



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2022

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Investissement des conjointes de patients atteints de dysfonctions érectiles
en situation de précarité : étude descriptive quantitative**

Présentée et soutenue publiquement le 7 décembre 2022 à 18 heures
au Pôle Formation
par **Camille CONREUR**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Arnauld VILLERS

Asseseurs :

Monsieur le Docteur Jan BARAN

Madame le Docteur Nathalie HENRIC

Monsieur le Docteur François QUERSIN

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 leurs auteurs

LISTE DES ABREVIATIONS

BAC : Baccalauréat

BEP : Brevet d'études professionnelles

CAP : Certificat d'aptitude professionnelle

CMU : Couverture maladie universelle

COVID-19 : Coronavirus disease appeared in 2019

CSS : Complémentaire santé solidaire

DE : Dysfonction érectile

EPICES : Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

HCE : Haut Conseil à l'Egalité entre les hommes et les femmes

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

IRDES : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé

OMS : Organisation mondiale de la santé

QCM : Question choix multiples

TABLE DES MATIERES

RESUME.....	7
INTRODUCTION	9
MATERIEL ET METHODES.....	12
I. Type d'étude et population cible.....	12
II. Conception du questionnaire	13
III. Recueil des données.....	14
IV. Interprétation des données et analyse statistique	14
V. Ethique.....	14
RESULTATS.....	16
I. Flowchart.....	16
II. Analyses univariées.....	17
A. Etude de la population globale.....	17
1. Age.....	17
2. Situation familiale.....	18
3. Parentalité.....	18
4. Niveau d'études	19
5. Précarité et score EPICES.....	19
6. Difficultés de couple.....	19
7. DE du conjoint.....	20
B. Etude des patientes dont le conjoint a déjà souffert de DE.....	20
1. Discussion et délais d'abord.....	20
2. Consultation et accompagnement de la conjointe.....	20
3. Spécialistes consultés	21
4. Discussion des patientes avec un professionnel de santé.....	21
5. Inquiétude des patientes	21
6. Implication de la patiente dans la DE et possibilités	22
7. Prise de traitement du conjoint.....	22
8. Etat des connaissances des patientes sur les traitements autres que médicaments et leur remboursement.....	22
9. Possibilités d'achat.....	23
10. Budgets pour achat de traitement	24
11. Types de limitation de budget pour l'achat de traitement.....	24

C.	Etude des patientes dont le conjoint n'a jamais souffert de DE.....	26
1.	Possibilités d'achat.....	26
2.	Limitation de budget.....	26
III.	Analyses bivariées.....	27
A.	Caractéristiques de la population étudiée en fonction de la précarité	27
B.	Difficultés (en tous genres) rencontrées dans le couple en fonction de la précarité	28
C.	Difficultés concernant uniquement la vie sexuelle du couple en fonction de la précarité.....	28
D.	Troubles sexuels lors des rapports en fonction de la précarité.....	29
E.	Discussion des troubles sexuels au sein du couple en fonction de la précarité	29
F.	Délais de discussion en fonction de la précarité.....	30
G.	Consultation des compagnons chez un professionnel de santé pour DE en fonction de la précarité	30
H.	Lien entre précarité et spécialistes consultés pour DE	30
I.	Accompagnement du compagnon en consultation en fonction de la précarité	32
J.	Inquiétude des compagnes en fonction de la précarité.....	32
K.	Désir d'implication des compagnes en fonction de la précarité	32
L.	Différentes implications en fonction de la précarité	33
M.	Prise de traitement des compagnons contre la DE en fonction de la précarité	33
N.	Connaissance du remboursement des différentes thérapeutiques en fonction de la précarité	34
O.	Possibilité d'achat des traitements en fonction de la précarité.....	34
P.	Budget envisagé en fonction de la précarité	35
Q.	Catégories de budgets sacrifiées au profit d'un traitement en fonction de la précarité	36
R.	Budget possible en fonction de l'âge et la précarité	37
S.	Patientes dont le conjoint n'a pas de DE	37
1.	Disposition à l'achat en fonction de la précarité	37
2.	Disposition à la limitation du budget alimentaire en fonction de la précarité	37
T.	Age et dysfonction érectile.....	38
U.	Nombre d'enfant(s) et budget possible pour l'achat de.....	38

DISCUSSION	39
I. Forces et faiblesses de l'étude	39
A. Faiblesses	39
B. Forces	40
II. Résultats principaux	41
A. Les femmes et la précarité	41
B. Le couple et la précarité	42
C. Prise en charge de la DE et précarité	43
D. Traitement et remboursement	44
E. Investissement de la femme précaire	45
III. Résultats secondaires	46
A. Se confier plus	46
B. Achat de traitements	46
C. Budgets possibles	47
D. Budgets à sacrifier	48
E. Accompagnement en consultation	49
F. Discussion et délais	49
G. Patientes n'ayant pas été confrontées à des DE	50
 CONCLUSION	 52
 BIBLIOGRAPHIE	 54
 ANNEXES	 57

RESUME

Contexte : La dysfonction érectile (DE) est une situation fréquente chez les hommes et la précarité est majoritairement représentée par les femmes de nos jours. L'objectif de notre étude est de savoir si les femmes en situation de précarité acceptent de s'investir dans la prise en charge de leur conjoint, et d'un traitement qui n'est pas remboursé.

Méthode : Il s'agit d'une étude descriptive quantitative fondée sur 445 auto-questionnaires anonymes distribués aux femmes de plus de 30 ans consultant leur médecin généraliste dans l'Arrageois.

Résultats : Un total de 417 questionnaires a pu être analysé. Le score EPICES a défini 198 patientes précaires et 219 non précaires. La prévalence de la DE dans la population précaire était de 29,8%, et 16,9% prenaient un traitement. Chez ceux atteints de DE, 42,4% des patientes précaires souhaiteraient être plus impliquées dans la prise en charge contre 47,4% des non précaires ($p=0,686$). 57,6% de ces femmes pensent pouvoir acheter le traitement si nécessaire vs 82,9% des non précaires ($p=0,002$). Parmi celles dont le conjoint n'est pas atteint, 70,7% des précaires sont prêtes à payer pour un traitement et améliorer leur vie sexuelle contre 79,6% des non précaires ($p=0,113$), mais 63,6% des patientes précaires refusent de limiter leur budget alimentaire vs 59,2% des non précaires ($p=0,522$).

Conclusion : Quand le conjoint est atteint de DE, les patientes précaires souhaitent s'investir dans la pathologie et pensent même pouvoir acheter le traitement si nécessaire. Cependant, elles refusent de limiter leur budget alimentaire familial. Pour celles n'ayant jamais connu ce trouble, la tendance reste la même. Cela prouve bien

que la DE bien que pathologie masculine, concerne aussi la femme, qui même en situation de précarité se voit acheter un traitement qui n'est pas remboursé afin d'améliorer sa vie sexuelle.

INTRODUCTION

Selon le Collège des Enseignants d'Urologie, la dysfonction érectile (DE) est définie par « l'incapacité d'obtenir et/ou de maintenir une érection suffisante pour permettre une activité sexuelle satisfaisante, pendant au moins 3 mois » (1).

Ce symptôme touche de plus en plus d'hommes avec l'âge. En effet selon certains chiffres, parmi les hommes sexuellement actifs 47% évoquent une dysfonction érectile occasionnelle et 7% une dysfonction érectile persistante (2). Après 40 ans, 1 homme sur 3 a des troubles de l'érection (1) (3). Si l'on ramène ces chiffres à l'échelle de la population, la dysfonction érectile toucherait 2 millions d'hommes en France (4).

La définition de la précarité, elle, nécessite une approche beaucoup plus multidimensionnelle. Parmi ses nombreuses définitions, la précarité selon la HAS est « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives » (5). Elle ne se résume donc pas à une catégorie sociale ou un simple niveau de revenus.

Comme tous les ans, l'INSEE a publié le 3 novembre 2021 une estimation avancée du taux de pauvreté et des inégalités de niveau de vie en 2020 en France (6). En 2020, les inégalités de revenus et le taux de pauvreté monétaire seraient restés stables par rapport à 2019. En 2020, le taux de pauvreté monétaire serait à 14,6% de la population et 9,3 millions de personnes seraient sous le seuil de pauvreté (7). N'oublions pas que cette année 2020 reste exceptionnelle de par la situation sanitaire avec l'arrivée sur le territoire du COVID-19 et des mesures inédites qui en ont découlées. Sans les

dispositifs exceptionnels mis en place par le gouvernement et particulièrement les aides financières aux ménages à bas revenus, les inégalités et la pauvreté auraient augmenté entre 2019 et 2020.

Si l'on prend la définition de la santé selon l'OMS, celle-ci constitue « un état complet de bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (8). Toujours selon l'OMS, les déterminants sociaux de la santé sont « les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie » (8) (9). La DE, problème bien qu'organique, peut engendrer un état de mal être psychique pour le patient et son couple. La précarité, facteur social non négligeable peut également rentrer en compte dans un état de mal être psychique mais aussi physique.

Deux thèses ont montré que les patients souffrant de DE en situation de précarité, seraient prêts à inclure dans leur budget mensuel un traitement pour cette pathologie, bien que ce dernier ne soit pas pris en charge par la sécurité sociale (10) (11). Une thèse qualitative de M. BOBILLIER rédigée en 2018, démontrait que les patients en situation de précarité interrogés (au nombre de 8) étaient prêts à accepter un traitement contre la DE malgré leur prix. La thèse quantitative de Mme DECHERF-LEROY de 2020 qui interrogeait 416 patients de plus de 40 ans a souligné que parmi les sujets précaires souffrant de DE 60,71% prenaient un traitement, et 43,14% d'entre eux limitaient leur budget alimentaire. Cela prouve bien que même si leur situation financière ne leur permet pas de se procurer un traitement tout de même onéreux et non remboursé, les patients précaires sont prêts à payer parfois aux dépens de leur alimentation, afin de retrouver une érection satisfaisante. De cette érection satisfaisante en découle un état de bien-être physique et psychologique (11).

Cependant, peu d'études ont exploré le versant féminin de cette situation. Certaines ont mis en avant le vécu des compagnes de patients avec une DE, mais aucune n'a pris en compte l'influence que pourrait avoir une situation précaire. Il est donc légitime de se demander quelle serait l'influence des compagnes dans la prise en charge des DE des conjoints en situation de précarité.

De plus, le médecin traitant représente le premier acteur de santé face à ce type de situation et joue un rôle central. C'est à lui que les patientes, accompagnées de leur partenaire ou non, se confient sur les DE de leur compagnon. C'est aussi le médecin traitant qui serait susceptible de dépister des situations de précarité, lorsqu'il ne les connaît pas initialement.

L'objectif de cette étude est donc de rechercher si les compagnes en couple et en situation de précarité accepteraient de s'investir dans la prise en charge de la DE de leur conjoint ?

MATERIEL ET METHODES

I. Type d'étude et population cible

Il s'agit d'une étude épidémiologique quantitative, multicentrique, transversale, descriptive et régionale. Au total, 693 questionnaires ont été déposés dans les différents cabinets de médecine générale, 445 ont été récupérés afin d'être analysés.

22 médecins généralistes de l'Arrageois (15 en secteur urbain, 7 en milieu semi-rural) ont participé à la distribution des questionnaires. Les différents spécialistes (gynécologues, sexologues) n'ayant pas répondu aux propositions de participation à l'étude, aucun questionnaire n'a été distribué. Il s'agit donc d'une étude portant exclusivement sur des patientes recrutées en cabinet de médecine générale.

- Critères d'inclusion : toute patiente de 30 ans et plus, sachant lire et écrire, hétérosexuelle, consultant son médecin généraliste quel qu'en soit le motif.
- Critères de non inclusion : couple de femmes homosexuelles.
- Critères d'exclusion : tout questionnaire incorrectement rempli (illisible, incomplet), patientes de moins de 30 ans, analphabètes, homme quel que soit l'âge.

L'objectif principal de notre étude est de rechercher si les compagnes en couple et en situation de précarité accepteraient de s'investir dans la prise en charge de la DE de leur conjoint.

II. Conception du questionnaire

Le questionnaire se divise en 3 parties. (Annexe 1)

La première définit la carte socio-économique de la patiente ; son âge, sa situation familiale, l'âge de son compagnon, le nombre d'enfants s'il y a, le niveau d'études et le statut précaire ou non défini par le questionnaire EPICES.

La deuxième partie concerne les patientes (précaires ou non) ayant déjà connu des dysfonctions érectiles de leur compagnon. Elle s'intéresse notamment à leur ressenti vis-à-vis de cette situation, leur niveau d'implication, leurs connaissances concernant les différents traitements, mais surtout leur possibilité d'investir financièrement dans ces derniers et quel(s) budget(s) seraient-elles prêtes à sacrifier pour en bénéficier.

La troisième et dernière partie concerne les patientes (précaires ou non) n'ayant jamais connu de DE de leur compagnon dans leur couple. Ces questions portent notamment sur leur investissement financier si jamais elles étaient confrontées un jour à ce genre de trouble.

Au total, 26 questions sont posées sous forme de QCMs, sans champ libre. Parmi ces 26 QCMs, le QCM n°6 correspondant au score EPICES est divisé en 11 sous questions. L'ordre des items du score ont volontairement été modifiés, dans le but de suivre notre propre ordre du questionnaire (situation familiale, puis situation budgétaire...).

Ce questionnaire a été testé avant distribution sur quelques patientes afin de s'assurer de la bonne compréhension.

III. Recueil des données

Les questionnaires ont été distribués du 1^{er} septembre 2021 au 3 mars 2022, soit une période de 6 mois. Ces derniers ont été donnés aux différents médecins généralistes, qui les mettaient à disposition soit dans leur salle d'attente, soit via leur secrétaire. Il s'agissait de questionnaires anonymes, tous remplis de manière autonome sans aide du praticien. Ils étaient ensuite récupérés ou par le médecin ou par la secrétaire.

IV. Interprétation des données et analyse statistique

La saisie des données des différents questionnaires a été faite avec le logiciel Microsoft[®] Excel[®] 2019 MSO. Le logiciel R version 3.6.1 a permis l'analyse statistique.

Les variables quantitatives sont exprimées en « moyennes » et « écarts types ». Les variables qualitatives sont elles, exprimées en « effectifs » et « pourcentages ». Ces dernières ont fait l'objet d'un test Chi-2 quand les conditions étaient réunies, et lorsque ce n'était pas possible avec un test exact de Fisher. L'intervalle de confiance est de 95% avec un risque alpha à 5%.

V. Ethique

Le service de la protection des données à caractère personnel de l'Université de Lille a été contacté. Le questionnaire ne comportant pas suffisamment d'informations personnelles, il est donc impossible d'identifier les patientes. La sécurité des données est assurée par le fait que le questionnaire est anonyme. De plus, le consentement de la personne répondante est constitué par le fait qu'elle répond aux questions,

s'agissant donc d'un acte positif. Le récépissé de déclaration de conformité à la protection des données porte le numéro 2021-175.

RESULTATS

I. Flowchart

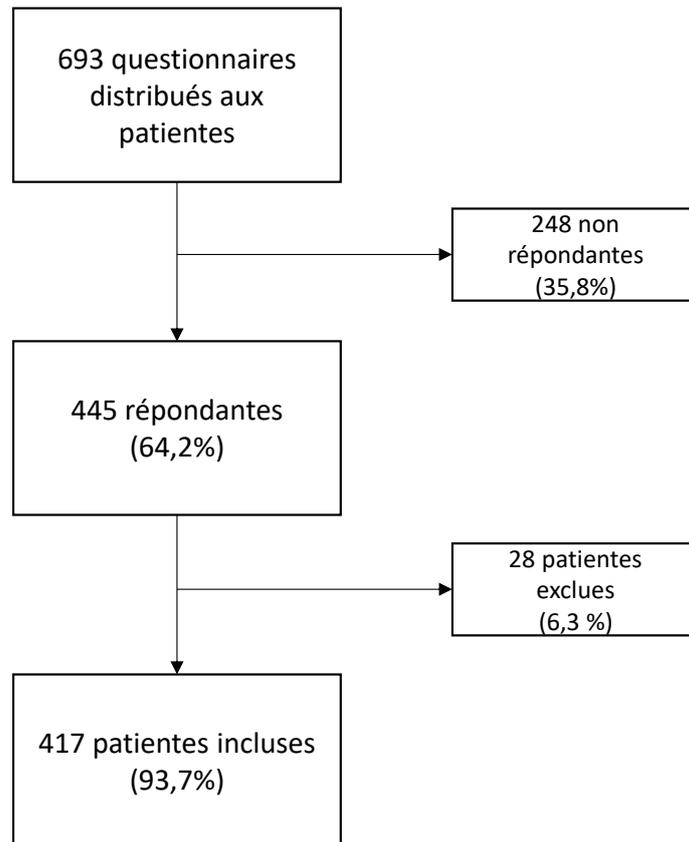


Figure 1. Diagramme de flux représentant la répartition des patientes ayant reçu un questionnaire

Concernant les 28 patientes exclues on retrouve :

- 23 questionnaires partiellement remplis
- 3 questionnaires incorrectement remplis
- 2 patientes ayant laissé une identification possible rendant le questionnaire non interprétable car non anonyme.

II. Analyses univariées

A. Etude de la population globale

1. Age

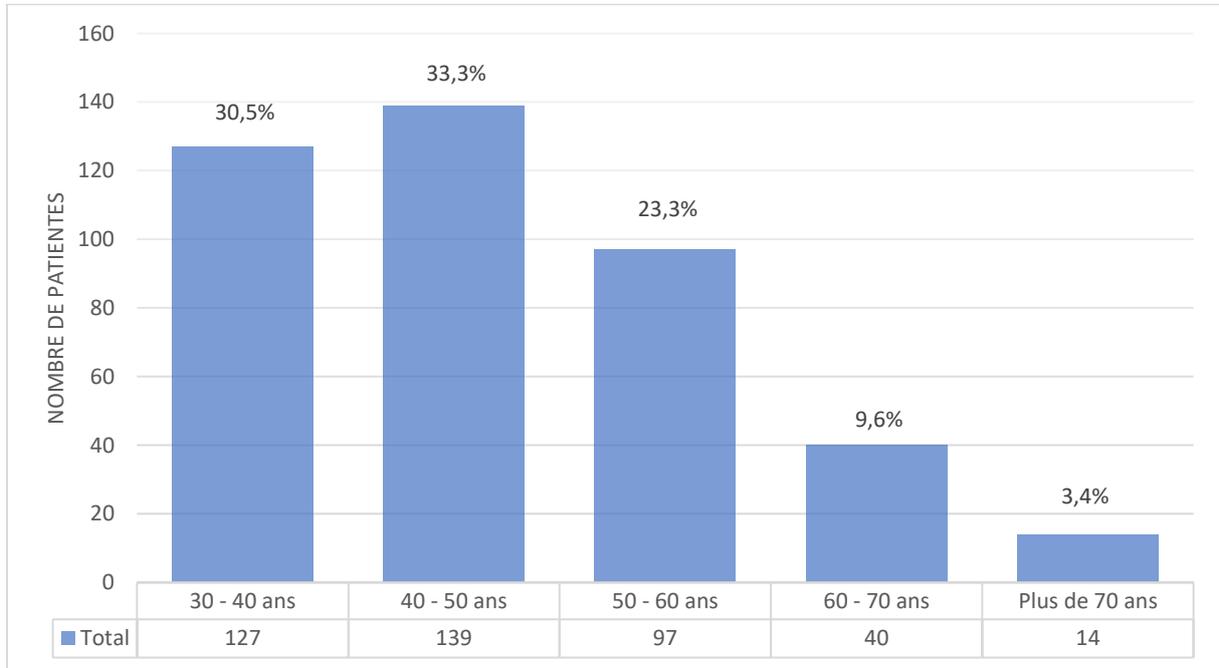


Figure 2 : Répartition des patientes selon leur âge

L'âge médian des patientes est de 47,2 ans.

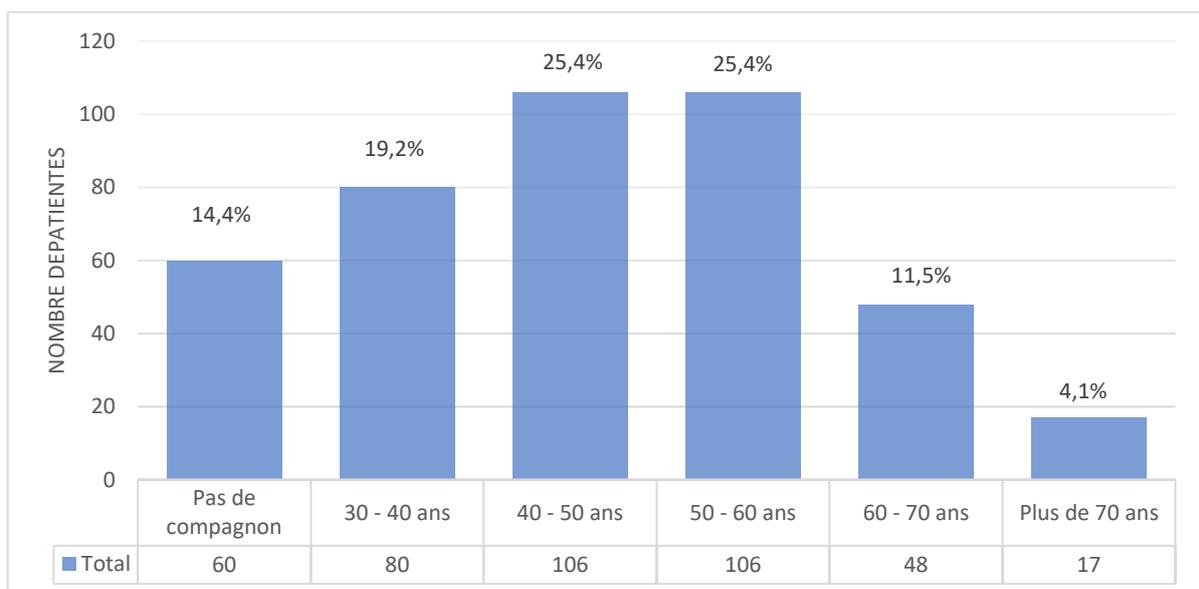


Figure 3 : Répartition des patientes selon l'âge de leur compagnon

L'âge médian des compagnons des patientes est de 42,7 ans.

2. Situation familiale

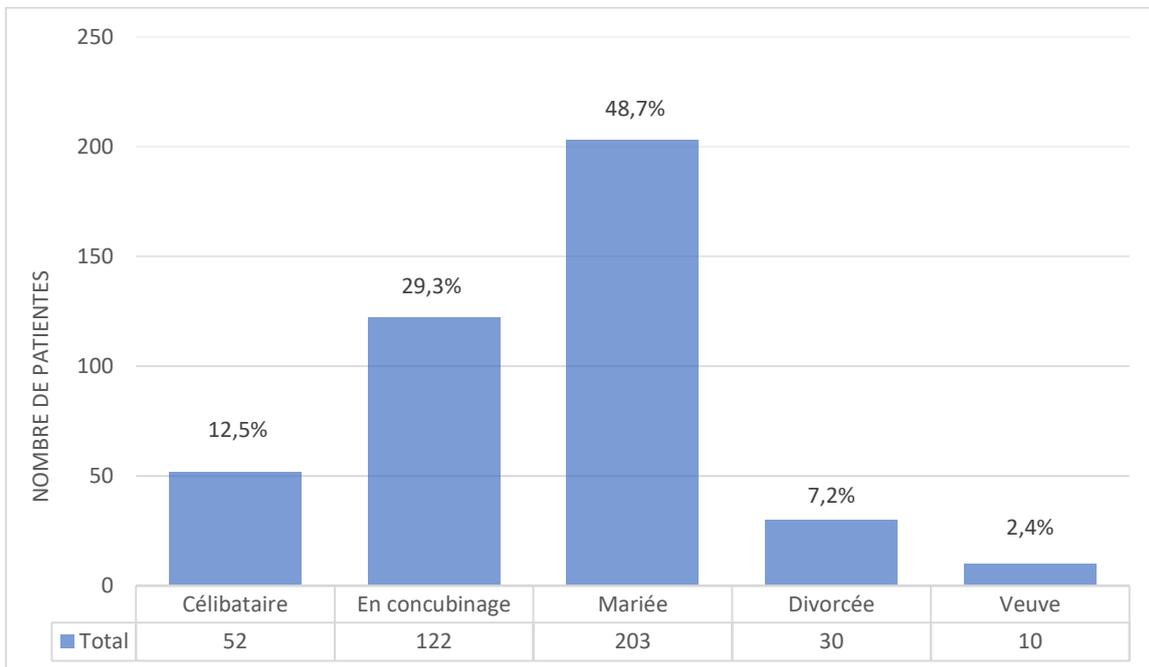


Figure 4 : Répartition des patientes selon leur situation familiale

3. Parentalité

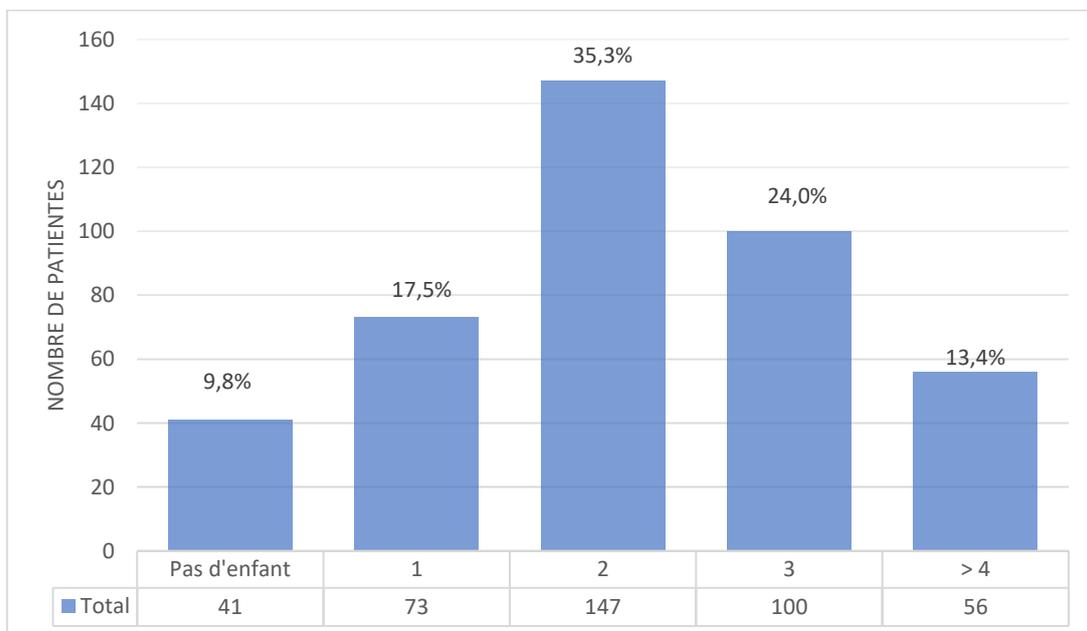


Figure 5 : Répartition des patientes selon leur nombre d'enfant(s)

Chez les patientes ayant des enfants, ces dernières ont en moyenne 2,1 enfants.

4. Niveau d'études

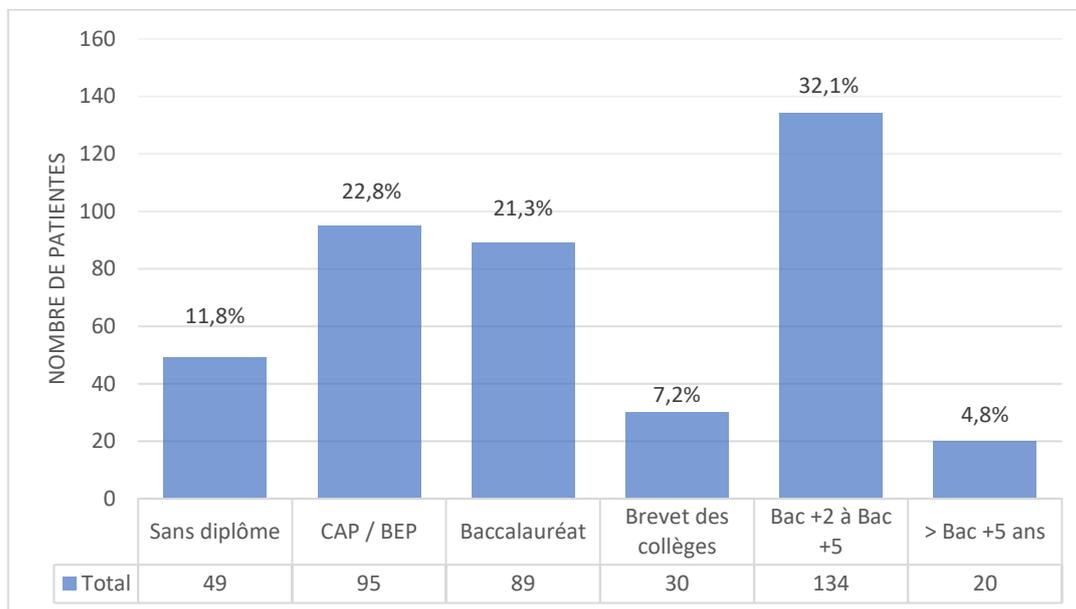


Figure 6 : Répartition des patientes selon leur niveau d'étude

5. Précarité et score EPICES

Parmi les 417 patientes analysées, 198 d'entre elles rentrent dans la définition de la précarité selon le score EPICES (représentant 47,5% de notre population d'étude). A contrario 219 patientes de notre étude, soit 52,5% ne sont pas précaires.

6. Difficultés de couple

Dans notre population, 246 patientes (59%) estiment déjà avoir rencontré des difficultés dans leurs relations de couple contre 171 (41%). Parmi celles ayant déjà connu des difficultés, 116 patientes (47,2%) disent concerner leur vie sexuelle.

7. DE du conjoint

Sur les 417 questionnaires analysés, 135 patientes (32,4%) déclarent que leur conjoint a déjà rencontré des problèmes lors de leurs rapports intimes à type de panne(s), ou trouble(s) de l'érection, contre 282 non, soit 67,6%.

B. Etude des patientes dont le conjoint a déjà souffert de DE

1. Discussion et délais d'abord

Parmi les patientes dont le conjoint a déjà rencontré des troubles lors des rapports, 101 (74,8%) ont abordé avec eux ce sujet, contre 31 (25,2%) non.

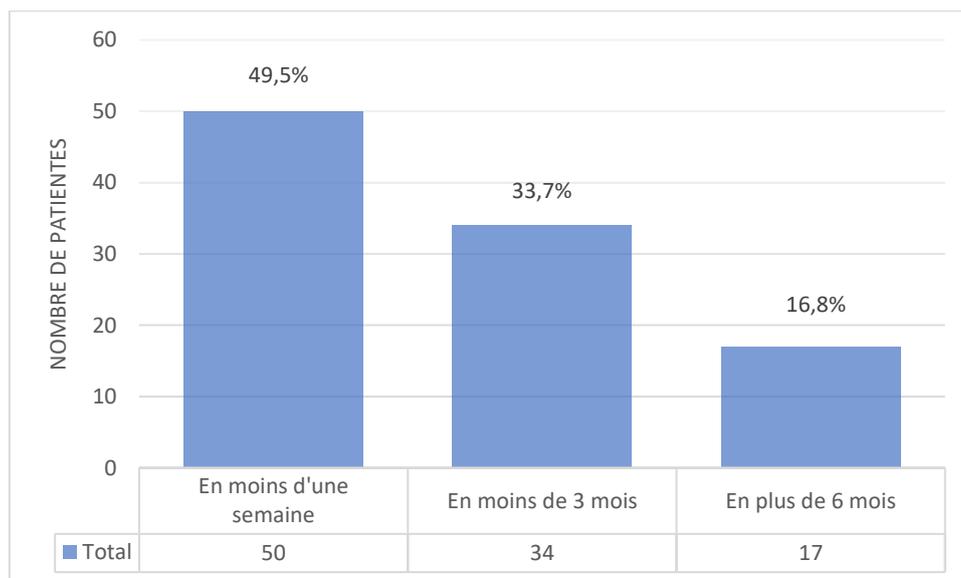


Figure 7 : Répartition des 101 patientes selon les délais de discussion avec leur conjoint

2. Consultation et accompagnement de la conjointe

Sur les 135 compagnons, 78 (57,8%) n'ont jamais consulté pour l'exploration de ces troubles érectiles, contre 57 (42,2%) qui l'ont fait. De plus, seules 26 patientes (45,6%) ont accompagné leur conjoint à cette consultation contre 31 (54,4%) qui ne sont pas venues.

3. Spécialistes consultés

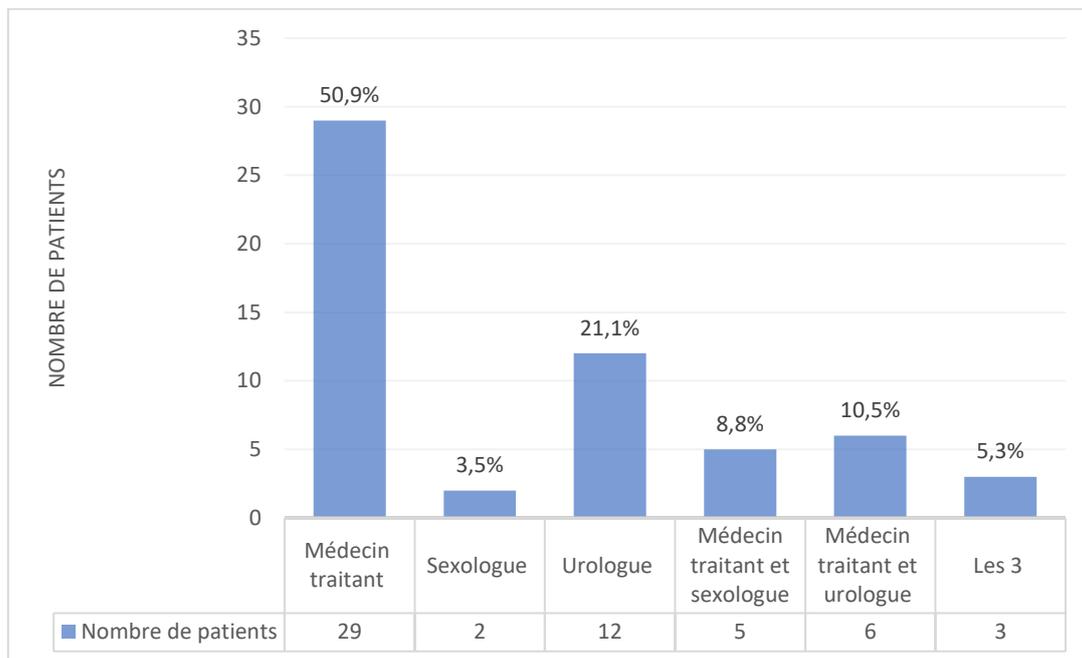


Figure 8 : Répartition des spécialistes consultés par les conjoints

Sur les 57 patients ayant consulté, certains ont rencontré plusieurs professionnels de santé. Si l'on fait la somme de ces différents entretiens, cela nous amène à 75 professionnels de santé consultés au total, dont voici la répartition ; médecins traitants 57,3%, urologues 29,3%, et sexologues 12%.

4. Discussion des patientes avec un professionnel de santé

De leur côté, 34 patientes (25,2%) ont déjà abordé ce sujet concernant leur conjoint soit avec leur propre médecin traitant, soit avec celui de leur partenaire.

5. Inquiétude des patientes

Un pourcentage de 66,7% soit 90 patientes disent ne pas ressentir une quelconque inquiétude vis-à-vis des troubles d'érection de leur conjoint, contre 33,3% (45 patientes).

6. Implication de la patiente dans la DE et possibilités

Une proportion de 45,2%, soit 61 patientes souhaitent être plus impliquées dans la prise en charge des DE de leur conjoint. A contrario, les 74 patientes restantes (54,8%) ne désirent pas une implication plus importante.

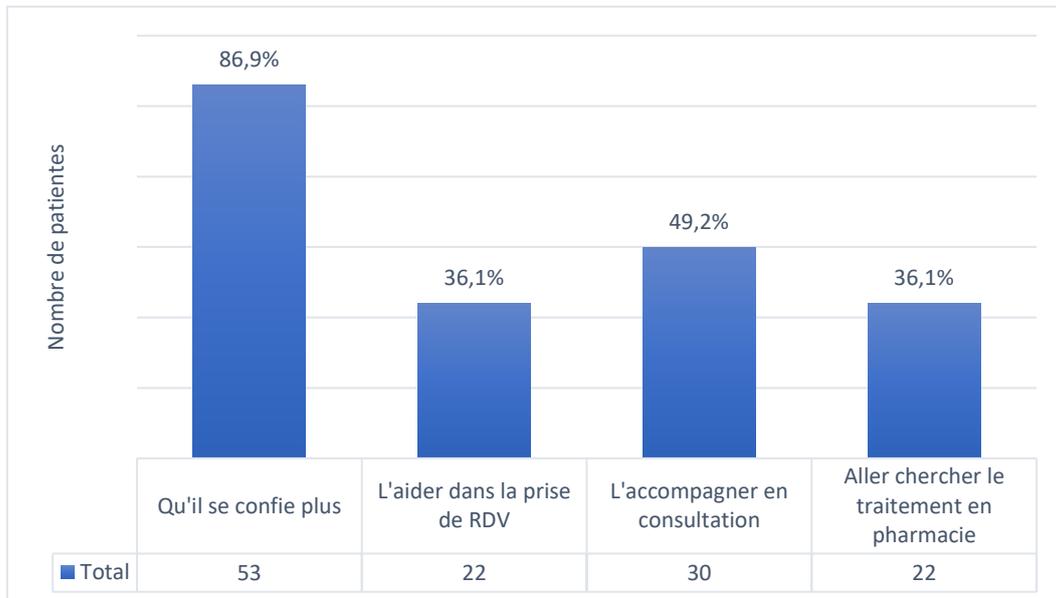


Figure 9 : Répartition des 61 patientes en fonction de leur souhait d'implication

Dans ce QCM, plusieurs items pouvaient être possibles, d'où le nombre total de réponses bien supérieur aux 61 personnes souhaitant être plus impliquées.

7. Prise de traitement du conjoint

Seuls 27 (20%) des conjoints des patientes prennent un traitement pour les DE, contre 108 (80%) qui n'en prennent pas.

8. Etat des connaissances des patientes sur les traitements autres que médicaments et leur remboursement

Également, sur ce QCM plusieurs réponses étaient possibles. Sur les 135 patientes répondantes, certaines avaient connaissance de plusieurs traitements. Nous avons

fait la somme de tous les traitements connus, nous amenant à 160 réponses, dont la répartition est illustrée dans le tableau ci-dessous.

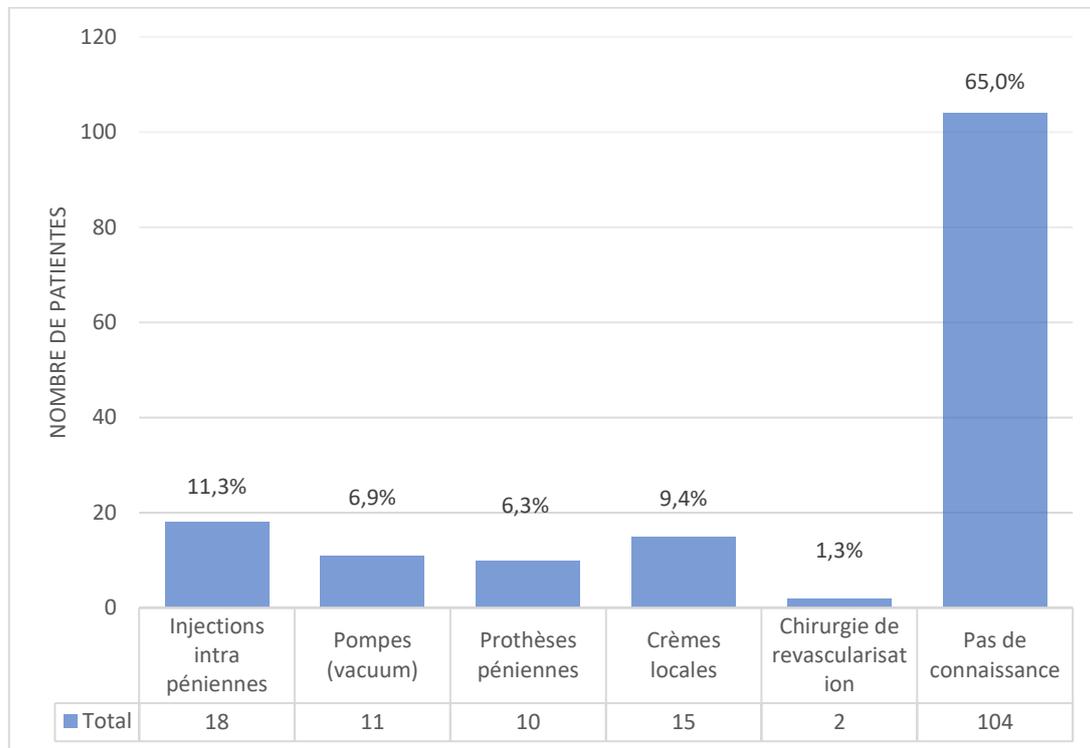


Figure 10 : Répartition des patientes selon leur(s) connaissance(s) des traitements contre la DE hors voie orale

De plus, 86 (63,7%) ne savaient pas que les traitements des troubles de l'érection ne sont pas remboursés en règle générale, contre 49 (36,3%) patientes qui étaient au courant.

9. Possibilités d'achat

97 patientes (71,9%) pensent pouvoir acheter ce traitement si nécessaire, contre 38 (28,1%) qui ne l'envisagent pas.

10. Budgets pour achat de traitement

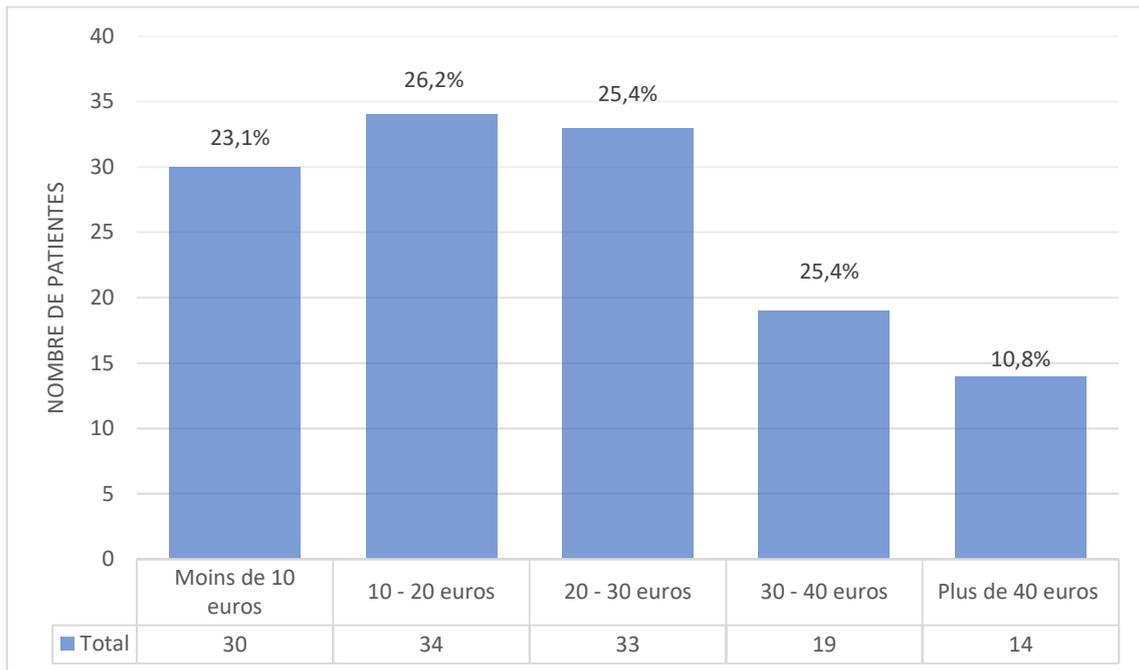


Figure 11 : Répartition des différents budgets financiers envisagés par les patientes pour l'achat de traitement

Dans ce QCM, 5 personnes n'ont rien répondu. Ces dernières n'ont pas été comptabilisées dans les statistiques, considérées comme ne souhaitant pas vouloir dépenser de l'argent pour le traitement.

11. Types de limitation de budget pour l'achat de traitement

De nouveau, ce QCM pouvait porter plusieurs réponses possibles, raison pour laquelle 245 résultats ont été récoltés, répartis de la façon suivante.

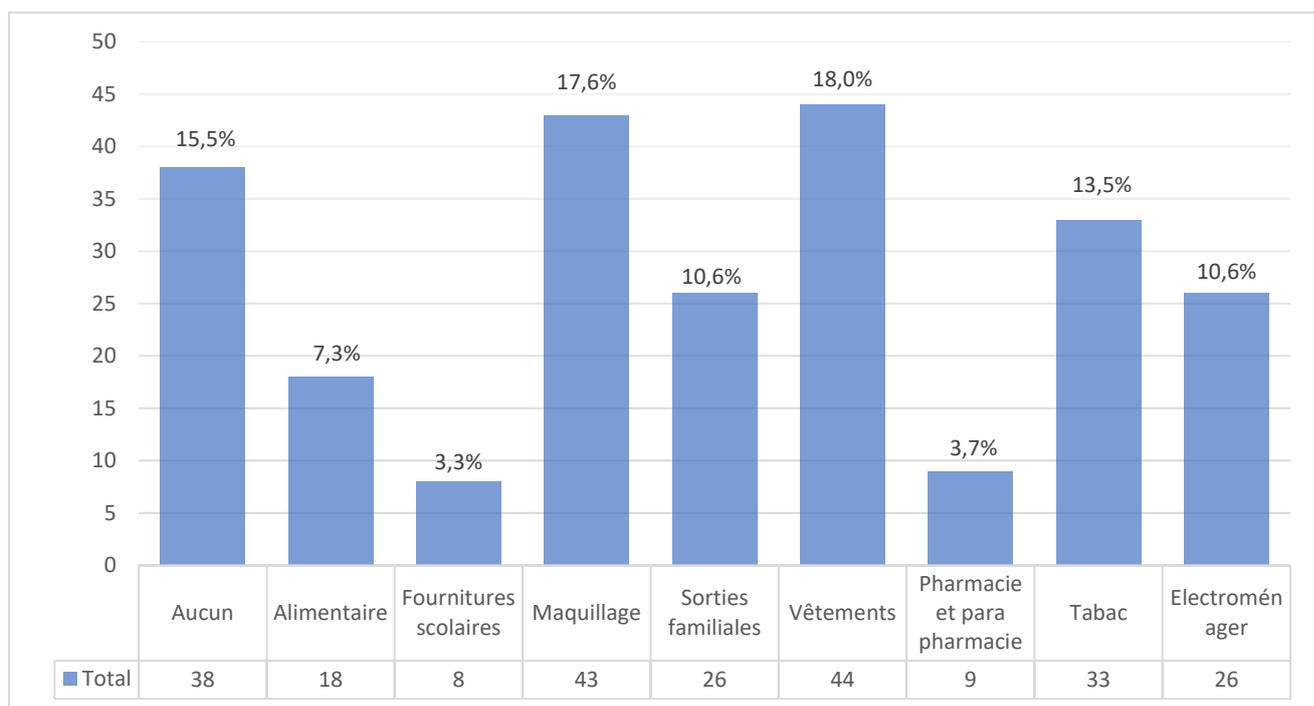


Figure 12 : Répartition des patientes en fonction de(s) type(s) de limitation de budget

Pour des raisons de lisibilité et de compréhension, nous avons décidé de scinder ces résultats en 4 nouvelles catégories de budget ; alimentaire, non alimentaire, les deux, ou aucun. Les résultats se trouvent ci-dessous.

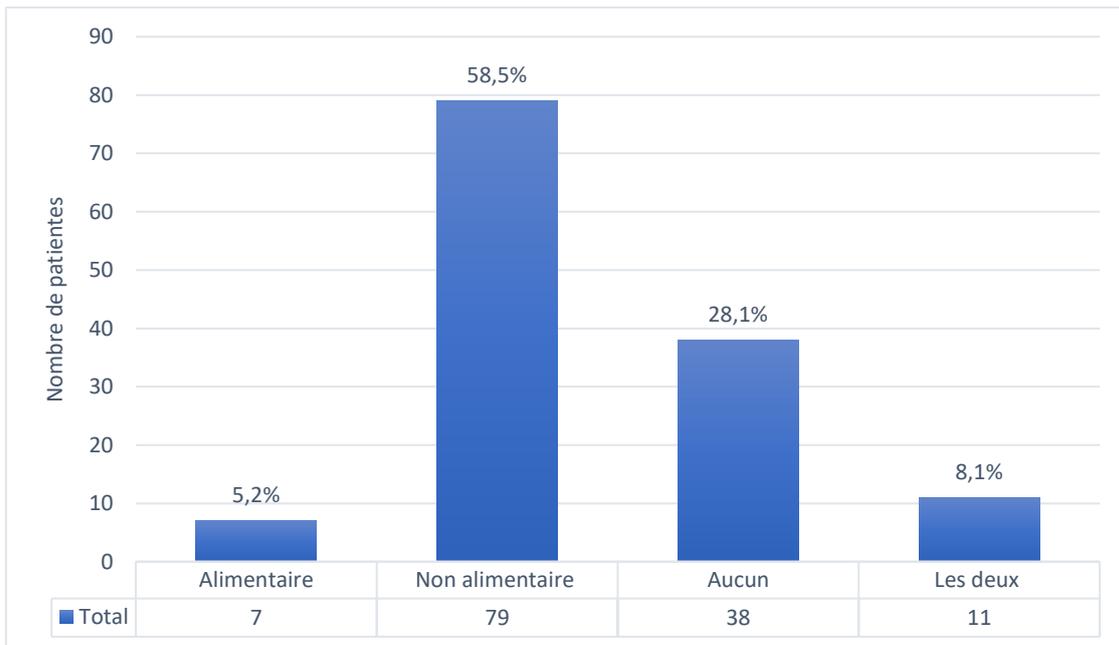


Figure 13 : Répartition des patientes en fonction du type(s) de limitation de budget après réajustement

C. Etude des patientes dont le conjoint n'a jamais souffert de DE

1. Possibilités d'achat

Pour les patientes n'ayant jamais connu de trouble d'érection de leur compagnon, 211 d'entre elles (soit 75,1%) seraient prêtes à payer pour bénéficier de traitement et améliorer leur vie sexuelle si un jour des DE se présentaient. Cependant, 70 (24,9%) ne l'envisagent pas.

2. Limitation de budget

Dans notre échantillon, 109 patientes (38,8%) pensent être capables de limiter leur budget alimentaire pour l'achat de ce genre de traitement, contre 172 (61,2%).

III. Analyses bivariées

A. Caractéristiques de la population étudiée en fonction de la précarité

	Non Précaire N=219	Précaire N=198	p.overall
AGE :			0.238
[30-40]	63 (28.8%)	64 (32.3%)	
]40-50]	71 (32.4%)	68 (34.3%)	
]50-60]	50 (22.8%)	47 (23.7%)	
]60-70]	28 (12.8%)	12 (6.06%)	
+70 ans	7 (3.20%)	7 (3.54%)	
SITUATION_FAMILIALE :			<0.001
Célibataire	7 (3.20%)	45 (22.7%)	
Divorcée	12 (5.48%)	18 (9.09%)	
En concubinage	58 (26.5%)	64 (32.3%)	
Mariée	140 (63.9%)	63 (31.8%)	
Veuve	2 (0.91%)	8 (4.04%)	
AGE COMPAGNON :			<0.001
-30 ans	10 (4.57%)	50 (25.3%)	
[30-40]	46 (21.0%)	34 (17.2%)	
]40-50]	56 (25.6%)	50 (25.3%)	
]50-60]	63 (28.8%)	43 (21.7%)	
]60-70]	35 (16.0%)	13 (6.57%)	
+70 ans	9 (4.11%)	8 (4.04%)	
NIVEAU_ETUDE :			<0.001
Sans diplôme	11 (5.02%)	38 (19.2%)	
CAP/BEP	32 (14.6%)	63 (31.8%)	
Brevet des collèges	12 (5.48%)	18 (9.09%)	
Baccalauréat	52 (23.7%)	37 (18.7%)	
Bac+2 à bac +5	93 (42.5%)	41 (20.7%)	
Sup à Bac +5	19 (8.68%)	1 (0.51%)	
NOMBRE D'ENFANTS :			<0.001
Aucun	21 (9.59%)	20 (10.1%)	
1	39 (17.8%)	34 (17.2%)	
2	95 (43.4%)	52 (26.3%)	
3	48 (21.9%)	52 (26.3%)	
4 ou plus	16 (7.31%)	40 (20.2%)	

Figure 14 : Descriptif de la population étudiée en fonction de la précarité

B. Difficultés (en tous genres) rencontrées dans le couple en fonction de la précarité

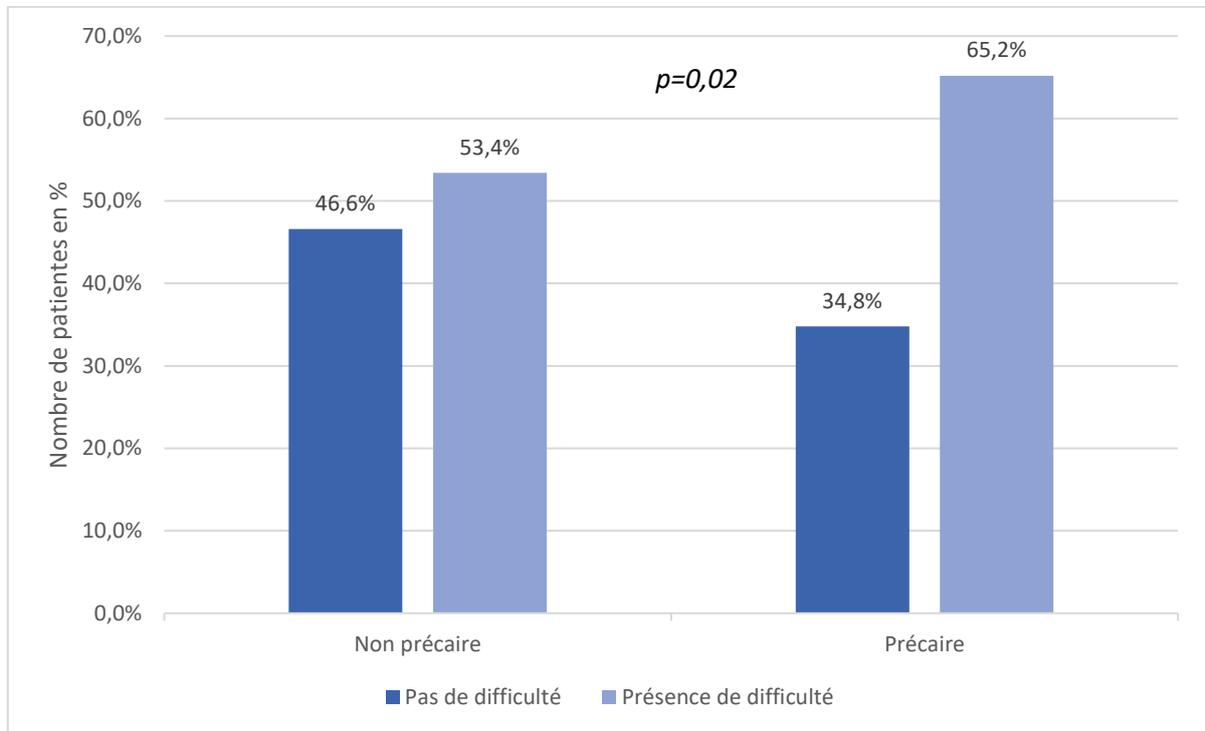


Figure 15 : Relation entre difficultés rencontrées dans le couple et précarité

C. Difficultés concernant uniquement la vie sexuelle du couple en fonction de la précarité

Parmi les patientes ayant rencontré des difficultés dans leur couple, 45% des patientes précaires concernent leur vie sexuelle contre 49,6% des non précaires. Avec une p-value de 0,75 ces résultats ne semblent pas significatifs.

D. Troubles sexuels lors des rapports en fonction de la précarité

Avec des résultats sensiblement similaires (65,3% des non précaires et 70,2% des précaires n'ayant jamais connu de trouble érectile de leur conjoint), il ne semble pas y avoir d'influence de la précarité sur les troubles sexuels lors des rapports (résultats non significatifs avec $p=0,33$).

E. Discussion des troubles sexuels au sein du couple en fonction de la précarité

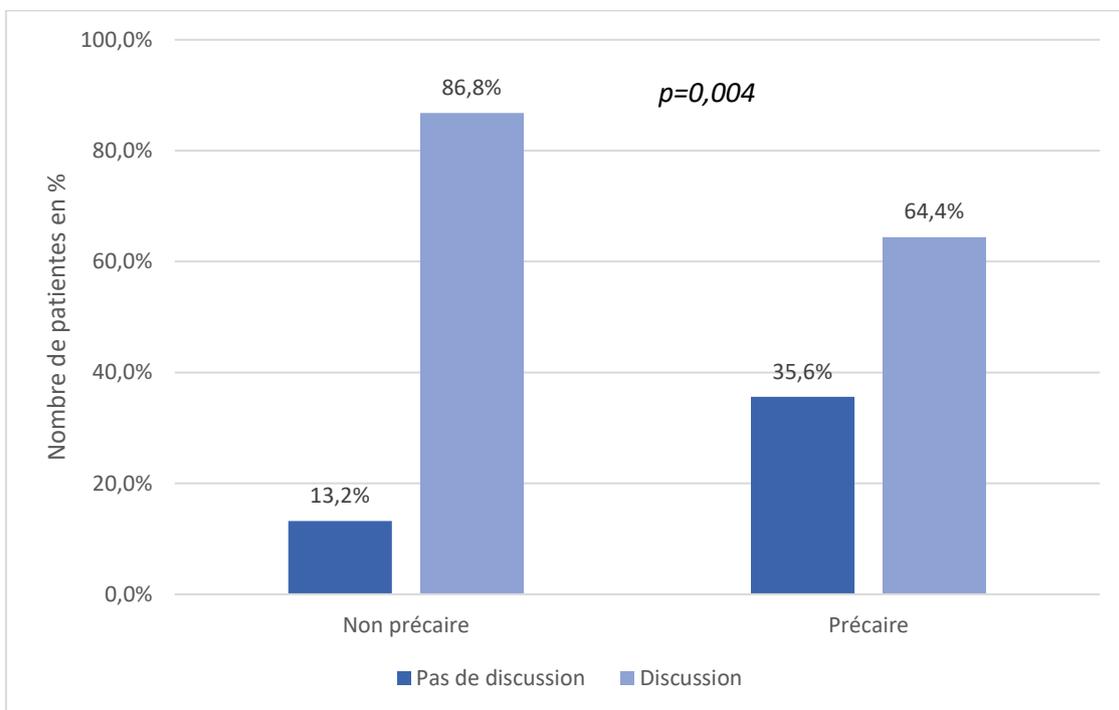


Figure 16 : Lien entre discussion des troubles sexuels au sein du couple et précarité

F. Délais de discussion en fonction de la précarité

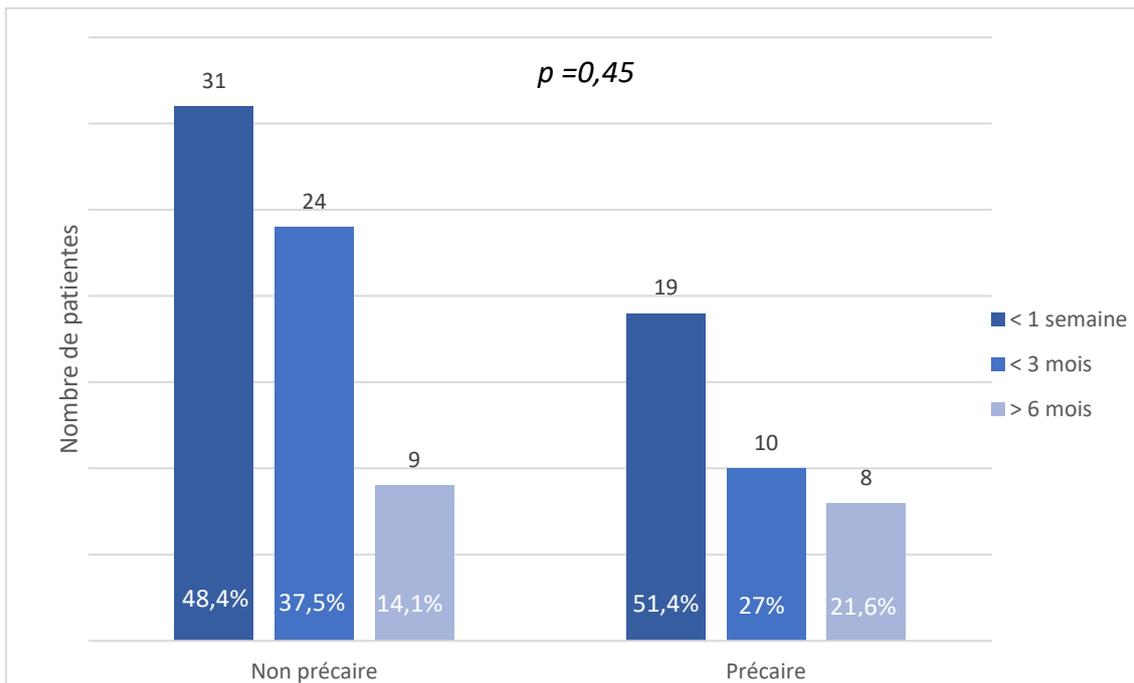


Figure 17 : Lien entre délais de discussion et précarité chez les 101 patientes ayant abordé le sujet dans leur couple

G. Consultation des compagnons chez un professionnel de santé pour DE en fonction de la précarité

Dans la population non précaire, 53,9% des compagnons n'ont jamais consulté pour ce genre de trouble tout comme 62,7% des patients précaires. Par conséquent, 46,1% des non précaires et 37,3% précaires ont déjà consulté un professionnel de santé pour DE. Cependant avec une p value à 0,397 ces résultats ne sont pas significatifs.

H. Lien entre précarité et spécialistes consultés pour DE

Pour rappel, 135 patients présentent une DE. Parmi eux, 57 ont consulté un professionnel de santé, dont 43 qui se sont tournés vers un médecin généraliste (75%).

La répartition concernant la précarité est la suivante ; 16 personnes précaires (37,2%), et 27 non précaires (62,8%).

Le second professionnel de santé concerné est l'urologue, consulté par 21 patients (36,8%) ; 8 de ces patients sont en situation de précarité (38%), contre 13 non précaires (62%).

Le dernier professionnel de santé est le sexologue, consulté par 10 patients (17,5%) ; 6 étaient précaires (60%), 4 ne l'étaient pas (40%).

Avec une p-value à 0,27, ces résultats ne semblent pas significatifs.

I. Accompagnement du compagnon en consultation en fonction de la précarité

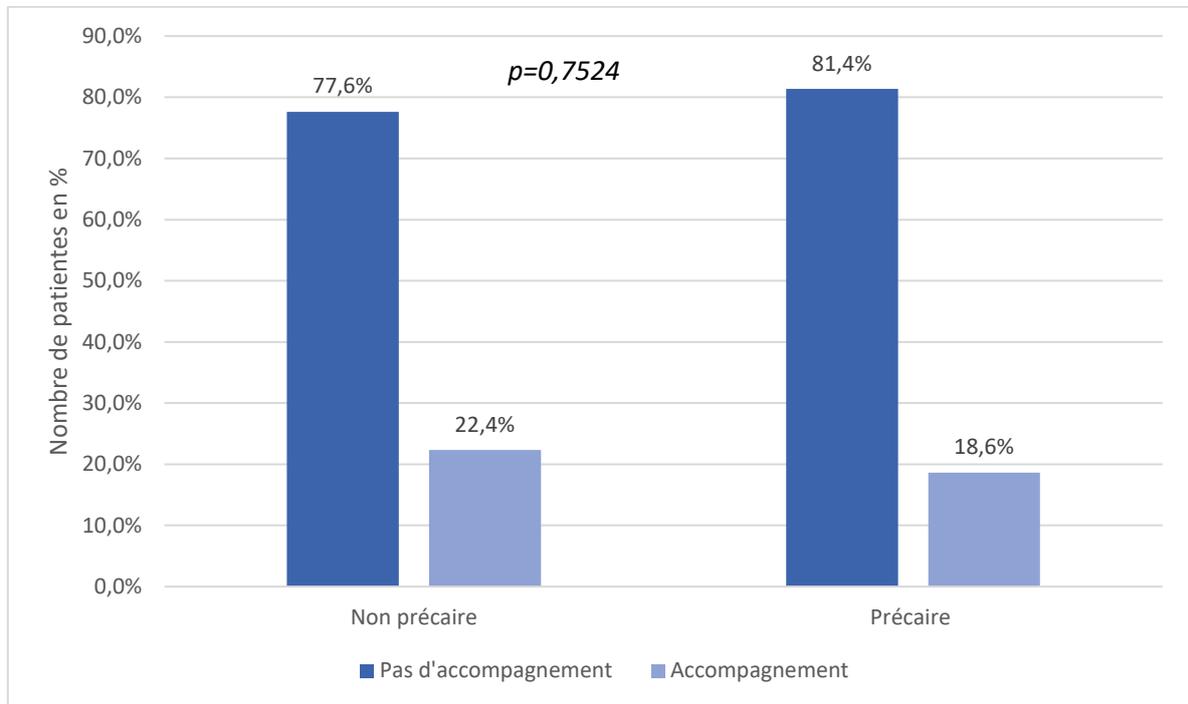


Figure 18 : Relation entre précarité et accompagnement du compagnon en consultation

J. Inquiétude des compagnes en fonction de la précarité

Seuls 39% des patientes précaires déclarent avoir une inquiétude concernant la DE de leur compagnon, tout comme 28,9% des patientes non précaires ($p=0,297$).

K. Désir d'implication des compagnes en fonction de la précarité

Les patientes précaires qui souhaitent être impliquées dans la prise en charge de ce trouble représentent 42,4%, contre 47,4% des non précaires. Avec une p-value de 0,6861, il ne semble pas y avoir d'association.

L. Différentes implications en fonction de la précarité

Pour rappel, 61 femmes souhaitent être plus impliquées dans la prise en charge des problèmes érectiles de leur compagnon.

Parmi elles, 53 (86,9%) souhaitent que leur compagnon se confie d'avantages ; 20 sont précaires (37,7%), 33 sont non précaires (62,3%).

La prise de rendez-vous serait souhaitée par 22 des patientes interrogées (36%) ; 6 sont précaires (27,3%), 16 non précaires (72,7%).

On retrouve 30 patientes (49,2%) qui souhaitent accompagner leur conjoint en consultation ; 11 précaires (36,7%) contre 19 non précaires (63,7%).

Enfin, 22 patientes (36,1%) préfèrent aller chercher le traitement en pharmacie ; 6 sont en situation de précarité (27,3%), et 16 ne le sont pas (72,7%).

Avec une p-value à 0,37 ces résultats ne sont pas significatifs.

M. Prise de traitement des compagnons contre la DE en fonction de la précarité

Les sujets en situation de précarité ne prenant pas de traitement représentent 83,1% contre 77,6% des sujets non précaires. Avec une p-value de 0,5728 ces données ne semblent pas significatives.

N. Connaissance du remboursement des différentes thérapeutiques en fonction de la précarité

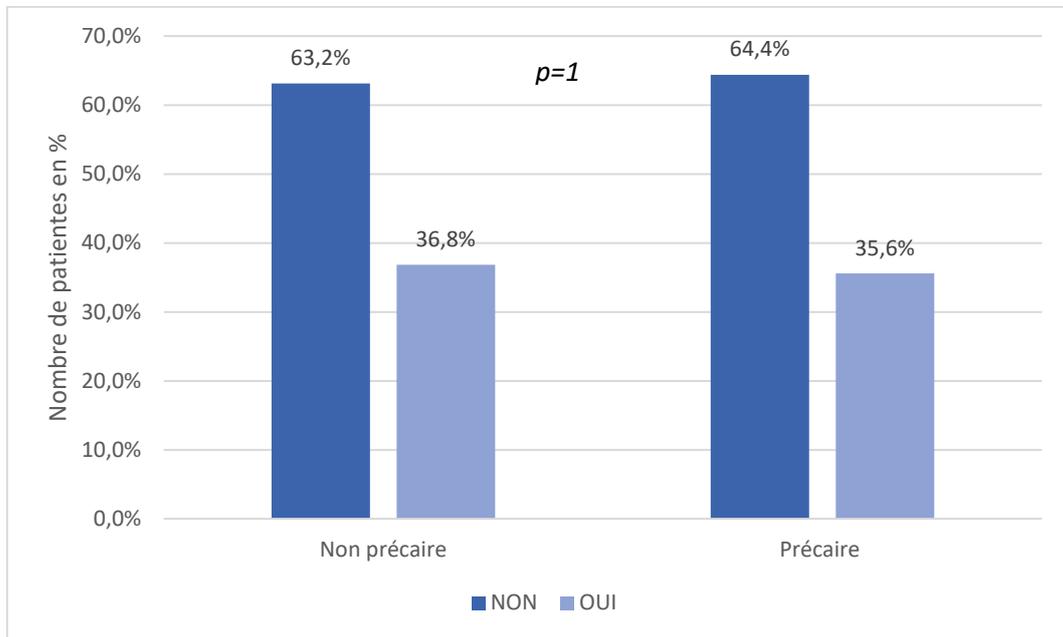


Figure 19 : Connaissance ou non du remboursement des thérapeutiques en fonction de la précarité

O. Possibilité d'achat des traitements en fonction de la précarité

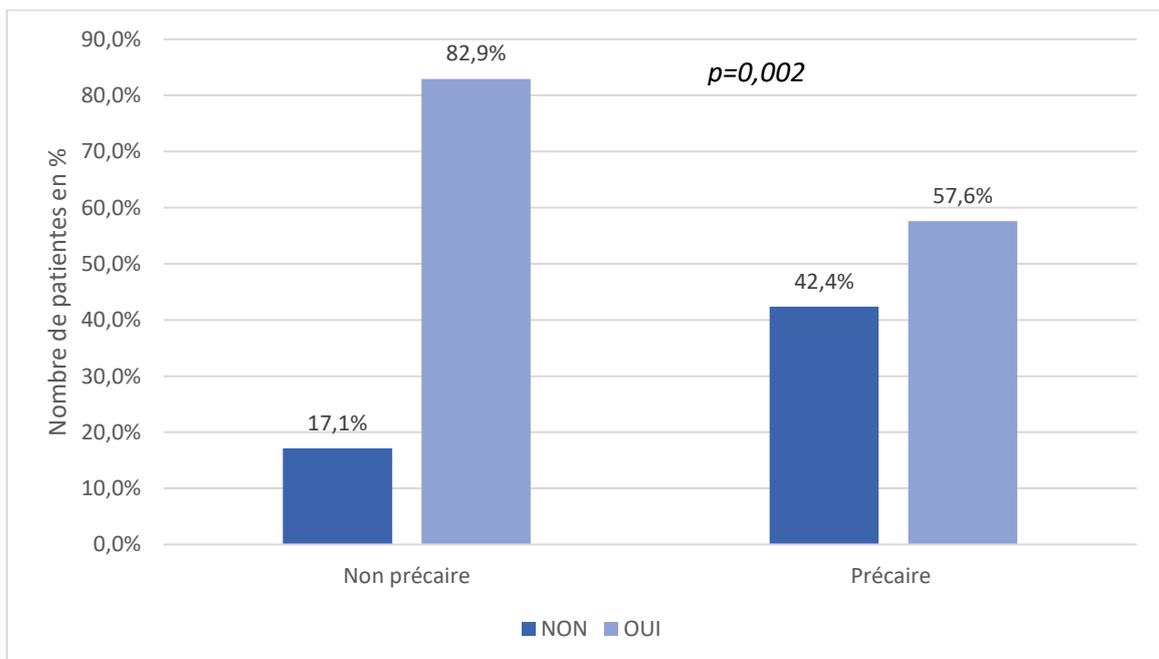


Figure 20 : Possibilité d'achat des traitements en fonction de la précarité

P. Budget envisagé en fonction de la précarité

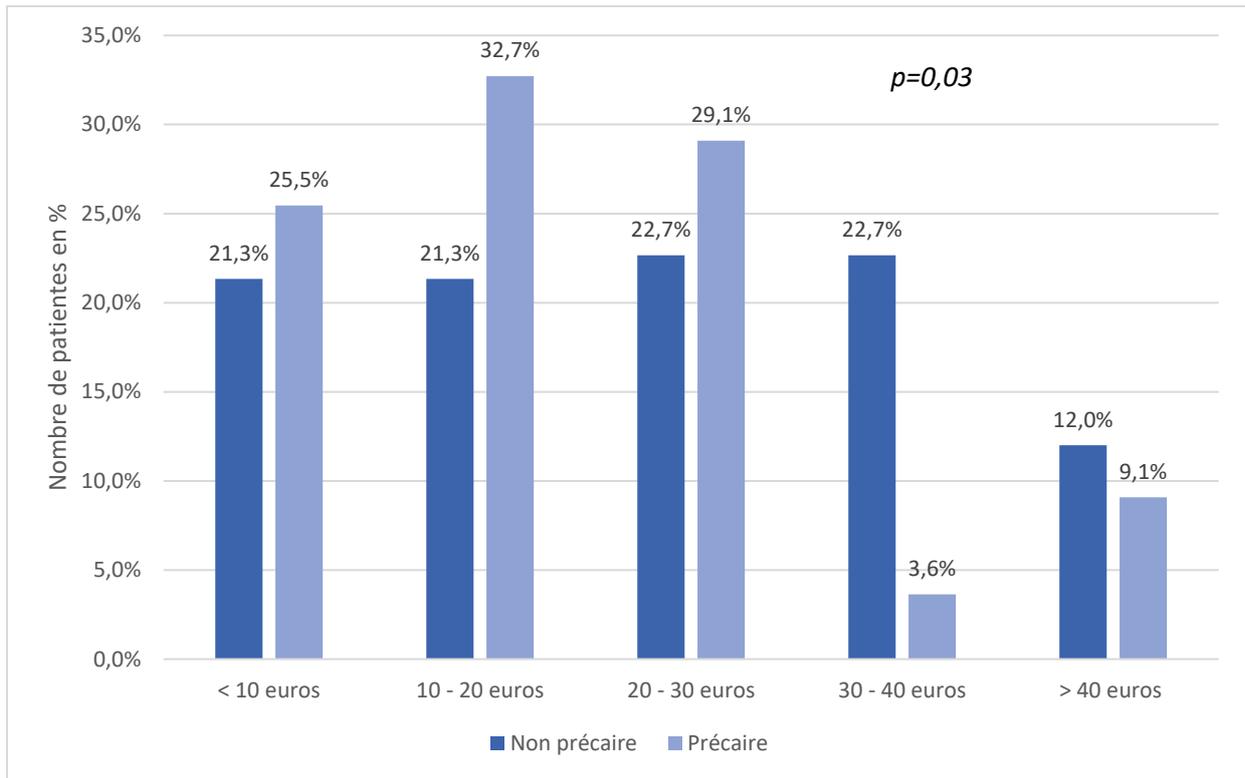


Figure 21 : Budget possible pour l'achat des traitements en fonction de la précarité

Q. Catégories de budgets sacrifiées au profit d'un traitement en fonction de la précarité

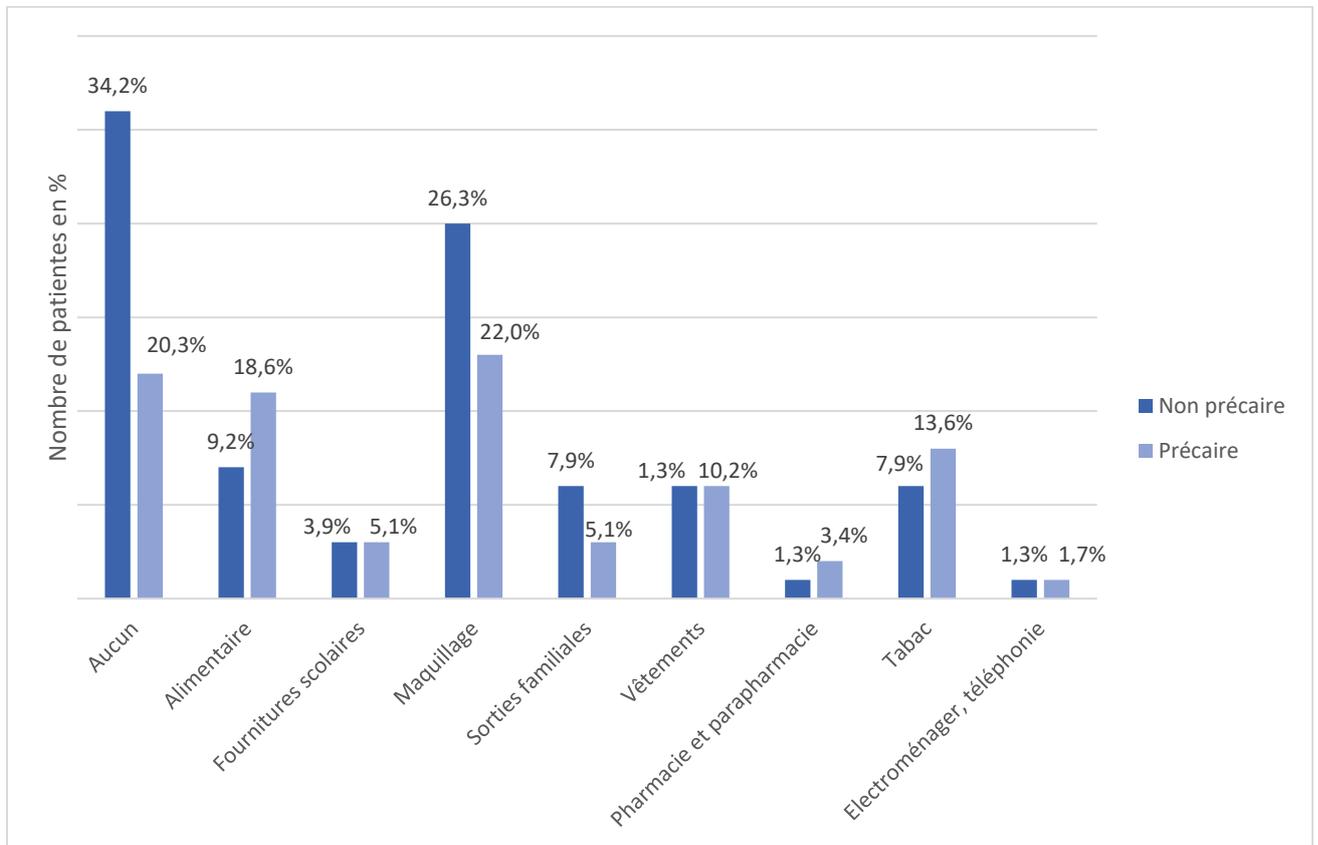


Figure 22 : Types de budgets potentiellement sacrifiés en fonction de la précarité

Cette question étant à choix multiples, il n'a pas été possible de réaliser un test afin de rechercher une association. Cependant, nous avons pu illustrer les différents budgets que les patientes précaires et non précaires sont prêtes à sacrifier pour l'achat de traitement contre la DE.

R. Budget possible en fonction de l'âge et la précarité

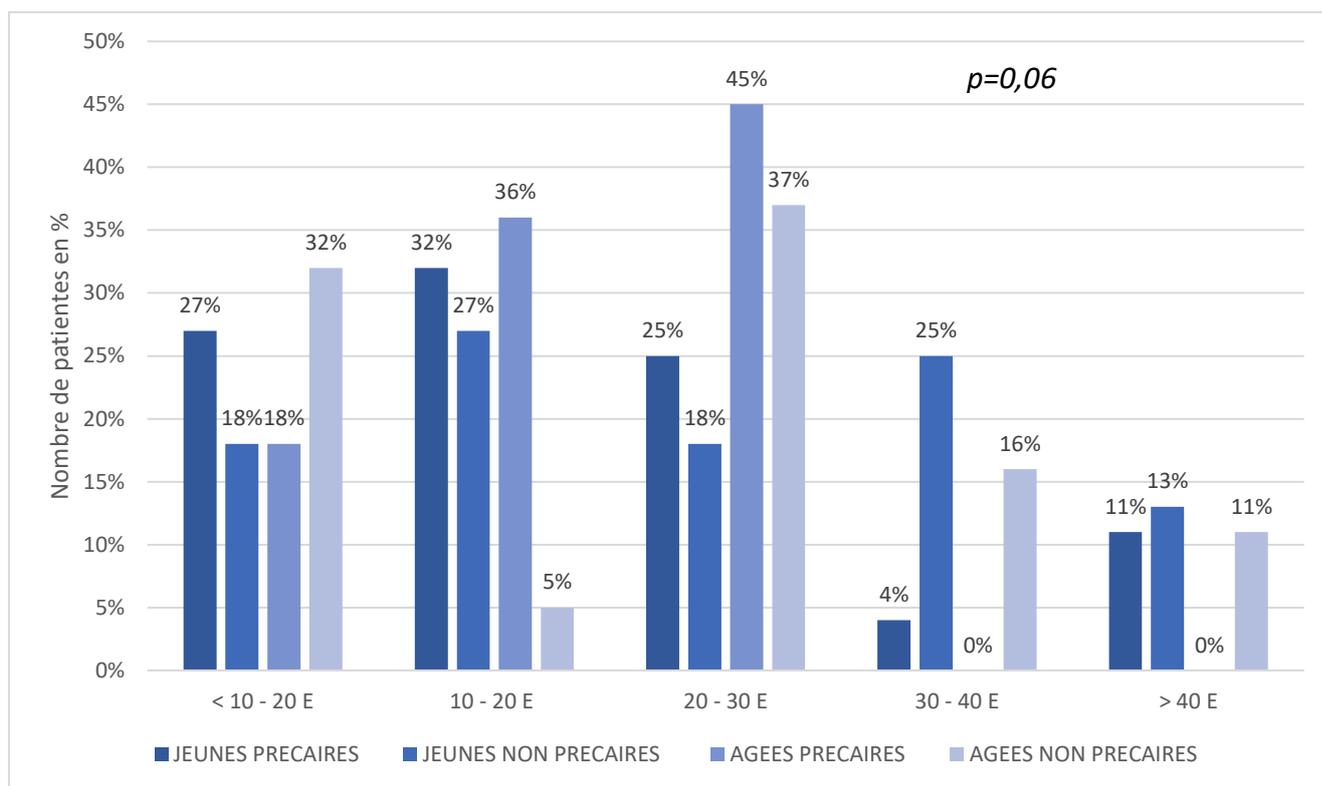


Figure 23 : Budget envisagé en fonction de l'âge et de la précarité

S. Patientes dont le conjoint n'a pas de DE

1. Disposition à l'achat en fonction de la précarité

Concernant les patientes n'ayant jamais connu de DE chez leur compagnon, 70,7% des précaires seraient prêtes à payer pour bénéficier de traitement et améliorer leur vie sexuelle, contre 79,6% des non précaires. Avec une p-value de 0,113 il n'existe pas de corrélation.

2. Disposition à la limitation du budget alimentaire en fonction de la précarité

Pour les patientes dont le conjoint n'a jamais connu de DE, 36,4% des précaires seraient prêtes à sacrifier leur budget alimentaire pour pouvoir acheter ces traitements contre 40,8% des non précaires. Par conséquent 63,6% des patientes précaires

refusent ce sacrifice, contre 59,2% des non précaires. La p-value étant de 0,522 il n'y a pas de significativité de ces résultats.

T. Age et dysfonction érectile

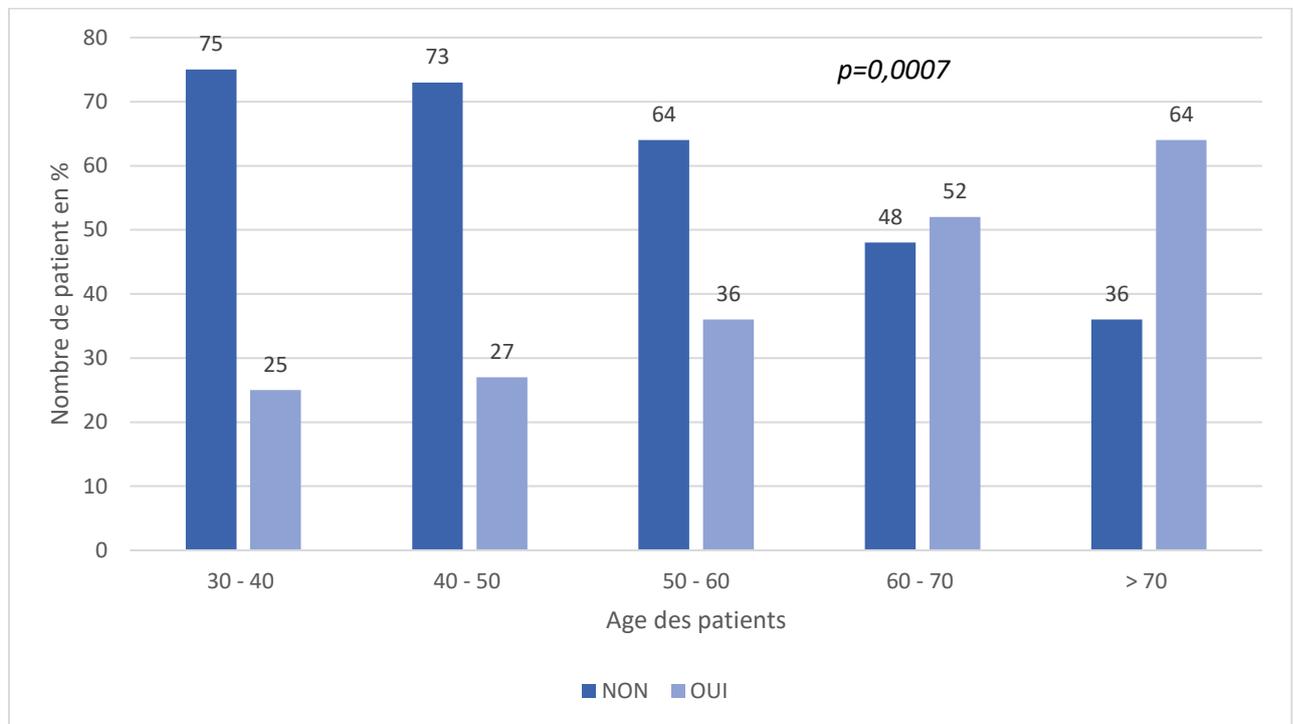


Figure 24 : Dysfonction érectile en fonction de l'âge

U. Nombre d'enfant(s) et budget possible pour l'achat de traitement

Avec une p-value de 0,5855 il ne semble pas y avoir d'influence du nombre d'enfant(s) sur le budget possible pour l'achat de traitement contre les DE pour les deux groupes confondus.

DISCUSSION

De nombreuses études ont été réalisées sur les DE côté masculin, mais peu ont exploré le versant féminin de cette situation. Aucune n'a étudié l'influence que pourrait avoir une situation précaire avec le point de vue des femmes. Or, nous savons que la précarité représente une situation très fréquente notamment dans notre région, mais aussi un enjeu de santé publique majeur. Même si la DE est une pathologie qui ne touche pas organiquement la femme, elle la concerne tout autant.

I. Forces et faiblesses de l'étude

A. Faiblesses

Un biais de sélection a pu être engendré dans notre étude de par la distribution de nos questionnaires uniquement en cabinets de médecine générale. Nous aurions pu également en distribuer dans les cabinets de gynécologie, où les femmes peuvent aussi échanger sur les troubles sexuels. En découle également un biais de volontariat, puisque la participation des femmes s'est faite par choix, non par tirage au sort, laissant de côté probablement des patientes qui ont vécu ces troubles mais ne souhaitant pas aborder ce sujet tabou.

Un biais de mémorisation, notamment sur les questions faisant appel à des souvenirs bien moins précis telles que question 11 « au bout de combien de temps en avez-vous parlé ? », question 13 « chez quel spécialiste votre compagnon a-t-il consulté ? », ou question 15 « en avez-vous déjà parlé avec votre médecin traitant ou celui de votre compagnon ? ».

Parfois, la mauvaise compréhension de certaines questions par les participantes peut causer un biais d'information. Nous avons essayé dans notre questionnaire d'être explicites au maximum en donnant des exemples, comme à la question 6 concernant le score EPICES sous parties c, « êtes-vous allée à un spectacle (cinéma, théâtre, cirque, concert) », g « bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire (CMU, CSS..) », h « rencontrez-vous parfois un travailleur social (assistant(e) social(e), éducateur spécialisé, accompagnant éducatif) », j « aide matérielle (vêtements, argent, électroménager, téléphonie...) ».

Concernant le score EPICES, celui-ci peut paraître dans certains cas trop discriminant. En effet, certaines patientes ont été classées comme « précaire », parce qu'elles ne sont pas allées à un spectacle (qui peut être dû simplement par manque de temps, ou par manque d'intérêt), ou encore parce qu'elles n'étaient pas propriétaires de leur logement (qui peut être juste par choix et non par contraintes financières). De plus, la période COVID traversée en Mars 2020 avec les différents confinements et restrictions sanitaires ont clairement eu un impact sur ce score. Beaucoup de femmes n'ont pas pu voir leur famille, les sorties ont été limitées, et les loisirs tels que salles de sport, cinémas, spectacles ont été prohibés durant une longue période.

Pour finir, un biais de déclaration est inévitable à travers les fausses réponses données.

B. Forces

Ce sujet n'a jamais été exploré. Bon nombre d'études ont exploré la précarité, les DE côté homme, quelques-unes côté femmes, mais aucune n'a rassemblé toutes ces entités ensemble.

Même si cela peut apparaître comme une faiblesse, le fait que le questionnaire ait été distribué uniquement en cabinets de médecine générale peut aussi représenter une force. Cette étude 100% médecine générale est composée d'une population analysée venant consulter son médecin traitant, qui tient un rôle central dans la prise en charge multidimensionnelle de la patiente.

Le nombre de participantes (417) représente une force à notre étude, donnant une puissance satisfaisante avec en plus une constitution de groupes homogènes (précaires n=198, non précaires n=219).

L'anonymat a permis des réponses libres et sans jugement, bien que les femmes parlent plus librement de ce sujet, contrairement aux hommes qui voient cela comme un réel tabou.

II. Résultats principaux

A. Les femmes et la précarité

Sur les 417 répondantes, 47,5% (n=198) d'entre elles rentraient dans la définition de la précarité selon le score EPICES. Même si cela représente moins de la moitié de notre échantillon, cette donnée reste tout de même élevée et en accord avec le rapport de l'INSEE de 2019 qui classait les Hauts de France après la Seine Saint Denis, la Haute-Corse et le Pourtour Méditerranéen dans les zones les plus touchées par la précarité (12). Les personnes en situation de précarité sont représentées majoritairement par les femmes de nos jours (13) (14). En effet, si l'on choisit le critère des revenus elles incarnent 53% des personnes pauvres, 57% du revenu social d'activité. Concernant la situation familiale, elles constituent 85% des matriarches monoparentales, sachant qu'une famille monoparentale sur trois vit sous le seuil de

pauvreté (14). Etant en situation de précarité, ces femmes peuvent avoir une santé dégradée de par un accès aux soins moindre. La première cause de manque d'accès aux soins est l'absence de moyens financiers suffisants avec des conséquences directes sur leur alimentation (en quantité, qualité, et diversité), leur logement, et leurs loisirs (par exemple manque d'accès aux activités physiques et culturelles, facteurs importants d'une bonne santé selon l'OMS). La seconde cause est représentée par les freins culturels et symboliques, soit par incompréhension ou manque de connaissance du milieu médical soit parce qu'elles ont tout simplement d'autres préoccupations du quotidien à gérer que leur propre santé (14).

B. Le couple et la précarité

Nos résultats ont montré la présence significative ($p=0,02$) de plus de difficultés en tout genre au sein des couples précaires (65,2% contre 53,4% des non précaires). Ces difficultés ne concernent pas la vie sexuelle pour 55% d'entre elles, donc quels domaines sont concernés ? Nous pouvons supposer que les femmes précaires font face à davantage de difficultés notamment financières, budgétaires, sanitaires, et que le domaine de la sexualité arrive au second plan pour elles.

Dans notre étude, 135 patientes de notre population totale (32,4%) déclarent que leur conjoint a déjà rencontré des DE. Nos chiffres se rapprochent des données nationales (à savoir 1 homme sur 3 qui aurait après 40 ans des troubles de l'érection (2)), mais aussi dans les enquêtes téléphoniques de Louis Harris faites en France interrogeant la population générale féminine en 2001 (25%) et 2005 (20%) (15) (16) (17). Selon

nos résultats, la proportion de patientes précaires rapportant ce trouble revient à 29,8% contre 34,8% des non précaires.

Notre étude souligne le peu d'inquiétude de ces femmes à l'égard du trouble de leur conjoint. En effet, 66,7% de nos patientes interrogées déclarent ne pas ressentir d'inquiétude vis-à-vis des troubles érectiles de leur compagnon, avec 61% de précaires et 71,1% de non précaires. Nous ne sommes pas très loin des chiffres de l'étude de Gérardin où 55% des conjointes ne dramatisaient pas face aux DE de leur compagnon (16). L'étude de Colson confirme cette tendance où 98% des femmes confrontées aux troubles de l'érection considéraient qu'il « s'agissait d'un évènement banal et naturel qui peut arriver à tout homme un jour ou l'autre » (15) (17).

C. Prise en charge de la DE et précarité

Nous avons pu voir précédemment qu'une majorité des conjoints ayant connu des DE n'ont jamais consulté, que ce soit dans le groupe des précaires et des non précaires (respectivement 62,7% et 53,9%). Ceci peut traduire le caractère « tabou » de ce sujet, aux dépens de la santé du patient. A ce caractère tabou de la DE se rajoute le caractère tabou de la précarité qui peut aussi être stigmatisante pour le ou la patiente, de nouveau aux dépens de leur santé. En effet, la connaissance de la précarité comme de la DE pourrait renseigner sur de nombreux problèmes sur la qualité de vie, la santé de nos patients mais aussi sur la potentielle émergence de graves pathologies (cardio-vasculaires, diabète...).

Si consultation il y avait, le premier professionnel de santé rencontré était le médecin traitant (57,3%). Viennent ensuite les urologues (29,3%) et sexologues (12%). Cela confirme de nouveau que le médecin traitant se trouve au premier plan dans la prise

en charge du patient lambda et qu'il représente la première porte d'entrée dans notre système de soin. Mais ce résultat reflète une certaine logique, puisque pour pouvoir consulter un spécialiste et bénéficier d'un remboursement de consultation, il est nécessaire de se rendre chez un médecin généraliste afin d'être adressé. Cependant, si l'on s'intéresse à la thèse de Mme Martin, les jeunes médecins généralistes regrettent la difficulté d'accès aux soins secondaires des populations précaires de par les dépassements d'honoraires voire même un refus de prise en charge pour certains patients (18). Cette notion est d'autant plus importante lorsqu'il s'agit d'une population précaire, qui ne pourrait se permettre de dépenser une somme conséquente pour une consultation ou un traitement.

D. Traitement et remboursement

De même, une faible proportion des conjoints prend un traitement pour les DE qu'ils soient précaires ou non (16,9% précaires et 22,4% non précaires). Il est légitime de se demander si cette faible proportion est due au coût non négligeable de ces thérapeutiques qui ne sont pas remboursées en règle générale. Effectivement, la fourchette de prix peut s'étendre de 15 à plus de 100 euros selon les molécules, les posologies et les points de ventes (19).

Si l'on se rapporte à nos résultats, environ un tiers des patientes précaires et non précaires (35,6% et 36,8%) interrogées savent que ces traitements ne sont pas remboursés.

Il est presque certain que les hommes souffrant d'une DE ont une qualité de vie améliorée avec la prise de thérapeutiques. Mais qu'en est-il de celle de leur

compagne ? Il est maintenant prouvé que le soutien de la partenaire incarne une composante majeure de la réussite du traitement (20).

E. Investissement de la femme précaire

Notre objectif principal était de savoir si les femmes en situation de précarité acceptaient de s'investir dans la pathologie de la DE de leur conjoint. Si l'on regarde les résultats de notre étude, 42,4% des patientes précaires souhaitent être impliquées dans la prise en charge de ce trouble, contre 47,4% des non précaires ($p=0,6861$).

Dans la vie de tous les jours, en charge de s'occuper de leur survie et celle de leur entourage, les femmes précaires se voient très souvent placer leur bien-être au second plan au profit d'autres obligations comme leurs enfants, leur conjoint, la gestion du foyer ou encore les difficultés financières (14). Selon Caroline DESPRES chercheuse à l'IRDES qui a mené des entretiens auprès de femmes précaires dans la métropole lilloise, « Trouver des solutions pour gérer les multiples problèmes de la vie quotidienne liés à l'absence d'argent envahit le quotidien. En l'absence de réserves financières, il est difficile de planifier les dépenses. Elle (*la femme précaire*) n'a pas toujours l'argent disponible pour régler quand les factures tombent ! » (21).

Dans notre étude, la proportion chez les femmes précaires souhaitant s'investir (42,4%) peut sembler importante à l'opposé de celle chez les non précaires (47,6%) qui peut paraître faible pour des femmes n'ayant pas de soucis d'argent. Nous l'avons vu, les femmes précaires font face à de réelles difficultés dans de nombreux domaines ; la santé, mais aussi la gestion d'un foyer et de son budget. Pourtant, les femmes précaires de notre étude ne semblent pas réticentes à s'investir dans la prise en charge de DE de leur compagnon. Encore une fois, la femme précaire relègue son

bien être au profit de celui de son compagnon alors que bien d'autres sujets peuvent la préoccuper. Mais on pourrait se demander si la résolution de ces troubles engendre justement une amélioration du quotidien, ou une cohésion de couple plus importante, nécessaires pour faire face aux difficultés de la vie de tous les jours.

III. Résultats secondaires

Nous avons pu mettre en évidence dans nos résultats que 42,4% des patientes précaires interrogées souhaitent être impliquées dans la prise en charge des DE de leur conjoint. Les objectifs secondaires de notre étude s'intéressent aux différentes implications envisagées par ces patientes.

A. Se confier plus

Dans notre questionnaire, 53 des 61 femmes qui souhaitent être plus impliquées désirent que leur compagnon se confie d'avantage. Parmi elles 20 sont précaires contre 33 de non précaires ($p=0,37$). Précaires ou non, cela montre de nouveau que le sujet est difficilement abordé et reste tabou pour les hommes concernés, tenant à distance leurs compagnes pourtant prêtes à les aider. Ceci se confirme avec l'enquête de Read and al. faite en 1997 chez des médecins généralistes avec leurs patients subissant des DE, où 68% des femmes (sur 104) et 75% des hommes (sur 78) se disaient insatisfaits de la communication au sein de leur couple (22). Pourtant selon l'étude de D. Delavierre et E. Poisson de 2009, d'après les patients porteurs de DE, l'attitude de leur partenaire était dans 77% des cas compréhensive (15).

B. Achat de traitements

La DE peut se soigner par différentes thérapeutiques, mais principalement par l'administration per os de comprimé(s), vendu(s) en pharmacie. Dans notre étude,

57,6% des femmes précaires pensent pouvoir acheter ce traitement si nécessaire contre 82,9% des non précaires. Ces résultats étant statistiquement significatifs ($p=0,002$), nous pouvons souligner que beaucoup plus de femmes n'étant pas dans la précarité pensent pouvoir se permettre l'achat de ces traitements onéreux. Par contre, bon nombre de femmes précaires ne l'envisagent pas (42,4%). Ceci va dans le prolongement du rapport du HCE qui souligne les difficultés financières des femmes précaires (14).

C. Budgets possibles

Nous avons voulu explorer cette problématique d'achat de traitements, et savoir quel prix maximum les femmes seraient prêtes à inclure dans leur budget mensuel. Si l'on synthétise ces résultats, les femmes précaires peuvent mettre un budget aux alentours de 30 euros maximum et en dessous avec une majorité entre 10 et 20 euros (32,7%, $p=0,03$). La tendance s'inverse au-delà des 30 euros, où les femmes non précaires se distinguent ; 22,7% d'entre elles situent leur budget entre 30 et 40 euros, contre 3,6% des femmes précaires ($p=0,03$). Malgré des ressources financières différentes, la frontière reste relativement mince entre le budget accordé par les femmes précaires et non précaires. En l'absence d'article sur le sujet, nous nous sommes comparés aux thèses existantes. En effet, cette tranche de budget est en accord avec le point de vue masculin précaire exploré dans le travail de Mme Decherf : un budget un peu plus élevé, entre 20 et 30 euros est retrouvé pour la majorité des patients précaires (54,46%). 21,78% dans un budget entre 10 et 20 euros, et peu dans la tranche haute supérieure à 30 euros (17,82%) contrairement aux non précaires (11). Les hommes sont donc prêts à payer un peu plus cher que les femmes pour leur traitement, peut-être parce qu'ils se sentent directement concernés ou plus atteints.

D. Budgets à sacrifier

Pour aller plus loin, il nous a semblé intéressant de demander quel budget les femmes seraient prêtes à sacrifier afin de pouvoir acheter ce traitement. Même si nous n'avons pu réaliser de test statistique nous les avons illustrés.

Dans la population précaire (n=59), le budget maquillage vient en tête (22%, n=13), suivi de « aucun » (20,3% n=12), alimentaire (18,6% n=11). Dans la population non précaire (n=76), les réponses sont identiques mais dans un ordre différent ; « aucun » en tête (34,2% n=26), suivi du maquillage (26,3% n=20), puis alimentaire (9,2% n=7).

Pour 18,6% (n=11) des femmes précaires de notre population d'étude il serait envisageable de sacrifier le budget alimentaire au profit d'un traitement contre les DE. Pour la majorité des femmes précaires, il n'est pas envisageable de sacrifier le budget alimentaire au profit d'un traitement pour son conjoint. Ceci n'est pas le point de vue masculin, étudié dans la thèse de Mme Decherf ; 43,14% des patients précaires prenant un traitement contre les DE limitaient leur budget alimentaire, et 21,7% des patients précaires non atteints étaient prêts à le limiter (11). La population masculine se voit plus facilement sacrifier ce type de budget que les femmes, car directement touchée par la pathologie, ou d'un autre point de vue pas assez concernée par la gestion du budget familial. Les priorités féminines ne semblent pas être les mêmes que les hommes.

Etonnamment, les femmes précaires seraient pour 13,6% (n=8) d'entre elles prêtes à sacrifier leur budget tabac, bien que nous savons à quel point cette population est touchée par cette addiction. Selon les derniers chiffres de santé publique France, la prévalence du tabagisme pour la population française dont les revenus sont les moins élevés est passée de 30% à 33% de 2019 à 2020 (23).

E. Accompagnement en consultation

Qu'importe le niveau socio-économique, nous pouvons constater que les hommes se rendent majoritairement seuls en consultation (81,4% des femmes précaires et 77,6% des non précaires n'ont pas accompagné leur partenaire $p=0,75$), alors que leur conjointe souhaitent pourtant se joindre à eux (49,2% des patientes souhaitant être plus impliquées, avec 36,7% précaires vs 63,7% non précaires $p=0,37$). Nos résultats vont dans le sens de l'étude de D. Delavierre et E. Poisson, où certaines femmes insistaient pour que leur compagnon consulte un professionnel de santé (43%), mais très peu ont pu assister à cette consultation (24%)(15). Les raisons de cette absence seraient selon les hommes que « leur partenaire était occupée » (58%), qu'ils « n'y avaient pas pensé » (24%), ou « qu'elle n'était pas au courant de cette consultation » (12%) (15). Ces motifs pourraient soulever des soucis de communication au sein du couple, comme évoqué ci-dessus.

F. Discussion et délais

Ces soucis de communication semblent plutôt venir du versant masculin, embarrassé d'aborder ce sujet touchant à son intimité. En effet, si l'on regarde nos résultats, parmi les patientes dont le conjoint a déjà rencontré des troubles lors des rapports, 101 (74,8%) ont abordé avec eux ce sujet, contre 31 (25,2%) non. Chez ces femmes ayant abordé le sujet, 64,4% sont précaires et 86,8% non précaires ($p=0,004$). Ces résultats nous prouvent que les femmes épargnées par la précarité discutent plus avec leur compagnon contrairement aux femmes précaires (35,6%). Il est légitime de se demander si ce manque d'abord se fait par manque de connaissance, par gêne, ou

encore par manque de temps car trop occupées à essayer de gérer leurs difficultés quotidiennes.

Concernant les délais, la majorité des femmes ne patientent pas longtemps avant de discuter de ce trouble à leur compagnon ; 51,4% des précaires et 48,4% des non précaires abordent le sujet en moins d'une semaine ($p=0,45$).

Les femmes sont plus ouvertes à la discussion, elles communiquent, et vite.

Si l'on reprend l'enquête de Colson, 66% des femmes interrogées considéraient que l'attitude de leur compagnon (évitement, absence de dialogue) ne faisait qu'augmenter la DE (24). Pourtant il paraît essentiel d'intégrer la femme à tous les niveaux de prise en charge de la pathologie. Son attitude peut être un facteur déclenchant, de maintien, ou à l'opposé une rémission voire guérison de la pathologie. C'est ce que le travail de M. Bobillier a mis en lumière ; cette souffrance psychique et physique engendrée par la DE chez les hommes en situation de précarité peut être annihilée par la partenaire, qui galvanise son compagnon et le conduit vers la guérison (10).

G. Patientes n'ayant pas été confrontées à des DE

Dans notre étude, 70,7% des femmes précaires n'ayant jamais été confrontées à des troubles sexuels de leur compagnon seraient disposées à acheter un traitement si besoin un jour. De l'autre côté, 79,6% des femmes non précaires seraient d'accord également ($p=0,113$).

Nos chiffres se rapprochent de ceux de Mme Decherf mais côté masculin ; effectivement, 74,29% des hommes non précaires n'ayant pas de DE envisagent la prise d'un traitement non remboursé (11). Cependant, même si 50% des hommes

précaires sans DE envisagent un traitement, c'est toujours moins que dans notre population féminine qui s'élève à 70,7%. En effet, les femmes précaires ont l'air plus disposées que les hommes à l'achat d'un traitement qui n'est pas remboursé. La population masculine non malade aurait-elle plus de mal à se projeter ? Le traitement leur semble-t-il non indispensable ? Est-ce admettre une pathologie tabou masculine que la femme, elle, n'a pas du tout de mal à reconnaître expliquant ainsi nos chiffres plus élevés ?

Aussi, 36,4% de nos patientes précaires non confrontées à des DE seraient prêtes à limiter leur budget alimentaire, comme 40,8% des non précaires ($p=0,522$). Toujours selon l'étude de Mme Decherf, 21,74% des hommes précaires sans DE et 30% des non précaires se voient limiter leur budget alimentaire (11). La tendance reste similaire avec une majorité de non précaires, mais nos chiffres sont de nouveau plus élevés. Les femmes, quelle qu'elles soient, se voient plus facilement limiter leur budget alimentaire que les hommes.

Même si nos résultats ne sont pas significatifs, nous sommes forcés de constater que les taux des femmes précaires et non précaires se rejoignent, alors qu'elles n'ont pas du tout les mêmes ressources. Le niveau socio-économique, sur ce plan ne paraît pas être un critère primordial pour l'implication dans la pathologie. Aussi, peut être que la population précaire n'a pas accès à d'autres moyens de divertissements (cinéma, spectacle(s), etc.) qui représentent un budget conséquent et supérieur aux traitements des DE, contrairement aux femmes non précaires.

CONCLUSION

Quand leur conjoint est atteint de DE, les femmes précaires souhaitent s'investir dans la prise en charge de la pathologie de leur compagnon. Elles souhaitent être plus incluses dans ce sujet difficilement abordé par leur conjoint, et pensent même pouvoir acheter le traitement si nécessaire. Cependant, elles ne se voient pas pour autant limiter le budget alimentaire familial. Pour celles n'ayant jamais connu ce trouble, la tendance reste la même que ce soit pour l'achat de traitement, ou pour la limitation du budget alimentaire.

Cela prouve que bien qu'il s'agisse d'une pathologie masculine, la DE a un impact non négligeable sur la femme. Même si cela ne concerne pas majoritairement la vie sexuelle, les femmes précaires connaissent plus de difficultés conjugales. Malgré cela, elles souhaitent tout de même être actrices dans cette prise en charge. Bien qu'elles puissent parfois être la cause ou le maintien de la DE, elles peuvent surtout être à l'origine d'une rémission ou d'une guérison. Il semble donc essentiel d'intégrer la femme à tous niveaux de prise en charge de cette pathologie non seulement parce qu'elle le souhaite, mais aussi parce qu'elle la subit.

De nos jours, la précarité est représentée majoritairement par les femmes. Pour celles qui en sont épargnées, elles ne sont pas beaucoup plus nombreuses à vouloir s'investir bien qu'elles n'aient pas du tout les mêmes moyens financiers. Dans notre étude, on peut penser qu'il s'agit de la réponse d'une femme, et non d'un niveau socio-économique.

Même si le remboursement des thérapeutiques contre les DE est majoritairement souhaité par toutes classes de population, nous pouvons nous demander si ce serait

également le cas pour l'achat de thérapeutiques contre la ménopause. Les femmes précaires préféreraient-elles un traitement pour les DE de leur compagnon ou pour la prise en charge de leurs troubles climatiques liés à la ménopause ?

BIBLIOGRAPHIE

1. Item-126-Troubles-de-lerection.pdf [Internet]. Disponible sur: <https://www.urofrance.org/wp-content/uploads/2021/11/Item-126-Troubles-de-lerection.pdf>
2. Recommandations Dysfonction érectile [Internet]. VIDAL. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/dysfonction-erectile-1697.html>
3. Colson MH. Couple, conjugalité et dysfonction érectile. Gynécologie Obstétrique Fertil. 1 févr 2007;35(2):129-34.
4. Lemaire A. Comment je traite... une dysfonction érectile. Presse Médicale Form. juin 2020;1(2):203-6.
5. HAS - Evaluation de la précarité sociale selon le référentiel de certification.
6. Covid-19 : un taux de pauvreté 2020 stable selon l'Insee [Internet]. Vie publique.fr. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/en-bref/282346-covid19-le-taux-de-pauvrete-et-les-inegalites-seraient-stables-en-2020>
7. Estimation avancée du taux de pauvreté monétaire et des indicateurs d'inégalités - Insee Analyses - 70 [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5762455>
8. presentation_generale_rbpp_sante_mineurs_jeunes_majeurs.pdf. page 2.
9. Prendre en compte la santé des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre des établissements/services de la protection de l'enfance et/ou mettant en oeuvre des mesures éducatives [Internet]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835427/fr/prendre-en-compte-la-sante-des-

mineurs/jeunes-majeurs-dans-le-cadre-des-etablissements/services-de-la-protection-de-l-enfance-et/ou-mettant-en-oeuvre-des-mesures-educatives

10. Bobillier M. Influence de la précarité dans les dysfonctions érectiles et leur prise en charge. Lille 2; 2018.
11. Decherf-Leroy J. Niveau socio-économique et prise en charge de la dysfonction érectile : étude descriptive quantitative portant sur 416 patients. Lille 2; 2020.
12. Les territoires au cœur des crises, des disparités et des enjeux de développement durable – La France et ses territoires | Insee [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5040016?sommaire=5040030>
13. La santé et l'accès aux soins : une urgence pour les femmes en situation de précarité [Internet]. vie-publique.fr. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/36759-la-sante-et-lacces-aux-soins-une-urgence-pour-les-femmes-en-situation>
14. santé et accès aux soins une urgence pour les femmes en situation de précarité pages 3 ; 4 ; 59.pdf.
15. Delavierre D, Poisson E. La femme face à la dysfonction érectile de son partenaire. À propos de 137 patients. Prog En Urol. janv 2011;21(1):59-66.
16. Gérardin M. Troubles de l'érection : le vécu des femmes. Mémoire en vue de l'obtention du diplôme inter-universitaire de sexologie. Juin 2006. Marseille.
17. Colson M-H. Les femmes face à la dysfonction érectile : problème d'homme, regards de femme. Prog Urol (2005);15:710-716.

18. Martin G. Patients en situation de précarité : quel parcours de soins en médecine générale : étude qualitative par focus group auprès de médecins généralistes installés et remplaçants en Nord-Pas-de-Calais [Internet]. Université Lille 2 Droit et Santé; 2015 [cité 16 oct 2022]. Disponible sur: <https://pepite.univ-lille.fr/ori-oai-search/notice/view/univ-lille-5353>
19. Viagra : prix, remboursement [Internet]. ZAVA. Disponible sur: <https://www.zavamed.com/fr/viagra-prix.html>
20. Elia D, Grivel T, Lachowsky M, Costa P, Amar E. Les médicaments de la dysfonction érectile et les femmes. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* 1 sept 2005;33(9):590-3.
21. DESPRES Caroline, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques DREES. Le renoncement aux soins pour raisons financières, Analyse socio-anthropologique. mars 2012;(119):124.
22. Read S, King M, Watson J. Sexual dysfunction in primary medical care: prevalence, characteristics and detection by the general practitioner. *J Public Health.* 1 déc 1997;19(4):387-91.
23. Une campagne d'incitation à l'arrêt du tabac visant en particulier les fumeurs les plus fragiles sur le plan socio-économique [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2022/une-campagne-d-incitation-a-l-arret-du-tabac-visant-en-particulier-les-fumeurs-les-plus-fragiles-sur-le-plan-socio-economique>
24. Colson MH, Cuzin B, Faix A, Grellet L, Huyghes E. La dysfonction érectile, une présence active. *Sexologies.* 1 janv 2018;27(1):9-17.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Questionnaire patiente

DYSFONCTION ERECTILE

Bonjour,

Etudiante en Médecine Générale à l'Université de Lille, dans le cadre de ma thèse je réalise un questionnaire sur les dysfonctions érectiles. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier le ressenti des femmes en situation de précarité, sur les dysfonctions érectiles de leur compagnon. Si vous êtes d'accord, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez simplement être une femme, de plus de 30 ans.

Ce questionnaire est **confidentiel**, et ne vous prendra que quelques minutes seulement. De même, ce questionnaire étant **anonyme**, il ne sera donc pas possible d'exercer des droits d'accès aux données. Sachez que vous pouvez à tout moment décider de ne plus participer à cette étude si vous changez d'avis. Aussi, pour assurer une sécurité optimale, vos réponses ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de thèse.

Le questionnaire fait l'objet d'une déclaration portant le n°2021-175 au registre des traitements de l'Université de Lille. Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr. Vous pouvez également formuler une réclamation auprès de la CNIL. Merci à vous !

Camille Conreur

- 1) Quel est votre âge ?
 - a. Entre 30 et 40 ans
 - b. Entre 40 et 50 ans
 - c. Entre 50 et 60 ans
 - d. Entre 60 et 70 ans
 - e. Plus de 70 ans

- 2) Votre situation familiale
 - a. Célibataire
 - b. En concubinage
 - c. Mariée
 - d. Divorcée
 - e. Veuve

- 3) Quel est l'âge de votre compagnon ?
 - a. Entre 30 et 40 ans
 - b. Entre 40 et 50 ans
 - c. Entre 50 et 60 ans
 - d. Entre 60 et 70 ans
 - e. Plus de 70 ans

- 4) Combien d'enfant(s) avez-vous ?
 - a. Aucun
 - b. 1
 - c. 2
 - d. 3
 - e. Plus de 3

- 5) Votre niveau d'étude :
 - a. Sans diplôme
 - b. CAP / BEP
 - c. Baccalauréat (bac)
 - d. Brevet des collèges
 - e. Bac +2 à +5 ans
 - f. Supérieur à bac +5 ans

- 6) Evaluation de votre mode de vie :
- | | | |
|--|--------------|-----------|
| a. Vivez-vous en couple ? | Oui | Non |
| b. Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ? | Oui | Non |
| c. Etes-vous allée à un spectacle (cinéma, théâtre, cirque, concert...) au cours des 12 derniers mois ? | Oui | Non |
| d. Etes-vous partie en vacances au cours des 12 derniers mois ? | Oui | Non |
| e. 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 |
| f. Vivez-vous en location ou êtes-vous propriétaire de votre logement ? | Propriétaire | Locataire |
| g. Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ? (CMU, CSS...) | Oui | Non |
| h. Rencontrez-vous parfois un travailleur social ? (assistant(e) social(e), éducateur spécialisé, accompagnant éducatif et social...) | Oui | Non |
| i. 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 |
| j. En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ? (argent, vêtements, électroménager, téléphonie ...) | Oui | Non |
| k. 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) Avez-vous déjà rencontré des difficultés dans vos relations de couple ?
- | | | |
|--|-----|-----|
| | Oui | Non |
|--|-----|-----|
- 8) Si oui, concerne-t-elle votre vie sexuelle ?
- | | | |
|--|-----|-----|
| | Oui | Non |
|--|-----|-----|
- 9) Votre conjoint a-t-il déjà rencontré des problèmes lors de vos rapports ? (Panne, troubles de l'érection ...)
- | | | |
|--|-----|-----|
| | Oui | Non |
|--|-----|-----|

Si non, merci de passer à la question 25

- 10) Avez-vous déjà discuté de ces troubles de l'érection avec votre compagnon ?
- | | | |
|--|-----|-----|
| | Oui | Non |
|--|-----|-----|
- 11) Si oui, au bout de combien de temps en avez-vous discuté?
- | | |
|---------------------------|----------------------------|
| a. En moins d'une semaine | c. En plus de 6 mois |
| b. En moins de 3 mois | d. Je n'en ai jamais parlé |

12) Votre compagnon a-t-il déjà consulté ?

Oui

Non

13) Si oui, chez qui ?

- a. Médecin traitant
- b. Sexologue
- c. Urologue

- d. Jamais
- e. Autre

14) L'avez-vous accompagné ?

Oui

Non

15) De votre côté, en avez-vous déjà parlé avec votre médecin traitant ou le médecin traitant de votre compagnon ?

Oui

Non

16) Avez-vous une inquiétude vis-à-vis des troubles de l'érection de votre compagnon ?

Oui

Non

17) Souhaiteriez-vous être plus impliquée dans la prise en charge de ce problème ?

Oui

Non

18) Si oui, de quelle(s) façon(s) ? (*plusieurs réponses possibles*) si non, veuillez passer à la question suivante

- a. Qu'il se confie davantage à vous
- b. En l'aidant dans la prise de rendez vous
- c. En l'accompagnant en consultation pour ce motif
- d. En allant chercher le traitement en pharmacie

19) Votre compagnon prend-il un traitement pour ce genre de trouble ?

Oui

Non

20) Concernant les traitements, connaissez-vous d'autres traitements que les médicaments ?

- a. Injections intra péniennes
- b. Pompes (vaccum)
- c. Prothèses péniennes
- d. Crèmes locales
- e. Chirurgie de revascularisation
- f. Je n'en connais pas

21) Savez-vous que les traitements des troubles de l'érection ne sont pas remboursés en règle générale ?

Oui

Non

22) Pensez-vous pouvoir les acheter si ce traitement est nécessaire ?

Oui

Non

23) Quel serait, pour vous, le prix maximum du traitement pour pouvoir l'inclure dans votre budget du mois ?

- a. Moins de 10 euros
- b. Entre 10 et 20 euros
- c. Entre 20 et 30 euros
- d. Entre 30 et 40 euros
- e. Plus de 40 euros

24) Quel(s) budget(s) seriez-vous prête à sacrifier pour acheter le traitement de ce genre de trouble ?

- a. Alimentaire
- b. Fournitures scolaires
- c. Maquillage
- d. Sorties familiales
- e. Vêtements
- f. Pharmacie et para pharmacie
- g. Tabac
- h. Electroménager, téléphonie
- i. Aucun

Merci beaucoup pour votre participation ! Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : camille.conreur.etu@univ-lille.fr

Pour celles ayant répondu « non » à la question n°9,

1) Si un jour votre compagnon présente des problèmes d'érection, seriez-vous prête à payer pour bénéficier de traitements et améliorer votre vie sexuelle ?

Oui Non

2) Pensez-vous que vous seriez capable de limiter votre budget alimentaire pour acheter ces médicaments ?

Oui Non

Merci beaucoup pour votre participation ! Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : camille.conreur.etu@univ-lille.fr

AUTEURE : Nom : CONREUR

Prénom : Camille

Date de soutenance : 7 décembre 2022

Titre de la thèse : Investissement des conjointes de patients atteints de dysfonctions érectiles en situation de précarité : étude descriptive quantitative

Thèse - Médecine - Lille 2022

Cadre de classement : Médecine générale

DES + FST/option : Médecine générale

Mots-clés : Ressenti femmes, dysfonction érectile, précarité

Résumé :

Contexte : La dysfonction érectile (DE) est une situation fréquente chez les hommes et la précarité est majoritairement représentée par les femmes de nos jours. L'objectif de notre étude est de savoir si les femmes en situation de précarité acceptent de s'investir dans la prise en charge de leur conjoint, et d'un traitement qui n'est pas remboursé.

Méthode : Il s'agit d'une étude descriptive quantitative fondée sur 445 auto-questionnaires anonymes distribués aux femmes de plus de 30 ans consultant leur médecin généraliste dans l'Arrageois.

Résultats : Un total de 417 questionnaires a pu être analysé. Le score EPICES a défini 198 patientes précaires et 219 non précaires. La prévalence de la DE dans la population précaire était de 29,8%, et 16,9% prenaient un traitement. Chez ceux atteints de DE, 42,4% des patientes précaires souhaiteraient être plus impliquées dans la prise en charge contre 47,4% des non précaires ($p=0,686$). 57,6% de ces femmes pensent pouvoir acheter le traitement si nécessaire vs 82,9% des non précaires ($p=0,002$). Parmi celles dont le conjoint n'est pas atteint, 70,7% des précaires sont prêtes à payer pour un traitement et améliorer leur vie sexuelle contre 79,6% des non précaires ($p=0,113$), mais 63,6% des patientes précaires refusent de limiter leur budget alimentaire vs 59,2% des non précaires ($p=0,522$).

Conclusion : Quand le conjoint est atteint de DE, les patientes précaires souhaitent s'investir dans la pathologie et pensent même pouvoir acheter le traitement si nécessaire. Cependant, elles refusent de limiter leur budget alimentaire familial. Pour celles n'ayant jamais connu ce trouble, la tendance reste la même. Cela prouve bien que la DE bien que pathologie masculine, concerne aussi la femme, qui même en situation de précarité se voit acheter un traitement qui n'est pas remboursé afin d'améliorer sa vie sexuelle.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Arnauld VILLERS

Asseseurs : Monsieur le Docteur Jan BARAN

Madame la Docteur Nathalie HENRIC

Monsieur le Docteur François QUERSIN

Directrice de thèse : Madame le Docteur Nathalie DHALENNE