ARTICLE ORIGINAL

Progrès en Urologie (2002), 12, 260-267

Prévalence de l'insuffisance érectile en France : résultats d'une enquête épidémiologique menée auprès d'un échantillon représentatif de 1004 hommes

François GIULIANO (1), Marie CHEVRET-MEASSON (2), Anne TSATSARIS (3), Caroline REITZ (3), Michel MURINO (4), Patrick THONNEAU (5)

(1) Service d'Urologie, CHU de Bicêtre, Le Kremlin Bicêtre, France, (2) Cabinet d'Urologie, Lyon, France, (3) Laboratoires Abbott, Rungis, France, (4) Institut Taylor Nelson Sofres-Santé, Montrouge, France, (5) Groupe de Recherche en Fertilité Humaine, INSERM/Université Paul Sabatier, Hôpital La Grave, Toulouse, France

RESUME

***But* : Plusieurs études ont récemment rapporté des taux de prévalence de l'insuffisance érectile (IE) variables selon les pays. Nous relatons ici les résultats d'une enquête réalisée en France en 2001.**

***Matériel et Méthodes* : Cette étude a été réalisée par entretien téléphonique auprès d'un échantillon représentatif de 1004 hommes âgés de 40 ans et plus. La prévalence de l'IE a été mesurée par une auto-évaluation du patient et par l'index IIEF-5.**

***Résultats* : Les résultats montrent qu'en France, environ 1 homme sur 3 (31,6%) présenterait une IE, essentiellement d'intensité légère ou modérée (selon l'IIEF-5).**

Par ailleurs, on note parmi ceux ayant une IE une majorité d'hommes insatisfaits quant à leur relation avec leur partenaire.

Enfin, une proportion importante d'hommes se déclarent prêts à consulter un praticien.

***Conclusion* : Cette enquête confirme la prévalence élevée de l'insuffisance érectile en France. Source d'une souffrance encore difficile à exprimer et à apprécier, cette pathologie nécessite d'être évaluée au mieux par des méthodes rigoureuses et standardisées, d'autant qu'il existe maintenant des thérapeutiques simples et efficaces.**

Mots clés : Insuffisance érectile, épidémiologie, critères d'évaluation.

L'insuffisance érectile (IE) est une pathologie fréquente affectant la qualité de vie sexuelle et relationnelle de l'homme [11]. Suivant les recommandations de la première consultation internationale sur ce sujet, l'insuffisance érectile est définie comme "l'incapacité d'obtenir et/ou de maintenir une érection suffisante pour l'accomplissement d'un rapport sexuel" [8]. Cette définition, qui dérive de celle proposée lors d'une Conférence de Consensus du National Institute of Health (USA; 1992), est désormais admise et largement utilisée, permettant une comparabilité des données internationales [17].

L'IE peut être mesurée de plusieurs façons, soit par une ou plusieurs questions simples permettant une auto-évaluation par le patient lui-même, ou bien par l'utilisation de questionnaires standardisés auto-administrés, le plus largement employé étant l'International Index of Erectile Function (IIEF), dans sa forme complète (15 questions) ou abrégée (5 questions) [19, 20].

Au cours des dernières annés, la communauté médicale a émis le souhait de disposer, d'une part de nouvelles études épidémiologiques représentatives des populations générales et, d'autre part, de standardiser les questions concernant l'IE, en précisant le degré de sévérité ainsi que son retentissement sur la qualité de

Manuscrit reçu : mars 2002, accepté : avril 2002.

Adresse pour correspondance : Dr. A. Tsatsaris, Laboratoires Abbott, 10, rue d'Arcueil, 94528 Rungis.
e-mail : anne.tsatsaris@abbott.com

Ref : GIULIANO F., CHEVRET-MEASSON M., TSATSARIS A., REITZ C., MURINO M., THONNEAU P., Prog. Urol., 2002, 12, 260-267

vie. Par ailleurs, l'accroissement des offres thérapeutiques, illustré par l'autorisation de mise sur le marché récente du chlorhydrate d'apomorphine (Uprima®) rend nécessaire une connaissance plus complète et comparative de l'épidémiologie de l'insuffisance érectile.

Afin de mesurer, en France, la prévalence de l'IE, son retentissement sur la qualité de vie des hommes mais aussi les attitudes des hommes vis-à-vis de la possibilité d'une prise en charge thérapeutique (éléments peu explorés dans les études précédentes), nous avons réalisé, en mars et avril 2001, une enquête auprès d'un échantillon représentatif d'hommes âgés de plus de 40 ans.

METHODOLOGIE

Constitution de l'échantillon

Les hommes ont été choisis afin de constituer un échantillon représentatif de la population française sur le plan socio-démographique (les hommes sollicités pour participer à cette enquête ont été sélectionnés selon la méthode des quotas).

Modalités de collecte des données

Après acceptation par la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL; France), les informations ont été recueillies, par téléphone, du 23 mars au 14 avril 2001, par des enquêteurs professionnels de l'Institut Taylor Nelson Sofres-Santé (France). Tenant compte du sujet particulier de l'enquête, des mesures spécifiques ont été mises en place afin de garantir l'anonymat des hommes interrogés et aussi afin de favoriser leur participation. Ainsi, le numéro de téléphone de l'homme appelé était composé par un automate et il n'était donc pas visible sur l'écran des enquêteurs. Par ailleurs, les enquêteurs proposaient systématiquement, dès le début de l'entretien, d'appeler un numéro de téléphone gratuit, afin d'avoir confirmation des objectifs et de l'identité des responsables de l'étude.

L'équipe d'enquêteurs, composée à 80% d'hommes, avait fait l'objet d'une formation spécifique. La durée moyenne de réponse au questionnaire téléphonique proposé était de 18 minutes (21 questions constituaient le questionnaire).

Mesure de la prévalence de l'IE et de ses conséquences

La prévalence de l'IE a été évaluée selon deux modalités.

D'une part, une auto-évaluation précisant, entre autres, les partenaires et l'activité sexuelle au cours des trois derniers mois : "avez-vous eu une activité sexuelle régulière au cours des trois mois précédant l'interview?" . Deux questions ouvertes visaient tout d'abord à obtenir une définition, par les hommes eux-mêmes, de l'insuffisance érectile; ces deux énoncés étaient suivis de la question "vous-même, diriez-vous que vous êtes sujet à des problèmes d'érection?".

D'autre part, nous avons utilisé une traduction française validée des cinq questions de la version abrégée de l'International Index of Erectile Function (IIEF-5). Nous avons ainsi pu calculer un score d'IE et en préciser le degré de sévérité : score >20 : absence d'IE ; score de 16 à 20 : IE modérée ; score de 11 à 15 : IE d'intensité moyenne; score <10 : IE sévère [4].

L'ancienneté de l'IE ainsi que ses répercussions sur la qualité de vie globale et sur différents aspects spécifiques (la vie sexuelle, la vie amoureuse, l'humeur et le moral, la vie familiale et affective, la vie sociale et les loisirs, l'activité physique, le sommeil, le travail et l'activité professionnelle) ont été évaluées en proposant aux hommes d'attribuer, pour chaque item, une note allant de 0 (aucune répercussion) à 10 (répercussion très importante).

Plusieurs questions ont permis d'explorer, chez les hommes diagnostiqués comme insuffisants érectiles par l'IIEF-5, le degré d'insatisfaction vis-à-vis des relations avec leur partenaire, le niveau de préoccupation ainsi que la perception du retentissement de l'IE sur le "reste de la vie". Une question visait à explorer la gêne causée par l'IE sur les diverses composantes de la vie sexuelle, sociale et professionnelle.

Enfin, plusieurs questions visaient à évaluer les comportements vis-à-vis de la prise en charge médicale de l'IE "vous est-il arrivé de consulter un médecin pour ces problèmes d'érection?", "quelles raisons amènent quelqu'un qui présente ces troubles à aller consulter un médecin?".

Analyse statistique

Une fois l'échantillon constitué, nous avons utilisé le logiciel QUANTUM pour analyser les données recueillies. Nous avons pu ainsi calculer une prévalence, globale et selon le degré de sévérité, de l'IE (intervalle de confiance I.C. à 95%), ainsi que sa distribution selon les diverses variables (ancienneté et intensité de l'IE, caractéristiques socio-démographiques, répercussions sur les différentes composantes de la qualité de vie, comportement vis-à-vis de la prise en charge médicale) (T-test; I.C. à 95%).

Tableau I. Caractéristiques socio-professionnelles des hommes ayant participé à l'étude.

Classes d'âges	40-49 ans	32,3%
	50-59 ans	27,0%
	60-69 ans	19,7%
	70 ans et plus	21,0%
Age moyen	57,3 ans	
Catégories socio-professionnelles	Agriculteur, exploitant	2,2%
	Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	6,1%
	Prof. libérales et cadres	10,5%
	Prof. intermédiaires, techniciens et agents de maîtrise	11,1%
`	Employés et personnel de service	5,7%
	Ouvriers	19,0%
	Retraités	40,2%
	Inactifs	5,1%
	Total actifs	54,7%

RESULTATS

Participation

La participation globale à cette enquête téléphonique a été d'environ 20%. Par ailleurs, un quart des hommes n'a pas terminé l'entretien téléphonique avec l'enquêteur. Finalement, 1004 hommes âgés de 40 ans et plus, ont accepté de répondre téléphoniquement au questionnaire sur l'IE.

Description générale de la population de l'étude

La moyenne d'âge des hommes interrogés était de 57,3 ans (± 11,8), avec une répartition relativement homogène du nombre des individus dans les diverses classes d'âge. Les catégories socio-professionnelles font apparaître une proportion importante d'hommes retraités (40%) (Tableau I).

Une activité sexuelle régulière, au cours des trois mois ayant précédé l'enquête, a été rapportée par 76% des hommes interrogés (n=762), les rapports sexuels ayant eu lieu avec un seul partenaire sexuel régulier pour la très grande majorité des hommes (94%).

Prévalence de l'insuffisance érectile

A la question d'auto-évaluation de l'IE par l'homme lui-même "vous-même, diriez-vous que vous êtes sujet à des problèmes d'érection?", 74,9% (n=752) ont répondu négativement et 25% (n=251) positivement (une seule non réponse).

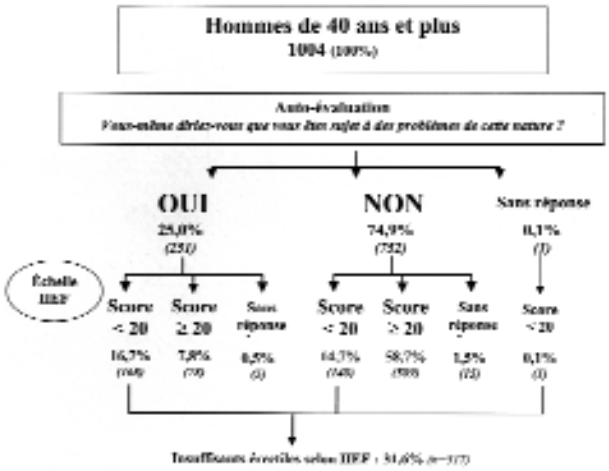

Figure 1. Prévalence de l'IE, selon l'auto-évaluation simple faite par le patient et le questionnaire de l'IIEF-5.

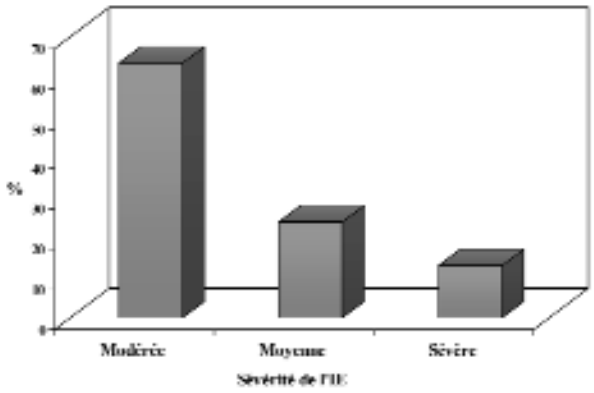

Figure 2. Distribution de l'IE selon le degré de sévérité.

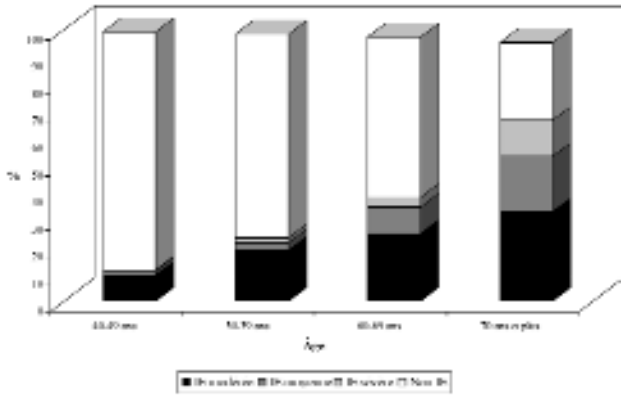

Figure 3. Distribution de l'IE selon l'âge de l'homme et le degré de sévérité.

En utilisant l'IIEF-5, 31,6% (n=317) des hommes avaient un score supérieur à 20. La Figure 1 illustre les concordances et discordances entre les deux instruments dans l'appréciation de l'existence d'une IE. Concernant ces 317 hommes considérés comme insuffisants érectiles, par leurs réponses à l'IIEF-5, 63,4%

(n=201) d'entre eux présentaient une IE modérée, 23,7% (n=75) une IE d'intensité moyenne et 12,9% (n=41) une IE sévère (Figure 2). On note une augmentation régulière et statistiquement significative de la prévalence de l'IE avec l'âge de l'homme ($p<0.05$). De même, la sévérité de l'IE augmentait avec l'âge ($p<0.01$) (Figure 3).

Par ailleurs, la prévalence de l'IE est apparue inversement corrélée au niveau d'études, passant de 44% chez les hommes ayant effectué des études jusqu'au collège, à 27% chez ceux ayant un niveau BAC, et à seulement 21% chez ceux ayant fait des études supérieures ($p<0.05$).

Ancienneté de l'insuffisance érectile

Parmi les 317 hommes considérés comme IE par leurs réponses à l'IIEF-5 (score <20), l'ancienneté de l'IE était en moyenne de 7,2 (+/- 8,7) années, 17% (n=54) des hommes présentaient une IE depuis moins d'1 an, 42% (n=134) depuis 2 à 5 ans, et 40% (n=128) depuis 6 ans ou plus.

Vécu et répercussions de l'insuffisance érectile

A la question de l'évolution des relations avec leur partenaire, avant et après la survenue de l'IE, on note tout d'abord qu'une très grande majorité (>90%) des hommes avec une IE considéraient leur relation avec leur partenaire comme satisfaisante mais ils précisaient que la survenue de l'IE avait entraîné une relative dégradation de cette relation (Figure 4). L'insatisfaction vis-à-vis de la vie en général était d'autant plus grande que l'IE était de survenue récente, apparaissant particulièrement élevée au cours de la première année (31%), comparée aux années suivantes (18%).

La préoccupation des hommes confrontés à l'existence d'une IE semble essentiellement présente au moment d'une relation sexuelle (69%), plus d'un quart d'entre

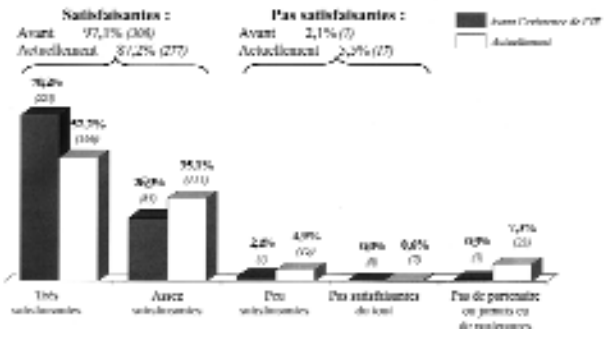

Figure 4. Evolution de la qualité relationnelle avec la parte - naire (degré de satisfaction des hommes) avant et après le dia - gnostic de l'IE (n=317)

Tableau II. Importance de la gêne occasionnée par l'IE dans diverses circonstances de la vie, mesurée par une échelle de 0 (pas de répercussion) à 10 (répercussion très importante) parmi les hommes diagnostiqués comme IE et non-IE par l'IIEF-5.

	Insuffisants érectiles n=317	**Non insuffisants érectiles n=687**
La vie sexuelle	4,16	7,60
La vie amoureuse	3,71	7,10
L'humeur, le moral	3,40	6,69
La vie familiale et affective	2,92	5,89
L'activité physique	2,47	3,65
La vie sociale et les loisirs	2,32	4,40
Le sommeil	2,21	4,15
Le travail/l'activité professionnelle	1,39	3,69
La qualité de vie globale	**2,88**	**5,19**

eux (28%) mentionnant toutefois penser à leur IE au cours de la journée. Ces résultats, mettant en avant une "certaine" acceptation de l'IE par les hommes, doivent être tempérés par les réponses fournies à la question "si vous deviez passer le reste de votre vie avec vos problèmes d'érection actuels, comment seriez-vous?". En effet, plus des deux-tiers des hommes (68%) s'estimeraient insatisfaits (à des degrés divers) s'ils devaient passer le reste de leur vie avec une IE.

Le Tableau II illustre l'importance de la gêne suscitée par l'IE chez les hommes dont le score IIEF était inférieur à 20 (n-687) et chez ceux sans Ie, score IIEF supérieur ou égal à 20 (n=687) dans diverses circonstances de l vie : la vie sexuelle, la vie amoureuse, l'humeur et le moral, la vie familiale et affective, la vie sociale et les loisirs, l'activité physique, le sommeil, le travail et l'activité professionnelle. Les résultats montrent une certaine résignation des hommes présentant une IE et, par contre, une vive inquiétude de ceux indemnes de cette pathologie. Il est intéressant de noter que, pour tous les items mentionnés, ce sont les hommes sans IE qui semblent être particulièrement sensibles à la gêne que pourrait leur occasionner la survenue d'une IE.

Attitudes à l'égard de la prise en charge médicale

A la question "vous est-il arrivé de consulter un médecin pour ces problèmes d'érection?", 44% (n=140) des hommes ont déclaré ne pas avoir le projet de consulter un médecin, mais 56% d'entre eux avaient, soit déjà consulté (25%, n=78), soit n'étaient pas opposés à consulter (29%, n=91) ou encore se disaient prêts à consulter dans les 6 prochains mois (3%, n=9).

Tableau III. Comportement des hommes vis-à-vis de la prise en charge médicale, selon le degré de sévérité de l'IE.

	IE modérée	IE moyenne	IE sévère
A déjà consulté ou consultera	**57,9%**	**53,9%**	**50,2%**
- A déjà consulté	19,2	31,4	38,3
- Consultera dans les 6 mois	2,1	5,2	1,9
- N'est pas opposé à consulter	36,6	17,4	10,0
Ne consultera pas	**42,1%**	**46,1%**	**49,8%**

Le Tableau III décrit le comportement des hommes vis-à-vis de la prise en charge médicale de l'IE selon la classe d'âge, l'ancienneté et la sévérité de la dysfonction. Aucune différence significative n'est observée dans la prise en charge médicale selon l'ancienneté de l'IE, ou encore selon l'âge de l'homme ; seuls les hommes présentant une IE sévère semblent consulter plus fréquemment que ceux présentant une IE modérée ($p<0.05$).

DISCUSSION

Par son importance quantitative, l'IE est un problème de santé publique touchant plusieurs dizaines de millions d'individus dans le monde, comme en témoignent les résultats de plusieurs études récentes, menées sur la prévalence de cette pathologie [16].

L'étude MMAS (Massachussetts Male Aging Study) représente la première grande étude épidémiologique spécifiquement dédiée à la mesure de la prévalence de l'IE. Réalisée de 1987 à 1989, cette étude a utilisé un auto-questionnaire distribué auprès d'un échantillon représentatif de 1.290 hommes âgés de 40 à 70 ans et résidant dans des localités urbaines de la région de Boston (Massachussetts, USA). Les auteurs rapportent une prévalence générale de l'IE de 52% (âge et degré de sévérité confondus), 17% en cas d'IE peu sévère, 25% en cas d'intensité moyenne, et 10% en cas d'insuffisance érectile complète. Rapportée à la population générale des Etats-Unis, l'IE affecterait donc plus de 25 millions d'américains âgés de 40 à 70 ans et plusieurs autres millions, âgés de plus de 70 ans [9]. Plus récemment et toujours aux Etats-Unis, dans une étude menée auprès d'hommes de plus de 40 ans inclus dans un programme de dépistage du cancer de la prostate, Jonler et al. ont mis en évidence un effet majeur de l'âge (cet effet avait déjà été très clairement retrouvé dans l'étude MMAS), la prévalence de l'IE augmentant très significativement avec l'âge du patient avec, par ailleurs, un retentissement marqué de l'IE sur la qualité de vie des patients [12]. Cette notion d'une prévalence de l'IE croissante avec l'âge du sujet a été à nouveau confirmée dans une publication récente, rapportant les résultats d'une enquête sociologique coordonnée par Laumann et al. On note une prévalence de l'IE de 7 % pour la classe d'âge 18-29 ans, de 9 % chez les 30-39 ans, de 11 % 40-49 ans et, enfin, de 18% dans la classe d'âge 50-59 ans [14].

En Europe, plusieurs études ont été réalisées sur la prévalence de l'IE. En Finlande, une étude menée auprès de 1,983 hommes âgés de 50 à 70 ans (au sein d'une cohorte d'hommes suivis en urologie), a mis en évidence une prévalence globale de 74%, avec 48% des hommes présentant une IE minime, 14% une IE modérée, et 12% une IE complète [13]. En Allemagne, une enquête postale (avec relance téléphonique) a été menée par Braun sur la sexualité masculine auprès de 4,489 hommes âgés de 30 à 80 ans et résidant dans la région de Cologne. La prévalence de l'IE, mesurée par plusieurs questions développées au sein d'un questionnaire spécifique (Cologne ED Questionnaire), a été globalement évaluée à 19%, variant de 2% chez les hommes entre 30 et 39 ans, à 9% chez dans la classe 40-49, 16% dans la classe 50-59, 34% dans la classe 60-69, pour atteindre 53% chez les hommes entre 70 et 80 ans. Dans cette enquête, presque la moitié des hommes (46%) exprimaient leur accord pour participer financièrement au coût d'un traitement régulier de l'IE [5]. En Grande Bretagne, deux questions issues de l'IIEF (" difficultés, au cours des trois mois précédents, à obtenir et à maintenir une érection ") ont été posées, par voie postale, auprès d'un échantillon de 650 hommes, âgés de 18 à 75 ans. Les résultats font état d'une prévalence générale de l'IE de 26% [7]. En Espagne, la prévalence de l'IE a été mesurée, auprès d'une population représentative de 2,476 hommes âgés de 25 à 70 ans, avec deux instruments, d'une part une auto-évaluation simple par l'homme lui-même, d'autre part le questionnaire IIEF. Les auteurs rapportent une prévalence d'IE de 12%, si l'on prend en compte la question d'auto-évaluation, et de 19% selon les critères de l'IIEF (16% d'IE peu sévère, 2% d'IE d'intensité moyenne, et 0,6 % d'IE complète) [15].

En France, nous disposons de données sur l'IE, via

Tableau IV. Concordance du diagnostic d'IE selon l'auto-évaluation faite par le patient et l'évaluation fournie par l'IIEF-5, en fonction de l'âge des hommes.

	Auto-évalués IE et IE par l'IIEF (n = 168)	**Auto-évalués IE et non-IE par l'IIEF (n = 83)**	**Auto-évalués non-IE et non-IE par l'IIEF (n = 48)**
40-49 ans	9,1%	27,4%	14,7%
50-59 ans	24,0%	18,5%	15,5%
60-69 ans	23,8%	31,7%	23,9%
70 ans et plus	43,1%	22,3%	45,9%

l'enquête ACSF (Analyse des Comportements Sexuels en France;1992) et les réponses fournies par un sous-groupe de 1339 hommes ayant répondu à un questionnaire spécifique incluant une question sur l'IE [1]. Ainsi, en moyenne 7% des hommes, âgés de 18 à 69 ans, ont déclaré ne pas avoir "souvent" d'érection, et 20% ont déclaré que cette dysfonction survenait "souvent ou parfois" [4].

Dans notre étude, l'évaluation de la prévalence de l'IE en France, mesurée par l'IIEF-5, est estimée à 31,6%. Ce résultat se situe entre des taux de prévalences plus élevés rapportés en Finlande (74%), aux Etats-Unis (52%), et des taux de prévalences plus faibles observés en Grande Bretagne (26%), en Allemagne (19%) ou encore en Espagne (19%). Plusieurs éléments doivent être pris en considération pour effectuer des comparaisons internationales fiables et valides. D'une part, les études doivent avoir utilisé des instruments comparables de mesure de l'IE (comme l'IIEF ou sa version abrégée l'IIEF-5), d'autre part les classes d'âge et les degrés de sévérité de l'IE doivent être similaires. D'autre part, l'échantillon doit présenter des critères méthodologiques permettant d'assurer une représentativité adéquate de l'ensemble de la population. Malheureusement, il est relativement rare de retrouver ces trois éléments clés dans les articles publiés sur l'IE, même si une certaine tendance à harmoniser les méthodologies se fait jour.

Certaines études faisant état d'un taux de prévalence d'IE relativement bas ont considéré des tranches d'âge différentes, avec la prise en compte d'hommes plus jeunes, de 25 à 70 ans pour l'étude espagnole, de 30 à 80 ans pour l'étude allemande (comparé à des âges variant de 40 à 80 ans, dans notre étude). Toutefois, les résultats concernant la prévalence de l'IE apparaissent ainsi plus comparables entre les diverses études si l'on considère, par exemple, la tranche d'âge 50 à 59 ans : 29% en Grande Bretagne [10], 24% au Danemark [2, 3], 23% en France, 16% en Italie [18] et en Allemagne. Une autre manière de comparer les données internationales est de ne considérer que les IE d'intensité moyennes et sévères. On note ainsi, des taux de prévalence pour les IE modérées et sévères de 35% aux USA, 26% en Finlande, 21% en Italie, 12% en France, 11% en Espagne; résultats sur l'IE faisant apparaître la France entre les valeurs hautes et basses (pour des données recueillies uniquement dans les autres pays industrialisés).

Comme dans l'étude espagnole, notre approche de la prévalence de l'IE comportait, outre le questionnaire standardisé IIEF-5, une auto-évaluation par l'homme lui-même. Dans notre échantillon, 25% des hommes se sont auto-évalués comme présentant une IE, comparés aux 31,6% identifiés par l'IIEF (Figure 1). Il est intéressant de noter qu'une telle différence a été observée entre ces deux instruments d'évaluation par Martin Morales. En Espagne : 12,1% avec l'auto-évaluation et 18,9 avec l'IIEF-5).

Dans notre échantillon, en comparant, selon les tranches d'âge, les divergences de réponse entre les deux instruments de mesure, nous trouvons une proportion importante d'hommes dans la classe 40-49 ans, s'étant auto-évalués comme ayant une IE et n'ayant pas été diagnostiqués comme insuffisants érectiles par l'IIEF ($p<0.01$). Par ailleurs, une proportion importante (n=148 ; 14,7%) des hommes interrogés semblent sous–déclarer leur IE, en particulier les hommes les plus âgés ($p<0,01$) (Tableau IV). Ces résultats mettent en évidence le fait que l'IIEF pourrait ne pas être très adapté aux formes minimes d'IE chez les hommes les plus jeunes. D'autre part, les hommes les plus âgés (peut-être ceux présentant les formes moyennes, voire sévères d'IE) auraient tendance à s'auto-évaluer comme non-IE, faisant preuve d'une certaine résignation et considérant, peut-être, leur état comme "normal, à leur âge". Enfin, la baisse d'intérêt de la partenaire, dans les couples les plus âgés, pourrait être aussi évoquée ici pour expliquer ce phénomène.

Quoiqu'il en soit, l'utilisation de plusieurs instruments de mesure de l'IE et les divergences obtenues dans les diverses enquêtes mettent de nouveau en avant la nécessité de poursuivre les investigations sur l'IE en harmonisant les divers instruments d'évaluation de la prévalence de l'IE et, aussi, la mesure des degrés de sévérité [6].

Sur le plan méthodologique, notre recherche possède les critères de représentativité pour ce type d'enquête (taille de l'échantillon, pondération géographique et socio-démographique). Cependant, il faut souligner le taux inhabituellement élevé de refus de participation et d'abandon au cours de l'entretien téléphonique. Des études utilisant le téléphone comme moyen d'interview et portant sur des sujets proches (sexualité) ont déjà été utilisés, en France, avec succès [14]. Nous n'avons pas d'explications satisfaisantes pour étayer le taux élevé de refus de participation. Il pourrait s'agir, entre autres raisons, d'un signe de la persistance du tabou à évoquer, auprès d'un tiers, sa propre sexualité et, plus encore, à faire état de sa souffrance à l'égard de cette pathologie.

Souffrance et résignation vis-à-vis de l'IE - Prise en charge médicale

Nos résultats mettent en avant un retentissement modéré de l'IE sur la qualité de vie des hommes concernés ainsi qu'un niveau de préoccupation relativement peu élevé vis-à-vis de cette dysfonction. A l'inverse, les hommes indemnes de cette pathologie semblent être particulièrement soucieux de la souffrance et de l'inconfort que pourrait entraîner la survenue d'une IE. Ainsi, on pourrait schématiser en disant que les hommes présentant une IE semblent plutôt résignés et ceux sans IE plutôt préoccupés de la possibilité de sa survenue! Quant à la souffrance des hommes ayant une IE, elle est très clairement exprimée, à sa manière, dans le fait que 68% des hommes présentant une IE, s'estimeraient " insatisfaits", s'ils devaient passer le reste de leur vie avec une IE.

Cette question de la souffrance de l'homme vis-à-vis de l'IE amène à commenter les résultats de notre étude en matière de prise en charge thérapeutique. Il peut paraître étonnant de constater que presque un homme sur deux (44%) avec une IE déclare ne pas vouloir consulter un médecin. Ces résultats peuvent s'expliquer de plusieurs manières, d'une part par l'ancienneté de l'IE chez certains hommes et leur résignation et accoutumance à ce trouble, d'autre part par l'absence, jusqu'à récemment, de thérapeutiques efficaces et faciles d'accès, et enfin certainement aussi par une pudeur et une retenue de la part des hommes à aborder leur sexualité et leur IE avec leur médecin.

Dans ce contexte, il semble intéressant de noter que plus d'un quart (29%) des hommes diagnostiqués avec une IE se déclarent plutôt disposés à consulter, résultats à rapprocher des 46% de patients allemands prêts à contribuer financièrement à un traitement oral de leur IE [11]. A un moment où plusieurs alternatives thérapeutiques en matière d'IE sont disponibles , ces résultats quant à la prise en charge montrent l'importance de l'information à apporter auprès des hommes.

CONCLUSION

Cette enquête confirme, comme dans les autres pays européens et aux Etats-Unis, la prévalence élevée de l'insuffisance érectile en France : un tiers des hommes présente une insuffisance érectile, avec une proportion importante d'IE modérée et moyenne.

Le recours au questionnaire IIEF comme instrument de mesure de la prévalence de l'IE s'avère satisfaisant, même si certaines IE, en particulier chez l'homme jeune, ne semblent pas avoir été dûment mises en évidence par cet instrument. Par ailleurs, cette enquête a mis en évidence la difficulté à bien évaluer la souffrance et ses déterminants chez les hommes diagnostiqués, révélant toutefois la préoccupation majeure des hommes non-affectés par la pathologie vis-à-vis de celle-ci. Ceci rend peut-être nécessaire la mise au point de stratégies de prévention pharmacologiques de la survenue de l'IE dans des populations à risque : patients diabétiques ou patients présentant des facteurs de risque de maladies cardio-vasculaires. La mise à disposition actuelle et à venir de thérapeutiques innovantes et efficaces de l'IE constitue une vraie opportunité pour les hommes présentant une IE.

Enfin, dans ce domaine de pathologie de la sexualité, particulièrement difficile à mesurer, il demeure certainement très souhaitable que des évaluations rigoureuses et standardisées puissent continuer à être menées.

Contribution

Cette étude a bénéficié d'un financement des Laboratoires Abbott France.

Remerciements

Nous souhaitons remercier l'Institut Taylor Nelson Sofres-Santé, pour la réalisation pratique de l'étude.

REFERENCES

1. ACSF Investigators. AIDS and sexual behabiour in France. Nature, 1992, 360, 407-409.

2. BLANKER M., BOSCH A.M., GROENEVELD F.P., BOHNEN A.M., PRINS A., THOMAD S., HOP W.C. Erectile and ejaculatory dysfunction in a community-based sample of men 50 to 78 years old: prevalence, concern and relation to sexual activity. Urology, 2001, 57, 763-768.

3. BLANKER M.H., BOHNEN A.M., GROENEVELD F.P., BERNSEN R.M, PRINS A., THOMAS S., BORSCH J.L. Correlates for erectile and ejaculatory dysfunction in older Dutch men : a community-based study. J. Am. Geriatr. Soc., 2001, 49, 436-442.

4. BEJIN A. Epidémiologie de l'éjaculation prématurée et son cumul avec la dysfonction érectile. Andrologie, 1999, 9, 211-225.

5. BRAUN M., WASSMER G., KLOTZ T., REIFENRATH B., MATHERS M., ENGELMANN U. Epidemiology of erectile dysfunction : results of the «Cologne Male Survey». Int. J. Impot. Res., 2000, 12, 305-311.

6. CAPELLERI J.C., SIEGEL R.L., OSTERLOH I.H. et al. Relationship between patient self-assessment of erectile function and the erectile function of the international Index of Erectile function. Urology, 2000, 56, 477-482.

7. DUNN K.M., CROFT P.R., HACKETTE G.I. Sexual problems : a study of the prevalence and need for health care in the general population. Fam. Pract., 1998, 6, 519-524.

8. Erectile dysfunction. Dirst International Consultation on Erectile Dysfunction, July 1-3, 1999, Paris. Jardin A., Wagner G., Khoury S., Giuliano F., Goldstein I., Padma-Nathan H. & Rosen R. Editors, Health Publications Ltd., 2000.

9. FELDMAN H.A., GOLDSTEIN I., HATZICHRISTOU D.G., KRANE R.J., McKINLEY J.B. Impotence and its medical and psychosocial correlates : results of the Massachussetts male Aging Study. J. Urtol., 1994, 151, 54-61.

10. FRANKEL S., DONOVAN J.L., PETERS T.I., ABRAMS P., DABJOIWALA N.F., OSAWA D., TONG LONG LIN A. Sexual dysfunction in men with lower urinary tract symptoms. J. Clin. Epidemiol., 1998, 51, 677-685.

11. GIULIANO F., PENA B.M., MISHRA A., SMITH M. Quality of life measures in men receiving Viagra (Sildenafil Citrate) for the treatment of erectile dysfunction quality of life research, 2001, 10, 359-369.

12. JONLER M., MOON T., BRANNAN W., STONE N.N., HEISEY D., BUSKEWITZ R.C. The effect of age, ethnicity and geographical location on impotence and quality of life. Br. J. Urol., 1995, 75, 651-658.

13. KOSKIMAKI J., HAKAMA M., HUHTALA H., TAMMELA T. Effect of erectile dysfunction on frequency of intercourse : a population based prevalence study in Finland. J. Urol., 2000, 164, 367-370.

14. LAUMANN E.O., PAIK A., ROSEN R.C. Sexual dysfunction in the United States. Prevalence and predictors. J.A.M.A., 1999, 281, 537-544.

15. MARTIN-MORALES A., SANCHEZ-CRUZ J.J., SAENZ DE TEJADA I., RODRIGUEZ-VELA L., JIMENEZ-CRUZ J.F., BURGOS-RODRIGUEZ R. Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain : results of the epidemiologia de la disfuncion erectil masculina study. J. Urol., 2001, 166, 569-575.

16. McKINLAY J.B. The worldwide prevalence and epidemiology of erectile dysfunction. Int. J. Impot. Res., 2000, 12 (Suppl. 4), S6-S11.

17. NIH Consensus Development Panel on Impotence. NIH Consensus Conference : Impotence. J.A.M.A., 1993, 270, 83-90.

18. PARAZZINI F., MENCHINI-FABRI F., BORTOLOTTI A. et al. Frequency and determinants of erectile dysfunction in Italy. Eur. Urol., 2000, 37, 43-48.

19. ROSEN R.C., RILEY A., WAGNER G., OSTERLOH I.H., KIRKPATRICK J., MISHRA A. The international index of erectile function (IIEF) : a multidimensional scale for assessment of erectile function. Urology, 1997, 49, 822-830.

20. ROSEN R.C., CAPPELLERI J.C., SMITH M.D., LIPSKY J., PENA B.N. Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5), as a diagnostic tool for erectile dysfunction. Int. J. Impot. Res., 1999, 11, 316-326.

SUMMARY

Prevalence of erectile dysfunction in France: results of an epidemiological survey conducted on a representative sample of 1,004 men.

***Objective**: Several studies have recently reported the prevalence rates of erectile dysfunction (ED) that vary according to the country. The authors report the results of a survey conducted in France in 2001.*

***Material and Methods**: This study was conducted by telephone conversation with a representative sample of 1,004 men over the age of 40. The prevalence of ED was measured by the patient's self-assessment and by the IIEF-5 index.*

***Results**: The results show that about 1 man in 3 (31.6%) suffers from ED in France, which is essentially mild to moderate (according to IIEF-5). The majority of men reporting ED declared to be dissatisfied with their relationship with their partner. Finally, a large proportion of men declared that they would be willing to consult a practitioner.*

***Conclusion**: This survey confirms the high prevalence of erectile dysfunction in France. It is responsible for a distress that is still difficult to express and assess. This disease needs to be more accurately evaluated by rigorous and standardized methods, especially as simple and effective treatments are now available.*

***Key Words** : Erectile dysfunction, epidemiology, evaluation criteria.*