



UNIVERSITE DE LILLE

**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2020

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Niveau socio-économique et prise en charge de la dysfonction  
érectile : Etude descriptive quantitative portant sur 416 patients.**

Présentée et soutenue publiquement le 7 avril 2020 à 18 heures au  
Pôle Formation

**Par Justine DECHERF-LEROY**

---

**JURY**

**Président :**

**Madame le Professeur Brigitte MAUROY**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Arnauld VILLERS**

**Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE**

**Monsieur le Docteur Frédéric RIMETZ**

**Directeur de Thèse :**

**Madame le Docteur Nathalie DHALENNE**

---

## **Avertissement**

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leur auteur.

## Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je promets et je jure de conformer strictement ma conduite professionnelle aux principes traditionnels.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur Père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque.



## **Déclaration d'intérêts**

L'auteur ne déclare aucun conflit financier pour ce travail de recherche. L'auteur ne déclare avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec de travail de recherche.

## Liste des abréviations

- **APC**: Acte ponctuel de consultation
- **Bac** : Baccalauréat
- **BEPC** : Brevet d'Etude du Premier Cycle
- **CAP** : Certificat d'Aptitude Professionnelle
- **CES** : Centre d'examen de santé
- **CHRU** : Centre hospitalier régional et universitaire
- **CMU**: Couverture maladie universelle
- **CNIL** : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
- **CPP** : Comité de Protection des Personnes
- **DE** : Dysfonction érectile
- **EPICES** : Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé
- **FMC** : Formation médicale continue
- **HAS** : Haute Autorité de Santé
- **IEF5**: International Index Of Erectile Function
- **Ifop** : Institut français d'opinion publique
- **INSEE** : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
- **NSE** : Niveau socio-économique
- **QCM** : Question à Choix Multiples
- **RSA**: Revenu de solidarité active
- **SDF**: Sans domicile fixe

# TABLE DES MATIERES

Résumé .....	10
Introduction .....	11
Matériels et Méthodes .....	15
I.    Type d'étude et population.....	15
II.   Elaboration du questionnaire.....	15
III.  Recueil des données .....	16
IV.  Analyse statistique .....	16
V.   Ethique et CNIL .....	16
Résultats .....	17
I.    Analyses uni-variées .....	17
A.  Effectifs globaux .....	17
1.  Taux de réponses .....	17
2.  Lieu de recueil .....	17
3.  Age .....	18
4.  Situation familiale .....	18
5.  Parentalité.....	18
6.  Profession.....	19
7.  Niveau d'étude.....	20
8.  Score EPICES.....	20
9.  Score IIEF5.....	21
10.  DE : vision du patient .....	21
B.  Analyse des patients souffrant de DE .....	22
1.  Analyse générale des patients souffrant de DE .....	22
a)  Premier abord du problème .....	22
b)  Délai d'abord du problème.....	23
c)  Prise de traitement .....	23
2.  Patients souffrant de DE et prenant un traitement.....	23
a)  Type de traitement .....	23
b)  Retrait des médicaments en pharmacie.....	24
c)  Budget pour les médicaments.....	24
d)  Limitation de budget pour l'achat des médicaments.....	25

3.	Patients souffrant de DE et ne prenant pas de traitement .....	26
a)	Causes d'absence de traitement .....	26
b)	Eventualité de la prise d'un traitement.....	27
c)	Limitation de budget envisageable .....	27
C.	Analyse des patients ne souffrant pas de DE.....	27
1.	Eventualité de la prise d'un traitement .....	27
2.	Limitation de budget envisageable.....	27
<b>II.</b>	<b>Analyses bi-variées, d'association .....</b>	<b>27</b>
A.	Lien entre niveau socio-économique et prise ou non d'un traitement .....	27
B.	Lien entre niveau socio-économique et budget chez les patients traités .....	28
C.	Lien entre le niveau socio-économique et limitation de budget .....	28
D.	Lien entre niveau socio-économique et le type de traitement pris.....	29
E.	Lien entre niveau socio-économique et achat des traitements à la pharmacie .....	29
F.	Lien entre niveau socio-économique et premier abord du problème de dysfonction érectile ....	30
G.	Lien entre niveau socio-économique et délai d'abord.....	30
H.	Lien entre niveau socio-économique et situation familiale dans la prise en charge de la DE .....	31
I.	Lien entre niveau socio-économique et sévérité du score IIEF5.....	31
J.	Lien entre niveau socio-économique et âge dans la prise en charge de la DE .....	32
K.	Lien entre niveau socio-économique et causes de non prise de traitement .....	33
L.	Lien entre niveau socio-économique et acceptation de prendre un traitement si patient avec DE non traitée.....	34
M.	Lien entre niveau socio-économique et limitation de budget si patients avec DE non traitée ....	34
N.	Lien entre le niveau socio-économique et acceptation de prendre un traitement chez les patients non atteints .....	34
O.	Lien entre niveau socio-économique et limitation du budget alimentaire chez les patients non atteints .....	34
P.	Lien entre la vision des patients concernant leur érection et leur score IIEF5 en fonction de leur niveau socio-économique .....	35
	<b>Discussion .....</b>	<b>37</b>
<b>I.</b>	<b>Points forts et limites de l'étude (validité interne) .....</b>	<b>37</b>
<b>II.</b>	<b>Comparaison de l'étude avec la littérature.....</b>	<b>39</b>
A.	Descriptif de la population .....	39
1.	Age .....	39
2.	Parentalité.....	41
3.	Situation familiale .....	43



4.	Niveau d'étude .....	44
5.	Situation professionnelle .....	46
6.	Score EPICES.....	48
7.	Score IIEF5.....	50
B.	Patients avec DE.....	52
1.	Prise de traitement .....	52
2.	DE et budget pour les traitements.....	52
3.	DE traitée et limitation de budget alimentaire.....	53
4.	Premier abord .....	54
5.	Délai d'abord .....	56
6.	DE et achat des traitements à la pharmacie.....	56
7.	DE et causes de non traitement.....	57
8.	DE non traitée : possibilité de prendre un traitement et limitation de budget .....	59
C.	Patients sans DE.....	60
	<b>Conclusion.....</b>	<b>61</b>
	<b>Bibliographie.....</b>	<b>62</b>
	<b>Annexes .....</b>	<b>68</b>

**Contexte** : La dysfonction érectile (DE) est un trouble de sexualité fréquent susceptible d'altérer la qualité de vie des hommes. Or, on sait que dans la grande majorité des cas, les traitements ne sont pas remboursés par l'assurance maladie et leur coût n'est pas négligeable pour les patients en situation de précarité.

L'objectif de cette étude est donc de rechercher s'il existe un lien entre le niveau socio-économique des patients et l'achat des traitements pour traiter la DE.

**Méthode** : Il s'agit d'une étude descriptive basée sur la réponse à 512 auto-questionnaires anonymes distribués auprès d'hommes de plus de 40 ans consultant leur médecin généraliste, leur sexologue ou leur urologue dans la région des Hauts de France.

**Résultats** : Nous avons pu étudier 416 réponses. L'âge moyen de l'échantillon était de 55,7 ans. Le score EPICES a permis de détecter 214 patients précaires et 202 patients non précaires. La prévalence de la DE était de 78,61%. Chez les sujets atteints de DE, 60,71% des patients précaires prennent un traitement contre 56,82% des patients non précaires ( $p=0,57$ ). 43,14% des patients précaires limitent leur budget alimentaire contre 5,33% des patients non précaires ( $p<0,01$ ). Chez les patients non atteints, 74,29% des sujets non précaires seraient prêts à acheter un traitement contre 50% des sujets précaires ( $p=0,01$ ) et 30% des sujets non précaires seraient prêts à limiter leur budget contre 21,74% des précaires ( $p=0,4$ ).

**Conclusion** : Les patients précaires, quand ils sont atteints de DE ne sont à priori pas réticents à l'achat d'un traitement et sont même prêts à limiter leur budget alimentaire pour pouvoir se procurer les médicaments. Par contre, quand ils ne rencontrent pas de problèmes, il est difficile pour eux d'envisager de "payer" pour se procurer un médicament. Il apparaît donc que la DE impacte fortement la qualité de vie des hommes qui en sont atteints, et qu'ils sont prêts à payer pour retrouver un état de bien-être physique, psychologique même en cas de difficultés financières et parfois même au dépend de leur alimentation.

La dysfonction érectile (DE) est un symptôme défini par l'HAS, comme " l'incapacité persistante ou récurrente ( $\geq 3$  mois) à obtenir ou maintenir une érection du pénis permettant d'avoir un rapport sexuel satisfaisant." (1)

De plus en plus d'hommes souffrent de dysfonction érectile.(2)

En 2019, une étude menée par l'institut français d'opinion publique (IFOP) pour charles.co a été réalisée par questionnaire auto-administré en ligne du 19 au 24 avril 2019 auprès d'un échantillon de 1957 personnes, de la population française masculine âgée de 18 ans et plus résidant en France métropolitaine: 61 % des hommes interrogés reconnaissent avoir déjà eu un trouble de l'érection au cours de leur vie. Ce phénomène semble être en augmentation ou du moins être plus facilement évoqué puisqu'ils étaient 44 % en 2005 et 49 % en 2010. (3)

C'est donc un trouble de sexualité fréquent susceptible d'altérer la qualité de vie des hommes et qui peut être source de souffrances psychologiques, sociales, et conjugales difficiles à exprimer pour le patient ou à apprécier par le médecin.(3)(4)(5)

De même, l'intérêt en termes de santé publique de ce dépistage n'est pas négligeable puisqu'il peut permettre de détecter des causes médicales sous-jacentes comme le diabète et les troubles cardio-vasculaires. (6)(7)(8)

C'est pourquoi, ces situations nécessitent une implication attentive du médecin dans le diagnostic précoce et la mise en place d'une stratégie thérapeutique adaptée.

Il devra également être attentif car l'accès aux traitements n'est pas aisé pour tous les patients. Les traitements de la DE ne sont pas remboursés par l'assurance maladie sauf certains, dans les troubles érectiles liés à une atteinte organique définie et grave.

Le coût des traitements n'est pas négligeable et peut-être un frein à la prise en charge pour des populations en situation de précarité.

En France, Il y a en 2018, environ 9 millions de personnes vivant au-dessous du seuil de pauvreté.(9)

On compte 27 millions d'emplois, occupés par 24 millions de salariés et 3 millions d'indépendants.

Parmi eux, 13,5 % des emplois, soit 3,7 millions de personnes, ont un statut précaire.(10)

De plus, en 2017, 9,7% de la population active est au chômage soit 2,7 millions de personnes.(11)

Plus précisément, Les Hauts-de-France sont, après la Corse, la deuxième région métropolitaine la plus touchée par la pauvreté avec 18,3 % de la population régionale vivant sous le seuil de pauvreté.(12)

La précarité et la pauvreté ne font que croître mais la santé sexuelle peut-être une priorité pour certains hommes, et le coût des traitements peut leur apparaître secondaire au vu des bénéfices apportés et parfois même, au dépend de leur budget alimentaire.(13)(14)

Plusieurs études vont dans ce sens :

- une thèse qualitative menée en 2018 par Mr Bobillier, a permis de montrer que sur 8 patients en situation de précarité, les difficultés psychosociales n'ont pas eu d'impact sur la prise en charge du problème, et n'étaient pas un frein à l'achat des traitements sauf pour un patient. (14)

- une thèse quantitative menée en 2011 par Mr Chapelet, montrait que parmi les hommes non satisfaits de leur capacité à avoir une activité sexuelle, le score de précarité n'était pas retrouvé comme facteur influençant une demande de soins sans plus de précision.

A noter que la précarité en elle-même apparaît comme un facteur de risque indépendant de DE. (15)

- une étude menée par l'IFOP en 2019, a permis de montrer que parmi les patients souffrants de dysfonction érectile, seul 21% des hommes ont recours à des médicaments sexo-actifs mais le niveau de revenu de ces hommes influence peu l'achat des traitements.

En effet, dans la catégorie de patients dits "aisés" (niveau de revenu de > 2465€ par mois), 23% ont recours à un traitement vs 21% dans la catégorie de patients dits "pauvres" (niveau de revenu <894€ par mois).

Mais aucune corrélation n'a été clairement recherchée entre le niveau socio-économique des patients et le recours à un traitement.

La précarité est "multifactorielle", elle ne correspond pas à une simple catégorie sociale ou à un niveau de revenu.

La définition de la précarité n'est pas simple, et nécessite une approche multidimensionnelle.

Le terme " précaire" vient du latin « precarius », qui désigne " qui s'obtient par prière".

Le dictionnaire Larousse définit la précarité successivement comme : « qui n'existe ou ne s'exerce que par une autorisation révocable », " qui n'offre nulle garantie de durée, de stabilité, qui peut toujours être remis en cause" et " qui est d'une sécurité douteuse".(16)

En 1987, dans son rapport au Conseil économique et social, Joseph Wresinski, définit la précarité comme le défaut d'accès à un et/ou plusieurs des dispositifs qui permettent aux personnes, aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux.(17)

De ce fait, une grande insécurité en résulte et peut parfois conduire à la pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence ou qu'elle tend à se prolonger.

A la différence de la précarité, la pauvreté est définie par des critères économiques et financiers.

Selon l'Insee, un individu est "pauvre" lorsqu'il vit dans un ménage dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté fixé conventionnellement. (9)

Pour J.Wresinski, Townsend et la charte d'Ottawa, certaines conditions sont indispensables à la santé, on les appelle " les déterminants sociaux de santé" : le logement, l'emploi, le revenu, l'alimentation, la culture, les conditions de travail, l'éducation, le stress, la violence. (11)

Leur identification permet de repérer une situation de précarité, vulnérabilité mais on remarque qu'un seul critère ne permet pas d'évaluer le degré de précarité. Il est indispensable d'avoir une approche multidimensionnelle.

C'est pourquoi, en 1998, le Centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé (CETAF) cherche à repérer les personnes les plus à risque de problèmes de santé du fait de leur situation sociale et crée le score Epices.

A partir d'un questionnaire comptant 42 questions, prenant en compte plusieurs dimensions de la précarité, 11 questions ont été retenues résumant à 90% la situation de précarité d'un sujet.

La réponse à chaque question est affectée d'un coefficient et la somme des 11 réponses donne le score EPICES. Le score varie de 0 (absence de précarité) à 100 (maximum de précarité).

Le seuil de 30 est considéré comme le seuil de précarité.(18)

L'objectif de cette thèse est donc de rechercher si l'achat des traitements pour traiter la DE est influencé par le niveau socio-économique des patients.

## I. Type d'étude et population

Il s'agit d'une étude épidémiologique, multicentrique, transversale, descriptive, régionale. Au total, 1325 questionnaires ont été déposés dans les cabinets des différents professionnels de santé, 512 ont été distribués aux patients.

La réponse attendue est de 30% soit 398 sujets ; nombre nécessaire pour assurer une puissance statistique suffisante à l'étude.

17 médecins généralistes de l'Arrageois (11 en secteur urbain, 6 en secteur semi rural), un médecin généraliste Lillois, un sexologue ont participé ainsi que les urologues de l'hôpital et de la clinique privé des Bonnettes à Arras, de l'hôpital Saint-Philibert à Lomme, et du CHRU de Lille. Quelques questionnaires ont également été distribués dans le service d'évaluation de traitement de la douleur à l'hôpital de Valenciennes.

Critères d'inclusion, de non-inclusion et d'exclusion :

- Les critères d'inclusion sont : tout patient de plus de 40 ans, sachant lire et écrire, consultant son généraliste, son urologue, ou son sexologue quel qu'en soit le motif.
- Critères d'exclusion : tout questionnaire incorrectement rempli, les patients ayant bénéficiés d'une chirurgie de prostate et les questionnaires faussés du fait de l'oubli d'une question dans le score EPICES.
- Critères de non-inclusion : patients de moins de 40 ans, analphabètes.

## II. Elaboration du questionnaire (annexe 1)

Le questionnaire se présente en 2 parties.

La première reprend les données socio-économiques du patient : l'âge, la situation familiale, la présence ou non d'enfant, la profession, le niveau d'études et le score EPICES.

La seconde est destinée à dépister la dysfonction érectile avec le score IIEF 5 et si les patients bénéficient d'une prise en charge pour ce problème.

Dix-neuf questions sont posées sous forme de QCMs.

Avant sa diffusion, le questionnaire a été testé sur quelques patients.

La première question du score EPICES " Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?" était ressentie parfois comme trop agressive par les patients, nous avons donc volontairement changé l'ordre des questions. Cette modification a maladroitement engendré l'oubli d'une proposition dans le score EPICES : "Etes-vous propriétaire de votre logement (ou accédant à la propriété) ?", question cotée à -8,28.

De plus, nous avons préféré commencer par les questions administratives plutôt que médicales (DE), pour ne pas brusquer les patients.

### **III. Recueil des données**

Les questionnaires sont anonymes et distribués aux patients en salle d'attente des cabinets médicaux, parfois remplis avec l'aide du praticien, du 1er mai 2019 au 15 septembre 2019. Ils sont récupérés directement par le médecin ou la secrétaire.

### **IV. Analyse statistique**

La saisie des données a été réalisée sous le logiciel Microsoft Excel®. L'analyse statistique a été réalisée sous le logiciel R version 3.6.1.

Les variables quantitatives sont exprimées en « moyennes » et « écarts types ». Les variables qualitatives se présentent en « effectifs » et « pourcentages ». Celles-ci ont fait l'objet d'un test de Chi2 quand les conditions étaient réunies, et dans le cas contraire avec un test exact de Fisher. Le risque alpha est de 5%.

### **V. Ethique et CNIL**

Le délégué à la protection des données a été joint. Dans la mesure où le questionnaire papier est mis à la disposition des patients, dans différents cabinets médicaux et qu'aucune donnée identifiante n'est collectée, le traitement bénéficie d'une exonération de déclaration et il n'a pas été nécessaire de contacter le Comité de Protection des Personnes (CPP).



## I. Analyses uni-variées

### A. Effectifs globaux

#### 1. Taux de réponses

Parmi les patients exclus, on compte :

- 50 patients ayant subits ou bénéficiés d'une chirurgie de prostate
- 10 questionnaires faussés par l'oubli d'une proposition dans le score EPICES
- 1 patient n'ayant pas répondu à la totalité du questionnaire

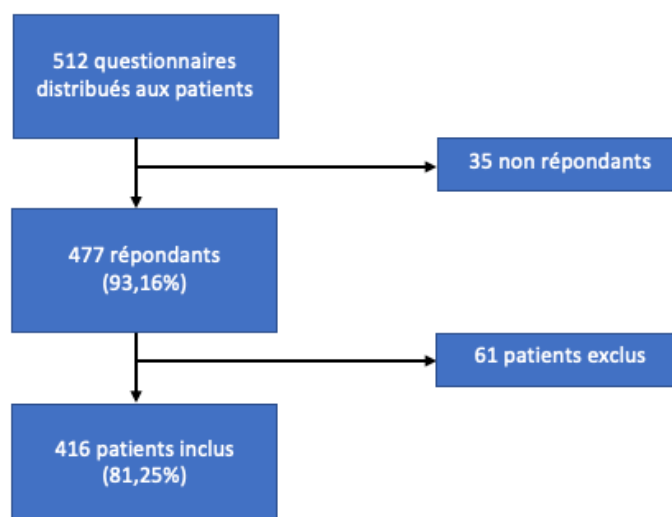


Figure 1. Diagramme de flux représentant la répartition des patients ayant reçu un questionnaire.

#### 2. Lieu de recueil

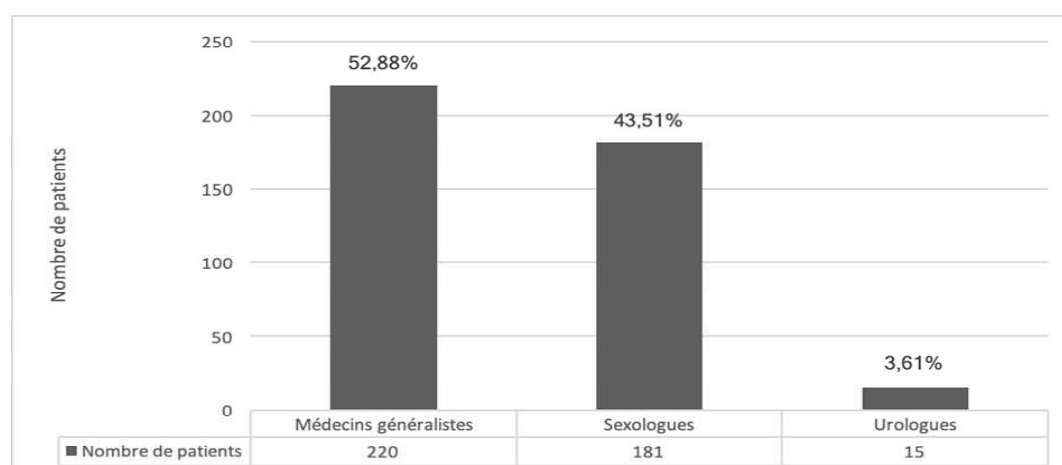


Figure 2 : Lieux de recueil des questionnaires par profession.

### 3. Age

La moyenne d'âge, dans cette population est de 55,7 ans avec un écart type de 9,7 ans. L'âge des sujets est compris entre 40 ans et 83 ans.

### 4. Situation familiale

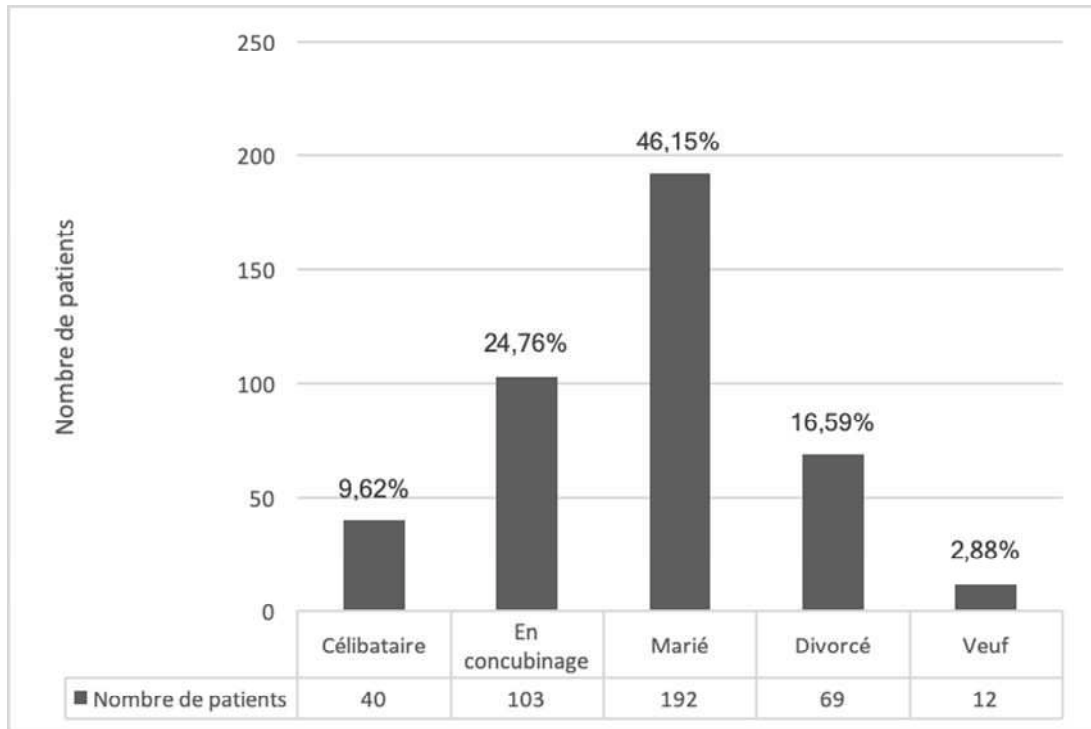


Figure 3 : Répartition des patients selon leur situation familiale.

### 5. Parentalité

338 sujets ont des enfants (soit 81,25%). Les patients ayant des enfants ont en moyenne 1,9 enfants, avec un écart type de 1,37.

## 6. Profession

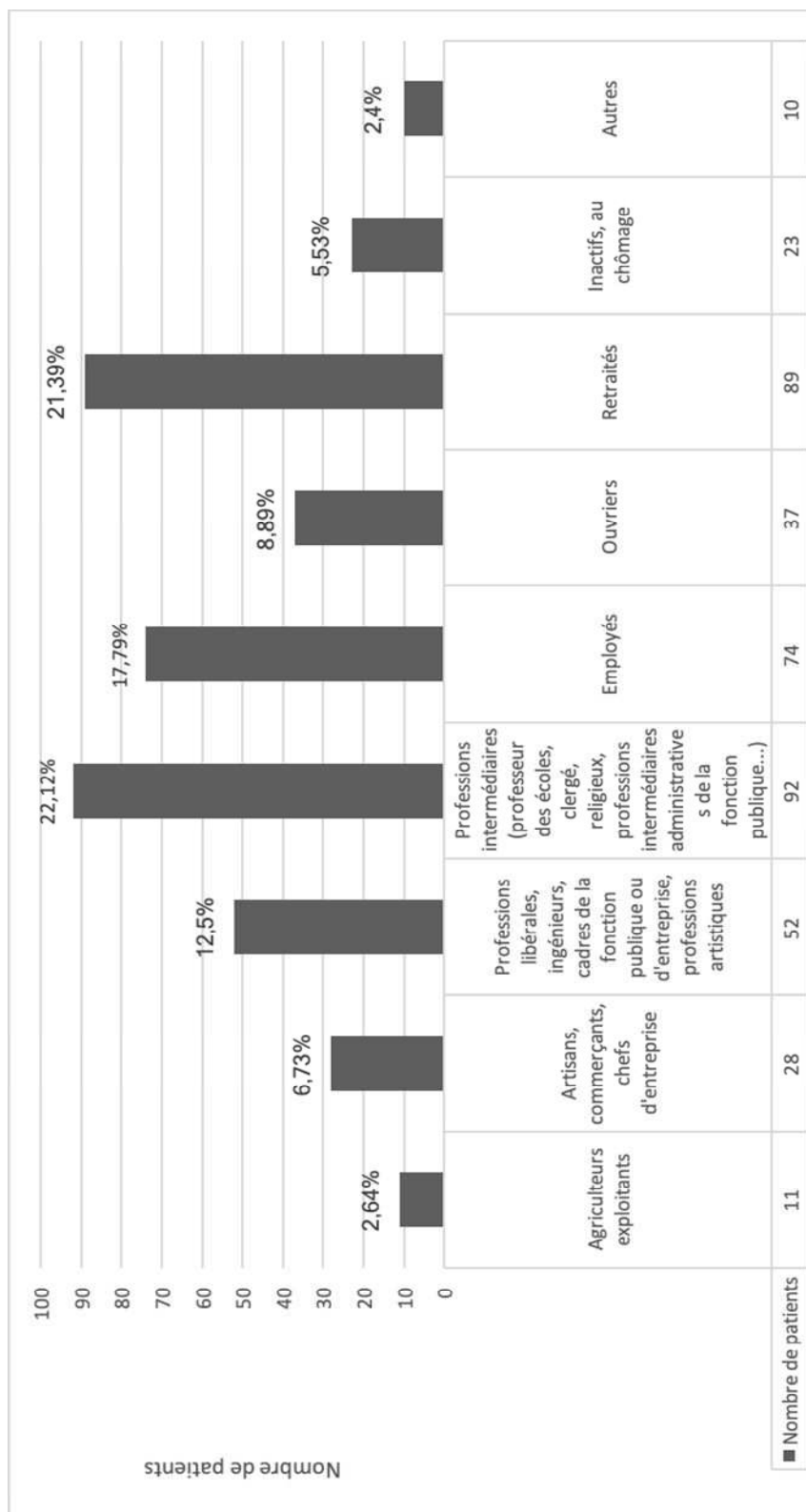


Figure 4 : Répartition des patients selon leur profession.

Parmi les 10 patients ayant répondu "Autres" : 7 ont précisés être invalides, 2 qu'ils étaient handicapés. Seul 1 patient n'a pas précisé.

## 7. Niveau d'étude

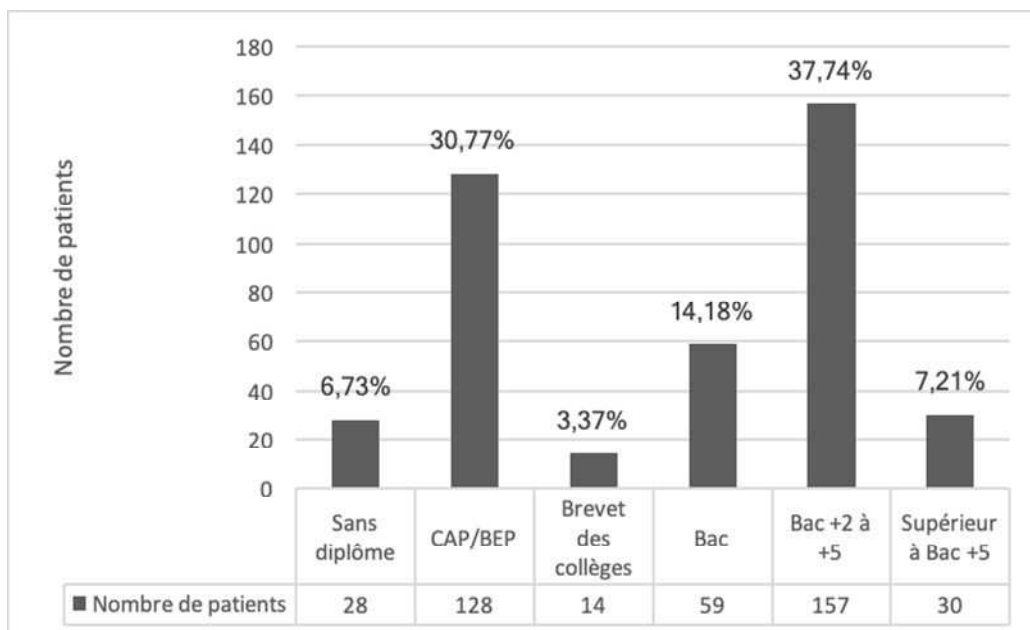


Figure 5 : Répartition des patients selon leur niveau d'étude.

## 8. Score EPICES

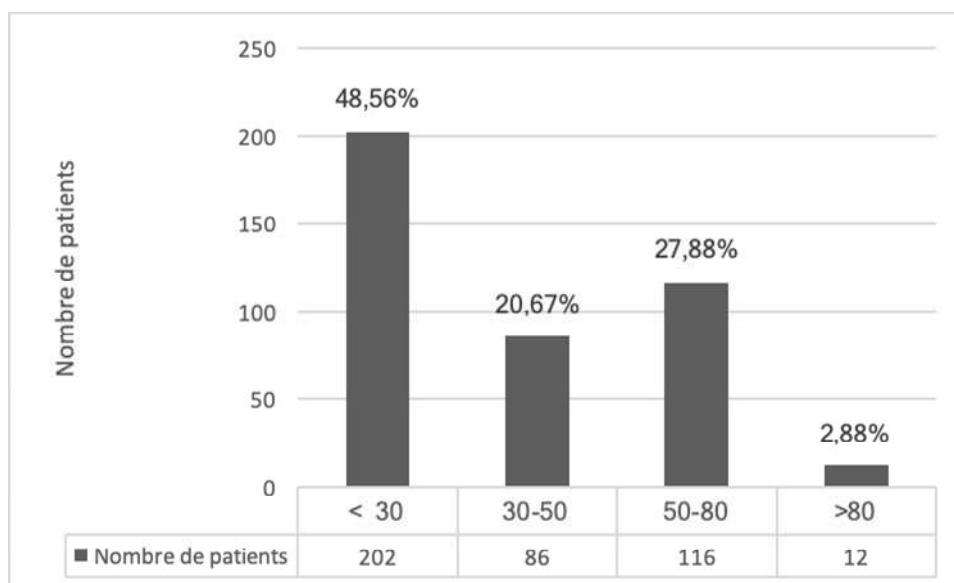


Figure 6 : Répartition par catégories des patients selon le score EPICES.

En moyenne, le score EPICES est de 37,66 avec un écart type de 22,61. Le score EPICES minimal est de 8,28 et de 100 pour le maximal. 214 soit 51,44 % des patients sont précaires contre 202 soit 48,56% non précaires.

## 9. Score IIEF5

Le score IIEF5, " The international index of erectile function " est un auto-questionnaire simplifié en 5 questions dont la réponse est cotée de 0 à 4 ou 5 par question. Ce questionnaire permet de dépister les troubles de l'érection chez les hommes au cours des 6 derniers mois.

Score IIEF5 < ou égal à 4 : Ininterprétable

Score 5<IIEF5<10 : Dysfonction érectile sévère

Score 11<IIEF5<15 : Dysfonction érectile modérée

Score 16<IIEF5<20 Dysfonction érectile légère

Score 21<IIEF5<25 : Fonction érectile normale

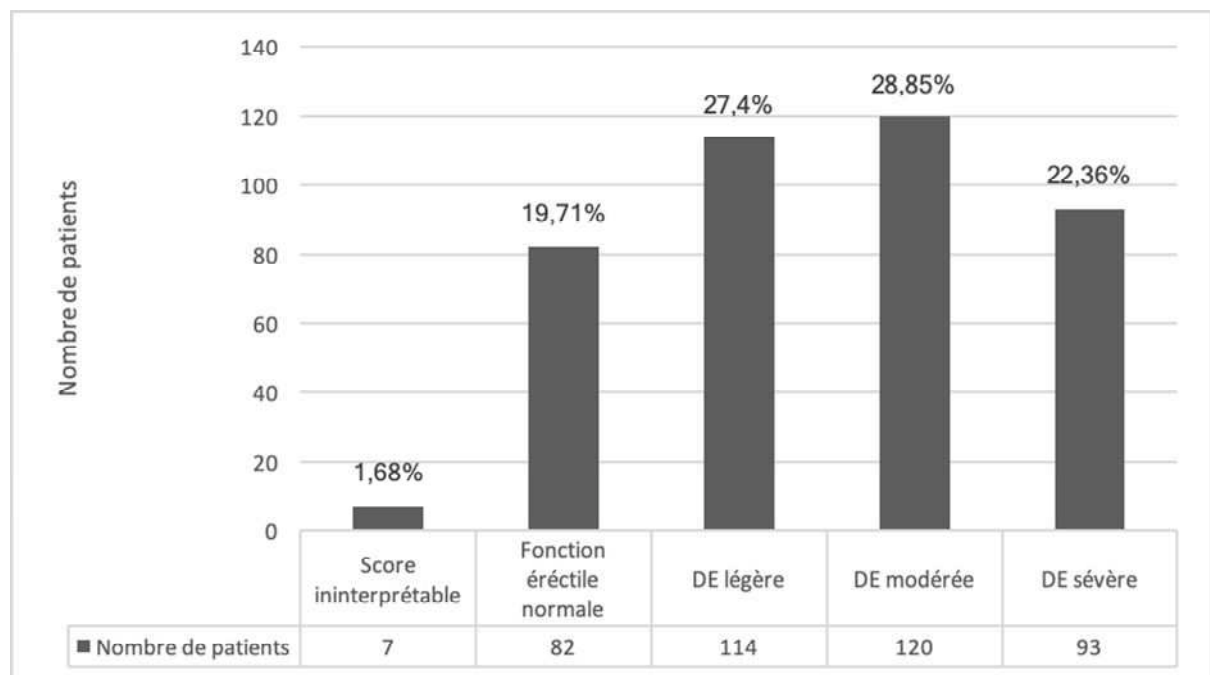


Figure 7 : Répartition des patients selon leur niveau de DE.

En moyenne, les patients de l'étude ont un score IIEF5 a 15,28 avec un écart type de 5,68.

78,61% des patients ont ou ont déjà eu des troubles de l'érection.

## 10. DE : vision du patient

300 patients (soit 72,12%) estiment avoir ou avoir eu au cours de leur vie des problèmes d'érection contre 116 (soit 27,88 %) n'ayant jamais rencontré ce problème.

## B. Analyse des patients souffrant de DE

### 1. Analyse générale des patients souffrant de DE

#### a) Premier abord du problème

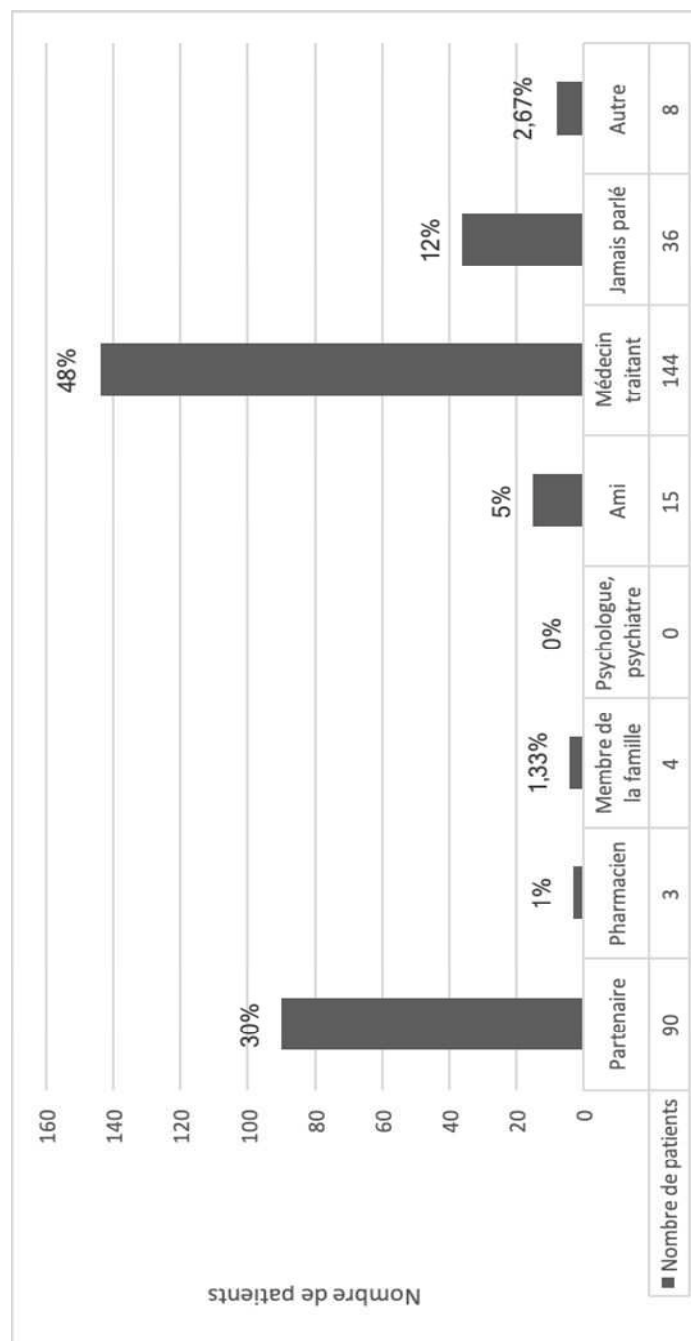


Figure 8 : Répartition des patients selon le premier abord de leur problème.

Parmi les 8 patients ayant répondu " Autres" :

- 6 ont précisés en avoir parlé à leur sexologue
- 2 patients n'ont pas donné de précisions

## b) Délai d'abord du problème

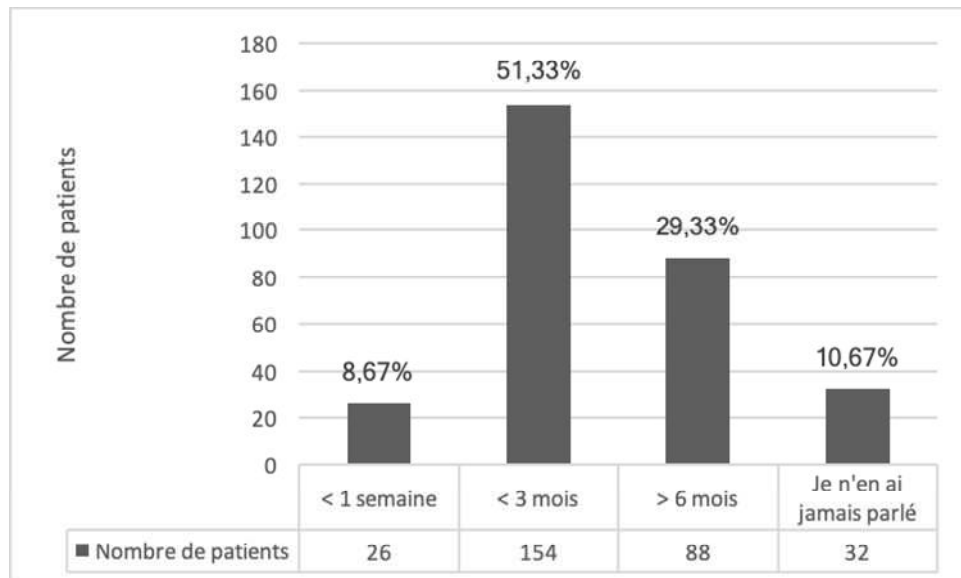


Figure 9 : Répartition des patients selon le délai d'abord de leur problème.

## c) Prise de traitement

177 patients (soit 59%) prennent un traitement pour leur problème de DE contre 123 (41%) qui n'en prennent pas.

## 2. Patients souffrant de DE et prenant un traitement

### a) Type de traitement

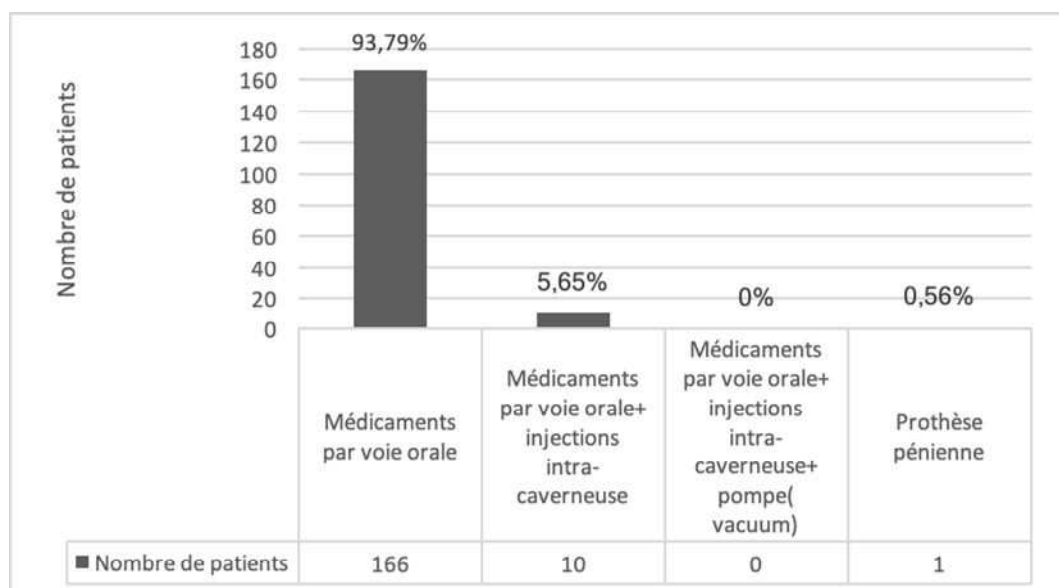


Figure 10 : Répartition des patients atteints de DE selon le type de traitement.

## b) Retrait des médicaments en pharmacie

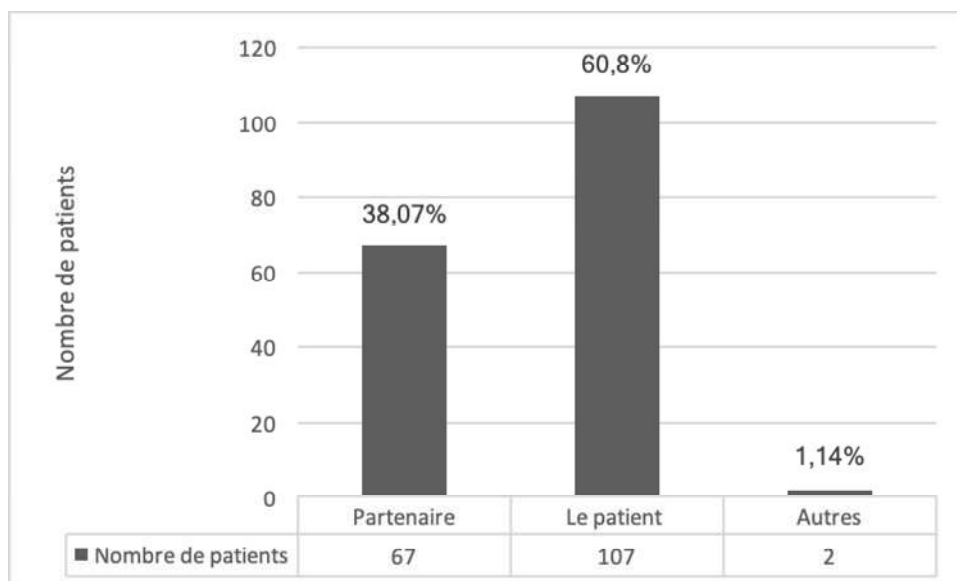


Figure 11 : Répartition des patients selon la personne qui achète les médicaments à la pharmacie.

Cette analyse a été réalisée sur un effectif de 176 patients au lieu des 177 patients traités car un patient bénéficie d'un traitement par prothèse péniennne donc n'a pas besoin de se rendre en pharmacie. Les 2 patients ayant répondu " Autres" n'ont pas précisé leur réponse.

## c) Budget pour les médicaments

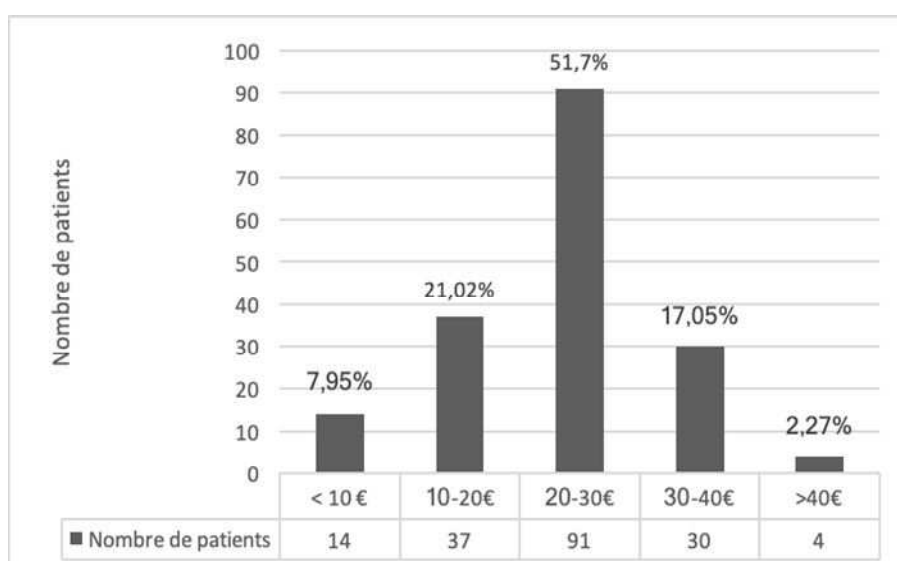


Figure 12 : Répartition des patients selon leur budget pour l'achat des médicaments.

De même pour cette question, l'effectif total de patients est de 176.



#### **d) Limitation de budget pour l'achat des médicaments**

48 patients (27,12%) ont déjà limités leur budget alimentaire pour pouvoir s'acheter leur traitement, contre 129 patients (72,88 %) qui ne se sont jamais limités.

### 3. Patients souffrant de DE et ne prenant pas de traitement

#### a) Causes d'absence de traitement

Cette question est à choix multiples. Parmi les 8 patients ayant répondu " Autres" :

- un patient a précisé avoir eu une chirurgie de vessie, un autre, que "ça dépendait de la partenaire"
- 6 n'ont pas donné de précision

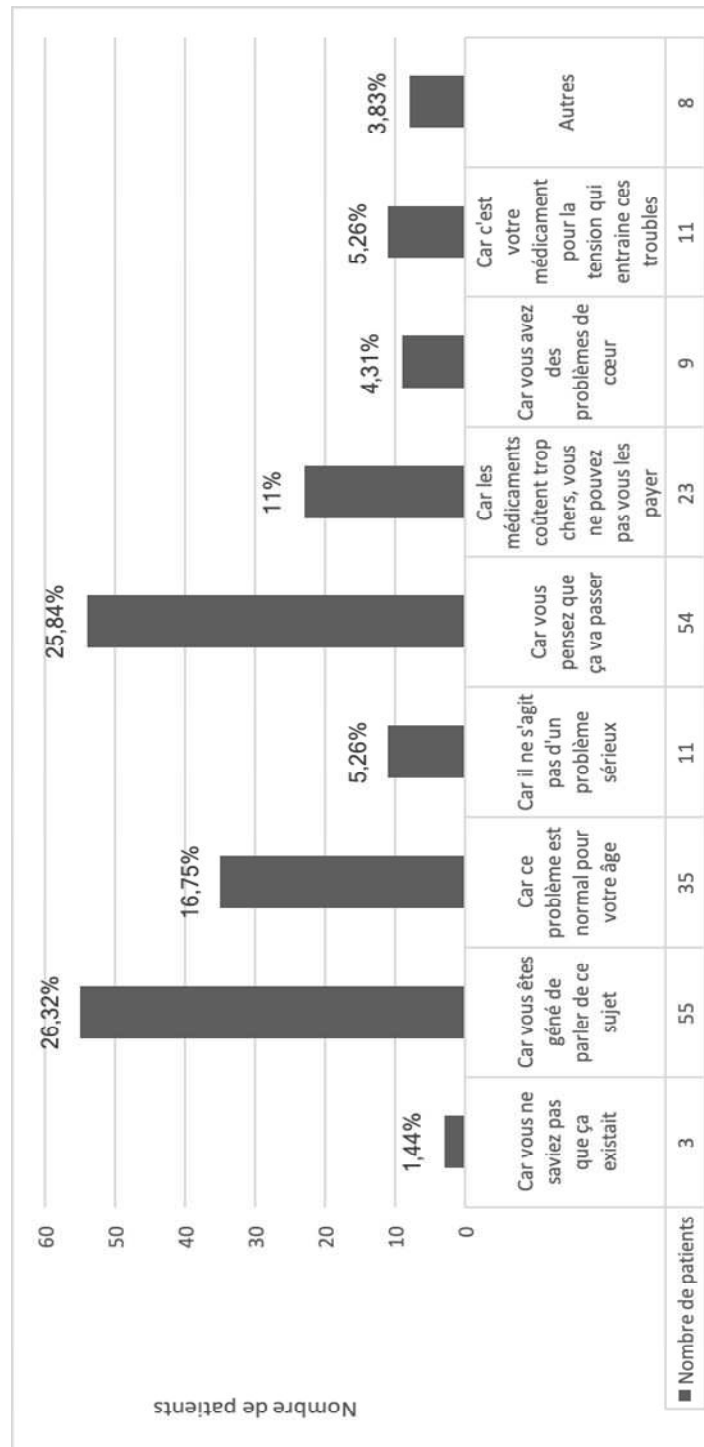


Figure 13 : Répartition des patients selon leur raison de non traitement

### **b) Eventualité de la prise d'un traitement**

88 patients (soit 71,54%) envisagent de prendre un traitement contre 35 patients (28,46%) qui ne souhaitent pas en prendre.

### **c) Limitation de budget envisageable**

63 patients (soit 51,22%) sont prêts à limiter leur budget alimentaire pour pouvoir se procurer les traitements, contre 60 patients (soit 48,78 %) qui n'envisagent pas de le limiter.

## **C. Analyse des patients ne souffrant pas de DE**

### **1. Eventualité de la prise d'un traitement**

75 patients (soit 64,66%) sont prêts à prendre un traitement un jour s'ils sont confrontés à ce problème contre 41 patients (soit 35,34%) qui n'envisagent pas la prise d'un traitement s'ils y sont confrontés.

### **2. Limitation de budget envisageable**

31 patients (soit 26,72%) sont prêts à limiter leur budget s'ils sont confrontés un jour à ce problème contre 85 patients (73,28%) qui ne l'envisagent pas.

## **II. Analyses bi-variées, d'association**

### **A. *Lien entre niveau socio-économique et prise ou non d'un traitement***

L'objectif principal de notre étude est de rechercher s'il existe une relation entre le niveau socio-économique et l'achat des traitements.

Les sujets en situation de précarité sont 60,71% à prendre un traitement contre 56,82% de sujets non précaires. Avec une p-value de 0,57, ces valeurs ne semblent pas significatives.

## B. Lien entre niveau socio-économique et budget chez les patients traités

Les catégories "> 40 euros" et "30-40€" ont été regroupées dans la catégorie ">30€".

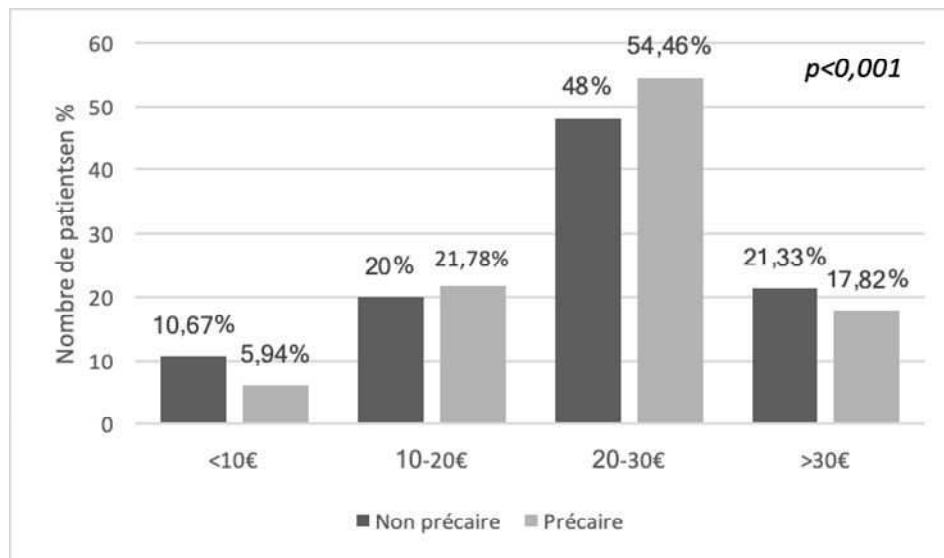


Figure 14 : Relation entre le niveau socio-économique et budget.

## C. Lien entre le niveau socio-économique et limitation de budget

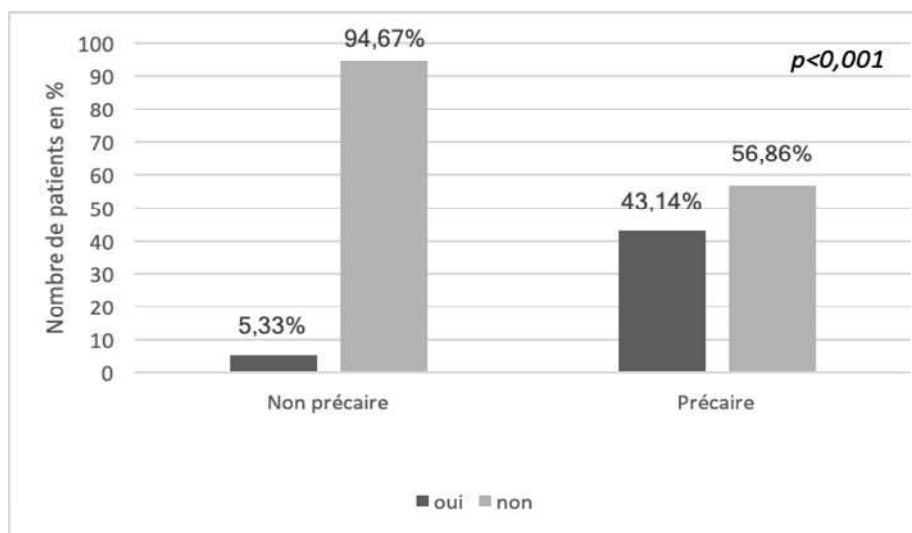


Figure 15: Relation entre niveau socio-économique et limitation de budget.

#### **D. Lien entre niveau socio-économique et le type de traitement pris**

94,67% des patients précaires prennent des médicaments par voie orale contre 93,14% des sujets non précaires. 6,86% des sujets précaires prennent un traitement "Autres" que la voie orale, contre 5,33% des sujets non précaires. La p-value de ce test est 0,76 ; il ne paraît pas y avoir d'association.

#### **E. Lien entre niveau socio-économique et achat des traitements à la pharmacie**

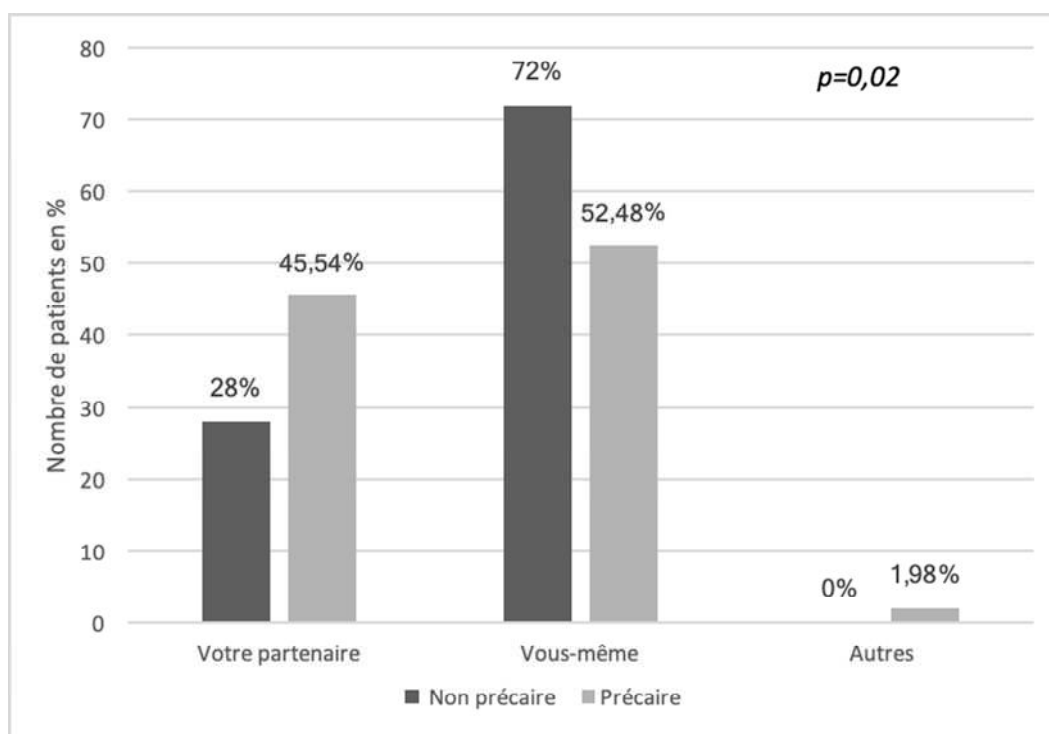


Figure 16 : Relation entre niveau socio-économique et la personne qui achète les médicaments à la pharmacie.

**F. Lien entre niveau socio-économique et premier abord du problème de dysfonction érectile**

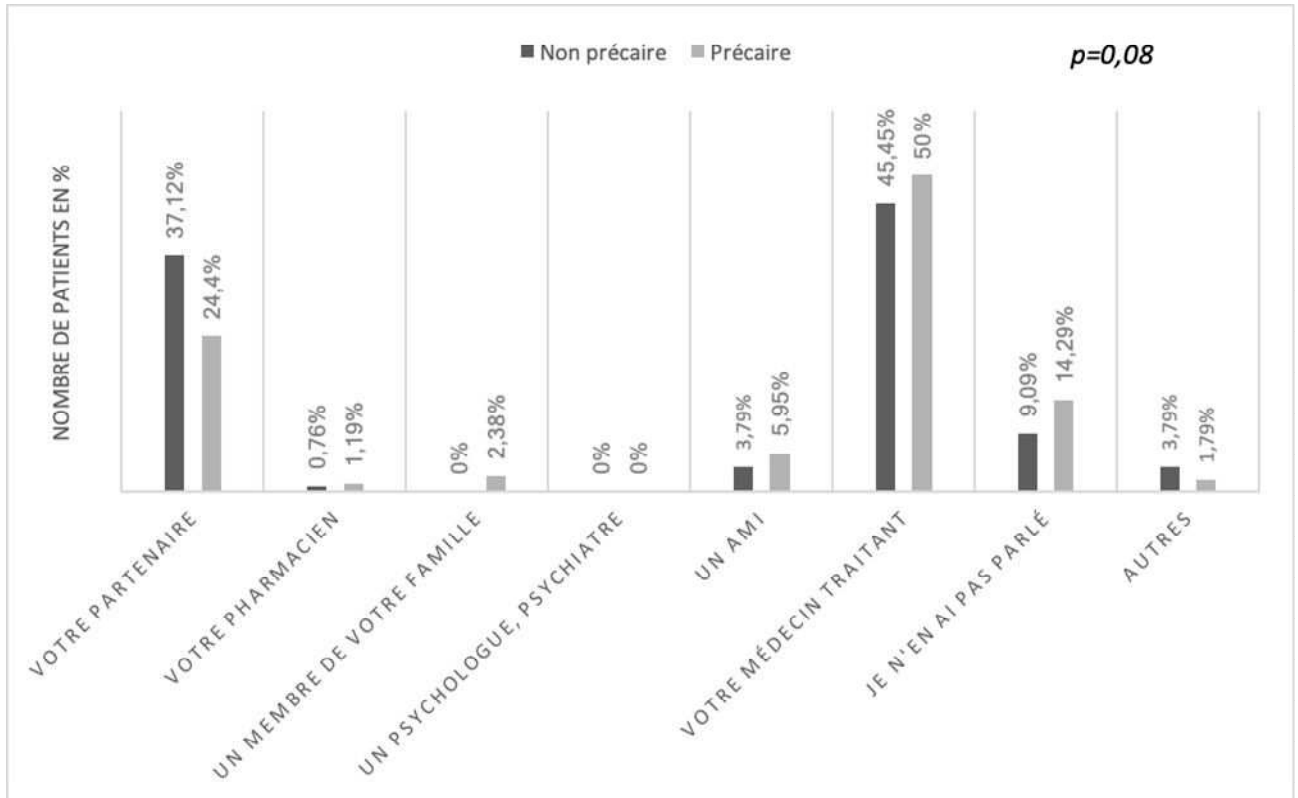


Figure 17 : Relation entre niveau socio-économique et premier abord.

**G. Lien entre niveau socio-économique et délai d'abord**

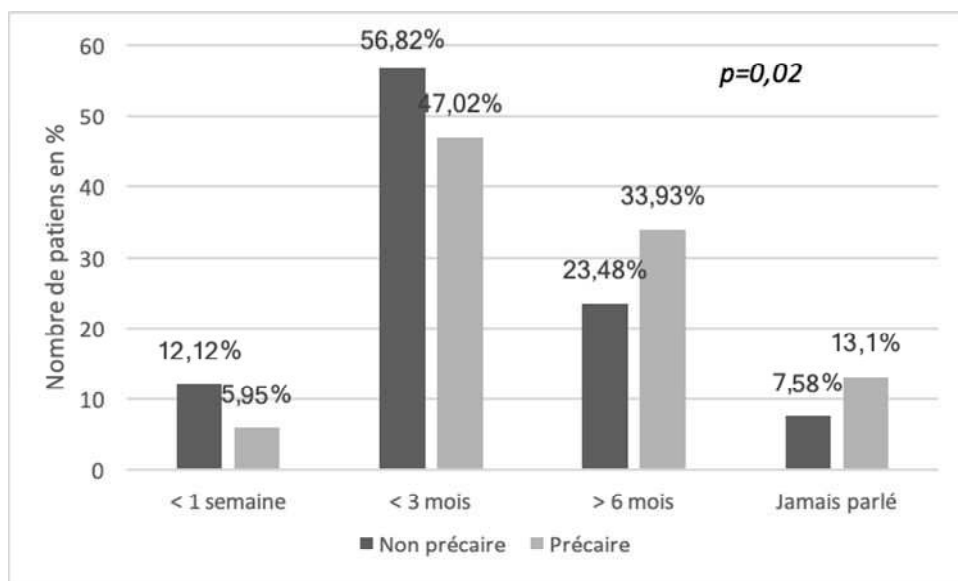


Figure 18 : Relation entre niveau socio-économique et délai d'abord.

**H. Lien entre niveau socio-économique et situation familiale dans la prise en charge de la DE**

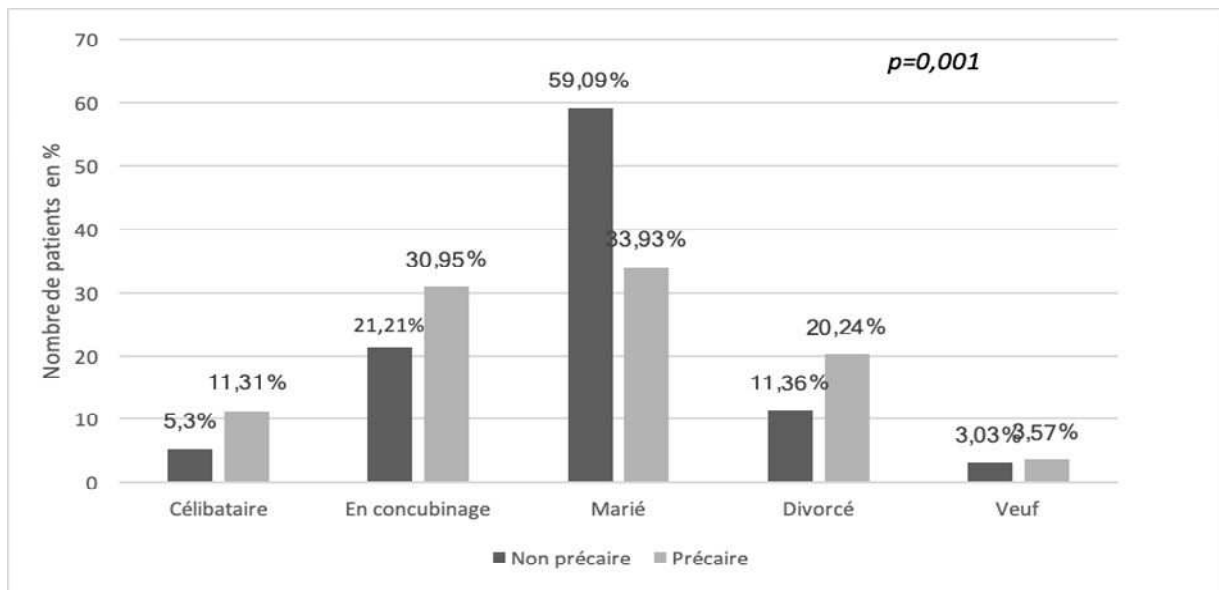


Figure 19: Relation entre niveau socio-économique et situation familiale chez les sujets souffrants de DE.

**I. Lien entre niveau socio-économique et sévérité du score IIEF5**

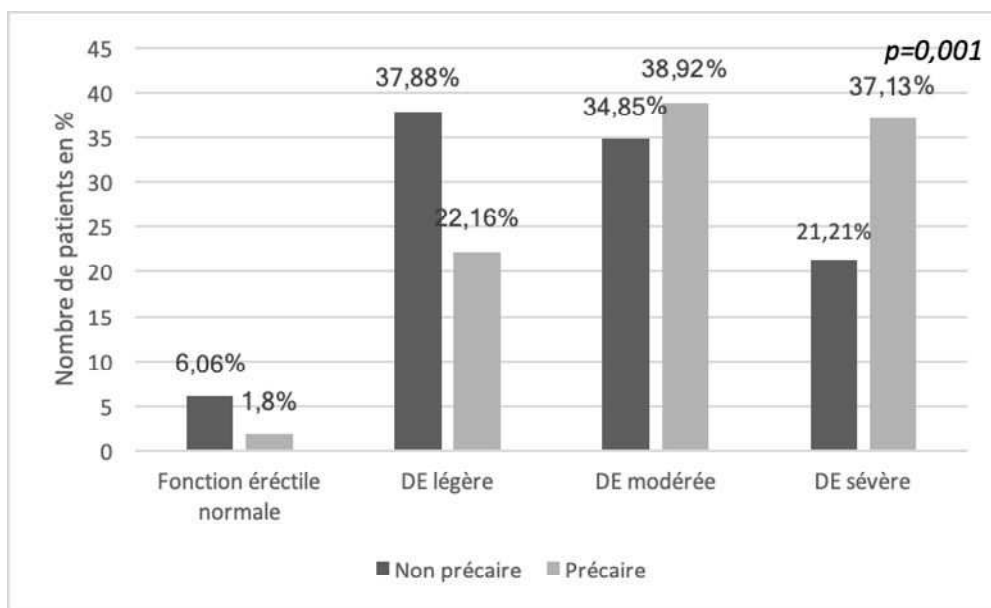


Figure 20 : Relation entre niveau socio-économique et niveau de sévérité de la DE.

**J. Lien entre niveau socio-économique et âge dans la prise en charge de la DE**

Il ne semble pas y avoir de différence significative entre l'âge des patients atteints de DE et le niveau socio-économique (p-value de 0,67).



## K. Lien entre niveau socio-économique et causes de non prise de traitement

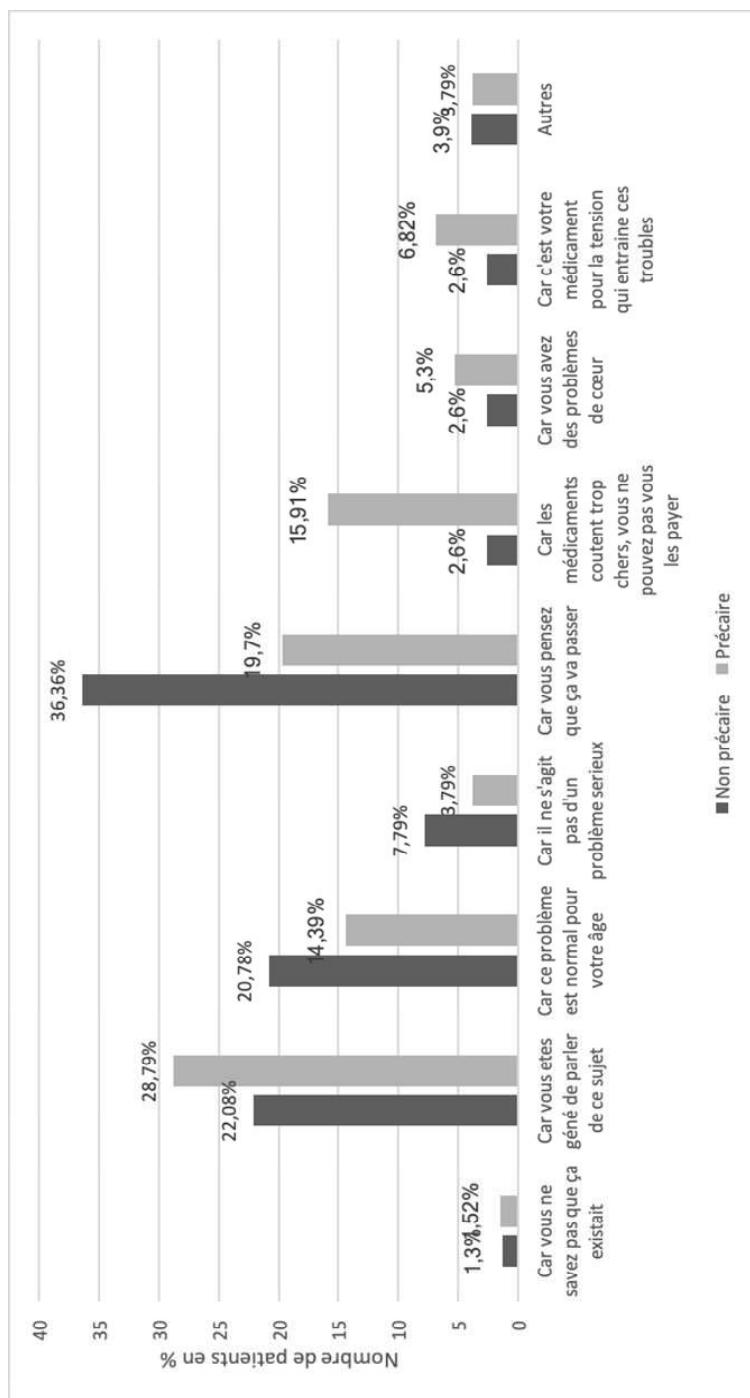


Figure 21 : Description des causes de non prise de traitement en fonction du niveau socio-économique.

Il n'a pas été possible de faire un test pour rechercher une corrélation car cette question était à choix multiples et les données dépassent 100%. Néanmoins, nous avons pu décrire les raisons de non prise de traitements pour chaque groupe de patients

***L. Lien entre niveau socio-économique et acceptation de prendre un traitement si patient avec DE non traitée***

Avec une p-value de 0,02, il semble exister une différence significative entre le niveau socio-économique et l'adhésion à un traitement en cas de DE non traitée. En effet, 82,46 % des patients non précaires envisagent de prendre un traitement pour palier à leur trouble de l'érection contre 62,12% des sujets précaires.

***M. Lien entre niveau socio-économique et limitation de budget si patients avec DE non traitée***

Les analyses ne montrent pas de différence significative entre le niveau socio-économique et la nécessité de limiter son budget pour l'achat des traitements, avec une p-value de 0,40.

***N. Lien entre le niveau socio-économique et acceptation de prendre un traitement chez les patients non atteints***

Le niveau socio-économique et l'acceptation de prendre un traitement si les sujets sont, un jour, confrontés à des problèmes de DE semblent liés. Les sujets non précaires (74,29%) seraient plus entrain à envisager la prise d'un traitement si DE que les sujets précaires (50%), avec une p-value de 0,01.

***O. Lien entre niveau socio-économique et limitation du budget alimentaire chez les patients non atteints***

30% des sujets non précaires et non atteints de DE seraient prêt à limiter leur budget alimentaire s'ils souffrent un jour de DE contre 21,74 % des sujets précaires.

Ces résultats ne semblent pas significatifs avec une p-value de 0,4.

**P. Lien entre la vision des patients concernant leur érection et leur score IIEF5 en fonction de leur niveau socio-économique**

Ici, on compare le test "score diagnostic IIEF5" en tant que gold standard au ressenti des patients comme test "diagnostic à tester". De ce fait, le plus pertinent, est de calculer la sensibilité et la spécificité du ressenti des patients par rapport à l'IIEF5.

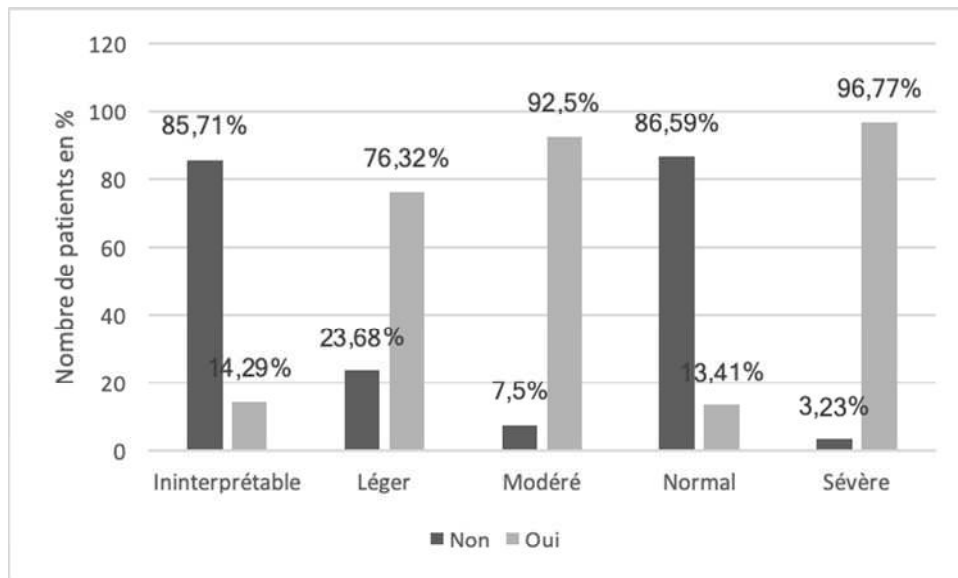


Figure 22: Comparaison des réponses des patients au score IIEF5 et à la question subjective de DE (question 9 du questionnaire).

La sensibilité du test est de 0,80 avec un intervalle de confiance compris entre 0,84 et 0,91.

La spécificité du test est de 0,87 avec un intervalle de confiance compris entre 0,78 et 0,93.

Le test Kappa=0,66.

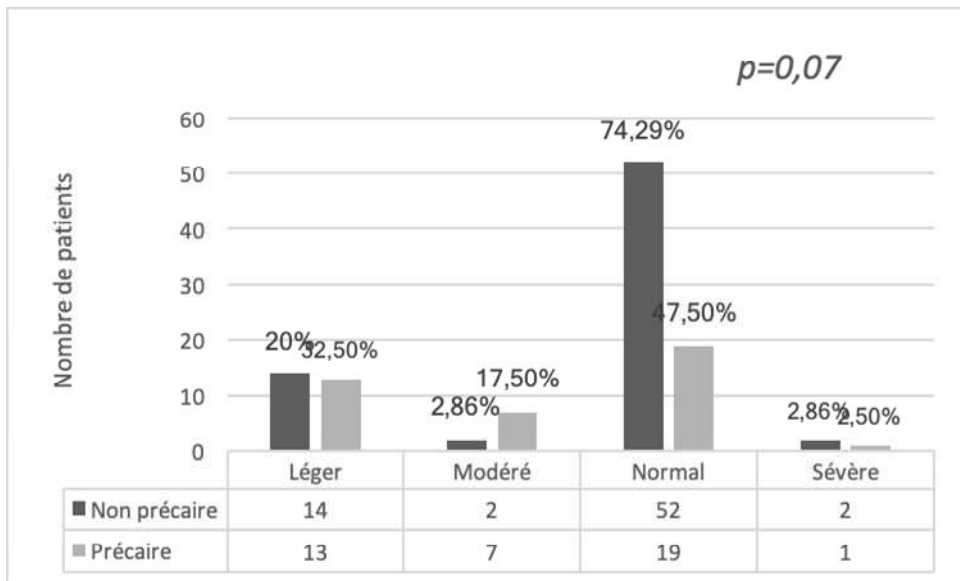


Figure 23 : Discordance entre les patients n'estimant pas avoir de DE et score IIEF5 en fonction de leur niveau socio-économique.

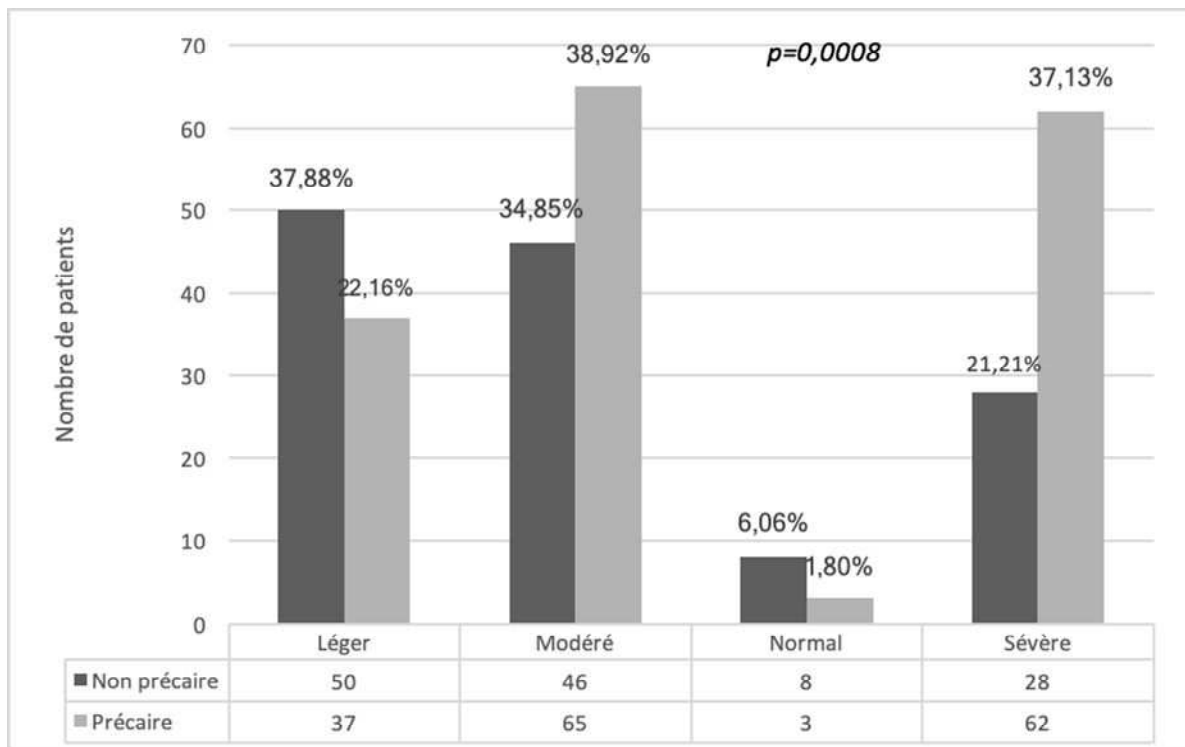


Figure 24: Discordance entre les patients estimant avoir une DE et score IIEF5 en fonction de leur niveau socio-économique.

## I. Points forts et limites de l'étude (validité interne)

Le principal intérêt de cette étude est l'intégration de la notion de précarité dans la prise en charge des troubles de l'érection, troubles qui sont de plus en plus fréquents dans la population.

De nombreuses études évoquent les facteurs influençant, les comorbidités associées et la prise en charge globale des patients atteints de DE mais peu d'études abordent l'influence du niveau socio-économique sur l'accès aux soins de cette pathologie en incluant l'achat des traitements, et les possibles limitations budgétaires des patients.

Ce travail est particulièrement intéressant dans notre région, où le taux de précarité est le deuxième plus important de France après la Corse. (12)

Par ailleurs, l'anonymat des questionnaires a facilité une réponse libérée des patients par rapport à la gêne que suscite parfois l'abord de ce sujet délicat. Il nous a semblé qu'un questionnement direct des patients par l'enquêteur aurait pu créer un biais de recueil.

On peut noter que lors de la conception de cette étude, un grand nombre de questionnaires a été distribué aux médecins (1325), et même si un taux de réponses plus important était espéré, le nombre de sujets à inclure permettant d'obtenir une puissance satisfaisante, a été obtenu. Un autre point fort, est la constitution de groupes homogènes à comparer : 202 patients non précaires contre 214 patients précaires.

Les réponses à notre étude ont permis d'aller dans le sens d'autres études réalisées mais ont permis également de révéler des données informatives et des questionnements intéressants malgré des biais inévitables :

- Un biais de volontariat : les patients ayant répondu aux questionnaires étaient volontaires et non tirés au sort. Les caractéristiques des personnes volontaires peuvent être différentes (NSE, présence ou non d'une DE) de celles des personnes qui décident de ne pas y participer. Il est possible également que les patients non volontaires n'aient pas souhaité évoquer le problème.

- Un biais de non réponse : les patients ayant refusé de collaborer peuvent avoir des avis et des vécus différents de ceux qui coopèrent.
- Un biais d'attrition : les non répondants ou non participants sont peut-être moins soucieux de leur santé ou gênés d'évoquer le sujet, et donc plus à risque de ne pas prendre de traitement.
- Un biais d'échantillonnage : Même s'il est intéressant d'avoir un recueil multicentrique des patients pour obtenir une plus grande diversité de population, le taux de réponses a forcément été plus important chez le médecin sexologue, et l'adhésion à un traitement plus forte car les patients consultaient spécifiquement pour ce type de problème. De plus, les médecins traitants connaissant les dossiers médicaux de leur patient ont pu influencer les réponses en le distribuant préférentiellement aux patients atteints de DE. Par ailleurs, nous avons choisi pour cette étude de n'inclure que des patients de plus de 40 ans, or les hommes de moins de 40 ans peuvent également rencontrer des difficultés psychosociales et la prévalence de la dysfonction érectile dans cette tranche d'âge n'est pas négligeable. La vision de leur santé et leur prise en charge auraient pu modifier nos résultats.
- Un biais d'information non négligeable : en remplissant un questionnaire anonyme, la personne peut mentir par omission, inexactitude, exagération.
- Un biais de questionnement : dans les réponses proposées aux items 4,10,14,17, nous avons laissé un choix " autres" qui nous permettait d'ouvrir la question et d'éviter les idées pré conçues mais cette possibilité a pu également engendrer des non réponses.
- Un biais de négligence : La proposition "Etes-vous propriétaire de votre logement (ou accédant à la propriété) ? " a été involontairement oubliée dans le score EPICES, coté à -8,28. On ne peut faire abstraction de cette erreur qui aurait pu fortement impacter les résultats concernant la corrélation entre le niveau socio-économique et la prise en charge de la dysfonction érectile. Nous avons pris la décision d'exclure les questionnaires distribués initialement et qui aurait pu fausser la classification des patients. Au final, il y a eu peu d'impact car les patients dont le

questionnaire était faussé, avaient subi une chirurgie de prostate donc étaient exclus d'emblée. Seul 10 patients sans critères d'exclusion volontaires ont dû être retirés de l'étude du fait de cet oubli.

A noter que 2 patients malgré leur réponse au score EPICES, ont mis des points d'interrogation à côté des propositions " Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?" et " En cas de difficultés ... une aide matérielle" montrant leur incompréhension face à ces termes, ce qui a pu engendré un biais de confusion.

Par ailleurs, même s'il n'y a pas eu de répercussions sur notre étude, certains patients exclus d'emblée, n'ont pas répondu à toutes les propositions du score EPICES. Cela nous laisse penser que d'autres patients en fonction de leur niveau d'éducation, ont pu également rencontrer ce problème.

Seul 1 patient n'ayant pas subi de chirurgie de prostate ni de questionnaire faussé, a été exclu car il n'avait pas répondu à l'ensemble du questionnaire. Ce patient était précaire. On peut s'interroger sur cette absence de réponse : est-ce lié à une gêne du patient d'aborder ce sujet ou à une incompréhension du questionnaire ?

## **II. Comparaison de l'étude avec la littérature**

### **A. Descriptif de la population**

#### **1. Age**

La moyenne d'âge de notre échantillon est de 55,7 ans, soit très proche de celle de l'échantillon de 1004 patients de plus de 40 ans représentatifs de la population masculine française de l'étude "Prévalence de l'insuffisance érectile en France" menée en 2002, qui était de 57,3.

Cette étude portait sur le dépistage de la dysfonction érectile par auto-évaluation du patient et par l'usage du score IIEF5.(2)

Elle est également comparable à celle retrouvée dans la thèse de Mr Chapelet, qui était de 56,5 ans, travail concernant également les patients de plus de 40 ans dans des cabinets de médecine générale du Nord et de l'Aisne.(15)

Nous avons fait le choix de n'inclure dans notre étude que les patients de plus de 40 ans car il a souvent été décrit dans la littérature, qu'il s'agissait de la catégorie d'âge la plus souvent concernée par les problèmes de DE.

On retrouve pour la première fois cette notion en 1994 dans l'étude "la Massachusetts Male Ageing Study" de Feldman qui précise que 52% des hommes âgés de 40 à 70 ans présentent des problèmes d'érection.(19)

Ces chiffres sont retrouvés dans la population française en 2002 avec 31,6% de troubles érectiles en moyenne et 66,7% après 70 ans.(2)

Ces données sont confirmées par une étude toute récente menée par l'IFOP sur 1957 patients, montrant que parmi les patients qui ont rencontrés des problèmes réguliers de DE, 40% des hommes avaient plus de 70 ans. Cependant, on ne peut pas négliger que 12% des hommes entre 30-39 ans et 18% de moins de 30 ans, sont également concernés. (3)

Une récente étude, va dans le même sens : sur 1000 hommes de 25-40 ans, 39% ont déjà eu un problème d'érection. (20)

Les causes de DE sont souvent différentes chez les patients jeunes (abus de drogue, stress...) des causes retrouvées chez les patients âgés aux risques cardio-vasculaires plus élevés (diabète, hypertension...). (8)(15) (21)(22)(23)

Cependant il aurait pu être intéressant d'inclure les patients plus jeunes dans notre étude car la précarité est très présente dans cette tranche d'âge et influe probablement sur la prise en charge voire la genèse des troubles.

En effet, l'âge est un facteur indispensable à prendre en compte dans la recherche d'un état de précarité chez les patients.

En juillet 2018, les résultats d'une enquête menée par l'INSEE retrouve qu'un peu plus de la moitié des personnes pauvres ont moins de 30 ans (les enfants, les adolescents, et les jeunes adultes), les 60 ans sont moins touchés, ils représentent environ 10 % des personnes pauvre mais la pauvreté est plus durable.(24)

Ces chiffres confirment que si nous avons pris en compte les patients de moins de 40 ans, nos résultats auraient pu être influencés du fait du taux important de précarité dans cette catégorie d'âge.



La pauvreté selon l'âge Seuil à 50 % du niveau de vie médian			
	Nombre d'individus pauvres en milliers	Taux de pauvreté en %	Part de la population pauvre en %
Moins de 10 ans	872	11,3	17,4
De 10 à 19 ans	889	11,7	17,7
De 20 à 29 ans	826	11,8	16,5
De 30 à 39 ans	572	7,3	11,4
De 40 à 49 ans	697	8,1	13,9
De 50 à 59 ans	660	7,9	13,1
De 60 à 69 ans	301	3,9	6,0
De 70 à 79 ans	84	1,9	1,7
80 ans et plus	118	3,6	2,4
Ensemble	5 020	8,0	100

Figure 25 : La pauvreté selon l'âge des français, INSEE 2018.

## 2. Parentalité

Dans notre étude, les patients ont en moyenne 2 enfants. On sait que la parentalité peut être pourvoyeuse de précarité. Elle désigne les tâches quotidiennes que les parents ont à remplir auprès de leur enfant : les tâches domestiques, l'éducation, la surveillance, la socialisation, les soins prodigués et la prise en charge matérielle.

Elle s'observe également dans la qualité des échanges, dans le lien d'attachement entre les parents et l'enfant. (25)(26)(27)

Par cette définition, on constate que de multiples facteurs de précarité sont présents et qu'il existe un réel cercle vicieux.

En effet, si le parent a des difficultés financières, il sera forcément plus en difficulté à assurer les besoins de ses enfants ce qui peut avoir un retentissement psychologique important entraînant parfois un isolement voire une précarité sociale.

En avril 2019, l'INSEE publie un article décrivant le taux de pauvreté dans les ménages du Grand Est.(28) L'âge est encore une fois un facteur indispensable à prendre en compte puisque les jeunes ménages sont plus souvent pauvres que les ménages de même type avec des personnes plus âgées.

Les familles monoparentales sont les plus touchées par la pauvreté.

Plus le nombre d'enfants est important au sein du ménage, plus le taux de pauvreté

augmente : pour un couple avec au moins 3 enfants, la pauvreté les touche une fois sur deux contre une fois sur 3 quand le référent à plus de 30 ans.

La pauvreté est deux fois moins fréquente pour les jeunes couples ayant deux enfants, et encore deux fois moins courante pour les jeunes qui n'en ont qu'un.

Ces données sont également valables pour les Hauts de France, l'INSEE montre en 2016, que le taux de pauvreté est plus important pour les ménages de tranche d'âge de moins de 30 ans.(28)(29)

Afin de dépister au mieux les situations de précarité chez nos patients, il aurait pu être intéressant de connaître l'âge de leurs enfants, savoir s'ils rencontraient des difficultés dans leur éducation et s'ils ont déjà dû limiter leurs soins ou activités du fait de difficultés financières ou personnelles.

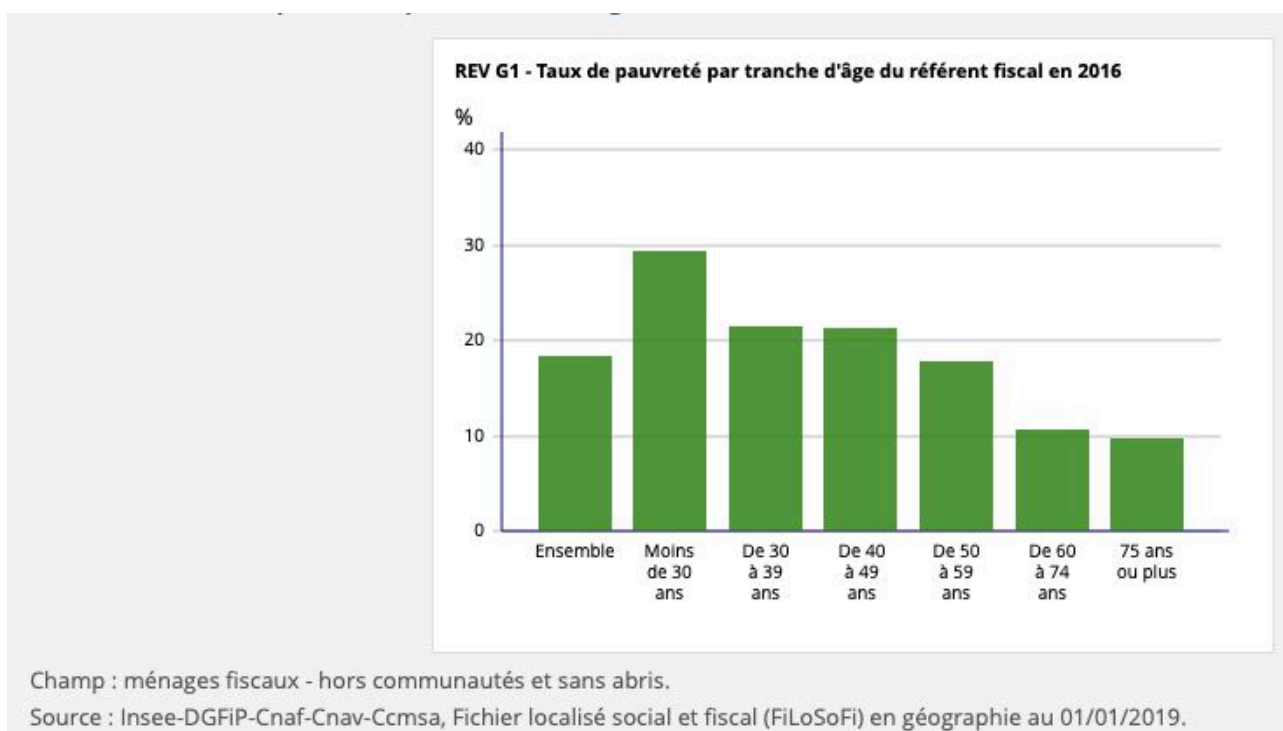


Figure 26 : Taux de pauvreté par tranche d'âge du référent fiscal en 2016 dans les Hauts de France, INSEE.

Dans notre étude, nous n'avons pas recherché de lien direct entre la parentalité et la dysfonction érectile, d'ailleurs, nous n'avons pas trouvé de donnée dans la littérature portant sur ce point, mais de par les angoisses, les préoccupations que la parentalité génère, une DE d'origine psychologique pourrait émerger. (30)

### 3. Situation familiale

Dans notre étude, on compte : 46,15% hommes mariés, 24,76% en concubinage, 16,59% divorcés, 9,62% célibataires et 2,88% veufs.

Ces chiffres sont comparables aux données de l'INSEE en 2018, qui relevait sur la population masculine française, 44,5% d'hommes mariés, 7,7% de divorcés, 44,8% de célibataires et 3% de veufs. (31)

A noter que depuis les années 1970, on a pu observer en France une croissance du nombre de séparation conjugale avec un taux particulièrement élevé dans les Hauts de France, ce qui peut expliquer notre taux plus important d'hommes divorcés par rapport à la population française. (32)

De même, les familles monoparentales (divorcés, veufs, célibataires) sont plus vulnérables de par l'isolement social que ces situations génèrent.(33) Ayant une grande majorité d'hommes mariés dans notre recueil, on peut supposer que nos patients avaient une situation de couple plutôt stable.

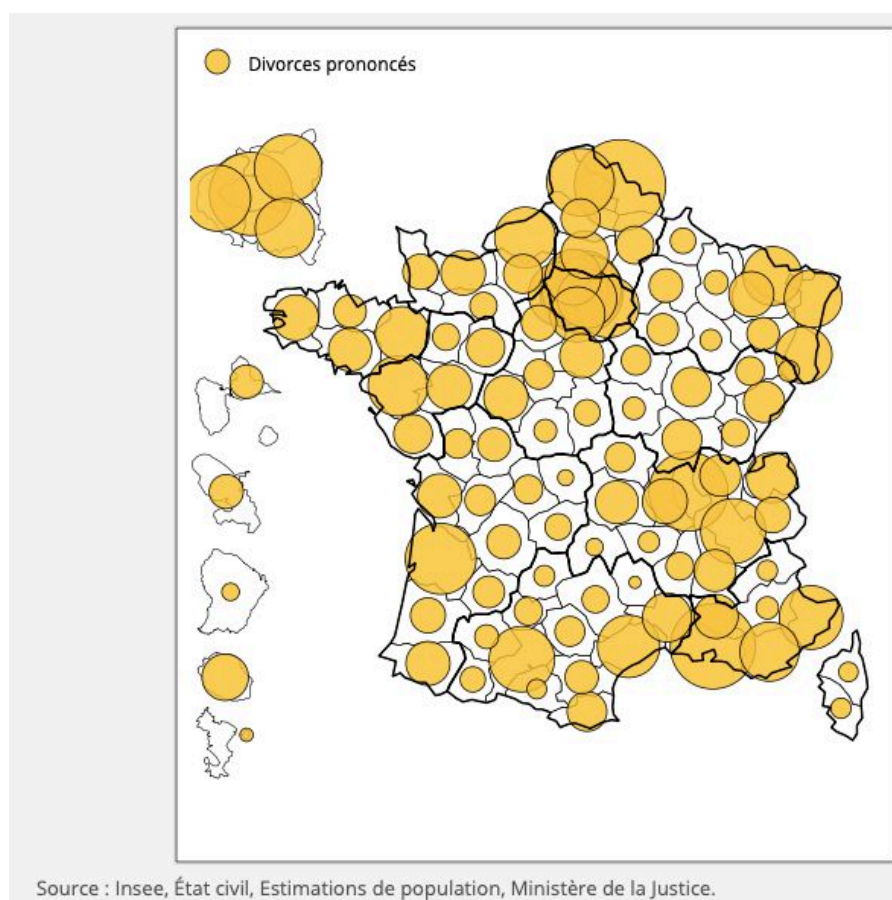


Figure 27 : Taux de divorces prononcés en 2016, comparaison départementale, INSEE.

Dans notre étude, nous n'avons pas recherché de lien entre la situation matrimoniale et l'existence d'une DE.

Un seul patient nous laisse pressentir qu'il peut en exister un, quand il précise ne pas prendre de traitement car ces problèmes "dépendent de la partenaire". Ce patient étant marié, on peut supposer qu'il rencontre des problèmes dans sa sexualité de couple.

Dans la littérature, aucun lien direct n'a été mis en évidence, mais dans l'étude menée par l'IFOP en 2019, 23% des hommes en couple quel que soit la durée, présentaient des problèmes de DE contre 16% des hommes célibataires. (3)

Les conflits conjugaux, le manque de communication, la peur du jugement du conjoint pourraient expliquer ses chiffres.

#### **4. Niveau d'étude**

Dans notre étude : 37,74% des patients ont un BAC +2-5, 30,77% un CAP/BEP, 14,18% un BAC, 7,21% un BAC +5, 6,73% sont sans diplôme et 3,37% ont un brevet des collèges.

Dans les Hauts-de-France, selon les données de l'enquête emploi réalisée en 2016 par l'INSEE, 29,1% des hommes n'ont pas de diplômes ou ont un Brevet des collèges ; 31,2% un CAP/BEP, 16,5% un BAC et 23,3% un diplôme de l'enseignement supérieur.(34)

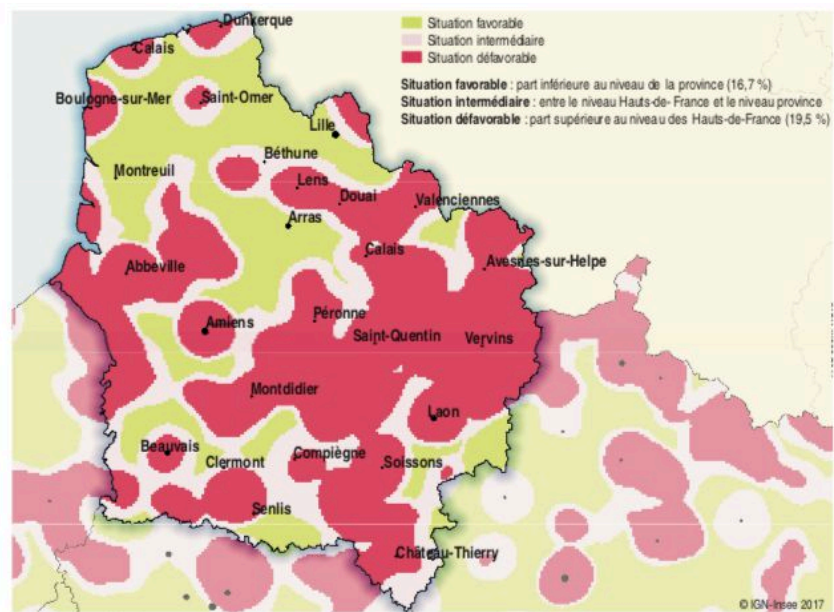
Nos taux sont légèrement différents, peut-être du fait que la plupart des cabinets médicaux ayant participé à l'étude, étaient dans un secteur urbain.

Une étude menée en 2017 dans la région des Hauts-de-France par l'INSEE montre de fortes disparités à l'intérieur de la région : les personnes sans diplôme sont plus nombreuses dans les zones rurales et on compte un nombre de diplômés du supérieur dans les zones autour de Lille, Amiens, Arras, Compiègne, Senlis, Montreuil et Valenciennes avec un nombre de diplômés du supérieur plus élevé que dans les autres régions de province.(35)

L'observatoire des inégalités, publié en 2018, un article montrant que le niveau d'étude joue un rôle essentiel dans le marché du travail et dans l'insertion sociale. En 2016, un

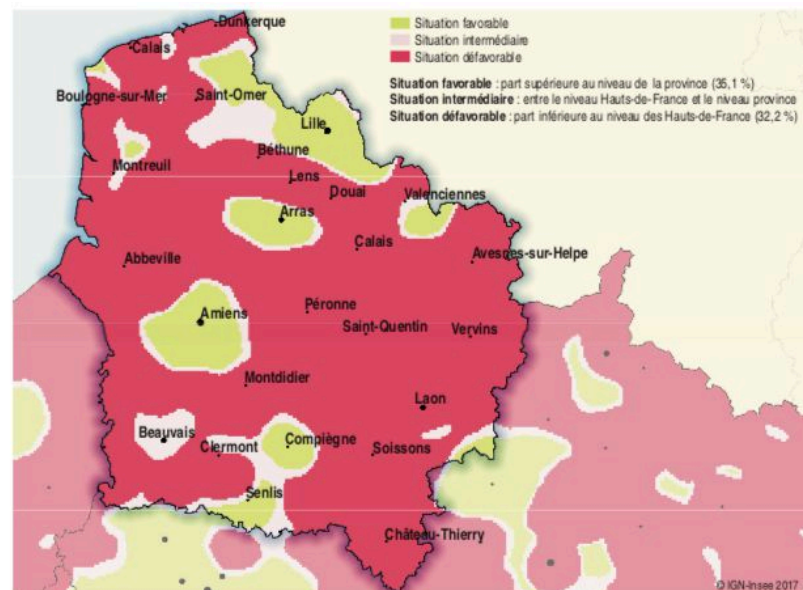
non diplômé sur deux sortis de l'école en 2013 était au chômage, contre 10 % des bac + 5, et 6 % des titulaires d'un doctorat. (36)

On remarque donc que la grande majorité des patients de notre étude ont un niveau d'étude plutôt élevé, favorisant l'insertion professionnelle et pouvant leur éviter la précarité professionnelle.



Champ : population de 15 ans ou plus non scolarisée.  
 Source : Insee, recensement de la population 2013.

Figure 28 : Les personnes sans diplôme plus présentes dans les zones peu urbanisées, l'ancien bassin minier et sur le littoral, INSEE 2017.



Champ : population de 15 ans ou plus non scolarisée.  
 Source : Insee, recensement de la population 2013.

Figure 29 : Les diplômés du supérieur plus présents dans les espaces sous influence métropolitaine et la proximité des sites universitaires, INSEE 2017.

## 5. Situation professionnelle

En ce qui concerne la situation professionnelle des patients, notre étude est représentée par les patients avec une profession intermédiaire (22,12%), puis par les retraités (21,39%) et enfin les employés (17,79%).

5,53% des patients sont au chômage ou inactifs.

Le dernier chiffre est moins important que les données 2018 de INSEE, qui relève un taux de 11,3 à 18,3% de chômage dans la population masculine des hauts de France. Cette différence s'explique très probablement par le recueil de nos patients essentiellement en milieu urbain où le niveau d'étude est souvent supérieur et donc facilite l'accès à l'emploi.(34) (35)

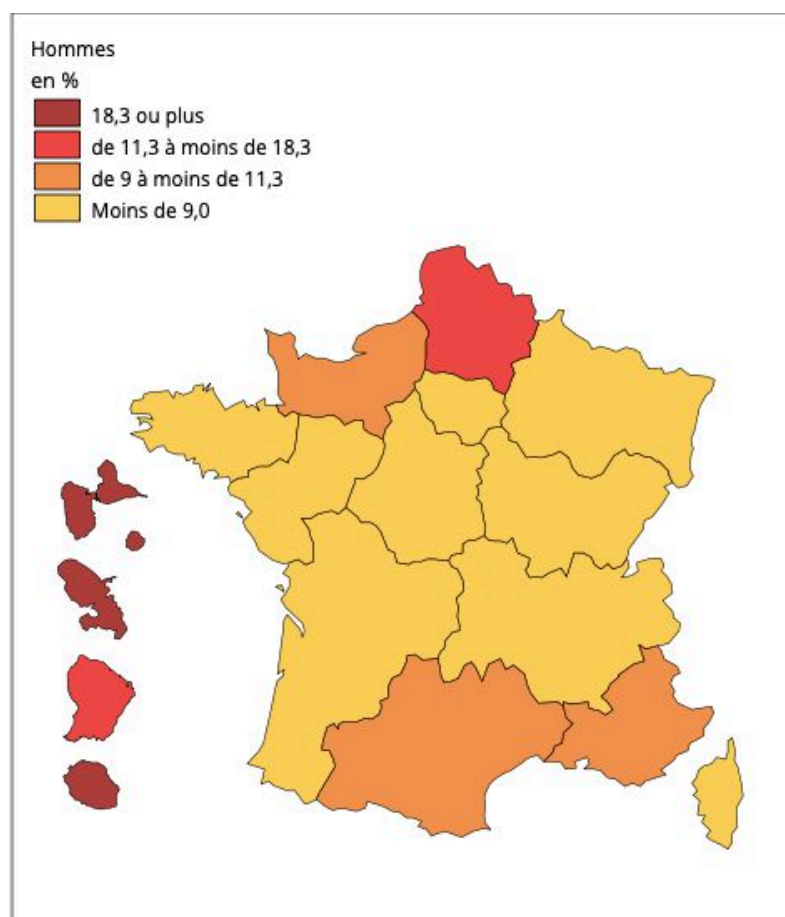


Figure 30 : Taux de chômage localisé par sexe et âge en moyenne annuelle 2018 : comparaison régionale, INSEE.

La précarité liée à la situation professionnelle est très importante à prendre en compte mais elle ne dépend pas que de la profession, elle est multifactorielle. Plusieurs facteurs viennent s'intriquer dont l'âge, le niveau d'étude, le bien-être mental au travail, la durabilité et stabilité du contrat.



Le centre d'observation de la société a publié un article en avril 2019, indiquant que l'âge était un critère déterminant de la précarité liée au travail. (36)(37)

En effet, 3,7 millions de personnes occupent un emploi précaire en France et la classe des 15-29 ans représente à elle seule la moitié des précaires.

Parmi les salariés, 38 % de cette tranche d'âge est employée en contrat précaire.

Seuls 11 % des 30 à 49 ans et 7 % des quinquagénaires sont concernés.(38)

Cela renforce l'idée que l'âge est un facteur non négligeable dans notre étude, en effet, si les catégories d'âge inférieure à 40 ans avaient été prises en compte, peut-être que nous aurions eu une prévalence de patients précaires plus importants.

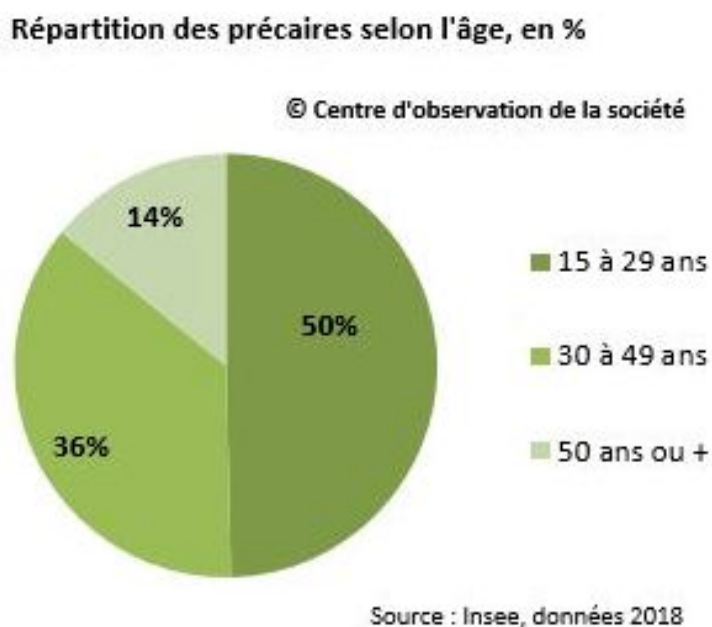


Figure 31 : Répartition des emplois précaires selon l'âge, en %, INSEE 2018.

Par ailleurs, les "Ouvriers et employés" représentent 80 % des précaires, les professions intermédiaires 25% et les cadres supérieurs seulement 10 %. (38)

Nous avons un taux de profession intermédiaire plus important que les autres catégories socio-professionnelles, ce qui a pu entraîner un taux de précarité moindre dans notre étude.

A noter que ce taux est contrebalancé par le nombre important de retraités de l'étude qui sont de plus en plus confrontés à la précarité du fait des retraites difficiles et de l'isolement.(39)

## Répartition des précaires par catégorie sociale

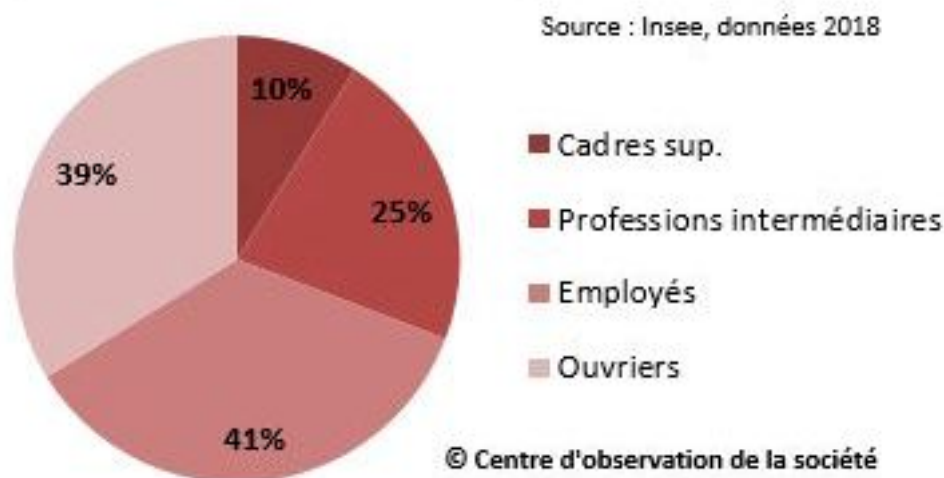


Figure 32 : Répartition des emplois précaires selon la catégorie sociale, INSEE 2018.

### 6. Score EPICES

Dans notre étude, le score EPICES est en moyenne de 37,66.

51,44 % des patients sont précaires.

Ce résultat diffère du travail de Mr Chapelet qui retrouvait une moyenne de 23 pour le score EPICES et seulement 38,3% des 247 patients interrogés étaient précaires. (15)

Ce travail date de l'année 2011, on sait que la précarité ne fait qu'augmenter ces dernières années, ce qui peut expliquer nos différences de résultats.(39)

Malgré la bonne sensibilité du score EPICES ( sensibilité à 99% en utilisant le score Pascal en référence, autre score de dépistage de la précarité) pour repérer les situations de vulnérabilité sociale, on peut s'interroger sur son caractère discriminant.(40)

En effet, en analysant les réponses des patients, on peut être surpris de voir que certains patients sont classés "précaire" au score EPICES alors que leurs données sociodémographiques (âge, situation familiale, parentalité, niveau d'étude, situation professionnelle) ne le laissaient pas présager. On peut alors s'interroger sur la pertinence de certains items :

- La notion de propriété n'exclue pas la précarité et les difficultés financières : certaines personnes sont propriétaires de leur logement parfois modeste voir ont hérité de biens et la précarité peut s'installer secondairement. A l'inverse, de plus



en plus de personnes sont en location, non pas parce qu'ils n'ont pas les moyens d'acheter mais peut-être tout simplement par choix de vie, avec par exemple une profession qui nécessite des changements fréquents de région.

- Il n'est pas rare de ne pas faire d'activité sportive, juste par manque d'intérêt, manque de temps, à cause d'un handicap temporaire et non pour des causes financières ou de mauvaise hygiène de vie du patient.
- L'item concernant le spectacle est également sujet à controverse, beaucoup de personnes ne vont pas voir de spectacle, mais peuvent très bien faire d'autres types de sorties (cinéma, restaurant, bowling...)

La formulation de certaines questions peut conduire à des incompréhensions : "qu'est-ce qu'une aide matérielle ?", que signifie " en cas de besoins" ? Ces termes sont trop vagues, et chaque patient peut l'interpréter différemment engendrant des disparités dans les réponses.

De plus, des coefficients ont été attribués à chaque réponse. Ils ont été estimés en 2002 sur la population des centres d'examen de santé de l'assurance maladie, mais depuis, la population a changé, évolué. On peut alors se demander s'ils conviennent toujours à la population française d'aujourd'hui.

Il est dommage que ce score intéressant ne soit pas plus adapté à la pratique des médecins généralistes avec le calcul des coefficients pouvant apparaître comme rébarbatif et chronophage. Idée que l'on retrouve dans la thèse qualitative de Madame Van Haecke en 2019, qui constate que les médecins généralistes se basent essentiellement sur leur relation médecin-malade pour dépister les patients en situation de précarité-vulnérabilité.  
(41)

Même si dans notre étude, aucune analyse n'a été faite pour rechercher une corrélation entre les données socio-administratives (âge, situation familiale, parentalité, niveau d'étude, profession) et le score EPICES, toutes ces questionnements n'ont-ils pas pu classer à tort nos patients dans la catégorie "précaire" ?

Notre remarque est contredite par les résultats d'un article publié en 2002, regroupant les données des Centres d'examen de santé (CES) de l'assurance maladie : le score EPICES

est d'autant plus élevé que la situation par rapport à l'emploi et la position sociale est plus défavorisée ainsi que les indicateurs en matière de santé (état de santé, comportement à risque, accès aux soins ...) sont perturbés.

Le score EPICES permet d'identifier des populations en situation de difficulté sociale, matérielle et sanitaire, qui échappent aux critères habituellement utilisés pour la reconnaissance des droits (précaire si chômeurs, bénéficiaires du RSA et/ou de la CMU, SDF, personnes ayant un contrat aidé, jeunes 16-25 ans en difficulté d'insertion).(18)

## **7. Score IIEF5**

La moyenne du score IIEF5 est de 15,28.

78,61% des patients ont une dysfonction érectile :

- Légère pour 27,4% des patients
- Modérée pour 28,85%
- Sévère pour 22,36%

7 patients ont un score IIEF5 ininterprétable.

Ces résultats sont comparables à ceux retrouvés par Mr Chapelet pour la moyenne du score IIEF5 qui est de 16 dans son étude. (15)

Par contre, nous retrouvons un taux de patients atteints de DE beaucoup plus important : 78,61% contre 60%. Cette différence est probablement liée au nombre de questionnaires récupérés auprès des médecins sexologues où les DE pouvaient probablement faire partie du motif de consultation.

Par ailleurs, les questions ne se limitaient pas aux 6 derniers mois mais à l'ensemble de la vie du patient "à un moment de votre vie", ce qui augmente la probabilité d'avoir été confronté à une DE.

L'étude IFOP rapporte que 61% des hommes ont déjà eu un problème d'érection dans la population française, ce qui renforce l'hypothèse que nos résultats ont pu être biaisés par le lieu de recueil (sexologues, urologue).(3)

Nous avons également recueilli un taux plus important de patients avec DE sévère 22,36% contre 10% dans l'étude de Mr Chapelet (15), qui pourrait s'expliquer de la même manière.

A la question subjective " estimez-vous avoir eu à un moment de votre vie ou avoir actuellement des problèmes d'érection ?", 300 patients soit 72,12% ont répondu

positivement. On remarque donc une différence entre les réponses au score IIEF5 qui ont permis de dépister 78,61% de patients avec une DE.

L'étude française en 2002, retrouvait également des discordances entre les deux tests (IIEF5 vs question subjective) : sur les 74,9 % des patients estimant ne pas avoir de DE, seul 58,7% n'avaient pas de DE selon le score IIEF5. L'âge a alors été pris en compte dans cette étude : on retrouvait que cette discordance était plus importante chez les patients de plus de 70 ans (43,1%), qui sous estimaient leur DE. (2)

Cette différence est moins marquée dans notre étude, probablement car nous avons une proportion moins importante de sujets de plus de 70 ans mais aussi une proportion importante de patients venant en consultation chez le médecin sexologue, et donc bien au clair par rapport à leur problème de DE.

Nous avons dans un premier temps, cherché à savoir si cette question subjective était fiable par rapport au test IIEF5 considéré comme le gold standard dans le dépistage de la dysfonction érectile.

La sensibilité du test subjectif est de 0,80 avec un intervalle de confiance compris entre 0,84 et 0,91 et spécificité est de 0,87 avec un intervalle de confiance compris entre 0,78 et 0,93.

Le test Kappa=0,66.

Il y a donc un degré fort de concordance entre les 2 tests, ce qui signifie que le diagnostic de DE selon les dires du patients est un bon test diagnostique avec une bonne sensibilité et spécificité.

Ensuite, nous nous sommes intéressés à l'influence du NSE sur cette discordance entre les deux tests. Nous avons séparé nos patients en deux groupes, ceux ayant répondu positivement à la question subjective de DE et ceux ayant répondu négativement.

Dans les deux analyses, les p-value sont significatives avec respectivement une p-value de 0,007 dans le groupe ayant répondu négativement et de 0,0008 dans le groupe ayant répondu positivement.

On constate donc que les patients précaires ont plutôt tendance à ne pas ressentir une DE alors que d'après l'IIEF5 ils en ont une, et quand ils ressentent une DE, elle a tendance à être plus sévère que pour les personnes non précaires.

Ces données sont purement exploratoires et ne permettent en aucun cas de conclure à un lien de causalité.

Nos résultats peuvent s'expliquer par le fait que les patients précaires peuvent avoir tendance à relativiser leurs problèmes de santé.(42)

## **B. Patients avec DE**

### **1. Prise de traitement**

59 % des patients ayant une DE prennent un traitement contre 41% qui n'en prennent pas. On constate que 60,71% des patients qui prennent un traitement sont précaires contre 56,82% qui sont non précaires. Avec une p-value de 0,57, les résultats ne semblent pas significatifs.

Ils vont dans le sens du travail de Mr Bobillier, qui constate que le coût des traitements apparaît secondaire aux bénéfices apportés dans une population de sujet précaires.(14)

Dans l'étude menée par l'IFOP, 21% des patients ont déjà pris des traitements pour améliorer leur érection et parmi ses patients :

- 19% ont un niveau d'étude supérieure au BAC contre 24% qui ont un niveau d'étude inférieur au BAC
- 15% sont cadres ou ont une profession intellectuelles supérieures contre 18% des ouvriers
- 23% sont de catégories aisées contre 21% de catégories pauvres.(3)

Ces critères étant des facteurs à prendre en compte dans la définition de la précarité, on s'aperçoit qu'il semble y avoir peu de différence entre le niveau socio-économique et la prise des traitements pour le DE.

### **2. DE et budget pour les traitements**

Dans 51,7% des cas, le budget des patients est compris entre 20 et 30 euros, puis dans 21,02% des cas entre 10 et 20 euros et dans seulement 2,27% un budget de plus de 40 euros.

54,46% des patients précaires ont un budget entre 20-30€ contre 48% des non précaires. Ils sont également plus nombreux à avoir un budget entre 10-20€, 21,78% vs 20% des non précaires, par contre ils sont moins nombreux dans la tranche > 30€, 17,82% vs 21,33%. Avec une p-value <0,001, il semble y avoir une association.

Les médicaments permettent une telle amélioration de la qualité de vie chez ces patients

que leur coût peut devenir secondaire, comme le déclare un patient du travail de Mr Bobillier : " le prix il compte pas par rapport à ce que cela m'apporte". (14)

L'arrivée relativement récente des génériques dans les traitements oraux de DE a pu diminuer le coût des thérapeutiques et en augmenter les prescriptions. Il aurait pu être intéressant d'introduire cette donnée dans nos questionnaires.

Il nous a paru intéressant d'intégrer dans cette notion de coût, la consultation éventuelle chez le médecin sexologue puisque nous y avons recueillie un grand nombre de questionnaires.

Actuellement, les actes de sexologie ne sont pas remboursés par la sécurité sociale. Il s'agit d'acte hors nomenclature donc à tarif libre excepté dans certaines consultations (APC) orienté par le médecin traitant.

Parmi les 181 questionnaires recueillis chez le médecin sexologue de l'étude, nous avons compté 117 patients précaires, ce qui semble confirmer le budget que les patients quelques soit leur milieu socio-économique sont prêts à consacrer à la prise en charge.

### **3. DE traitée et limitation de budget alimentaire**

27,12% des patients ont déjà limité leur budget dans notre étude.

Parmi les patients ayant déjà limité leur budget alimentaire, 43,14% des patients sont précaires contre 5,33% qui sont non précaires. Avec une P-value <0,001, les résultats paraissent significatifs.

Souvent conséquence de ressources financières insuffisantes, l'insécurité alimentaire est un accès restreint soit en quantité soit en qualité à l'alimentation. Les aliments les plus limités sont la viande, le poisson, les fruits et légumes frais.

Cela concerne 11 % des Français mais les actions des associations permettent de limiter l'insécurité alimentaire, qui est donc probablement sous-évaluée.

En 2013, il y avait près de 4 millions d'usagers de services d'aide alimentaire (6 % de la population). (43)

L'alimentation étant vitale pour l'homme, la limitation de son budget alimentaire marque la vulnérabilité d'un sujet.

Même si les patients précaires sont prêts à payer pour se procurer les médicaments, c'est parfois au dépend de leur alimentation : " 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".(14)

Beaucoup ne comprennent pas pourquoi ces médicaments ne sont pas remboursés par l'assurance maladie et le vivent comme une injustice devant cette pathologie dont ils ne sont pas responsables.

En effet, dans le travail de Mr Chapelet, 52% des patients se disent prêts à faire une démarche auprès de la CPAM en vue d'un remboursement des traitements.(15)

Au vu des conséquences sociales et psychologiques que la DE peut entraîner sur l'état de santé des hommes, il pourrait s'avérer nécessaire d'envisager le remboursement de ces traitements, ce qui permettrait une reconnaissance médicale de leur maladie et éviterait les tabous avec une meilleure acceptation de leurs troubles.

L'accès au traitement pour tous éviteraient une stigmatisation des hommes selon leur niveau social.

#### **4. Premier abord**

D'une façon générale, notre étude montre que le médecin traitant est le confident principal avec 48% des patients qui vont aborder pour la première fois le problème avec leur médecin. Vient ensuite, dans 30% des cas, la discussion avec leur partenaire et dans 2,67% des cas, le sujet est abordé avec une personne autre qui pour 8 de ces patients, est leur sexologue.

On note que 12% des patients atteints de DE n'en ont jamais parlé.

Contrairement au travail de Mr Chapelet, le médecin traitant est le confident principal avant la partenaire dans notre étude et surtout on retrouve un nombre moins important de patients qui n'ont pas cherché d'aide.(15)

Bien sûr, ce nombre moins important de patients qui ne consultent pas, peut s'expliquer par le biais de sélection du fait des questionnaires distribués aux sexologues et urologues.

Le travail de Mr Chapelet datant de 2012, l'évolution des prises en charge avec la notion de prise en charge "globale" des patients ainsi que la diminution des tabous ont sûrement facilité l'abord de la question des patients avec leur médecin traitant.

Nos données sont confirmées par l'étude menée en 2003, qui montre que si les hommes devaient consulter un médecin, leur préférence est en grande partie accordée au médecin

généraliste.

Une place importante est accordée au sexologue par les moins de 45 ans, les plus de 45 ans privilégiant l'urologue. (5)

Même si les résultats sont non significatifs ( $p=0,08$ ), on constate que les patients précaires ont tendance à se confier en priorité à leur médecin traitant 50% contre 45,45% des patients non précaires. Ces résultats vont dans le sens de la thèse de Mr Bonheure qui constate que le médecin traitant est le confident principal des patients précaires.(42)

Toutes ces constatations sont retrouvées dans l'étude de l'IFOP, où 26 % des hommes ayant déjà souffert de DE en ont déjà parlé à quelqu'un, 72% n'ont jamais consulté de médecin, 19% ont consulté leur médecin traitant et 5% leur sexologue.(3) Encore une fois, on observe une nette différence sur le taux de non consultation par rapport à notre étude probablement liée à l'existence du biais de sélection de nos patients.

Parmi les patients ayant consultés leur médecin traitant dans l'étude de l'IFOP, 22% sont de catégories pauvres contre 20% de catégories aisées. (3) Ces chiffres vont également dans le sens de notre étude, qui tend à dire que les patients précaires ont plus tendance à se confier en priorité à leur médecin généraliste que les non précaires.

A noter que dans notre étude, l'abord du problème avec le sexologue concerne plutôt les patients non précaires (3,79%) que les patients précaires (1,79%), probablement lié au fait que les consultations chez les médecins sexologues ne sont dans la plupart des cas, non totalement prises en charge par l'assurance maladie et peut-être lié à la non connaissance de ces prises en charge spécifiques. La notion de parcours de soins avec l'obligation des patients à passer par leur médecin traitant afin que celui-ci les oriente vers un spécialiste peut probablement biaiser nos données et doit être pris en compte.

De plus, 14,29% des patients précaires de notre étude, n'en ont pas parlé contre 9,09% des patients non précaires, ce qui montre une réticence de la part de ces patients à aborder le sujet.

Ces résultats vont dans le sens de l'étude de l'IFOP, où dans les causes de non traitement, 18% des patients déclarent être gênés d'en parler avec leur médecin : parmi eux, 29% des patients sont de catégories pauvres contre 12% qui sont de catégories aisées.(3)

On peut supposer que de façon générale, les patients précaires peuvent être plus réticents à consulter pour leur santé, de peur de se sentir stigmatisés, jugés par leur médecin du fait de leur couverture sociale. Cette idée est également retrouvée dans la thèse de Mr Bonheure.(42)

## **5. Délai d'abord**

Globalement dans notre étude, environ la moitié des patients mettent moins de 3 mois pour aborder le problème de DE, 29,33% mettent plus de 6 mois et 8,67% en parlent en moins d'une semaine. A noter que l'on retrouve pour cette question, 32 patients qui ont répondu ne pas en avoir parlé alors qu'ils étaient 36 à la question " du premier abord", ce qui a pu générer un biais de confusion.

On retrouve que les patients non précaires (12,12%) en parlent plus rapidement, en moins d'une semaine, que les précaires (5,95%).

33,93% des patients précaires contre 23,48% des patients non précaires ont mis plus de 6 mois à en parler. Avec une p-value de 0,02, il semble qu'il existe une association entre le NSE et le délai d'abord.

Ceci peut s'expliquer par le fait que les patients précaires peuvent avoir d'autres préoccupations retardant la prise en charge de leur santé. Dans son travail, Mr Bonheure a constaté que l'obtention d'un emploi était une priorité fréquemment retrouvée, de façon à accéder au logement puis en second lieu aux soins.(42)

Par contre, ces résultats sont contradictoires avec la thèse de Mr Bobillier, qui retrouve que pour certains patients précaires, la DE est une urgence thérapeutique avec la nécessité de se soigner rapidement. (14)

## **6. DE et achat des traitements à la pharmacie**

60,8% des patients achètent leur traitement eux même, 38,07% envoient leur partenaire, et 1,14% des patients n'ont pas précisé.

On remarque que les patients non précaires (72%) ont tendance à acheter leur traitement eux même, alors que les patients précaires (45,54%) ont plutôt tendance à envoyer leur partenaire. Avec une p-value de 0,02, les résultats semblent montrer un lien.



Les troubles de l'érection, bien qu'ils soient spécifiques aux hommes ont souvent une répercussion sur le couple et la partenaire à un rôle très important dans leurs prises en charge. La communication au sein du couple est indispensable mais elle n'est pas toujours facile à initier. (14)(23)(44)(45)

Est-ce une gêne de la part des patients en situation de précarité de se rendre en pharmacie avec peut-être cette sensation d'être stigmatisé ? Parfois le simple fait de se rendre en pharmacie rend " la pathologie réelle" ce qui peut effrayer cette population qui n'a pas eu l'habitude d'avoir un accès au soin, de s'écouter.

On peut aussi penser que les patients précaires se confient plus facilement à leur partenaire qui de ce fait est plus impliquée dans la prise en charge.

Il pourrait-être intéressant d'interroger plus précisément les couples sur leur vécu mutuel de ce problème ainsi que sur leur communication sur le sujet.

On pourrait également étudier de manière plus globale la fréquentation des pharmacies : peut-être que dans le couple, la femme va plus souvent chercher les médicaments en particulier dans les milieux défavorisés ?

## **7. DE et causes de non traitement**

De façon générale, les causes de non traitement les plus fréquentes retrouvées dans l'étude sont :

- La gêne d'évoquer le sujet (26,32%)
- L'idée d'un problème passager (25,84%)
- La normalité pour l'âge (16,75%)
- Le coût excessif des traitements (11%).

D'un point de vue purement observationnel, si on prend en compte le NSE, on constate que les principales causes de non traitements chez les patients précaires sont par ordre de fréquence :

- La gêne d'évoquer le sujet (28,79%)
- Le problème transitoire (19,7%)
- Le coût des traitements (15,91%)
- La normalité pour l'âge (14,39%).

Pour les patients non précaires, on retrouve :

- Problème transitoire (36,36%)
- La gêne d'évoquer le sujet (22,08%)
- La normalité pour l'âge (20,78%)
- Problème secondaire (7,79%).

Ces questions ouvertes ont pu engendrer des non réponses même si elles avaient pour but de faire émerger d'autres causes possibles de non traitement. Nous aurions pu en citer beaucoup d'autres : le célibat, la peur des effets secondaires, la vision négative des traitements, l'importance de la sexualité au sein du couple...

Nos résultats nous montrent que la gêne à évoquer le sujet quelque soit le NSE reste un frein important à l'abord et le traitement de la DE. Il est indispensable de casser les tabous. C'est pourquoi le médecin traitant, premier intervenant face aux patients doit s'efforcer de dépister ces troubles.

Plusieurs études montrent que les patients attendent de leur médecin généraliste qu'ils abordent eux-mêmes la question de la DE, mais les médecins sont parfois en difficulté.(14)(15)(46)

Ainsi les médecins sont parfois confrontés à ce qu'ils peuvent considérer comme une double problématique : la précarité et la dysfonction érectile. La précarité influence la prise en charge des médecins car le coût des traitements apparait pour certains médecins comme un frein à trouver une solution. (47)

D'ailleurs, il est important de noter, qu'il est possible que le manque de connaissance des médecins généralistes sur les tarifs et taux de remboursement des consultations de sexologie puisse être un frein à la prise en charge des patients. Il pourrait être intéressant d'étudier cette remarque auprès des médecins généralistes.

De plus, il est parfois plus difficile de rendre en charge cette catégorie de patients dont les tares sont plus présentes, ce qui entraînent des temps de consultation plus longs.

Beaucoup de médecins estiment ne pas avoir assez de connaissance sur le sujet de la précarité pour assurer une bonne prise en charge des patients. (41,47)

Le tabou de la dysfonction érectile auquel vient s'ajouter le tabou de la précarité ne fait

qu'accentuer le retard de prise en charge des patients.

C'est pourquoi il pourrait être intéressant de proposer des formations complémentaires aux médecins à la fois sur la précarité et sur la dysfonction érectile afin de faciliter et reconforter leur prise en charge.

Par contre, même si la DE reste un sujet difficile à aborder, de plus en plus de patients demandent de l'aide grâce aux campagnes d'information, de médiatisation, et internet.

Par exemple, il existe une plateforme française Charles.com ou co, qui propose des informations et des téléconsultations permettant aux patients de s'exprimer plus facilement quant à leur problème de DE et de faciliter la démarche d'abord du sujet. (48)

Il est également important de prendre en compte que les patients peuvent avoir des a priori vis à vis des traitements, surtout dans cette société où les traitements peuvent parfois être parodié, contrefaits. (49)

Dans l'étude IFOP, la principale cause de non traitement est dans 49% le manque de fiabilité ou de sécurité des achats de ce type de traitements sur internet.(3)

Pour éviter les dérives, de nouvelles plateformes tel que Charles.com, comme citée précédemment propose la rédaction d'ordonnance sécurisée par les médecins sexologues après avoir établi un diagnostic précis par téléconsultation, qui sera envoyée directement à une pharmacie, qui elle-même enverra les traitements sous paquet neutre directement au domicile du patient ou le patient va les chercher lui-même.(48)

Ces plateformes pourraient être une solution d'avenir pour les patients éprouvant une gêne à parler du sujet ou à se rendre à la pharmacie pour leur traitement comme retrouvé dans notre étude. Par contre, le coût de ces téléconsultations, non remboursées, reste actuellement un frein à leur développement.

## **8. DE non traitée : possibilité de prendre un traitement et limitation de budget**

Dans l'étude, 88 patients envisagent de prendre un traitement contre 35 patients.

82,46 % des patients non précaires envisagent de prendre un traitement pour palier à leur trouble de l'érection contre 62,12% des sujets précaires.

Avec une p-value de 0,02, les résultats semblent significatifs.

Sachant que les traitements sont non remboursés, les patients précaires peuvent-être plus réticents à l'achat d'un traitement du fait de leur difficultés financières par contre on ne

retrouve pas de différences entre le NSE et la possibilité de limiter son budget ( $p=0,40$ ).

On peut supposer qu'accepter de prendre un traitement amène les patients à reconnaître la maladie. Or, pour les populations précaires, la maladie peut parfois être vécue comme une fatalité, avec le risque de ne plus pouvoir travailler. On peut imaginer une certaine phobie du système de soins, avec également la peur d'effet secondaire des médicaments qui pourraient nuire à leur travail. Notion que l'on retrouve dans le travail de Mr Bonheure : " ils préféreraient supporter que consulter ou prendre un traitement". (42)

### **C. Patients sans DE**

Il semble exister une différence significative entre le niveau socio-économique et l'acceptation de prendre un traitement si les sujets sont, un jour, confrontés à des problèmes de DE.

En effet, les sujets non précaires (74,29%) seraient plus favorables à envisager la prise d'un traitement si DE que les sujets précaires (50%), avec une p-value de 0,01. Ce qui montre la réticence à la prise d'un traitement non remboursé dans la population de patient précaire.

Le patient précaire non confronté au problème de DE a peut-être plus de mal à se projeter dans l'avenir et dans les dépenses non encore indispensables à son quotidien.

30% des sujets non précaires et non atteints de DE seraient prêts à limiter leur budget alimentaire s'ils souffrent un jour de DE contre 21,74 % des sujets précaires. Il ne semble pas y avoir de différence significative avec une p-value de 0,4.

L'étude menée par IFOP va dans le même sens que nos résultats puisque 56% des hommes seraient prêts à envisager la prise d'un traitement s'ils se retrouvaient un jour confrontés à des troubles de l'érection.

En regardant le profil de ces patients, on constate que 59% des patients de catégories aisées contre 55% de catégories pauvres seraient prêts à prendre un traitement.

Idem 61% des travailleurs indépendants, 63% des cadres et professions supérieures seraient prêts à prendre un traitement contre 57% des ouvriers. (3)

Les patients précaires, quand ils sont atteints de DE ne sont à priori pas réticents à l'achat d'un traitement et sont même prêts à limiter leur budget alimentaire pour pouvoir se procurer les médicaments.

Par contre, quand ils ne sont pas atteints par la maladie, il est difficile pour eux d'envisager de "payer" pour se procurer un médicament. Ce qui montre bien que la DE impacte fortement la qualité de vie des hommes qui en sont atteints, et que même si leur situation financière ne le permet pas, ils sont prêts à payer pour retrouver un état de bien-être physique et psychologique, parfois au dépend de leur alimentation.

Même si l'émergence des campagnes de publicité, de médiatisations et de plateformes dédiées à la prise en charge de ces troubles, ont permis de faciliter l'abord et la prise en charge de la DE, elle reste néanmoins encore trop "tabou", et il est absolument nécessaire, surtout dans ces classes de populations précaires qui peuvent se sentir stigmatisées de les aider à aborder le sujet.

Cela permettrait également de dépister les facteurs de risque cardio-vasculaires qui ne sont pas rares dans cette population. (50)(51)(52)

Le médecin généraliste, confident principal, tient alors une place primordiale dans le dépistage mais également dans la prise en charge. Son rôle social est perçu comme essentiel et fait partie intégrante de la médecine générale mais il n'est pas simple et l'amène parfois à se sentir en difficulté. Il serait intéressant de sensibiliser les médecins et de conforter leur connaissance avec la mise en place de formations médicales continues à la fois sur le sujet de la précarité et de le sujet de la DE.

Au vu des bénéfices apportés au patient sur le plan physique, psychique, social, et au vu du dépistage possible par ce biais de certaines pathologies cardiovasculaires ou autres neuropathies, qui pourrait être intéressant en termes de santé publique, un remboursement de ces molécules par l'assurance maladie ne pourrait-il pas être envisagé ?

1. HAS. Direction de l'Evaluation Médicale, Economique et de Santé Publique. Commission de La Transparence. Aviptadil+phentolamine (mésylate). Septembre 2019.
2. 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.* 2002,12,260-267.
3. IFOP. Les hommes et les problèmes d'érection : le grand tabou? Enquête réalisée pour Charles.co. Mai 2019.
4. Buvat J, Ratajczyk J, Lemaire A. Les problèmes d'érection : une souffrance encore trop souvent cachée. *Andrologie* 2002,12, N°1,73-83.
5. Costa P, Avances C, Wagner L. Dysfonction érectile : connaissance, souhaits et attitudes. Résultats d'une enquête française réalisée auprès de 5099 hommes âgés de 18 à 70 ans. *Prog Urol.* 2003, 13,85-91.
6. Bondil P, Delmas V. L'«angor de verge» ou la révolution actuelle de la dysfonction érectile (DE). *Prog Urol.* 2005;15:1030–4.
7. 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.
8. 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.
9. Spira A. Précarité, pauvreté et santé. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine.* 201(4•6): 567•87, juin 2017.

10. Observatoires des inégalités. 3,7millions de salariés précaires en France. Données. Juin 2019.
11. De champs-léger H, Rieutord G. Sujets en situation de précarité. Item 57. La revue du praticien. Vol 68\_Novembre 2018.
12. INSEE. Analyses. Hauts-de-France. Une région fortement touchée par les différentes formes de fragilités sociales. N°74, Mars 2018.
13. Mondiale de la Santé O. Santé sexuelle et reproductive compétences de base en soins primaires. 2012.
14. Bobillier M. Influence de la précarité dans les dysfonctions érectiles et leur prise en charge. 2018. Thèse d'exercice de médecine. Faculté Henri Warembourg. Université de Lille. Novembre 2018.
15. Chapelet F. Dépistage de la dysfonction érectile dans une population de médecine générale : intégration de la notion de précarité. Thèse d'exercice de médecine. Faculté Henri Warembourg. Université de Lille, 2011.
16. Dictionnaire Français Larousse. [Internet], Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/precaire/63295>
17. Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Journal officiel de la république française.Février 1987.
18. Labbe E, Moulin JJ, Gueguen 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'examens de santé de l'Assurance maladie. Revue de l'Institut de Recherches Economiques et Sociales.N°53, 2007.
19. Feldman H, Goldstein I, Hatzichristou D, Krane R, McKinlay J. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. janv 1994.

20. Colson M-H. Les femmes face à la dysfonction érectile: problème d'homme, regards de femme. *Prog Urol.* 2005;15:710–6.
21. Leplae S. Prévalence de la dysfonction érectile chez les patients diabétiques et mode de prise en charge par leur médecin généraliste : à propos de 50 cas. Thèse d'exercice de médecine. Faculté de médecine Henri Warembourg. Université de Lille, 2014.
22. Baka KH, Moudouni SM, Sanda G, Sadiki B, Lakmichi AM, Dahami Z, et al. Prévalence de la dysfonction érectile en urologie. *Afr J Urol.* déc 2017;23(4):327•30.
23. Colson MH, Cuzin B, Faix A, Grellet L, Huyghes E. Face à la dysfonction érectile, un homme, un praticien. *Sexologies.* janv 2018;27(1):18•22.
24. Observatoire des inégalités. La pauvreté selon l'âge. Données. Juillet 2018. [Internet], Disponible sur : [https://www.inegalites.fr/La-pauvrete-selon-l-age?id\\_theme=21](https://www.inegalites.fr/La-pauvrete-selon-l-age?id_theme=21).
25. Dayde J. La précarité au cœur de la parentalité et de l'intégration psychomotrice de l'enfant : quel accompagnement en psychomotricité? Septembre 2015.
26. Zaouche Gaudron C, Devault A. La parentalité en situation de précarité. *Enfants de la précarité.* Pages 81-10. 2017.
27. Association Régionale pour l'Institut de Formation en Travail Social. La parentalité en situation de précarité. Novembre 2016.
28. INSEE. La pauvreté des jeunes ménages liées à la parentalité précoce et au chômage. *Analyses Grand Est.* Avril 2019. [Internet], Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4128241>
29. INSEE. Revenu et pauvreté des ménages en 2016. [Internet], Disponible sur :



<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4190004>

30. Wschiansky F, Chatton D, Lalive J-F, Pause C. Troubles érectiles: place de l'ensemble « organique et psychologique ». Revue médicale suisse. Vol 0. 23687, 2004.

31. INSEE. Etat matrimoniale légal des personnes selon le sexe en 2018. [Internet], Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381496>.

32. INSEE. Mariages, Pacs, divorces en 2016: Comparaisons régionales et départementales. [Internet], Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012755>.

33. Ecole des dirigeants de la protection sociale. L'entraide aux familles monoparentales : Conditions de réussite d'une mise en réseau pérenne d'une pluralité d'acteurs. 55ème promotion, 2017.

34. INSEE. Dossier complet, région des Haut de France. Septembre 2019. [Internet], Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=REG-32>

35. INSEE. Tableaux de l'économie française. Edition 2019.

36. Observatoires des inégalités. L'insertion professionnelle des jeunes : de fortes inégalités selon le diplôme. Septembre 2018. [Internet], Disponible sur : [https://www.inegalites.fr/L-insertion-professionnelle-des-jeunes-de-fortes-inegalites-selon-le-diplome?id\\_theme=21](https://www.inegalites.fr/L-insertion-professionnelle-des-jeunes-de-fortes-inegalites-selon-le-diplome?id_theme=21).

37. Observatoires des inégalités. L'évolution de la précarité de l'emploi selon l'âge. Décembre 2019. [Internet], Disponible sur : [https://www.inegalites.fr/spip.php?page=article&id\\_article=1615&id\\_groupe=11&id\\_mot=89&id\\_rubrique=3](https://www.inegalites.fr/spip.php?page=article&id_article=1615&id_groupe=11&id_mot=89&id_rubrique=3)

38. Centre d'observation de la société. La précarité au travail frappe surtout les jeunes et les milieux populaires. Avril 2019. [Internet], Disponible sur : <http://www.observationsociete.fr/ages/jeunes/precarite-jeunes-populaires.html>

39. Secours catholique. Etat de la pauvreté en France. Rapport statistique, 2018.
40. Fouchard A, Brechat P.-H, Castiel D, Pascal J, Sass C, Lebas J, Chauvin P. Caractéristiques métrologiques et comparaison de trois outils de repérage de la précarité sociale dans une permanence d'accès aux soins de santé hospitalière à Paris. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 62, 237–247, 2014.
41. Van Haecke A. Patients en situations de vulnérabilité : moyens de dépistage et de prise en charge par les médecins généralistes ruraux et semi-ruraux du Nord et du Pas-de-Calais. Thèse d'exercice de médecine. Faculté Henri Warembourg. Université de Lille. Mai 2019.
42. Bonheure A. Les priorités de santé des personnes en situation de précarité : une étude qualitative auprès de résidents de Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale et d'usagers d'accueils de jour. Thèse d'exercice de médecine. Université de Renne 1. Mars 2017.
43. Agence Régionale de Santé Hauts-de-France. Alimentation et activité physique auprès des usagers de l'aide alimentaire et/ou des CCAS. Juin 2018.
44. Colson MH, Cuzin B, Faix A, Grellet L, Huyghes E. La dysfonction érectile, une présence active. *Sexologies*. janv 2018;27(1):9•17.
45. Colson MH, Cuzin B, Faix A, Grellet L, Huyghes E. Patients, partenaires et couple, dans la prise en charge de la dysfonction érectile. *Sexologies*. janv 2018;27(1):31•6.
46. Guffroy S. Prise en charge de la dysfonction érectile par les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais : évolution depuis l'apparition des inhibiteurs de la phosphodiesterase 5. Thèse d'exercice de médecine. Faculté de médecine Henri Warembourg. Université de Lille. Octobre 2007.
47. Martin G. Patients en situation de précarité : Quel parcours de soins en médecine générale ? Thèse d'exercice de médecine. Faculté de médecine Henri

Warembourg. Université de Lille. Juin 2015.

48. <https://www.charles.co>

49. Pillon F, Frullani Y, Buxeraud J. Aborder la question des troubles érectiles à l'officine. Actual Pharm. mai 2015;54(546):29•30.

50. Fédération française de cardiologie. La précarité: un facteur de risque cardiovasculaire encore sous estimé. Janvier 2018. [Internet], Disponible sur : <https://www.fedecardio.org/La-Federation-Francaise-de-Cardiologie/Presse/la-precarite>

51. Précarité et diabète : de la prévention à l'aide des réseaux Réagissez Hélène Bihan, Sylvie Pierre, Aysegul Turna, Anne Festa le 20-11-18 La revue du praticien.

52. Guize L, Jaffiol.C, Guéniot M , Bringer J, Giudicelli C, Tramoni M, Thomas F, Pannier B, Bean K, Jégo B. Diabète et précarité .Etude d'une vaste population française. Académie nationale de médecine. Décembre 2008.

## Annexe 1: Questionnaire patient

### PRISE EN CHARGE DE LA DYSFONCTION ERECTILE

Monsieur,

Dans le cadre de ma thèse, je réalise une recherche portant sur la prise en charge des troubles de l'érection. Ce questionnaire intéresse tous les hommes de plus de 40 ans, ayant ou non des problèmes d'érection. Il aborde le thème de la sexualité et évalue le mode de vie de chaque patient, afin d'évaluer si celui-ci a un impact dans la prise en charge. Je suis consciente qu'il peut être difficile d'aborder ce sujet, mais je vous serai très reconnaissante de répondre à ce questionnaire pour faire avancer mes recherches et permettre au corps médical de travailler à une meilleure prise en charge de ces troubles.

Ce questionnaire est totalement anonyme, il ne prend que quelques minutes à remplir.

Je vous remercie de l'intérêt que vous porterez à mes recherches.

Justine Decherf, interne en médecine générale

**1- Votre âge :** .....

**2- Votre situation familiale :**

Célibataire

Divorcé(e)

En concubinage

Veuf(ve)

Marié(e)

**3- Avez-vous des enfants :**

oui, combien ? .....

non

**4- Votre profession :**

Agriculteur exploitant

Artisan, commerçant, chef d'entreprise

Profession libérale, ingénieurs, cadres de la fonction publique ou d'entreprise, professions artistiques

Profession intermédiaire (professeur des écoles, clergé, religieux, professions intermédiaires administratives de la fonction publique...)

Employé

Ouvrier

Retraité

Inactif, au chômage

Autres, préciser : ...

**5- Votre niveau d'étude :**

Sans diplôme

Brevet des collèges

CAP/ BEP

Bac + 2 à 5ans

Baccalauréat (Bac)

Supérieur à Bac+ 5ans

**6- Evaluation de votre mode de vie :**

a) Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ? oui non

b) Vivez-vous en couple ? oui non

c) Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ? oui non

d) Etes-vous allé à un spectacle au cours des 12 derniers mois ? oui non

e) Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ? oui non

f) Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ? oui non

g) Rencontrez-vous parfois un travailleur social ? oui non

h) 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 ? oui non

- i) En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ? oui non
- j) 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...?) oui non

**7- Au sujet de votre érection :** les questions suivantes permettent d'établir un score, ayant pour objectif le dépistage des troubles de l'érection. Sur les 6 derniers mois ou à un moment de votre vie, avez-vous présenté ces difficultés ? (une seule réponse possible).

- a) A quel point étiez-vous sûr de pouvoir avoir une érection et de la maintenir ?
- Pas sûr du tout
  - Pas très sûr
  - Moyennement sûr
  - Sûr
  - Très sûr
- b) Lorsque vous avez eu des érections à la suite de stimulations sexuelles, avec quelle fréquence votre pénis a-t-il été suffisamment rigide (dur) pour permettre la pénétration ?
- Je n'ai pas été stimulé sexuellement
  - Presque jamais ou jamais
  - Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
  - Quelquefois (environ la moitié du temps)
  - La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
  - Presque tout le temps ou tout le temps
- c) Lorsque vous avez essayé d'avoir des rapports sexuels, avec quelle fréquence avez-vous pu rester en érection après avoir pénétré votre partenaire ?
- Je n'ai pas essayé d'avoir de rapports sexuels
  - Presque jamais ou jamais
  - Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
  - Quelquefois (environ la moitié du temps)
  - La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
  - Presque tout le temps ou tout le temps
- d) Pendant vos rapports sexuels, à quel point vous a-t-il été difficile de rester en érection jusqu'à la fin de ces rapports ?
- Je n'ai pas essayé d'avoir de rapports sexuels
  - Extrêmement difficile
  - Très difficile
  - Difficile
  - Un peu difficile
  - Pas difficile
- e) Lorsque vous avez essayé d'avoir des rapports sexuels, avec quelle fréquence en avez-vous été satisfait ?
- Je n'ai pas essayé d'avoir de rapports sexuels
  - Presque jamais ou jamais
  - Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
  - Quelquefois (environ la moitié du temps)
  - La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
  - Presque tout le temps ou tout le temps

**8- Avez-vous bénéficié d'une chirurgie de la prostate ?** oui non

**9- Estimez-vous avoir eu à un moment de votre vie ou avoir actuellement des problèmes d'érection ?** oui non

*Si non, merci de passer directement aux questions 18, 19*

**10- A qui en avez-vous parlé en premier ? (une seule réponse)**

Votre partenaire  
Votre pharmacien  
Un membre de votre  
famille

Un psychologue,  
psychiatre  
Un ami

Votre médecin  
traitant  
Je n'en ai pas parlé  
Autre : ...

**11- Au bout de combien de temps ?**

En moins d'une semaine  
En moins de 3 mois  
En plus de 6 mois  
Je n'en ai jamais parlé

**12- Bénéficiez-vous de traitements pour la prise en charge de votre trouble ?** oui non

*Si non, passer directement aux questions 17, 18, 19*

**13- Vous bénéficiez de traitements pour prendre en charge vos troubles érectiles, par quels moyens ?**

Médicaments par voie orale  
Injections intra-caverneuses  
Pompe (vacuum)  
Prothèse pénienne

**14- Si vous bénéficiez de médicaments par voie orale ou injections, qui les achètent à la pharmacie ?**

Votre partenaire  
Vous même  
Autres : ...

**15- Quel est votre budget moyen par mois pour ces traitements ?**

Moins de 10 euros  
Entre 10-20 euros  
Entre 20-30 euros  
Entre 30-40 euros  
Plus de 40 euros

**16- Avez-vous déjà limité votre budget alimentaire pour pouvoir vous acheter ces médicaments ?** oui non

*Merci de vos réponses, vous avez terminé le questionnaire.*

**17- Vous ne bénéficiez pas de traitements pour vos troubles de l'érection, pourquoi ?**

Car vous ne saviez pas que ça existait  
Car vous êtes gêné de parler de ce sujet  
Car ce problème est normal pour votre âge  
Car il ne s'agit pas d'un problème sérieux  
Car vous pensez que ça va passer  
Car les médicaments coûtent trop chers, vous ne pouvez pas vous les payer  
Car vous avez des problèmes de cœur  
Car c'est votre médicament pour la tension qui entraîne ces troubles  
Autres: ...

**18- Si un jour vous présentez des problèmes d'érection ou si vous avez des troubles de l'érection mais ne prenez pas de traitement, seriez-vous prêt à payer pour bénéficier de traitements et améliorer votre sexualité ?** oui non

**19- Pensez-vous que vous seriez capable de limiter votre budget alimentaire pour acheter ces médicaments ?** oui non

*Merci de vos réponses, vous avez terminé le questionnaire*

*Avec mes remerciements!*

**AUTEUR : Nom : DECHERF-LEROY**

**Prénom : Justine**

**Date de soutenance : 07 avril 2020 à 18h**

**Titre de la thèse : Niveau socio-économique et prise en charge de la dysfonction érectile : Etude descriptive quantitative portant sur 416 patients.**

**Thèse - Médecine - Lille 2020**

**Cadre de classement : Médecine générale**

**DES + spécialité : Médecine générale**

**Mots-clés : Précarité, dysfonction érectile, étude quantitative**

**Résumé :**

**Contexte :** La dysfonction érectile (DE) est un trouble de sexualité fréquent susceptible d'altérer la qualité de vie des hommes. Or, on sait que les traitements ne sont pas remboursés par l'assurance maladie et leur coût n'est pas négligeable pour les patients en situation de précarité.

L'objectif de cette étude est donc de rechercher s'il existe un lien entre le niveau socio-économique des patients et l'achat des traitements pour traiter la DE.

**Méthode :** Il s'agit d'une étude descriptive basée sur la réponse à 512 auto-questionnaires anonymes distribués auprès d'hommes de plus de 40 ans consultant leur médecin généraliste, leur sexologue ou leur urologue dans la région des Hauts de France.

**Résultats :** Nous avons pu étudier 416 réponses. L'âge moyen de l'échantillon était de 55,7 ans. Le score EPICES a permis de détecter 214 patients précaires et 202 patients non précaires. La prévalence de la DE était de 78,61%. Chez les sujets atteints de DE, 60,71% des patients précaires prennent un traitement contre 56,82% des patients non précaires ( $p=0,57$ ). 43,14% des patients précaires limitent leur budget alimentaire contre 5,33% des patients non précaires ( $p=5,9.10^{-8}$ ). Chez les patients non atteints, 74,29% des sujets non précaires seraient prêts à acheter un traitement contre 50% des sujets précaires ( $p=0,01$ ) et 30% des sujets non précaires seraient prêts à limiter leur budget contre 21,74% des précaires ( $p=0,4$ ).

**Conclusion :** Les patients précaires, quand ils sont atteints de DE ne sont à priori pas réticents à l'achat d'un traitement et sont même prêts à limiter leur budget alimentaire pour pouvoir se procurer les médicaments. Par contre, quand ils ne rencontrent pas de problèmes, il est difficile pour eux d'envisager de "payer" pour se procurer un médicament. Ce qui montre bien que la DE impacte fortement la qualité de vie des hommes qui en sont atteints, et que même si leur situation financière ne le permet pas, ils sont prêts à payer pour retrouver un état de bien-être physique et psychologique, au dépend de leur alimentation.

**Composition du Jury :**

**Président : Madame le Professeur Brigitte Mauroy**

**Assesseurs : Monsieur le Professeur Arnaud Villers**

**Monsieur le Professeur Jean-Marc Lefebvre**

**Monsieur le Docteur Frédéric Rimetz**

**Directeur de thèse : Madame le Docteur Nathalie Dhalenne**