; avec toutefois les quelques réserves déjà mentionnées.

Citons par exemple Mr A.M 58 ans qui est tout à fait à l'aise : *« Non, je ne pense pas. Non, pas plus que quand j'avais une aspérité suspecte sur un testicule, ni elle ni moi n'étions gênés. Ça fait partie du job. »* ou Mr V.G 71 ans : *« Oh, non. Ma doctoresse, vous savez, elle me tâte les parties parce que j'ai été opéré, vous savez, d'une hernie et puis, ben c'est elle qui me fait les...les machins....moi ça ne me gêne pas que ce soit une femme. Ça ne me gêne pas. »*

Nous pouvons donc constater que six des hommes, soit 2/5 des interrogés, ne seraient gênés que pour aborder le sujet mais ne le seraient plus une fois la conversation amorcée.

Concernant la gêne que pourrait ressentir le médecin, neuf des patients (3/5) considèrent que leur médecin n'est pas importuné par le sujet.

Ainsi, comme le dit Mr F.M, 67 ans : *« Je ne sais pas, je ne sais pas parce que s'il est médecin, il doit de temps en temps en parler quand même. Autrement, je ne dirais pas qu'il ne prendrait pas la médecine mais enfin bon, il doit en parler de toute façon parce qu'il y a des gens qui y sont certainement pour des troubles sexuels et puis voilà quoi. »*

Un seul des hommes, soit 1/15, pense que le médecin pourrait être gêné de parler de sexualité avec lui.

Trois patients préfèrent ne pas se prononcer, ils avouent n'avoir aucune idée sur le sujet. Enfin, deux n'ont pas répondu à la question.

4. Discussion entre amis ?

Nous avons cherché à savoir si les hommes parlent entre eux de difficultés sexuelles. Dix des hommes de notre échantillon ont répondu clairement à cette question. Pour sept d'entre eux, soit 70% des répondants, les hommes ne parlent pas de difficultés sexuelles entre eux.

Il semblerait que le sujet ne peut pas être évoqué de façon sérieuse entre hommes et que ceux-ci n'osent pas parler de difficultés sexuelles par peur de se sentir diminué.

Ainsi, citons Mr A.M 58, ans : *« Non, ou pour déconner. Juste pour déconner et pas autre chose. »* et Mr V.G, 71 ans : *« Et puis, vous savez à 72 ans, on ne parle plus de cul comme ça. A part pour se vanter, hein. »*

Mr J.L, 50 ans, déclare : *« Encore moins, entre mecs, parce que forcément ça part en vrille. Vous comprenez, c'est un peu ça les garçons, quand ça va bien, on fait toujours croire que ça va toujours très bien. Alors quand ça ne va pas, forcément, faut pas le dire. »* ; ce que confirme et détaille Mr C.S, 58 ans : *« Parce que c'est un domaine sur lequel on ne va pas parler avec son meilleur copain parce qu'on se sentirait diminué. On ne va pas en parler avec ses proches, parce qu'on va vous cataloguer. »*

Deux patients iraient, par contre, en parler prioritairement à un ami, mais il doit s'agir d'un ami très proche et n'en discuteraient pas avec tous leurs amis. Ainsi, Mr H.A, 35 ans, spécifie : *« En parler à un ami...un oui, il y en a un à qui je pourrais en parler. »*

Enfin, un patient, Mr H.G 60, ans déclare : *« je garde ça pour moi, quoi non, parce que des fois entre copains, comme ça, on discute et je dis que je suis tranquille là-dessus. »*. Il semblerait que si la question se pose, il avoue ses difficultés mais ne cherche pas à en discuter réellement.

C. Le couple et les difficultés sexuelles masculines.

1. Discussion au sein du couple ?

La question n'a pas été abordée dans 2 entretiens.

Parmi les réponses données, nous avons pu observer que la majorité des hommes disent qu'ils en discuteraient avec leur compagne. En effet, 11 patients sur 13 estiment qu'ils pourraient en parler avec leur femme.

Par exemple, citons Mr S.L 32 ans : *« Moi je pense que j'en parlerais avant avec ma femme, puis j'irai voir le médecin éventuellement. »* ou Mr R.R 62 ans : *« Déjà mon amie, je pense. Et puis après le médecin traitant bien sûr. (...) Oui, je pense que ça fait partie du rapport homme femme. Je pense qu'il faut en parler même si c'est difficile. Ça fait partie de l'harmonie du couple. »* ou encore Mr G.JM, 54 ans *« Je verrai déjà avec mon médecin et déjà ma femme. Parce que si y avait quelque chose, je lui dirai quand même. »* . Tous trois

placent même leur femme comme étant la première personne avec laquelle ils parleraient de leur difficulté sexuelle.

A l'inverse, pour Mr B.C, 68 ans, la femme vient après le médecin dans ce cadre : *« Aussi, oui, après. Mais enfin, j'en parlerai déjà avec le médecin. »*

Deux patients, soit 15,4%, n'en parleraient pas avec leur femme. Il est intéressant d'observer que ces deux hommes sont déjà confrontés aux difficultés sexuelles ; un souffre de dysfonction érectile et pour l'autre, la difficulté vient de sa femme, celle-ci ayant des rapports douloureux depuis une opération chirurgicale. Ainsi, Mr H.G, 60 ans : *« Non, je vous le dis franchement. Non, on n'a pas...et puis elle n'est pas portée la dessus il faut dire. »* et pour Mr V.G, 71 ans : *« Oui, mais enfin...disons... on n'en parle même plus. On a 72 ans tous les 2, hein, bon, hein, on se connaît depuis plus de 50 ans, alors là pas de problème avec des trucs comme ça. »* Nous lui avons alors fait préciser s'ils en avaient discuté au début : *« Non, mais elle ne ressent plus rien donc ça ne me fait plus rien de lui faire quelque chose. Voilà, c'est tout. Ca s'arrête là. »*

2. Place de la compagne lors des consultations.

Nous avons demandé aux hommes s'ils souhaitaient que leur compagne soit présente s'ils devaient consulter un médecin pour parler de difficultés sexuelles.

Nous avons posé cette question à 12 des patients de notre échantillon. Parmi ceux-ci, six, soit 1/2, souhaitent la présence de leur femme dès la première consultation.

Parmi les patients souhaitant la présence de leur femme, deux d'entre eux considèrent même que la consultation de couple serait plus efficace.

Pour Mr J.L 50 ans : *« Si elle viendrait, oui je pense que ce serait peut être mieux qu'elle soit présente. »* et pour Mr G.JM 54 ans : *« Ah oui, je pense que ce serait même mieux. Ce serait surement plus intéressant pour nous deux. On est quand même concerné de toute façon. »*

Deux des patients, soit 1/6, ne souhaitent pas que leur femme soit présente lors de la première consultation mais n'excluent pas d'éventuelles consultations de couple ultérieurement. Ainsi, Mr S.L, 32 ans explique : *« Peut être pas dans l'immédiat. Après peut être que oui. »* tout comme Mr F.M, 67 ans : *« Ca dépend, ça dépend ce que c'est comme difficultés. Hein aussi. Au départ non, après peut être. »*

Par contre, deux des patients, soit 1/6, des hommes ne voient pas d'intérêt particulier à une consultation de couple. Ils se disent indifférent à la présence ou non de leur compagne. L'un d'eux, Mr A.M, 58 ans, exprime l'idée que sa femme pourrait ne pas accepter de consulter pour ce sujet : *« Je ne sais pas. Ou est la différence ? Elle, je ne pense pas. Mais pour moi, c'est à peu près indifférent. »*

Enfin, les deux patients restants, soit 1/6, ne désirent pas la présence de leur femme chez le médecin pour ces consultations. Elles ne sont pas exclues de la prise en charge mais ils préfèrent effectuer l'entretien médical seul face au médecin. Mr H.A, 35 ans, précise : *« Qu'elle soit présente non, mais quasiment qu'elle me traîne jusqu'à la porte du cabinet. »*. Mr C.S, 58 ans, détaille la raison de cette réponse : *« Compte tenu des difficultés que j'ai avec mes femmes, pas toutes, non je n'irai pas. Parce que, bon, euh...si déjà dans le cadre privé, intime, on n'arrive pas à avoir une entente vis-à-vis des problèmes qui peuvent se poser entre nous, parce que la sexualité, c'est un acte à deux. Donc quand il y a un problème, c'est un*

problème entre les 2. Que ce soit d'un côté ou l'autre, c'est un problème pour les 2. Donc c'est un problème à en parler à 2. Si on n'arrive pas à s'entendre dans ce domaine là, si on rejette déjà l'un sur l'autre, ce n'est pas la peine. Chez le toubib, on prendra le toubib comme juge, comme arbitre. C'est encore pire parce que le rôle du toubib ce n'est pas d'être un arbitre. Il n'est pas là pour faire arbitre dans le cadre d'une mésentente sexuelle. Non, son rôle à lui, c'est de soigner. Donc, il serait mal positionné. »

3. Couple et médicaments de la sexualité.

Globalement, nous pouvons observer que les patients considèrent majoritairement les IPDE-5 comme un traitement utile et efficace. A priori ce traitement, peut s'intégrer naturellement au sein du couple.

Ainsi, neuf patients sur douze ayant répondu clairement à cette question, soit 3/4 des hommes interrogés, estiment que la prise d'un IPDE-5 est une aide intéressante, s'intégrant naturellement dans le couple si l'indication a été bien posée.

Citons par exemple Mr J.L 50 ans : *« Non, je pense que c'est une bonne aide. »* ou Mr R.R 62 ans : *« Ca pourrait être naturel, oui tout à fait. »*

Mr G.JM, 54 ans détaille un peu plus ses pensées et inclut sa femme dans la réponse : *« Ben moi, je dis que personnellement, pour la personne qui a des problèmes, c'est une aide. Autant pour lui et pour sa femme. Je ne dis pas que c'est un mal, non, faut pas dire que c'est un mal, c'est un bien. (...) Dès l'instant que la femme est au courant. Le problème, c'est que la femme soit au courant aussi quand même. »* tout comme Mr L.J, 66 ans : *« Ca peut être naturel. C'est une histoire de couple. Si les 2 veulent, s'il faut prendre du Viagra, bien sûr. C'est mieux que d'aller voir quelqu'un d'autre. »*

Mr F.M, 67 ans, précise quand même la nécessité de respecter une certaine prudence et un avis médical : *« Après, à condition qu'il soit bien pris et bien préconisé. Pas faire ça à la va vite, acheter ça sur internet.... »*

Un des patients évoque toutefois la modification que peut entraîner la prise d'un tel traitement au sein du couple et la nécessité de s'y adapter : Mr H.A 35 ans déclare : *« Alors...Je pense que peut être au début ça peut gêner, mais que sur du long terme, ça peut devenir une habitude donc débloquer et se sentir mieux avec ça si jamais il y a besoin. »*

Trois hommes sur les douze, soit 1/4, ne souhaiteraient pas prendre de traitement si cela devait être nécessaire. Deux d'entre eux considèrent simplement le traitement comme inutile. Ainsi, pour Mr H.G, 60 ans : *« Ben, moi de toute façon, je n'ai pas l'intention de prendre de médicaments. »* et quand on lui demande de préciser la raison de ce refus, il précise que cela ne l'intéresse pas.

Mr V.G, 71 ans semble partager le même avis : *« je pense que vous savez, c'est comme tous les soit disant remèdes miracles, chinois, comme manger très pimenté, c'est comme...sauf que ça, ça a surement des effets secondaire hein, le Viagra. Et je pense que ce n'est pas moi qui en prendrai, même si j'en avais besoin. De toute manière, quand ça marche, ça marche et quand ça ne marche plus, ça ne marche plus, hein. »*

La troisième personne émettant une grande réticence face à ce traitement évoque un autre argument. Ainsi, pour Mr A.M, 58 ans : *« Je ne sais pas, de ce que je sais du Viagra, ce n'est pas, ça fait bizarre, c'est comme quand on prend rendez vous, quand on prend rendez vous au resto samedi à 18h, donc le côté programmé me surprend, mais bon, je ne sais pas si c'est la même chose. Ca enlève un des charmes. »*

Mr C.S, 58 ans, est surtout inquiet quand au risque d'une prise lorsque ce traitement n'était pas nécessaire : *« Mais bon, les médicaments entre guillemets excitants comme le Viagra etc., je ne vois pas l'utilité parce que si on le prend en ayant pas besoin, on va se détériorer donc un jour, on n'arrivera plus à l'état naturel donc on en aura besoin toujours. Donc je ne vois pas l'utilité temps qu'on n'a pas besoin. »* mais n'a pas détaillé son point de vue lorsque le traitement est le seul moyen de retrouver une sexualité épanouie.

D. Médicalisation de la sexualité.

1. Freins à la consultation : entre fatalité et résignation.

Trois des patients, soit 1/5, avouent ne pas être intéressés pour parler de difficultés sexuelles, sauf difficultés occasionnant des douleurs, avec leur médecin. En effet, ils ne voient pas l'intérêt de traiter une dysfonction érectile et donc ne consulteraient pas pour ce motif.

Il semble persister la notion qu'avec l'âge, les difficultés sexuelles sont normales et ne nécessitent pas de prise en charge. L'activité sexuelle des plus de 60 ans semble sous l'influence d'un tabou encore plus important que la sexualité du reste de la population et serait encore considérée comme « normale ». Du coup, certains hommes se résignent face à cette fatalité.

Citons par exemple Mr H.G, 60 ans : *« Non, ben oui, j'ai peur d'en parler et puis ça ne me dérange pas comme maintenant j'ai 60 ans, je n'ai plus 25 ans. »*

Mr V.G 71 ans signale encore cette notion d'âge : *« Oui, mais enfin...disons... on n'en parle même plus. On a 72 ans tous les 2, hein, bon, hein, on se connaît depuis plus de 50 ans, alors là pas de problème avec des trucs comme ça. (...) Et je pense que ce n'est pas moi qui en prendrai (du Viagra), même si j'en avais besoin. De toute manière, quand ça marche, ça marche et quand ça ne marche plus, ça ne marche plus, hein. »*

Mais les patients ne sont pas les seuls à parler de cette notion d'âge : Mr D.M, 66 ans raconte *« J'ai été voir l'urologue qui me disait qu'il n'y avait rien, que fallait prendre des pilules bleues. L'interne m'avait demandé si ça me posait un problème, si j'avais quelqu'un. Il m'a dit « quel âge vous avez ? ». A l'époque j'avais 63 ans. Il m'a dit « oh ben vous savez, vous allez sur les 70, vous n'avez plus besoin » qu'il me dit. Voilà. »* . Toutefois, Mr D.M n'a pas apprécié cette réponse et souhaite pouvoir continuer à avoir une vie sexuelle épanouie quelque soit son âge.

Mr L.J, 66 ans, ne considère pas la dysfonction sexuelle comme un problème. Pour lui, l'arrêt de toute activité sexuelle ne poserait pas de difficultés : *« Je crois qu'on peut faire sans, oui. On n'est pas obligé d'avoir des relations physiques. L'Hermitage existe. Ces moines qui vivent... je pense qu'on peut vivre autrement. Mais c'est aussi un état d'esprit que je peux déjà avoir, si j'avais une panne plus tard. Mais je ne sais pas, à 66 ans, ça ne m'est jamais arrivé, je ne sais pas. »*

2. Attente de la consultation.

Nous avons demandé aux hommes interrogés ce qu'ils souhaiteraient s'ils étaient amenés à consulter leur médecin dans le cadre de difficultés sexuelles.

La majorité des patients souhaitent pouvoir discuter avec un médecin afin de comprendre ce qu'il leur arrive, de discuter du problème, d'avoir des explications et des solutions si possible dont, si besoin, des traitements. En effet, huit patients sur quinze attendent surtout de leur médecin qu'ils discutent du problème et trois autres souhaitent que leur médecin les dirige vers un spécialiste qui pourra discuter avec eux, leur expliquer la situation et la prise en charge en toute connaissance de cause.

Donc au total, 11/15 des patients souhaitent, avant tout, pouvoir discuter de difficultés sexuelles avec un médecin, leur médecin généraliste ou le spécialiste que leur aura conseillé ce dernier.

Citons par exemple Mr S.L, 32 ans : *« Bonne question...peut être juste me rassurer sur le début...je ne sais pas... Peut être me conseiller et puis après peut être que... »* ou Mr J.L, 50 ans : *« Non, je pense que ce serait bien déjà d'avoir une conversation sur le problème si problème il y a, et puis après, effectivement, passer vers un traitement médicamenteux. »*

Mr F.M, 67 ans reprend cette avis mais en souhaitant avoir l'avis d'un spécialiste : *« Alors est ce que j'irai directement ? On ne peut plus trop y aller directement maintenant, il faut passer par le médecin traitant. C'est quand même débile leur truc. (...) Ben déjà en discuter. Vous savez, moi je ne suis pas trop pour les médicaments, alors bon. En discuter et puis s'il faut prendre des médicaments, je les prendrai. (...)S'il me dit qu'il faut que je prenne du Viagra parce que ceci, parce que cela, je prendrai du Viagra et puis voilà. »*

D'autres expriment plus spécialement la volonté de comprendre ce qu'il leur arrive : Mr C.S, 58 ans *« Ah non, pas du tout. J'essayerai de savoir d'où ça vient et d'essayer de rééquilibrer la situation quand même. Je ne suis pas si vieux que ça. »* ou Mr A.M, 58 ans : *« Oui, ben qu'il me rassure, ça fait comme les hommes politiques, c'est un peu faux cul. Non, je préfère qu'il me dise ce qu'il en est, qu'il m'envoie où il faut, si il faut. Comme pour les autres maladies. »*

Notons également que Mr C.S, 58 ans, exprime l'impact fortement négatif que pourrait avoir pour lui une dysfonction sexuelle défaillante : *« Oh ben zut, on est des hommes non ? Et les femmes si, le jour où l'on n'a plus d'activités sexuelles, on devient des légumes. On n'est plus valable à rien, on n'est plus bon à rien. On est là pour ça. Notre rôle sur terre, c'est quoi ? C'est de vivre et de se reproduire entre guillemets. Hein, si on part du basique. Donc le jour, où l'on n'est plus bon à se reproduire, on sert à quoi ? A rien. »*. Cet avis n'a pas été exprimé par d'autres patients.

Seulement deux hommes, soit 2/15, veulent uniquement la prescription d'un traitement et ne désirent pas en discuter avec un médecin.

Mr R.R 62 ans déclare : *« Je préférerais plutôt qu'il me donne quelque chose pour que ça aille mieux. Je pense oui. Pour que ça aille mieux disons. Je préférerais. »*. Mr O.E, 74 ans ne voit pas d'intérêt à une discussion : *« Non, parce que le problème il est tout simple. Ça marche ou ça ne marche pas. Si ça peut aider, ben parfait. (...) Oui, c'est ça. Son ordonnance pour pouvoir passer à la pharmacie pour avoir ce dont j'ai besoin. »*

Enfin, deux patients sur quinze n'ont, de toute façon, pas l'intention d'en parler ni à leur médecin généraliste, ni à un spécialiste, et cela, ni pour en discuter ni pour obtenir un traitement.

3. Freins au traitement.

Lors de leur réponse, les patients ont fait ressortir plusieurs freins au traitement.

Ainsi, neuf hommes évoquent une réticence vis-à-vis d'une prescription médicamenteuse dans le cadre de la prise en charge des difficultés sexuelles. Parmi ceux-ci, cinq, soit 5/9, redoutent la survenue d'un effet secondaire.

Mr F.S, 31 ans exprime cette inquiétude : *« Après je pense qu'il peut y avoir des risques c'est tout. Ben je ne sais pas. S'il peut y avoir des effets secondaires ou des problèmes après...enfin je ne sais pas. »* tout comme Mr G. JM, 54 ans : *« Après les médicaments, le médicament n'est pas toujours la solution. C'est bien mais ce n'est pas toujours bon pour le corps. »*

Mr C.S, 58 ans précise l'effet secondaire qu'il redoute : *« Donc je ne vois pas en quoi l'alcool ça donnerait des effets, au contraire. Mais bon, les médicaments entre guillemets excitants comme le Viagra etc., je ne vois pas l'utilité parce que si on le prend en ayant pas besoin, on va se détériorer donc un jour, on n'arrivera plus à l'état naturel donc on en aura besoin toujours. Donc je ne vois pas l'utilité tant qu'on n'a pas besoin. »*

Ensuite, deux patients, soit 2 hommes sur les 9 s'étant exprimés sur le sujet, évoquent l'incertitude quand à l'efficacité du traitement : ainsi Mr V.G, 71 ans explique : *« je pense que vous savez, c'est comme tous les soit disant remèdes miracles, chinois, comme manger très pimenté, c'est comme...sauf que ça, ça a sûrement des effets secondaire hein, le Viagra. »*. De même, Mr B.C, 68 ans exprime son ignorance: *« Alors ça, je ne sais pas. Le Viagra, j'en entends parler mais enfin bon. Je ne sais pas si tout ces trucs là, c'est valable ou pas valable, j'en sais rien. »*

Les hommes semblent donc mal informés quant à l'efficacité et aux risques que pourraient induire ce traitement, mais ils manquent également de connaissance quant au mode de fonctionnement de ce traitement. Citons ainsi Mr A.M, 58 ans qui exprime une opinion non formulée par les autres membres de notre étude mais intéressante et loin d'être marginale dans les fantasmes populaires: *« Je ne sais pas, de ce que je sais du Viagra, ce n'est pas..., ça fait bizarre, c'est comme quand on prend rendez vous, quand on prend rendez vous au resto samedi à 18h, donc le côté programmé me surprend, mais bon, je ne sais pas si c'est la même chose. Ca enlève un des charmes. (...) Ca me paraît un peu bizarre mais bon. On verra si un jour j'en ai besoin, je changerai peut être d'avis. Mais, je ne sais pas. Je n'en connais pas grand-chose, je connais plus de blagues autour du Viagra que l'utilisation du Viagra donc je ne sais pas. Peut être que Mr Strauss Kahn en avait pris et puis qu'il avait une envie subite...j'en sais rien. »*

Ensuite, une notion déjà signalée par les médecins traitants est également mentionnée par les patients : le coût non négligeable de ce traitement. Deux des hommes ayant évoqué un frein à une prise médicamenteuse, soit 2/9, considèrent que le coût de ce traitement pourrait les empêcher de l'utiliser. Mr D.M, 66 ans signale : *« Mais bon, s'il fallait prendre, je prendrais, mais euh...je pense que ce n'est pas...premièrement, c'est très cher. Ce n'est pas...donc je ne sais pas... »*. Mr O.E, 74 ans, précise : *« Le seul truc, comme on dit, tout le monde est au même niveau mais ce n'est pas vrai parce que de toute manière par exemple, du Viagra, ça vaut, pfiou, c'est cher quoi. C'est très très cher. »* et lorsque nous lui demandons si cela pourrait l'empêcher de l'utiliser, il répond : *« Oh ben oui, il n'y a aucun doute là-dessus. Vous savez, petite retraite, une boîte de Viagra...euh...quand il y en a 8 dedans, ça fait si je me souviens bien, 167€. Bon alors 167€, il y a des fois, on se demande s'il ne vaut mieux pas acheter un micro onde. Ca ne marche pas pareil mais quand même. »*

IV. Discussion.

A. Manque d'informations

1. Concernant les compétences du médecin généraliste.

Nous avons pu remarquer que les patients se montrent souvent assez indécis quant aux facultés des médecins généralistes. Une petite majorité considère leur médecin comme un « chef d'orchestre ». En effet, ils lui demandent de prendre en charge les pathologies fréquentes, les renouvellements de traitements mais dès que la pathologie est plus inhabituelle ou plus importante, ils souhaitent que celui-ci les oriente vers un spécialiste.

Il serait intéressant de comprendre pour quelles raisons autant de patients estiment leur médecin incompetent dans ce domaine.

Plusieurs campagnes ont récemment été développées afin de sensibiliser sur la nécessité de parler avec sa partenaire ou son médecin en cas de dysfonction érectile. Malgré tout, l'information semble encore peu connue.

2. Concernant les spécialistes.

Nous avons pu constater que les patients souhaitent être orientés vers des spécialistes mais présentent des difficultés pour définir quels spécialistes sont concernés.

Les patients déjà confrontés à une dysfonction érectile ou à des problèmes de prostate citent spontanément l'urologue comme spécialiste. Par contre, les patients n'ayant jamais été personnellement concernés par ces difficultés réfléchissent avant d'évoquer, sans conviction, la possibilité de consulter un sexologue. Il semblerait que ce soit surtout la présence du mot « sexe » qui explique la fréquence avec laquelle ce professionnel est cité. En effet, les patients semblent plus déduire ses compétences du nom de sa profession que d'une réelle connaissance du métier.

Ces éléments furent mis en évidence au cours de différentes enquêtes dont celle de P. Costa (13). Cette étude montre également que l'urologue sera cité bien plus fréquemment chez les patients ayant déjà eu besoin d'une prise en charge urologique. Cet élément était également visible dans notre enquête.

3. Concernant les traitements.

Tous les patients interrogés connaissent le Viagra® de nom mais finalement, beaucoup ne connaissent de ce traitement que l'aide qu'il peut apporter et les préjugés répandus par diverses blagues faites entre amis.

La méconnaissance de ce traitement provoque encore une réticence quant à son usage. Les hommes ont peur d'utiliser ce traitement par crainte des éventuels effets indésirables. Or la présence d'un traitement reste un atout majeur pour favoriser les consultations.

Ces éléments confirment l'enquête réalisée par l'ADIRS (29) qui mettait déjà en évidence l'importance de la part de méconnaissance de ces traitements, de la crainte des effets secondaires et d'idées erronées (dont les plus fréquemment cités dans cette étude sont une érection débutant dans les minutes suivant la prise, une érection pouvant durer des heures, une dépendance à ce traitement...) dans les refus de traitement. Or la présence de traitement reste un élément motivant la consultation médicale.

Par conséquent, si les hommes étaient mieux informés sur le mode d'action des IPDE-5, sur les différences entre les IPDE-5 et sur leurs effets secondaires, ils redouteraient moins la prise de ceux-ci et pourraient donc consulter plus facilement pour ce sujet.

B. Relation patients-médecins dans la dysfonction érectile.

Notre étude confirme celle de P. Costa (13) qui mettait en évidence qu'en cas de recherche d'information sur la dysfonction érectile, les hommes préfèrent s'orienter vers le médecin, généraliste ou spécialiste.

Nous avons pu nous apercevoir que la majorité des patients considèrent que la relation de confiance établie avec leur médecin généraliste favorise la demande en cas de dysfonction sexuelle. Les hommes jeunes, ayant récemment déménagés pour raisons personnelles ou professionnelles considèrent même l'absence de médecin généraliste référent connu comme un frein à une consultation pour ce sujet et aboutit à leur faire préférer un spécialiste.

Un seul patient trouve plus facile d'aborder ce sujet délicat avec un inconnu, ceci lui permet de ne pas redouter le regard de son médecin lors des prochaines consultations.

Enfin, un patient aborde l'importance du comportement du médecin. En effet, l'attitude de son médecin fait qu'il n'oserait discuter de ce sujet avec lui. Nous pouvons également déduire le rôle du comportement du médecin pour les autres patients, bien que ceux-ci n'abordent pas directement ce point. Ainsi, un médecin qui ne semble lui-même pas gêné par le sujet, qui est ouvert à la conversation en général facilite la conversation sur ce sujet.

La majorité des patients estiment que le médecin est un professionnel neutre et son genre ou son âge n'a finalement que très peu d'influence. Lorsque les patients vont consulter, ils demandent l'avis de leur médecin et pas de l'homme ou de la femme. Les études comme celle de Low et al en 2004 (30, 31), citée dans la revue de sexologie en 2009 dans une publication sur les explications au faible pourcentage de consultations pour dysfonction érectile (29), mentionnent l'âge et le genre du médecin comme un frein possible à la consultation.

C. Part du tabou.

Notre étude a permis de mettre en évidence plusieurs points intéressants.

La sexualité reste un sujet de conversation tabou, sauf pour « se venter » ou raconter diverses plaisanteries. Toutefois, nous avons pu observer que la difficulté réside principalement dans l'annonce du sujet. Cela laisse penser que la personne devant aborder le sujet redoute surtout la réaction de son interlocuteur, craint de le mettre mal à l'aise. Une fois la conversation débütée, nous avons pu voir que les interlocuteurs ne se disaient plus gênés.

Si le médecin posait de lui-même des questions à ses patients sur leur sexualité, cela permettrait ainsi de libérer la parole de plusieurs patients souhaitant en discuter mais n'ayant pas eu le courage de le faire. Nos entretiens ont par ailleurs clairement mis en évidence que les patients semblent intéressés par une telle démarche.

Aucun patient ne signale qu'il serait choqué, importuné ou franchement dérangé si son médecin lui posait cette question. Quelques uns ont signalé qu'ils appréciaient de ne pas être questionnés sur le sujet mais la majorité a avoué que cela pourrait les soulager.

Ces différents éléments reprennent les observations faites dans différentes études dont celle réalisée en 2003 par P. Costa (13) ou celle de Baldwin et al en 2000 (5). Jusqu'à 82% des patients souhaiteraient que leur médecin leur parle de dysfonction érectile dans les différentes études (1, 5)

Malgré tout, les médecins eux même parlent très peu de difficultés sexuelles à leur patient, toutefois les hommes de l'enquête considèrent majoritairement que les praticiens ne sont pas gênés par le sujet. Mais ont-ils peur d'importuner leur patient s'ils abordent ce sujet ? Pensent ils que ce sujet ne les concernent pas?

Ensuite, notre étude laisse apparaitre que les hommes se disant les plus gênés ne sont pas les plus âgés. En effet, nous avons pu remarquer que la moyenne d'âge des personnes mal à l'aise avec ce thème est nettement inférieure à celle des hommes considérant ce sujet comme tout autre. Alors que la sexualité semble de plus en plus banalisée, les trois hommes trentenaires ont tous avoué être gênés d'en parler. De même, les patients de moins de 55 ans ont tous déclaré être embarrassés pour parler sérieusement de ce thème. Après 55 ans, les réponses sont plus partagées et le sujet reste délicat pour certains mais semble naturel pour d'autres.

Pour quelle raison ? Avec l'âge, le tabou de l'éducation s'estompe ? La fréquence des troubles sexuels augmentant, les discussions sur le sujet deviennent également plus faciles ? L'éducation actuelle semblant banaliser la sexualité ne libère pas du tabou ? Les jeunes n'étant que peu confrontés au problème en ressentent plus de difficultés pour en parler ?

Enfin, entre amis, la conversation sérieuse sur la sexualité serait très rare. Lorsqu'elle se fait, elle a lieu entre deux personnes, amis très proche et ayant confiance l'un en l'autre. Face aux amis, il ne semble pas que le tabou soit la sexualité en elle-même mais plus l'intimité qu'elle implique et la peur du jugement que son ami pourrait faire. La dysfonction érectile procure chez de nombreux hommes un sentiment de honte, de dévalorisation, l'impression de ne plus être un homme. Difficile donc de se montrer aussi fragile et vulnérable à quelqu'un d'autre. Ceci explique que la conversation soit plus facile avec le médecin, personne plus neutre, professionnelle et chez qui l'on va généralement lorsqu'une maladie nous fragilise déjà.

D. Couple et difficultés sexuelles

Les difficultés sexuelles ne concernent pas que l'homme, elles sont ancrées au sein du couple. La sexualité est une histoire de couple et les difficultés sexuelles ont une répercussion sur l'homme mais également sur le couple. Une conjugopathie peut être la cause ou la conséquence d'une dysfonction érectile.

Les patients interrogés considèrent que leur compagne serait directement concernée en cas de difficultés sexuelles. Le rôle de la femme est important dans ce cadre : les patients ne souhaitant pas prendre en charge ce trouble sont visiblement les patients dont les femmes apprécient la diminution voir même la disparition des relations sexuelles.

Globalement, nous avons pu constater plusieurs avis :

- La moitié des hommes considère que la présence de leur femme lors de la consultation est souhaitable voire même bénéfique à leur prise en charge. Nous pouvons également inclure les quelques patients ne souhaitant pas la présence de leur femme lors du premier entretien mais n'étant pas opposés à des consultations de couple ultérieures.

- Certains ne voient aucun intérêt à la présence de leur femme et considèrent même que celle-ci pourrait ne pas souhaiter être présente.

- Les autres préfèrent rencontrer le médecin en l'absence de leur femme. Celle-ci n'est pas exclue de la prise en charge mais ils considèrent que ces consultations seront plus efficaces ainsi car elles ne seront pas parasitées par la mésentente du couple.

Au niveau des recommandations de l'AIHUS (1), il est précisé que le médecin doit interroger le patient sur son histoire conjugale et les tensions éventuelles au sein de son couple. Il doit proposer un entretien de couple afin de mieux évaluer les relations au sein de celui-ci. Enfin, si les problèmes relationnels conjugaux semblent l'étiologie à la dysfonction érectile, le médecin doit conseiller au patient et à sa compagne de suivre une sexothérapie.

Enfin, nous avons pu voir que les hommes ne semblent pas considérer la prise de traitement de la sexualité comme une gêne dans leur vie sexuelle. Ils considèrent important pour cela que leur compagne soit avertie.

Rappelons par ailleurs, l'avis du CCNE (11) qui insiste bien sur l'importance de l'implication de la partenaire dans cette prise en charge et de la nécessité de sa connaissance d'une telle prise médicamenteuse. En effet, en l'absence d'explications, elle risque de se poser de nombreuses questions sur la raison de la dysfonction sexuelle et de son amélioration. Ce questionnement conduisant à une remise en cause du couple, du compagnon, de l'amour de l'un et de l'autre, de sa fidélité... Ainsi, fournir les explications et impliquer le couple dans la prise en charge est nécessaire pour éviter que la prise d'un IPDE-5 ne crée une conjugopathie ou ne l'aggrave. Même si les hommes de l'enquête ne détaillent pas autant leur réponse, ils ont bien pris en compte la nécessité de l'implication du couple dans la prise en charge.

E. Limites de l'enquête.

Comme déjà mentionné, nos entretiens ont été limités par notre manque d'expérience dans ce domaine et par un manque de temps.

Nous nous sommes confrontés à de grandes difficultés pour le recrutement des hommes à interroger : la réalisation de ces entretiens nécessitait une pièce disponible à l'écart du passage d'autres personnes et pour des raisons pratiques, il fallait que nous puissions réaliser plusieurs entretiens par jour, sans avoir plusieurs heures entre chaque entretien.

Nous avons donc dû réaliser les entrevues dans le centre de médecine préventive de Nancy, cela a obligatoirement créé un biais de recrutement.

Il nous semble important de préciser qu'aucun des patients à qui nous avons proposé de répondre à nos questions n'a refusé. Lors de la réalisation de ceux-ci, ils ne semblaient pas ou très peu gênés par le sujet. Ils furent plutôt étonnés, mais tous ont répondu à nos questions avec plus ou moins de réserve bien sûr.

La durée des entretiens fut d'environ dix à quinze minutes. Il s'agit donc là d'entretiens trop courts pour libérer réellement la parole des patients. Il aurait été intéressant de pouvoir prolonger ces entretiens plus longuement mais cela compliquait trop la réalisation pratique de l'entretien et aurait perturbé le fonctionnement du centre de médecine préventive.

Enfin, il est évident que quinze entretiens patients restent un effectif trop peu important pour être réellement représentatif de la population générale.

4 ème partie

Discussion générale.

A. Importance du médecin généraliste.

Nous avons donc pu voir à travers ces deux enquêtes, l'importance du médecin généraliste dans la prise en charge des difficultés sexuelles masculine. En effet, tous les médecins ont estimé que ce sujet rentre bien dans le cadre de la médecine générale et les patients souhaitent pouvoir discuter de ce sujet avec lui.

1. Manque de formation.

Les praticiens s'estiment insuffisamment formés pour prendre en charge correctement les patients souffrants de difficultés sexuelles mais nombreux sont les patients qui considèrent également que leur médecin traitant n'est pas compétent sur le sujet ou du moins pas suffisamment.

Plusieurs études avaient déjà confirmé ce problème de formation des médecins généralistes (25, 43). Malgré tout, les médecins interrogés ont une prise en charge adaptée aux recommandations.

Notre étude et d'autres à plus grande échelle ont montré que les patients souhaitent majoritairement consulter leur médecin dans ce cadre. Les patients, bien que conscients de cette lacune, apprécient les compétences relationnelles de leur médecin et préfèrent être conseillés par celui-ci plutôt que par un spécialiste qu'ils consulteront toutefois si besoin.

Le manque de formation semble donc compensé par les qualités relationnelles, le bon sens et le professionnalisme du médecin. En effet, le patient demande de l'écoute, des conseils, d'être rassuré et attend une prise en charge adaptée, qu'elle soit effectuée par ce même médecin ou par un spécialiste. Il fait confiance en son médecin. Le médecin lui, utilise ses connaissances et son raisonnement médical habituel pour écouter, conseiller, expliquer, rassurer, rechercher des signes de gravité, et si besoin orienter son patient.

2. Rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des difficultés sexuelles.

Ce sujet reste sensible à évoquer : chacun semble avoir peur d'importuner l'autre. La discussion qui en découle ne semble, dans l'ensemble, pas être gênante, ni pour le médecin, ni pour le patient.

Les médecins n'ont, semble t'il, pas conscience de ce point et du soulagement qu'ils peuvent procurer à leur patient en abordant le sujet.

En effet, comme nous l'avons mis en évidence dans notre enquête, et comme d'autres études l'ont confirmé, de nombreux patients souhaitent discuter de ces difficultés avec leur médecin mais peu osent le faire. La quasi-totalité des patients ne serait pas dérangée si leur médecin abordait des questions de sexualité avec eux et nombreux sont les hommes que cela soulagerait.

Nous savons, suite à plusieurs études, que les patients souffrants de dysfonction érectile ressentent une importante diminution de leur qualité de vie et que la dysfonction érectile est

un symptôme sentinelle de pathologie cardiovasculaire. Le rôle du médecin est donc prépondérant dans ce domaine, or il n'est pas conscient de cette importance. La question « souffrez vous de difficultés sexuelles ? » devrait être présente dans l'interrogatoire au même titre que « buvez vous de l'alcool ? » ou « fumez-vous ? ». Il n'est pas nécessaire d'interroger le patient à chaque consultation. Aborder le sujet une fois, permet déjà de rassurer le patient et de lui laisser la possibilité de réfléchir au sujet en cas de difficultés. Si le patient sait que son médecin banalise les questions de sexualité, il ne redoutera pas ses réactions lorsqu'il souhaitera lui faire part d'un problème dans ce domaine. La conversation pourra être abordée sereinement.

Pour les mêmes raisons, la réaction du médecin lorsqu'un patient ose lui parler de difficultés sexuelles est primordiale : le dévoilement d'un trouble sexuel doit être entendu sous peine de ne pas être réitéré. Si le patient a l'impression que le sujet dérange le médecin ou que celui-ci ne souhaite pas en parler, il ne reformulera jamais sa demande. Pour les mêmes raisons, si le sujet est abordé en fin de consultation et que le médecin n'a plus la possibilité horaire d'en discuter, il doit proposer d'en reparler lors d'un prochain rendez vous mais en fixant immédiatement celui-ci ou en abordant de lui-même le sujet lors de la prochaine consultation.

Les patients et les médecins semblent majoritairement présenter le même avis concernant la prise en charge dans le cadre des difficultés sexuelles : conseils, réassurance, explications, recherche d'une pathologie organique, avis spécialisé si besoin, traitements selon besoin.

Ainsi, l'existence d'un traitement a pu favoriser la demande en offrant une solution et en médiatisant le problème mais rares sont les patients qui souhaitent uniquement une prescription médicamenteuse.

De même, et comme pour tout traitement, une ordonnance ne doit pas être délivrée sans explication. Les médecins en ont bien conscience. Les patients expriment ce besoin d'explications à travers la persistance d'a priori et d'idées fausses concernant la sexualité et ses traitements. Nous détaillerons ces préjugés dans un prochain paragraphe.

Les informations concernant le traitement, ses effets secondaires, la nécessité d'une stimulation pour obtenir une érection, la durée d'action, les contre indications, les interactions possibles avec la prise d'alcool ou des repas copieux....sont nécessaires pour une bonne utilisation et une efficacité du traitement. Encore faut il que le médecin connaisse ces éléments...

Un autre bienfait de la discussion médecin patient sur le sujet concerne l'observance du traitement d'autres pathologies telles que l'hypertension artérielle, le diabète, les antidépresseurs... En effet, d'après une étude dirigée par BH Lowentritt en 2004 (32), 87% des patients avouent avoir stoppé leur traitement antihypertenseur car ils le jugeaient responsable de leur dysfonction ; pour les mêmes raisons, 73% auraient arrêté leur traitement antidépresseur, 54% leur hypolipémiants et 43% leur antidiabétique (oral ou insuline). Ces chiffres mettent en évidence la gravité potentielle de ne pas discuter de sexualité avec ses patients.

Donc, comme nous venons de le voir, le médecin a donc un rôle prépondérant à jouer concernant les difficultés sexuelles. Le patient souhaite pouvoir discuter de ce sujet avec son médecin mais n'ose que rarement en parler avec celui-ci. Mais les médecins, par manque de formation et par manque de connaissance de ces éléments n'ont pas l'habitude d'aborder le sujet.

B. Persistance de nombreux préjugés sur le sujet.

1. Age et sexualité.

Lors des entretiens patients, plusieurs hommes ont mentionné l'influence de l'âge sur la fonction sexuelle.

Ainsi, la notion de la perte de toute activité sexuelle avec l'âge semble persister dans la population générale mais également auprès des professionnels de santé.

Un homme a ainsi signalé la réaction d'un interne en urologie qui lui a simplement répondu que de toute façon, à son âge, il n'avait plus besoin d'une érection de qualité. Différentes enquêtes, dont l'étude Zénith effectuée auprès de Belges de plus de 50 ans en 2005 (2), ont rappelé que les plus de 50 ans gardent une sexualité active et que cela fait également partie de leur bien être.

Pourtant, d'autres d'études dont celle réalisée par Ifop pour Lilly (18) ont mis en évidence que 83% des français considèrent qu'il n'y a pas d'âge à partir duquel le couple cesse définitivement d'avoir des rapports sexuels. Pour les sondés pensant que les hommes cessent d'avoir des rapports sexuels, l'âge indiqué serait en moyenne à 73 ans ; cette valeur varie avec l'âge : 70 ans en moyenne pour les patients de moins de 35 ans contre 76 ans pour les hommes de 65 ans et plus.

De même, l'étude faite par M.H Colson et A. Lemaire en 2004 (10), met en évidence que, pour 52% des hommes et des femmes de plus de 60 ans, le maintien d'une activité sexuelle régulière est considéré comme un élément important. De même, l'intérêt pour l'activité sexuelle persisterait tout au long de la vie. La sexualité ne se résume plus à un acte reproductif mais prend une dimension sentimentale et relationnelle.

Il paraît donc essentiel de faire entendre cette notion au monde médical afin que les médecins ne négligent pas les troubles sexuels et l'impact que cela peut avoir.

Nous pouvons supposer que si les médecins présentent tant de difficultés pour prendre en charge les troubles sexuels des personnes âgées, c'est qu'entendre ces difficultés les renvoie à la sexualité de leurs propres parents.

Pensant qu'il est normal et inévitable que la sexualité s'arrête avec l'âge, les hommes ne penseront pas à consulter pour ce problème et redouteront même d'être considérés comme des pervers s'ils en parlent. Un pourcentage non négligeable d'hommes considère ainsi les difficultés sexuelles comme une fatalité et s'y résigne.

Or les patients âgés sont les plus exposés au risque de dysfonction érectile. Il semble donc d'autant plus important de communiquer sur la sexualité des personnes de plus de 50 ans, d'un part auprès des patients pour leur expliquer que, même s'il est normal d'avoir des difficultés, cela n'est pas une fatalité et qu'il existe des solutions efficaces ; et d'autre part, auprès des médecins pour les avertir de l'importance de dépister et de ne pas banaliser les troubles sexuels dans cette population.

2. Le traitement médicamenteux.

Alors que les médecins pensaient que leurs patients étaient déjà au courant de nombreux éléments concernant les IPDE-5 grâce à internet, aux magazines ou aux discussions entre amis, nous avons pu constater à plusieurs reprises que cela est inexact.

En effet, les patients interrogés semblaient très mal informés sur ce sujet. Ils mentionnaient ne connaître que le Viagra® comme nom de traitement, et très peu d'entre eux nous ont dit aller chercher des renseignements sur internet ou auprès d'amis.

Il semble même encore persister plusieurs concepts erronés véhiculés dans la population générale lors de la mise sur le marché du Viagra. Ainsi, certains hommes continuent de penser que la prise d'un IPDE-5 engendrera une érection incontrôlable dans les minutes qui suivent la prise et que celle-ci peut durer plusieurs heures. Tous ne sont pas au courant de la réalité de l'effet et de la nécessité de la stimulation sexuelle pour l'obtention de cette érection. Ces idées erronées retentissent sur la prise en charge avec alors un refus de traitement médicamenteux. Notre étude confirme sur ce point l'étude de l'ADIRS (29)

Ces craintes pérennisent le sentiment de fatalité de la dysfonction sexuelle et la résignation qui en découle pour le patient.

C. Place de la conjointe.

86.7% des médecins signalaient que l'évocation des difficultés sexuelles et leur prise en charge s'effectuait le plus souvent durant des consultations avec le patient seul, en l'absence de sa femme.

Ils reconnaissent souvent que les consultations de couples sont rares mais qu'elles facilitent la prise en charge en permettant de mieux comprendre la difficulté, les relations au sein du couple, les conséquences de cette difficulté sexuelle et la demande réelle du couple.

Toutefois, ils ne proposent quasiment jamais de réaliser une consultation de couple lorsque le patient vient initialement seul. Ils semblent redouter d'apprendre la réalité de l'intimité du couple et notamment que la demande soit effectuée dans le cadre d'une relation extra conjugale.

Lorsque l'on interroge les patients, la moitié d'entre eux déclare souhaiter la présence de leur femme lors des consultations et même dès la première en reconnaissant une meilleure efficacité à la prise en charge de couple. Deux autres patients ne sont pas contre la présence de leur femme mais pas lors de la première consultation.

Nous observons donc une grande différence entre le pourcentage de patients disant souhaiter consulter en couple pour ce motif et le faible pourcentage de ces consultations de couple observé par le médecin. Quelques patients et quelques médecins signalent toutefois que ce n'est pas au médecin généraliste de réaliser des consultations de couple mais que celles-ci relèvent plutôt de l'attribution du sexologue.

Quelles raisons peuvent expliquer cette différence ? Le médecin qui n'ose pas proposer des consultations de couple ? Le manque de formation du médecin ? Le patient qui finalement se sent plus à l'aise pour discuter du sujet seul face au médecin ou qui consulte pour des

difficultés concernant une relation extra conjugale ? Le manque de discours ouvert et/ou le patient qui n'ose pas demander une consultation de couple ?...

Nous avons observé lors de l'analyse des entretiens réalisés auprès des médecins que ceux-ci ne posent que peu de questions sur le couple, ses rapports et la présence ou non de relations extra conjugales. Ils se refusent à pénétrer l'intimité de leurs patients.

Nous avons déjà spécifié le rôle proactif du médecin pour aborder ce sujet particulier. Il semble qu'il faudrait aussi insister sur la nécessité de comprendre les relations au sein du couple pour une meilleure prise en charge. Ce point a d'ailleurs été rappelé dans le guide de l'AIHUS à destination de ces médecins (1) et l'avis du CCNE sur la médicalisation de la sexualité (11). Toutefois, il est vrai que le médecin n'est pas formé quant à la réalisation de ces consultations de couple et celles-ci demandent beaucoup de temps et de savoir faire. Cela implique également une intrusion plus grande dans l'intimité de son patient. Cette action peut rendre plus délicat encore ce genre de consultation qui engendre un risque de séduction, risque présent lors de toute consultation, mais se majorant dans ce cadre en réduisant la distance entre le médecin et son patient (6).

Par contre, médecins et patients sont unanimes sur la nécessité de l'implication du couple dans la prise en charge et l'importance du dialogue entre le patient et sa compagne.

D. Médicalisation de la sexualité.

La médicalisation de la sexualité ne semble pas être perçue comme une intrusion négative dans la vie de couple mais plutôt comme une aide nécessaire en cas de difficulté.

Le médecin reconnaît sa place dans la prise en charge des difficultés sexuelles car cela influence le bien être de son patient.

Le patient apprécie les compétences des médecins (généralistes et/ou spécialistes) pour les aider à comprendre et à traiter leur difficulté sexuelle. Le traitement médicamenteux étant l'aboutissement, non obligatoire, de cette prise en charge.

Nous avons pu observer que 60% des médecins considèrent que le patient consulte surtout pour obtenir des renseignements, une explication sur la cause, une réassurance et seulement en cas de besoin, un traitement. Et 13.3% sont partagés entre une demande de prescription et une demande de discussion et de recherche de l'étiologie.

Côté patients, 73.3% des patients consultent, leur médecin généraliste ou un spécialiste, avec la volonté de comprendre l'origine de la dysfonction, avec une quête d'explications, de conseils et si besoin de traitement.

Les différentes études convergent vers ce résultat.

La prise en charge d'une dysfonction sexuelle ne doit pas se résumer à une prescription, comme l'avait également énoncé le CCNE (11) et l'AIHUS (1) entre autre, mais cette ordonnance peut s'inscrire dans cette prise en charge. L'essentiel de la consultation vient de la discussion, de la recherche d'organicité ou d'iatrogénie, des explications sur les causes probables. Le patient vient consulter pour comprendre ce qui lui arrive, être écouté, rassuré, et

surtout être conseillé. Le traitement médicamenteux n'est que secondaire dans ce cadre et les patients semblent même assez réticents face au traitement.

Un frein important au traitement, important à prendre en compte, est son coût. Les médecins comme les patients signalent la répercussion du prix des IPDE-5. Nous pouvons toutefois espérer une baisse de ce montant avec l'apparition des génériques, l'AMM du Viagra datant de 1998. Rappelons également la persistance du débat sur l'éventualité d'un remboursement de ce traitement, débat risquant de durer encore plusieurs années...

La médicalisation de la sexualité doit surtout permettre l'information, la discussion et la prise en charge psychologique afin de limiter le sentiment de fatalité et de résignation des hommes souffrant de difficultés sexuelles. Les répercussions négatives sur la qualité de vie du patient, son sentiment d'impuissance, de dévalorisation, de honte pourraient ainsi être limitées. La prescription d'un IPDE-5 vient juste compléter cette prise en charge si besoin et ne sert parfois qu'à rassurer le patient sur ses capacités, lui permettant de retrouver rapidement une sexualité épanouie sans prise médicamenteuse.

Conclusion.

Dans l'introduction, nous nous sommes demandés si les patients souhaiteraient que leur médecin soit plus entreprenant face à d'éventuelles difficultés sexuelles. Nous pouvons donc confirmer cette hypothèse et ajouter que les médecins n'en sont pas conscients.

Bien que la société actuelle expose une sexualité libre et sans tabou, il n'en est pas encore de même en pratique.

En effet, nous avons pu voir que les médecins ne questionnent leurs patients sur d'éventuelles difficultés sexuelles que très rarement et quasiment jamais en l'absence de pathologie telles que le diabète, l'hypertension sévère ou la dépression. Ils n'ont pas conscience du soulagement qu'ils peuvent apporter aux patients par cette simple question et craignent de les importuner par cette demande.

Au contraire, du côté patients, il semblerait que ceux-ci ne seraient nullement importunés si leur médecin leur demandait s'ils souffraient de difficultés sexuelles. Plusieurs patients avouent même qu'ils apprécieraient cette initiative.

Comme le montraient déjà quelques études, les patients souhaitent parler de leurs difficultés sexuelles à leur médecin mais ont d'importantes difficultés à aborder le sujet. Le médecin devrait donc avoir une attitude pro active pour faciliter ces consultations et ainsi soulager leur patient.

La réaction des médecins comme celle des patients nous laisse penser que chacun a peur d'importuner l'autre en parlant de ce sujet toujours tabou. Pourtant, au final, personne ne serait réellement importuné par ce thème.

Rappelons que la dysfonction érectile est responsable, pour celui qui en souffre, d'une importante baisse de la qualité de vie, d'une diminution des scores de santé mentale, d'un sentiment de dévalorisation, d'un repli sur soi ... Ce trouble implique nécessairement la compagne et la dynamique du couple. Il peut retentir sur la vie relationnelle voir sur la vie professionnelle. De plus, l'apparition d'une dysfonction érectile serait le premier symptôme d'une pathologie cardiovasculaire sous jacente et doit donc motiver la recherche et la prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire. Enfin, la mise en évidence de troubles érectiles est une excellente opportunité pour effectuer un bilan de santé avec, bien sûr, un examen clinique complet et des explorations complémentaires si nécessaire.

La prise en charge des difficultés sexuelles est donc essentielle pour le bien être des patients et elle implique une démarche active de la part du médecin.

Il faudrait donc commencer par former les médecins sur ce sujet, aussi bien lors de leur cursus universitaire qu'au cours de formations médicales continues. Il est nécessaire de leur rappeler l'importance que ces troubles peuvent avoir sur la qualité de vie de leur patient et sur leur santé physique. Notre étude a confirmé celles réalisées à plus grande échelle (40, 23) en montrant le manque de formation des médecins sur ce sujet.

Il semble également important de poursuivre l'information du public pour les encourager à consulter leur médecin dans ce domaine. Les initiatives telles que les communications télévisées, le camion de L'ADIRS qui effectue une tournée nationale en partenariat avec Lilly et l'AIHUS doivent encore se multiplier. A force d'entendre que leur médecin est compétent dans ce domaine, ils devraient oser plus facilement aborder le sujet.

Bibliographie

1. AIHUS. « Recommandations aux médecins généralistes pour la prise en charge de première intention de la dysfonction érectile » – 31 août 2005 [en ligne]. AIHUS, novembre 2005 (consulté le 15 avril 2005), réactualisée en 2010 et disponible à l'adresse url : <http://www.aihus.fr/prod/data/Aihus/Vie/recommandationsauxmedecins2010.pdf>
2. Algrain V., Zdanowicz N., Reynaert Ch., Godenir F. « La vie affective et sexuelle des Belges après 50 ans : Présentation de l'étude épidémiologique Zénith 2005 ». *Douvain Médical* 2006 ; 125, 4 : 107-115
3. ANAMACAP. Association nationale des Malades du Cancer de la Prostate. Injections intra caverneuses. Site internet disponible à l'adresse url : <http://www.anamacap.fr/traitements-contre-cancer-prostate-61-effets-secondaires.php> (consulté en 10/2011)
4. Association Inter-Hospitalo-Universitaire de Sexologie -AIHUS- site internet disponible à l'adresse url <http://www.aihus.fr/>
5. Baldwin KC, Ginsberg PC, Harkaway RC « Underreporting of erectile dysfunction among men with unrelated urologic conditions ». AUA 95th annual meeting, Atlanta April 29 - May 4, 2000. *J. Urol.* 2000, 163, suppt. 243, abstract 1080
6. Bensussan P. « Pratique médicale et sexualité : éthique et déontologie ». *Sexologies* ; volume XII, N°43.
7. Bivea. « Le principe de fonctionnement de la pompe à vide ou vacuum ». Disponible à l'adresse url <http://www.bivea.fr/blog/cat/intimite-masculine/impuissance-masculine> (consulté en 10/2011)
8. Bondil P. « La dysfonction érectile ». Paris : John Libbey Eurotext, 2003 : 218 p.
9. Buvat J, Ratjczyk J, Lemaire A. « Les problèmes d'érection : une souffrance encore trop souvent cachée ». *Andrologie* 2002 ; 12(1) : 73-83.
10. Colson MH, Lemaire A. « Les points cardinaux de la sexualité, enquête sur la sexualité des français en 2004 ». *Médecine sexuelle* 2007;1:22-5.
11. Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé. « Médicalisation de la sexualité : le cas du Viagra. Réponse au secrétaire d'Etat à la santé ». N° 62- 18 novembre 1999.
12. Costa P, Grivel T, Giuliano F, Pinton P, Amar E, Lemaire A. « La dysfonction érectile : un symptôme sentinelle ? » *Prog Urol.* 2005 ; 15(2) : 203-207.
13. Costa P., Avances C., Wagner L. « Dysfonction érectile : connaissances, souhaits et attitudes. Résultats d'une enquête française réalisée auprès de 5.099 hommes âgés de 18 ans à 70 ans ». *Progrès en Urologie* 2003 ; 13 : 85-91.
14. Cour F, Fabbro-Peray P, Cuzin B, Bonierbale M, Bondil P, De Crecy M et al. « Recommandations aux médecins généralistes pour la prise en charge de première intention de la dysfonction érectile ». *Prog Urol.* 2005 ; 15(6) : 1011-1020.

15. Desvaux P, Corman A, Hamidik, Pinton P. « Prise en charge de la dysfonction érectile en pratique quotidienne : Etude PISTES ». Prog Urol. 2004 ; 14(4) : 512-520.
16. Droupy S. « Epidémiologie et physiopathologie de la dysfonction érectile ». Ann urol (Paris) 2005 ; 39(2) : 71-84.
17. Ecole française de sexologie. « Historique de la sexologie » Site internet disponible à l'adresse url <http://efsweb.free.fr/frames.htm>
18. Etude IFOP / Lilly – Août 2009. « Les français, les 5 sens et la sexualité ». Echantillon de 1001 personnes, représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus.
19. Fabre C. et Fassin E., « Liberté, égalité, sexualités ». Paris, Belfond, 2003, pp.37-9.
20. Feldman et al. « Impotence and its medical and psychosocial correlates : results of the Massachussets Male Aging Study ». The Journal of Urology ; January 1994 : Vol 151, 54-61.
21. Frank H. Netter, M.D. « Atlas d'anatomie humaine ». Deuxième édition. Edition Masson 2002.
22. Giuliano F, Knellesen S, Paturaud JP, Jardin A. « Epidemiologic study of erectile dysfunction in France. » XIIth congress of the European Association of Urology, Paris, Sept. 1996.
23. Haczynski J. «The prevalence of erectile dysfunction in men visiting outpatient clinics». Int J Impot Res 2006; 18, 359-63.
24. Hirch E. « Les abords de la sexualité au quotidien ». Maladies sexuellement transmises. Rev Med Brux 2005 ; 26 : S 353-7.
25. Humphery S., Nazareth I., « GPSs' views on their management of sexual dysfunction » Famil practice, Oxford University Press 2001 ; Vol 18, 64-68.
26. Jonler M., Moon T., Brannan W., Stone N.N., Heisey D., Buskewitz R.C. «The effect of age, ethnicity and geographical location on impotence and quality of life.» Br. J. Urol., 1995, 75, 651- 658.
27. Kunz R, Leuthold A, Buddeberg C. « Troubles de la fonction sexuelle sous antidépresseur. Résultats d'une enquête auprès de médecins ». Med Hyg. 1999 : 2248 : 660-666.
28. Laumann EO. Et al. « A cross national study of subjective sexual well-being among older women and men : findings from the global study of sexual attitudes and behaviors ». Archives of Sexual Behavior, vol 35 ; N°2 : April 2006, pp 145- 61.
29. Lemaire A., Colson M-H., Alexandre B., Bosio Le Goux B., Klein P. « Pourquoi les patients qui ont des difficultés sexuelles ne consultent-ils pas plus souvent ? D'après une enquête française de l'ADIRS » Sexologies 2009 ; 18 : 32-7.
30. Low WY, Ng CJ, Tan NC, Choo WY, Tan HM. «Management of erectile dysfunction: barriers faced by general practitioners.» Asian J Androl 2004a;6:99—104.

31. Low WY, Tan NC, Choo WY. «The role of general practitioners in the management of erectile dysfunction—a qualitative study». Int J Impot Res 2004b;16:60—3.
32. Lowentritt BH, Sklar GN. «The effect of erectile dysfunction on patient medication compliance.» J Urol. 2004; 171: 231
33. Montési Elide « La médecine sexuelle au cœur de nos préoccupations » La Revue de la Médecine Générale n° 264 ; juin 2009 : p 246-8.
34. Muchembled R., « L’orgasme et l’Occident. Une histoire du plaisir du 16ème siècle à nos jours ». Paris, Seuil, 2005.
35. Organisation mondiale de la Santé (1975). «Organisation des services de santé mentale dans les pays en voie de développement. Seizième rapport du Comité OMS d’experts de la Santé mentale (N°564).» Genève : Organisation mondiale de la Santé.
36. Opsomer R.J, Opsomer F. et Van Cangh P.J « Physiologie de la fonction sexuelle masculine ». Douvain Médical 2005 ; 124, 10 : p 268-74.
37. Palazzi J. « Dysfonction érectile du diabétique et attitudes des médecins généralistes et endocrinologues : enquête auprès de 130 patients ». Thèse d’exercice : Médecine générale : Université de Paris-Val-de-Marne 2006.
38. Perelman M. et al. «Attitudes of men with erectile dysfunction, a cross national survey». J. Sex Med. 2005, 2: 397-406.
39. Quinet B. « Sexualité, norme et liberté » CEFOC. Analyse 9. Novembre 2009.
40. Roumeguere., et al. «Erectile dysfunction is associated with a high prevalence of hyperlipidemia and coronary heart disease risk ». Eur. Urol., 2003 ; 44 : 355-359.
41. SFMS Société Francophone de Médecine Sexuelle. Site internet disponible à l’adresse URL <http://www.sfms.fr/prod/system/main/index.asp>
42. SFSC société française de sexologie clinique. Site internet disponible à l’adresse url : <http://www.sfscsexo.com/>
43. Sonzini L. « Le dépistage des dysfonctions sexuelles en médecine générale, enquête auprès de 200 patients et 122 médecins généralistes ».Thèse d’exercice : Médecine générale : Université Claude-Bernard LYON I : 2004 : n°106.
44. Thibaut F. «Troubles des conduites sexuelles diagnostic et traitement ». EMC - Psychiatrie 37-105 G10 de 2000 (9p)
45. Thompson IM et al. «Erectile Dysfunction and Subsequent Cardiovascular Disease ». JAMA 2005;294 N°23:p 2996-3002

Annexe 1

TABLE 1 *Barriers to and suggested solutions for the management of sexual dysfunction in general practice*

Barriers	Total no. of barriers identified	Suggestion on tackling the barriers	Total no. of suggestions made
Doctor barrier	96 (22.1%)	Doctor solutions	64 (32.2%)
1. Lack of training/education/knowledge	59 (61.5%)	1. More education/training/improved skills	47 (73.4%)
2. GP embarrassment/attitude/lack of sensitivity	8 (8.3%)	2. More awareness/more proactive	12 (18.7%)
3. Lack of experience especially taking sexual history	10 (10.4%)	3. Better knowledge of secondary services	4 (6.3%)
4. Not asking about the issue/fear of opening flood gates/ doctors' awareness	19 (19.8%)	4. More clinical freedom	1 (1.6%)
Doctor-patient interaction	56 (12.9%)	Doctor-patient interaction	3 (1.5%)
1. Sensitive subject	7 (12.5%)	1. Patients' choice of gender of doctor	3 (1.5%)
2. Different genders	34 (60.7%)		
3. Different cultures	7 (12.5%)		
4. Different ages	2 (3.6%)		
5. Embarrassed patient/doctor	6 (10.7%)		
Patient barriers	93 (21.4%)	Patients' solutions	31 (15.6%)
1. Patients' reluctance/reticence/embarrassment	68 (73.1%)	1. Patient education (leaflet/workshop)	22 (71%)
2. Difficult area to discuss	4 (4.3%)	2. Empower patients to seek help	2 (6.4%)
3. Patient thinks it is 'normal'/lack of knowledge and awareness	14 (15%)	3. Improve availability of interpreting services	1 (3.2%)
4. Do not want to waste doctors' time	2 (2.2%)	4. Increased patients' awareness of what help and treatments are available	6 (19.4%)
5. Indirect presentation (hidden by other symptoms)	5 (5.4%)		
Contextual/structural barriers	189 (43.6%)	Contextual/structural solutions	101 (50.7%)
1. Lack of time	99 (52.4%)	1. Increase consultation time (smaller list size/more GPs)	30 (29.7%)
2. Lack of NHS treatments, lack of choice/availability of secondary psychosexual services	45 (23.8%)	2. Cheaper drugs/less restriction on prescribing	20 (19.8%)
3. Lack of freedom to prescribe	39 (20.6%)	3. Increase counsellors and secondary services	44 (43.6%)
4. Stigma/society's attitudes to sex	6 (3.2%)	4. Media awareness	2 (2.0%)
		5. Less stigma/review society's attitude	5 (4.9%)
Total no. of barriers	434 (100%)	Total solutions suggested	199 (100%)

Percentage figures in bold are based on totals, and the rest are calculated for each subgroup.

selon l'étude anglaise de Humphery réalisée en septembre 2000.

Annexe 2

Le questionnaire IIEF

Questionnaire court à partir du questionnaire IIEF - International Index of Erectile Function

Nom _____ du _____ patient: _____
Date: _____

Instructions

À chaque question, plusieurs réponses possibles sont proposées. Encerclez le numéro correspondant à la réponse qui **décrit le mieux** votre situation. N'encerclez qu'un **seul chiffre** par question.

Au cours des 6 derniers mois:

1. À quel point étiez-vous sûr de pouvoir maintenir une érection et de la maintenir ?		Pas du tout 1	Pas très 2	Moyennement 3	Sûr 4	Très sûr 5
2. Lorsque vous avez eu des érections à la suite de stimulations sexuelles, avec quelle fréquence votre pénis a-t-il été suffisamment rigide (dur) pour permettre la pénétration ?	Je n'ai aucune activité sexuelle 0	Presque jamais ou jamais 1	Rarement 2	Quelquefois 3	La plupart du temps 4	Presque tout le temps 5
3. Pendant vos rapports sexuels, avec quelle fréquence avez-vous pu rester en érection après avoir pénétré votre partenaire ?	Je n'ai pas essayé d'avoir de rapports sexuels 0	Presque jamais ou jamais 1	Rarement 2	Quelquefois 3	La plupart du temps 4	Presque tout le temps 5
4. Pendant vos rapports sexuels, à quel point vous a-t-il été difficile de rester en érection jusqu'à la fin de ces rapports ?	Je n'ai pas essayé d'avoir de rapports sexuels 0	Extrêmement difficile 1	très difficile 2	Difficile 3	Un peu difficile 4	Pas difficile 5
5. Lorsque vous avez essayé d'avoir des rapports sexuels, avec quelle fréquence en avez-vous été satisfait ?	Je n'ai pas essayé d'avoir de rapports sexuels 0	Presque jamais ou jamais 1	Rarement 2	Quelquefois 3	La plupart du temps 4	Presque tout le temps 5

Score : _____

Additionnez les chiffres que vous avez encadrés. Si votre score est de 21 ou moins, il se peut que vous présentiez des signes de dysfonctionnement érectile; vous devriez peut-

être en parler à votre médecin. DE sévère : de 5 à 10, DE modérée : de 11 à 15, DE légère : de 16 à 20, score normal : de 21 à 25)

Questionnaire IIEF 15 ; version longue.

C'est un questionnaire validé, multidimensionnel et auto-administré utilisé pour évaluer les effets du traitement de la dysfonction érectile. Ce questionnaire comprend 15 questions couvrant cinq domaines :

Domaine	Items n°	Score / Item	Score / Domaine
Fonction érectile	1, 2, 3, 4, 5, 15	0-1 à 5	1 à 30
Fonction orgasmique	9, 10	0 à 5	0 à 10
Désir sexuel	11, 12	1 à 5	2 à 10
Satisfaction des rapports	6, 7, 8	0 à 5	0 à 15
Satisfaction globale	13, 14	1 à 5	2 à 10

Chaque domaine est noté en fonction des réponses du patient.

AU COURS DES TROIS DERNIERES SEMAINES:

1. Avec quelle fréquence avez-vous pu avoir une érection, au cours de vos activités sexuelles?

- 0. Je n'ai eu aucune activité sexuelle
- 1. Presque jamais ou jamais
- 2. Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
- 3. Quelquefois (environ la moitié du temps)
- 4. La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
- 5. Presque tout le temps ou tout le temps

2. Lorsque vous avez eu des érections à la suite de stimulations sexuelles, avec quelle fréquence votre pénis a-t'il été suffisamment rigide (dur) pour permettre la pénétration ?

- 0. Je n'ai pas été stimulé sexuellement
- 1. Presque jamais ou jamais
- 2. Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
- 3. Quelquefois (environ la moitié du temps)
- 4. La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
- 5. Presque tout le temps ou tout le temps

Les trois questions suivantes portent sur les érections que vous avez peut-être eues pendant vos rapports sexuels.

3. Au cours des trois dernières semaines, lorsque vous avez essayé d'avoir des rapports sexuels, avec quelle fréquence avez-vous pu rester en érection après avoir pénétré votre partenaire (introduction du pénis dans le vagin) ?

- 0. Je n'ai pas essayé d'avoir de rapports sexuels
- 1. Presque jamais ou jamais
- 2. Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
- 3. Quelquefois (environ la moitié du temps)
- 4. La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
- 5. Presque tout le temps ou tout le temps

4. Pendant vos rapports sexuels, avec quelle fréquence avez-vous pu rester en érection après avoir pénétré votre partenaire (introduction du pénis dans le vagin)

- 0. Je n'ai pas essayé d'avoir de rapports sexuels
- 1. Presque jamais ou jamais
- 2. Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
- 3. Quelquefois (environ la moitié du temps)
- 4. La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
- 5. Presque tout le temps ou tout le temps

5. Pendant vos rapports sexuels, à quel point vous-a-t'il été difficile de rester en érection jusqu'à la fin de ces rapports ?

- 0. Je n'ai pas essayé d'avoir de rapports sexuels
- 1. Extrêmement difficile
- 2. Très difficile
- 3. Difficile
- 4. Un peu difficile
- 5. Pas difficile

6. Combien de fois avez-vous essayé d'avoir des rapports sexuels ?

- 0. Aucune fois
- 1. 1 à 2 fois
- 2. 3 à 4 fois
- 3. 5 à 6 fois
- 4. 7 à 10 fois
- 5. 11 fois et plus

7. Lorsque vous avez essayé d'avoir des rapports sexuels, avec quelle fréquence en avez-vous été satisfait ?

- 0. Je n'ai pas essayé d'avoir de rapports sexuels
- 1. Presque jamais ou jamais
- 2. Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
- 3. Quelquefois (environ la moitié du temps)
- 4. La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
- 5. Presque tout le temps ou tout le temps

8. A quel point avez-vous éprouvé du plaisir au cours de vos rapports sexuels ?

- 0. Je n'ai pas eu de rapports sexuels
- 1. Je n'ai pas éprouvé de plaisir du tout
- 2. Je n'ai pas éprouvé beaucoup de plaisir
- 3. J'ai éprouvé pas mal de plaisir
- 4. J'ai éprouvé beaucoup de plaisir
- 5. J'ai éprouvé énormément de plaisir

9. Lorsque vous étiez stimulé sexuellement ou aviez des rapports sexuels, avec quelle fréquence avez-vous éjaculé ?

- 0. Je n'ai pas été stimulé sexuellement ou n'ai pas eu de rapports sexuels
- 1. Presque jamais ou jamais
- 2. Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
- 3. Quelquefois (environ la moitié du temps)
- 4. La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
- 5. Presque tout le temps ou tout le temps

10. Lorsque vous étiez stimulé sexuellement ou aviez des rapports sexuels, avec quelle fréquence avez-vous eu un orgasme avec ou sans éjaculation ?

0. Je n'ai pas été stimulé sexuellement ou n'ai pas eu de rapports sexuels
1. Presque jamais ou jamais
2. Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
3. Quelquefois (environ la moitié du temps)
4. La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
5. Presque tout le temps ou tout le temps

11. Avec quelle fréquence avez-vous ressenti un désir sexuel ?

1. Presque jamais ou jamais
2. Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
3. Quelquefois (environ la moitié du temps)
4. La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
5. Presque tout le temps ou tout le temps

12. Comment évalueriez-vous l'intensité de votre désir sexuel ?

1. faible / nulle
2. Faible
3. Moyenne
4. Forte
5. Très forte

13. Dans quelle mesure avez-vous été satisfait de votre vie sexuelle en général ?

1. Très insatisfait
2. Moyennement insatisfait
3. A peu près autant satisfait qu'insatisfait
4. Moyennement satisfait
5. Très satisfait

14. Dans quelle mesure avez-vous été satisfait de vos relations sexuelles avec votre partenaire ?

1. Très insatisfait
2. Moyennement insatisfait
3. A peu près autant satisfait qu'insatisfait
4. Moyennement insatisfait
5. Très satisfait

15. A quel point étiez-vous sûr de pouvoir avoir une érection et de la maintenir ?

1. Pas sûr du tout
2. Pas très sûr
3. Moyennement sûr
4. Sûr
5. Très sûr

Votre âge : ans

Annexe 3

Entretiens auprès des médecins.

1^{er} entretien médecin. Homme Age 50-55 ans
3/12/10

Maison médicale. Activité semi rurale

Qui aborde le sujet ?

Le patient, je pose rarement la question moi-même. Il m'arrive de poser la question moi-même auprès des patients diabétiques.

Y a-t-il des moments privilégiés pour en parler ?

Lors de la prise en charge du diabète comme dit précédemment. J'en parle lors des consultations dans le cadre de l'HBP, et lorsque j'explique les traitements. Effectivement, aussi dans la prise en charge de la dépression. Finalement, j'en parle souvent.

A quel moment de la consultation ?

C'est variable, il y en a qui ont bien préparé leur truc et qui sont pressés de s'en débarrasser avant que ça n'éclate, d'autres plutôt en fin de consultations. Il n'y a pas de moment précis.

Le ressenti du médecin ?

Non, je ne suis pas gênée face à ce sujet. L'avantage de l'âge probablement. Oui, le sujet m'intéresse mais pas de façon excessive. Il m'intéresse au même point que les autres pathologies de mes patients.

Ses impressions sur le ressenti du patient.

Oui le patient est souvent gêné, mais je pense que le fait que je les connaisse depuis plusieurs années, que je sois d'âge mûr facilite la discussion.

Freins à l'évocation de ce sujet ?

Age : Effectivement, les patients me parlent plus de leur problèmes de sexualité maintenant qu'il y a 20 ans, je pense que le fait que je sois d'âge mur les rassure.

Sexe : Non, je ne pense pas que le sexe du médecin change la situation, mes patientes et mes patients me parlent de leurs difficultés donc je pense qu'un homme en parlerait aussi bien à un médecin homme que femme.

Durée de consultation : non, le patient se plaint quand il attend en salle d'attente mais il est seul une fois avec moi et ne se soucie plus des gens qui attendent. J'essaie de prendre le temps nécessaire, de ne pas trop le presser.

Place du conjoint ?

Le conjoint n'est jamais présent lors des consultations. Il m'est arrivé une fois, lors d'une consultation de couple où la femme a lancé le sujet mais les autres consultations pour ce sujet se sont déroulées avec l'homme seul. Je ne suis pas sexologue.

Quelle prise en charge (bilan, traitement, ...). Utilisation de fiches de synthèse (IIEF, association interuniversitaire de sexologie 2005...) ?

Non, je n'utilise pas de fiche car je n'en ai pas, je n'en connais pas. Avec l'expérience, je pose quelques questions et notamment je recherche la présence de persistance d'érections nocturnes ou matinales. Elles sont présentes dans plus de 90% des cas. Je n'ai souvent pas besoin de prescrire de traitement, le fait d'en parler, de rassurer aide.

Intérêt pour une éventuelle formation complémentaire ? Sous quelle forme ?

Oui, je suis toujours intéressé pour apprendre. Plutôt une FMC en petits groupes, je n'aime pas les formations avec trop de monde.

Evolution depuis Sildénafil ?

Effectivement, j'ai eu plus de patients qui ont abordé le sujet depuis la commercialisation et surtout la médiatisation du Viagra. Il y a eu de nombreuses publications sur le sujet...est ce pour cela ou parce que j'étais plus âgé ? Paradoxalement, c'est le traitement que je prescris le moins. Ces propriétés pharmacodynamiques ne sont pas les plus intéressantes. Le Cialis est plus

pratique d'utilisation. Mais je n'arrive pas à prescrire la forme 5mg à usage quotidien, le coût est trop élevé...

Discussion après l'entretien : effectivement, trop peu de formation à la fac. Patient demandeur.

Manque de référence sur la « normalité », beaucoup de patients posent la question sur ce que devrait être une sexualité normale ? (Un rapport par semaine, mois ???) Mais on n'a pas de réponse à leur apporter. Beaucoup d'idées reçues sur la sexualité également. Patient pensant normal un déclin de ses capacités sexuelles avec son vieillissement...ou au contraire, patient fier que « la bête marche encore » et demandant au médecin de faire attention au traitement prescrit...

Cherche à se projeter en fonction de ce qu'il connaît (ex : sexualité normale à 70 ans...pense à celle de son père mais ne la connaît pas...)

2^{ème} entretien médecin. Homme Age 45-50 ans.

7/12/10

Cabinet médical. Activité plutôt urbaine, beaucoup de personnes âgées.

Qui aborde le sujet ?

Dans la majorité des cas, ça va être le patient qui m'en parle et dans certains cas, c'est moi-même selon les types de pathologies et les types de traitement que le patient prend.

Y a-t-il des moments privilégiés pour en parler ?

Oui, sur certains traitements dont les effets secondaires sont connus sur l'activité sexuelle, là j'en parle mais ce n'est peut être pas de façon systématique.

A quel moment de la consultation ?

Oui, ça arrive en général en fin de consultation. Et ce n'est jamais le motif principal de la consultation.

Le ressenti du médecin ?

On n'a pas eu de formation sur ce sujet là. Mais je ne me sens pas gêné du tout, non, je me sens à l'aise.

Ses impressions sur le ressenti du patient.

Dans la plupart du temps, j'ai l'impression que ça lui coûte. C'est pour cela qu'il en parle en fin de consultation lorsqu'il a réussi à ramasser suffisamment de courage pour lancer le problème. En général, c'est comme ça que ça se passe.

Freins à l'évocation de ce sujet ?

Non, je pense que l'obstacle vient de l'histoire culturelle du patient. Il y a des patients qui en parlent assez librement et lorsqu'ils se rendent compte que je ne suis pas du tout gêné sur le problème, ils continuent d'en parler assez librement.

Durée de consultation

Ça peut être un frein si le patient a déjà pris 25-30 min et qu'à la fin de la consultation il aborde le sujet. On n'a pas 25 min supplémentaires à lui consacrer, sinon ça donne des consultations d'une heure et là, ce n'est pas possible. Et c'est hélas souvent comme ça. Alors dans ces cas là, je le note dans leur dossier, je me mets une petite alerte et la fois suivante j'aborde le problème.

Place du conjoint ?

Alors parfois, le conjoint est présent. Là je trouve que c'est bien car on peut sonder les aspirations des 2 membres du couple. Et souvent, c'est plus efficace quand les 2 sont présents. Mais bon, c'est là aussi la minorité des cas. Quand ils viennent à 2, en général, c'est que cela représente le motif de la consultation.

Conseil de revenir avec épouse ? → Rarement, parce que ça peut être dangereux. Parce que vous ne savez pas quelle est l'histoire sexuelle du couple. Parce que souvent, j'ai déjà pu remarquer par le passé que le patient parle de difficultés sexuelles au sein de son couple alors que ce n'est pas au sein de son couple mais c'est souvent avec une autre personne. Donc là ça peut être très dangereux et scabreux de demander à l'épouse de venir. De toute façon, vous vous essuiez un refus catégorique. Parce que le patient ne vous le dit pas toujours ; il protège sa vie privée. Parce que souvent, malgré le secret médical, on suit à la fois l'homme et la femme. Bien que lorsqu'un homme nous parle de ses problèmes, ça doit rester dans le cabinet, ça reste un discours singulier entre le médecin et l'homme. Mais ils ont certainement toujours un doute ou une peur que les choses s'éventent.

Quelle prise en charge (bilan, traitement, ...). Utilisation de fiches de synthèse (IIEF, association interuniversitaire de sexologie 2005...) ?

D'abord un interrogatoire pour savoir de quel type de trouble sexuel il s'agit et s'il s'agit vraiment d'un trouble sexuel. Parfois ce ne sont pas du tout des troubles sexuels mais il s'agit de troubles relationnels au sein du couple. J'ai encore eu un cas récemment où le monsieur se plaignait d'avoir des troubles de l'érection, alors qu'en fait, ils se disputaient 7j/7 et avec parfois des actes physiques violents. Donc j'ai expliqué au monsieur qui n'a pas compris à la fin de la consultation, qu'en fait, il ne pouvait pas avoir une érection satisfaisante s'il se disputait avec sa compagne sans arrêt. Ce n'était pas un trouble de l'érection. C'était un trouble du comportement peut être mais ce n'était pas un trouble de l'érection. Quand il y a un trouble de l'érection, lorsque l'interrogatoire va pouvoir me faire préciser les choses, effectivement, je fais un interrogatoire, je connais les antécédents médicaux du patient, je connais son traitement, donc je vérifie déjà que ce n'est pas un effet secondaire d'un traitement. Je regarde s'il est hypertendu, s'il est diabétique et puis on va commencer un petit bilan cardiovasculaire ou métabolique en fonction de ces antécédents.

Fiches de synthèse ?

Non car il faudrait en utiliser dans le diabète, dans l'HTA, en psychiatrie, en pédiatrie...donc je les accumule. Je dois bien avoir 70 fiches. Or si ma pratique médicale consiste, à chaque fois que le patient vient à identifier son type de problème, rechercher la fiche correspondante et lui poser des questions...non je ne vois pas mon métier comme ça. Je m'en inspire bien sûr. Je pense que la médecine doit rester avant tout une relation entre le médecin et son patient et non pas une grille à remplir et en fonction du score qu'il a fait vous lui donnez tel examen complémentaire ou tel traitement. C'est hélas de plus en plus ça la médecine parce qu'on essaie de nous mettre de plus en plus dans les clous, dans les cadres et dans les colonnes mais ce n'est pas tellement ma façon de voir la médecine. Bien qu'il faut être cartésien dans beaucoup de domaine, mais je pense qu'il faut quand même se laisser une petite marge de liberté.

Intérêt pour une éventuelle formation complémentaire ? Sous quelle forme ?

Oh oui pourquoi pas, oui.

Sous quelle forme ?

Oui, une FMC, pourquoi pas.

Evolution depuis Sildénafil ?

Oui oui, c'est souvent des hommes qui me demandent en fin de consultation, « Docteur est ce que vous pourriez me donner quelque chose pour...vous savez, ces petites pilules bleues.. » Bon maintenant, ils connaissent bien sûr le nom. C'est-à-dire que pour eux, la solution à leur problème se résume à la prescription de ce comprimé. Alors oui, ça a peut être entraîné une démarche de certains hommes qui ont l'espoir d'avoir trouvé une solution miraculeuse à leur problème.

**3^{ème} entretien médecin. Femme Age 45-50 ans
07/12/10
Cabinet médical. Activité urbaine.**

Qui aborde le sujet ?

Moi, selon les médicaments pour voir s'il a des effets secondaires. Ou le patient, si c'est son motif de consultation.

Y a-t-il des moments privilégiés pour en parler ?

Oui, au décours d'un renouvellement de traitement qui peut avoir des effets secondaires sur le plan de la libido. Pour le patient, il n'y a jamais de moment ; c'est souvent à la fin de la consultation. Quand il va franchir le pas de la porte. C'est quand même assez rare qu'il ne vienne rien que pour ça.

A quel moment de la consultation ?

A la fin, à la fin quand il peut se sauver très vite (rire).

Le ressenti du médecin ?

Si moi je suis gênée ? A non, pas du tout ; c'est de la médecine donc il n'y a aucun soucis. Au contraire, je suis contente que le patient aborde le problème, car souvent face à un médecin femme ce n'est pas évident. Donc le fait qu'il l'aborde, je prends ça...c'est plutôt aussi une satisfaction pour moi, une preuve de confiance.

Ses impressions sur le ressenti du patient.

Il est un petit peu gêné et ça commence souvent par « Docteur il faut que je vous parle d'un truc mais je suis un petit peu gêné ». Voilà, c'est toujours la phrase d'introduction ; donc on a compris de quoi il s'agit dès qu'il a parlé de ça.

Freins à l'évocation de ce sujet ?

Sexe féminin du médecin

Je pense que ça peut être un frein quand même. Ça peut être un frein effectivement.

Age

Non, je n'ai pas remarqué de différence due à l'âge.

Durée de consultation

Le patient aborde toujours le problème en fin de consultation, je pense qu'il attend une réponse rapide. C'est un peu lui qui nous presserait à la limite. Nous, on a envie de prendre le temps, de donner 20 min, une demi heure pour en parler, on sent que le patient, lui, en fait il veut une réponse rapide à son problème.

Vous pensez que le patient attend plutôt des conseils, un traitement... ?

Je pense que lui attend une ordonnance de produits dont il a entendu parler par la presse etc....et qu'il ne peut pas acheter sans ordonnance.

Place du conjoint ?

Le patient vient rarement avec le conjoint. Parfois ils viennent à 2 parce qu'il y a un renouvellement à faire pour les 2. Dans ce cas là, l'homme en parle mais souvent la femme dit que, pour elle, il n'y a pas de problème et qu'il n'a pas besoin de médicament, que tout va bien...

Situation inverse où la femme signalerait le problème ?

Non, jamais, quoi pour ma part jamais.

Quelle prise en charge (bilan, traitement, ...). Utilisation de fiches de synthèse (IIEF, association interuniversitaire de sexologie 2005...) ?

Interrogatoire. Après, si c'est un patient à risque, cardiovasculaire, diabétique...je l'enverrai chez le cardiologue. Si c'est un patient qui n'a pas d'antécédents particuliers, je ferai l'ordonnance moi-même.

Utilisation de fiches de synthèses ?

Non

Intérêt pour une éventuelle formation complémentaire ? Sous quelle forme ?

Vous sentez vous suffisamment formée ?

Je n'ai pas été spécialement formée. C'est souvent un problème d'ordre psychologique donc je crois qu'il suffit que le médecin ait un peu de psychologie. Soit c'est un problème d'ordre physique donc on va l'envoyer chez l'urologue par exemple. Après si c'est un problème d'ordre psychologique, je pense que voilà, ça dépend du médecin.

Intérêt pour une formation ?

Oui, plutôt un EPU.

Evolution depuis Sildénafil ?

Oui oui oui, tout à fait.

Présentation différente du problème de la part du patient ?

Oui oui oui, ils abordent la question, ils connaissent déjà les traitements.

Connaissent-ils plusieurs traitements ?

Non ils ne connaissent que le Viagra.

Exemple donné lors conversation après l'entretien sur une prescription récente de Cialis et patient revu ce jour, c'est elle qui a abordé le sujet pour savoir si traitement efficace. Ce n'est pas le patient qui a dit « Docteur je suis content, ça bien marché. »

4^{ème} entretien médecin. Femme Age 30-35 ans 14/12/10

Cabinet médical. Activité semi rurale

Qui aborde le sujet ?

Le patient, toujours le patient.

Y a-t-il des moments privilégiés pour en parler ?

Je l'aborde dans le cadre de la dépression. La dépression.

A quel moment de la consultation ?

Ils vont aborder le sujet tout de suite, ils viennent pour ça. C'est une consultation qui est entièrement consacrée à ça.

Pas au moment de partir ?

Non, ils ne l'abordent pas au moment de partir.

Après dans le cadre de la dépression, c'est moi qui aborde le sujet au moment où je le sens.

Il n'y a pas de demande de Viagra à la fin de la consultation.

Le ressenti du médecin ?

Pas de ressenti particulier, c'est un sujet comme un autre. Pas de crainte à aborder ce sujet, c'est un symptôme comme un autre.

Ses impressions sur le ressenti du patient.

La plupart sont un peu gênés au début. Je pense qu'il y a beaucoup de choses qui viennent de l'attitude du médecin après. Si le médecin a l'air de l'écouter, sans le juger, de ne pas rigoler, de ne pas se moquer de lui, effectivement, le patient va se sentir à l'aise et puis la suite va très bien se passer. C'est l'attitude du médecin en fait.

Freins à l'évocation de ce sujet ?

Peut être le fait que le médecin soit une femme. Peut être le fait que le médecin soigne l'épouse ou la concubine...peut être que ça peut être un frein.

Place du conjoint ?

Parfois, ils viennent à 2. La plupart du temps, les messieurs viennent seuls. Mais ça m'est déjà arrivé de voir les 2 et ça venait tout à fait librement dans le cadre de la consultation. Dans ce cas précis, ils consultaient pour un renouvellement et j'ai eu une question après sur le fait qu'il prenait parfois du Cialis et que ça lui donnait des gastralgies. Mais la présence de l'épouse n'a pas posé de problème.

Quelle prise en charge (bilan, traitement, ...). Utilisation de fiches de synthèse (IIEF, association interuniversitaire de sexologie 2005...) ?

C'est variable selon le patient. Si le patient a des facteurs de risque cardiovasculaire, du diabète... je vais faire un bilan déjà. J'ai tendance à envoyer facilement ce genre de patient chez l'urologue. Mais quand je pense que ce n'est vraiment que purement un problème psychologique, je leur parle beaucoup déjà, j'essaie de les rassurer. Ils ressortent avec une prescription de Cialis ou de Viagra surtout pour se redonner confiance. Et puis je les revois rapidement après.

Utilisation des fiches de synthèse ?

Non jamais ; Je ne connais pas leur existence.

Je lui montre le questionnaire IIEF

Oui, ce sont les questions que je pose spontanément. Je pense franchement que si on pose ce genre de questions formulées comme ça, les gens ne répondent pas. Ça fait peur et ce n'est pas facile à comprendre. Je pense qu'il vaut mieux parler à bâtons

rompus avec le patient. Et on comprend très bien ce qu'ils veulent nous dire et eux savent très bien décrire leur trouble. Ce questionnaire crée une barrière quelque part.

Intérêt pour une éventuelle formation complémentaire ? Sous quelle forme ?

Plutôt une FMC, mais peu d'intérêt pour une formation dans ce domaine car ce n'est pas un sujet qui me passionne non plus et ça n'arrive pas tous les jours. Je n'ai pas énormément de demandes. Je pense qu'il y a d'autres formations plus prioritaires.

Evolution depuis Sildénafil ?

Ah oui c'est clair. Les hommes abordent plus facilement le sujet.

La demande est elle différente ?

Non j'ai l'impression que c'est pareil. Pour moi, ils abordent le sujet plus facilement, ça c'est sûr...parce qu'ils savent qu'il existe quelque chose. Donc ils en parlent mais ils ne viennent pas en disant je veux du Viagra ou je veux du Cialis. Ils demandent d'abord une explication ; est ce que c'est normal, ça n'a pas bien marché cette fois ci, j'ai des soucis, est ce que ça peut jouer...

Mais non, je n'ai pas de patient qui demande juste une prescription de Viagra.

5^{ème} entretien médecin. Femme. Age 45ans env. 24/02/2011

Activité semi rurale

Est ce que les dysfonctions sexuelles sont un sujet dont les patients hommes vous parlent facilement ?

Plus maintenant qu'il y a quelques années oui

Et d'après vous c'est un problème qui concerne le médecin traitant ?

Oui, d'après moi.

Qui aborde le sujet ? C'est plutôt vous, le patient, les 2 ?

Souvent les femmes des patients.

Plus les femmes ? Et le patient vous en parle parfois ?

Ca arrive maintenant puisqu'ils parlent plus facilement des problèmes prostatiques entre copains.

Et ca vous arrive à vous de l'aborder de façon systématique ?

Non, pas systématiquement.

Pas dans des suivis de diabète ou d'autres pathologies cardio-vasculaires ?

Ca peut arriver, mais bon, après tout dépend de la relation qu'on a avec les patients. C'est un peu particulier. Ca ne fait pas partie de l'entretien systématique pour moi.

Et pour vous, il y a des moments privilégiés pour en parler ?

Je ne sais pas, je n'ai pas réfléchi à cela.

Quand les patients ou les femmes des patients vous en parlent, c'est à quel moment de la consultation ?

Euh...plutôt vers la fin, ce n'est pas le motif de consultation.

Il ne s'agit pas de consultation spécifiquement pour cela dans la majorité des cas ?

Non, non.

Et quel est votre ressenti face à ce sujet lors des consultations ?

Bien, je me sens bien.

Et est ce que vous êtes gênée ?

Non, je ne suis pas gênée. Je pense que ça évolue. Il y a 20 ans, je pense qu'on en parlait peut-être pas du tout, c'était plutôt les femmes qui parlaient de ça après leur grossesse. Mais pour un homme c'est plus délicat.

Et y a-t-il un âge auquel les patients vous parlent plus facilement de ces difficultés ?

Il y a 2 types de personnes : il y a les personnes qui vous parlent de leur problème de prostate et il y a les personnes qui veulent accomplir des prouesses sexuelles et qui demandent du Viagra pour être hyper performant.

Vous avez l'impression que le patient est comment quand il vous en parle ? Il est à l'aise ? Il est gêné ?...

Il est à l'aise. S'il arrive à aborder le sujet, c'est déjà bien. Non, je pense qu'on en parle plus facilement.

Depuis l'apparition du Viagra ?

Je ne pense pas non, depuis qu'on parle des problèmes de prostate. C'est plutôt ça en fait, le problème qui est abordé par les patients. Ce n'est pas « donnez-moi du Viagra », c'est plutôt « est ce que je peux contrôler ma prostate ». C'est plutôt ça.

Donc ils pensent que leurs problèmes sexuels viennent surtout de leur prostate ?

Oui oui certainement oui. Et puis il y a aussi des jeunes couples qui n'arrivent pas à avoir des enfants qui peuvent aussi se poser ce genre de question.

Ce n'est pas eux qui vont vous dire qu'ils ont des problèmes à avoir des rapports corrects, ils vous parlent plus d'inquiétudes concernant leur prostate ?

Ca peut arriver qu'ils en parlent, mais c'est plus une question de prostate...ici en tout cas...

Par rapport à votre vécu sur ce motif de consultations, y a-t-il des éléments qui peuvent freiner les patients, l'âge ou le sexe du médecin, ... ?

Je ne sais pas du tout...non je ne sais pas...

Vous me disiez que c'est principalement la femme du patient qui vous parle de ces problèmes, quelle est sa place ensuite dans les consultations ?

Ca dépend des situations. C'est probablement aussi pour ça que je n'aborde pas spontanément le sujet. C'est comme une femme après l'accouchement, on ne lui demande pas si elle a facilement des rapports, ou du moins je ne le fais pas. Mais si, par contre, elle me dit qu'elle a des difficultés, alors là, j'en parle. C'est pareil pour l'homme...Je ne me vois pas poser la question de façon systématique.

Et quelle est votre prise en charge de manière habituelle dans ce domaine ?

Il faut déjà qu'ils m'expliquent ce qui ne va pas. Puis selon le problème, si besoin je les adresse chez l'urologue ou je leur parle de l'existence d'un service spécial au CHU. Je vais faire un bilan cardiologique ou biologique si besoin.

Vous aidez vous des fiches réalisées par les sociétés d'urologie ?

Je ne les connais pas.

Seriez-vous intéressée par une éventuelle formation ?

Ou, alors là il ne faudrait pas que ça prenne beaucoup de temps...vous voyez déjà rien que là j'ai réfléchi avant de vous dire oui.

Vous vous sentez suffisamment formée pour répondre aux questions des patients ?

Oh je n'irai pas jusque là, non, je fais ce que je peux.

Non, c'est difficile de répondre à cette question. Je ne suis pas présumptueuse à ce point.

Vous avez vu une évolution depuis la médiatisation du Viagra ?

Je ne connais pas que le Viagra et les patients non plus, il y en a beaucoup qui achètent sur internet.

Et quand les patients vous demandent du Viagra vous réagissez comment ?

Et bien je vais discuter avec eux pour voir pourquoi ils en demandent. Si c'est pour faire comme de la potion magique, il n'est pas question que je leur en prescrive. C'est bien évident. Donc je leur explique les risques.

Je peux aussi leur conseiller d'aller voir le cardiologue.

Vous pensez qu'ils viennent plus demander une prescription ou plutôt des conseils ?

Déjà, je n'en prescris pas tous les jours. Je ne suis même pas sûre de le prescrire une fois par mois. Ce n'est pas énorme comme consultations. Cela dépend peut être de la réceptivité du médecin. Je pense qu'il y a pas mal des patients qui en prennent et qui ne me le disent pas. Je suis quasiment sûre de ça.

6^{ème} entretien médecin. Homme. Age 50-55 ans.

24/02/2011

Activité rurale (aisée, âgée)

Est-ce un sujet dont les patients vous parlent et est ce que cela arrive régulièrement ?

Problème d'érection...non...rarement, au décours d'une consultation chez l'urologue ou des choses comme ça...mais pas sur la génération des plus de 60-70 ans.

Et les jeunes, il y en a qui vous en parle ? Qui ont peur...

Alors ce n'est pas des problèmes d'érection, c'est pour améliorer leur performance. Ou alors c'est parce qu'ils ont des problèmes psychologiques ou d'érection précoce. Donc je ne sais pas si c'est pour améliorer leur performance ou s'ils ont vraiment des problèmes d'érection ou d'émotivité. C'est pour l'émotivité surtout. Ca les rassure.

D'après vous, est-ce un sujet pour le médecin traitant ?

Oui tout à fait. Moi ça ne me dérange pas. Je communique là-dessus.

Qui aborde le sujet en général lors des consultations ?

Ca dépend des âges. Chez un patient qui a un problème cardio, de diabète, ... ça peut être évoqué parce qu'il a un traitement par bêta bloquant ou des trucs comme ça et je lui demande s'il n'a pas de troubles de l'érection qui puissent les gêner à minima dans un premier temps et après ça dépend si c'est avoué ou non. Si c'est avoué et qu'il n'y a pas de problème coronarien, on propose. Si ce n'est pas avoué, ils continuent, ils passent leur chemin.

Y a-t-il des moments privilégiés pour en parler ?

Moi cela ne me dérange pas, je suis relaxe tout le temps. Ca ne m'angoisse pas. Après je ne connais pas l'approche de mes confrères là-dessus mais moi, si l'on veut parler de sexualité, on parle de sexualité. Si ça ne les branche pas...bon, chez les gens de plus de 60 ans la demande peut être masculine avec une femme qui n'est pas toujours d'accord parce que bon ils ne vivaient pas, je pense, leur sexualité à deux. Donc ca arrange madame qu'il ne puisse pas arquer. Ou alors la demande est unilatérale parce qu'il a une maîtresse. Et qu'il veut être à la hauteur, donc il faute un peu et il n'a pas vraiment de problème d'érection mais il corticalise un peu trop et donc ca doit le gêner donc il vient chercher quelque chose. En général, chez les couples, surtout certains couples, quand on discute avec les femmes sur ce qu'elles en pensent, elles disent « oh vous savez pour le nombre de fois où j'ai pris mon pied ».

Et du coup, quelle est la place de la compagne dans les consultations ?

Si la compagne est demanderesse, c'est qu'ils ont une complicité affective et amoureuse. Donc là, la femme est demanderesse car elle n'a plus rien à se mettre sous la dent. Si, elle n'a jamais eu de plaisir ou si c'est vécu comme une corvée, et qu'elle reste sur ca faim, elle n'est pas demanderesse.

Quand le patient aborde le sujet, c'est dans le cadre d'une consultation pour ce motif ? A la fin de la consultation ?

Ca c'est comme les femmes, à partir du moment où c'est sexe, poitrine, région pelvienne, c'est toujours après, entre deux. Toujours. C'est rarement..., après les jeunes où c'est visé, où ils veulent quelque chose où là, où il y a des troubles de la libido, où c'est plus de l'émotivité qu'autre chose. Ou alors c'est plus de la performance sexuelle, là ils sont plus demandeurs. Mais il n'y a pas réellement de problème sexuel. Ou alors c'est comment ils préparent leur sexualité, leur prémisse...on est deux, il faut être deux pour faire... Après c'est aussi une petite part

d'éducation sexuelle qu'il faut assurer. Par rapport aux clichés, par rapport aux images, par rapport à la pornographie ou par rapport à tout ça quoi.

Is vous posent des questions sur la normalité en sexualité ?

Sur la sexualité. Oui ils peuvent. Sur la normalité de durée, de taille, de grandeur...Après, ça dépend, selon comment ils sont normalisés par rapport à leur éducation, à ce qu'ils pensent, à leurs complexes. Pour les jeunes en tout cas, pas pour les adultes. Ça ne communique pas trop là-dessus, c'est les jeunes quand même.

Et ils vous posent la question plutôt orientée « j'aimerais avoir un cachet miracle » ou « j'aimerais vous parler d'un petit problème » ?

Ils recherchent plutôt des conseils. Après, la finalité c'est quand même de leur dire qu'il y a quand même des produits. Après, c'est surtout des conseils. Je leur rappelle, surtout chez les gens plus âgés, qu'il faut être deux. Parce qu'il faut aussi que Madame y mette du sien. Qu'il y ait quand même un éveil sexuel et une excitation pour entraîner une érection. Qui va être de plus en plus difficile et je lui dis les choses, ce n'est pas à moi de vous l'apprendre. Vous parlez de choses et d'autres, de la fellation, des caresses de tout ce qu'on peut faire dans ce moment là et plus si entente.

Et le patient dans ces moments là à l'air plutôt gêné, plutôt à l'aise ?

Souvent, vous le mettez à l'aise dans la discussion, vous lui montrez que ça ne vous embarrasse pas et que vous restiez sur des notes libres, ce n'est pas gênant.

Pour vous, il s'agit d'un sujet médical ?

Médical ? Oui parce qu'il y en a qui le vivent mal. Je pense que oui ça fait partie d'un épanouissement personnel, familial, à deux, une complicité, un moment de plaisir. Autant que ce soit le plus fréquemment possible, le plus longtemps possible.

Et vous pensez que le patient peut être plus gêné devant un médecin homme ? Une femme ? Plus ou moins âgé ?

Moi, les hommes abordent plus souvent la problématique. Les femmes ne me parlent pas de leur sexualité. Ou alors c'est chez les plus jeunes qui se questionnent et avec qui on aborde la sexualité par rapport à la contraception. Pour aborder quelques petites choses. Mais après... parce que soit c'est mal compris soit c'est mal exprimé par les compagnons.

Vous pensez que vos patients vont en parler avec vos remplaçants ?

Je ne sais pas je n'ai pas de communications sur ce sujet. Pour les hommes, ils vont en parler à un urologue. Après, faut voir pour vous Mesdames si vous en parlez avec les gynécologues. Si vous avez un dialogue avec votre gynécologue sur les pratiques, les modes, les perversions et les fantasmes de chacun.

Après, pour nous, il faut quand même mettre la barre sur le graveleux. Il faut qu'on arrête à un moment donné. Il ne faut pas avoir de discussion de pornographie. Ils font ce qu'il faut dans leur intimité. Chacun ses fantasmes. Après si la question porte sur la normalité d'une sodomie, je leur dit que ça dépend aussi de leur compagne, de si elle accepte ou pas. C'est là qu'il faut parfois recadrer sur leur performance sexuelle.

Vous avez remarqué une évolution ces dernières années par rapport à ce qu'on voit à la télévision par exemple ?

Après ce serait aux jeunes femmes de parler là dessus, je ne sais pas trop. Je n'en sais rien. Je pense que...après, là dedans, la précocité n'est pas un critère d'intelligence. Je pense qu'actuellement les jeunes ne sont pas trop pressés au vu des maladies, du moins les jeunes socialement ou intellectuellement un peu plus élaborés, sont moins pressés que ceux qui sont socialement et intellectuellement un peu moins élaborés.

Et chez les personnes plus âgées, elles vous parlent plus facilement qu'avant de leur panne ?

Oui chez la personne âgée qui est médiquée, oui ils vont en parler parce qu'il y a une dyslipidémie, puis après les problèmes de leurs enfants...Chez les gens épanouis qui ont une sexualité équilibrée, parfois il y a effectivement des pannes et là les

produits qui existent sont intéressants. Ils en prennent une ou deux fois, ça permet de les rassurer et après ils sont repartis sur leur sexualité d'avant. Donc ça, c'est intéressant. Ils arrivent à gérer après avec des doses ou des demi doses en fonction de l'effet attendu. Et quand ils sont rassurés sur le fait qu'ils peuvent continuer ben y a pas de soucis. L'aspect psychologique est quand même important donc quand ils sont rassurés dans leur masculinité, dans leur façon de faire, ça les rassurent et ils sont repartis.

Vous avez vu une évolution dans la demande des patients depuis la médiatisation du Viagra ?

Ils ne sont pas habitués à payer. C'est générationnel ça. Un jeune paie, un vieux ne paie pas. Les gens de 60-70 ans, comme ce n'est pas remboursé, ne veulent pas payer pour ça. Ils ont du mal car ça fait cher le coup.

Donc vous n'avez pas vu une grande évolution des demandes ?

Non, je n'ai pas spécialement remarqué. Me concernant, même les hommes qui consultent chez les urologues, même sur les courriers des urologues il y a une ordonnance sur 20 qui va revenir avec une prescription d'un produit.

Et quelle est votre prise en charge habituellement face à un patient se plaignant d'une dysfonction sexuelle ? Conseils, réassurance, prescription, spécialistes... ?

Non, je n'envoie chez personne, je propose. Après bon quand on n'avait pas ses produits là, on voyait s'il restait des érections nocturnes, matinales, face à des images...S'il reste des moments d'excitation et des érections dans ces situations, il n'y a pas de troubles érectiles. Après, l'important c'est de la mener à bien cette érection. Et après pour la mener à bien et qu'elle dure, faut aussi être deux. Mais ils le disent ça par contre, quand un homme est demandeur il le dit que sa femme n'est pas trop portée ou n'a pas un appétit très développé. Alors qu'avec sa maitresse ou avec quelqu'un d'autre, soit il avoue et il dit qu'il a moins de soucis, soit il ne l'avoue pas et je lui demande s'il se masturbe et quand il l'avoue il dit qu'il y arrive.

Les problèmes d'érection c'est rarement mécanique. Après chez les patients qui ont été opérés ou avec des problèmes psychogènes, avec des antidépresseurs...là oui ça peut être mécanique. Ou alors chez les artérielles, mais là ça fait longtemps qu'ils ne peuvent plus arquer.

Est-ce que ça vous arrive d'utiliser les fiches de synthèse des sociétés de sexologie ?

Non, on n'a pas le temps de tout ça. Même si ça ne prend qu'une ou deux minutes, cumulé sur la journée...on n'a pas le temps de tout ça...

Après faut rester naturel aussi.

Seriez-vous intéressé pour une éventuelle formation sur le sujet ?

Non. Et on veut former à quoi ?

La prise en charge, l'attitude à adopter...

Quelle attitude à adopter ? Le mec qui psychote, il psychote. Le mec qui n'arrive pas à aborder une nénette, il ne va pas venir vous voir. Il faut apprendre à être naturel, c'est la vie. C'est aux parents de gérer les abords, la sexualité, la normalité et tout ça. Ce n'est pas tabou. Après on ne peut pas refaire l'éducation d'une personne sur ces problèmes. La sexualité, le plaisir, ça fait parti de la vie. On ne se cache pas pour ça. Après quand on voit que c'est caché, c'est freiné, les gens commencent à rougir parce que...où est le problème ? Donc il faut en parler. Faut trouver un équilibre entre les deux partenaires. Après le côté mécanique..., faut rester simple.

**7ème entretien Médecin. Homme. Age 64 ans
01/03/2011**

Activité rurale aisée, âgée

Pensez vous que les difficultés sexuelles masculines sont un motif de consultation médicale ?

Oui. Tout à fait.

C'est une part régulière de votre activité ?

Oui, car j'ai une patientèle âgée. Ça concerne surtout les plus de 50 ans. Les jeunes de 30 ans vont s'amuser pour jouer à Superman. Mais sinon, cela concerne surtout les plus de 50-60 ans.

Mais avant de prescrire j'aime bien savoir ce qu'ils vont en faire et avec qui ils vont l'utiliser.

Et qui aborde le sujet ?

C'est le patient. Ils viennent même en couple parfois et ça c'est somptueux. C'est rare mais c'est exact. Contrairement à ce que l'on pense, il y a des femmes demandeuses. Des femmes de 65-68 ans demandeuses.

Et ça arrive que ce soit les femmes des patients qui viennent seules en parler ?

Alors soit elles viennent seules parce que lui n'ose pas soit ils viennent à deux. Ce n'est pas le plus fréquent mais c'est comme ça.

C'est plutôt à quel moment de la consultation ?

Y en a qui viennent exprès pour ça. Sinon, c'est à la fin.

Ils expriment leur demande de quelle façon, plutôt j'ai un petit problème ou...

C'est dans le sens là. Ils vous le font sentir pour qu'on leur en parle, qu'on vienne à eux. Je leur dit ça commence bien et ça termine mal. C'est à peu près ça.

Est-ce que ça vous arrive de l'aborder de façon systématique ?

Oui d'ailleurs, c'est moi qui l'ai appris car je ne savais pas ça. Je n'aime pas le Cialis car il a une demi-vie longue. Par contre j'ai appris que le Cialis 5mg après prostatectomie, 1/j, tous les jours, pour remettre en route. Et ça je ne le savais pas. Donc dans ce cadre, je vais le proposer aux patients. Les hommes viennent à vous quand ils changent de femmes ou qu'ils ont essayé pendant un moment et que ça ne marche plus.

Il y a des moments privilégiés pour en parler ?

C'est souvent en fin de consultation.

Quel est votre ressenti quand un patient aborde le sujet ? Vous êtes gêné ? A l'aise ?

Je ne suis pas du tout gêné, absolument pas. Pour moi ce n'est pas du tout tabou. La plupart du temps, il n'y a pas de problème artériel, ni de testostérone. Vous pouvez toujours la doser, elle est normale. C'est un problème d'ordre psy, c'est dans la tête quoi. Les hommes sont des êtres fragiles. Il n'y a pas de doute là-dessus. Donc si c'est la même femme depuis x années, et qu'en plus, elle n'est pas demandeuse quand ils n'y arrivent pas une fois, après c'est la chute libre. Et dans ce cadre là, ce type de médicaments fonctionne très bien car il remet les gens en condition. Et ils n'en prennent pas tout le temps. Et puis après, ça dépend ce qu'ils en font. Si c'est pour utiliser avec une maîtresse...mais moi je veux savoir ! Non pas chez les jeunes. Mais chez les personnes qui vont avoir un rapport avec une femme ménopausée qu'ils n'ont pas touché depuis x temps. Mais en général ils en parlent.

Et les patients quand ils vous en parlent, ils sont comment ? Plutôt gênés ou pas ?

Au départ, ils sont gênés mais après ils vous racontent.

Ils vous racontent dans les consultations d'après ou dans la même consultation ?

Ah non, ils vous racontent si ça a marché. Moi je leur dit, je vous le donne mais je veux savoir comment ça a marché.

Et vous n'avez pas peur d'entrer dans leur intimité ou...

Mais on est dans leur intimité ! Déjà quand on va à domicile, on entre dans leur intimité. On vit dans l'intimité des gens mais c'est aussi la beauté du métier.

Que pensez vous qui pourrait gêner les patients, l'âge ou le sexe du médecin,

Je pense qu'ils seront plus intimes à ce moment là avec un médecin de leur âge. Bien que, je vais vous dire, j'ai un patient de 43 ans et un autre de 25 ans, qui m'en ont demandé et qui reviennent m'en demander. Dont un qui ne pouvait plus avoir de relation sexuelle correcte. Je lui ai donné ça et maintenant il a une vie sexuelle normale. Donc c'est vraiment psychique. Quand

à un autre, il était sous injections, et avec le Viagra il est tranquille. Donc ça a changé la vie des hommes.

Ca vous arrive qu'il y ait des patients n'étant pas vos patients habituels qui viennent pour ce motif là ou que vos patients en parlent plutôt à vos remplaçants ?

Non, c'est toujours des gens qu'on connaît. Du moins, chez moi, c'est comme ça. Et si c'est le remplaçant, ils n'en parlent pas. Parce qu'ils me connaissent. Ils savent bien comment je me comporte.

Ils sont plus à l'aise avec vous.

Tout à fait.

Quand un patient vous a dévoilé ses difficultés vous demandez à la femme de venir éventuellement ?

La place de la conjointe est variable. Déjà moi je veux savoir avec qui c'est. Je ne demande pas le nom de la maîtresse non plus mais je veux savoir avec qui c'est. Quand c'est avec une femme jeune, ce n'est pas mon problème. Mais là mon problème c'est une femme ménopausée qu'il n'a pas touché pendant 5 ans et là tout un coup...donc je veux savoir.

Et si c'est pour utiliser avec sa femme, vous la faites venir ou pas ?

Ah non, parce que là, il n'aime pas du tout qu'elle le sache. Donc je leur dit allez y en toute douceur. Parce que sinon, vous allez vous faire rembarrer et vous ne viendrez pas me dire que le médicament ne marche pas. Ils sont prévenus, qu'une femme ménopausée qui n'a pas été touchée depuis 3 ans, il ne faut pas croire qu'elle va être ravie. Ça va être tout l'inverse ! Alors que quand c'est la femme qui est demandeuse, elle vient. Elle vient avec lui, elle le tient par la main et elle vient. Les femmes sont, à ce niveau là, beaucoup plus courageuses.

Quelle est votre prise en charge habituelle ? Ecoute, réassurance, traitements, orientation vers des spécialistes ?

Après avoir éliminé les contre indications de départ, les dérivés nitrés, les pathologies cardiologiques... en dehors de ça, ne pas l'acheter sur internet ou au Maroc parce que ce n'est pas le vrai. Et j'explique quand même que ça ne fait jamais monter la tension, ça la fait plutôt baisser et quelque fois il peut y avoir des rougeurs. Attention, l'effet diminue avec l'alcool.

Et quand ils viennent vous en parler, vous pensez qu'ils sont plutôt demandeurs de la solution comprimés ou de réassurance.

Ah je ne me souviens pas en avoir eu de pas contents. Alors, il y en a chez qui ça n'a pas marché, alors ils me demandent de passer à 100, mais 100 c'est quand même puissant. Mais ils sont contents, ils ont retrouvé une érection. Et quand c'est comme ça je fais toujours une ordonnance à renouveler et sur une ordonnance à part. C'est très amusant, quand c'est des femmes qui viennent chercher, je leur demande si je le mets sur une ordonnance à part et elle dit « ça m'est égale ». Mais quand c'est un homme, il me répond toujours de le mettre sur une ordonnance à part. Car il est très pudique.

Vous sentez vous suffisamment formé face aux dysfonctions sexuelles ?

Oui, avec ce que je sais là oui. Maintenant, je vais vous dire, moi depuis des années que je suis là, je n'ai jamais vu de troubles de l'érection liés à des artères, ça marche moins bien mais avec le Viagra, ça marche. Donc, je pense, qu'avant que ça ne marche pas là, faudrait une artérite des membres inférieurs, une coronaropathie, enfin, moi je n'ai jamais trouvé...comme la testostérone. Donc, j'arrête de chercher de ce côté-là. Je demande au cardio si je ne suis pas sûr des contre indications. Mais à part ça je ne fais plus. Au début, je demandais...

Seriez-vous éventuellement intéressé par une formation ?

Alors je vais vous dire, si tout se passe bien, moi dans un an je suis en retraite. Donc je ne suis pas tellement demandeur d'une formation. Je vais à mes EPU tous les mois. Mais en plus, je ne dis pas que je n'ai rien à apprendre car on a toujours à apprendre, mais je crois que c'est tellement personnel. Vous pouvez être le meilleur des prescripteurs avec les meilleures des connaissances, si vous n'avez pas l'amont du patient, ça ne marchera pas.

Connaissez-vous les fiches de synthèse éditées par les sociétés de sexologies ?

Aucune idée, aucune idée.

Avez-vous remarqué une évolution depuis la médiatisation du Viagra ?

Je n'aime pas la médiatisation, je n'aime pas internet. J'ai eu une fois un choc au paracétamol, alors j'étais allé voir sur internet et donc risque de choc au Doliprane, mais il y a un risque de choc à tout ! Mais par exemple, risque de choc au Lévothyrox aussi. Mais ne le prenait pas et vous allez revenir et je sais pourquoi. Donc je crois que les médias, point trop n'en faut. Il vaut mieux expliquer au patient avec nos mots et rien que le fait qu'ils sachent que ça va marcher, ça marche. Je pense même que si je leur donnais un placebo bleu, ça marcherait.

Effectivement, les études montrent que le Viagra fonctionne mieux que le placebo, mais le placebo a une efficacité quand même.

C'est ça que je veux dire. On est tout à fait d'accord. Donc d'après ce que j'ai vu ici, c'est un changement manifeste au niveau de la vie sexuelle des hommes d'un certain âge.

Et avant, c'était comment quand vous n'aviez pas le Viagra ?

Oh, il y avait un truc, à 6 par jour, comment c'était...mais on n'avait rien, ça a vraiment été une révolution. Une révolution dont il faut savoir se servir, c'est pareil. C'est pour ça que je n'aime pas le Cialis qui a une demi-vie très longue parce que ça ne s'adresse pas à des gens de 30 ans qui vont faire l'amour 3 fois par jour. C'est déjà des hommes d'un certain âge. En général c'est des choses prévues, ou à moitié prévues. Donc il vaut mieux avoir une demi-vie de quatre heures, ça suffit. Après, vous êtes jeunes, je ne sais pas ce que vous en pensez.

J'ai eu les 2, j'ai vu des médecins qui préféraient le Cialis pour sa demi-vie longue, pour limité le côté planifié et qu'ils puissent prendre le temps.

Oui mais il y a plus de risque. D'ailleurs si vous lisez le Vidal, il y a plus de risque avec le Cialis.

Oui forcément.

En plus en sachant que si ça ne marche pas, il va peut être en prendre un deuxième...alors là non, du tout. On arrive à des catastrophes. Donc c'est pour ça que je leur dit, si ça ne marche pas, temps pis, on attend le lendemain, ce sera mieux.

**8^{ème} entretien médecin. Homme Age env. 40 ans
17/05/2011**

Cabinet de groupe, orientation médecine du sport-ostéopathie

Est-ce un sujet dont les patients vous parlent ?

Oui ça arrive.

De façon assez régulière ?

Assez régulière oui.

Cela concerne quels patients, les patients assez âgés, les jeunes...

Tout venant.

C'est les patients qui vous en parle, leur femme ou les 2 ?

Plutôt les patients.

Et, dans ce cas, est ce que ça vous arrive de leur demander de refaire des consultations avec leur femme ?

Non.

D'après vous c'est un sujet de médecine générale ou c'est un sujet que vous avez tendance à orienter rapidement chez un spécialiste ?

Non, c'est un sujet de médecine générale.

Y a-t-il des moments privilégiés pendant lesquels vous abordez vous-même le sujet ?

Non, pas particulièrement. Ça dépend...non...parfois, dans les syndromes dépressifs, on parle de la baisse de la libido par exemple ; dans les difficultés conjugales, j'en parle aussi. Non, il n'y a pas de moment particulier...hormis ces 2 moments là.

Vous sentez que cela soulage le patient que vous abordez le sujet ou ça le gêne ou il n'a pas de réaction particulière ?

Je connais bien les patients, non ça ne les gêne pas particulièrement. Quand j'en parle c'est que je pense que c'est le moment donc en général, non j'ai jamais observé de gêne particulière.

Le sujet est abordé plutôt à quel moment de la consultation ?

Euh...plutôt à la fin, plutôt à la fin.

Ils viennent pour ce motif de consultation ou ils viennent pour un autre motif et ils en profitent en fin de consultation ?

Plutôt ça.

Votre ressenti par rapport à ce motif de consultation ?gêne, intérêt...

Je pense que ça dépend beaucoup de la qualité du dialogue qu'on peut avoir avec le patient, de la façon qu'a le thérapeute de se placer dans la discussion. Moi, à partir du moment où j'ai pu en parler, ce n'est pas réellement une gêne.

Vous n'avez pas peur de rentrer trop dans l'intimité du patient ?

Non, je pense qu'après ça les soulage parce que ça démystifie, ça permet d'avoir une meilleure adhérence au traitement, enfin à la conduite à tenir qu'on définit ensemble.

Vos impressions sur le ressenti du patient quand il vous en parle ?

Je pense que de toute manière, dans tous ses compartiments, il est gêné tout le temps...donc il se passerait bien de parler de ça s'il n'avait pas ce problème, mais à partir du moment où il décide de l'aborder, je pense que ça le soulage de façon relative d'en parler et donc de pouvoir envisager des solutions.

Quels peuvent d'après vous être des freins à l'évocation de ce sujet de la part du patient ? Votre âge, votre sexe, la durée de consultation...

Des freins...le cout du traitement prescrit...non, la gêne on va la sentir par exemple souvent on demande si on prescrit sur 2 ordonnances, la réponse sera souvent oui parce qu'ils ne vont pas dans leur pharmacie habituelle pour chercher le traitement.

C'est-à-dire, ça veut dire qu'à partir du moment où il y a un dialogue, il y a moins de gêne. Si il n'y a pas de dialogue, il va y avoir une gêne à l'évocation... de s'identifier comme quelqu'un ayant des dysfonctions érectiles.

Vous pensez que les patients attendent quoi ? Une prescription ? Des conseils ?...

Plutôt des conseils, plutôt des conseils...voir, quand ils ont déjà une ébauche de solution, une prescription. La prescription fait aussi partie de la réassurance.

Quand ils vous en parlent, vous avez l'impression qu'ils se sont déjà bien documentés sur internet, dans des magazines ou auprès d'amis ?

Pas forcément.

Quelle est la place du conjoint ?

Elle est importante. Surtout chez le jeune en fait. Quand c'est plus psychologique qu'organique. Quand c'est un problème plus organique, prostatique par exemple, la place du conjoint sera autre ; elle sera plus en termes de soutien. Dans la première tranche, elle sera plus dans la réassurance.

Quelle est votre prise en charge habituelle ? (bilan, prescription, réassurance)

Ça dépend des cas, mais en général...oui je fais selon les cas...je n'ai pas de conduite à tenir bien prédéfinie. Selon l'âge, la pathologie associée, les traitements associés...

Est-ce que ça vous arrive de vous aider des fiches de synthèses, comme celles créées par l'association d'urologie par exemple ?

Non, jamais.

Seriez-vous éventuellement intéressé par une formation complémentaire et sous quelle forme ?

Ce n'est pas ma spécificité, mais comme c'est un sujet abordé parfois et que j'ai une clientèle masculine qui peut vieillir, une formation courte et pratique.

Avez-vous remarqué une évolution depuis la médiatisation du Viagra ? Est-ce que les patients en parlent plus...

Je pense, oui.

Ca les a libéré ou c'est parce qu'ils savent qu'il y a une solution ?

Ben les 2 en fait. L'un est l'autre. D'une part parce qu'on en parle plus de ces problèmes là comme les autres, les traitements hormonaux substitutifs. Et deuxièmement il y a aussi une solution donc pourquoi s'en priver ?

Par rapport au coût que ça entraîne, il y a des patients qui n'osent pas en parler... ?

Je pense qu'il y a des patients pour qui ça peut être un frein oui.

9ème entretien médecin. Femme. 40-45 ans.

20/05/2011

Cabinet médical, plutôt rural

Est-ce un sujet dont les patients vous parlent ?

Oui...

Assez régulièrement ?

Oui, j'ai été toujours très étonnée parce que ...sachant qu'on était 2 associés, un homme et une femme, je pensais que les hommes préféreraient en parler avec mon associé homme alors que non....

Ils en parlaient plus avec vous ou à peu près de la même façon ?

Du coup, je ne sais pas trop...parce que, quelle était sa fréquence de...je pense quand même égalitaire, oui.

Donc vous pensez qu'ils en parlent surtout à leur médecin référent ?

Oui...oui

Quel âge ont les patients qui vous en parlent ?

Euh ...disons 55-65 ans...

Des jeunes viennent parfois aussi ?

Oui oui. Sur des troubles érectiles.

Qui va aborder le sujet ?

Le patient.

Sa femme parfois ?

C'est déjà arrivé parfois, oui, pas majoritairement mais parfois oui.

La question arrive à quel moment de la consultation en général ?

A la fin.

Ils viennent pour un autre motif et abordent le sujet à la fin ?

Oui

Ca arrive parfois qu'ils viennent pour ce motif ?

Oui ça arrive aussi mais...disons...seulement une fois sur 10.

Et est ce que cela vous arrive à vous d'aborder le sujet spontanément ?

Euh...oui, surtout dans l'interrogatoire d'un syndrome dépressif. C'est surtout pour demander s'il y a des troubles de la libido.

Évoquez-vous également le problème lors de la prescription de certains traitements (anti dépresseur, bêta bloquants...) ?

Je ne l'évoque pas d'emblé, je ne l'évoque pas d'emblé parce que ce n'est pas un effet secondaire que l'on aura fréquemment. Si d'emblé je l'évoque, je suis certain que le patient ne voudra pas prendre le traitement. Par contre, ça arrive que je sois obligée de changer le traitement anti hypertenseur parce que le patient se plaint.

Quel est votre ressenti lorsque le patient évoque le problème ?

Le ressenti du patient, oui il y a souvent une certaine gêne mais moi tout de suite je les mets à l'aise en disant que, bon, c'est mon travail et on plaisante même parfois.

Et vous-même, êtes vous parfois gênée par ce que vont vous dire les patients ?

Euh....non, non.

Je pense que ça vous arrive assez souvent de traiter l'homme et la femme, est ce que cela peut avoir des conséquences sur l'attitude du patient ou la vôtre ?

Euh...non, non, non parce que c'est strictement interdit !

Les hommes parfois vous précisent bien de ne pas en parler à leur femme ?

Ca arrive oui.

J'ai déjà prescrit des traitements et le patient me faisait promettre...fallait surtout pas que sa femme soit au courant.

Plusieurs médecins m'ont signalé d'ailleurs qu'ils prescrivaient souvent le Viagra sur une autre ordonnance.

Oui, voilà, parce qu'ils vont dans une autre pharmacie.

Avez-vous remarqué des freins à l'évocation du sujet, que ce soit votre sexe, votre âge, les durées de consultation... ?

Des freins...euh...je ne le ressens pas...parce que, comme je vous le dis, j'ai été surprise dans l'autre sens. Maintenant, c'est certainement un frein pour certains patients.

Quelle est la place du conjoint ? Est-ce que ça vous arrive parfois de demander à l'homme de faire venir sa femme pour une consultation commune ?

Non, ça ne m'est jamais arrivé.

Demandez vous au patient, lorsque vous leur prescrivez du Viagra, du Cialis ou autre, quel usage ils vont en faire ?

Non, je n'ai jamais demandé. Un patient m'a avoué que c'était pour aller voir les prostituées.

Il en voulait parce qu'il allait voir les prostituées. Mais bon, je n'avais jamais demandé.

Quelle est votre prise en charge habituelle ?

Alors, moi par contre, voilà, j'ai quand même un petit frein pour l'examen. J'adresse facilement le patient chez l'urologue.

Vous pensez que les patients attendent surtout des conseils, réassurance ou des traitements ?

Ils demandent quand même d'être rassuré et des conseils. Et d'ailleurs, le comprimé pour eux, ben ça les rassure, surtout que je leur dis que si c'est une cause plus psychique, le comprimé va relancer un petit peu la machine. Ce qui va les rassurer.

Seriez-vous intéressée éventuellement par une formation sur ce sujet et plutôt sous quelle forme ?

Oui, une EPU

Avez-vous remarqué une évolution depuis la médiatisation du Viagra ?

Non, pas franchement. Enfin, bon ça fait 12 ans que je suis installée. Je n'ai pas vu une recrudescence de la demande.

10ème entretien médecin. Femme. Age 55-60 ans

26/05/2011

Activité rurale-semi rurale. Cabinet à 2 médecins

Est-ce un sujet dont les patients vous parlent ?

Ca arrive. On ne peut pas dire qu'on en parle tous les jours.

J'essaie de poser la question quand ils viennent pour me parler de problème de prostate etc.... mais en général c'est l'urologue qui en parle.

Donc moi je vais en parler...Ca arrive quand même hein...mais on ne peut pas dire que ce soit fréquent.

J'ai eu une fois un monsieur qui m'en parlait beaucoup, mais c'était un monsieur qui en parlait beaucoup trop. Ce n'était pas un de mes patients mais chaque fois qu'il s'arrêtait, il venait me parlait de cela...mais bon, c'était visiblement un peu un problème chez lui.

Habituellement c'est vos patients ou d'autres patients qui vous en parlent ?

Euh...est ce que ça m'est déjà arrivé à part ce monsieur d'avoir des gens qui...je me demande si, une fois, je n'ai pas eu un patient qui est venu et m'a dit « oh je n'ose pas demander à mon médecin, machin etc.... mais euh mais bon...

Ca reste exceptionnel ?

Je pense que bon, déjà j'ai surtout une clientèle féminine ; j'ai aussi des hommes bien sur mais bon. Alors est ce que les hommes vont plus en parler à des hommes ; je ne sais pas.

Ce sont les patients qui vous en parlent ou leur femme ?

Alors, ça arrive que ce soit les femmes effectivement...ou alors « ma femme m'a dit de vous en parler ». Donc euh, y en a quand même qui...j'ai eu des cas où c'est le patient lui-même qui abordait le problème. D'ailleurs où je ne connais pas la femme par exemple.

C'est très débridé à la télé, machin mais sinon, en vrai...

Quand c'est la femme qui vous en parle, vous faites comment ?

Je dis que son mari devrait consulter ; qu'il aille me voir moi ou quelqu'un d'autre. Et puis...euh...si vraiment je vois que c'est très difficile ; je parle d'un urologue éventuellement. Comme ça c'est déjà quelqu'un...euh...c'est vrai que je n'ai jamais pensé à envoyer chez un sexologue.

Je me dis toujours que, de toute façon, il faut déjà vérifier s'il n'y a pas d'organicité donc...ça me semble logique de passer par l'urologue.

Comment les patients vous en parlent ils ?

Ben généralement, ils me disent que ça tient moins longtemps, que...enfin ils ne disent pas qu'ils ont des troubles de l'érection généralement. Ils disent qu'ils ont plus de mal ou...euh...ils commencent par me parler du fait qu'ils n'ont plus d'érection matinale...ou alors...euh...ben qu'ils n'arrivent pas à avoir un acte assez long...euh...Souvent c'est comme ça.

Une fois il y a un patient qui m'a parlé d'une coudure de la verge, un truc que je ne savais pas du tout...et puis il me disait qu'il avait l'impression qu'il lui restait quelque chose donc je l'ai envoyé chez l'urologue qui n'a rien trouvé.

Et c'est à quel moment de la consultation qu'ils vous en parlent ?

Alors...euh...tout dépend si ils sont...moi par exemple, le dernier qui m'en a parlé, c'était un monsieur à qui j'étais en train de palper les poulx parce qu'il fume, il est rondouillard et ce n'était pas la première consultation, c'était la deuxième ou troisième fois et il me dit « oh là là, tout de même, il faut que je vous dise que machin » donc je lui ai expliqué que le tabac... mais je ne sais pas si y en a qui vont le dire juste avant de partir. Ce n'est pas comme pour la pilule où il y en a qui vont me dire, donner moi la pilule. Non. Ils le disent quand même avant.

Je pense qu'ils ne le disent pas forcément au tout début, ils ne viennent pas pour ça. Mais ils vont quand même le dire au milieu. Ça dépend comment ils l'abordent. Ce n'est pas assez fréquent pour que j'aie vraiment une réponse.

Vous-même vous ne l'abordez que dans les cas de problème prostatique ou... ?

Oui ; c'est-à-dire, j'y pense, du moins quand il y a des problèmes prostatiques, quand il y a des problèmes artériels...euh...mais sans doute pas non plus la première fois !!! C'est comme l'histoire du toucher rectal qu'il faut faire tous les ans ! Moi personnellement, ça ne me gêne pas mais je sens qu'ils vont être gênés donc j'ai toujours une façon de présenter en disant « ça ne vous dérange pas... » Et puis si vraiment ça vous dérange vous pouvez aller voir un homme. « Oh mais non Docteur ce n'est pas vraiment ça...mais aujourd'hui...j'ai pas le temps, je ne me suis pas préparé ». Mais bon, j'en fais quand même mais c'est difficile de sauter sur ces messieurs quand ils ont une angine. Il faut préparer le terrain. Alors généralement je me débrouille, je fais le PSA avant, comme ça, ça aborde le sujet et je les préviens qu'il faut que je leur fasse le toucher rectal...et on voit ce qu'ils disent.

Quelle est votre prise en charge habituelle quand un homme vous parle de problème sexuel ?

Alors bon je vérifie déjà...si jusqu'à présent je n'ai pas eu de soucis par rapport à tout ce qui est artéritique...etc....je fais un

bilan, un bilan bon ben à ce moment là je fais un toucher rectal, sauf s'ils ne veulent pas, les poulx, les machins pour voir s'il n'y a pas des gros trucs. Et puis ben je pose toutes les questions pour voir s'ils ont des érections matinales, si ça me semble organique ou pas, hein. Et puis si effectivement, j'ai peur qu'il y ait une certaine organicité, euh...je pense que...bon selon le tableau, j'orienterais déjà euh... cardiovasculaire pour être sur qu'il n'y ait pas de problèmes comme ça. Mais je pense que je demanderais l'avis d'un urologue. Parce que de toute façon...

Moi je sais rassurer les gens en leur disant, bon vous avez des érections et puis la façon dont vous me dites...et puis j'essaie de les rassurer par rapport au fait que...

Moi j'ai une fois un monsieur qui m'en a parlé effectivement parce qu'il m'a dit « ma femme trouve que ce n'est pas assez... » Donc en l'interrogeant, je lui ai dit « écoutez c'est peut être...moi ça me semble normal ce que vous me dites ; l'examen est normal... ». Bon il avait quand même de la tension mais il avait un bilan normal. Et donc, je lui dis d'aller voir l'urologue et l'urologue l'a complètement rassuré ; lui a dit que c'était peut être un problème de couple qu'il fallait voir avec sa femme. Mais que de son côté c'était bon. Et puis depuis, il ne m'en a plus reparlé. Je pense qu'il n'y a plus de soucis. Tout dépend aussi comment la femme agit, si elle est plutôt rassurante ou...

Vous pensez que, quand ils vous en parlent, ils cherchent plus une réassurance ou pour avoir une prescription ?

Et bien, euh... des fois, il y en a qui en avait déjà parlé, avait déjà vu un urologue et qui n'en avait pas voulu et qui finalement se disent qu'ils vont quand même en prendre. Et puis d'autres fois, c'est quand même seulement être sur que...mais...peut être éventuellement, si ça ne va pas, avoir le comprimé. Je ne peux pas dire que j'ai de gros consommateurs de...mais enfin, je vous dis, peut être que Mr G. vous direz autre chose parce qu'il a plus d'hommes que moi.

Votre ressenti quand les patients vous abordent le sujet ? Vous êtes gênées, pas du tout...intéressée... ?

Très intéressée !!! (Rires)

Eh bien, euh...gênée, je ne pense pas que je sois gênée...mais ça dépend avec qui. Il y a toujours des gens avec qui le feeling passe bien et d'autres qui peuvent vous gêner alors que...Mais je ne pense pas être spécialement gênée...mais enfin, c'est vrai que ce n'est pas comme si on me parlait d'une angine. En fait, je pense que j'ai toujours peur de ne pas réagir comme il faut, de paraître gênée, même si euh...enfin c'est vrai que ce n'est pas tout à fait simple.

Et les patients vous semblent comment ? Gênés ? Naturels ? ...

Oh ben il y en a qui sont très naturels ! Ça dépend aussi de chaque patient. Il y en a qui n'ont, du moins l'air, de ne pas avoir de problème pour en parler ou alors peut être qu'ils se sont bien préparés. Et puis il y a d'autres gens qui, même pour vous parler...y en a qui ont des hémorroïdes et « oh docteur oh non, vous ne pouvez pas regarder ça... ». Vous êtes obligés de leur dire que ça ne vous gêne pas et donc...ça je pense que c'est vraiment chaque individu en fait.

Vous pensez qu'il peut y avoir des freins vis-à-vis de ce motif de consultation ? Votre âge, le fait que vous soyez une femme, la durée de consultation... ?

Euh l'âge du médecin ou du patient ?

Du médecin

Euh...peut être qu'effectivement, on me parlera peut être plus facilement maintenant que quand je me suis installée...mais... Le fait d'être une femme...je pense qu'au contraire il y a des hommes qui se confrontent plus auprès d'une femme...hein...je pense que parfois, comme le fait d'être une femme il y a certaines femmes qui ne voudront pas venir vous voir. Ça peut paraître...Je pense que c'est selon les individus aussi, je n'ai pas l'impression qu'il y ait de règles.

Est-ce que vous vous sentez assez formée sur le sujet ?

Euh...par rapport à la pratique que j'ai...peut être...

Mais bon, être assez formée, il y a plein de choses sur lesquelles je ne me sens pas assez formée donc finalement...

Seriez-vous intéressée par une formation complémentaire ?

Alors, surement. Le seul problème, c'est que je suis intéressée par tellement de choses que je n'arrive pas à faire que je me dis...euh...avec tout ce qu'on nous sort comme trucs...

Connaissez-vous les dernières recommandations avec les fiches de synthèses faites par les sociétés de sexologies ?

Alors là, peut être pas non. Il y a tellement de recommandations qui sortent de partout...

J'ai des fiches pour des tas de choses, mais le problème c'est que je n'arrive pas à ranger et finalement, il y a des trucs dont on ne se sert pas...si on pouvait avoir la secrétaire à côté et dire donnez moi donc la fiche machin...alors ce serez bien...

Avez-vous remarqué une évolution depuis la médiatisation du Viagra ?

Je pense qu'au départ, il y a eu des gens qui vous en parlez plus mais maintenant...Qui oserait plus aborder le problème vous voulez dire ?

Oui

Je n'ai pas vu de changement...mais bon, je vous dis, je ne suis peut être pas le meilleur échantillonnage...déjà je n'ai quand même pas une grosse clientèle et en plus j'ai plus de femmes quand même.

**11^{ème} entretien médecin. Homme. Age 47-52 ans
31/05/2011**

Activité rurale-semi rurale. Cabinet seul

(Avant de commencer réellement l'interrogatoire, il me dit que justement il a eu la visite d'une représentante de Cialis et qu'il lui a parlé de moi. Si je suis intéressée, elle aurait des documents à me montrer. Je précise que le site internet de Lilly est effectivement assez intéressant mais que j'essaie surtout de déterminer la place du médecin généraliste dans la prise en charge des difficultés sexuelles masculines. Spontanément il me dit alors qu'il trouve ne pas en parler assez.

C'est justement ce que j'aimerais voir.

Sexuellement, c'est encore un peu tabou. Autant, la femme est à l'aise là dessus. Autant elle parle de ces problèmes gynéco etc. Autant, le mec, c'est un peu macho et il a du mal à en parler. Sauf si la femme est là et que la femme en parle. Alors là, il dit « ah oui, effectivement j'ai du mal... »

Donc, dans votre cas, c'est plutôt les femmes qui en parlent ?

Oui oui oui, ça arrive une fois de temps en temps que les mecs en parlent. Mais des fois quand ils en parlent, je me méfie car une fois il y en a un qui m'en a parlé, qui a demandé une prescription et qui a trompé sa femme. Je n'avais pas l'air car je l'ai appris après. Sa femme est venue me voir pour me dire qu'elle avait trouvé des trucs dans sa poche - ben oui c'est moi qui lui ai prescrit- il me disait qu'il n'y arrivait pas etc....et en fait c'était pour sa maîtresse...Alors là, j'ai dû devenir tout rouge alors je dis « écoutez » « oh non, vous n'y êtes pour rien Docteur ». Aujourd'hui ils sont séparés.

Vous m'avez déjà donc déjà dit que les patients vous en parlent peu eux même, mais à quel moment de la consultation vous en parlent ils ?

C'est souvent à la fin des consultations. A la fin. Il vient pour autre chose, il vient pour son diabète, il vient pour autre chose et là, la femme est avec lui et à la fin, elle lui dit « mais tu pourrais parler un petit peu de tes problèmes sexuels. Ah oui oui » et puis là, c'est là qu'il en parle.

Est-ce que ça vous arrive parfois d'aborder vous-même le sujet ?

Justement, je l'aborde maintenant, mais je considère que je ne l'abordais pas avant. Parce que...bon...c'est un sujet qui ne me touche pas pour l'instant alors peut être que je l'aborderais quand je serais plus vieux et je dirais « au fait, vos problèmes... »

Mais c'est vrai qu'il faudrait y penser pour tout ce qui est personnes pathologiques comme artéritiques, diabétiques...les personnes sous antidépresseurs. Enfin faudrait peut être en parler pour voir s'il n'y a pas aussi des médicaments qui sont en cause. Bon les bêtabloquants, on leur dit quand on leur prescrit mais ils sont plus jeunes en général.

Et pensez vous que le fait de les prévenir par rapport aux bêtabloquants pourrait en conduire certains à ne pas prendre leur traitement ?

Je, non, je ne pense pas. Ils nous diront s'ils ont des problèmes et après à nous de switcher mais ils les prendront. Non, je pense que la vie est plus importante que les troubles de l'érection à mon avis.

Je pense qu'effectivement si ils sont prévenus...

Ben on leur explique avant, en leur disant, le traitement ça peut occasionner des phénomènes indésirables si jamais, ça se produit, effectivement parlez nous en, on pourra essayer de switcher pour autre chose...si on peut.

Votre ressenti quand les patients ou les patientes abordent le sujet ?

Ben je pense que c'est une souffrance enfin pas une souffrance en terme de propos mais je pense que c'est normal d'en parler. C'est aussi la vie de tout le monde donc s'ils en parlent c'est aussi que ça leur manque d'un côté.

Ca vous gêne parfois ?

Non. Ah non, pas du tout. Au contraire, quand les patients m'en parlent, je me dis, je ne sais pas c'est peut être ma faute, j'en ai jamais parlé, c'est peut être moi qui ait fait l'erreur. Quoi, pas l'erreur mais le fait que je n'en parlais pas, je ne suis pas allé au propos parce que je me dis, ils vont bien etc., ils n'ont pas de problème. Or parfois, c'est comme je vous disais tout à l'heure, c'est tabou et ils n'osent pas.

C'est quelle population qui vous en parle ?

Plus de 55-60ans.

Les jeunes vous posent parfois des questions sur la sexualité normale ou sur des difficultés qu'ils peuvent éprouver ?

Ca arrive mais c'est rare quand même. A mon avis internet a déjà résolu le problème (rires). Ou alors les jeunes, c'est déjà arrivé quand ils changent de partenaires. Et qu'ils ont de petites difficultés et dans ce cas il peut venir mais c'est rare. Mais venir que pour ça un jeune, ça c'est rarement vu.

C'est vos patients qui vous en parlent ou c'est des patients d'autres confrères ?

Non, j'ai rarement des patients d'autres confrères qui viennent, qui ont peur d'en parler à leur médecin. Enfin jusqu'à nouvel ordre non.

Comment réagissez-vous au niveau prise en charge ?

Bien (rires). Non, la prise en charge, après, on fait un bilan complet. On va partir sur un bilan si un bilan n'a pas été fait. S'ils ont un bilan qui a été fait sur le plan cardiaque, diabétique etc. bon après, si on peut les aider on va les aider. Mais si rien n'a été fait, qu'ils m'en parlent pour la première fois et que je n'ai pas de point d'appel, ben à ce moment là, on entame le bilan. Prise de sang et bilan cardio vasculaire.

Vous orientez facilement vers des confrères ?

Ben d'abord j'attends le bilan. Je vois ce que j'ai et après s'il faut oui.

Vous pensez que les patients attendent plus une réassurance, que ce soit par des examens complémentaires ou vos conseils, ou une petite pilule miracle ?

Ben eux ils préféreraient prendre la pilule miracle mais avant de prendre la pilule miracle, il faut leur expliquer que cette pilule miracle ne sert à rien s'il y a d'autres problèmes sous jacents. Vous pouvez proposer la pilule miracle quand vous êtes sûr qu'il n'y a rien mais la pilule miracle n'est pas indiquée dans tous les cas. En plus il y a des contre indications.

Quels freins pensez vous qui puissent exister au niveau de la consultation. Que ce soit votre âge, le fait d'être un homme... ?

Le frein ?...non ben je pense qu'il n'y a pas de frein. Non, non, non. Il n'y a pas de soucis de ce côté-là. S'il y a un problème, on est médecin, on n'est pas plombier. S'il en parle au curé, il ne pourra rien pour lui, s'il en parle au plombier, il lui dira va voir ton médecin. Donc, non, je pense qu'il n'y a pas de frein.

Donc que ce soit un homme ou une femme, jeune ou âgé ne change rien ?

Je parle des hommes là, des troubles de l'érection. Je ne parle pas des troubles sexuels pour la femme.

Quand c'est une femme, elles en parlent moins si elles ont des problèmes à elles. Mais elles parleront des problèmes de leur mari.

Donc peut être que les hommes préfèrent se confier à un homme par analogie ?

Oui, voilà. Quoi comme une femme préfère aller chez un gynéco femme...enfin j'en sais rien...Mais oui, y a quand même beaucoup de femmes qui préfèrent des gynécos hommes mais dans l'ensemble je pense qu'elles préfèrent les femmes.

Après j'ai des patientes qui n'ont aucun problèmes. Elles ont un problème, elles se déshabillent et avant même que je leur dise, les pattes en l'air et Docteur, j'ai une mycose etc. alors qu'il y en a d'autres qui sont plus pudiques et qui m'ont dit qu'elles ne me montreraient jamais leur fesse. Chacun fait comme il veut.

Au niveau des conjoints, donc vous m'avez dit que, souvent, c'est lors des consultations de couples qu'ils l'évoquent. Si c'est le patient seul qui l'évoque, est ce que vous allez lui proposer de refaire une consultation avec sa femme ?

Non, pas spécialement. Non, non pas obligatoirement, non. S'il l'évoque c'est qu'il en a déjà parlé à sa femme. Et je dirais, c'est peut être qu'il est plus mature que les autres. Il est capable de me le dire tout seul. Il est assez grand, il a prit ses responsabilités, il se dit que ça l'énerve de débânder.

Quand vous leur faite une prescription, vous ne leur posez pas la question de l'usage qu'ils vont faire ?

Et si c'est pour leur maîtresse, je ne leur prescris pas (rire) ? Non parce que je ne rentre pas dans leur intimité. S'ils ont une panne, je ne vais pas leur demander...c'est comme pour une prescription de pilule chez une jeune, je ne vais pas rentrer dans sa sexualité. On est un peu le dealer, on donne mais après ils en font ce qu'ils veulent.

Connaissez les fiches éditées par les sociétés de sexologie ? Les guides de prise en charge pour les médecins généralistes ?

Non, je ne les connais pas. Je ne savais pas que ça existait.

Seriez-vous éventuellement intéressé par une formation complémentaire ?

Sur les troubles de l'érection ?

Oui.

Pourquoi pas, oui, ça ne me dérange pas.

Plutôt sous quelle forme ? Les EPU ?

Oh oui, des EPU. Non pas un truc officiel à regarder sur diapo, plutôt un petit truc sympa, entre confrères.

Avez-vous vu une évolution depuis la médiatisation du Viagra ?

Ah oui !

On vous en parle beaucoup plus ?

Ah oui ! Ben avant, on ne vous en parlait pas du tout ! Non, non c'est sûr que par rapport à il y a peut être 10 ans quand il est sorti.

D'ailleurs il est un abandonné le Viagra.

Je me suis installé en 89 et à l'époque à part la Yohimbine qui ne marchait pas...

Vous suivez des patients qui ont des grosses difficultés sexuelles sur pathologies médicales et qui sont sous injection ou sous pompes ?

Non, pas sous pompe. J'ai parfois des patients qui ont été prostatectomisés sur cancer de prostate et qui ont, eux, des injections. Ca j'en ai. En général, c'est l'urologue qui s'en occupe et qui fait les prescriptions. Moi, ça m'arrive, juste en dépannage.

12^{ème} entretien médecin. Femme. Age 50-55 ans.

Activité rurale, population plutôt défavorisée.

Cabinet à 2 médecins.

Est-ce un sujet dont les patients vous parlent ?

Oui, plus spontanément maintenant.

Plus maintenant par rapport à quand ?

Par rapport au début de mon exercice, où c'était un sujet que les gens n'abordaient pas volontiers et nous non plus. Mais c'était exceptionnel que les gens s'adressent à leur médecin pour parler de ça. Maintenant, ils le font plus volontiers.

Et vous trouvez qu'il s'agit bien d'un sujet de médecine générale ?

Tout est sujet de médecine générale, y compris ça.

Qui aborde le sujet ?

Alors justement, quand je vous dis qu'on en parle plus volontiers, les patients s'expriment plus volontiers sur ce problème là, mais nous aussi, on aborde plus volontiers la question.

Quand vous posez la question, c'est dans quel cadre ?

Alors systématiquement chez les patients diabétiques, chez les patients qui ont des problèmes d'artérite, d'artériopathie. Et puis, maintenant, volontiers chez les patients à partir de 50 ans. On parle de prostate, on fait du dépistage organisé. Ca, c'est très discutable ; on en fait d'une façon éclairée et donc à ce moment là, on parle volontiers de ce sujet là.

Quand les patients vous en parlent, c'est eux même, c'est leurs femmes, qui abordent le sujet ?

Ca peut être les 2. J'ai des patients qui consultent toujours en couple alors que je leur propose toujours de venir séparément mais qui répondent ne pas avoir de secret. Et quand il y a une acceptation de ce type là, c'est souvent que la dame a envie d'en parler mais...essayer d'en parler docteur mais vous ne direz pas que je suis à l'initiative. Donc je garde ce secret mais après je le lève, il faut le lever mais au départ j'aborde les choses. Mais il faut le lever ce secret parce que justement si ça reste tabou dans le couple, on ne peut pas avancer. C'est un peu schématique mais voilà.

Les patients abordent le sujet de quelle manière ?

Avec leur mot de tous les jours. Spontanément. J'ai eu rarement...j'en ai eu...j'ai des patients qui viennent s'exprimer, qui prennent rendez vous pour parler de ça. C'est quand même assez exceptionnel. C'est plutôt la main sur la clenche quand même.

Mais...et puis il y a des gens qui sont très à l'aise et qui décrivent ce qui leur arrive.

Quel est votre ressenti quand les patients abordent le sujet ?

Déjà, je leur dis que c'est très important d'en parler, je les rassure par rapport à leur demande. Ca c'est une première chose car c'est quand même rare que ce soit exprimé comme un autre problème. Je leur dis qu'on peut en parler tranquillement. Voilà. Mon ressenti...j'ai des réponses. Quoi, j'ai des réponses dans la conduite à tenir, je n'ai pas forcément des réponses à leur problèmes. Mais dans la conduite à tenir donc je suis assez à l'aise par rapport à la question et je les mets à l'aise aussi.

Vous ne ressentez pas de gêne de rentrer dans leur intimité parfois ?

Non. Du tout. Beaucoup plus embêtée dans les femmes quand elles viennent parce qu'elles ne jouissent pas et c'est de plus en plus le cas dans la population magrébine. C'est un sujet beaucoup plus difficile à traiter. Je suis moins prête. C'est ça, faut être préparée pour ne pas avoir de gêne.

Quelle est votre prise en charge habituelle dans la prise en charge des difficultés sexuelles masculines ?

Des entretiens, s'entretenir avec l'épouse. Ne pas forcément foncer sur un bilan organique. Ce n'est pas action / réaction, c'est « ça fera peut être partie de ». Et puis après voir la

différence entre ce qui peut être organique et ce qui mérite un diagnostic. Et sinon, on passe à un traitement type Cialis ou Viagra. Sans le prescrire initialement. J'explique le type de traitement, j'explique le coût quelques soient les patients que j'ai devant moi. Et puis comment ça se prend, comment ça peut entraver ou faciliter une relation sexuelle. A quel moment ça se prend etc.... Et voilà. Ce n'est pas le médicament miracle mais il faut que ça s'inscrive dans les préliminaires, le début de la relation etc.... Et puis je leur dis de réfléchir.

Et puis il y a tout le côté médical de base en cas de pathologie associée si pathologie associée comme diabète. Je pense beaucoup au diabétique mais, les patients dépressifs, j'aborde les choses de façon un petit peu différente, j'aborde plutôt leur dépression.

Vous me parlez du conjoint mais si c'est le patient seul qui vous en parle, vous demandez au patient de revenir avec sa femme ?

Pas forcément. Je leur dis que c'est un problème de couple et que c'est important d'associer la compagne. Et puis qu'il faut être à l'aise par rapport à ça et je leur dis d'y réfléchir. Je ne leur dis pas forcément de revenir avec leur compagne la fois d'après mais je pense que c'est important qu'ils l'abordent ensemble. Pas forcément devant moi d'ailleurs.

Vous pensez que les patients viennent chercher plutôt une réassurance ou un comprimé miracle ?

Les 2. Ceux qui demandent un comprimé miracle, on va leur dire qu'on en parlera plus tard. Et ceux qui demandent une réassurance peut être qu'à un moment donné on parlera de comprimé. Je crois qu'on est sorti de l'aire pathologie-comprimés surtout avec liste des 200 médicaments...on commence à pouvoir soigner les rhinites avec des lavages de nez, on commence à ...voilà....

Les patients, quand ils vous abordent le sujet, sont dans quel état d'esprit ? Gênés ?...

Ca dépend lesquels mais ils sont rarement très gênés donc je me dis que c'est pour ça qu'il faut qu'on aborde le problème. Parce que ceux qui en parlent spontanément, même si c'est la main sur la clenche et j'exagère quand je dis que c'est la main sur la clenche, c'est au cours d'une consultation mais ceux qui en parlent spontanément, je crois qu'ils ont déjà cheminé par rapport à ça. Ce n'est pas une atteinte à la virilité. Ah oui, ça aussi j'explique que l'épanouissement de l'individu ce n'est pas forcément la féminité pour une femme et la virilité pour un homme. On est un individu et on a plein de choses à vivre. Et parfois ça suffit chez les patients dépressifs ou qui sont en train de démarrer une dépression. Quelques fois ça suffit de donner aux gens des façons de pouvoir s'épanouir d'une façon ou d'une autre. Quelques fois, je travaille en partenariat, je ne dis pas je passe la main à, je dis bien je travaille en partenariat avec le psychologue.

Quand vous abordez vous-même le sujet, vous avez l'impression que les patients sont parfois soulagés quand ils ont justement des soucis ?

Ben oui.

Donc ça peut effectivement être important que les médecins abordent le sujet eux même.

Oui. Oui.

Est-ce que vous connaissez et utilisez les fiches de synthèse éditées par l'association de sexologie ?

Pas du tout. Non, je ne connais pas.

Seriez vous intéressés par une formation complémentaire sur ce sujet ?

Ca dépend par qui. Moi je suis cadre de MGform donc j'organise des séminaires donc je suis prête à découvrir d'autres organismes de formation à condition que ce ne soit pas privé.

Avez-vous remarqué une évolution depuis la médiatisation du Viagra ?

Ah oui. Mais oui. Vous voyez c'est important comme question, je voulais vous en parler spontanément. Les gens en parlent parce qu'ils savent aussi qu'il y a des solutions.

Avez-vous remarqué des freins à l'évocation du sujet. L'âge, le sexe du médecin qui pourrait gêner le patient pour en parler ?

Je ne peux pas vous dire puisque j'en parle rarement avec mon associé. On parle plutôt de la gynéco avec mon associé car il fait très peu de gynéco. Mais je ne sais pas. Ici, on est un homme et une femme donc ils sont à l'aise avec le médecin qu'ils vont voir. Mais il y a aussi la possibilité de voir l'un pour un problème et de voir l'autre pour d'autres problèmes. Et mon associé ne voit pas des patients que je suis qui se seraient adressés spontanément à lui pour ça.

Et l'inverse non plus, vous ne voyez pas des patients de votre associé pour ce problème ?

J'ai eu une fois le cas mais je suis la dame et le monsieur est venu me parler de ça.

**13^{ème} entretien médecin. Homme. Age env. 50 ans
08/06/2011**

Activité urbaine. Cabinet médical à médecin unique.

Je réalise une thèse afin de voir la place du médecin généraliste dans la prise en charge des difficultés sexuelles masculines, pour voir quelle est votre place dans ce cadre là.

Très peu de demande. C'est juste à la dernière minute souvent. C'est quand on a terminé qu'il demande « Docteur, vous ne pouvez pas me prescrire... ». C'est jamais « Docteur j'ai un problème ». Ou c'est très rare.

Ils ne viennent jamais pour ça ?

Non, ils viennent pour autre chose et demandent « vous ne pouvez pas me prescrire quelque chose parce que là... ».

Et c'est toujours les patients eux même qui vous l'abordent ou c'est parfois leurs femmes qui vous en parlent ?

Non, les femmes jamais. Les femmes sont tranquilles tant qu'on ne les embête pas. Je n'ai jamais eu des femmes qui proposaient...non très rarement...je ne pense même pas...

Vous trouvez que c'est bien votre place de médecin généraliste de répondre à ces demandes ?

Je pense qu'on est là pour répondre à tout plein de choses. Il n'y a pas que là-dessus. Ca c'est entre autre.

Le sujet vous est abordé régulièrement ? Environ à quelle fréquence ?

Très rarement.

Est-ce que cela vous arrive de poser vous-même la question ?

De temps en temps dans le cadre des artériopathies. Ca fait partie des signes d'artériopathies. Mais ce n'est pas systématique. Quelqu'un qui vient pour autre chose, non.

Vous ne posez pas systématiquement la question...

Non, parce que bon, moi je pense qu'il faut respecter les gens. S'ils sont bien tels qu'ils sont, je ne vais pas leur dire que la norme c'est d'avoir des relations sexuelles. Ce n'est pas 12 coups à minuit. Il y en a c'est Noël, une fois par an, c'est déjà pas mal.

Vous pensez que c'est effectivement leur souhait ou qu'ils se sont résignés ?

Moi, je pense que ne veut être aidé que celui qui demande à être aidé. Ce n'est pas à nous d'imposer. Parce que le fait de m'immiscer dans quelque chose qui est très intime c'est comme ci on leur donne notre norme à nous. Donc moi, je pense que je suis très méfiant de ce qu'on impose du point de vue de normalité. Tout à l'heure, vous m'avez demandé si les femmes demandent à ce que leur mari soit traité, moi je comprends, c'est très rare, parce que je ne sais pas s'il y a beaucoup de femmes qui voudraient avoir des rapports réguliers, souvent. Je crois que ce n'est plus de notre époque. Je pense que c'était d'une époque ou de toute façon, elles subissaient et puis voilà. Aujourd'hui, je pense qu'il y a plus une entente, que les rapports sont plus partagés que subis aujourd'hui. J'espère, j'espère pour les femmes.

Visiblement, c'est plutôt sur la fin de consultation que le sujet est abordé ?

Ah oui, ah oui c'est dans 99%.

Ce n'est pas dans une consultation particulière, c'est plutôt dans une consultation banale ?

Oui, c'est toujours...y a des fois, on ne sait même pas et à la dernière minute. Après, il en parle à la dernière minute.

Quel est votre ressenti lorsque le patient aborde le sujet ? Est-ce que vous êtes gêné ou...

Pas du tout. On leur explique que dans la majorité des cas, ce n'est pas organique. Donc moi je leur dit que les médicaments qui sont sur le marché, c'est plutôt un starter comme on dit.

Vous expliquez tout ça au patient ?

Ah oui, j'explique que bon, ça a un effet chimique et qu'une fois que l'effet chimique va faire son effet, ils sauront que la machine marche et que...et qu'il n'y a pas de défaillance.

Donc c'est dans le cadre de la réassurance ?

Oui, oui. Plus. On ne peut pas séparer le cerveau et...le plus gros sexe comme ils disent, ce n'est pas le sexe, c'est le cerveau. Donc il faut mettre le cerveau à sa grande place pour qu'il continue de marcher. Parce que souvent les gens croient que c'est un truc qui marche tout seul.

Quelle est votre prise en charge habituelle ?

C'est-à-dire ?

Quand un patient vous en parle, faites-vous des bilans ou adressez-vous chez des spécialistes... ?

Je fais l'examen simple pour voir les artères si ça passe bien, les pouls sont là. Je ne me casse pas la tête. Parce que après, je ne suis pas très pour la grosse médicalisation, pour les gros bilans. Je suis assez économique là-dessus. Parce que ça sert à quoi ? Ça sert plus à prouver que l'on a un problème organique alors que dans 99% des cas ce n'est pas organique. Et même ceux qui ont un problème organique, souvent ça marche encore. Et de temps en temps, je leur explique que si on n'avait pas le cerveau ; si on est décapité, on verrait que ça marche tout seul. J'essaie de leur expliquer que c'est notre cerveau qui nous empêche d'avoir une érection.

Est-ce que ça vous arrive de demander au patient de revenir avec sa femme pour en discuter en consultation de couple ?

Très rarement, parce que souvent ils demandent...quand ce n'est pas la consultation prioritaire, la consultation prioritaire, c'est d'autres motifs, euh...non, non je ne leur demande pas. S'ils viennent avec oui mais sinon non, non, jusque maintenant je pense que c'est la démarche de l'homme. Les troubles de l'érection, je pense que dans 99% c'est le problème de l'homme dans le sens où c'est lui qui se sent euh...le mot impuissance montre bien le côté puissance. Donc l'érection est une forme de pouvoir et les gens qui n'ont plus ce pouvoir se sentent diminués.

Vous pensez que les patients ressentent quoi quand ils vous en parlent ? Ils sont gênés, naturels, soulagés... ?

Ils viennent pour quelque chose, du moment qu'on prend en compte leur demande, ils sont satisfaits de partir avec leur demande. Alors maintenant, comment ça marche, est-ce que ça a marché ou pas, c'est eux qui le ressentent. S'ils ne redemandent plus après, c'est que ça a marché ou même parfois ils reviennent pour demander une nouvelle prescription. Tout dépend de leur...

Quand vous leur avez fait une prescription, est-ce que vous leur demandez si ça a été efficace quand vous les revoyez ?

Pas systématiquement. Mais bon, je sais très bien que souvent...Je sais qu'il y a eu pas mal d'effets médiatiques au départ quand les médicaments sont sortis, et puis les gens qui ont demandé la prescription alors qu'ils n'en avaient pas besoin. Mais ils ont essayé pour faire comme les autres. Ils sont quand même très médiatiquement exposés. Mais, je ne sais pas, je n'ai pas beaucoup d'expérience. Mais les expériences que j'ai, c'est que ils demandent, ils sont partis avec, ils sont satisfaits et après, le reste c'est un problème de couple.

Pensez-vous qu'il puisse y avoir des freins à ce motif de consultation, que ce soit votre âge, votre sexe ou... ?

Les seuls freins, c'est la culture de chaque personne.

Il y a des cultures qui vous en parlent moins facilement ?

La culture ce n'est pas culture...c'est la culture familiale, personnelle. C'est des gens chez qui le sexe est tabou, on n'en a jamais parlé...donc c'est pour ça, c'est très variable.

Mais on n'a pas commencé à généraliser. C'est pour ça que les gens sont frustrés aussi. Ils se disent, moi souvent, je discute avec mon épouse, je lui dis que je n'ai pas fait autant que préconisé par les médias, je suis en retard. Elle sourit. Mais souvent je la taquine.

Donc c'est plus une histoire de couple, de l'intérêt de chacun ?

Ben bien sûr, c'est le couple qui compte, c'est la satisfaction du couple. Qu'on fasse une fois par mois, une fois par an, si c'est satisfaisant, c'est bien.

Connaissez-vous les fiches de synthèse éditées par les sociétés de sexologies ?

Non. Ma pratique est très « artisanale ».

J'ai des confrères, des consœurs, qui sont spécialistes de la sexologie...

Seriez-vous intéressés éventuellement par une formation ?

Oui, si ça ne prend pas trop de temps. Si c'est au décours...comment dire, si c'est en passant par là. Mais si c'est pour s'asseoir des heures et des heures...non ça ne m'intéresse pas du tout.

Plutôt sous quelle forme ?

Un petit EPU dans un endroit sympathique avec des gens sympathiques, où on ne va pas se casser la tête. Parce que, pour moi, le sexe...enfin les troubles de l'érection, c'est un problème du couple. Mais malheureusement, on le ramène trop souvent à un individu et c'est pour ça que ça ne marche pas.

Avez-vous remarqué une évolution depuis la médiatisation du Viagra ?

Non, pas tellement. C'était à la mode au début, quand c'est sorti. Et comme j'ai dit, les gens voulaient essayer. Après, c'est vraiment du coup par coup. Je pense que les gens viennent faire la demande quand ils sont un peu démunis.

Quand ils sont en souffrance, ils viennent vous en parler ?

Moi, je pense, plus qu'il y a un problème relationnel grave. Alors, ils veulent se donner un coup de fouet comme on dit pour montrer que, pour reprendre le pouvoir.

Quand ils viennent vous voir, vous pensez qu'ils attendent plus des conseils, une réassurance ou un comprimé miracle qui va tout régler ?

Souvent, le comprimé miracle. Mais bon, de temps en temps, on leur explique, moi j'essaie de temps en temps de créer un peu d'affection derrière pour que ça reprenne le dessus. Mais bon ce n'est pas évident. Il y a tellement d'attitude. C'est pour ça que je parle de culture. La culture d'un couple c'est quoi, c'est d'avoir des rapports parce que c'est comme ça. Et, on est resté malheureusement, je dirais que 90% de la population en est encore au stade d'émotion. On le fait parce que c'est instinctif, parce que c'est comme ça, parce que ça a été dit comme ça. Dans le mariage, c'est le « devoir conjugal », c'est quoi le devoir conjugal ? Ça n'a pas de...un devoir conjugal, pour moi, c'est de faire la vaisselle, la lessive, le ménage...Le sexe, ça ne doit pas être un devoir, ça doit être un plaisir, ça doit être « la cerise sur la gâteau ». Si c'est un devoir, ça n'a pas de goût.

**14^{ème} entretien médecin. Homme. Age >50 ans
19/07/2011**

Activité urbaine. Cabinet médical de groupe

Est-ce un sujet dont les patients vous parlent ?

Les hommes difficilement on va dire. C'est un sujet qu'ils n'abordent pas facilement. Peut être un peu plus facilement

maintenant qu'il y a 20 ans. Mais c'est un sujet qui est assez difficile. Mais enfin bon, quand ils ont des problèmes, ils en parlent. Bon, ils savent qu'il y a des produits qui existent pour... essayer de pallier au problème donc ils en parlent un peu plus facilement.

Vous pensez qu'ils en parlent plus facilement maintenant qu'avant...

Oui quand même.

Vous y voyez une explication ?

Je pense qu'on a un peu, comment je dirais, médiatisé le phénomène puisqu'on en parle dans les médias donc je pense que c'est ça que les gens se rendent compte que ça peut arriver et que les pannes sexuelles c'étaient quelque chose qui arrivaient quelque soit l'âge notamment quand on vieillit un petit peu ou quand on a une pathologie style diabète ou autre. Donc je pense qu'ils en parlent quand même un peu plus.

Vous pensez que cela pourrait aussi être en rapport avec le fait que vous soyez plus avancé dans votre carrière ?

Oui, forcément car quand on est jeune installé, on a une clientèle jeune. Il y a quand même moins de gens qui se plaignent de pathologie érectile chez les jeunes. Ou elles sont souvent psychosomatiques plutôt qu'organiques.

Qui aborde le sujet ? Est-ce que vous l'avez déjà abordé vous-même ?

Non, en général je n'aborde pas le sujet. Je ne pose de question sur ce plan là. C'est eux qui en parlent.

Ca arrive que ce soit leur femme qui en parle ?

Jamais. Ça fait 30 ans que je fais de la médecine. Bon, avant j'ai été vacataire à Toul où je faisais en diabète des consultations vasculaires. J'ai eu, une fois, une dame qui en a parlé. Mais je sais que quand on a des couples, des couples d'un certain âge souvent, la conjointe dit que ce n'est pas un problème si ça ne fonctionne pas. Mais c'est souvent le partenaire qui est plus gêné par le fait que... qu'il ne puisse plus avoir de rapport sexuel.

Lui-même demande une consultation pour ce motif ?

Ca arrive oui. Mais moi, comme je fais de l'angiologie, j'ai quand même des patients qui arrivent pour ce motif là.

Les patients vont l'aborder à quel moment si ce n'est pas le motif de consultation ?

Ben en général, c'est en fin de consultation. C'est toujours comme ça. Ce n'est jamais au début. C'est toujours au moment de partir qu'il va demander quelque chose pour les aider. Ils demandent du Viagra ou équivalent.

En général, ils préfèrent avoir autre chose que du Viagra car quand ils vont à la pharmacie c'est moins connu, ça se repère moins. Donc du Cialis ou du Levitra, ça leur va mieux.

Les patients vous demandent parfois de leur prescrire sur une ordonnance différente de celle de leur traitement usuel ?

Oui ça arrive aussi.

Vous sentez vous suffisamment formé sur le sujet ?

Ca a peut être évolué depuis. Bon c'est vrai qu'on n'a pas beaucoup d'informations sur les examens complémentaires. Moi je suis un peu dans le domaine donc je me tiens informé sur les examens complémentaires. Qui les fait, qui les prends en charge, souvent les patients sont assez démunis.

Bon y a les urologues, un peu les gynécos, y a les endocrinologues sur Nancy au CHU.

Intervention du confrère arrivé durant l'entretien → moi sur mon point de vue, sur la masse des patients qui ont plus de 65 ans, il y en a plein qui s'en foutent complétement ; qui le disent clairement.

Reprise du médecin interrogé → non, moi je n'ai pas cette impression là. Non, j'ai l'impression que quand ils sont gênés, ça les embête vraiment.

Ceux qui en parlent doivent être gênés, les autres moins.

Oui il y en a sûrement un tas qui bon... a moins que ce soit des problèmes de couples aussi... et puis ils s'en satisfont. En général, ce n'est pas les femmes qui réclament.

Quel est votre ressenti quand un patient aborde la question ?

C'est quelque chose qui fait partie de la mécanique, de la dysfonction érectile. Bon après, charge à nous d'essayer de trier un petit peu entre ce qui peut être organique et ce qui ne l'est pas. Il est sur que quand on a une pathologie organique, bon, on est parfois un peu plus embêté. Sur le plan pratique, c'est vrai que de donner du Cialis, du Viagra ou du Levitra en test, c'est souvent bien avant de se lancer dans des explorations qui sont souvent assez décevantes.

Moi, en 30 ans, si j'ai eu 5 patients qui se traitent par injections intra caverneuses, c'est le bout du monde !

Le patient est comment quand il vous en parle ? Gêné, à l'aise... ?

Je pense que quand ils en parlent...

Cela dit, je suis un médecin homme, parce que si ils avaient un médecin femme, ils seraient sûrement plus gênés et je pense qu'ils iraient peut être voir quelqu'un d'autre... je ne sais pas... Je pense que maintenant les hommes qui en parlent, en parlent plus facilement.

Et donc vous pensez qu'ils en parlent plus facilement à un médecin homme ?

Je ne sais pas, non, c'est la question que je pose...

Et vous pensez que l'âge peut avoir un rapport aussi ?

Oui, je pense. Je pense qu'ils en parleront plutôt à quelqu'un de plus âgé qu'à un médecin plus jeune. Encore que, comme je vous dis, je pense que, dans ce domaine là, les habitudes évoluent et qu'il n'y a plus trop de tabou.

Et vous pensez qu'ils vont plutôt aborder le sujet à leur médecin traitant ou avec un autre médecin qu'ils ne connaissent pas ?

Moi, je pense, plus facilement avec le médecin traitant. Après sinon, on les envoie voir un urologue ou un endocrinologue, c'est différent.

Quelle est la place du conjoint dans vos consultations dans ce cadre là ?

Je pense que le conjoint est souvent absent de la discussion. Parce que quand ils viennent à 2, c'est rare qu'ils en parlent quand le conjoint est là et quand ils viennent, ils en parlent quand ils sont tout seul. C'est rare que j'aie une consultation de couple.

Au niveau de la prise en charge, vous m'en avez déjà un peu parlé, mais utilisez vous parfois des fiches de synthèse éditées par l'association de sexologie ?

Non.

Vous les connaissez ?

Euh... vaguement... non, je fais ça... je fais un bilan hormonal, je fais un doppler pénien. Et après si y a un problème, je demande à l'urologue. Mais je vous dis, en 30 ans des épreuves pharmacodynamiques sous anesthésie chez l'urologue, on n'en fait quasi plus. Je crois qu'ils n'en font plus.

Seriez-vous éventuellement intéressé par une formation ?

Oui.

Sous quelle forme ?

Des EPU.

Vous parlez d'une évolution, les patients en parlent plus depuis la médiatisation. Est-ce qu'ils viennent en disant « je veux une ordonnance pour » ou est ce qu'ils viennent plutôt pour des conseils ?

Les 2. Non, en général, ils ne viennent pas en demandant du Viagra ou alors ils en ont déjà pris et ils demandent un renouvellement. Non, souvent quand ils n'ont encore rien pris, ils expliquent leur problème.

Ils sont plus à la recherche de conseils, de comprendre...

Ben nous, on va quand même leur demander depuis combien de temps, comment ça s'est passé pour savoir si c'est plutôt un antidépresseur ou un inhibiteur de la DP. Mais en général, des fois en donnant les 2 ou en commençant par le Viagra, ça marche bien. Même s'ils sont déprimés.

Et après ça les rassure et ils retrouvent tout leur moyen.

15eme entretien médecin. Homme. Age > 55 ans

19/07/2011

Activité urbaine. Cabinet de groupe.

Est-ce un sujet dont les patients vous parlent ?

Oui mais pas souvent.

Qui aborde le sujet ? Vous, les patients ... ?

Ca peut être moi qui aborde le sujet. Mais si je n'ai pas de point d'appel particulier, je ne l'aborde pas.

Vous abordez le sujet s'il y a une pathologie associée ?

Oui, si y a je ne sais pas quoi, si y a un problème de couple, si y a un point d'appel quoi.

Spontanément non ?

Non, pas spontanément.

Les patientes abordent parfois le sujet en parlant des difficultés de leur mari ?

Quelques unes oui, il y en a quelques unes qui disent « il n'osera pas vous en parler mais j'aimerais bien que ... »

Elles le font quand le mari n'est pas là ?

Voilà.

Ce n'est pas quand les 2 sont présents que la femme va s'exprimer. Je pense qu'elle s'exprimera en dehors de la présence de son mari.

A quel moment de la consultation le sujet est-il abordé ?

En général, il ne vient pas pour ça. Il ne vient pas pour ça, donc s'il reste 5 petites minutes à la fin de la consultation, il m'en parle.

Votre ressenti au moment où le patient vous parle de ces difficultés ?

Je ne suis pas du tout gêné.

Vous sentez-vous suffisamment formé pour la prise en charge ?

Ben je n'ai pas l'impression que j'ai besoin d'une formation supplémentaire en tout cas. Si c'est vraiment une dysfonction érectile, s'il n'y a rien d'autre, alors mon associé fait des dopplers donc parfois quand c'est des anciens fumeurs ou des gros fumeurs, je lui demande son avis et il va faire un doppler pénien. Mais il n'en a pas trouvé beaucoup. Si c'est plus une question d'envie que d'érection, je demande quand même un dosage de la testostérone. Mais c'est souvent difficile de faire la part des choses.

Vous pensez que le patient est gêné quand il vous en parle ?

Non, non, pas gêné non. Mais interrogatif.

Donc en recherche de connaissance et de réassurance ?

Voilà, voilà.

Vous pensez, comme votre collègue, que l'âge du médecin va jouer

Oh oui, oh oui

Pareil pour le sexe ?

Oh oui.

Donc vous pensez qu'un patient aura plus facile à s'adresser à un médecin homme et plus âgé ?

Oui.

Quelle est la place du conjoint dans les cas là ? Ca vous arrive de faire revenir le couple ?

Ah ben oui, parce qu'effectivement, il peut y avoir...un homme qui n'a plus d'érection, il perd confiance, il se sent vraiment nul, il se déprécie. Et donc si sa femme est coopérative, qu'elle comprend un peu son problème, que son problème ce n'est peut être pas que un problème de machine qui ne marche plus, ça aide.

Par rapport à votre prise en charge, vous vous référez à ce que vous auriez eu comme cours à la fac, à votre expérience personnelle... ?

Euh...cours à la fac, moi je ne pense pas avoir eu de cours. Non, non, je dirais expérience personnelle et puis j'ai bouquiné un petit peu.

Vous connaissez les fiches de synthèse éditées par l'association de sexologie ?

Non, je ne les connais pas mais dans la revue prescrire, y a des mises au point régulièrement.

Du coup, concernant votre intérêt pour une formation complémentaire, je pense que les revues vous suffisent ?

Oui.

Avez-vous remarqué une évolution depuis la médiatisation du Viagra ou pas ?

Non, très sincèrement non.

C'est effectivement médiatisé mais la demande n'est pas énorme.

Mais est-ce que ça a libéré la parole des hommes ?

Moi je ne suis pas d'accord avec mon associé car lui avait l'air de dire que les hommes ne s'en foutent pas et moi j'ai posé la question dans le blanc des yeux à plusieurs patients qui m'ont répondu « ah ben, oui, c'est tout ça ne marche plus... »

Comme s'ils s'étaient résolus ?

Oui, voilà, ils s'y sont résolus et dans le cas là, ce n'est pas l'épouse qui réclame non plus, alors, bon...

Et donc ils ne sont pas plus demandeurs car ils s'y sont résolus ?

Oui, voilà.

Annexe 4

Entretiens auprès des patients.

Entretien n°1
Mr F. S. 31 ans.
16/07/2011

Pas de pathologie chronique

Si vous aviez des questions concernant votre vie sexuelle, vers quelle source d'information iriez vous ? (médecin, amis, internet...)

En premier un ami. Après, faut voir. Peut être le médecin.

Et en cas de difficultés sexuelles ?

Oui, là j'irai voir le médecin.

Est-ce que vous aimeriez que votre médecin vous pose la question de temps en temps ?

Ca ne me dérangerait pas.

Est-ce que votre médecin vous en a déjà parlé ?

Pas pour le moment, non.

Vous préféreriez, si besoin, que ce soit le médecin qui vous pose la question ou vous qui deviez aborder le sujet ?

Ben je ne sais pas...je sais que je serai gêné d'abord...ben je pense que je lui en parlerai en premier.

Vous pensez que vous demanderiez une consultation pour ce motif ou que vous profiteriez d'une autre consultation ?

Oh...y aurait autre chose. Je ne pense pas que j'irai que pour ça.

A votre avis, ce sujet concerne bien le médecin ?

A mon avis perso, je dirai non. Pas vraiment. Il y a d'autres personnes qu'on pourrait aller voir pour cela.

Qui ?

Ben il y a les sexologues, non ?

Je ne sais pas, peut être que je lui en parlerais. Quoi si y avait vraiment un problème, si c'était vraiment grave, s'il y avait vraiment un problème.

Pensez vous que le médecin généraliste est assez formé pour répondre à vos questions ?

Moi je dirais que non. Enfin, c'est mon avis propre.

Pensez vous que cela vous mettrait mal à l'aise ?

Non.

Auriez vous plus facile à en parler à un médecin homme ou femme ou n'importe ?

Homme.

Bien qu'en sachant que la femme serait peut être plus fine dans l'écoute.

Par rapport à l'âge, l'âge du médecin pourrait il changer quelque chose ?

Oui. Ben je dirais que je ferais plus confiance à un homme d'une cinquantaine d'année. Plus jeune, je serai moins à l'aise.

En abordant le sujet avec votre médecin vous sentiriez vous gêné ?

Si c'est mon médecin traitant, non.

Quelle serait la place de votre femme ? Vous en discuteriez avec, vous souhaiteriez sa présence lors de la consultation chez le médecin ?

Euh, oui oui, je pense qu'on irait le voir à 2.

Qu'attendriez-vous de la part du médecin ? Des conseils, un traitement, ?

Ben dans un premier temps, des conseils et après si vraiment il y a quelque chose, un traitement.

Que pensez-vous de l'intrusion d'un médecin ou de médicaments dans la sexualité ? Ca ôte le côté naturel, c'est quelque chose d'utile...

Non, si ça peut aider, pourquoi pas.

Après je pense qu'il peut y avoir des risques c'est tout.

Quels risques ?

Ben je ne sais pas. S'il peut y avoir des effets secondaires ou des problèmes après...enfin je ne sais pas.

Après si ça peut aider, oui

Vers qui vous dirigeriez vous si vous alliez voir un médecin généraliste, votre médecin traitant ou un autre ?

Ben dans un premier temps, oui je préférerais aller voir mon médecin traitant mais vu ma situation actuelle, comme je viens de déménager, j'irais au plus près. Mais là, je serais peut être un petit peu plus gêné.

Donc vous préféreriez voir quelqu'un que vous connaissez et donc à qui vous faite confiance ?

Oui, voilà.

Dans le coté médical, j'ai cru comprendre que vous vous dirigeriez plutôt vers un sexologue en première intention que vers votre médecin généraliste ?

Euh, oui. Oui c'est ce que je pense.

Entretien 2
Mr S.L. 32 ans
16/07/2011

En cas de difficultés sexuelles, où vous renseigneriez vous, internet, médecin, amis... ?

Je pense que j'irais voir sur internet dans un premier temps et après j'irai voir un sexologue.

Penseriez-vous à aller demander à votre médecin généraliste ?

Euh...non. En fait je n'en ai pas un bien attiré donc c'est pour ça que je dis non. Après, j'en aurais un plus attiré, peut être que oui, mais là pour le moment, non.

Seriez-vous gêné si le médecin traitant vous en parle de temps en temps ?

Franchement, non.

Au contraire, est ce que ça pourrait vous soulager si vous aviez une difficulté quelconque ?

Je pense que oui. Oui.

Votre médecin ne vous en a jamais parlé ?

Non, parce que moi j'ai eu le souci de...en fait je n'ai qu'un seul testicule et c'est moi qui ai abordé le sujet avec le médecin quand j'avais des questions à me poser, à savoir si je serais stérile ou pas. Ca s'avère que non, mais c'est moi qui ai abordé le sujet.

Et cela vous aurez plu...

Je pense que s'il m'avait posé la question, cela m'aurait intéressé.

Consulteriez-vous pour ce sujet ou poseriez-vous la question au cours d'une autre consultation ?

Non, non je ne pense pas que j'irais juste pour ça.

Pensez vous que le médecin généraliste est formé sur le sujet ?

Alors là, je ne sais pas...j'en sais rien.

Pensez vous que ce sujet pourrait gêner votre médecin ?

Alors là, excellente question...je ne pense pas que ça...ben, le médecin à qui j'ai eu à faire quand j'en ai eu besoin, ça ne lui a pas posé de problème. Maintenant celui que je vois en ce moment, je n'en sais rien. Je vous dis, le problème c'est que je n'ai pas un médecin bien attiré.

Et vous, vous sentirez gêné ou pas d'aborder ce sujet ?
Non.

Pensez-vous que vous préférez en parler à un médecin homme, femme ou sans importance ?
En fait, moi ça ne me pose pas de problème, donc n'importe.

Agé ou jeune ?
Ca je ne sais pas...

Vis-à-vis de votre femme, si le problème se posait, vous en parleriez avec elle avant après la consultation ?
Moi je pense que j'en parlerais avant avec ma femme, puis j'irai voir le médecin éventuellement.

Vous aimeriez que votre femme vous accompagne chez le médecin ?
Peut être pas dans l'immédiat. Après peut être que oui.

Dans un premier temps, vous attendriez quoi du médecin ? Conseils, réassurance, traitement ... ?
Bonne question...peut être juste me rassurer sur le début...je ne sais pas...
Peut être me conseiller et puis après peut être que...

Vous iriez d'abord voir sur internet et arriveriez avec un début de réponse ou attendriez-vous plutôt la réponse médicale ?
Je regarderais sur internet peut être déjà pour me renseigner et après peut être j'aurais des questions à lui poser...ou...oui je pense que c'est ça. Peut être j'aurais des questions à lui poser, j'irais peut être plus directement sur le problème que je rencontrerais.

Que pensez-vous de l'intrusion du médecin et du médicament dans la sexualité ?
Alors, le médicament, j'ai un petit a priori sur les médicaments. Après les médecins, si c'est pour me conseiller, ben là je pense qu'ils savent de quoi ils parlent.
Je pense quand même que si le médecin dit qu'il faut prendre tel traitement, qu'il doit savoir de quoi il parle. Après si le traitement ne fonctionne pas, tu te poses des questions sur le médecin...non je pense que je ferais confiance au médecin.

Entretien 3
Mr H. A. 35 ans
17/07/2011

Pas de pathologie médicale

Est-ce qu'en cas de questions à propos de la sexualité, vous iriez en parler à votre médecin traitant, vous iriez sur internet, voir des amis... ?

En parler au médecin traitant, honnêtement, il faudrait que je sois...Non...Personnellement non. Si je suis poussé par ma femme pour le faire, alors oui. Mais de mon propre chef, non, je n'irais pas en parler directement à un médecin traitant.
Sur internet, comme dès qu'on cherche quelque chose sur une maladie, on a forcément toutes les maladies du monde, du coup, je me méfie fortement de ce que je peux trouver sur le plan médical sur internet.
En parler à un ami...un oui, il y en a un à qui je pourrais en parler.

Est-ce que vous pensez que les médecins traitants sont formés dans ce domaine ?
Je pense que oui.

Pensez-vous que votre médecin traitant pourrait être gêné si vous lui parliez de sexualité ?

Le gêner lui, non

Mais vous oui ?
Voilà.

Cela serait vraiment difficile de lui parler de ce sujet ?
Je pense que faire le premier pas, oui ce sera difficile.

Cela serait une consultation pour ce motif là ou au cours d'une consultation pour un autre motif ?
Pour un autre motif plutôt.

Aimeriez-vous que ce soit le médecin traitant qui aborde le sujet ?
Ca faciliterait les choses.

Préférez-vous en parler à votre médecin traitant ou à un autre médecin ?
Non, au médecin traitant.

Cela serait-il plus gênant si le médecin est une femme, ou un homme ?
Peu importe.

Pour l'âge du médecin, pareil, cela ne change rien ?
Non, peu importe.

Lors de cette consultation, vous aimeriez que votre femme soit présente ?
Qu'elle soit présente non, mais quasiment qu'elle me traine jusqu'à la porte du cabinet.

Mais après donc, tête à tête avec le médecin ?
Oui.

Qu'attendez-vous du médecin dans ce cadre là ? Qu'il écoute et vous rassure, qu'il prescrive un traitement sans poser trop de questions ?
Non, ben euh...au contraire, qu'il cherche vraiment à savoir. Après s'il y a des traitements, y en a, sinon, voilà...

Selon les besoins donc, mais pas systématiquement de médicament ?
Oui tout à fait.

Que pensez-vous du rôle du médecin et du médicament dans la sexualité ? Ca peut gêner ou au contraire aider, c'est naturel... ?
Alors...Je pense que peut être, au début, ça peut gêner, mais que sur du long terme, ça peut devenir une habitude donc débloquent et se sentir mieux avec ça si jamais il y a besoin.

Par rapport à toutes les sources pouvant vous renseigner, le médecin traitant, serait quelqu'un à qui vous penserez en priorité ?
Plutôt l'ami.

Parmi le monde médical, par contre, ce serait en premier lieu le médecin traitant ou un autre ?
Oui, le médecin traitant.

Entretien 4
J.L. 50 ans
25/08/2011

Consultez-vous régulièrement votre médecin traitant ?
Oui.

Pour des visites de routine ? Des renouvellements de traitements ?
Surtout pour des visites de routine, une analyse de sang...plutôt dans la prévention.

Vous n'avez pas de diabète, d'HTA importante... ?
Non.

Si vous vous posiez des questions sur la sexualité, vers qui vous tourneriez vous plutôt ?
En fait, je me les pose à moi-même surtout.

Êtes-vous allé voir sur internet ou auprès d'amis, de votre compagne ?

Non non, on garde un peu ça pour soi si vous voulez. Peut être parce que je suis un homme. Peut être, mais d'une tranche d'âge... par le passé c'était, on va dire un sujet tabou donc... je vois les jeunes de maintenant qui parlent avec leur parents de sexualité. Je trouve ça très bien, mais nous, ça ne se faisait pas. On ne savait pas ce qui se passait entre le papa et la maman parce que c'était comme ça. Et donc, ben forcément, quand j'ai des questions à ce sujet ben je les garde pour moi.

Je ne me vois pas le faire, hein, je ne vous cache pas, d'aller voir quelqu'un ni un proche, encore un médecin ça pourrait, mais pour moi ça serait difficile à faire comme démarche.

Entre amis vous n'en discutez pas ?

Encore moins, entre mecs, parce que forcément ça part en vrille. Vous comprenez, c'est un peu ça les garçons, quand ça va bien, on fait toujours croire que ça va toujours très bien. Alors quand ça ne va pas, forcément, faut pas le dire. Peut être qu'entre filles, c'est peut être... je remarque que vous êtes plus proches sur ce plan là peut être.

Mais moi, non, je ne ferais pas la démarche, sauf si j'avais un gros problème de santé, je serais obligé d'aller voir un médecin parce qu'il le faut donc je le ferais mais alors il faudrait que je me batte pour y aller, mais je le ferais.

Est-ce que vous aimeriez que le médecin vous pose la question de temps en temps pour savoir si vous avez des difficultés sexuelles ?
Pourquoi pas.

Ca vous gênerait personnellement ou pas qu'il vous pose cette question ?

Moi pas forcément. Mais est ce que s'il pose la question systématiquement, il ne va pas y avoir des gens qui seront gênés... mais ce n'est pas une grosse gêne. Non, moi ça ne me gênerait pas.

Vous pourriez au contraire apprécier cette démarche ?

Oui, oui. Oui parce que c'est une question qu'il ne me pose jamais. Ils ont peut être peur de faire un blocage envers leurs patients. Ce n'est pas rien.

Si vous vous décidiez à parler de problèmes sexuels à un médecin, vers quel médecin vous dirigeriez vous ?
Peut être un spécialiste.

Vous pensez à quel spécialiste ?

Je ne connais pas leur... un sexologue je ne sais pas si c'est le bon terme.

Le médecin traitant, l'avantage, c'est qu'il nous connaît donc c'est peut être plus facile aussi. Mais est ce qu'il est vraiment à même de nous aider ? Le spécialiste reste toujours le spécialiste.

Vous pensez que le médecin traitant n'est pas suffisamment compétent dans ce domaine là ?

Dans les généralités, il peut être bon, mais dans quelque chose d'assez pointu peut être qu'il ne sera pas aussi bon qu'un spécialiste.

Vous avez l'impression que c'est un sujet qui pourrait gêner votre médecin si vous lui en parliez ou pas ?

Je n'ai pas d'idée là-dessus, je ne sais pas.

Vis-à-vis du médecin, son âge ou le fait d'être un homme ou une femme pourrait avoir une influence sur la facilité avec laquelle vous pourriez lui parler de ce sujet ?

Peut être plus facile envers une femme. Peut être.

Vous pensez que vous consulteriez uniquement pour ce motif ou ce serait au cours d'une autre consultation ?

C'est sur que si on aborde le sujet, on fait le déplacement pour autre chose et qu'en fin de conversation, on place ça discrètement, gentiment, c'est peut être plus simple pour moi.

Vous m'avez dit que vous pensez être plus à l'aise avec une femme. Son âge pourrait il également faire une différence ?
Non, je ne pense pas.

Par rapport à ces difficultés, quelle pourrait être la place de votre partenaire ? Souhaiteriez-vous qu'elle soit présente lors de la 1ère consultation ? Des suivantes ?...

Si elle viendrait, oui je pense que ce serait peut être mieux qu'elle soit présente.

Vous en parleriez avant avec elle et vous décideriez de venir ensemble tous les 2 ?

Oui, en accord, oui.

Vous attendriez quoi du médecin ? Qu'il prenne le temps de bien discuter avec vous, qu'il vous explique et vous rassure ou vous souhaiteriez plutôt qu'il vous prescrive une pilule miracle ?

Non, je pense que ce serait bien déjà d'avoir une conversation sur le problème si problème il y a, et puis après, effectivement, passer vers un traitement médicamenteux.

Quand l'utilisation de médicament est nécessaire, vous pensez quoi de son intrusion dans l'intimité du couple ? Cela peut il déranger ou simplement aider ?

Non, je pense que c'est une bonne aide.

Donc vous pensez que si vous aviez besoin d'une telle aide, cela viendrait naturellement au sein du couple, après éventuellement une discussion ?

Oui, oui.

Après la fin de l'entretien, il dit ne pas avoir de problème mais que cela pourrait très bien venir un jour. Et précise « Ca me rassure qu'il ne m'embête pas... enfin vous voyez, qu'il ne me pose pas trop de question sur le sujet parce que ça me permet de ne pas trop lui répondre. Mais, je suis persuadé qu'il est capable. »

Entretien 5

R.R 62 ans

Le 26/08/2011

Allez-vous régulièrement consulter votre médecin traitant ?

Assez oui. Surtout pour faire des analyses de sang.

Donc c'est un médecin que vous connaissez bien ?

Oui, après 60 ans, il faut bien faire un peu de révision.

Vous n'avez pas de problème de diabète ou d'hypertension sévère ?

Non.

En cas de question de sexualité ou de petites pannes, à qui vous adresseriez vous ?

Déjà mon amie, je pense. Et puis après le médecin traitant bien sûr.

Vous en parleriez à d'autres médecins ?

Je ne pense pas. Non, plutôt à mon médecin traitant et à mon amie puisque c'est elle qui serait la première concernée.

Vous iriez éventuellement voir sur internet ?

Je n'aime pas internet, on voit tellement de choses sur internet qu'il faut se méfier de tout ça.

C'est vrai que je suis comme tout le monde, je vais sur internet, mais question de ça non.

Si vous aviez besoin de parler de ce sujet, vous iriez voir votre médecin traitant uniquement pour ce sujet ou vous en parleriez au cours d'une autre consultation ?

Je pense que oui, je ferais une consultation spécifiquement pour ça parce que je...

J'ai eu le cas parce que j'avais pris un médicament qui n'était pas compatible et pis, je me suis aperçu que je n'arrivais

plus...et puis là, ça m'a inquiété justement et je suis allé voir mon médecin traitant. Je lui en ai parlé tout de suite. Et il a changé le médicament. Et ça c'est bien passé.

Votre amie était présente ?

A l'époque là, j'étais seul.

Et sinon, en règle générale, vous souhaiteriez que votre amie soit présente au cours de la consultation ?

Absolument. Bien sur.

Aimeriez vous que de temps en temps ce soit le médecin traitant qui vous en parle spontanément ?

Oui. Pourquoi pas.

Ca ne vous gênerait pas particulièrement ?

Non, du tout.

Avez-vous l'impression que votre médecin est gêné quand vous abordez ce sujet ?

Ca je ne sais pas. Etant donné que j'ai changé puisque mon amie habite Lunéville. D'ailleurs, on a le même médecin traitant tous les deux.

Et cela ne vous dérange pas que ce soit le même médecin ?

Non, pas du tout.

Pensez vous que les médecins traitants sont suffisamment compétents pour ce genre de problème ?

Ben, ils sont en médecine générale, donc ça veut dire ce que ça veut dire. Donc je pense que peut être, aller voir un spécialiste, il serait plus compétent.

Et vous pensez à quel spécialiste par exemple ?

Un sexologue, je pense.

Vous-même quand vous abordez le sujet avec un médecin, êtes vous gêné ?

Non, je ne suis pas gêné. Mais si voulez avec mon amie, on n'en parle pas beaucoup.

C'est, c'est par pudeur je pense.

Et vous ressentez moins cette pudeur vis-à-vis du médecin ?

Oui, tout à fait.

Et est ce que ça vous dérangerait plus si c'est soit un médecin homme ou femme, jeune ou âgé ?

Non, du tout. C'est un médecin. Bon, on ne fait pas trop la différence. Ils ont leur compétence.

Au niveau du médecin que vous consulteriez, vous souhaiteriez plutôt juste une prescription ou plutôt des explications, des conseils... ?

Je préférerais plutôt qu'il me donne quelque chose pour que ça aille mieux. Je pense oui. Pour que ça aille mieux disons. Je préférerais.

Mais vous n'iriez que pour cela ou d'abord pour avoir son avis ?

Ben j'irais quand même pour qu'il me donne son avis mais, si besoin, qu'il me donne de quoi aller mieux.

Au niveau des traitements médicamenteux, est ce que vous pensez que ça peut être un frein au sein du couple ou pas ?

Je ne pense pas.

Ca pourrait être naturel ?

Ca pourrait être naturel, oui tout à fait.

Si vous aviez des difficultés, vous arriveriez vous-même à en parler à votre amie ?

Oui, je pense que ça fait partie du rapport homme femme. Je pense qu'il faut en parler même si c'est difficile. Ça fait partie de l'harmonie du couple.

Votre médecin traitant, le nouveau ou l'ancien, ne vous a jamais parlé spontanément d'éventuelles difficultés sexuelles ?

Non, non. A part la fois là avec le médicament.

Mais c'est vous ou lui qui aviez abordé le sujet ?

Ah oui oui c'est moi qui avais abordé le sujet.

Lui ne vous en avez pas parlé ?

Non, il ne m'en avait pas parlé du tout mais c'est moi qui avait abordé le sujet.

Entretien 6

Mr G. JM 54 ans

Le 30/08/2011

Avez-vous des rendez vous réguliers avec votre médecin traitant ?

Oui, tous les 2 mois.

Vis-à-vis du diabète notamment ?

Oui du diabète et aussi cardiaque.

Si vous vous posiez des questions sur des difficultés sexuelles, spontanément, vous vous tourneriez vers qui ?

Je verrais déjà avec mon médecin et déjà ma femme. Parce que s'il y avait quelque chose, je lui dirais quand même. Mais autrement, je verrai mon médecin quand même. Ou un spécialiste hein. Je pense qu'il m'orienterait quand même.

Donc spontanément, vous en parleriez avec votre médecin pour qu'il vous oriente si besoin vers un spécialiste ?

Ah oui.

Vous parlez de spécialiste, mais vers quel spécialiste pensez-vous que-vous pourriez être dirigé ? Vous avez une idée ou pas ?

Non, pas pour le moment.

iriez-vous vous renseigner sur internet ou dans la lecture ?

Oh non, je ne pense pas. Et puis internet comme la lecture, ce n'est pas...Je pense qu'il faut mieux avoir à faire à une personne qualifiée et voir la personne qui explique...voilà...

Vous pensez que votre médecin traitant est compétent dans ce domaine pour répondre à vos questions ?

Ben, compétent, non, c'est un généraliste. Bon, généraliste, je ne dis pas que c'est un mauvais médecin, au contraire, je ne me plains pas. Mais je pense que j'en parlerai avec lui pour qu'il m'oriente vers quelqu'un de compétent en la matière quoi.

Vous pensez donc qu'il manque de formation plus spécifique ?

Je ne dis pas que c'est un mauvais médecin, bien que contraire, j'en suis content. Mais chacun son domaine, je crois, à mon avis.

Est-ce que vous aimeriez que ce soit le médecin de temps en temps lors de vos visites, qui vous demande si vous souffrez de difficultés sexuelles ?

Ben il me le demande déjà. Il m'a déjà posé la question.

Ca ne vous dérange pas qu'il vous pose la question ?

Ah non, pas du tout.

Vous-même, êtes vous gêné pour évoquer ce sujet avec lui ?

Non, pas du tout.

Et votre médecin a l'air gêné quand il vous en parle ?

Non, ah non, non, pas du tout.

Ca vous soulage qu'il vous pose la question ou pas ?

Oui, quand même. Parce que dès fois, je ne dis pas, on ne voudrait pas trop en parler quand même. Ce n'est pas des trucs dont on parle couramment. Quoi que moi je suis quand même quelqu'un qui est ouvert, quand même. De toute façon quand y a vraiment quelque chose, y a pas 20 solutions hein. Mais euh non, il m'en parle. Je lui ai déjà dit que son domaine c'est quand même généraliste, il a des bonnes connaissances mais parfois vaut mieux avoir à faire à un spécialiste. Uniquement dans cette matière.

Et lors de consultations, si vraiment vous aviez des difficultés, est-ce que vous aimeriez que votre femme soit avec vous lors des consultations ?

Ah oui, moi je ne cache rien à ma femme.

Vous pensez que cela pourrait être bénéfique que la consultation se fasse à 2 ?

Ah oui, je pense que ce serait même mieux. Ce serait sûrement plus intéressant pour nous deux. On est quand même concerné de toute façon.

Visiblement, vous n'avez pas trop de difficulté pour en parler avec votre médecin. Est-ce que cela peut être influencé par son âge ou le fait que ce soit une femme ou un homme ?

Non, peu importe.

Au niveau du médecin, vous souhaiteriez surtout qu'il puisse vous orienter si besoin vers un spécialiste. Est-ce que vous attendez plutôt d'en discuter pour comprendre et si besoin prendre un traitement ou est-ce que vous souhaitez surtout cette prescription ?

Non, j'irais voir un spécialiste. Déjà lui, si y a vraiment quelque chose, me dirait ce que je dois faire. Après les médicaments, le médicament n'est pas toujours la solution. C'est bien mais ce n'est pas toujours bon pour le corps.

Que pensez-vous de la médecine et des médicaments dans le couple et la vie sexuelle ? Est-ce que vous pensez que ça peut déranger ou qu'au contraire, quand il y en a besoin, c'est une aide ?

Ben moi, je dis que personnellement, pour la personne qui a des problèmes, c'est une aide. Autant pour lui et pour sa femme. Je ne dis pas que c'est un mal, non, faut pas dire que c'est un mal, c'est un bien.

Donc, vous pensez que ça ne peut pas gêner le couple ?

Non, je ne pense pas. Dès l'instant que la femme est au courant. Le problème, c'est que la femme soit au courant aussi quand même.

Moi je ne fais rien sans ma femme. S'il y a quelque chose, elle le sait.

Dans ce domaine, il semble plus simple que les 2 soient au courant.

Et vice versa de l'autre côté.

Entretien 7

Mr H.G 60 ans

30/08/2011

Je suis suivi par mon médecin traitant et par un urologue.

Il y a 5 ans, ça s'est détecté ici, c'est-à-dire que j'avais des problèmes urinaires. Je n'avais rien dit, c'était il y a 5 ans. Mon épouse s'était bien aperçue, elle disait que ce n'est pas possible. On ne venait plus à la médecine préventive, on venait puis on avait abandonné suite aux problèmes des personnes qui avaient eu des cancers qui n'avaient pas été détectés. Et puis là, mon épouse quand je rentre du travail, me dit qu'on va à la médecine préventive. Ah ben, on y allait plus et on y retourne ? Ben oui. Si tu ne veux pas y aller, j'y vais avec les enfants. Et puis, oui, bon ben c'est tout. Mais enfin, je me doutais qu'il allait y avoir quelque chose. Et fait est dit, j'avais un taux de PSA élevé, j'avais presque 10 et je suis monté jusqu'à 12.

Ce qui s'est passé. Bon, toujours pareil, j'ai rechangé d'urologue car mon urologue ne me faisait rien, il me pompait des sous et c'était tout. Et le nouvel urologue a refait le dossier à 0. Il m'a fait passer un IRM, que l'autre ne m'en avait jamais parlé. Bon, l'IRM, y avait rien d'alarmant. Et il m'a fait un grattage de prostate. Et là, maintenant mon taux de PSA est redescendu à 2 au lieu de 4. Je me sens, je n'ai pas peur de le dire, je vois que ça va mieux, mais bon, comme je vous ai dit, au point de vue sexuel, ...

A part ce problème de prostate, avait vous d'autres problèmes de santé ?

A l'heure actuelle, j'ai un autre problème, j'ai de l'arthrose cervicale.

Vous avez du diabète ou de la tension ?

Non, non, non.

Justement, par moment, j'avais peur d'avoir du diabète car par moment, j'avais des chaurées. Bon enfin, je ne peux pas dire que c'est le retour d'âge quand même.

Et j'avais peur car j'avais un père diabétique donc j'avais peur. Et on a fait les analyses et non, je n'avais pas de diabète. Y a un médecin qui m'a dit que c'est nerveux.

Et votre médecin, vous le voyez quand même assez régulièrement.

Oui. En général, si je n'ai rien de spécial, je vais le voir quand même une ou deux fois par an.

Donc vous n'aviez jamais parlé des difficultés sexuelles avec votre médecin ou avec l'urologue ?

Non, non, non, je vais vous le dire en toute franchise, vous êtes la seule.

Et pour quelle raison vous n'en avez pas parlé ?

Non, ben oui, j'ai peur d'en parler et puis ça ne me dérange pas comme maintenant j'ai 60 ans, je n'ai plus 25 ans.

Donc vous vous êtes fait à la situation ?

Oui...non, enfin, ...

Et est-ce que vous en discutez avec votre femme ?

Non, je vous le dis franchement. Non, on n'a pas...et puis elle n'est pas portée là-dessus il faut dire.

Elle ne vous a pas fait de remarques ?

Non. Non. Non.

Et est-ce que vous aimeriez bien que ce soit votre médecin qui vous demande de temps en temps si vous avez des problèmes sexuels ?

Ben, il m'en parlerait, oui, on en parlerait quoi. Mais, c'est-à-dire, que l'urologue le sait mais on n'a jamais approfondi la chose quoi.

Mais ça ne vous dérangerait pas que le médecin traitant vous pose la question ?

Oh ben non.

Et au contraire est-ce que ça pourrait vous soulager qu'il vous en parle ?

Euh, ben oui, ça pourrait peut être ...bon...je garde ça pour moi, quoi non, parce que des fois entre copains, comme ça, on discute et je dis que je suis tranquille là-dessus.

Donc, vous en discutez un peu avec vos amis et est-ce que vous allez voir des fois aussi sur internet ou sur des magazines ?

Non, non, non.

Et vous-même, si vous finissiez par en parler au médecin, ou si le médecin vous en parlait, est-ce que vous vous sentiriez gêné de parler de ce sujet là ?

Non, je ne pense pas.

Vous seriez plus à l'aise avec votre médecin ? Est-ce que cela pourrait avoir une importance que ce soit un homme ou une femme, un jeune ou un plus âgé ?

Non, ce n'est pas important.

Vous pensez que votre médecin pourrait répondre à vos questions sur ce domaine ?

Oh, je pense oui.

Vous pensez qu'il est assez formé ?

Oui je pense, même au point de vue urologue, je pense. Parce que bon, j'en ai parlé avec des collègues qui ont le même problème que moi. C'est-à-dire qu'ils en ont parlé eux.

Ils en ont parlé à qui ? A leur médecin ou à un urologue ?

A un urologue oui.

Bon, on en a discuté quand même. Bon, il est plus âgé que moi quand même mais enfin.

Donc vous, vous en avez parlé un peu à l'urologue mais pas au médecin ?

Ben, c'est-à-dire qu'avec l'urologue, on a déjà un petit amorcé la chose mais on n'a pas...bon...

Vous trouvez que c'est plus facile parce que vous y allez déjà pour la prostate, donc ça se rapproche et c'est plus facile ?

Oui, voilà.

Si vous en parliez vraiment avec un médecin, qu'est-ce que vous souhaiteriez, qu'il en discute bien avec vous, qu'il vous prescrive un traitement... ?

Ben, je ne sais pas. J'irais en parler vraiment avec lui...mais je ne sais pas quoi...

Pour l'instant, cela ne vous intéresse pas d'en parler ?

Non, non.

Que pensez-vous de l'intrusion d'un médecin et d'un médicament dans la vie de couple ? Vous pensez que ça peut gêner... ?

Ben, moi de toute façon, je n'ai pas l'intention de prendre de médicaments.

Ca ne vous intéresse pas ?

Non, en toute franchise.

Parce que vous êtes satisfait de votre situation actuelle ?

Oui (mais petit oui, genre résigné)

Entretien 8

Mr B.C 68 ans.

30/08/2011

Avez-vous des problèmes de santé comme du diabète, de la tension... ?

Non, jusqu'à présent, je n'ai pas de problème vraiment de santé. Disons, que j'ai un problème depuis un petit moment, j'ai perdu mon frère il y a 6 mois, ce serait son anniversaire aujourd'hui. Alors, depuis, j'ai du mal...ça fait pourtant 6 mois qu'il est décédé mais j'ai du mal. Cancer de la tête du pancréas...en 3 mois il était décédé... Je dors encore très mal, la nuit, je me réveille, je fais des cauchemars, je ne sais pas comment faire.

C'est court six mois...

Oui, on était assez proche. Il aurait eu 75 ans aujourd'hui. (Il parle encore un peu de son frère)

Je reviens un petit peu plus sur le sujet. Si vous vous posiez des questions concernant des difficultés sexuelles, vers qui vous vous tourneriez en premier ?

Vers mon médecin je pense.

Donc en premier, plutôt vers votre médecin ?

Oui, oui, le médecin de famille.

Vous en discuteriez aussi avec votre femme ou pas ?

Aussi, oui, après. Mais enfin, j'en parlerai déjà avec le médecin.

Vous iriez voir des amis ou des lectures ou internet ?

Non, non, je ne préfère pas.

Est-ce que vous auriez plus facile à en parler avec un médecin si c'est un homme ou une femme, s'il est soit jeune soit âgé ou peu importe ?

Homme ou femme, ça ne me dérange pas. Ça ne me dérange pas.

L'âge non plus, ça ne vous dérange pas ?

Oh non, non, non, pas du tout.

Est ce que vous aimeriez que ce soit de temps en temps le médecin traitant qui vous demande si vous avez des difficultés ou pas ?

Oui, mon médecin, quand j'y vais – et j'y vais rarement – là il vient de partir en retraite, et c'en est un autre qui le remplace maintenant. Parce que ça fait des années. Son père m'a soigné, a soigné mes parents, m'a soigné moi. La mère était aussi médecin. Mais il me demande quand j'y vais. Il sait que quand je viens, j'attends toujours trop longtemps. Parce que moi, le médecin, faut vraiment que ça n'aille pas. Et pourtant j'habite tout près de son cabinet ! J'ai tort parfois d'attendre un petit peu trop longtemps. Alors des fois ça s'est un peu dégradé...

Et lui-même vous a déjà demandé si vous aviez des difficultés sexuelles ?

Oui oui.

Vous aviez été content qu'il vous pose la question ?

Ah oui. Oui tout à fait.

Vous-même vous arriveriez à lui en parler ou pas ?

Oh si.

Vous vous sentez gêné pour parler de ce sujet avec votre médecin ou pas ?

Non, pas du tout.

Lui-même avait l'air gêné ou pas ?

Je n'ai jamais eu de problème alors je ne sais pas, je n'en ai jamais parlé.

En cas de problème, vous consulteriez pour ce sujet ou vous aborderiez le problème au cours d'une autre visite ?

J'irai consulter. Je demanderai à mon médecin traitant qui faut aller voir.

Et vous pensez que le médecin traitant n'est pas assez compétent dans ce domaine ?

Oh peut être une partie. Mais peut être pas tout. Tout le monde ne sait pas tout malheureusement.

Vers quel spécialiste vous pensez qu'il pourrait vous orienter ?

Je vois, j'ai eu des problèmes, et j'en ai toujours un peu, des problèmes de cervicales car j'ai eu un accident il y a des années. Donc depuis j'ai de l'arthrose donc il m'a envoyé plusieurs fois chez le Dr B. qui fait de la mésothérapie. Donc, impeccable. Quand j'y vais, je fais 3-4 séances et après je suis tranquille pendant 1 an.

Pour le cardiologue, c'est pareil, c'est le médecin traitant qui m'a envoyé voir le cardiologue une fois par an.

Et pour les difficultés sexuelles, vous pensez que ça pourrait être quel spécialiste ?

Ben, un urologue, je pense.

A priori, vous ne souhaiteriez pas que votre femme soit présente, au moins sur la première consultation ?

Ben pas spécialement.

Et sur d'autres consultations vous souhaiteriez qu'elle soit présente ou pas ?

Ben je ne sais pas, elle veut venir, ben elle vient, ça ne me dérange pas. On y va souvent tous les 2, quand on fait les vaccins, quand on...

Et le fait d'y aller tous les 2, ça pourrait vous gêner pour aborder le sujet ou pas ?

Non, je ne pense pas. Franchement, je ne pense pas.

Qu'est ce que vous aimeriez de la part du médecin ? Si j'ai bien compris, qu'il vous oriente si besoin vers un spécialiste ; mais est ce que vous aimeriez plutôt en discuter, qu'il vous explique, qu'il vous rassure et fasse des examens si besoin ou est ce que vous aimeriez juste qu'il vous prescrive un comprimé ?

Ben qu'il m'envoie chez un spécialiste hein. Pour pouvoir discuter du problème.

Qu'est ce que vous pensez de la place du médecin et surtout des médicaments dans les problèmes sexuels.

Alors ça, je ne sais pas. Le Viagra, j'en entends parler mais enfin bon. Je ne sais pas si tout ces trucs là, c'est valable ou pas valable, j'en sais rien

Et vous pensez que ça peut gêner le couple qu'il y ait un médicament pour ce genre de chose ?

Je ne sais pas. Peut être. Peut être. Mais je ne sais pas du tout. Peut être ça ne gêne pas. C'est difficile de savoir.

Entretien 9
Mr F.M 67 ans
05/09/2011

Je n'ai pas de problème de ce côté là, donc je n'ai pas eu l'occasion d'en discuter avec le Docteur, parce que je n'ai pas de problème donc je n'en vois pas l'utilité.

Vous voyez votre médecin traitant régulièrement ?

Assez fréquemment, oui.

Vous n'avez pas de problème de diabète ou d'hypertension importante ?

Non, du tout.

Si vous aviez des questions concernant la sexualité, vers qui vous vous tourneriez en premier ? Votre médecin ? Votre femme ? Des amis ? Des livres ?

A vrai dire, je n'en sais rien du tout parce que je n'ai pas encore été confronté à ce sujet. Pour l'instant, je n'en sais rien. Pourvu que ça dure.

Je vous le souhaite !

Vous pensez que votre médecin pourrait être une des personnes que vous iriez voir ?

Je n'en sais rien. Parce que ce n'est pas un jeune déjà mon médecin traitant, il a quasiment mon âge, donc...je ne sais pas. Un jeune, peut être qu'il serait plus à même d'en discuter, je ne sais pas.

Vous pensez que ça pourrait être dérangeant d'en discuter avec votre médecin à cause de son âge ?

C'est possible.

Le fait que ce soit un homme ou une femme, ça pourrait avoir une influence ?

Non, ça ne me dérangerait pas, enfin je ne pense pas. Enfin, ça ne s'est pas présenté.

Plus le côté âge donc ?

Oui, c'est le côté âge. Bon maintenant, c'est peut être, c'est peut être malhabile ce que je dis mais bon.

Vous pensez que votre médecin pourrait être gêné par ce sujet ?

Je ne sais pas, je ne sais pas parce que s'il est médecin, il doit de temps en temps en parler quand même. Autrement, je ne dirais pas qu'il ne prendrait pas la médecine mais enfin bon, il doit en parler de toute façon parce qu'il y a des gens qui y sont certainement pour des troubles sexuels et puis voilà quoi.

Vous pensez que votre médecin est formé sur le sujet ?

Alors là, aucune idée. Aucune idée.

En cas de questions, vous pensez qu'il ne pourra peut être pas répondre à toutes vos questions ?

Je ne sais pas. Alors là, je ne veux pas prendre position là-dessus. Je me trompe peut être vraiment beaucoup mais je n'en sais rien.

Si vous aviez des difficultés est ce que vous en parleriez avec votre femme ?

Ah oui. Oui, si j'avais des difficultés oui.

Si toutefois vous alliez en parler avec votre médecin, vous souhaiteriez qu'elle soit présente lors de la consultation ou pas ?

Ca dépend, ça dépend ce que c'est comme difficultés. Hein aussi. Au départ non, après peut être.

Vous-même vous seriez gêné d'aborder le sujet avec votre médecin ?

Je pense que oui. Oui

Vous pensez que vous feriez une consultation pour ce motif ou au cours d'une autre consultation ?

Ben si j'avais vraiment des problèmes je serais bien obligé de le faire. Mais je suis à un âge où ce problème sexuel a été un peu tabou à mon époque. C'est tout, c'est la seule raison.

Maintenant les jeunes, vous vous en fichez. Mais moi je pense que ça vient de là, de l'antériorité et puis voilà.

Ca reste un sujet tabou pour vous ?

Tout à fait oui, oui.

Et entre amis est ce que vous en parlez ?

Ca dépend. Enfin, rarement. Ca reste aussi un peu tabou. Mais ça, il y a certainement une raison là-dessus. On n'a jamais été éduqué là-dessus. Jamais. Jamais. Pas même les parents ; ils ne m'ont jamais montré comment ça se faisait.

Vous n'auriez jamais osé poser la question ?

Voilà. Exactement.

A l'époque, à l'école, on n'en parlait jamais. Alors que maintenant, on n'en parle de la sexualité. Ils veulent même la restreindre, j'ai vu ça dans les journaux là dernièrement. C'est peut être exagéré aussi hein ce qu'ils disent.

Vous faites une thèse là-dessus ; sur la sexualité ?

Oui, pour voir la place du médecin là-dessus. Parce qu'effectivement j'ai été confronté au problème une fois lorsque j'étais en stage chez un médecin généraliste et que je me suis retrouvée un peu surprise par le sujet. Surtout qu'on nous en parle peu dans nos cours à la fac.

Oui, c'est toujours tabou.

Et c'est pour ça que je me suis posée la question de connaître la place du médecin dans ce domaine étant donné que cela fait partie de son rôle car les difficultés sexuelles peuvent retentir sur le bien être des personnes.

Enfin, je sais que si vraiment j'ai un problème, j'irai voir un sexologue. Et puis c'est tout.

Pour qu'il puisse répondre à vos questions?

Oui.

Alors est-ce que j'irai directement ? On ne peut plus trop y aller directement maintenant, il faut passer par le médecin traitant. C'est quand même débile leur truc.

Et donc si vous aviez des difficultés, vous aimeriez déjà qu'on vous rassure, qu'on vous explique, qu'on fasse un bilan si nécessaire ou vous aimeriez plutôt qu'on vous prescrive déjà un traitement?

Ben déjà en discuter. Vous savez, moi je ne suis pas trop pour les médicaments, alors bon. En discuter et puis s'il faut prendre des médicaments, je les prendrai.

Mais déjà des explications.

S'il me dit qu'il faut que je prenne du Viagra parce que ceci, parce que cela, je prendrai du Viagra et puis voilà.

Est-ce que vous pensez justement que le Viagra peut gêner dans la sexualité du couple, dans l'intimité ou est ce que... ?

Ben je n'en sais rien car moi je ne suis pas confronté au problème, mais je pense que ça doit aider les gens, tout à fait.

Après, à condition qu'il soit bien pris et bien préconisé. Pas faire ça à la va vite, acheter ça sur internet....

Il ne faut pas, ce n'est pas le bon sur internet.

En plus oui. Voilà.

Entretien 10
Mr A.M 58 ans
05/09/11

Est-ce que vous voyez votre médecin traitant de façon régulière ?

Oui

Avez-vous du diabète ou de l'hypertension importante ?

Non, de l'hypertension mais ça marche bien avec les médicaments.

Est-ce que votre médecin vous a déjà demandé si vous aviez des difficultés sexuelles ?

Euh non...

Si vous vous posiez des questions sur la sexualité, est-ce que vous iriez voir votre médecin, des amis, votre femme, sur internet... ?

Moi, mon médecin, je la connais depuis qu'elle exerce. J'ai fait l'ouverture du cabinet avec elle. Elle a, à peu près, le même âge que moi donc. Donc, on parle de tout. S'il y avait des soucis de ce côté-là, je pense qu'on en parlerait aussi.

Vous pensez que vous seriez à l'aise pour en parler ou un peu gêné quand même ?

Non, je ne pense pas. Non, j'ai des rapports...pas amicaux mais, si presque. On se connaît bien.

Le fait que ce soit une femme de votre âge, est-ce que ça peut avoir une influence sur la facilité avec laquelle vous pourriez parler du problème ?

Oui, je pense, enfin...

Vous auriez une préférence entre une femme ou un homme, âgé ou non ?

Non, il se trouve que c'est un cabinet où il n'y a que des femmes. Même toutes ses collègues ce ne sont que des femmes, même les remplaçantes c'est des femmes.

Non, ça ne me pose pas de problème particulier.

Vous pensez qu'elle est suffisamment formée pour répondre à des questions de sexualité ?

Euh...je ne pense pas. Je pense que ce serait plus des expériences personnelles ou...je ne sais pas si ça fait partie des études.

Du coup, si vous aviez des questions à lui poser, vous pensez qu'elle vous rassurerait, qu'elle vous orienterait vers quelqu'un d'autre, qu'elle vous prescrirait un traitement ?

Je pense que si elle ne sait pas, elle m'orienterait vers un spécialiste comme pour le reste.

Vous avez une idée des spécialistes qui peuvent être concernés ou pas ?

Non, non.

Est-ce que vous aimeriez éventuellement qu'elle aborde le sujet elle-même de temps en temps ?

Pas spécialement mais bon si elle veut, ce n'est pas interdit.

Donc ça ne vous dérangerait pas ?

Non. Ce n'est pas un secret.

Vous m'avez l'air assez à l'aise pour en parler.

Voilà, ce n'est pas. C'est la vie. Ça ou autre chose.

En cas de difficultés, vous en parleriez à votre femme également ou pas ?

Elle s'en rendrait compte.

Oui mais il y a une différence entre s'en rendre compte et en parler.

Oui, je pense, on en parlerait.

Et vous souhaiteriez éventuellement qu'elle soit présente au cours des consultations chez le médecin ou pas ?

Je ne sais pas. Où est la différence ? Elle, je ne pense pas. Mais pour moi, c'est à peu près indifférent.

Au niveau de la gêne, pensez-vous que votre médecin pourrait être gêné par ce sujet ?

Non, je ne pense pas. Non, pas plus que quand j'avais une aspérité suspecte sur un testicule, ni elle, ni moi n'étions gênés. Ça fait partie du job.

Pour le médecin, c'est une partie du corps comme une autre ?

Voilà et puis moi j'en suis conscient.

Si vous parliez de difficultés sexuelles à votre médecin, vous en attendriez quoi ? Une réassurance, des explications, un traitement, d'aller chez un spécialiste ?

Oui, ben qu'il me rassure, ça fait comme les hommes politiques, c'est un peu faux cul. Non, je préfère qu'il me dise ce qu'il en est, qu'il m'envoie où il faut, si il faut. Comme pour les autres maladies.

Vous n'iriez pas en lui disant « bonjour, j'aurai besoin d'un médicament » ?

Non. Moi je ne suis pas très consommateur. Ce qu'il faut pour vivre ou survivre, et puis le reste... je ne suis pas le meilleur client des pharmaciens.

Que pensez-vous de l'intrusion du médecin et des traitements médicamenteux au sein du couple. Pensez-vous que cela peut gêner le couple ?

Je ne sais pas, de ce que je sais du Viagra, ce n'est pas, ça fait bizarre, c'est comme quand on prend rendez vous, quand on prend rendez vous au resto samedi à 18h, donc le côté programmé me surprend, mais bon, je ne sais pas si c'est la même chose. Ça enlève un des charmes.

Vous auriez donc aussi besoin d'explications, d'en discuter avec votre médecin et sûrement aussi avec votre femme si jamais vous deviez en avoir besoin ?

Oui, oui je ne sais pas. Ça me paraît un peu bizarre mais bon. On verra si un jour j'en ai besoin, je changerai peut être d'avis. Mais, je ne sais pas.

Je n'en connais pas grand-chose, je connais plus de blagues autour du Viagra que l'utilisation du Viagra donc je ne sais pas.

Peut être que Mr Strauss Kahn en avait pris et puis qu'il avait une envie subite...j'en sais rien.

Vous connaissez d'autres noms de médicament de ce genre ou pas ?

Non, de temps en temps, j'en lis sur internet parce que, à cause du trafic mais je ne me souviens même plus des noms.

Entre amis, vous en parlez des fois ?

Non, ou pour déconner. Juste pour déconner et pas autre chose.

C'est un peu tabou entre amis ou au sein du couple ?

Je n'en sais rien. Non, ce n'est pas...ce n'est pas que ce soit tabou mais bon, on ne se dit rien là-dessus spécialement. Y a d'autres sujets de conversation. Et je n'ai pas senti de soucis particuliers. Je pense que les vrais amis, s'ils avaient des soucis, ils en parleraient mais...la question ne s'est pas posée.

Entretien 11
Mr V.G. 71 ans.
05/09/2011

Est-ce que vous avez du diabète ou de l'hypertension ?

Non.

Vous voyez votre médecin quand même de façon régulière ?

Tous les 2 mois. J'ai un traitement que je fais renouveler.

Est-ce que votre médecin vous a déjà demandé si vous aviez des difficultés sexuelles ?

Difficultés sexuelles, c'est-à-dire que maintenant... ma femme a eu une très grosse opération donc elle n'a plus de sensation, elle n'a plus rien. Et donc, moi disons, j'ai à peu près 3 à 4 érections

par semaine. Manuellement. Puisque elle, ça lui fait mal et puis elle ne reçoit plus. Elle ne sent rien, ça lui fait plutôt mal qu'autre chose.

Vous en aviez discuté avec votre médecin traitant ?

Non, ce n'est pas un problème.

Vous en avez discuté avec quelqu'un ?

Non.

Vous n'en parlez pas spécialement avec votre médecin ?

Non, j'ai envie, j'ai envie et bon ben, puis c'est tout. Et après c'est passé. Ben voilà, c'est tout. Il n'y a pas à s'en cacher.

Seriez-vous gêné d'en parler avec votre médecin si jamais vous en aviez besoin ?

Oh, non. Ma doctoresse, vous savez, elle me tâte les parties parce que j'ai été opéré, vous savez, d'une hernie et puis, ben c'est elle qui me fait les...les machins...moi ça ne me gêne pas que ce soit une femme. Ça ne me gêne pas.

Vous pensez que vous auriez été plus à l'aise avec un homme ou une femme ? Quelqu'un d'âge, quelqu'un de jeune ?

Je m'en fous. Je m'en fous. Je n'ai pas de complexe.

Vous pensez que votre médecin pourrait être gêné si vous lui parliez de difficultés sexuelles ou pas ?

Euh...oh non, je ne pense pas. Elle est très bien.

Elle est à l'aise aussi ?

Oui, oui, il n'y a pas de problème.

Est-ce que vous pensez que ça aurait pu vous aider qu'elle vous demande si vous aviez des difficultés sexuelles ?

Non, non.

Le problème vous concernant n'est pas le même en effet, mais si vous aviez eu vous-même des difficultés sexuelles, est-ce que vous seriez allé consulter pour ce motif ou est-ce que ça aurait été au cours d'une autre consultation ?

Oui certainement, mais enfin, là-dessus, je n'ai jamais eu de problème.

Le problème du coup vient plus de votre femme...

Oui, mais enfin...disons... on n'en parle même plus. On a 72 ans tous les 2, hein, bon, hein, on se connaît depuis plus de 50 ans, alors là pas de problème avec des trucs comme ça.

Et vous en avez parlé au début avec votre femme ?

Non, mais elle ne ressent plus rien donc ça ne me fait plus rien de lui faire quelque chose. Voilà, c'est tout. Ça s'arrête là.

Si votre femme n'avait pas ce problème mais vous oui et que vous consultiez pour ce motif, auriez-vous souhaité que votre femme soit présente au cours des consultations ?

Oui, je ne vois pas pourquoi je lui cacherais des choses comme ça. Chacun a sa pudeur, moi je suis assez lâche d'esprit, je dis ce que j'ai à dire et puis c'est tout. Il n'y a rien à cacher.

Et entre amis, ça vous arrive de parler de sexualité ou pas ?

Euh, c'est-à-dire que je fréquente très peu. Je n'ai pas vraiment de camarades. Je ne sors qu'une fois tous les 7-8 jours pour aller faire mes commissions. Sans ça, je suis casanier.

Et puis, vous savez à 72 ans, on ne parle plus de cul comme ça. A part pour se vanter, hein.

Vous pensez que si vous aviez des questions de sexualité, votre médecin généraliste pourrait y répondre ?

Ben, je pense. Ou elle m'aurait envoyé consulter quelqu'un d'autre. L'un ou l'autre, hein.

A quel spécialiste vous pensez éventuellement ?

Je ne sais pas, je ne peux pas vous dire car je ne sais pas quel est le spécialiste qui s'occupe de ces histoires là. Un sexologue, je ne sais pas moi.

Pour les gens qui ont besoin d'un traitement médicamenteux pour y arriver, pensez-vous que ça peut poser un problème au sein du couple ou que c'est juste une aide nécessaire quand il y en a besoin ?

Sur la question par elle-même, sans parler ni de moi ni de ma femme, hein, pfff je pense que vous savez, c'est comme tous les soi-disant remèdes miracles, chinois, comme manger très pimenté, c'est comme...sauf que ça, ça a sûrement des effets secondaires hein, le Viagra. Et je pense que ce n'est pas moi qui en prendrai, même si j'en avais besoin. De toute manière, quand ça marche, ça marche et quand ça ne marche plus, ça ne marche plus, hein.

Donc vous n'en prendriez pas parce que si ça ne marche plus, c'est comme ça, c'est tout ?

Voilà, c'est tout, c'est fini.

Et ce n'est pas que par peur des effets secondaires que vous n'en prendriez pas ?

Non, non, je ne vois pas l'utilité de... c'est tout.

Entretien 12

Mr D.M. 66 ans

05/09/2011

Voyez-vous votre médecin traitant de façon régulière ?

Oui.

Vous n'avez pas de diabète ou d'hypertension ?

Du diabète, je ne crois pas et de l'hypertension non. Je suis même toujours plutôt en sous tension.

Votre médecin traitant vous a-t-il déjà demandé si vous souffriez de difficultés sexuelles ?

Euh...non, c'est moi qui lui en ai parlé.

Et ça ne vous a pas posé de problème ?

Pas du tout.

Vous étiez allé voir votre médecin pour ce motif ou c'était au cours d'une consultation ?

Je ne pense pas, c'était dans une consultation.

Parce que, je ...c'est à la suite du décès de mon épouse, et après j'ai eu des problèmes. Euh...oui je trouvais que je n'avais pas...non ce n'est pas à la suite du décès de mon épouse mais à la suite de mon opération de l'hypophyse. Voilà. Parce que je crois qu'en retirant l'hypophyse, ils ont du me retirer un bout du cerveau.

Voilà, c'est à la suite de ça. Donc j'en avais parlé à l'endocrino au CHU qui bon, m'a fait des examens. Mais pas grand-chose. J'ai été voir l'urologue qui me disait qu'il n'y avait rien, que fallait prendre des pilules bleues. L'interne m'avait demandé si ça me posait un problème, si j'avais quelqu'un. Il m'a dit « quel âge vous avez ? ». A l'époque j'avais 63 ans. Il m'a dit « oh ben vous savez, vous allez sur les 70, vous n'avez plus besoin » qu'il me dit. Voilà.

Ce n'est pas sympathique de vous dire ça comme ça. Si vous avez envie à 70 ans, vous avez le droit.

Ben bien évidemment !

Et du coup, vous aviez pris du Viagra ou pas ?

Non, non, non. Premièrement, je n'avais personne donc je ne vais pas prendre ça pour rien.

Donc à la suite de ça, j'ai eu des PSA un peu élevés, et ils m'ont fait des biopsies, ce qui m'a fait extrêmement mal. A la suite de ça, j'ai eu une sonde parce que je n'ai pas pu uriner. Et quand ils m'ont enlevé la sonde, bon ben j'avais toujours du sang qui partait entre la sonde et l'urètre et ça, ça fait mal. Après ça, quand ils m'ont enlevé la sonde, ça m'a fait très très mal. Et j'ai mon sexe qui s'est déformé à la suite de ça. Et puis, je pense, moi je le vois, qui rétrécit. Alors euh...ce n'est pas habituel.

En effet, ce n'est pas habituel.

Ben tout ce qui n'est pas habituel, j'ai ça moi. Que ce soit n'importe quoi, pour les allergies, les trucs comme ça, j'ai ça moi.

Donc, j'ai... l'endocrino m'a fait prendre de l'Endocardyl®. Et puis, ça ne m'améliore pas. Ça fait plus d'un mois là que je n'ai pas eu de pique, parce que j'en avais une toute les 3 semaines, pour un an. Donc ça se termine là. Et puis, ça ne m'a pas donné trop d'efficacité à part les poils qui repoussaient. J'ai la barbe qui pousse plus vite, mais à part ça, ça n'a pas été.

Est-ce que vous aviez parlé de ce sujet avec le médecin traitant ?
Oui. Oui oui.

Il ou elle...
Elle

Elle n'avait pas été gênée à votre avis ?
Non, non, non.

Vous-même, vous n'étiez pas gêné non plus ?
Non.

Le fait que votre médecin soit une femme a une importance ? Est-ce que le fait que ce soit une femme ou un homme, jeune ou âgé peut faire que vous en parliez plus ou moins facilement ?
Ah ben pas pour moi, non. Un médecin, c'est un médecin. Ça ne me gêne pas avec un médecin. Sinon, à quoi ça sert. Si c'est pour ne pas dire ou on va voir pour ne rien dire, ça ne sert à rien.

Vous pensez que le médecin traitant est formé sur les difficultés sexuelles ?
Je ne pense pas. Je ne pense pas. Parce que moi il m'a fait voir par l'urologue, il m'a redirigé vers l'urologue

Surtout que vous, c'était un cas particulier aussi, vu qu'il y avait l'opération de l'hypophyse juste avant.
Oui.

Vous pensez donc que le médecin traitant est plus là pour réorienter vers des spécialistes en cas de difficultés sexuelles ?
Je crois, oui.

Au niveau du Viagra, vous en pensez quoi ? Vous pensez que ça peut être une aide au sein du couple ? Vous pensez que ça peut gêner quand même dans les relations du couple ?
Ben, pourquoi ça gênerait ? Ça dépend des couples, ça c'est sur. Mais bon, s'il fallait prendre, je prendrais, mais euh...je pense que ce n'est pas...premièrement, c'est très cher. Ce n'est pas...donc je ne sais pas...

Entretien 13
Mr L.J. 66 ans
05/09/2011

Voyez-vous votre médecin traitant de façon régulière ?
Non, je ne le vois que quand j'ai quelque chose, quand je suis malade.

Vous n'avez pas de suivi régulier ?
Non, dernièrement, c'était une oreille bouchée. J'y suis allé mais ça faisait bien 2 ans que je n'étais pas allé le voir.
Ah ben les médecins, moi, non je ne suis pas souvent malade.

Est-ce que votre médecin vous a déjà demandé si vous aviez des difficultés sexuelles ?
Non.

Est-ce que ça pourrait vous déranger qu'il vous pose cette question ?
Un petit peu, oui, un petit peu. Oui, mais bon, c'est parce que je n'en ai pas. Mais au niveau sexuel, on serait peut être un petit peu dérangé.

Vous-même, si vous aviez des difficultés, est ce que vous iriez en parler à votre médecin ?
Ben, c'est pareil, c'est la même chose, j'aurais des difficultés. Tout dépend si c'était un mal qui me fait souffrir, il faut bien y

passer. Donc je n'ai jamais eu de maladie sexuelle ou vénérienne. Mais si fallait, il faudrait.

Et si vous aviez des pannes sexuelles, des problèmes d'érection, est-ce que vous en parleriez au médecin ?
Oh non, je ne sais pas...je ne sais pas si c'est gênant, je pense que je ferais avec. Pour le moment, ça n'existe pas. Mais au cas où ça arriverait, je pense qu'on peut vivre sans. Ça ne doit pas être un problème.

Pour vous, à priori...
Non, je ne prendrai pas de Viagra pour ça. Enfin, je dis ça aujourd'hui...

Et, vous pensez que cela pourrait gêner votre médecin si vous lui parliez de problèmes sexuels ?
Oh non, je pense que ça ne gênerait pas le médecin. Ça me gênerait moi mais pas le docteur.

Et vous vous seriez gêné pareil que ce soit un médecin homme, un médecin femme, un jeune ou un plus âgé ?
Je ne sais pas bien, comme je n'y ai jamais pensé.

Vous ne voyez pas de grande différence ? Que ce soit un médecin semble suffisant ?
Oui voilà. Mais quand c'est traitant, on le voit donc c'est mon médecin. On préférerait voir un autre médecin peut être.

Vous seriez plus à l'aise avec un médecin que vous ne connaissez pas ?
Un homme comme ça, oui.

Et plutôt un homme donc à priori ?
Plutôt un homme, oui....
Si vous aviez des problèmes de sexualité, vous en parleriez avec votre femme ?
Oui, oui, de toute façon, elle le verrait comme moi.

Oui, mais ce n'est pas parce qu'on le voit qu'on en parle...
Oui...non je crois qu'on en parlerait.

Vous, au sein de votre groupe d'amis, est ce que c'est un sujet dont vous parlez ? Est-ce qu'il y a déjà des amis qui vous ont parlé de leur sexualité ?
Non. Non. C'est encore des sujets tabous, comme si il n'y avait pas de problème.

Au niveau du Viagra dont vous me parliez tout à l'heure, vous n'en prendriez pas parce que, pour vous, ce n'est pas nécessaire, si ça ne marche pas, ce n'est pas un souci ?
Je crois qu'on peut faire sans, oui. On n'est pas obligé d'avoir des relations physiques.
L'Hermitage existe. Ces moines qui vivent... je pense qu'on peut vivre autrement.
Mais, c'est aussi un état d'esprit que je peux déjà avoir, si j'avais une panne plus tard.
Mais je ne sais pas, à 66 ans, ça ne m'est jamais arrivé, je ne sais pas.

Vous pensez qu'il y a des hommes qui peuvent se sentir moins homme s'ils n'arrivent pas à avoir des érections ?
Oui, il y en a. Il y en a certainement. Mais je ne pense pas que ça m'arriverait.

Votre médecin, vous pensez qu'il est formé pour répondre aux questions des personnes qui viendraient avec des questions concernant des problèmes sexuels ?
Je ne peux pas savoir. Je ne sais pas, je ne peux pas dire.
Je peux penser parce qu'il est assez âgé. Donc, plus proche de la retraite, donc je pense...quoi je ne sais pas...la jeunesse est mieux formée aussi certainement aussi donc...

Donc vous pensez plutôt que le médecin a la formation pour répondre à ces questions ?
Oui. Bien sur.

Par rapport au Viagra, vous pensez que si l'homme doit en prendre, cela peut perturber le couple ou cela peut être naturel ?

Ca peut être naturel. C'est une histoire de couple. Si les 2 veulent, s'il faut prendre du Viagra, bien sûr. C'est mieux que d'aller voir quelqu'un d'autre.

Entretien 14
Mr C.S 58 ans.
06/09/2011

Côté sexuel, je n'ai pas à me plaindre. C'est plutôt mon entourage. Enfin, ...

Vous connaissez des autres personnes qui s'en plaignent ?

Oui, c'est surtout mon ex-épouse qui s'en plaint. Oui, j'étais trop actif. Disons que j'ai toujours été actif. Même maintenant. Je ne sais pas, je ne me sens pas diminué par l'âge. Je ne vois pas, je ne comprends pas d'ailleurs.

C'est une question de connivence et de couple, il n'y a pas de norme.

Disons, que c'est vrai que c'est une entente entre les personnes. Mais bon, je n'ai pas...comment dire...je n'étais pas tombé sur la personne qui...c'est le domaine sur lequel on s'accorde le moins. Pour la simple raison que quand on se connaît, quand on fait connaissance, quand on s'enflamme, il y a une part de rêve et une part d'excitation extrême qui en se dissipant démontre après le caractère de la personne qui n'a rien à voir avec la période pendant laquelle elle a vécu...donc ce qui fait qu'à un moment donné, ça s'arrête, ça s'estompe, ça se ternit. Mais moi je ne suis pas de ce genre là. Moi c'est perpétuel. Au contraire, plus il y a de...comment dire...des enzymes, plus ça active, plus ça...mais bon, ce n'est pas facile surtout dans un contexte judéo chrétien ici en Europe. Ca n'a jamais été facile, par ce que le couple mono...avec une seule femme et un seul homme, c'est illogique, ça se voit même, ça explose. Et, en plus, les gens ils deviennent vrais, ils assument la réalité et plus ça explose. Parce qu'ils se rendent compte.

Je reviens un peu plus sur les questions que je souhaite vous poser. Pour voir un peu votre relation avec votre médecin, dites moi, le voyez vous régulièrement pour des renouvellements de traitements ?

Oui. Mon médecin traitant, c'est mon confident. C'est vers lui que je vais si j'ai mal, même si ce n'est pas physique.

Est-ce que vous avez du diabète ou une hypertension sévère ?

Non, rien de tout ça.

Si vous aviez des questions concernant la sexualité, soit des questions d'ordre général, soit parce que vous auriez des pannes, est ce que vous iriez en parler à votre médecin traitant.
Ben plutôt oui.

Ce serait vers lui que vous iriez en premier ?

Oui, en premier. Parce que c'est un domaine sur lequel on ne va pas parler avec son meilleur copain parce qu'on se sentirait diminué. On ne va pas en parler avec ses proches, parce qu'on va vous cataloguer. Donc le seul qui est lié par la confidentialité et par, quelque part, par une recherche de résultats. Mais bon c'est malheureux, les généralistes tendent à disparaître mais bon, ils sont nécessaires.

Et est ce que votre médecin vous a déjà posé la question, est ce qu'il vous a déjà demandé si tout se passait bien au niveau sexuel ?

Non, parce qu'il connaît toute ma vie et il connaît toutes mes femmes donc bon, il n'a pas besoin de me poser la question.

Et vous vous sentiriez à l'aise pour lui parler de difficultés sexuelles ou pas ?

Oh oui, oui.

Vous n'éprouveriez aucune gêne ?

Non, c'est un...je les estime, même au niveau familial, je conseille à mes enfants, mes proches, de ne jamais rien cacher au médecin. Je leur explique, j'illustre, le même principe que pour

une voiture. Si vous amenez une voiture au garagiste et que vous ne lui dites pas exactement la panne qu'elle a, il aura beaucoup de mal à déterminer quel est le problème. Un toubib, c'est pareil, si vous ne lui dites pas exactement, que ce soit par gêne ou quoi que ce soit, si vous ne lui dites pas exactement ce qu'il y a, il va avoir du mal, il ne peut pas deviner. Il va avoir du mal à déterminer. Donc il faut être sincère. C'est la seule personne avec laquelle il faut vraiment être sincère. Parce que ça détermine tout le reste, tout le devenir. Parce qu'une erreur médicale, c'est vite arrivée, mais si le toubib, il n'était pas bien informé, il ne pourra pas corriger. Donc...disons que...c'est le confident, c'est le confessionnal. Pour moi, hein...

Et vous pensez que votre médecin pourrait être gêné si vous lui parliez de difficultés sexuelles ?

Lui, non. Oh non. Vous ne le connaissez pas peut être.

Votre médecin, vous pensez qu'il est suffisamment formé pour répondre à des questions sur la sexualité et les difficultés sexuelles ?

Je pense que oui. Je pense que oui. Disons que je mets du temps parfois à choisir. A chaque fois que j'ai eu à changer de lieu de...à me déplacer, j'ai dû choisir mon médecin traitant. Et parfois il fallait tester 1, 2, 3 pour tomber sur le bon. Et quand on tombe sur le bon, on ne le lâche pas. Celui là, ça fait depuis 1992 qu'il est mon médecin traitant, le médecin traitant de toute la famille. On ne se voit pas souvent. La preuve qu'il est bon ; on ne se voit pas souvent, à la rigueur une fois par an. Les visites obligatoires. Mais ça, c'est un bon médecin, c'est-à-dire, ce n'est pas un médecin qui entretient votre maladie. C'est un médecin qui vous soigne. On le voit une fois et c'est fini. C'est ça le médecin généraliste, le vrai, le bon, pour moi.

Et pour vous, quelque soit son âge ou que ce soit un homme ou une femme, ça ne change rien pour lui parler de ce sujet ?

Non, non, je pense que le médecin, c'est une des personnes la mieux formée sur l'anatomie humaine et sur les problèmes qui en dérivent, problèmes psychologiques

Donc, je pense qu'en formation vous étudiez ça. Donc qui d'autre pourrait connaître ? Je ne vois pas. Un prêtre ? Il n'a aucune connaissance de l'anatomie humaine, du corps humain. Donc quelles réponses il pourrait avoir ? Que des réponses moralistes. Mais le reste, les réponses physiologiques, psychologiques, non. Il n'y a que le toubib, à mon avis.

Et que le généraliste ?

Le généraliste, ben pourquoi ? Parce qu'il a une formation générale. Et il est passé par toutes les étapes. S'il est généraliste, c'est qu'il est capable de gérer n'importe quelles situations entre guillemets. Il est capable de détecter, même si après il va orienter vers un spécialiste, le généraliste, c'est le meilleur parce que c'est lui qui fait les diagnostics, c'est lui qui va orienter si besoin. Donc c'est lui qui doit être le meilleur.

Dans le cadre de consultation pour difficultés sexuelles, si jamais cela devait vous concerner, est ce que vous iriez avec votre femme ou sans ?

Compte tenu des difficultés que j'ai avec mes femmes, pas toutes, non je n'irai pas. Parce que, bon, euh...si déjà dans le cadre privé, intime, on n'arrive pas à avoir une entente vis-à-vis des problèmes qui peuvent se poser entre nous, parce que la sexualité, c'est un acte à deux. Donc quand il y a un problème, c'est un problème entre les 2. Que ce soit d'un côté ou l'autre, c'est un problème pour les 2. Donc c'est un problème à en parler à 2. Si on n'arrive pas à s'entendre dans ce domaine là, si on rejette déjà l'un sur l'autre, ce n'est pas la peine. Chez le toubib, on prendra le toubib comme juge, comme arbitre. C'est encore pire parce que le rôle du toubib ce n'est pas d'être un arbitre. Il n'est pas là pour faire arbitre dans le cadre d'une mésentente sexuelle. Non, son rôle à lui, c'est de soigner. Donc, il serait mal positionné.

Donc, vous en parleriez éventuellement avant au sein du couple, mais par contre, s'il y avait besoin d'en parler avec votre médecin, ce serait en tête à tête, lui et vous, si j'ai bien compris ?

Ben chacun de son côté. Et si lui, il estime qu'on devrait avoir un suivi psychologique ailleurs, moi je pense qu'il saurait nous orienter. Parce que lui, il n'est pas là pour faire ça. Il n'aurait pas

le temps, ce n'est pas dans ses cordes. Lui, il joue... vous savez, comme disait mon père, un médecin généraliste, c'est un joueur de guitare en accord. Ce n'est pas un soliste, il joue des accords. Il joue sur toutes les cordes de la guitare en même temps. Un soliste, il joue que sur une corde à la fois. Donc, je ne sais pas, c'est comme ça que je vois.

Et si vous alliez voir votre médecin pour lui dire que vous avez de temps en temps des pannes au niveau sexuel, qu'est-ce que vous attendriez de lui ? Qu'il vous rassure au niveau organique – c'est-à-dire qu'il n'y a pas de souci, que ça peut bien marcher – et qu'il vous oriente éventuellement vers quelqu'un ou vous souhaiteriez avoir une prescription de médicaments pour que ça aille mieux ?

Ben ce n'est pas à moi de déterminer ce qu'il faudrait. C'est à lui de détecter déjà quel est le problème. S'il y a une panne – vous savez, le corps humain, c'est une usine, quand il y a une difficulté quelque part, c'est que ça ne tourne pas bien d'un côté. Donc, euh... on va voir le toubib, ce n'est pas pour qu'il change l'orientation, c'est pour qu'il répare la panne pour qu'on puisse continuer à tourner. Donc, le problème sexuel, c'est que ça peut être physique ou psychique. Donc si c'est physique, oui je pense que ça peut se réparer. Si c'est psychique, c'est différent, donc ce n'est plus le généraliste. Soyons honnête. Le généraliste, il va faire le diagnostic et après il va orienter.

Faudrait que lui recherche le côté physique, et si tout va bien de ce côté-là, ce sera à vous de voir avec un spécialiste le côté psychique ?

Ben, il a les spécialistes pour ça. Le médecin sexuel.

Qu'est-ce que vous pensez des médicaments dans les relations sexuelles ? Est-ce que vous pensez que ça peut aider pour ceux qui ont des pannes ou est-ce que vous pensez que ce n'est pas quelque chose de bien, de naturel ?

Ce n'est pas naturel, ça c'est vrai. Chaque fois que l'on utilise quelque chose, même l'alcool, ça dénature. Je ne sais pas moi, faire l'amour avec une dame en ayant bu de l'alcool, je ne sais pas, je me sentirai mal à l'aise. Il y a des femmes qui boivent pour pouvoir le faire, il y en a qui utilisent l'alcool pour avoir de la puissance, non, moi j'estime – j'étais sportif - j'estime que l'alcool, il coupe les pattes. Donc je ne vois pas en quoi l'alcool ça donnerait des effets, au contraire. Mais bon, les médicaments entre guillemets excitants comme le Viagra etc., je ne vois pas l'utilité parce que si on le prend en ayant pas besoin, on va se détériorer donc un jour, on n'arrivera plus à l'état naturel donc on en aura besoin toujours. Donc je ne vois pas l'utilité tant qu'on n'a pas besoin.

Si un jour vous aviez des pannes sexuelles, est-ce que vous voudriez résoudre le problème ou est-ce que vous vous diriez que c'est naturel, que c'est l'âge... ?

Ah non, pas du tout. J'essaierai de savoir d'où ça vient et d'essayer de rééquilibrer la situation quand même. Je ne suis pas si vieux que ça.

Vous vous sentiriez diminué si vous aviez...

Oh ben zut, on est des hommes non ? Et les femmes si, le jour où l'on n'a plus d'activités sexuelles, on devient des légumes. On n'est plus valable à rien, on n'est plus bon à rien. On est là pour ça. Notre rôle sur terre, c'est quoi ? C'est de vivre et de se reproduire entre guillemets. Hein, si on part du basique. Donc le jour, où l'on n'est plus bon à se reproduire, on sert à quoi ? A rien.

Entretien 15
Mr O.E. 74 ans.
06/09/2011

Voyez-vous régulièrement votre médecin traitant ?

Oui, 3 fois par an.

Pour des renouvellements de traitements ?

Oui, tout à fait.

Souffrez-vous d'un diabète ou d'une hypertension importante ?

Non, pas du tout.

Si vous vous posiez des questions sur la sexualité ou si vous aviez des difficultés sexuelles, est-ce que vous parleriez avec votre médecin ?

Euh...non, je ne crois pas.

Pour quelle raison ?

Parce que le médecin que l'on a actuellement, c'est un homme d'un certain âge aussi et qui impose un peu quoi.

Vous n'oseriez donc pas poser la question ?

Non. Non.

Et est-ce que vous aimeriez que ce soit lui qui vous pose la question lors des consultations ?

Offff, oui et non. Enfin, peut être que oui. Oui ça viendrait de la part du médecin, peut être que ce serait plus facile.

Donc ça ne vous gênerait pas qu'il vous pose la question, voir au contraire si vous aviez des difficultés cela pourrait vous aider ?

Oui.

Et est-ce que vous en parleriez à quelqu'un d'autre ? A votre femme à des amis ? Ou aller se renseigner sur internet ou dans des magazines ?

A ma femme, il n'y a pas de problème. Elle est au premier plan, on pourrait dire. Mais non, pas à des amis. Absolument pas.

Donc vous en parleriez d'abord avec votre femme éventuellement ?

Oui.

Donc, si vous aviez besoin d'en parler et que vous vous décidiez d'en parler à votre médecin, est-ce que vous iriez pour ce motif de consultation ou à la fin des consultations habituelles ?

Oh ben ça serait en même temps qu'un renouvellement ou d'un petit problème. Parce qu'à mon âge des petits problèmes, on en a régulièrement, que ce soit des douleurs dans le dos ou ceci ou cela.

Vous pensez que c'est un sujet qui pourrait déranger votre médecin, le gêner si vous lui parliez de difficultés sexuelles ?

Peut être. Oui peut être. Ça ne m'est jamais venu à l'idée. Il n'y a pas de doute que si c'est pour une ordonnance pour du Viagra ou quelque chose comme ça, il me la fait sans problème. Mais sans plus, ça s'arrête là.

Donc vous ne discuteriez pas du problème en question ?

Non, parce que le problème il est tout simple. Ça marche ou ça ne marche pas. Si ça peut aider, ben parfait.

Vous pensez qu'il est assez formé sur le sujet ?

Ah ça je ne sais pas. Je ne peux pas vous dire. Je n'en ai pas la moindre idée.

Tout à l'heure vous me disiez que la gêne vient surtout du fait de l'âge et de l'attitude de votre médecin, si vous aviez un médecin plus jeune, vous seriez plus à l'aise ? Et est-ce que cela pourrait avoir une influence que ce soit un homme ou une femme ?

Quelqu'un de plus jeune, c'est certain, ce ne serait pas pareil parce que bon ben c'est dans l'air du temps presque. Mais, pour une femme, non, cela ne me viendrait jamais à l'idée de parler de cela à une femme.

Donc vous n'en parleriez pas non plus si votre médecin était une femme ?

Ah non, je ne crois pas. Ou alors il faudrait qu'il n'y ait que ce médecin dans le secteur.

Sinon, vous iriez éventuellement voir un autre médecin ?

Oui, sûrement.

Votre femme dans tout ça. Si jamais vous consultiez pour des problèmes sexuels, est-ce que vous demanderiez à votre femme de venir avec ou pas ?

Oh ben oui, parce qu'il n'y a rien à cacher quand on est marié depuis plus de 30 ans etc...voir 40 ans. Ben ça fait partie de l'ensemble. On est ensemble ou on ne l'est pas.

Et vous souhaiteriez donc plutôt du médecin qu'il vous fasse une ordonnance mais pas discuter des raisons pour lesquelles cela pourrait ne plus marcher ?

Oui, c'est ça. Son ordonnance pour pouvoir passer à la pharmacie pour avoir ce dont j'ai besoin.

Et à la pharmacie, vous vous sentiriez gêné si vous apportiez une ordonnance de Viagra ?

Non, non, je ne crois pas.

Vous iriez à votre pharmacie habituelle ?

C'est ma femme qui fait les « courses » donc il n'y a pas de problème. Elle prend l'ordonnance et puis ça passe. Le seul truc, comme on dit, tout le monde est au même niveau mais ce n'est pas vrai parce que de toute manière par exemple, du Viagra, ça vaut, pfiou, c'est cher quoi. C'est très très cher.

Donc si vous aviez besoin de ce médicament, son prix pourrait vous empêcher de l'acheter ?

Oh ben oui, il n'y a aucun doute là-dessus. Vous savez, petite retraite, une boîte de Viagra...euh...quand il y en a 8 dedans, ça fait si je me souviens bien, 167€. Bon alors 167€, il y a des fois, on se demande s'il ne vaut mieux pas acheter un micro onde. Ça ne marche pas pareil mais quand même.

Et justement, le Viagra, vous pensez que c'est une aide dans le couple ou que ça peut s'interposer ?

Oh non, ça marche bien, c'est sur.

Et ça ne pose pas de problème d'utiliser un médicament ?

Oh non, je ne pense pas. Un médicament, ça ne se voit pas finalement. C'est le résultat qui compte, c'est tout.

Non, c'est tout simple de toute manière. Le seul truc, c'est le prix.

Je voudrais juste encore éclaircir un petit point. Quand vous disiez que vous ne seriez pas à l'aise pour parler de difficultés sexuelles avec votre médecin actuel, mais avec quelqu'un de plus jeune, vous en oublieriez la gêne, vous ne seriez plus gêné face à quelqu'un de plus jeune ou vous seriez toujours gêné quand même ?

Non, quand même, les médecins jeunes, j'en ai eu avant. C'est vrai, ils sont beaucoup plus ouverts. On discute, presque comme des amis quoi, avec des médecins de maintenant, de médecins actuels. Alors que les anciens médecins, le médecin c'était comme le bon Dieu. Quand il arrivait chez vous, fallait faire le grand jeu dans tous les domaines. Alors que maintenant les médecins d'aujourd'hui. Vous voyez bien, vous allez être médecin et ce n'est plus du tout ce que j'ai connu quand j'avais 10-12 ans et qu'un médecin venait à l'école. Pas du tout. Heureusement d'ailleurs.

Donc votre réaction dépend beaucoup du comportement du médecin ?

Oui, absolument, oui.

Annexe 5

Guide d'entretien

Thèmes à aborder avec les médecins :

- Est ce un sujet dont les patients vous parlent ? D'après vous, est-ce un sujet pour le médecin généraliste ?
- Qui aborde le sujet ? Y a-t-il des moments privilégiés pour en parler ? (consultation pour MST, pour HBP, découverte ou suivi d'une pathologie chronique...)
- A quel moment de la consultation ?
- Le ressenti du médecin (gêne ?, intérêt ?, peur ?....)
- Ses impressions sur le ressenti du patient.
- Freins à l'évocation de ce sujet (âge, sexe, durée de consultation...).
- Place du conjoint ?
- Quelle prise en charge (bilan, traitement, ...). Utilisation de fiches de synthèse (IIEF, association interuniversitaire de sexologie 2005...) ?
- Intérêt pour une éventuelle formation complémentaire ? Sous quelle forme ?
- Evolution depuis Sildénafil ?

Thème à aborder avec les patients :

- Souffrez vous d'une pathologie chronique occasionnant des rendez-vous réguliers chez le médecin (pour voir si cela facilite ou non l'évocation de ce sujet).
- Si vous vous posiez (ou lorsque vous vous posez) des questions sur votre vie sexuelle, où iriez vous (allez-vous chercher) des réponses ? (médecin, amis, internet, littérature...).
- Qui devrait aborder le sujet ? Aimerez vous que ce soit votre médecin qui l'aborde spontanément ? L'a-t-il déjà fait ?
- Consultation pour ce sujet ou lors d'une autre consultation ?
- Ses impressions sur le ressenti du médecin (gêne ?, intérêt ?, peur ?....)
- Ressenti du patient.
- Freins à l'évocation de ce sujet (manque de temps ?, de formation ?, sujet trop intime ?, préfère une homme/femme, jeune / âgé ?, relation facilitant la communication ?...) Pensez vous que le médecin généraliste est suffisamment formé ?
- Place du conjoint ?
- Qu'attendriez vous du médecin ? (écoute, traitement ? réassurance ? explications ? Conseils ?...)
- Quelle place donnez-vous à votre médecin généraliste dans ce domaine ?
- Que pensez-vous des traitements médicamenteux dans ce domaine ? (automédication ? Prescription médicale ?)

Annexe 6

Sigles utilisés

ADIRS : association pour le développement de l'information et de la recherche sur la sexualité.

AIHUS : Association Inter-Hospitalo-Universitaire de Sexologie.

DSM IV : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ou Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-I à V)

IPDE-5 : Inhibiteurs des Phosphodiesterases de type 5.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

Annexe 7

Répertoire des illustrations.

Figure n°1 : Anatomie du pénis.	p.22
Figure n°2 : Coupe transversale du corps du pénis	p. 22
Figure n°3 : Anatomie du pénis	p. 23
Figure n°4 : Neurochimie de l'érection	p. 24
Figure n°5 : Technique d'injection intra caverneuse	p. 41
Figure n°6 : Technique d'utilisation du vacuum	p. 42-43
Figure n° 7 : Schéma de la conduite à tenir devant une dysfonction sexuelle	p. 45

VU

NANCY, le **25 octobre 2011**
Le Président de Thèse

NANCY, le **3 novembre 2011**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur J. HUBERT

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE
NANCY, le **17 novembre 2011**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1
Par délégation

Madame C. CAPDEVILLE-ATKINSON

RESUME DE LA THESE

Plusieurs études exposent le paradoxe entre la volonté des patients de parler de leurs difficultés sexuelles à leur médecin généraliste et le faible nombre de consultations à ce sujet. Les patients souhaitent-ils que leur médecin soit plus entreprenant dans ce domaine ?

Nous avons réalisé une étude qualitative comportant 15 entretiens auprès de médecins et 15 auprès de patients afin de déterminer la place du médecin généraliste dans ce domaine.

Les médecins reconnaissent la dysfonction sexuelle comme un problème médical. La relation de confiance qu'ils établissent avec leur patient faciliterait la discussion, ce que confirment les patients. Un seul médecin de notre échantillon questionnerait ses patients sur ses capacités sexuelles, en dehors de pathologies médicales. D'après eux, le sujet de la sexualité reste tabou et 60% des médecins estiment leurs patients gênés pour en parler. Les patients apportent une précision: 60% se disent mal à l'aise pour évoquer leurs difficultés avec leur médecin mais seulement 20% seraient gênés pour en parler avec celui-ci.

86,7% des patients disent qu'ils ne seraient pas gênés si leur médecin les questionnait sur d'éventuelles difficultés sexuelles et 46.7% déclarent même que cette démarche les soulagerait.

Les patients consultent principalement pour obtenir des explications fiables ; la prescription est secondaire (d'après 60% des médecins et 73.3% des patients).

La formation dans ce domaine reste insuffisante. Les médecins n'osent pas assez en parler avec leurs patients et ils ne semblent pas savoir que la dysfonction érectile pourrait être le premier symptôme d'une maladie cardiovasculaire sous-jacente. Côté patients, il persiste de nombreux préjugés sur la pathologie et son traitement limitant la prise en charge.

Les médecins s'autorisent peu à questionner leur patient sur leur vie privée (conjugopathie ? relations extraconjugales ? réaction de la partenaire?...). La partenaire tient une place importante dans la prise en charge mais les médecins l'incluent peu. Pourtant, 50% des patients souhaiteraient sa présence lors des consultations.

Les campagnes et les actions promouvant la discussion et l'information sur ce sujet sont à développer afin de favoriser la prise en charge et de limiter les répercussions négatives d'une dysfonction érectile sur la qualité de vie.

TITRE EN ANGLAIS

The role of the general practitioner in dealing with male sexual problems.

THESE: MEDECINE GENERALE – ANNEE 2011

MOTS CLEFS: médecin généraliste – sexualité – dysfonction érectile –

UNIVERSITE HENRI POINCARÉ, NANCY – 1

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE-LES-NANCY Cedex
