# DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE LA DYSFONCTION ÉRECTILE SECONDAIRE PAR L'UTILISATION DE LA SYMPTOMATOLOGIE SEXUELLE

**François BLANCHETTE*, Pierre ALARIE**, Louise AUBERTIN*** et Alexandra DOMINIQUE******

## RÉSUMÉ

Diverses techniques peuvent être utilisées afin de poser un diagnostic différentiel des troubles érectiles. Parmi les méthodes sexométriques, ce sont les questionnaires portant spécifiquement sur la symptomatologie sexuelle qui semblent montrer la plus grande efficacité, comparativement aux méthodes biomédicales. Afin de déterminer quels sont les éléments de la symptomatologie sexuelle qui présentent la plus grande efficacité diagnostique, les dossiers médicaux de 378 patients dirigés vers une clinique spécialisée dans l'évaluation biomédicale des dysfonctions sexuelles ont été examinés. Parmi ceux-ci, 319 patients présentaient un diagnostic final de dysfonction érectile secondaire. Des analyses statistiques ont été effectuées sur certaines variables à propos de la symptomatologie sexuelle pour déterminer si une ou plusieurs pouvaient permettre de distinguer, à un degré statistiquement significatif, entre trois groupes étiologiques : organique, psychogène, mixte. Les variables les plus discriminantes sont : 1) le pourcentage de rigidité de l'érection matinale ; 2) le pourcentage de rigidité de l'érection nocturne ; 3) le pourcentage de rigidité de l'érection obtenue par masturbation ; 4) la présence de sélectivité ; 5) la présence de diabète sucré. L'efficacité, la sensibilité et la spécificité diagnostique de ces variables sont étudiées.

## Mots clés

Dysfonction érectile ; diagnostic différentiel ; symptomatologie.

---

* Sexologue clinicien, Unité de dysfonctions et de développement sexuels, Hôpital Saint-Luc, 1058, rue Saint-Denis, Montréal (Québec) H2X 3J4.

** Médecin, Unité de dysfonctions et de développement sexuels, Hôpital Saint-Luc, Montréal.

*** Sexologue clinicienne, Unité de médecine familiale, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Montréal.

**** Sexologue clinicienne, bureau privé, Montréal.

***Revue sexologique*, 1996, vol. 4, n° 2, 75-109.**

## CONTEXTE THÉORIQUE

La dysfonction érectile se définit comme l'incapacité totale ou partielle à obtenir ou à maintenir une érection suffisante pour permettre un coït, c'est-à-dire la pénétration, les mouvements pelviens et l'éjaculation. Pour la présente recherche, un critère d'une durée minimum du problème de six mois a été retenu.

Plusieurs chercheurs (Kaplan, 1974 ; Masters et Johnson, 1970) suggèrent que la dysfonction érectile soit classifiée en deux catégories : primaire et secondaire. Dans le cas d'une dysfonction érectile primaire, le patient n'a jamais pu réussir une pénétration avec succès. Dans le cas d'une dysfonction secondaire, il s'agit d'un patient ayant déjà eu un fonctionnement érectile sans problème, mais pour qui actuellement il est impossible d'accomplir une pénétration avec éjaculation dans au moins 75 % de ses activités coïtales (Kilmann et Auerbach, 1979).

Des recherches récentes indiquent que la dysfonction érectile pourrait être un problème relativement fréquent dans la population en général. Spector et Boyle (1987) ont montré que près de 23 % de leur échantillon non clinique de 109 hommes avait présenté à un moment ou à un autre un trouble érectile. Frank *et al.* (1978) montrent dans leur recherche sur la fréquence des dysfonctions sexuelles dans les couples normaux (n = 100) que 7 % des hommes rapportent une difficulté à obtenir une érection et que 9 % rapportent une difficulté à maintenir une érection.

La plupart des recherches semblent montrer que l'incidence de la dysfonction érectile augmente avec l'âge des patients. Un résumé de plusieurs recherches indique que l'incidence de la dysfonction érectile est d'environ 0,5 % pour les hommes âgés de moins de 25 ans, d'environ 10 % pour les hommes âgés d'approximativement 50 ans, et d'environ 75 % pour les hommes âgés d'approximativement 80 ans (Alarie Beltrami, 1984 ; Campbell et Alarie, 1986 ; Jacobs *et al.*, 1983 ; Kinsey *et al.*, 1948 ; Schmidt, 1983 ; Schumaker et Lloyd, 1981).

Il y a quelques années, la plupart des chercheurs supposaient que la dysfonction érectile était d'origine psychogène dans près de 90 % des cas (Auerbach et Kilmann, 1977 ; Blaivas, 1982 ; Kaplan, 1974 ; Kinsey *et al.*, 1948 ; Levine, 1976 ; LoPiccolo, 1985a, b ; LoPiccolo et Stock, 1986 ; Masters et Johnson, 1971). Depuis quelques années, on note un développement croissant de l'évaluation biomédicale de la dysfonction érectile. Ainsi, l'utilisation de nouvelles techniques d'investigation, telles que la sonde Doppler à ultrason pour évaluer la pression sanguine, la vélocité et le volume sanguin des artères caverneuses, et surtout l'utilisation des techniques de pléthysmographie pénienne nocturne avec ou sans

mesure de rigidité (pour n'en nommer que quelques-unes), a amené une réévaluation de la proportion étiologique de la dysfonction érectile. Malgré des résultats somme toute divergents, un résumé de différentes recherches indique que l'incidence d'une étiologie organique se situerait entre 20 % et 50 %, avec une moyenne de 30 % (Campbell et Alarie, 1986 ; Jacobs *et al.*, 1983 ; Schumaker et Lloyd, 1981 ; Segraves *et al.*, 1987).

Par ailleurs, les progrès dans le domaine de l'évaluation sexométrique de la dysfonction érectile n'ont pas été aussi important que dans le domaine de l'évaluation biomédicale (Campbell et Alarie, 1986). Par exemple, le Minnesota Multiphasic Personality Inventory (M.M.P.I.) est de peu d'utilité pour établir un diagnostic différentiel de la dysfonction érectile (Levenson *et al.*, 1986). Mais il est important de noter que certains succès furent obtenus par Camic (1983) avec le Million Behavioral Health Inventory et par Hatch *et al.* (1987) avec un questionnaire centré sur la symptomatologie sexuelle.

Abel *et al.* (1982) ont montré que certains symptômes pouvait permettre d'établir une différence entre un groupe d'hommes avec une dysfonction érectile d'origine organique et un groupe d'hommes avec une dysfonction érectile d'origine psychogène. Voici la liste de ces symptômes :

1) dysfonction érectile continue (non intermittente)
2) absence d'érection matinale
3) éjaculation retardée
4) dysfonction érectile dans un contexte sexuel non coïtal
5) diminution de l'éjaculat
6) absence d'éjaculation précoce
7) difficulté à obtenir une érection
8) dysfonction érectile non spécifique à un partenaire sexuel
9) apparition lente et progressive des symptômes (plus d'un mois)
10) désir sexuel maintenu

Hatch *et al.* (1987) mentionnent certains facteurs qui permettent de discriminer entre un groupe d'hommes avec une dysfonction érectile d'origine organique et un groupe d'hommes avec un trouble érectile d'origine psychogène [1]. Les éléments suivants composent cette liste de symptômes.

1. Traduction par les auteurs des éléments suivants : 1) I take medicine for depression ; 2) I worry about a lot of things ; 3) I do get spontaneous erections during the day ; 4) I feel sad, hopeless or worried ; 5) I get an erection when I need to urinate ; 6) I feel that my erectile problem is due to a physical rather than a psychological cause ; 7) I have partial erection that are not completely rigid ; 8) I lost my ability to have

1) prise de médicaments pour la dépression (organique)
2) préoccupation par beaucoup de choses (psychogène)
3) présence d'érections spontanées durant la journée (psychogène)
4) tristesse, désespoir ou préoccupation (psychogène)
5) présence d'érection lorsque le patient va uriner (psychogène)
6) hypothèse du patient à propos du problème érectile comme étant dû à une cause physique plutôt qu'à une cause psychologique (organique)
7) présence d'érections partielles qui ne sont pas complètement rigides (organique)
8) perte graduelle de la capacité d'obtenir une érection (organique)
9) le patient considère qu'il a beaucoup de problèmes psychologiques (psychogène)
10) capacité intermittente d'avoir des érections (psychogène)
11) présence d'un désir psychologique pour la sexualité (organique)
12) absence d'érection dans tous les cas (organique)
13) grande consommation de médicaments ou de drogues (organique)
14) apparition récente du problème d'érection (psychogène)
15) perte rapide de la capacité érectile (psychogène)
16) le patient considère que son problème érectile est causé par le stress (psychogène)
17) capacité d'obtenir une certaine érection (psychogène)
18) présence de problèmes d'érection dans le passé avec rémission (psychogène)
19) apparition ancienne du problème d'érection (organique)

Selon Kockott *et al.* (1980), il est possible de considérer que les hommes avec un trouble érectile d'origine organique possèdent dans toutes les circonstances une capacité moindre d'érection que les hommes avec un trouble d'érection d'origine psychogène.

Une recherche importante dans le domaine de l'évaluation différentielle sexométrique de la dysfonction érectile est celle de Segraves

---

erection gradually over a period of time; 9) I have a lot of psychological problems; 10) My ability to have erections comes and goes; 11) I do have a mental desire for sex; 12) I am not able to have any erections at all; 13) I take a lot of medicines or drugs; 14) I never had a problem getting an erection until recently; 15) My ability to have erections stopped suddenly; 16) I feel that my erectile problem is caused by stress; 17) I do have some erections; 18) I have had erectile problems in the past from which I recovered; 19) I have had erectile problems for a long time now.

*et al.* (1987). Ils ont étudié l'utilisation de la symptomatologie sexuelle pour différencier l'étiologie psychogène de l'étiologie organique d'un trouble érectile. Leur échantillon final était de 32 patients, 18 avec un trouble d'origine organique et 14 avec un trouble d'origine psychogène. Ils ont montré que trois questions présentaient une différence significative entre les deux groupes soit 1) la présence d'une érection matinale adéquate ; 2) la présence d'une érection adéquate durant la masturbation ; 3) la présence d'une érection adéquate dans un contexte non coïtal. La question qui discriminait le plus est celle à propos de l'érection matinale adéquate. L'utilisation de cette seule question permettait d'identifier correctement tous les hommes avec un trouble d'érection d'origine organique (100 %) et 86 % des hommes avec un trouble psychogène.

Divers auteurs proposent une méthode particulière afin de déterminer la valeur diagnostique d'un outil particulier (Abel *et al.*, 1982 ; Segraves *et al.*, 1987). Il s'agit de calculer l'efficacité, la sensibilité et la spécificité de cet outil. La sensibilité d'une question représente la proportion des individus ayant une dysfonction érectile organique (dans le cas actuel) qui sont correctement identifiés par l'utilisation de l'instrument comparativement à l'ensemble des sujets ayant une dysfonction érectile organique. La spécificité représente la proportion des individus ayant une dysfonction érectile psychogène qui sont correctement identifiés par l'utilisation de l'instrument comparativement à l'ensemble des sujets ayant une dysfonction érectile psychogène. L'efficacité représente la proportion des sujets qui sont correctement identifiés par l'utilisation de l'instrument comparativement à l'ensemble des sujets.

Pour obtenir les valeurs de spécificité, d'efficacité et de sensibilité, il convient, en premier lieu, de déterminer le nombre de vrai positif (VP), de faux négatif (FN), de faux positif (FP) et de vrai négatif (VN).

| Groupe étiologique | Classé organique | Classé psychogène |
|---|---|---|
| Sujets organiques | Vrai positif (VP) correctement classés | Faux (FN) mal classés |
| Sujets psychogènes | Faux positif (FP) mal classés | Vrai négatif (VN) correctement classés |

En second lieu, les formules suivantes sont utilisées pour calculer la spécificité, l'efficacité et la sensibilité :

Sensibilité = VP/(VP + FN) x 100
Spécificité = VN/(VN + FP) x 100
Efficacité = (VP + VN)/(VP + VN + FP + FN) x 100.

Pour Segraves *et al.* (1987), un instrument est d'autant plus efficace qu'il identifie correctement tous les sujets, c'est-à-dire que la valeur de l'efficacité soit élevée. Ils ajoutent à cela qu'il doit y avoir aussi une valeur acceptable pour la sensibilité, car ce sont les facteurs avec la meilleure efficacité et une sensibilité acceptable qui ont été retenus (sans préciser toutefois quelle est la valeur acceptable de la sensibilité). Cette importance de la valeur élevée pour la sensibilité tient au fait qu'il est important de bien identifier les sujets ayant un trouble érectile d'origine organique, donc les vrais positifs, afin qu'ils ne soient pas considérés comme ayant un trouble érectile d'origine psychogène et qu'ils soient ainsi privés de l'évaluation biomédicale et du traitement requis par l'origine de leur difficulté. Par ailleurs, pour Abel *et al.* (1982), c'est la somme de la sensibilité et de la spécificité qui est le meilleur indicateur de l'efficacité d'un instrument dans un diagnostic différentiel. Quand cette somme est égale ou inférieure à 100, le test n'est pas meilleur que le hasard, alors qu'une somme de 200 représente un score parfait.

Pour la présente étude, la formule utilisée par Segraves *et al.* (1987) sera utilisée, principalement parce que le score de l'efficacité peut s'exprimer en pourcentage de sujets bien classés par rapport à l'ensemble des sujets de l'étude, ce qui en facilite grandement la lecture. Cette formule est retenue à cause de l'importance accordée à la sensibilité. Le total sensibilité + spécificité sera également donné de façon à permettre une comparaison facile avec les données d'Abel *et al.* (1982).

Il importe de définir précisément les concepts suivants : dysfonction érectile d'origine organique, dysfonction érectile d'origine psychogène et dysfonction érectile d'origine mixte. La définition de la dysfonction érectile d'origine organique est la plus claire. Ainsi, si l'évaluation biomédicale d'un trouble d'érection met en lumière une quelconque pathologie reconnue pour provoquer une dysfonction érectile organique, l'étiologie du problème est donc considérée comme organique. Par contre, l'expression dysfonction érectile d'origine psychogène ne veut pas dire que l'évaluation biomédicale a mis en lumière une cause psychosexuelle. Cela signifie plutôt que l'évaluation biomédicale n'a pas révélé la présence d'une cause organique. Il est probable que l'expression non organique ou encore fonctionnelle serait plus précise, mais la littérature utilise surtout le terme

psychogène. Finalement, la dysfonction érectile d'origine mixte semble la plus difficile à définir. Presque toutes les recherches ont exclu les sujets qui ne présentaient pas une étiologie clairement organique ou clairement psychogène de la dysfonction érectile. Dans l'étude actuelle, ce groupe de sujets a été conservé dans l'analyse des résultats. Les sujets ont été placés dans ce groupe si une cause organique a pu être mise en lumière, mais que cette cause ne semblait pas suffisante pour déterminer la dysfonction. En un sens, il s'agit d'un groupe aux frontières plutôt « vagues ». Mais il est possible de croire qu'il est important d'inclure ces sujets, ne serait-ce que parce qu'ils forment une part importante de notre échantillon et que ces sujets sont habituellement éliminés des autres études.

Dans la présente recherche, les hommes présentant un diagnostic de dysfonction érectile ont été regroupés dans l'un des trois groupes diagnostics suivants : groupe 1, dysfonction érectile d'étiologie organique ; groupe 2, dysfonction érectile d'étiologie psychogène ; groupe 3, dysfonction érectile d'étiologie mixte. Les patients ont été placés dans le groupe 1 s'ils présentaient une ou plusieurs pathologies reconnues comme étant à l'origine de la dysfonction érectile. Les patients ont été placés dans le groupe 2 si l'évaluation biomédicale n'a pu retrouver au moins une pathologie reconnue comme étant à l'origine de la dysfonction érectile. Les patients ont été placés dans le groupe 3 s'ils présentaient une ou plusieurs pathologies reconnues comme étant à l'origine de la dysfonction érectile, mais que cette pathologie ne semblait pas suffisante pour expliquer à elle seule la dysfonction érectile.

À partir de la littérature, les hypothèses suivantes peuvent être formulées.

H 1 : Les sujets du groupe organique et du groupe mixte présenteront moins fréquemment que les sujets du groupe psychogène une baisse du désir sexuel.

H 2 : Les sujets du groupe organique et du groupe mixte présenteront une capacité moindre d'obtenir une érection que les sujets du groupe psychogène.

H 3 : Les sujets du groupe organique et du groupe mixte présenteront moins fréquemment que les sujets du groupe psychogène des érections dans un contexte non coïtal, soit l'érection matinale, l'érection nocturne, l'érection par automasturbation, l'érection par allomasturbation.

H 4 : Les sujets du groupe organique et du groupe mixte présenteront moins fréquemment que les sujets du groupe psychogène une capacité d'un fonctionnement érectile adéquat

(sélectivité) dans certaines circonstances favorables (par exemple vacances, autre partenaire, intermittence).

H 5 : Les sujets du groupe organique et du groupe mixte présenteront moins fréquemment que les sujets du groupe psychogène un trouble d'éjaculation précoce.

H 6 : Les sujets du groupe organique et du groupe mixte présenteront plus fréquemment que les sujets du groupe psychogène un autre trouble quelconque de la phase d'éjaculation.

H 7 : Les sujets du groupe organique et du groupe mixte présenteront plus fréquemment que les sujets du groupe psychogène un mode d'apparition de la dysfonction érectile lent et progressif.

H 8 : Les sujets du groupe organique et du groupe mixte présenteront plus fréquemment que les sujets du groupe psychogène des antécédents médicaux personnels connus considérés comme ayant une implication dans l'apparition des troubles érectiles.

## MÉTHODOLOGIE

Il s'agit d'une étude rétrospective. À partir des dossiers médicaux d'hommes ayant été évalués pour une dysfonction érectile, diverses données ont été recueillies dans les domaines suivants : épidémiologie (diagnostic de référence, référence, âge, occupation actuelle et passée, statut civil actuel et passé, enfant, degré d'éducation), histoire médicale et sexologique (mode d'apparition du trouble, âge au début, durée, facteurs concomitants, fonction érectile, désir sexuel, fréquence des activités sexuelles, fonction éjaculatoire, quantité de sperme, fréquence de rasage, courbure anormale du pénis, consommation actuelle et passée de tabac, d'alcool et de drogue, antécédents médicaux personnels et familiaux), diagnostic sexuel provisoire (désir, excitation, orgasme), examen médical et physique (poids, taille, poumon, coeur, poitrine, abdomen, organes génitaux), réflexes génitaux (pénis, testicules, etc.), investigation neurologique de base, investigation vasculaire de base, test de Beck, test ASTA, test de laboratoire de base (testostérone, prolactine, SMAC, COULTER), investigation spécialisée, (sonde Doppler à ultrason, latence bulbocaverneuse[2], cavernographie[2], test à la papavérine[2], pléthysmographie pénienne nocturne[2]), diagnostic sexuel final (désir, excitation, orgasme), autres diagnostics médicaux, médication, traitement.

2. Tous les patients n'ont pas subi ce test.

**Sujets**

Trois cent soixante-dix-huit dossiers (378) ont été analysés par l'équipe de recherche. Le tableau 1 donne plus de renseignements à propos de l'échantillon étudié. Brièvement, 96 % des sujets de l'échantillon étaient francophones. Les sujets ont été référés par des médecins généralistes (52,8 %), par des médecins spécialistes (13,8 %) et par des sexologues (14,6 %). Le diagnostic de référence était la dysfonction érectile seule pour 82,5 % des sujets et la dysfonction érectile associée à un ou plusieurs troubles sexuels pour 9,8 % des sujets. Les sujets sont âgés entre 19 et 73 ans, avec une moyenne de 47,6 ans. Les sujets sont mariés ou vivent en couple pour 62,4 % d'entre eux. Les sujets de l'étude ont été évalués entre 1982 et 1989.

**TABLEAU 1**
**Description des sujets**

| | N | % |
|---|---|---|
| **Origine ethnique des sujets** | | |
| Francophone | 337 | 96,0 |
| Autres | 14 | 4,0 |
| manquant | 27 | |
| **Référence** | | |
| Médecin | 195 | 52,9 |
| M.D. spécialiste | 51 | 13,8 |
| Sexologue | 54 | 14,6 |
| Psychologue | 15 | 4,1 |
| Ancien patient | 2 | 0,5 |
| Média | 18 | 4,9 |
| Ami-e | 9 | 2,4 |
| Cours | 2 | 0,5 |
| Autres | 23 | 6,3 |
| manquant | 9 | |
| **Diagnostic de référence** | | |
| Manque d'intérêt | 9 | 2,4 |
| Trouble d'érection | 311 | 82,5 |
| Trouble d'éjaculation | 10 | 2,6 |
| Dyspareunie | 3 | 0,8 |
| Autres | 7 | 1,9 |
| Combinaison | 37 | 9,8 |
| manquant | 1 | |

**TABLEAU 1 (suite)**

| | N | % |
|---|---|---|
| **Âge des sujets** | | |
| 25 et moins | 16 | 4,3 |
| 26-35 | 46 | 12,2 |
| 36-45 | 91 | 24,2 |
| 46-55 | 124 | 33,0 |
| 56-65 | 85 | 22,6 |
| 66 et plus | 14 | 3,7 |
| manquant | 2 | |
| **Occupation des sujets** | | |
| Professionnel | 37 | 10,6 |
| Cadre supérieur | 15 | 4,3 |
| Travailleur spécialisé ou non | 119 | 34,0 |
| Retraité | 37 | 10,6 |
| Chauffeur véhicule lourd | 19 | 5,4 |
| Assisté social ou chômeur | 15 | 4,3 |
| Salarié/bureau | 43 | 12,2 |
| Étudiant | 8 | 2,3 |
| Autres | 57 | 16,3 |
| manquant | 28 | |
| **Statut civil** | | |
| Célibataire | 40 | 11,3 |
| Marié/union de fait | 221 | 62,4 |
| Partenaire stable | 7 | 2,0 |
| Divorcé/séparé | 70 | 19,8 |
| Veuf | 15 | 4,2 |
| Autres | 1 | 0,3 |
| manquant | 24 | |
| **Scolarité** | | |
| Moins que primaire | 1 | 0,4 |
| Primaire | 93 | 35,8 |
| Secondaire | 80 | 30,8 |
| Collégial | 34 | 13,1 |
| Baccalauréat | 38 | 14,6 |
| Maîtrise | 12 | 4,6 |
| Doctorat | 2 | 0,8 |
| manquant | 118 | |

**TABLEAU 1 (suite)**

| | N | % |
|---|---|---|
| **Diagnostic final du désir sexuel** | | |
| Normal | 239 | 63,2 |
| Primaire organique | 1 | 0,3 |
| Primaire psychogène | 5 | 1,3 |
| Primaire mixte | 0 | 0 |
| Secondaire organique | 11 | 2,9 |
| Secondaire psychogène | 113 | 29,9 |
| Secondaire mixte | 9 | 2,4 |
| **Diagnostic final de l'érection** | | |
| Normal | 17 | 4,5 |
| Primaire organique | 5 | 1,3 |
| Primaire psychogène | 19 | 5,0 |
| Primaire mixte | 0 | 0 |
| Secondaire organique | 61 | 16,1 |
| Secondaire psychogène | 202 | 53,4 |
| Secondaire mixte | 74 | 19,6 |
| **Diagnostic final de l'éjaculation précoce** | | |
| Normal | 155 | 41,0 |
| Primaire | 185 | 48,9 |
| Secondaire | 38 | 10,1 |
| **Diagnostic final des autres troubles de l'éjaculation** | | |
| Normal | 334 | 88,4 |
| Anormal | 44 | 11,6 |

**Procédure**

Parmi les 378 dossiers évalués, 319 présentaient un diagnostic final de dysfonction érectile secondaire. Après que les hommes aient été classés dans un des trois groupes étiologiques, un test de chi carré ($\chi^2$) a été utilisé pour faire ressortir les différences significatives entre les groupes à propos des variables suivantes : âge, âge au début, durée du problème, désir sexuel, érection matinale, érection par masturbation, érection par masturbation par la partenaire, sélectivité, éjaculation précoce, autres troubles de la phase d'éjaculation, mode d'apparition, antécédents médicaux personnels tels le diabète sucré ou les troubles cardiovasculaires. Les valeurs du chi carré ($\chi^2$) sont présentées avec les corrections de continuité (où cela est nécessaire) et les pourcentages sont calculés en éliminant les données manquantes. Par la suite, les éléments

ou les groupes d'éléments qui discriminent le plus entre le groupe organique et le groupe psychogène ont été étudiés pour déterminer leur efficacité, leur spécificité et leur sensibilité (ainsi que le total spécificité + sensibilité) pour le diagnostic différentiel de la dysfonction érectile.

## ANALYSE DES RÉSULTATS

### Différences significatives

Les résultats indiquent la présence de plusieurs différences significatives entre le groupe organique, le groupe psychogène et le groupe mixte. Le tableau 2 présente les données à propos de la proportion étiologique des groupes, alors que le tableau 3 résume les données à propos de la différence significative entre les groupes.

**TABLEAU 2**
**Étiologie des sujets avec une dysfonction érectile secondaire depuis plus de six mois**

| Étiologie | N | % |
|---|---|---|
| Organique | 56 | 17,5 |
| Psychogène | 192 | 60,2 |
| Mixte | 71 | 22,3 |
| Total | 319 | 100,0 |

Les sujets du groupe mixte sont de façon significative plus âgés que les sujets du groupe psychogène, mais il n'y a pas de différence significative entre les sujets du groupe organique et ceux du groupe mixte, de même qu'entre ceux du groupe organique et ceux du groupe psychogène. Les sujets du groupe mixte sont significativement plus âgés au moment de l'apparition du problème que les sujets des deux autres groupes, de même que les sujets du groupe organique sont plus âgés au moment de l'apparition du problème que les sujets du groupe psychogène. Il n'existe pas de différence significative entre les groupes quant à la durée du problème au moment de la consultation.

L'hypothèse 1 postulant que les sujets du groupe psychogène présentent moins de désirs sexuels que les autres sujets doit être rejetée. Les résultats ne montrent en effet aucune différence significative entre les groupes.

Les sujets du groupe organique ont de façon significative plus de difficulté à obtenir une érection que les sujets du groupe psychogène.

**TABLEAU 3**
**Différences significatives entre les trois groupes**

| Symptôme | Mixte vs Organique | Organique vs Psychogène | Psychogène vs Mixte |
|---|---|---|---|
| 1) âge des patients | non significatif | non significatif | M>P**** |
| 2) âge au début de la dysfonction érectile | M>O * | O>P* | M>P**** |
| 3) durée du problème | non significatif | non significatif | non significatif |
| 4) désir sexuel | non significatif | non significatif | non significatif |
| 5) difficulté à obtenir une érection | non significatif | O>P* | M>P* |
| 6) pourcentage de rigidité de l'érection obtenue | non significatif | P>O*** | non significatif |
| 7) présence d'érection matinale | M>O* | P>O**** | non significatif |
| 8) pourcentage de rigidité de l'érection matinale | M>O** | P>O**** | P>M** |
| 9) présence d'érection nocturne | non significatif | P>O** | P>M* |
| 10) pourcentage de rigidité de l'érection nocturne | M>O** | P>O**** | non significatif |
| 11) présence d'érection par automasturbation | non significatif | P>O* | non significatif |
| 12) pourcentage de rigidité de l'érection par automasturbation | M>O** | P>O**** | non significatif |
| 13) présence d'érection par allomasturbation | non significatif | non significatif | non significatif |
| 14) pourcentage de rigidité de l'érection par allomasturbation | non significatif | P>O* | non significatif |
| 15) présence de sélectivité | M>O *** | P>O**** | non significatif |

**TABLEAU 3 (suite)**

| Symptôme | Mixte vs Organique | Organique vs Psychogène | Psychogène vs Mixte |
|---|---|---|---|
| 16) présence d'éjaculation précoce | M>O* | non significatif | non significatif |
| 17) présence d'un trouble de l'éjaculation autre que éjaculation précoce | non significatif | O>P* | non significatif |
| 18) mode d'apparition | non significatif | non significatif | non significatif |
| 19) nombre de facteurs concomitants | M>O significatif | non significatif | non |
| 20) présence de diabète connu | O>M** | O>P**** | M>P** |
| 21) présence d'hypertension artérielle | non significatif | O>P** | M>P*** |
| 22) pontage aorto-coronarien | non significatif | O>P*** | M>P* |
| 23) présence d'angine | non significatif | O>P** | M>P** |
| 24) présence d'artériosclérose | non significatif | O>P** | non significatif |
| 25) présence de maladie de Peyronie | non significatif | O>P* | M>P* |

* $p \leq 0{,}05$ ** $p \leq 0{,}01$ *** $p \leq 0{,}001$ **** $p \leq 0{,}0001$

De même, les sujets du groupe mixte ont significativement plus de difficulté à obtenir une érection que les sujets du groupe psychogène. Les sujets du groupe psychogène rapportent des érections significativement plus rigides que les sujets du groupe organique.

Les résultats obtenus supportent l'hypothèse 2, postulant la présence d'une différence significative entre les sujets du groupe psychogène et ceux des deux autres groupes, où les sujets du groupe mixte et les sujets du groupe organique rapportent plus de difficulté à obtenir une érection que les sujets du groupe psychogène. Mais quand la rigidité de l'érection obtenue est prise en considération, la seule différence significative se retrouve entre les sujets du groupe organique et

les sujets du groupe psychogène. En ce qui concerne la différence entre les sujets du groupe organique et les sujets du groupe psychogène, l'hypothèse 3 est supportée par les résultats obtenus pour l'érection matinale (présence et rigidité), pour l'érection nocturne (présence et rigidité), pour l'érection par masturbation (présence et rigidité) et pour l'érection obtenue par masturbation par partenaire (rigidité seulement). En ce qui concerne la différence entre les sujets du groupe mixte et les sujets du groupe psychogène, l'hypothèse 3 est supportée par les résultats pour l'érection matinale (rigidité seulement) et pour l'érection nocturne (présence seulement).

Les résultats montrent aussi des différences significatives entre les sujets du groupe organique et les sujets du groupe mixte pour l'érection matinale (présence et rigidité), pour l'érection nocturne (rigidité seulement) et pour l'érection par masturbation (présence et rigidité).

Ces résultats rejoignent ceux de Segraves *et al.* (1987), de même que ceux d'Abel *et al.* (1982) qui soutenaient que la capacité d'obtenir une érection matinale permettait de distinguer les sujets du groupe organique des sujets du groupe psychogène. Les résultats indiquent de plus l'importance de tenir compte de l'autoévaluation de la rigidité de l'érection, permettant ici de distinguer entre le groupe mixte et le groupe psychogène.

Il n'y a généralement pas de données dans les autres études à propos de l'érection nocturne. Dans la présente étude, les résultats obtenus pour cette variable permet de faire des distinctions entre les groupes. De plus, la rigidité de l'érection est une mesure apportant des informations importantes.

Au sujet de l'érection par masturbation, les résultats rejoignent ici ceux d'Abel *et al.* (1982), ceux de Kockott *et al.* (1980), ainsi que ceux de Segraves *et al.* (1987) qui soutenaient que la capacité d'obtenir une érection par automasturbation pouvait permettre de différencier les sujets avec un trouble d'étiologie organique des sujets avec un trouble d'étiologie psychogène. L'utilisation de la rigidité de l'érection apporte encore une fois des informations supplémentaires importantes.

Par rapport à l'érection par masturbation par partenaire, les résultats rejoignent ici ceux d'Abel *et al.* (1982), ainsi que ceux de Segraves *et al.* (1987) qui soutenaient que la capacité d'obtenir une érection dans un contexte non coïtal pouvait permettre de différencier les sujets avec un trouble d'étiologie organique des sujets avec un trouble d'étiologie psychogène, l'érection par masturbation par la partenaire

faisant partie de cette catégorie. Cependant, c'est l'utilisation de la rigidité de l'érection qui apporte les informations nécessaires pour différencier les groupes.

Les résultats obtenus confirment l'hypothèse 4 pour la différence entre les sujets du groupe organique et les sujets du groupe psychogène, mais non pour la différence entre les sujets du groupe mixte et les sujets du groupe psychogène. De plus, une différence significative a été mise en lumière entre les sujets du groupe organique et les sujets du groupe psychogène. Ces résultats rejoignent ceux d'Abel *et al.* (1982), ceux de Hatch *et al.* (1987) et ceux de Kockott *et al.* (1980) qui soutenaient que la sélectivité permettait de différencier les sujets avec un trouble d'étiologie organique des sujets avec un trouble d'étiologie psychogène.

Les résultats ne soutiennent pas l'hypothèse 5 qui postule une fréquence moins élevée d'éjaculation précoce chez les sujets du groupe organique ou du groupe mixte que chez les sujets du groupe psychogène. Les résultats obtenus ne supportent donc pas ceux d'Abel *et al.* (1982) et ceux de Kockott *et al.* (1980).

L'hypothèse 6 postulant que les sujets du groupe organique présenteraient plus fréquemment un autre trouble de la phase d'éjaculation que les sujets du groupe psychogène est vérifiée par les résultats. Cependant, une telle différence ne se retrouve pas entre le groupe mixte et le groupe psychogène ; bien qu'il y ait une différence, elle n'est pas significative. Ces résultats rejoignent ceux d'Abel *et al.* (1982) qui soutenaient que l'on pouvait différencier le groupe organique du groupe psychogène par la présence d'éjaculation retardée, d'éjaculation rétrograde et d'anéjaculation.

L'hypothèse 7 postulant la présence plus fréquente d'un mode d'apparition lent et progressif chez les sujets du groupe organique et du groupe mixte que chez les sujets du groupe psychogène est infirmée. De plus, les résultats indiquent une tendance inverse (non significative statistiquement) où les sujets du groupe psychogène présenteraient plus fréquemment un mode d'apparition lent et progressif que les sujets du groupe organique montrant un mode d'apparition rapide. Les résultats ne rejoignent donc pas ceux d'Abel *et al.* (1982) et ceux de Hatch *et al.* (1987).

Les résultats soutiennent l'hypothèse 8 à propos de la prévalence plus importante de diabète sucré chez les sujets du groupe organique et chez les sujets du groupe mixte, et de la moindre prévalence chez les sujets du groupe psychogène. Le même phénomène existe pour ce qui est de l'hypertension artérielle.

**Efficacité, sensibilité et spécificité**

Dans la section traitant de la méthodologie, l'importance d'une valeur élevée pour l'efficacité a été soulignée pour l'établissement différentiel, en même temps que l'importance d'une valeur acceptable pour la sensibilité. Dans les résultats actuels, cette importance est d'autant plus grande à cause de la composition des groupes, plus précisément en raison du nombre inégal de sujets dans chacun des groupes. L'exemple suivant permettra de mieux éclairer la question, en utilisant le nombre de sujets dans les groupes tel qu'il se présente dans l'étude actuelle.

Si pour un symptôme quelconque, tous les sujets du groupe organique et tous les sujets du groupe psychogène étaient classés comme ayant un trouble d'origine organique, ce symptôme aurait une sensibilité de 100 %, une spécificité de 0 % et une efficacité de 22,6 %. Ce qui est peu utile pour le diagnostic différentiel, comme l'indiquent la valeur de l'efficacité et le fait que tous les sujets sont classés dans un même groupe. Par contre, si pour un autre symptôme, tous les sujets du groupe organique et tous les sujets du groupe psychogène étaient classés comme ayant un trouble d'origine psychogène, ce symptôme aurait une sensibilité de 0 %, une spécificité de 100 % et une efficacité de 77,4 %. Ce symptôme pourrait sembler utile pour le diagnostic différentiel si l'on ne tenait compte que de l'efficacité, mais en réalité il ne servirait à rien car tous les sujets sont classés, comme précédemment, dans un seul groupe. Donc, pour l'étude actuelle, il est important que la valeur de l'efficacité soit élevée, mais il est aussi important que la valeur de la sensibilité soit élevée.

Les sujets qui rapportent une rigidité de l'érection matinale supérieure ou égale à 90 %, selon leur autoévaluation, sont considérés comme ayant une dysfonction érectile psychogène et ceux qui ne rapportent pas une telle rigidité de l'érection matinale ou qui ne rapportent pas d'érection matinale sont considérés comme ayant une dysfonction érectile organique (voir le tableau 4).

Avec cette seule question, il est possible de classer adéquatement 62,5 % des sujets du groupe organique et du groupe psychogène. Cette question identifie correctement 92,86 % des sujets du groupe organique, mais seulement 53,65 % des sujets du groupe psychogène.

Les sujets qui rapportent une rigidité de l'érection nocturne supérieure ou égale à 75 %, selon leur autoévaluation, sont considérés comme ayant une dysfonction érectile psychogène et ceux qui ne rapportent pas une telle rigidité de l'érection nocturne ou qui ne rapportent pas d'érection nocturne sont considérés comme ayant une dysfonction érectile organique (voir le tableau 5).

**TABLEAU 4**
**Classement des sujets en utilisant un pourcentage de rigidité de l'érection matinale ≥ 90%**

| | Classé psychogène par la question | Classé organique par la question |
|---|---|---|
| Organique | 4 | 52 |
| Psychogène | 103 | 89 |
| Mixte | 21 | 50 |
| Total | 128 | 191 |

**En ne considérant que les sujets organiques et les sujets psychogènes**

| | |
|---|---|
| Vrai positif | 52 |
| Vrai négatif | 103 |
| Faux positif | 89 |
| Faux négatif | 4 |

**En termes de spécificité, d'efficacité et de sensibilité de la question**

| | |
|---|---|
| Spécificité | 53,65 |
| Efficacité | 62,50 |
| Sensibilité | 92,86 |
| Spécificité + Sensibilité | 146,50 |

**TABLEAU 5**
**Classement des sujets en utilisant un pourcentage de rigidité de l'érection nocturne ≥ 75%**

| | Classé psychogène par la question | Classé organique par la question |
|---|---|---|
| Organique | 3 | 53 |
| Psychogène | 67 | 125 |
| Mixte | 14 | 57 |
| Total | 84 | 235 |

**En ne considérant que les sujets organiques et les sujets psychogènes**

| | |
|---|---|
| Vrai positif | 53 |
| Vrai négatif | 67 |
| Faux positif | 125 |
| Faux négatif | 3 |

**En termes de spécificité, d'efficacité et de sensibilité de la question**

| | |
|---|---|
| Spécificité | 34,90 |
| Efficacité | 48,39 |
| Sensibilité | 94,64 |
| Spécificité + Sensibilité | 129,54 |

Avec cette seule question, il est possible de classer correctement 48,39 % des sujets du groupe organique et du groupe psychogène. Cette question identifie adéquatement 94,64 % des sujets du groupe organique, mais seulement 34,9 % des sujets du groupe psychogène.

Les sujets qui rapportent une rigidité de l'érection obtenue par automasturbation supérieure à 75 %, selon leur autoévaluation, sont considérés comme ayant une dysfonction érectile psychogène et ceux qui ne rapportent pas une telle rigidité de l'érection obtenue par automasturbation ou qui ne rapportent pas d'érection obtenue par automasturbation sont considérés comme ayant une dysfonction érectile organique (voir le tableau 6).

**TABLEAU 6**
**Classement des sujets en utilisant un pourcentage de rigidité de l'érection obtenue par automasturbation > 75%**

| | Classé psychogène par la question | Classé organique par la question |
|---|---|---|
| Organique | 4 | 52 |
| Psychogène | 67 | 125 |
| Mixte | 16 | 55 |
| Total | 87 | 232 |

**En ne considérant que les sujets organiques et les sujets psychogènes**

| | |
|---|---|
| Vrai positif | 52 |
| Vrai négatif | 67 |
| Faux positif | 125 |
| Faux négatif | 4 |

**En termes de spécificité, d'efficacité et de sensibilité de la question**

| | |
|---|---|
| Spécificité | 34,90 |
| Efficacité | 47,98 |
| Sensibilité | 92,86 |
| Spécificité + Sensibilité | 127,75 |

Avec cette seule question, il est possible de classer correctement 47,98 % des sujets du groupe organique et du groupe psychogène. Cette question identifie adéquatement 92,86 % des sujets du groupe organique et 34,90% des sujets du groupe psychogène.

Les sujets qui rapportent une sélectivité sont considérés comme ayant une dysfonction érectile psychogène et ceux qui ne rapportent pas une telle sélectivité sont considérés comme ayant une dysfonction érectile organique (voir le tableau 7).

**TABLEAU 7**
**Classement des sujets par la présence de sélectivité**

| | Classé psychogène par la question | Classé organique par la question |
|---|---|---|
| Organique | 7 | 49 |
| Psychogène | 105 | 87 |
| Mixte | 33 | 38 |
| Total | 145 | 174 |

**En ne considérant que les sujets organiques et les sujets psychogènes**

| | |
|---|---|
| Vrai positif | 49 |
| Vrai négatif | 105 |
| Faux positif | 87 |
| Faux négatif | 7 |

**En termes de spécificité, d'efficacité et de sensibilité de la question**

| | |
|---|---|
| Spécificité | 54,69 |
| Efficacité | 62,10 |
| Sensibilité | 87,50 |
| Spécificité + Sensibilité | 142,19 |

Avec cette seule question, il est possible de classer correctement 62,1 % des sujets du groupe organique et du groupe psychogène. Cette question identifie adéquatement 87,5 % des sujets du groupe organique et 54,69 % des sujets du groupe psychogène.

Les sujets qui ne rapportent pas la présence de diabète sont considérés comme ayant une dysfonction érectile psychogène alors que ceux qui rapportent une telle difficulté sont considérés comme ayant une dysfonction érectile organique (voir le tableau 8).

**TABLEAU 8**
**Classement des sujets par la présence de diabète**

| | Classé psychogène par la question | Classé organique par la question |
|---|---|---|
| Organique | 35 | 21 |
| Psychogène | 183 | 9 |
| Mixte | 59 | 12 |
| Total | 277 | 42 |

**En ne considérant que les sujets organiques et les sujets psychogènes**

| | |
|---|---|
| Vrai positif | 21 |
| Vrai négatif | 183 |
| Faux positif | 9 |
| Faux négatif | 35 |

**En termes de spécificité, d'efficacité et de sensibilité de la question**

| | |
|---|---|
| Spécificité | 95,31 |
| Efficacité | 82,26 |
| Sensibilité | 37,50 |
| Spécificité + Sensibilité | 132,81 |

La question vérifiant la présence d'un diabète connu permet de classer correctement 82,26 % des sujets du groupe organique et du groupe psychogène. Cependant, elle n'identifie que 37,5 % des sujets du groupe organique, mais 95,31% des sujets du groupe psychogène.

Donc, la présence de diabète sucré est le facteur individuel le plus efficace et le plus spécifique des cinq facteurs retenus, de même que l'ensemble des quatre questions présentées ci-après. Ceci semble indiquer que ce facteur est d'une grande utilité dans le diagnostic différentiel. Cependant, la deuxième condition nécessaire, celle qui demande que la sensibilité ait une valeur acceptable, n'est pas remplie. En effet, la sensibilité de la présence de diabète sucré est de loin inférieure à celle des quatre autres questions individuelles, de même qu´à celle de l'ensemble de quatre questions. Donc, en raison de cette faible sensibilité, il est nécessaire de rejeter le fait que la présence de diabète sucré est utile dans l'établissement du diagnostic différentiel.

De façon à obtenir un diagnostic différentiel à la fois spécifique, efficace et sensible, il est nécessaire de procéder à un regroupement de quatre questions portant sur la symptomatologie sexuelle (voir le tableau 9). Ces quatre questions sont disposées en cascade. Ainsi, la question portant sur la présence d'érection matinale avec une rigidité supérieure ou égale à 90 % est appliquée sur l'ensemble des 319 sujets. Par cette question, 128 sujets sont considérés comme ayant une dysfonction érectile d'origine psychogène. Par la suite, la question portant sur la présence d'érection nocturne avec une rigidité supérieure

ou égale à 75 % est appliquée aux 191 sujets qui restaient après la première question. Par cette question, 21 nouveaux sujets sont considérés comme ayant une dysfonction érectile d'origine psychogène, portant le total à 149. En troisième lieu, la question portant sur la présence d'érection obtenue par automasturbation avec une rigidité supérieure à 75 % est appliquée aux 170 sujets restant. Cette question permet de reclasser 21 sujets dans le groupe psychogène, amenant le total à 170. Pour terminer, la question sur la présence de sélectivité est appliquée aux 149 sujets restants, ce qui permet de reclasser 36 sujets dans le groupe psychogène. À la fin de cette cascade, il demeure donc 206 sujets considérés comme ayant une étiologie psychogène et 113 sujets considérés comme ayant une étiologie organique.

**TABLEAU 9**
**Classement des sujets par l'ensemble de quatre questions**

| | Classé psychogène par la question | Classé organique par la question |
|---|---|---|
| Organique | 10 | 46 |
| Psychogène | 151 | 41 |
| Mixte | 45 | 26 |
| Total | 206 | 113 |

**En ne considérant que les sujets organiques et les sujets psychogènes**

| | |
|---|---|
| Vrai positif | 46 |
| Vrai négatif | 151 |
| Faux positif | 41 |
| Faux négatif | 10 |

**En termes de spécificité, d'efficacité et de sensibilité de la question**

| | |
|---|---|
| Spécificité | 78,65 |
| Efficacité | 79,44 |
| Sensibilité | 82,14 |
| Spécificité + Sensibilité | 160,79 |

Finalement, l'ensemble des 4 questions permet de classer correctement 79,44 % des sujets du groupe organique et du groupe psychogène. Cet ensemble de questions identifie correctement 82,14 % des sujets du groupe organique et 78,65 % des sujets du groupe psychogène. C'est cet ensemble de questions qui obtient le plus haut taux de sujets correctement classés dans chacune des catégories. Une partie de la discussion traitera du 21,56 % de sujets mal classés.

## DISCUSSION

Parmi les questions uniques pour poser un diagnostic différentiel, la question de la présence d'une érection matinale présentant une rigidité supérieure ou égale à 90 % apporte le plus haut total de spécificité et de sensibilité. Les résultats obtenus par l'étude actuelle semblent confirmer ce qui est rapporté par Abel *et al.* (1982). En effet, l'étude actuelle montre une spécificité de 53,65 comparé à 52,9 pour ces auteurs, une sensibilité de 92,86 comparée à 93,8, et un total de 146,50 comparée à 146,7. Il faut cependant noter une différence dans le critère utilisé pour qualifier l'érection matinale. Abel *et al.* (1982) utilisent le terme érection matinale complète à 100 %, alors que c'est un critère d'une rigidité rapportée supérieure ou égale à 90 % qui a été retenu ici. Selon Segraves *et al.* (1987), peu d'hommes avec un trouble d'érection psychogène consentent à décrire leur érection comme complète à 100 %. Par ailleurs, Segraves *et al.* (1987) rapportent une spécificité de 85,7 et une sensibilité de 100, pour un total de 185,7. Ils utilisaient cependant un critère différent. Ainsi, plutôt que de qualifier l'érection en termes de pourcentage, le sujet devait estimer si l'érection était adéquate ou non.

La question sur la présence de sélectivité est celle qui obtient le second rang en ce qui a trait au total spécificité + sensibilité. Cette question n'était pas formulée de la même façon dans l'étude actuelle que dans celle d'Abel *et al.* (1982) ou de Segraves *et al.* (1987). Abel *et al.* (1982) parlaient de dysfonction érectile continue versus intermittente (c'est d'ailleurs cette question qui leur apporte le plus haut total de spécificité et de sensibilité avec 158,8) et d'une difficulté sexuelle non spécifique à une partenaire, alors que Segraves *et al.* (1987) utilisaient le concept d'érection adéquate avec une autre partenaire. La définition de la sélectivité utilisée ici inclut le phénomène de l'intermittence, du fonctionnement adéquat avec une autre partenaire, du fonctionnement adéquat lors des vacances, etc. Si pour Segraves *et al.* (1987), il n'existait pas de différence significative entre les groupes à ce propos, Abel *et al.* (1982) ont trouvé qu'une différence permettait

de distinguer les deux groupes. Les résultats actuels vont donc dans le sens de ceux d'Abel *et al.* (1982).

Les résultats pour la présence d'une érection nocturne avec une rigidité supérieure ou égale à 75 % indiquent une très bonne sensibilité de 94,64, mais une faible spécificité de 34,90 pour un total de 129,54. Les résultats pour l'érection par automasturbation avec une rigidité supérieure à 75 % sont assez semblables : une forte sensibilité pour une faible spécificité.

C'est l'ensemble des quatre questions qui apporte le plus haut total de spécificité et de sensibilité (160,79). Ce total est légèrement supérieur à ce qu'Abel *et al.* (1982) ont obtenu à propos de la dysfonction érectile continue, mais inférieure à ce que Segraves *et al.* (1987) ont obtenu avec l'érection matinale adéquate.

Il est possible de considérer que 79,44 % des sujets sont bien classés, alors que seulement 21,56 % sont mal classés. De cette façon, seulement 20 % des sujets du groupe psychogène auraient à subir une évaluation complète, alors que seulement 20 % des sujets du groupe organique seraient envoyés en sexothérapie sans avoir subi une évaluation biomédicale complète.

Est-ce à dire que pour ce 20 % de sujets avec un trouble érectile d'origine organique, il y aurait une perte de temps et d'argent en ne les dirigeant pas vers le bon endroit ? Pas nécessairement. En effet, il faut noter que ces sujets rapportent avoir une capacité érectile (soit le matin, soit la nuit, soit par masturbation, soit à certaines occasions) aussi bonne que 80 % des sujets avec un trouble érectile d'origine psychogène. Une sexothérapie pourrait leur permettre de récupérer le potentiel résiduel, et peut-être d'avoir un fonctionnement érectile satisfaisant sans avoir recours à tout l'arsenal médical, arsenal qui peut entraîner des effets secondaires indésirables et des coûts sociaux. LoPiccolo (1985a, b ; 1988) et LoPiccolo et Stock (1986) notent que des hommes ayant une atteinte organique légère pourraient bénéficier d'une sexothérapie et retrouver un fonctionnement érectile complet sans avoir à subir un traitement médical. Blaivas (1982) note que 44 % de ses sujets avec une dysfonction érectile d'origine organique ont eu une amélioration de leurs érections à la suite d'une telle sexothérapie.

Par ailleurs, les 20 % de sujets du groupe psychogène classés dans le groupe organique par les questions diagnostiques auraient à subir l'ensemble de l'investigation biomédicale, alors que 80 % en seraient dispensés. Ces 20 % semblent présenter une atteinte peut-être plus sévère que les autres sujets avec un trouble érectile d'origine psycho-

gène, car ils présentent des symptômes semblables à ceux de la majorité des sujets du groupe organique.

Mais nous pouvons considérer les choses d'une autre façon. Ainsi, il est possible de voir les sujets classés dans le groupe psychogène comme des sujets dont il est presque assuré qu'ils n'ont pas d'atteinte organique. En effet, sur les 161 sujets des groupes organique et psychogène de cette catégorie, seulement 6,2 % ne présentent pas une étiologie psychogène, mais organique. Donc, 93,8 % des sujets de ce groupe considérés comme ayant une difficulté d'origine psychogène sont correctement classés. Il serait peut-être utile de considérer les sujets classés dans le groupe organique par les questions du diagnostic différentiel, non pas comme des sujets présentant un trouble d'étiologie organique, mais comme des sujets nécessitant une investigation biomédicale complète pour pouvoir éliminer la présence de facteurs organiques. En effet, parmi les 87 sujets des groupes organique et psychogène de cette catégorie, il y a 52,9 % de sujets ayant véritablement un trouble d'étiologie organique et 47,1 % de sujets ayant un trouble d'étiologie psychogène.

Il y a donc certains sujets avec une étiologie organique qui répondent aux questions diagnostiques comme la majorité des sujets avec une étiologie psychogène. Peut-être convient-il de considérer que ces sujets présentent une atteinte organique plus faible que les autres sujets avec une atteinte organique ou encore que cette atteinte organique plus faible serait couplée avec une atteinte de type psychogène non mesurée par les tests ASTA et Beck, ce qui en ferait plus précisément des sujets avec une étiologie mixte. De même, des sujets avec une atteinte psychogène répondent aux questions du diagnostic différentiel comme la majorité des sujets avec une atteinte organique. Peut-être convient-il de considérer ces sujets comme ayant une atteinte psychogène très intense, qui les ferait ressembler aux sujets ayant une atteinte organique ou encore peut-être auraient-ils en plus une atteinte organique non détectée par les tests biomédicaux.

Au sujet du désir sexuel, les résultats de la présente étude ne rejoignent pas ceux d'Abel *et al.* (1982) ainsi que ceux de Hatch *et al.* (1987) qui soutenaient que les sujets avec un trouble érectile d'origine organique avaient moins de troubles de la phase du désir sexuel que les sujets avec un trouble érectile d'origine psychogène. Cependant, il faut savoir que les sujets d'Abel *et al.* (1982) étaient tous diabétiques, certains ayant une atteinte organique et d'autres ayant une atteinte psychogène. Certaines différences sont importantes entre leurs deux groupes de sujets diabétiques : chez les sujets avec un problème érec-

tile d'étiologie organique, la durée de la maladie est significativement plus longue, l'âge au début de la dysfonction est significativement moindre et la durée de l'utilisation de l'insuline est significativement plus grande.

Schover et Jensen (1988) notent qu'une apparition de la maladie à l'intérieur d'une relation à long terme peut amener plus de conflits maritaux que lorsqu'un des conjoints souffre de diabète depuis son enfance. De plus, Schover et Jensen (1988) soutiennent que les médecins peuvent involontairement favoriser l'apparition d'une dysfonction sexuelle en avertissant leurs patients de la presque inéluctabilité de l'apparition d'un problème sexuel après un certain nombre d'années. Certains médecins avertissent leurs patients diabétiques de la possibilité d'un épisode hypoglycémique à la suite d'une relation sexuelle (Schover et Jensen, 1988). Par ailleurs, il faut savoir qu'Abel *et al.* (1982) ont éliminé de leur étude les sujets qui n'étaient pas clairement classés comme ayant un problème organique ou clairement classés comme ayant un problème psychogène, c'est-à-dire 41,4 % de leur échantillon initial de 58 sujets. Les analyses portent donc sur 34 sujets, 50 % avec un problème érectile d'étiologie organique et 50 % avec un problème érectile d'étiologie psychogène.

Selon Hatch *et al.* (1987), les restrictions à propos de leur échantillon sont importantes. En effet, leurs 56 sujets provenaient tous d'une référence faite par 56 urologues, ils étaient tous vétérans, et ils étaient tous candidats pour l'implantation d'une prothèse pénienne interne. De plus, la proportion de sujets dans chaque groupe ne correspond pas à ce qui est généralement admis dans la littérature. Ainsi, il y avait 48 sujets avec une difficulté d'étiologie organique (86 %) et seulement 8 sujets avec une difficulté d'étiologie psychogène (14 %).

Par rapport à la difficulté à obtenir une érection, les résultats de la présente étude rejoignent ceux d'Abel *et al.* (1982), mais pas ceux de Segraves *et al.* (1987) ; pour ces derniers, cet élément ne permet pas de distinguer les sujets avec un trouble d'origine organique de ceux ayant un trouble d'origine psychogène. Pour la plupart des variables mesurées, le pourcentage de rigidité de l'érection obtenue (érection matinale, érection nocturne, etc.), tel que rapporté par le patient, apparaît comme un élément essentiel pour distinguer entre les groupes diagnostiques.

Ces résultats rejoignent ceux d'Abel *et al.* (1982), de Hatch *et al.* (1987) et de Kockott *et al.* (1980) qui soutenaient que la sélectivité (capacité de fonctionner en certaines circonstances ou avec certaines partenaires) permettait de différencier les sujets avec un trouble

d'étiologie organique des sujets avec un trouble d'étiologie psychogène. Toutefois, les résultats obtenus ne supportent pas ceux d'Abel *et al.* (1982) et de Kockott *et al.* (1980) qui indiquaient une fréquence moins élevée d'éjaculation précoce chez les sujets avec un trouble érectile d'étiologie organique. Par contre, ces résultats rejoignent ceux d'Abel *et al.* (1982) qui soutenaient que l'on pouvait différencier le groupe organique du groupe psychogène par la présence d'éjaculation retardée, d'éjaculation rétrograde et d'anéjaculation. Enfin, ces résultats ne rejoignent pas ceux d'Abel *et al.* (1982) et de Hatch *et al.* (1987) qui soutenaient qu'un mode d'apparition lent et progressif se retrouvait chez les sujets avec un trouble érectile d'étiologie organique suggérant l'apparition lente d'une maladie dégénérative.

## CONCLUSION

Parmi les forces de la présente étude, mentionnons que les résultats reposent sur un grand nombre de sujets, c'est-à-dire 319 hommes ayant une dysfonction érectile secondaire depuis plus de six mois. Le nombre de sujets étudiés ici dépasse largement celui de l'étude d'Abel *et al.* (1982) avec 34 sujets, celui de l'étude de Hatch *et al.* (1987) avec 56 sujets, celui de l'étude de Kockott *et al.* (1980) avec 66 sujets (dont 16 psychogène, 10 organique, 10 éjaculation précoce et 24 normal), ainsi que celui de Segraves *et al.* (1987) avec 32 sujets.

Par ailleurs, une autre force de l'étude est de rassembler des sujets ayant diverses pathologies. Seuls Segraves *et al.* (1987) avaient des sujets du groupe organique présentant diverses pathologies médicales, alors que pour Abel *et al.* (1982), il s'agissait uniquement de sujets diabétiques, que pour Hatch *et al.* (1987), il s'agissait uniquement de candidats à l'implantation d'une prothèse pénienne interne, et que pour Kockott *et al.* (1980), tous leurs sujets étaient diabétiques.

Finalement, les autres études ont rejeté les sujets qui ne se classaient pas clairement dans un seul groupe étiologique, soit organique, soit psychogène. Ces sujets ont été conservés dans l'étude actuelle et ils ont été classés dans un groupe qualifié de mixte. Les résultats ont montré que ce groupe présentait des caractéristiques semblables à la fois à celles des sujets du groupe psychogène, surtout à propos de la symptomatologie sexuelle, et à celles des sujets du groupe organique, surtout à propos des antécédents médicaux personnels. De plus, ce type de sujets représente une part importante de la population étudiée. Ainsi, 22,3 % de sujets appartiennent au groupe mixte. Par ailleurs, sans que l'étude actuelle n'apporte beaucoup de réponses à

propos de ce groupe, il est fort possible qu'elle puisse amener certains éléments permettant de stimuler des recherches futures.

## RÉFÉRENCES

ABEL, G. G. ; BECKER, J. V. ; CUNNINGHAM-RATHNER, J. ; MURPHY, W. D. ; MCHUGH, J. J. (1982). « The Predictive Value of Sexual Symptomatology in Diagnosing Organic vs. Psychogenic Impotence », dans Z. Hoch ; H. I. Lief (dir.) : *Sexology, Sexual Biology, Behavior and Therapy, Selected Papers of the 5th World Congress of Sexology, Jerusalem, Israel, June 21-26, 1981* (p. 170-174). Amsterdam–Oxford–Princeton : Excerpta Medica.

ABRAMOWICZ, M. (dir.) (1987). « Médicaments provoquant des troubles sexuels », *La lettre médicale, Sur les médicaments et la thérapeutique*, 11 (8), 29-32.

ALARIE, P. ; BELTRAMI, É. (1984). « L'évaluation de la présence de lésions organiques dans des cas de dysfonction érectile masculine dirigés en thérapie sexuelle », *Union médicale du Canada*, 113, 1-5.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-R). Third edition revised.* Washington : American Psychiatric Association.

AUERBACH, R. ; KILMANN, P. R. (1977). « The Effects of Group Systematic Desensitization on Secondary Erectile Failure », *Behavior Therapy*, 8, 330-339.

BANCROFT, J. (1984). « Hormones and Human Sexual Behavior », *Journal of Sex and Marital Therapy*, 10 (1), 3-21.

BARLOW, D. H. (1986). « Causes of Sexual Dysfunction : The Role of Anxiety and Cognitive Interference », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (2), 140-148.

BARLOW, D. H. ; SEKHEIM, D. K. ; BECK, J. G. (1983). « Anxiety Increases Sexual Arousal », *Journal of Abnormal Psychology*, 92 (1), 49-54.

BELTRAMI, É. ; COUTURE, N. (1980). « Les dysfonctions sexuelles », dans P. Lalonde ; F. Grunberg (dir.) : *Psychiatrie clinique : Approche contemporaine* (p. 488-529) Chicoutimi : Gaëtan Morin et associés Ltée.

BISSADA, N. K. ; FINKBEINER, A. E. (1988). « Urologic Manifestations of Drug Therapy », *Urologic Clinics of North America*, 15 (4), 725-736.

BLAIVAS, J. G. (1982). « The Diagnosis and Treatment of Erectile Dysfunction », dans Z. Hoch ; H. I. Lief (dir.) : *Sexology, Sexual Biology, Behavior and Therapy, Selected Papers of the 5th World Congress of Sexology, Jerusalem, Israel, June 21-26, 1981* (p. 183-187). Amsterdam-Oxford–Princeton : Excerpta Medica.

BUVAT, J. ; LEMAIRE, A. ; BUVAT-HERBAUT, A. ; MARCOLIN, G. ; DEHAENE, J. L. ; QUITTELIER, E. (1989). « Étiologies de l'impuissance diabétique : résultats des études multidisciplinaires et avec groupes témoins », dans J. Buvat ; M. Drosdowsky (dir.) : *Fonctions sexuelle et reproductrice du diabétique, Progrès en andrologie 2*, (p. 133-145). Paris : Douin éditeurs.

CAMIC, P. M. (1983). « Differentiating Organic and Psychogenic Erectile Dysfunction with the Millon Behavioral Health Inventory », *Sexuality and Disability*, 5 (3/4), 145-149.

CAMPBELL, M. R. ; ALARIE, P. (1986). « L'évaluation de la dysfonction érectile pénienne : perspectives nouvelles, difficultés actuelles », *Revue québécoise de psychologie*, 7 (3), 3-20.

COLE, M. (1986). « Socio-sexual Characteristics of Men With Sexual Problems », *Sexual and Marital Therapy*, 1 (1), 89-108.

CRÉPAULT, C. (1980). « Une interprétation des sexoses coïtales et de l'homosexualité », *Cahiers de sexologie clinique*, 6 (34), 269-275.

CSILLAG, E. R. ; LORD, D. J. ; KOEGH, E. J. ; TULLOCH, A. G. S. ; DUNN, J. C. ; GLANCY, J. J. ; IBACH, E. G. (1982). « A Multidisciplinary Approach of Impotence », dans Z. Hoch ; H. I. Lief (dir.) : *Sexology, Sexual Biology, Behavior and Therapy, Selected Papers of the 5th World Congress of Sexology, Jerusalem, Israel, June 21-26, 1981* (p. 204-206). Amsterdam–Oxford–Princeton : Excerpta Medica.

DE GROAT, W. C. ; STEERS, W. D. (1988). « Neuroanatomy and Neurophysiology of Penile Erection », dans E. A. Tanagho ; T. F. Lue ; R. D. McClure (dir.) : *Contemporary Management of Impotence and Infertility* (p. 3-27). Baltimore : Williams & Wilkins.

DEROGATIS, L. ; MEYERS, J. ; DUPKIN, C. (1976). « Discrimination of Organic vs. Psychogenic Impotence with the DSFI », *Journal of Sex and Marital Therapy*, 2 (5), 229-240.

DORMONT, P. (1989). « Life Events That Predispose to Erectile Dysfunction », *Medical Aspects of Human Sexuality*, 23 (4), 17-19.

ELLIS, A. (1980). « Treatment of Erectile Dysfunction », dans S. R. Leiblum ; L. A. Pervin (dir.) : *Principles and Practice of Sex Therapy*, (p. 235-261). New York : The Guilford Press.

ELLIS, L. R. ; NELLAND, R. E. ; KRAMER-LEVIEN, D. J. ; STEWART KNOEPFLER, G. ; KNOEPFLER, P. (1987). « Evaluation of the First 300 Patients Treated at an Outpatient Center for Male Sexual Dysfunction », *West Journal of Medicine*, 147, 296-300.

FRANK, E. ; ANDERSON, C. ; RUBINSTEIN, D. (1978). « Frequency of Sexual Dysfunction in Normal Couples », *New England Journal of Medicine*, 299, 111-115.

GELLMAN, R. ; GELLMAN BARROUX, C. (1986). « Réflexions critiques sur les impuissances d'origine vasculaire › , *Psychologie médicale*, 18 (3), 399-401.

GLOOR, P.-A. (1982). « Les impuissances masculines : diagnostic et projet thérapeutique », *Psychologie médicale*, 14 (8), 1191-1193.

GOLDSTEIN, I. (1988). « Evaluation of Penile Nerves », dans E. A. Tanagho ; T. F. Lue ; R. D. McClure (dir.) : *Contemporary Management of Impotence and Infertility* (p. 70-83). Baltimore : Williams & Wilkins.

HATCH, J. P. ; DE LA PEÑA, A. M. ; FISHER, J. G. (1987). « Psychometric Differenciation of Psychogenic and Organic Erectile Disorders », *The Journal of Urology*, 138, 781-783.

JACOBS, J. A. ; FISHKIN, R. ; COHEN, S. ; GOLDMAN, A. ; MULHOLLAND, S. O. (1983). « A Multidisciplinary Approach to the Evaluation and Management of Male Sexual Dysfunction », *Journal of Urology*, 129, 35-38.

KANEKO, S. ; BRADLEY, W. E. (1986). « Evaluation of Erectile Dysfunction With Continuous Monitoring of Penile Rigidity », *The Journal of Urology*, 136, 1026-1029.

KAPLAN, H. S. (1974). *The New Sex Therapy*. New York : Brunner/Mazel Publishers.

KAPLAN, H. S. (1983). *The Evaluation of Sexual Disorders : Psychological and Medical Aspects*. New York : Brunner/Mazel Publishers.

KARACAN, I. ; HOWELL, J. W. (1988). « Use of Nocturnal Penile Tumescence in Diagnosis of Male Erectile Dysfunction », dans E. A. Tanagho ; T. F. Lue ; R. D. McClure (dir.) : *Contemporary Management of Impotence and Infertility* (p. 95-103). Baltimore : Williams & Wilkins.

KILMANN, P. R. ; AUERBACH, R. (1979). « Treatments of Premature Ejaculation and Psychogenic Impotence : A Critical Review of the Literature », *Archives of Sexual Behavior*, 8 (1), 81-100.

KILMANN, P. R. ; BOLAND, J. P. ; NORTON, S. P. ; DAVIDSON, E. ; CAID, C. (1986). « Perspectives of Sex Therapy Outcome : A survey of AASECT Providers », *Journal of Sex and Marital Therapy*, 12, 116-138.

KILMANN, P. R. ; MILAN, R. J. ; BOLAND, J. P. ; NANKIN, H. R. ; DAVIDSON, E. D. ; WEST, M. O. ; SABALIS, R. F. ; CAID, C. ; DEVINE, J. M. (1987). « Group Treatment of Secondary Erectile Dysfunction », *Journal of Sex and Marital Therapy*, 13( 3), 168-182.

KINSEY, A. ; POMEROY, W. ; MARTIN, C. (1948). *Sexual Behavior in Male*. Philadelphia : W. B. Saunders.

KNOEPFLER, P. T. (1982). « Sexuality and Psychiatric Disability », *Sexuality and Disability*, 5 (1), 14-27.

KOCKOTT, G.; FEIL, W.; REVENSTORF, D.; ALDENHOFF, J.; BESINGER, U. (1980). « Symptomatology and Psychological Aspects of Male Sexual Inadequacy: Results of an Experimental Study », *Archives of Sexual Behavior*, 9 (6), 457-475.

LALONDE, P.; GRUNBERG, F. (1980). *Psychiatrie clinique: Approche contemporaine*. Chicoutimi: Gaëtan Morin et associés Ltée.

LEITER, E. (1981). « Causes of Erectile Dysfunction », *Sexuality and Disability*, 4 (2), 80-85.

LEVENSON, H.; OLKIN, R.; HERZOFF, N.; DELANCY, M. (1986). « MMPI Evaluation of Erectile Dysfunction: Failure of Organic vs. Psychogenic Decision Rules », *Journal of Clinical Psychology*, 42 (5), 752-754.

LEVINE, S. B. (1976). « Marital Sexual Dysfunction: Erectile Dysfunction », *Annals of Internal Medicine*, 85, 342-350.

LEVINE, S. B. (1977). « Current Problems in the Diagnosis and Treatment of Psychological Impotence », *Journal of Sex and Marital Therapy*, 3 (3), 177-186.

LEVINE, S. B.; AGLE, D. (1978). « The Effectiveness of Sex Therapy for Chronic Secondary Psychological Impotence », *Journal of Sex and Marital Therapy*, 4 (4), 235-258.

LOBITZ, W. C.; BAKER, E. L. (1979). « Group Treatment of Single Males with Erectile Dysfunction », *Archives of Sexual Behavior*, 8 (2), 127-138.

LOPICCOLO, J. (1985a). « Diagnosis and Treatment of Male Sexual Dysfunction », *Journal of Sex and Marital Therapy*, 11 (4), 215-232.

LOPICCOLO, J. (1985b). « Direct Treatment of Sexual Dysfunction », dans J. Lopiccolo; L. LoPiccolo (dir.): *Handbook of Sex Therapy* (p. 1-17). New York: Plenum Press.

LOPICCOLO, J. (1988). « Management of Psychogenic Erectile Failure », dans E. A. Tanagho; T. F. Lue; R. D. McClure (dir.): *Contemporary Management of Impotence and Infertility* (p. 133-146). Baltimore: Williams & Wilkins.

LOPICCOLO, J.; STOCK, W. E. (1986). « Treatment of Sexual Dysfunction », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (2), 158-167.

LUE, T. F. (1988). « Functional Evaluation of Penile Arteries with Papaverine », dans E. A. Tanagho; T. F. Lue; R. D. McClure (dir.): *Contemporary Management of Impotence and Infertility* (p. 57-64). Baltimore: Williams & Wilkins.

LUE, T. F. (1988). « Functional Study of Penile Veins », dans E. A. Tanagho; T. F. Lue; R. D. McClure (dir.): *Contemporary Management of Impotence and Infertility* (p. 65-67). Baltimore: Williams & Wilkins.

LUE, F. T. ; TANAGHO, E. A. (1988). « Hemodynamics of Erection », dans E. A. Tanagho ; T. F. Lue ; R. D. McClure (dir.) : *Contemporary Management of Impotence and Infertility* (p. 28-38). Baltimore : Williams & Wilkins.

LUE, F. T. ; TANAGHO, E. A. (1988). « Functional Anatomy and Mechanism of Penile Erection », dans E. A. Tanagho ; T. F. Lue ; R. D. McClure (dir.) : *Contemporary Management of Impotence and Infertility* (p. 39-50). Baltimore : Williams & Wilkins.

MARCOLIN, G. ; LEMAIRE, A. ; BUVAT, J. (1989). « Essai d'évaluation objective des facteurs psychologiques chez les impuissants diabétiques », dans J. Buvat ; M. Drosdowsky (dir.) : F*onctions sexuelle et reproductrice du diabétique, Progrès en andrologie 2*. Paris : Douin éditeurs.

MARMOR, J. (1982). « L'impuissance et les troubles éjaculatoires », dans C. Crépault ; J. J. Lévy ; H. Gratton (dir.) : *Sexologie contemporaine* (p. 317-331). Québec : Presses de l'Université du Québec.

MARTIN, L. W. ; RODGERS, D. A. ; MONTAGUE, D. K. (1983). « Psychometric Differentiation of Biogenic and Psychogenic Impotence », *Archives of Sexual Behavior*, 12 6), 475-485.

MASTERS, W. H. ; JOHNSON, V. E. (1971). *Les Mésententes sexuelles et leur traitement*. Montréal : Éditions Robert Laffont.

MAURI, M. ; PETRACCA, A. ; CASSANO, G. B. (1984). « Impotence 1 : Personality Profiles and Psychopathological Features in 66 Subjects Referred to an Andrology Outpatient Center », *Comprehensive Psychiatry*, 25 (2), 142-146.

NATHAN, S. G. (1986). « The Epidemiology of the DSM-III Psychosexual Dysfunctions », *Journal of Sex and Marital Therapy*, 12, 267-281.

PORTO, R. (1986). « Sexothérapies brèves des dysfonctions érectiles », *Psychologie médicale*, 18 (3), 395-397.

SCHIAVI, R. C. ; FISHER, C. ; QUADLAND, M. ; GLOGER, T. (1982). « The diagnosis of erectile disorders », dans Z. Hoch ; H. I. Lief (dir.) : *Sexology, Sexual Biology, Behavior and Therapy, Selected Papers of the 5th World Congress of Sexology, Jerusalem, Israel, June 21-26, 1981* (p. 164-169). Amsterdam–Oxford–Princeton : Excerpta Medica.

SCHMIDT, C. W. (1983). « Common Male Sexual Disorders : Impotence and Premature Ejaculation », dans J. K. Mayer ; C. W. Schmidt ; T. N. Wise (dir.) : *Clinical Management of Sexual Disorders*. Baltimore : Williams and Wilkins.

SCHOVER, L. R. ; ESCHENBACH, A. C. von (1985). « Sex Therapy and the Penile Prosthesis : A Synthesis », *Journal of Sex and Marital Therapy*, 11 (1), 57-66.

SCHOVER, L. R. ; FRIEDMAN, J. M. ; WEILER, S. J. ; HEIMAN, J. R. ; LOPICCOLO, J. (1980). *A Multiaxial Descriptive System for The Sexual Dysfunctions : Categories and Manual.* State University of New York at Stony Brook : Departement of Psychiatry and Behavioral Science, Sex Therapy Center.

SCHOVER, L. R. ; FRIEDMAN, J. M. ; WEILER, S. J. ; HEIMAN, J. R. ; LOPICCOLO, J. (1982). « Multiaxial Problem-Oriented System for Sexual Dysfunctions », *Archives of General Psychiatry*, 39, 614-619.

SCHOVER, L. R. ; JENSEN, S. B. (1988). « Insidious Illness and Sexuality : Diabetes, Chronic Obstructive Pulmonary Disease, and Chronic Pain », dans L. R. Schover ; S. B. Jensen (dir.) : *Sexuality and Chronic Illness, A Comprehensive Approach* (p. 237-262). The Guilford Press : New York.

SCHUMAKER, S. ; LLOYD, C. W. (1981). « Physiological and Psychological Factors of Impotence », *Journal of Sex Research*, 17, 40-53.

SEGRAVES, R. T. ; KNOPE, J. ; CAMIC, P. M. (1982). « Spontaneous Remission of Erectile Impotence », *Behavior Research and Therapy*, 20, 89-91.

SEGRAVES, R. T. ; SCHOENBERG, H. ; ZARINS, C. ; KNOPF, J. ; CAMIC, P. M. (1981). « Discrimination of Organic vs. Psychogical Impotence with the DSFI : A Failure to Replicate », *Sex and Marital Therapy*, 7 (3), 230-238.

SEGRAVES, K. A. ; SEGRAVES, R. T. ; SCHOENBERG, H. W. (1987). « Use of Sexual History to Differentiate Organic from Psychogenic Impotence », *Archives of Sexual Behavior*, 16 (2), 125-137.

SPARKS, P. ; WHITE, R. A. ; PETER, B. ; CONNOLY, M. S. (1980). « Impotence is not always Psychogenic », *Journal of American Medical Association*, 243, 750-755.

SPECTOR, K. ; BOYLE, M. (1987). « Erectile Problems in a Non-Clinical Sample : Remission Rates and Perceived Factors in Remission », *Sexual and Marital Therapy*, 2 (1), 65-71.

STEWART, T. D. (1985). « Penile Prosthesis : Potential Value of Medical Psychiatric Assessment and Psychotherapy », *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44, 18-24.

VALIQUETTE, L. (1989). « Chirurgie pelvienne et fonction sexuelle », dans Unité de dysfonctions et de développement sexuels de l'Hôpital Saint-Luc : *Deuxième journée d'études, La santé sexuelle : Aspects préventifs.* 28 avril 1989, Montréal.

VIGNOLI, G. C. (1982). « Automatic Determination of Penile Blood Pressure in the Evaluation of Vasculogenic Impotence », dans Z. Hoch ; H. I. Lief (dir.) : *Sexology, Sexual Biology, Behavior and The-*

*rapy, Selected Papers of the 5th World Congress of Sexology, Jerusalem, Israel, June 21-26, 1981* (p. 175-181). Amsterdam–Oxford–Princeton: Excerpta Medica.

WABREK, A. J. (1982). « Penile Rigidity : Concepts Measurements and Correlations », dans Z. Hoch ; H. I. Lief (dir.) : *Sexology, Sexual Biology, Behavior and Therapy, Selected Papers of the 5th World Congress of Sexology, Jerusalem, Israel, June 21-26, 1981* (p.199-203). Amsterdam–Oxford–Princeton : Excerpta Medica.

WAGNER, G. ; METZ, P. (1980). « Impotence (Erectile Dysfunction) Due to Vascular Disorders. An Overview », *Journal of Sex and Marital Therapy*, 6, 223-233.

WEHYRA, G. ; LECLERE, J. (1989). « Diabète et sexualité masculine : données épidémiologiques », dans J. Buvat ; M. Drosdowsky (dir.) : *Fonctions sexuelle et reproductrice du diabétique, Progrès en andrologie 2* (p. 117-126). Paris : Douin éditeurs.

## DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF SECONDARY ERECTILE DYSFUNCTIONS USING SEXUAL SYMPTOMATOLOGY

### ABSTRACT

*Many methods can be used to establish a differential diagnosis in erectile dysfunctions. However, it appears that questionnaires investigating sexual symptomatology have a higher rate of accuracy than biomedical methods. To determine which aspects of sexual symptomatology have the highest level of diagnostic accuracy, the medical records of 378 patients in a clinic specializing in medical assessment of sexual dysfunction were analyzed. From these, 319 patients were given a final diagnosis of secondary erectile dysfunction. Statistical analyses were performed on variables regarding sexual symptomatology to determine if one or many variables could significantly discriminate between three etiologic groups: organogenic, psychogenic and mixed. The most discriminating variables were the following : self-reported percentage of rigidity of morning erection ; self-reported percentage of rigidity of nocturnal erection ; self-reported percentage of rigidity of erection by masturbation ; selectivity ; and diabetes. The diagnostic accuracy, sensitivity and specificity of these variables were examined.*

### Key Words

*Erectile Dysfunction ; Differential Diagnosis ; Symptomatology.*