



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2018

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Influence de la précarité dans les dysfonctions érectiles et leur prise en charge

Présentée et soutenue publiquement le 13 Novembre 2018 à 18h00
au Pôle Formation
Par Matthieu Bobillier

JURY

Président :

Madame le Professeur MAUROY

Assesseurs :

Monsieur le Professeur VILLERS

Monsieur le Docteur MARCELLI

Madame le Docteur BAYEN

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur DHALENNE

Avertissement

« La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs. »

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	3
INTRODUCTION	7
MATERIELS ET METHODES	9
I. CHOIX DE L'ETUDE	9
II. POPULATION ETUDIEE.....	9
III. RECUEIL DES DONNEES.....	10
IV. ANALYSE DES DONNEES.....	10
V. CONFLIT D'INTERET	11
VI. ÉTHIQUE	11
RESULTATS	12
I. CARACTERISTIQUES DES PATIENTS	12
II. AVANT L'APPARITION DES TROUBLES	12
A. <i>La santé : une priorité</i>	12
B. <i>Un équilibre du couple</i>	13
C. <i>Une sexualité « normale »</i>	13
D. <i>La place de la sexualité</i>	14
III. PREMIER SYMPTOME.....	15
A. <i>Le choc</i>	15
B. <i>Une phase d'entretien</i>	16
IV. REPERCUSSIONS	16
A. <i>Sur le couple</i>	16
B. <i>Dans la vie sociale</i>	17
V. IMPACT DE LA PRECARITE	18
A. <i>Impact du travail</i>	18
B. <i>Impact financier</i>	19
VI. STADE DE LA PRISE EN CHARGE	19
A. <i>Une urgence thérapeutique</i>	19
B. <i>Place du soignant</i>	20
C. <i>Le traitement</i>	21
VII. LA GUERISON.....	23
A. <i>Reconstruction du couple</i>	23
B. <i>Relativiser le trouble</i>	23
C. <i>Une prise de conscience</i>	24
DISCUSSION	26
I. POINTS FORTS ET LIMITES DE L'ETUDE.....	26
II. COMPARAISON DE L'ETUDE AVEC LA LITTERATURE	27
A. <i>Un cercle vicieux</i>	27
B. <i>Rôle du partenaire</i>	29
C. <i>Rôle de la précarité</i>	30
D. <i>Les soignants face à la précarité</i>	32
E. <i>Vision du traitement</i>	33
F. <i>Une prise en charge globale des patients</i>	34
CONCLUSION	36
BIBLIOGRAPHIE	37
ANNEXES.....	41

Résumé

Contexte : Les dysfonctions érectiles sont fréquentes, notamment chez les patients en situation de précarité. Bien qu'il existe une relation entre la gravité du trouble et l'importance de la précarité, aucun lien direct pouvant expliquer cette corrélation n'a été décrit.

L'objectif de cette étude est de connaître l'influence de la précarité dans les troubles de l'érection ainsi qu'évaluer le coût des traitements dans leurs prises en charge.

Méthode : Analyse par théorisation ancrée, d'entretiens individuels compréhensifs réalisés auprès de patients de plus de 45 ans, ayant des troubles de l'érection. Le recrutement s'est fait auprès de médecins généralistes des Hauts de France. L'analyse ainsi que la triangulation ont été réalisées à l'aide du logiciel Nvivo 10.

Résultats : Les patients décrivaient des mécanismes de conditionnement négatifs, alimentant un cercle vicieux responsable d'une souffrance psychique et physique. Cette souffrance semble être contrebalancée par la partenaire de vie, qui apporte un conditionnement positif au patient, l'aidant à surmonter cette épreuve. Cette analyse montre l'intérêt de prendre en charge ces dysfonctions érectiles, tout en intégrant la partenaire dans le processus de soins. L'analyse des dysfonctions érectiles et de la précarité, ne montre pas de lien direct entre les deux. Ceci est expliqué par un vécu « normal » d'être précaire de la part des patients. Ainsi, les difficultés psycho sociales rencontrées n'ont pas eu d'impact sur la sexualité des patients. On aurait pu penser que le coût élevé des traitements pouvait représenter un frein. Finalement tous les patients rencontrés étaient favorables à accepter un traitement. Ce coût est relayé au second plan suite aux bénéfices apportés au retour d'une fonction érectile satisfaisante pour le couple.

Conclusion : Cette étude réaffirme l'intérêt de prendre en charge les dysfonctions érectiles en médecine générale, d'autant plus au sein de cette population, chez laquelle plusieurs praticiens pensent que la sexualité joue un rôle secondaire. Il serait intéressant de parler plus précocement de cette pathologie multifactorielle, afin à la fois de la prévenir, mais également de dépister les facteurs de risques cardiovasculaires très présents dans cette population.

ABREVIATIONS :

ACS : Aide au paiement d'une Complémentaire Santé

CMU : Couverture Maladie Universelle

COREQ : COnsolidated criteria for REporting Qualitative research

CPP : Comité de Protection des Personnes

DE : Dysfonction érectile

EPICES : Évaluation de la précarité et des inégalités de santé pour les CES

IIEF5 : Simplified International Index of Erectile Function

INSEE : Institut National de la Statistiques et des Études Économiques

NC : Non Connu

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SS : Sécurité Sociale

INTRODUCTION

La santé sexuelle est une problématique majeure en santé publique ainsi qu'en soin primaire(1). Son dépistage ainsi que sa prise en charge font partie des compétences du médecin généraliste. Cette santé sexuelle est définie par l'OMS comme « un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité, et non pas simplement l'absence de maladies, de dysfonctionnements ou d'infirmités » (2).

Il est donc primordial de dépister tous ces troubles qui peuvent nuire à cette santé sexuelle, pouvant avoir à la fois des conséquences conjugales, sociales et psychologiques, mais également être révélateurs de pathologies comme le diabète ou les troubles cardio-vasculaires (3).

On estime en fonction des études que les dysfonctions érectiles (DE) touchent entre 20 et 70% des hommes, avec augmentation de cette prévalence chez les patients présentant une pathologie cardiovasculaire, un diabète ou une dyslipidémie (4). On sait que ces pathologies sont plus fréquemment retrouvées, chez les patients en situation de précarité (5). Cette situation nécessite d'avoir un meilleur dépistage des troubles de l'érection dans cette population.

Cette étude prend tout son sens dans notre région. En effet, la région des Hauts de France, est la plus touchée par le chômage, avec un taux en 2016 de 12,1% de la population active, soit 3 points de plus que le niveau national. Il existe également une disparité entre les départements. Le plus touché est le département du Nord avec 12,5% de la population active principalement au niveau des pôles les plus précaires. Cette donnée confirme donc le rôle important de l'emploi comme indicateur de précarité (6).

Lors de mon stage en médecine générale premier niveau, j'ai eu l'opportunité de pouvoir exercer dans une zone dite de précarité. La majorité des patients présentait des facteurs de risques cardio-vasculaires ainsi que des anomalies glycémiques, mais aucun n'a abordé le sujet de la sexualité. Plusieurs thèses ont été réalisées sur la prise en charge des DE. Elles mettent en évidence les freins à l'abord de la sexualité en consultation, du point de vue des médecins traitants. Ces études concluent majoritairement par « un manque de formation », « des sujets lancés en fin de consultation », ou encore « un tabou du médecin » (7–12). Une étude réalisée en 2011 inclut la notion de précarité dans les DE (13). Cette étude, réalisée par questionnaire, a montré une corrélation négative du score EPICES avec les score IIEF5 ($p < 0,01$). Néanmoins, il n'a pas été recherché de lien direct entre la précarité et les dysfonctions érectiles.

L'objectif de cette thèse est de connaître l'influence de la précarité dans les troubles de l'érection ainsi qu'évaluer le coût des traitements dans leurs prises en charge.

MATERIELS et METHODES

I. Choix de l'étude

Il s'agit d'une étude qualitative analysée selon la méthode de théorisation ancrée à partir d'entretiens individuels semi directifs

II. Population étudiée

Nous avons demandé à des praticiens libéraux, exerçant dans des zones dites précaires selon l'INSEE, de sélectionner deux patients répondant aux critères suivants : Hommes de plus de 45 ans, sans limite d'âge supérieure, en situation de précarité, ayant des DE et acceptant de répondre à un entretien d'environ 30 minutes de façon anonyme.

Comme vu précédemment, un tiers des patients de plus de 45 ans a une DE. Une limite d'âge inférieure aurait entraîné une faible prévalence des DE, tout comme une limite d'âge plus élevée aurait entraîné une prévalence plus importante. La sélection des patients a ainsi été faite pour avoir une diversité et non une représentativité (14).

Afin d'orienter les praticiens, le score EPICES leur a été donné. Un score supérieur à 30 finalisait l'inclusion du patient. La population étudiée concerne donc tous les hommes de plus de 45 ans en situation de précarité.

Il était également fourni à chaque médecin, une feuille de renseignements sur cette étude, à remettre aux patients afin qu'ils puissent donner leur accord.

III. Recueil des données

L'enregistrement a été directement réalisé sur l'ordinateur portable par Quick Time Player. Aucune retranscription écrite n'a été faite, afin de rester en contact visuel permanent avec le patient.

La retranscription a été manuelle sur le logiciel Word, directement après chaque entretien afin de n'omettre aucune remarque verbale ou non verbale. Tous les verbatims ont été relus et critiqués par la directrice de thèse afin d'évaluer les entretiens et modifier les points faibles pour les entretiens suivants.

Une attention particulière a été portée quant à l'anonymisation des participants. Toutes les informations susceptibles de reconnaître un participant ont été supprimées de la retranscription. Chaque entretien a ainsi été désigné par la lettre « E » puis un chiffre croissant en fonction de la date de la réalisation.

Les entretiens ont été réalisés jusqu'à suffisance des données.

IV. Analyse des données

L'analyse des entretiens a été faite par théorisation ancrée. Cette démarche consiste à dégager le sens d'un évènement. C'est « renouveler la compréhension d'un phénomène en le mettant différemment en lumière » (15).

Cette analyse consiste dans un premier temps à coder le verbatim, ligne par ligne. C'est ce que l'on appelle, la micro-analyse. Vient ensuite l'étape du regroupement avec le codage axial. Cette étape permet de catégoriser et de nommer les propriétés les plus importantes de l'étude. Pour finir, un codage sélectif a été réalisé, ce qui a permis de construire une théorie de façon rigoureuse (15,16).

V. Conflit d'intérêt

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts. Les entretiens n'ont pas été indemnisés.

VI. Éthique

Un avis au Comité de Protection des Personnes a été demandé. Compte tenu du caractère rétrospectif et observationnel de cette thèse, celui-ci a jugé que son approbation n'était pas nécessaire à la réalisation de ce travail. Seul un avis CNIL a été demandé et a été accepté.

RESULTATS

I. Caractéristiques des patients

Les patients ont été interrogés entre janvier et juin 2018. Les caractéristiques des patients sont résumées dans le tableau 1.

Il convient de préciser que dans cette étude, tous les patients interrogés sont hétérosexuels.

<u>Patient</u>	<u>Age</u>	<u>Profession</u>	<u>Statut marital</u>	<u>EPICES</u>	<u>IIEF5</u>
<u>E1</u>	63	Peintre en bâtiment	marié	50,29	NC
<u>E2</u>	48	Agent d'entretien	En couple	65,09	9
<u>E3</u>	53	Masson tailleur de pierre	célibataire	37,26	6
<u>E4</u>	50	Sans emploi	En couple	34,90	11
<u>E5</u>	50	Electricien	Célibataire	47,92	12
<u>E6</u>	43	Avocat	En couple	35,48	9
<u>E7</u>	55	Artisan déménageur	En couple	48,52	16
<u>E8</u>	73	Retraité, technicien	Marié	44,95	18

Tableau 1 : Caractéristiques des patients

II. Avant l'apparition des troubles

A. La santé : une priorité

La santé est décrite comme celle qui permet le mouvement. Elle permet aux patients d'avancer à travers les étapes de la vie. A l'instar d'autre patient, E2 a connu des problèmes de santé, lui faisant prendre conscience de l'importance d'être en bonne santé « *ça faisait plus de dix ans que je n'étais pas allé chez le médecin, et cette année j'ai eu un petit problème, j'ai eu des hémorragies. Et le médecin il a dit que je faisais*

de l'hypertension, et là je me suis dit qu'il fallait que j'aille vraiment voir le médecin ».

La santé est donc vue comme la priorité dans la vie des patients. E6 : *« Si on n'est pas en bonne santé on ne peut rien faire. Donc la santé doit être priorité avant toute chose. »*

Étonnamment, aucun des patients interrogés n'a eu de difficulté à se soigner pour des problèmes financiers. Ils bénéficient pour la majorité de complémentaires universelles. E3 nous dit qu'optimiser ses rendez-vous médicaux est indispensable pour se soigner : *« J'essaye toujours de passer par l'institut catholique de Lille où les tarifs sont les tarifs de la sécu pour ne pas avoir d'honoraires supplémentaires. »*

Seul le patient E8 exprime son regret de ne pas pouvoir avoir de complémentaire santé. Il doit, dans certains cas, se résigner à se soigner. Principalement pour des problèmes dentaires ou d'optique. Il souffre d'un choix entre se soigner et manger : *« J'ai à choisir, soit que je mange soit je paye une mutuelle que je vais me servir 2 fois par an qui va me coûter disons 200 euros ».*

B. Un équilibre du couple

Tous les patients reçus en entretien décrivaient leur couple comme équilibré et faisaient état d'une sexualité épanouie. Aucun ne décrivait de changement à entreprendre pour améliorer leur vie sexuelle.

C. Une sexualité « normale »

Pour comprendre le ressenti de chaque patient, il leur a été demandé leur propre définition d'avoir une bonne santé sexuelle. Pour certain, la sexualité est vue comme

un chiffre afin d'atteindre une performance, comme E3 : « *Ça serait de lui faire l'amour une à deux fois par semaine* ». Pour d'autres, la sexualité reste et doit être un plaisir dans le couple. Rechercher une satisfaction s'avère être la priorité. Cette idée d'intellectualiser la sexualité est exprimée par E4, « *Le fait de pouvoir partager sentimentalement et physiquement quelque chose avec une personne.* » ou par E6, « *C'est de pouvoir satisfaire sa compagne* ».

Le premier patient a évoqué la notion de l'âge, considérant qu'à partir d'un certain âge, la sexualité n'était plus nécessaire à un bon épanouissement du couple « *Oh une fois par mois c'est bon, c'est largement suffisant pour mon âge* ». Cette idée a été posée lors des entretiens suivants. Ils comprenaient l'idée mais ne la partageaient pas, espérant toujours avoir une sexualité épanouie lors de l'avancée dans l'âge.

Nous voyons que la normalité dépend du vécu de chaque individu ; notion indispensable à prendre en compte pour accompagner au mieux le patient dans ses troubles. Mais pour certains, il est très difficile de répondre à cette question. C'est le cas de E2, qui cherche simplement à les éradiquer : « *c'est quand tout se passe bien, c'est comment dire ça... c'est quand on arrive à faire des érections sans problème [...] pouvoir bander normalement et librement en pensant à elle* »

D. La place de la sexualité

La sexualité garde une part importante dans le couple, plus ou moins assumée par les patients. Les rapports sexuels permettent d'avoir une harmonie de vie, un moment de partage : E3 « *le sexe dans un couple c'est ce qui fait tout. C'est une preuve d'amour, ça améliore les sentiments etc...* ».

E4 précise cette idée décrivant la sexualité comme un rouage de la vie, nécessaire à une bonne qualité de vie : *« c'est un des rouages pour un bon équilibre. [...] c'est nécessaire à une bonne harmonie de vie. Sans ça on se sentirai un peu diminué. Et puis on ne serait pas bien, mon harmonie serait troublée. »*

III. Premier symptôme

A. Le choc

Dès le premier épisode de la dysfonction érectile, les patients ressentent de façon importante cette dysfonction. La question relative à l'origine de ces troubles se pose immédiatement dans l'esprit du patient. Une anxiété et une remise en question des patients sur leur propre anatomie se développent.

E3 : *« ça m'a étonné alors j'ai joué un petit peu avec mais j'avais rien. Et là ça m'a quand même un peu inquiété « je dois avoir un problème, c'est pas normal » que je me suis dis. »*

Pour E8, les troubles érectiles sont arrivés comme une fatalité. Le vieillissement était synonyme de troubles érectiles *« Je m'attendais à un jour ou l'autre à avoir ce genre de situation »*.

Cette pathologie entraîne un poids sur le quotidien des patients. La pathologie est aggravée par le ressassement quotidien des pensées négatives. Les patients tombent dans un cercle vicieux, ce qui les empêche de prendre du recul et d'entrer dans une phase de guérison. E2 : *« Chaque jour qui passait j'y pensais beaucoup... »* ; E5 : *« on se pose beaucoup de questions, est ce que ça va re-fonctionner, et ce que ceci ou cela ? »*

Cette perpétuelle remise en question amène inévitablement vers un épuisement mental et physique, pouvant conduire à un état dépressif, avec des répercussions à la fois sur la vie personnelle de l'individu mais également dans sa vie sociale et professionnelle. La prise en charge médicale de ces troubles est indispensable.

B. Une phase d'entretien

Une atteinte profonde de l'individu s'installe progressivement. Ce qui se traduit par une diminution, à la fois physique et psychologique. Cette perte de l'érection entraîne chez l'homme une perte de confiance en soi, jusqu'à la remise en question de sa nature même. Cette souffrance, exprimée de façon unanime chez tous les patients, est la plus importante conséquence de cette pathologie : « *Diminué... J'ai honte quand même. [...] Je ne suis plus un homme.* » ; « *je me suis senti abattu, pas dépressif mais plus homme. Diminué c'est le mot* » (E4).

Les patients ébauchent des mécanismes de défense afin de se soulager mentalement, à la fois en relativisant la pathologie et par comparaison positive afin de retrouver une meilleure estime de soi. E6 : « *il y a d'autres qui ont plus que ça que moi. Je me dis que si moi je souffre de ça et ceux qui ne bandent même pas qu'est-ce qu'ils vont dire.* »

IV. Répercussions

A. Sur le couple

L'impact du trouble sur le couple est immédiat. Il apparaît dans un premier temps, une inquiétude de l'homme, sur la vision qu'aura la compagne sur cette dysfonction. Cette inquiétude vient de la perte d'estime de soi, qui va être projetée sur la partenaire. Cette dernière va, dans l'esprit de l'homme, être moralisatrice et inquisitrice. La partenaire aggraverait la perte de virilité de l'homme. Cette idée est principalement reprise chez les patients célibataires, n'ayant pas eu de compagne lors de l'arrivée du trouble, comme E2 : « *Si j'avais été en couple, je suppose que madame elle se serait posée des questions « comment ça se fait ? il a peut-être quelqu'un dans la vie ? il a peut-être plus envie ? » »* ».

La place du partenaire est primordiale dans les dysfonctions érectiles. Le dialogue apparaît donc comme la solution la plus efficace pour la prise en charge. La partenaire prend le rôle de confidente et devient aidante à surmonter cette souffrance psychologique. Cette bienveillance est expliquée par les patients par un passé du couple. E5 résume parfaitement cette idée « *surtout que c'est une partenaire qui était ta copine avant d'être marié. Donc elle peut comprendre qu'avant ce n'était pas comme ça...* ». E4 précise que c'est cette compréhension qui a permis de surmonter cette étape : « *Et j'ai eu la chance d'avoir quelqu'un de compréhensif en face de moi, et qu'elle a compris que ça ne venait pas d'elle. Ça, ça été très important* »

B. Dans la vie sociale

Il existe une ambivalence de point de vue sur le rôle social dans les dysfonctions érectiles. Pour certains patients comme E5, en parler a permis de trouver des solutions « *C'est ce qu'il nous aide et ce qui nous permet de trouver des solutions [...] J'ai un seul ami, parce que tu ne peux pas en parler avec tout le monde... Il faut trouver un*

ami à qui en parler ». D'autres préfèrent ne pas en parler comme E2 « *Tout ce qui est machin comme ça j'en parle à personne je le garde pour moi !* ». Ces différentes approches doivent-êtré respectées sans être imposées.

V. Impact de la précarité

A. Impact du travail

Le niveau de précarité des patients, calculé selon le score EPICES, présente une grande disparité. Néanmoins, les patients ne mettent pas de lien entre les troubles de l'érection et leur travail. Certains ont connu des périodes de chômage, de plusieurs mois, sans pour autant avoir présenté des dysfonctions érectiles.

Nous avons vu que les patients subissent ces troubles dans leur vie quotidienne. Cette souffrance n'est pas répercutée dans leur vie professionnelle. Pour cela les patients mettent en place des mécanismes de défense. E2 et E6 compartimentent leurs vies professionnelles et privées « *Non le travail c'est une chose, et la vie personnelle une autre ! il ne faut pas mélanger les deux* » ; « *quand tu es au boulot tu fais le travail et quand tu quittes, tu laisses tout ce qui est au boulot au boulot et quand tu rentres à la maison tu prends tout ce qui est de la maison chez toi et puis tu gères c'est tout.* »

E4 quant à lui, intellectualise son travail. Aider les autres pour s'aider soi-même, préférant ainsi jouer un rôle plutôt que de se montrer diminuer « *Dans mon travail non je ne peux pas me permettre parce que j'ai des personnes diminuées en face de moi donc si j'arrive avec un mental diminué je ne peux pas les aider avancer donc je ne peux pas me permettre [...] Donc là, faut jouer un rôle.* »

Certains sujets, comme E2, font passer leur sécurité professionnelle avant toute chose : « *Non on ne peut pas se permettre de penser à quoi que ce soit... j'utilise*

beaucoup de machines dangereuses donc je peux pas me permettre de penser à autre chose pour faire une erreur qui ne pardonne pas. »

B. Impact financier

Tous les patients interrogés connaissent ou, ont connu, des difficultés financières. Quelles que soient leurs raisons ou les causes de ces difficultés, tous utilisent le même mécanisme de défense : « *Dans la vie tout le monde a des problèmes* » (E5) ; « *oui bien sûr que j'ai des problèmes, enfin comme tout le monde quoi* » (E8). Ils se rattachent ainsi à un groupe d'individus dont les difficultés financières sont partie intégrante de leur vie quotidienne. Les difficultés sont vues comme « normales ».

Ce constat illustre de façon logique l'absence d'influence des difficultés financières dans les troubles de l'érection. La normalité de ces difficultés n'impacte pas leur sexualité.

Seul E5, explique avoir eu un trouble de l'érection qui s'apparente davantage à une baisse de libido passagère lors de périodes de difficultés financières ou de chômage : « *Oui des fois tu n'as même plus envie de faire l'amour... quand tu penses que tu n'arrives plus à avoir d'argent ou de boulot...* »

VI. Stade de la prise en charge

A. Une urgence thérapeutique

De façon unanime, la décision de se prendre en charge a été immédiate par les patients. E6 explique que « *dès que j'ai constaté lors du premier rapport avec mon ex-femme, le lendemain j'ai pris rendez-vous avec le docteur parce que je me suis dit*

qu'il y avait un problème ». La crainte de la séparation est un élément motivant pour une prise en charge immédiate des troubles érectiles. E2 « *Ce que je voulais c'était avoir un rendez-vous vite fait avec le docteur pour régler cette affaire là... ».*

Comme expliqué précédemment, avoir une bonne santé sexuelle est un élément important dans l'équilibre de vie. Elle devient une priorité pour certains patients, motivant une consultation rapide : « *Je suis venu tout de suite la voir parce que moi avec la santé je ne blague pas du tout » (E2).*

E8 dit avoir mis plus de temps à venir consulter. Bien que ces troubles aient été vus comme normaux avec la vieillesse, c'est avec les encouragements de sa femme qu'il a décidé de venir consulter « *la partenaire bah elle vous fait la remontrance ce qui est normal. Les plaisirs ne sont plus les mêmes ».*

B. Place du soignant

Le praticien a une place centrale dans la prise en charge des troubles de l'érection.

Les principaux rôles du médecin généraliste étaient de :

- Faire un diagnostic
- Avoir un regard objectif, neutre, extérieur sans jugement, contrairement au regard du partenaire.
- Jouer un rôle de psychologue en soutenant et en accompagnant le patient
- Instaurer un traitement adapté.

Plusieurs patients ont exprimé une gêne à aborder le sujet en consultation. Cette gêne était toute particulièrement présente lorsque le praticien était une femme. « *Non, il faut*

que ça soit un homme. Même si c'est un spécialiste je préfère que ça soit un homme, je suis mal à l'aise » (E3).

Plusieurs mécanismes ont été nécessaires pour surmonter cette gêne. Pour E3, l'important est que le médecin aborde de lui-même le sujet. Un sujet qui doit être dépisté de façon individuelle afin de faciliter la discussion avec le patient. *« Bah la dernière fois c'est elle qui en a parlé... lancer le sujet je sais pas si j'y arriverai, je suis plutôt quelqu'un de réservé... que le docteur en parle c'est pas gênant... »*

Concernant E6, c'est la confiance de la relation malade-médecin qui a permis de surmonter cette gêne. *« Elle a été d'un très bon apport parce que déjà quand on est médecin on se dit qu'il y a le secret professionnel, il y a aussi la confiance » ; « elle me connaît très bien [...] ça doit faire 12 ans que l'on est ensemble donc elle me connaît très bien. Donc parfois je me confie à elle et elle a trouvé des solutions. »*

C. Le traitement

On constate un paradoxe lors des entretiens des patients. En effet, la plupart s'attendent dès la première consultation à une prescription médicamenteuse. Cependant, celle-ci s'avère coûteuse et non prise en charge par l'assurance maladie. Les patients interrogés étant dans une situation précaire sur le plan financier. Une certaine réticence aurait été compréhensible.

Finalement, le coût des traitements apparaît comme secondaire. Plusieurs raisons expliquent cela :

- Le rôle des traitements sur la qualité de vie des patients : comme E2 qui nous explique que *« Le prix il compte pas par rapport à ce que ça m'apporte »*. Leurs coûts deviennent alors secondaires par rapports aux effets positifs des médicaments. Cette amélioration va engendrer une nécessité de se soigner.

Certains patients qui choisissaient de manger plutôt que de se soigner lorsque le choix se posait, changent de stratégie lors de l'apparition des troubles de l'érection. La prise des traitements devient alors indispensable à leur qualité de vie.

- L'aspect ponctuel de la prise des traitements : ces comprimés sont utilisés de façon ponctuelle par les patients rendant les dépenses dans les traitements plus espacées. E6 explique : « *C'est le médicament il faut en prendre quand tu es prêt de passer à l'acte donc euh ce n'est pas tous les jours que je fais l'acte (rire) donc euh j'en prends seulement quand je suis prêt à le faire donc ça ne me dérange pas du tout* ». Pour certains patients, la prise des médicaments a été facilitée par une « courte cure », avec une reprise normale de la fonction érectile au bout de quelques mois. C'est ce que nous explique E4 « *Le médicament ça m'a bien dépanné je ne peux pas dire le contraire mais en prendre à grande échéance je suis pas pour* ».

La première prise des comprimés est perçue comme négative pour les patients. Premièrement, ils se sentent diminués par la prise des traitements. E2 nous explique qu'« *on bande seulement par ordonnance* ». Quant à E8 « *au début j'avais l'impression que le fait d'avoir besoin de ça, ça me diminuait mais ça m'a apporté un confort* ». Cette vision s'estompe rapidement après la prise des médicaments, grâce à l'amélioration de la qualité de vie des patients.

Deuxièmement, les patients ont une impression de « subir » la pathologie érectile, de devoir acheter un traitement pour une pathologie « dont [ils] ne [sont] pas responsables ». Comme E6 qui nous explique qu'« *il y a des produits qui sont pas pris en compte par la sécurité sociale, bah on subit on n'y peut rien* ».

Seul un patient, (E5), a été catégorique et n'achète pas de traitement par manque d'apport financier « *Non je n'achète pas... si j'ai pas d'argent je n'achète pas (catégorique). Je ne peux pas* ».

VII. La guérison

A. Reconstruction du couple

La guérison est un moment attendu par les patients. Un des objectifs est de revenir à un état antérieur du couple, c'est à dire retrouver un état de satisfaction et d'équilibre au sein du couple comme E6 « *quand je le prends je suis bien parce que là au moins je peux satisfaire ma copine* ».

Pour plusieurs patients, le fait de retrouver une fonction érectile satisfaisante leur a permis de revenir à un état de bien être intérieur, de reprendre confiance et d'avoir une meilleure estime de soi « *Je me sens quand même plus homme* » (E3).

Enfin, la répercussion majeure d'un retour à une fonction érectile était de retrouver une complicité au sein du couple, ou comme le décrit E4, une harmonie de vie. « *Ça va mieux, j'ai plus d'énerverment. L'harmonie s'est refaite* ».

B. Relativiser le trouble

Cette pathologie est souvent vécue comme une incompréhension par les patients. Elle perturbait tellement le vécu des patients qu'ils ne pouvaient pas la banaliser. Les patients n'avaient comme moyen que de relativiser, entraînant un soulagement lors de la reprise d'une fonction érectile « *Quand ça revient on se dit "c'est bon" et après on n'y pense plus* » (E2).

C. Une prise de conscience

Il a été demandé aux patients ce qu'ils savaient des troubles de l'érection ainsi que leurs étiologies. Aucun ne semblait savoir l'importance du diabète, de l'HTA ou du tabac comme cause de DE. Il apparaît alors deux groupes. Ceux qui semblent déjà faire attention à leur hygiène de vie, ne comprenant alors pas les raisons de leur propre pathologie et ceux qui sont prêts à apporter une attention plus particulière afin de ne pas aggraver leur DE. C'est le cas d'E3 « *si je peux faire attention avant autant que je le fasse. C'est pas au moment qu'on l'a qu'il faut s'inquiéter* ». E4 dit être prêt à arrêter le cannabis à but antalgique pour retrouver une érection satisfaisante : « *oui je préférerais avoir mal... La douleur est gênante certes, mais c'est toujours l'harmonie. Donc la douleur avec l'harmonie ok mais pas de douleur et pas d'harmonie non... ça ne marche pas* ».

A la fin de l'entretien, une discussion plus libre, sans question, a été proposée aux patients. Ils émettent le regret de ne pas être assez informés sur cette pathologie. Il y a une incompréhension de la part des patients entre l'importance de cette pathologie et la prévention qu'ils estiment inexistante « *Je trouve que ces troubles ça joue au fond sur la virilité de l'homme. Le sexe reste très tabou en France et il n'y a pas assez d'informations et de renseignements. Après psychologiquement, la personne en face de vous elle en prend pour sa part aussi* » (E4).

La deuxième interrogation exprimée concerne le coût de ces traitements, lesquels sont trop chers, et non remboursés par la sécurité sociale. Comme E6 « *Je me dis toujours que la sécurité sociale finance des trucs aujourd'hui qu'ils n'ont pas le droit de financer, qui ne sont pas importants, tels que les médicaments contre le rhume, les maux de*

tête... Mais avec ça on pourra rembourser d'autres maladies comme les troubles érectiles ».

DISCUSSION

I. Points forts et limites de l'étude

Les études qualitatives ont des grilles permettant d'évaluer leurs validités internes et externes. Ce travail utilise la grille COnsolidated criteria for REporting Qualitative research (COREQ), dont les critères sont répartis en 32 items (17). Seuls l'item 23 n'a pas été suivi dans cette étude. En effet, les retranscriptions n'ont pas été retournées aux participants pour que ceux-ci émettent des corrections ou des commentaires.

Le deuxième point fort est l'intégration de la précarité dans un trouble fréquemment rencontré. Bien qu'une association statistique ait montré une relation entre ces deux facteurs, il n'a pas été mis en évidence de facteur direct entre la précarité et les dysfonctions érectiles. Peu d'études scientifiques abordent la précarité dans ces troubles.

Ce travail prend également toute sa place dans notre région, dont le taux de précarité est le plus important de France (18,19).

Le troisième atout de l'étude tient au fait que l'enquêteur ne connaissait pas les participants, facilitant ainsi une parole libérée, par rapport à la gêne à aborder un sujet particulièrement délicat. Afin d'améliorer la confiance entre le patient et l'enquêteur, tous les entretiens se sont déroulés dans les cabinets médicaux des médecins recruteurs.

Pour comprendre la logique ainsi que la méthode pour conduire les entretiens, ainsi que des différentes méthodes d'analyse, l'enquêteur s'est imprégné des livres « l'entretien » de la collection 128 (20) ainsi que du Manuel d'analyse qualitative : Analyser sans compter ni classer de Christophe Lejeune (16)

L'étude présente également des points faibles.

Cette étude est le premier travail qualitatif par entretien dirigé de l'enquêteur. L'attitude, la présence de questions fermées ou d'idées pré conçues ont pu entraîner un biais de suggestion, notamment lors des premiers entretiens.

Le deuxième point faible de l'étude concerne la sélection des patients. En effet, les patients interrogés ont été sélectionnés sur la base du volontariat par des praticiens libéraux. Les personnes interrogées sont donc des patients motivés, souhaitant une amélioration rapide de leurs dysfonctions. Plusieurs demandes ont été faites pour recruter des patients en grandes précarités, principalement des sans domiciles fixes, ou des patients vivants en foyer d'hébergement. Aucun de ces patients n'a souhaité répondre aux questions.

Pour finir, il existe le biais de déclaration. Il est probable que les patients interrogés aient modifié leurs propos afin de correspondre au mieux au sujet de cette thèse, apportant ainsi des réponses plus intéressantes.

II. Comparaison de l'étude avec la littérature

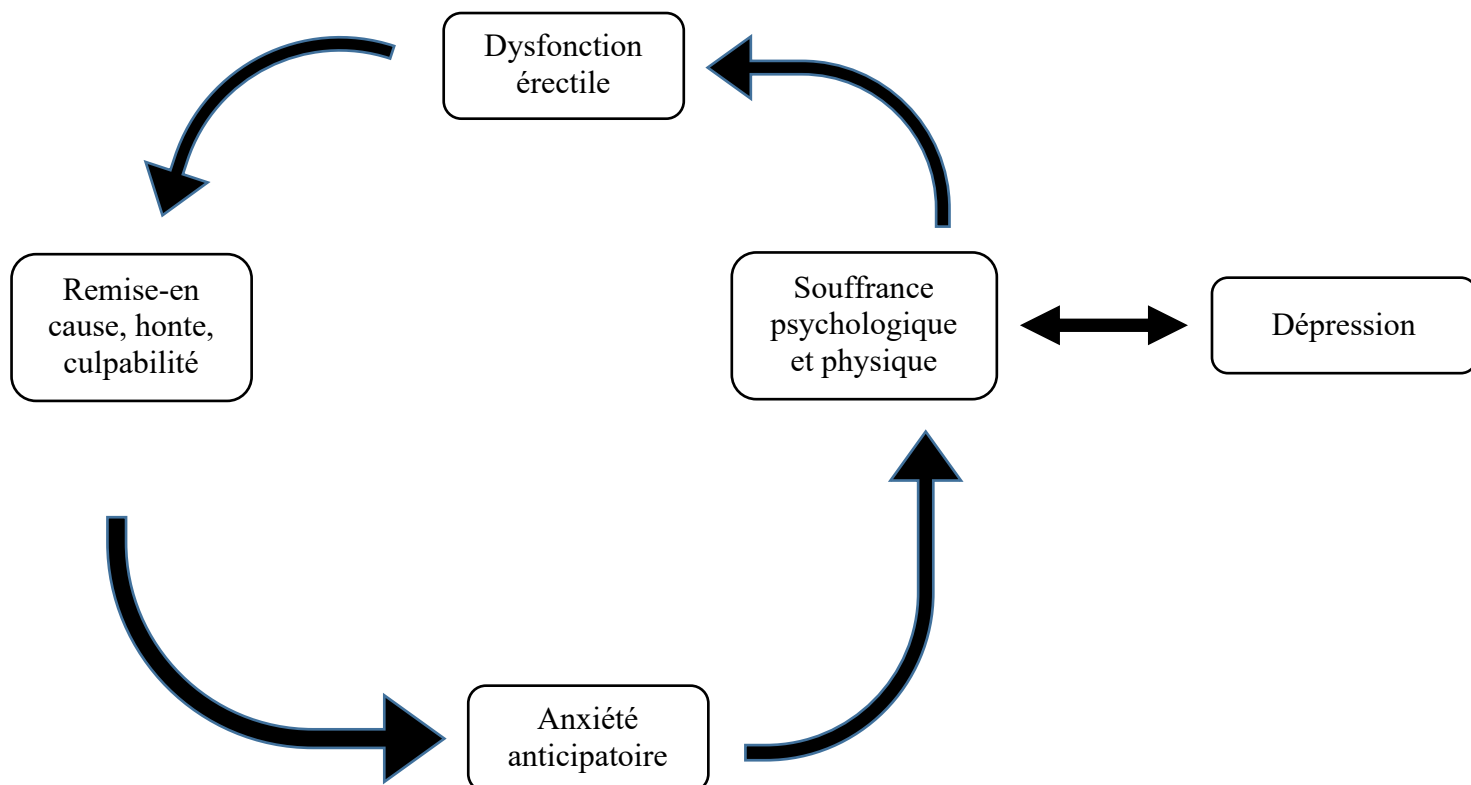
A. Un cercle vicieux

Nombreux sont les articles qui mettent en avant les conséquences psychologiques et physiques entraînées par les troubles de l'érection. Un cercle vicieux s'instaure. Celui-ci est repris et décrit par les patients (21,22).

Des mécanismes de conditionnement apparaissent chez les patients, faisant perdurer des idées nocives, aggravant progressivement leurs troubles. Ces mécanismes ne sont pas spécifiques aux troubles de l'érection mais sont importants à prendre en compte pour leur prise en charge.

Des mécanismes de conditionnements négatifs apparaissent telles que les ruminations, l'inquiétude et l'anxiété par anticipation qui alimentent le mal-être des patients. Ces idées amènent à une perte de confiance en soi, à une sensation d'impuissance physique pouvant amener à une dépression.

Le cerveau est décrit comme le premier organe sexuel (23). Il est aisé de comprendre que toute souffrance psychologique aggrave ce trouble, fermant ainsi ce cercle vicieux. Chaque trouble sexuel, entraîne une crainte que l'échec se renouvelle, aggravant le sentiment de honte et de culpabilité. Nous pouvons alors schématiser ce cercle comme ceci :



A travers ce cercle vicieux, cette thèse confirme les résultats des études selon lesquelles les pensées négatives autour des troubles de l'érection favorisent leur persistance dans le temps.

B. Rôle du partenaire

Les troubles de l'érection, bien qu'ils soient spécifiques aux hommes, ont souvent une répercussion sur le couple. Ce travail montre que la partenaire prend tout son rôle dans la prise en charge de ces troubles. Le rôle des partenaires dans le processus de soins dépend de la volonté du patient.

La communication apparaît comme un facteur indispensable à ce processus. Bien que plusieurs études mettent en avant la nécessité d'une bonne communication du couple (24–26), celle-ci reste néanmoins difficile à déclencher. L'étude Fisher a décidé de contacter les conjointes de patients ayant des troubles de l'érection. Sur les 808 hommes de l'étude, seuls 53% de ces hommes ont accepté que l'on contacte leur conjointe. Ces résultats mettent en évidence une réelle difficulté à communiquer sur ce trouble dans le couple (27).

Ce travail révèle un rôle important de soutien psychologique de la femme pour surmonter cette épreuve. Finalement les femmes permettent aux hommes d'avoir des mécanismes de conditionnement positif. Aucun des patients n'a su monter seul ces mécanismes. L'étude COLSON (24) met en avant le fait que les DE touchent toutes les tranches d'âge, y compris les hommes jeunes. Il est ressorti que les femmes ont, de façon générale, un comportement plus rassurant et stimulant, en expliquant le caractère « occasionnel et peu important » du trouble. Ce résultat a été rapporté dans d'autres études (25) avec une précision intéressante puisque ce caractère rassurant serait plus présent chez les femmes de moins de 50 ans. Leur explication vient du caractère non indispensable de la pénétration chez les femmes plus jeunes, sans pour autant diminuer leur satisfaction sexuelle.

De plus, afin de montrer la place que prend ce trouble dans le couple, une étude a évalué la fonction sexuelle féminine suite aux traitements des DE (28). Cette étude a

conclu qu'après traitement de le DE, une amélioration significative de l'excitation sexuelle, de la lubrification, de l'orgasme, ainsi que de la satisfaction et de la douleur chez les femmes. Ces résultats mettent en évidence que la fonction sexuelle féminine est bien affectée par l'érection masculine (26). Non seulement il est important de traiter le trouble érectile, mais il serait nécessaire d'intégrer la femme dans cette pathologie.

Les patients de cette thèse ont décidé de prendre en charge cette dysfonction érectile afin d'améliorer leur qualité de vie. Il serait intéressant d'évaluer les facteurs faisant évoluer la vision des femmes devant des troubles chroniques sans amélioration significative de leurs troubles sexuels, pouvant amener par exemple à une rupture sentimentale.

Ce travail permet de montrer l'intérêt d'intégrer la partenaire dans le processus de soin, tout en se conformant aux souhaits des patients.

C. Rôle de la précarité

« On ne demande pas à un malheureux : de quel pays ou de quelle religion es-tu ? On lui dit : tu souffres, cela me suffit, je te soulagerai » Louis Pasteur, *Discours prononcés devant la Société philanthropique*.

Définir la précarité a été une étape difficile dans la réalisation de cette étude. En effet, aucune définition n'est consensuelle. La précarité peut –être définie selon le niveau de vie des citoyens, selon leur accès à la santé (CMU, ACS), l'emploi ou le logement avec la précarité énergétique.

Le conseil européen donne en 1984 une définition de la pauvreté, caractérisée par «les personnes dont les ressources (matérielles, culturelles ou sociales) sont si faibles

qu'elles sont exclues des modes de vie minimaux acceptables de l'État membre où elles vivent».

Nous pouvons définir la précarité exclusivement « monétaire » caractérisée par une insuffisance de revenus. Cette vision est largement diffusée aujourd'hui et sert également de comparaison internationale. Cette mesure purement monétaire est réalisée par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (Insee). Pour ce faire, il utilise différents outils, qui permettent d'évaluer la qualité de vie. (29) Standardiser la précarité est indispensable afin de comparer des individus. En 1998 le score EPICES a été créé. Il reprend 11 questions binaires (oui/non), dont chaque item est pondéré par rapport au poids qu'il représente. Ainsi la somme de de ces questions donne un score quantitatif qui varie de 0 (absence de précarité) à 100 (précarité la plus forte) avec un seuil de précarité à 30. (30)

Ce score présente plusieurs avantages (31) :

- Il explique mieux les différences de mortalité et de morbidité que les indicateurs de Carstairs et Townsend
- Il permet de différencier précarité et exclusion, mettant ainsi en avant l'exclusion par des scores élevés (supérieur a 58-60)
- Il n'a pas à être adapté en fonction de l'âge : les 18-25 ans qui sont rarement propriétaires et les plus de 65 ans qui font moins de sport. Il n'y a pas de changement significatif du seuil ni de l'allure des courbes.

La relation entre précarité et dysfonction érectile a été montrée dans plusieurs études. Une corrélation entre l'augmentation du score EPICES et les troubles de l'érection a été démontrée. (13,32,33). Ces études n'intègrent pas de facteur spécifique de la précarité, pouvant expliquer cette relation. Une étude australienne trouve une

différence non significative entre le travail et les dysfonctions érectiles, sans pouvoir l'expliquer (34).

Dans cette thèse, les patients ne font pas de lien entre leurs périodes de chômage ou leurs difficultés au travail et leurs DE. De même que leurs difficultés financières ne semblent pas interférer sur leurs troubles. Cette particularité s'explique par une normalité de la précarité. Les patients interrogés viennent d'un milieu modeste dont ils ne sont pas sortis. Ainsi, ces difficultés leur sont familières, apparaissant comme normales et faisant partie intégrante de leur parcours de vie.

La littérature ne retrouve pas ce concept de normalité. Les différentes études parlent d'ascensions sociales inexistantes ou d'une augmentation des inégalités sociales. Ces concepts sont économiques sans prendre en compte la part individuelle de chaque individu (35).

D. Les soignants face à la précarité

Plusieurs thèses décrivent les freins à aborder les dysfonctions érectiles. Le point de vue des médecins a été abordé. Ceux-ci mettent en avant une difficulté à aborder ces troubles chez les patients en situation de précarité principalement pour des raisons financières. Le coût des traitements apparaît comme un frein à trouver une solution (12). Ce présent travail va à l'encontre de cette idée. Les patients expriment l'importance de la sexualité dans leur couple.

De plus, Il est plus difficile de prendre en charge cette catégorie de patients, dont les tares sont plus présentes. Chaque consultation médicale étant plus longue, rajouter une consultation perçue comme chronophage par les praticiens, rendrait la prise en charge des patients plus fastidieuse.

Il existe des formations afin de former les professionnels de santé à faire face et à prendre en charge les patients en situation de précarité. Il serait intéressant de promouvoir cette formation afin d'en améliorer la prise en charge.

E. Vision du traitement

Pour les patients de l'étude, la prise en charge des troubles de l'érection s'est faite de façon médicamenteuse selon les dernières recommandations (36).

Les patients, lors de la première consultation, recherchaient une prescription médicamenteuse. Cette délivrance s'est vue comme un soulagement.

Il apparaît néanmoins une ambivalence sur la vision de ses traitements. En effet, les patients ont décrit dans un premier temps une vision négative. Vision relayée par la société, avec des traitements souvent parodiés (37), mettant en évidence les craintes de la médicalisation sexuelle. La capacité des inducteurs érectiles à traiter la dysfonction érectile est trop peu représentée comme un bénéfice pour l'utilisateur ou sa partenaire. Cette vision est contrebalancée par l'urgence thérapeutique à prendre en charge ses dysfonctions, ainsi que la vision positive de retrouver des érections satisfaisantes véhiculée par la société médicale. Ce traitement a été décrit par un patient comme une drogue, avec lequel une dépendance pouvait s'installer, refusant ainsi de prendre ce traitement.

Enfin, le coût des traitements apparaît secondaire aux bénéfices apportés. Néanmoins, certains patients ne comprennent pas pourquoi une pathologie "dont ils ne sont pas responsables" n'est pas prise en charge par la sécurité sociale. Il est montré dans plusieurs études, l'impossibilité de se soigner pour certains patients aux faibles revenus (38). Les dysfonctions érectiles semblent faire exception. Les patients

semblent choisir une pharmacie selon les coûts de vente pratiqués, ceux-ci étant librement choisis et donc soumis à la concurrence. Ainsi, les patients arrivent à diminuer le coût de leur traitement. Ces résultats sont à nuancer et ne peuvent probablement pas être extrapolés avec des patients en grande précarité. Aucun patient de cette catégorie sociale n'ayant accepté de répondre à cette étude.

Bien que plusieurs alternatives existent à la prise en charge médicamenteuse, aucune de ces alternatives ne semble avoir été abordée lors des consultations. Ces traitements, peuvent avoir leurs intérêts en terme de coût et d'efficacité (39), comme par exemple les vaccums, les injections intra caverneuses ou les prostaglandines intra urétrales.

F. Une prise en charge globale des patients

La prise en charge globale des patients apparaît comme primordiale en médecine générale. Cette prise en charge est bien codifiée et appliquée lors de pathologie chronique comme le diabète (40,41). La découverte d'une dysfonction érectile doit également intégrer ce schéma de prise en charge globale (42).

Ce travail réaffirme la nécessité de prendre ce trouble dans sa globalité, mais également d'appuyer son dépistage et sa prévention. Les patients de cette étude expriment ce manque d'information sur ce sujet, principalement sur les causes pouvant amener aux dysfonctions érectiles. La qualité de l'érection diminue en général avec l'âge, par différents mécanismes comme la baisse de la production de testostérone, une atteinte nerveuse ou vasculaire. Cette évolution est progressive et n'est pas forcément clairement perçue par les patients. Une bonne hygiène de vie est donc primordiale (39).

Cette hygiène de vie doit débiter précocement dans la vie des patients. Discuter de ces troubles lors des consultations de médecine générale est indispensable. Actuellement, il est courant de laisser le patient aborder le sujet. Un sujet qui est alors abordé en fin de consultation, souvent par honte et par gêne comme le montre cette étude. Il serait intéressant d'intégrer les troubles lors de la prévention du diabète ou des maladies cardio-vasculaires afin de prévenir les patients de l'arrivée des dysfonctions érectiles conjointement à ces pathologies. Les patients de cette étude disent ne pas être au courant des conséquences du diabète sur les dysfonctions érectiles. Pourtant, il est admis qu'un dépistage du diabète est nécessaire devant toutes plaintes érectiles des patients (43).

De plus, cette étude met en évidence que lorsque le praticien a déjà parlé des troubles de l'érection avec le patient, ce dernier est plus enclin à aborder le sujet lors des consultations suivantes.

Ce travail permet donc d'apporter l'hypothèse qu'intégrer les possibles dysfonctions érectiles lors de la prévention primaire, permettrait une meilleure hygiène de vie et donc de limiter l'apparition des troubles.

CONCLUSION

Ce travail réaffirme l'importance de prendre en charge les dysfonctions érectiles. Bien qu'aucun lien direct ne soit retrouvé entre la précarité et les troubles de l'érection, il n'en est pas moins indispensable de les dépister et de les traiter chez les patients en situation de précarité. D'autant plus que tous les indicateurs de santé dans cette population, et plus particulièrement dans notre région, restent à améliorer. La prise en charge de ces troubles est donc indispensable et doit être recherchée de façon naturelle et précoce afin à la fois de les prévenir, tout en dépistant des pathologies cardio-vasculaires.

BIBLIOGRAPHIE

1. mondiale de la Santé O. Santé sexuelle et reproductive compétences de base en soins primaires. 2012;
2. OMS | Santé sexuelle [Internet]. WHO. [cité 5 mars 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/topics/sexual_health/fr/
3. Bondil P, Delmas V. L'«angor de verge» ou la révolution actuelle de la dysfonction érectile (DE). *Prog Urol*. 2005;15:1030–4.
4. Giuliano F, Chevret-Measson M, Tsatsaris A, Reitz C, Murino M, Thonneau P. Prévalence de l'insuffisance érectile en France: résultats d'une enquête épidémiologique menée auprès d'un échantillon représentatif de 1004 hommes. *Prog Urol*. 2002;12:260–7.
5. Farge D, Marjanovic Z, Vignes S, Poinsignon Y, Faure P. Pathologies cardiovasculaires chez les patients en situation de précarité. *Sang Thromb Vaiss*. 17 mai 1997;9(5):305-14.
6. Taux de chômage au 4è trimestre 2016 en Hauts-de-France - Direccte Hauts-de-France [Internet]. [cité 25 nov 2017]. Disponible sur: <http://hauts-de-france.direccte.gouv.fr/Taux-de-chomage-au-4e-trimestre-2016-en-Hauts-de-France>
7. Bartoli S. Aborder la sexualité en médecine générale : Attentes, opinions et représentations des hommes [Internet]. [cité 14 nov 2017]. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/3a04ff49-a1fb-4e72-a1c6-826c48923514>
8. Hicquel N. Dysfonction érectile: Quels sont les facteurs influençant le recours au médecin traitant? [Internet]. 2012 [cité 9 nov 2017]. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/6457c770-d8cc-4187-bb20-04f7bffc965a>
9. Leplae S. Prévalence de la dysfonction érectile chez les patients diabétiques et mode prise en charge par leur médecin généraliste. A propos de 50 cas. [Internet]. 2014 [cité 9 nov 2017]. Disponible sur: <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/efa1ce94-005b-4fd6-8805-b7c46eef79f1>
10. Martel E. Place du médecin généraliste remplaçant dans la prise en charge des dysfonctions sexuelles en soins primaires. Enquête qualitative par entretiens semi-

- dirigés de médecins généralistes remplaçants dans la région Nord-Pas-de-Calais. [Internet]. 2013 [cité 9 nov 2017]. Disponible sur: <http://pepите-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/5932bc4d-9d04-4805-9ac8-912a17188d5b>
11. Palazzi J. Dysfonction érectile du diabétique et attitudes des médecins généralistes et endocrinologues: enquête auprès de 130 patients. Thèse d'exercice. Médecine. Médecine générale. Paris 12 Val de Marne: 2006: 1056; 1973.
 12. Tartu N. Les freins à l'abord de la sexualité en consultation de médecine générale: Etude qualitative auprès de médecins généralistes d'Ille-et- Vilaine [Internet]. 2016 [cité 14 nov 2017]. Disponible sur: <https://ecm.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/91781ae3-5642-4c7b-a87e-d71fe974443e?inline>
 13. Chapelet F. Dépistage de la dysfonction érectile dans une population de médecine générale: intégration de la notion de précarité [Thèse d'exercice de médecine générale]. université de médecine Lille 2; 2011.
 14. Goyette G, Boutin G, Lessard-Hebert M. La recherche qualitative. Fondements pratiques. DE BOECK. 1997;
 15. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. Cah Rech Sociol. 1994;(23):147.
 16. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative - Analyser sans compter ni classer. 1re édition. 2014. 152 p. (de boeck superieur).
 17. Gedda M. Traduction française des lignes directrices ENTREQ pour l'écriture et la lecture des synthèses de recherche qualitative. Kinésithérapie Rev. janv 2015;15(157):55-8.
 18. Évolution des taux de pauvreté, du seuil de pauvreté et du nombre de personnes pauvres depuis 1970 - Le site du CNLE [Internet]. [cité 25 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.cnle.gouv.fr/evolution-des-taux-de-pauvrete-du.html>
 19. Le Nord-Pas-de-Calais-Picardie : la région la plus touchée par le chômage - Insee Flash Hauts-de-France - 2 [Internet]. [cité 25 nov 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1895156>
 20. Alain Blanchet Anne Gotman. L'entretien. (Collection 128).
 21. 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.
 22. Buvat J, Ratajczyk J, Lemaire A. Les problèmes d'érection: une souffrance encore trop souvent cachée. Andrologie. 2002;12(1):73.
 23. Rampin O. Apomorphine, systèmes dopaminergiques centraux et contrôle de

l'érection. *Andrologie*. 2002;12(2):156.

24. Colson M-H. Les femmes face à la dysfonction érectile: problème d'homme, regards de femme. *Prog Urol*. 2005;15:710–6.
25. Gerardin M. Troubles de l'érection: le vécu des femmes [Internet]. 2006 [cité 7 mars 2018]. Disponible sur: <http://aius.fr/prod/system/memoire/files/GERARDIN.pdf>
26. Selahittin Cayan, Murat Bozlu, Bülent Canpolat. The Assessment of Sexual Functions in Women with Male Partners Complaining of Erectile Dysfunction: Does Treatment of Male Sexual Dysfunction Improve Female Partner's Sexual Functions? *2010;30:333-41*.
27. Fisher WA, Rosen RC, Eardley I, Sand M, Goldstein I. Sexual Experience of Female Partners of Men with Erectile Dysfunction: The Female Experience of Men's Attitudes to Life Events and Sexuality (FEMALES) Study. *J Sex Med*. sept 2005;2(5):675-84.
28. S. Wylomanski, R. Bouquin, H.-J. Philippe, R. Rouzier, B. Dréno, G. Quereux. Validation de la version française du Female Sexual Function Index auprès d'un échantillon de la population féminine française. Elsevier MAsson. 2012;
29. Définitions | Insee [Internet]. [cité 30 nov 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definitions>
30. Sass C, Moulin J-J, Guéguen R, Abric L, Dauphinot V, Dupré C, et al. Le score Epices: un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes. *Bull Épidémiologique Hebd*. 2006;14:93–96.
31. Labbé É, Moulin JJ, Guéguen R, Sass C, Chatain C, Gerbaud L. Un indicateur de mesure de la précarité et de la « santé sociale » : le score EPICES. L'expérience des Centres d'examen de santé de l'Assurance maladie. *Rev Ires*. 2007;53(1):3-49.
32. Martin-Morales A, Sanchez-Cruz JJ, De Tejada IñS, Rodriguez-Vela L, Jimenez-Cruz JF, Burgos-Rodriguez R. Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain: results of the Epidemiologia de la Disfuncion Erectil Masculina Study. *J Urol*. 2001;166(2):569–575.
33. Christensen BS, Grønbaek M, Osler M, Pedersen BV, Graugaard C, Frisch M. Sexual Dysfunctions and Difficulties in Denmark: Prevalence and Associated Sociodemographic Factors. *Arch Sex Behav*. févr 2011;40(1):121-32.
34. Chew K-K, Stuckey B, Bremner A, Earle C, Jamrozik K. ORIGINAL

- RESEARCH–EPIDEMIOLOGY: Male Erectile Dysfunction: Its Prevalence in Western Australia and Associated Sociodemographic Factors. *J Sex Med.* janv 2008;5(1):60-9.
35. Chauvel L. Les nouvelles générations devant la panne prolongée de l'ascenseur social. *Rev OFCE.* 2006;96(1):35-50.
36. VIDAL - Dysfonction érectile - La maladie [Internet]. [cité 22 sept 2018]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/recommandations/1697/dysfonction_erectile/la_maladie/
37. Pourrain P, Thoër-Fabre C, Levy JJ, Garnier C. Les représentations sociales du Viagra® dans les dessins humoristiques. *Rev Int Sur Médicam.* 2007;1.
38. Revil H, Casagrande A, Chauveaud C. analyse_diagnostic_quantitatif_-_odenore_-_vf.pdf [Internet]. 2016 juin [cité 30 nov 2017]. Disponible sur: https://odenore.msh-alpes.fr/documents/analyse_diagnostic_quantitatif_-_odenore_-_vf.pdf
39. Radan C. Les troubles de l'érection. *Actual Pharm.* déc 2017;56(571):47-9.
40. Philips JC, Scheen A. Inertie clinique dans la prise en charge du patient diabétique de type 2 : quelles solutions proposer ? *Rev Med Liège.* :8.
41. Paquot N. Effets néfastes du défaut d'observance hygiéno-diététique et médicamenteuse chez le patient diabétique. *Rev Med Liège.* :6.
42. Cour F, Fabbro-Peray P, Cuzin B, Bonierbale M, Bondil P, 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.
43. M. Coutaz M. Nicod M. Chassot J. Morisod. Plaidoyer pour un dépistage systématique de l'hypoglycémie du sujet âgé diabétique : une étude prospective. *Rev Med Suisse.* 2007;3.31611.

ANNEXES

Annexes 1 : Score EPICES

N°	Questions	Oui	Non
1	Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	10,06	0
2	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	-11,83	0
3	Vivez-vous en couple ?	-8,28	0
4	Etes-vous propriétaire de votre logement ?	-8,28	0
5	Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	14,80	0
6	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	-6,51	0
7	Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
8	Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
9	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants	-9,47	0
10	En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin?	-9,47	0
11	En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	-7,10	0
	constante	75,14	

Annexes 2 : Score COREQ

Numéro	Item	Guide questions/description
Domaine 1: Equipe de recherche et de réflexion		
<i>Caractéristiques personnelles</i>		
1. Matthieu Bobillier	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ?
2. Validation du 3eme cycle des études médicales	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?
3. Interne en médecine générale	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4. Homme	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5. Initiation à recherche qualitative	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
<i>Relations avec les participants</i>		
6. Non	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7. Introduction sur l'objectif de la thèse	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche
8. Interne ne médecine générale	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche
Domaine 2: conception de l'étude		
<i>Cadre théorique</i>		
9 Théorisation ancrée, entretiens semi directifs compréhensifs et analyse via logiciel Nvivo	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu
<i>Selection des participants</i>		
10. Echantillongage selon un Score EPICES supérieur à 30, ayant plus de 45 ans et ayant une dysfonction érectile	Echantillongage	Comment ont été sélectionnés les participants ? Par exemple : échantillongage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige
11. Téléphone	prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel
12. 8	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13. 0	Non-Participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14. Cabinets médicaux des médecins généralistes	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail
15. 0	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16. Sexe, Age, emploi, statut marital	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? Par exemple : données démographiques, date

Recueil des données

17. Premier entretien testé puis adaptation après chaque entretien	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18. Non	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19. Oui, audio	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20. Non	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
21. Environ 45 min	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
22. Oui	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23. Non	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?

Domaines 3: Analyse et résultats**Analyse des données**

24. Deux pour les premiers entretiens	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25. Oui	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26. A partir des données	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27. Logiciel Nvivo 10	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28. Non	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?

Rédactions

29. Oui	Citation présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Par exemple : numéro de participant
30. Oui	Cohérences des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31. Oui	Clartés des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32. Oui	Clartés des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

Annexes 4 : Canevas d'entretien**Renseignement patient :**

- Age :
- Profession :

Partie 1 :

- Quelles sont les pathologies chroniques occasionnant des rendez-vous réguliers ou occasionnels chez le médecin (pour voir si cela facilite ou non l'évocation de ce sujet).
- La santé est-elle un sujet prioritaire pour vous ? (Attachez-vous beaucoup d'importance à votre santé ? Expliquez-vous).
- C'est quoi être en bonne santé pour vous ?
- Avez-vous déjà renoncé à vous soigner pour un problème financier ? donnez des exemples.

Partie 2 :

- Racontez moi votre dernière consultation pour DE
- Avez-vous déjà eu des difficultés à tenir ou à avoir une érection ? Est-ce fréquent ?
- Quelles seraient pour vous les circonstances / situations / raisons pour lesquelles vous aviez une DE ? (Travail ou chômage, stress, état de santé)
- Si vous deviez décrire votre vie sexuelle, qu'en diriez-vous ?
- Pour vous, quelle serait votre définition de « bonne santé sexuelle » ? (Quelle est pour vous une activité sexuelle normale ? Le sexe prend-il une place importante dans votre vie ?)
- Comment les DE ont-elles eu un impact dans votre vie de tous les jours ? (Limitation dans votre vie de couple ? Honte d'en avoir eu ? En avez-vous parlé avec votre partenaire ? Ressasser le trouble ?)
- Combien de temps avez-vous mis pour en parler à votre médecin ?

Partie 3 :

- Comment votre médecin généraliste peut-il vous aider dans ce domaine ? (Quelles craintes ou hésitations avez-vous pour aborder le sujet avec votre médecin ? A-t-il déjà abordé le sujet ? Avez-vous déjà eu une prise en charge des DE ? Préférez-vous en parler avec un spécialiste ? Si votre praticien abordait le sujet accepteriez-vous d'être pris en charge ?)
- Est-ce que la dysfonction érectile vous conduirait à une meilleure observance de votre diabète ou pathologie cardio vasculaire ? Comment feriez-vous ?
- Que pensez-vous des traitements médicamenteux dans ce domaine ? (En connaissez-vous ? est-il difficile pour vous d'y avoir recours ? Vous êtes-vous déjà renseigné sur le coût des traitements ? le coût du traitement est-il un frein pour vous ? s'il y avait un remboursement accepteriez-vous plus facilement d'en prendre ? Notion de bander par ordonnance)

Annexes 5 : Feuille d'information patient

Version 1

13 décembre 2017

Approche des Dysfonctions érectiles en médecine générale. Etude chez les patients en situation de précarité.

Monsieur,

Dans le cadre de ma thèse de médecin généraliste, je réalise une recherche portant sur les troubles de l'érection.

Ces troubles pourraient être liés à votre niveau de vie. Aussi, le but de ma recherche est de faire le lien entre votre niveau de vie et ces troubles, pour mieux les dépister et les traiter.

Pour ce faire, j'aurai besoin que vous m'accordiez un peu de votre temps afin que l'on puisse se rencontrer pour que vous répondiez à différentes questions. Je suis conscient qu'il peut être difficile d'aborder ce sujet, mais je vous invite à faire l'effort de répondre à ces questions pour faire avancer mes recherches et permettre au corps médical de travailler à une meilleure prise en charge de ses troubles.

Sachez que vous êtes entièrement **libre** de répondre à ce questionnaire et qu'il est **totalemtent anonyme**. L'entretien durera environ 30 minutes et sera enregistré, comme cela se fait dans ce genre d'étude, pour faciliter la suite de mon travail.

Les entretiens seront conservés de façon confidentielle avant d'être détruits après l'analyse. Le participant pourra refuser de répondre à certaines questions ou d'aborder certains thèmes. Il pourra aussi mettre fin à sa participation à l'étude, et ce, sans qu'aucun préjudice ne lui soit causé.

Vous pourrez demander, si besoin, un complément d'informations en me contactant à l'adresse suivante matthieu.bobillier@etu.univ-lille2.fr

Pour finir je vous prierai de bien vouloir m'indiquez vos dates de disponibilité ainsi que vos coordonnées afin que l'on puisse se rencontrer :

Votre nom :

Votre prénom :

Votre numéro de téléphone :

Votre adresse postale :

Dates possibles :

.....

.....

Matthieu Bobillier

Interne en médecine générale

Annexes 6 : Feuille information praticien

Approche des Dysfonctions érectiles en médecine générale. Etude chez les patients en situation de précarité.

Chères futures consœurs et chers futurs confrères

Dans le cadre de ma thèse de médecin généraliste, je réalise une étude sur le rôle entre précarité et dysfonction érectile. Cette étude se fera par entretiens avec les patients.

Afin de réaliser cette étude, **j'aurai besoin que vous me sélectionniez dans votre patientèle, deux à trois** patients en situation de précarité de plus de 45 ans sans limite d'âge supérieure. Ces patients doivent être capable et accepter de me rencontrer pour répondre à ces entretiens.

Leurs antécédents médicaux, chirurgicaux ne sont pas à prendre en compte lors de la sélection.

Afin de vous aider dans cette démarche, vous trouverez en annexe le score EPICES, qui est un indicateur individuel de précarité. Je réaliserai ce score lors du premier appel des patients.

Vous trouverez également ci joint, une fiche d'information à remettre aux patients, pour qu'il puisse indiquer ses coordonnées et ses disponibilités que vous voudrez bien me transmettre afin de les contacter.

Vous pourrez demander, si besoin, un complément d'informations en me contactant à l'adresse suivante matthieu.bobillier@etu.univ-lille2.fr ou par téléphone au 06 15 98 28 60 (numéro personnel à ne pas donner au patient).

Bien confraternellement

Matthieu Bobillier
Interne de médecine générale

AUTEUR : Nom : BOBILLIER

Prénom : Matthieu

Date de Soutenance : 13-11-2018

Titre de la Thèse : Influence de la précarité dans les dysfonctions érectiles et leur prise en charge

Thèse - Médecine - Lille 2018

Cadre de classement : Médecine générale

DES + spécialité : Médecine Générale

Mots-clés : Précarité, dysfonctions érectiles, étude qualitative

Résumé :

Contexte : Les dysfonctions érectiles sont fréquentes, notamment chez les patients en situation de précarité. Bien qu'il existe une relation entre la gravité du trouble et l'importance de la précarité, aucun lien direct pouvant expliquer cette corrélation n'a été décrit.

L'objectif de cette étude est de connaître l'influence de la précarité dans les troubles de l'érection ainsi qu'évaluer le coût des traitements dans leurs prises en charge.

Méthode : Analyse par théorisation ancrée, d'entretiens individuels compréhensifs réalisés auprès de patients de plus de 45 ans, ayant des troubles de l'érection. Le recrutement s'est fait auprès de médecins généralistes des Hauts de France. L'analyse ainsi que la triangulation ont été réalisées à l'aide du logiciel Nvivo 10.

Résultats : Les patients décrivaient des mécanismes de conditionnement négatifs, alimentant un cercle vicieux responsable d'une souffrance psychique et physique. Cette souffrance semble être contrebalancée par la partenaire de vie, qui apporte un conditionnement positif au patient, l'aidant à surmonter cette épreuve. Cette analyse montre l'intérêt de prendre en charge ces dysfonctions érectiles, tout en intégrant la partenaire dans le processus de soin. L'analyse des dysfonctions érectiles et de la précarité, ne montre pas de lien direct entre les deux. Ceci est expliqué par un vécu « normal » d'être précaire de la part des patients. Ainsi, les difficultés psycho sociales rencontrées n'ont pas eu d'impact sur la sexualité des patients. On aurait pu penser que le coût élevé des traitements pouvait représenter un frein. Finalement tous les patients rencontrés étaient favorables à accepter un traitement. Ce coût est relayé au second plan suite aux bénéfices apportés au retour d'une fonction érectile satisfaisante pour le couple.

Conclusion : Cette étude réaffirme l'intérêt de prendre en charge les dysfonctions érectiles en médecine générale, d'autant plus au sein de cette population, chez laquelle plusieurs praticiens pensent que la sexualité joue un rôle secondaire. Il serait intéressant de parler plus précocement de cette pathologie multifactorielle, afin à la fois de la prévenir, mais également de dépister les facteurs de risques cardiovasculaires très présents dans cette population.

Composition du Jury :

Président : Madame le Professeur MAUROY

**Assesseurs : Monsieur le Professeur VILLERS
Monsieur le Docteur MARCELLI
Madame le Docteur BAYEN
Madame le Docteur DHALENNE**