



HAL
open science

Quelles sont les difficultés rencontrées par les médecins généralistes à inclure des patients dans l'étude GET UP, étude évaluant 6 stratégies pour aborder l'éjaculation prématurée en médecine générale? Étude qualitative par entretiens semi-dirigés

Camille Montalvo

► **To cite this version:**

Camille Montalvo. Quelles sont les difficultés rencontrées par les médecins généralistes à inclure des patients dans l'étude GET UP, étude évaluant 6 stratégies pour aborder l'éjaculation prématurée en médecine générale? Étude qualitative par entretiens semi-dirigés. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-01937649

HAL Id: dumas-01937649

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01937649>

Submitted on 28 Nov 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

UNIVERSITE de BRETAGNE OCCIDENTALE - BREST

Faculté de Médecine & des Sciences de la Santé

Année : 2018

N° ...

**THESE DE
DOCTORAT en MEDECINE
DIPLOME D'ETAT**

Par

MONTALVO Camille

Née le 01 mars 1988 à Carhaix-Plouguer (29)

Présentée et soutenue publiquement le 11 octobre 2018.

Quelles sont les difficultés rencontrées par les médecins généralistes à inclure des patients dans l'étude GET UP, étude évaluant 6 stratégies pour aborder l'éjaculation prématurée en médecine générale ?

Etude qualitative par entretiens semi-dirigés.

PRESIDENT : Monsieur le Professeur Antoine VALERI

MEMBRES DU JURY :

Madame le Docteur Marie BARAIS

Monsieur le Docteur Benoît CHIRON

Monsieur le Docteur Jérémie DERRIENNIC

UNIVERSITÉ DE BREST – BRETAGNE OCCIDENTALE
Faculté de Médecine & des Sciences de la Santé

Doyens honoraires

FLOCH Hervé
LE MENN Gabriel (†)
SENECAIL Bernard
BOLES Jean-Michel
BIZAIS Yves (†)
DE BRAEKELEER Marc (†)

Doyen

BERTHOU Christian

Professeurs émérites

BOLES Jean-Michel	Réanimation
CENAC Arnaud	Médecine interne
COLLET Michel	Gynécologie obstétrique
JOUQUAN Jean	Médecine interne
LEHN Pierre	Biologie cellulaire
MOTTIER Dominique	Thérapeutique
YOUINOU Pierre	Immunologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers en surnombre

LEFEVRE Christian	Anatomie
OZIER Yves	Anesthésiologie-réanimation

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de Classe Exceptionnelle

BERTHOU Christian	Hématologie
COCHENER-LAMARD Béatrice	Ophthalmologie
DEWITTE Jean-Dominique	Médecine et santé au travail
FEREC Claude	Génétique
FOURNIER Georges	Urologie

GENTRIC Armelle	Gériatrie et biologie du vieillissement
GILARD Martine	Cardiologie
GOUNY Pierre	Chirurgie vasculaire
NONENT Michel	Radiologie et imagerie médicale
REMY-NERIS Olivier	Médecine physique et réadaptation
SARAUX Alain	Rhumatologie
ROBASZKIEWICZ Michel	Gastroentérologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de 1^{ère} Classe

AUBRON Cécile	Réanimation
BAIL Jean-Pierre	Chirurgie digestive
BEZON Éric	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BLONDEL Marc	Biologie cellulaire
BOTBOL Michel	Pédopsychiatrie
BRESSOLLETTE Luc	Médecine vasculaire
CARRE Jean-Luc	Biochimie et biologie moléculaire
DE PARSCAU DU PLESSIX Loïc	Pédiatrie
DELARUE Jacques	Nutrition
DEVAUCHELLE-PENSEC Valérie	Rhumatologie
DUBRANA Frédéric	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FENOLL Bertrand	Chirurgie infantile
HU Weiguo	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
KERLAN Véronique	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
LACUT Karine	Thérapeutique
LE MEUR Yannick	Néphrologie
LE NEN Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LEROYER Christophe	Pneumologie
MANSOURATI Jacques	Cardiologie
MARIANOWSKI Rémi	Oto-rhino-laryngologie
MERVIEL Philippe	Gynécologie obstétrique
MISERY Laurent	Dermato-vénérologie
NEVEZ Gilles	Parasitologie et mycologie
PAYAN Christopher	Bactériologie-virologie
SALAUN Pierre-Yves	Biophysique et médecine nucléaire
SIZUN Jacques	Pédiatrie
STINDEL Éric	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
TIMSIT Serge	Neurologie
VALERI Antoine	Urologie
WALTER Michel	Psychiatrie d'adultes

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de 2^{ème} Classe

ANSART Séverine	Maladies infectieuses
BEN SALEM Douraied	Radiologie et imagerie médicale
BERNARD-MARCORELLES Pascale	Anatomie et cytologie pathologiques
BROCHARD Sylvain	Médecine physique et réadaptation
CORNEC Divi	Rhumatologie

LE BERRE Rozenn	Maladies infectieuses
LE GAL Solène	Parasitologie et mycologie
LE VEN Florent	Cardiologie
LODDE Brice	Médecine et santé au travail
MIALON Philippe	Physiologie
PERRIN Aurore	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PLEE-GAUTIER Emmanuelle	Biochimie et biologie moléculaire
QUERELLOU Solène	Biophysique et médecine nucléaire
TALAGAS Matthieu	Histologie, embryologie et cytogénétique
UGUEN Arnaud	Anatomie et cytologie pathologiques
VALLET Sophie	Bactériologie-virologie

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers de 2^{ème} Classe

BERROUIGUET Sofian	Psychiatrie d'adultes
BRENAUT Emilie	Dermato-vénéréologie
CORNEC-LE GALL Emilie	Néphrologie
GUILLOU Morgane	Addictologie
MAGRO Elsa	Neurochirurgie
ROBIN Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
SALIOU Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SCHICK Ulrike	Cancérologie

Maîtres de Conférences de Médecine Générale

NABBE Patrice

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale (à mi-temps)

BARAIS Marie
BEURTON COURAUD Lucas
DERRIENNIC Jérémy

Maîtres de Conférences des Universités de Classe Normale

BERNARD Delphine	Biochimie et biologie moléculaire
BOUSSE Alexandre	Génie informatique, automatique et traitement du signal
DANY Antoine	Epidémiologie et santé publique
DERBEZ Benjamin	Sociologie démographique
LE CORNEC Anne-Hélène	Psychologie
LANCIEN Frédéric	Physiologie
LE CORRE Rozenn	Biologie cellulaire
MIGNEN Olivier	Physiologie
MORIN Vincent	Electronique et informatique

Remerciements

Professeur Antoine VALERI,

Vous me faites l'honneur de présider et de juger ce travail. Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A ma directrice de thèse, le Docteur Marie BARAIS,

Merci de m'avoir proposé ce sujet de thèse, de l'avoir dirigé et de faire partie de mon jury. Merci pour ton dynamisme, tes conseils, ton soutien et ta disponibilité tout au long de ce travail.

Docteur Benoît CHIRON,

Merci de participer à mon jury de thèse et de juger ce travail. Merci pour ton enseignement et ton écoute lors de mon stage SASPAS et lors des séminaires du DES de médecine générale. Tes qualités professionnelles et humaines enrichissent ma pratique quotidienne.

Docteur Jérémy DERRIENNIC,

Je suis honorée de vous compter dans le jury de ma thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

A Florence Morvan, chef de projets à la Délégation à la Recherche Clinique et de l'Innovation,

Merci pour ton investissement, tes encouragements et ta réactivité au cours de l'étude GetUP.

A tous les médecins généralistes ayant participé à l'étude. Je vous remercie pour votre disponibilité ainsi que l'aide que vous nous avez apportée.

Au Docteur Lise LE ROC'H-GESTIN, ma tutrice et maître de stage de niveau 1.

Merci pour ta bonne humeur, ta disponibilité, ton écoute, ta confiance, pour les déjeuners et visites en bord de mer, pour ton aide et tes conseils tout au long de mon internat. Tes qualités humaines et professionnelles sont des sources d'inspiration.

Au Docteur Patricia SCHOENLAUB, une « chef » exceptionnelle !

Merci pour ton enseignement en dermatologie et hors médical ! Un stage mémorable, deux superbes amitiés ... que demander de plus pour terminer mon internat ?

A mes parents, merci de m'avoir soutenue toutes ces années. Merci de nous avoir appris à aimer les choses qui n'ont pas de prix... **A ma mère**, pour sa tendresse, son courage et ses sourires. **A mon père**, pour son humour. Gracias !

A ma grand-mère, Je te remercie pour la douceur et le réconfort que tu nous apportes. Tu es une grand-mère exceptionnelle.

A mes frangins, Julien et Rafaël ... vous aussi vous êtes exceptionnels !!!

A Lucile, quelle chance de t'avoir comme belle-sœur ! Je vous souhaite de beaux projets, des voyages, du bonheur et un lama pour admirer les Tas de Pois !

Aux équipes et co-internes idylliques rencontrés !!!! dans des endroits de rêve (Lannion, Douarnenez, Lanmeur-Locquirec, Fouesnant-Quimper-Pont l'Abbé-Concarneau, Brest même). La Bretagne, ça vous gagne ! **A Vincent R.**, pour avoir partagé l'aventure GetUP.

Aux flans-beurre, escaladeurs, rêveurs, voyageurs, aventuriers, cyclistes, surfeurs, planchistes, skieurs, danseurs, chealers, chanteurs, acteurs (R. Gere), golfeurs, footballeurs, zycos, Htag Gasté, randonneurs, ramasseurs de champignons, voileux, bretonnards, ... aux fous que vous êtes, Merci !!! et encore Merci !

« **Tout voyageur, est d'abord un rêveur** » A tous ceux qui m'ont emmenée, rejointe, accompagnée dans de nouvelles contrées ... merci pour ces belles escapades ! mais *les échappées* à « Landi, Landerneau, Loriengelles, Lamballe, Mx, l'Hopifrouit, aux Mont D'arr, Kergloff et Poullaouën » sont aussi inoubliables !

A mes coachs et bien plus... **Marie Sarah et Sweety** !! Merci pour votre joie de vivre !

A Olivier, ensemble le « stay always positive » est d'une facilité ! Merci.

A Anne-Sophie, pour toutes nos premières fois ! **A Mathieu** et nos virées à 3 !

A Clotilde et Aurore... merci pour toutes ces années (20 ?!) ! Votre amitié, votre soutien et tous ces bons moments ensemble me sont précieux... Vos maris, Guillaume et Djoko sont fort sympathiques. Le bienvenu à Alice et Clémence. Même si je ne marche pas dans votre direction, je suis heureuse de vous avoir à mes côtés !

Et bien sûr... **à Guinan Le Goat**... « Et si tu n'existais pas » ... ?!

« On n'a pas le temps, si brève est la vie, pour les chamailleries, les excuses, l'animosité, les appels à rendre des comptes. On a que le temps pour aimer et pas un instant de plus ... »

Mark Twain

Résumé

Contexte :

L'éjaculation précoce concerne 5 à 30 % des hommes. Peu de patients osent en parler à leur médecin, bien qu'ils l'estiment comme un interlocuteur privilégié dans cette situation. Une étude préalable avait mis en évidence 6 stratégies de communication pour aborder l'éjaculation précoce en consultation de médecine générale. L'étude GET UP visait à tester l'efficacité de ces 6 stratégies en soins ambulatoires. Toutefois, après deux ans d'inclusion et de multiples stratégies de relance des investigateurs, l'étude a souffert d'un faible effectif de patients inclus.

Objectif :

Identifier les difficultés des médecins généralistes investigateurs à l'inclusion des patients dans l'étude GET UP.

Méthode :

Analyse qualitative par entretiens semi-dirigés de 11 médecins généralistes ayant participé à l'étude GET UP.

Résultats :

La saturation des données a été atteinte.

La recherche en médecine générale était considérée comme trop éloignée de l'activité de soins. Les deux principaux obstacles à la réalisation des études étaient le manque de temps et les contraintes administratives. La connivence avec l'interne était une des principales motivations pour participer.

L'étude GET UP a séduit certains investigateurs par l'originalité du thème. Toutefois, la santé sexuelle était difficile à aborder et freinait les médecins à inclure.

Les relances et les liens personnalisés entre les investigateurs et les chercheurs ont été des éléments importants pour les motiver à inclure. Ils suggéraient d'accentuer les relances, d'alléger et simplifier les documents à compléter, d'impliquer les étudiants. Ils étaient demandeurs de plus de communication avec les équipes de recherche. Une attitude plus proactive était proposée en aidant les patients à engager la discussion autour de la santé sexuelle via des affiches sur les dysfonctions sexuelles dans la salle d'attente.

Conclusion :

Améliorer la communication entre les médecins généralistes et les équipes de recherche et intégrer la recherche dans la formation médicale initiale seraient susceptibles de favoriser la participation des médecins généralistes à la recherche en soins primaires.

Une formation en santé sexuelle et l'acquisition de compétences en communication pour initier et gérer une consultation sur les dysfonctions sexuelles semblent nécessaires chez les étudiants de médecine et les médecins généralistes.

Summary

Background

Premature ejaculation affects 5 to 30% of men. According to the patients, the family physician is the appropriate professional to discuss this issue. However, few patients received the medical help needed. A prior study had identified 6 communication skills to tackle the topic of premature ejaculation in primary care. The aim of the study GetUP was to test the efficacy of these communication skills in primary care. However, after two years of inclusion and several recovery strategies to motivate the investigators, the study suffered from a low inclusion of patients.

Objective

The aim of this study was to identify GPs' difficulties to include patients in the study GetUP.

Methods

Thematic analysis of semi structured interviews with 11 French GPs who had participated to the study GetUP.

Results

Theoretical saturation was achieved.

Primary care research was considered too far from clinical practice. The complicity with the trainee in charge with the study was one of the most important motivation to participate. Lack of time and administrative burden were the two main constraints.

The originality of the theme of GetUP study seduced some investigators. However, physician involvement in sexual health was difficult and slowed down the doctors to include.

Recovery strategies and personalized links between the investigators and researchers were important elements. Improved questionnaire formats or reduced questionnaire length and the implication of the medicine students were proposed. They insisted on a better communication with researchers.

A proactive attitude was suggested to help patients to tackle their sexual problems thanks to posters on the sexual dysfunctions in the waiting room.

Conclusion

The need for good communications from the researchers and initiate medicine students in research would promote research in primary care.

Both physicians and students need training in communication skills for sexual history taking and the management of sexual problems.

Table des matières

Abréviations	15
1.Introduction	16
1.1.L'éjaculation précoce (EP) et sa place en soins primaires	16
1.2.Etude GET UP.....	17
1.3.Question de recherche	19
2.Méthode	19
2.1.La méthode qualitative	19
2.2.Le guide d'entretien	19
2.3.L'échantillonnage	20
2.4.Acquisition de compétences des interviewers	20
2.5.Recueil des données	20
2.6.Analyse des données	20
3.Résultats de l'étude qualitative	21
3.1.Description de l'échantillon	21
3.2.Un corpus composé 11 verbatims	21
3.2.1.La recherche en médecine générale	21
3.2.2.L'étude GET UP	23
3.2.3.Suggestions des investigateurs pour améliorer leur implication dans l'étude GET UP.....	31
3.3.Mind map.....	34
4.Discussion	35
4.1.Principaux résultats.....	35
4.2.Discussion de la méthode.....	36
4.2.1.Intérêt et force de cette étude.....	36
4.2.2.Les biais	36
4.3.Discussion des principaux résultats	37
4.3.1.La recherche en médecine générale	37
4.3.2.Aborder la santé sexuelle en médecine générale	41
4.4.Perspectives.....	45
4.4.1.Formation à la recherche des étudiants de médecine	45
4.4.2.Formation à la santé sexuelle.....	45
4.4.3.Formation aux techniques de communication	46
5.Conclusion.....	48
Bibliographie	49

Liste des Annexes	53
Annexe 1 : Questionnaire de qualité de vie SF-12	54
Annexe 2 : Lettre d'information patient et formulaire de consentement	55
Annexe 3 : Premature Ejaculation Diagnostic Tool (PEDT) :	60
Annexe 4 : Classification CISP 2 Motifs génitaux-urologiques et psychiques	61
Annexe 5 : Recueil des données groupe intervention	63
Annexe 6 : Recueil des données groupe témoin	64
Annexe 7 : Guide d'entretiens semi-dirigés	65
Annexe 8 : Verbatims des 11 entretiens semi-dirigés.....	66
Verbatim n°1	66
Verbatim n°2	69
Verbatim n°3	78
Verbatim n°4	83
Verbatim n°5	93
Verbatim n°6	97
Verbatim n°7	101
Verbatim n°8	107
Verbatim n°9	113
Verbatim n°10	119
Verbatim n°11	126
Serment d'Hippocrate	133
Autorisation d'imprimer	134

Abréviations

AMM : Autorisation de Mise sur le marché

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

CBS : Communication Brève relative à la Sexualité

CHU : Centres Hospitaliers Universitaires

CISP : Classification Internationale des Soins Primaires

COREQ : COnsolidated criteria for REporting Qualitative research

CNGE : Collège des Enseignants de Médecine Générale

CPP : Comité de Protection des Personnes

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DMG : Département de Médecine Générale

DU : Diplôme Universitaire

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

EAU : European association of urology

EBM : Evidence Based Medicine

EP : Ejaculation Précoce

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

FMC : Formation Médicale Continue

GET UP : étude portant sur les motifs de consultations GENiTaux Urologiques et Psychiques

HAS : Haute Autorité de Santé

ICSM : International Consultation on Sexual Medicine

IELT : Intravaginal Ejaculation Latence Time

IMG : Interne de Médecine Générale

ISRS : Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de Sérotonine

ISSM : International Society for Sexual Medicine

MG : Médecin Généraliste

MSU : Maître de Stage des Universités

OMS : Organisation Mondiale de la santé

PEDT : The Premature Ejaculation Diagnostic Tool

SF-12 : Short Form health survey 12

UEMS : European Union of Medical Specialists

WONCA : World Organization of National College Academies

1. Introduction

1.1. L'éjaculation précoce (EP) et sa place en soins primaires

L'EP est le trouble sexuel masculin le plus fréquent (1). Selon les études, 5 à 30% des hommes en souffriraient (2). Cette prévalence est stable avec l'âge (1). Les définitions et les méthodes d'évaluation sont multiples d'où la difficulté à déterminer la fréquence exacte de cette pathologie.

L'International Society for Sexual Medicine (ISSM) définit l'**éjaculation précoce** comme un trouble sexuel masculin caractérisé par **3 critères (2)** :

- 1- Une éjaculation qui survient toujours ou presque toujours, avant ou dans la minute qui suit la pénétration vaginale, depuis la première expérience sexuelle (**EP primaire et permanente**),
OU
une réduction cliniquement significative du temps de latence éjaculatoire, souvent inférieur ou égal à 3 minutes (**EP acquise/secondaire**)
ET
- 2- Une incapacité à retarder l'éjaculation lors de toutes ou presque toutes les pénétrations vaginales
ET
- 3- Des conséquences négatives personnelles, telles que souffrance, inquiétude, frustration et/ou évitement de l'intimité sexuelle.

L'ISSM propose 4 sous-types d'EP (2,3) :

- 1- **L'EP primaire et permanente**
- 2- et **l'EP acquise/secondaire** décrites ci-dessus.
- 3- **L'EP variable** se manifeste de façon occasionnelle suivant les circonstances. Elle n'est pas considérée comme une dysfonction sexuelle mais plutôt comme une variation normale des performances sexuelles et donc de l'Intravaginal Ejaculation Latence Time (IELT). Elle se caractérise par un court délai éjaculatoire, de manière inconstante, associé à une sensation de perte de contrôle de l'éjaculation.
- 4- **L'EP subjective** se caractérise par un IELT dans la moyenne voire supérieure, chez un homme avec une perception subjective, constante ou non, d'un IELT court ou de la sensation d'un manque de contrôle de l'éjaculation.

Les étiologies de l'EP sont multiples justifiant une anamnèse et un examen clinique adaptés. Elles peuvent être relationnelles, psychogènes (problème relationnel de couple, événement de vie, anxiété de performance, ...), organiques (phimosis, frein court, prostatite, dysthyroïdie, ...), sexuelles (dysfonction érectile), pharmacologiques (sevrage aux opiacés, usage de substances illicites). Des hypothèses neurobiologiques (déficit en sérotonine) et génétiques sont également avancées (2).

Les conséquences de l'EP ont un lourd impact sur l'estime de soi, la confiance, la vie de couple (anxiété, culpabilité, frustration, difficultés interpersonnelles, évitement des rapports intimes) pouvant aggraver ultérieurement le problème d'EP. La qualité de vie des patients et de leurs partenaires est altérée comparativement aux hommes ne souffrant pas d'EP. De plus, l'anorgasmie, l'anxiété et le syndrome dépressif sont des comorbidités significativement associées (1).

Le traitement de l'EP nécessite une prise de soins globale adaptée au patient. Si le patient a un(e) partenaire, il est important de réaliser que celui-ci a un rôle actif et l'intégrer dans les

soins. Le MG doit pouvoir rassurer et délivrer des informations permettant de corriger d'éventuelles croyances erronées sur la sexualité et la performance.

Il existe plusieurs axes dans le traitement :

- **Psychologique et comportemental (2)** : psychothérapie et/ou sexothérapie individuelle ou de couple, des techniques sexo-comportementales ou sexo-fonctionnelles, le stop and go, le squeeze (compression pénienne), la relaxation ... (4, 5).
- **Pharmacologique** : la dapoxétine, ISRS (inhibiteurs sélectifs de la recapture de sérotonine) à demi-vie courte à prendre à la demande, les anesthésiques locaux associant lidocaïne+prilocaine. On peut citer d'autres médicaments hors AMM : les antidépresseurs ISRS et tricycliques, le tramadol, d'efficacité discutée et avec des effets secondaires non négligeables (2).
- En cas de situation complexe ou d'échec, le MG ne doit pas hésiter à adresser le patient à un confrère (sexologue, endocrinologue, psychologue et psychiatre) (1).

Depuis 1975, l'OMS tente de promouvoir la notion de santé sexuelle. L'objectif n'est plus restreint aux conseils et aux soins ayant trait à la procréation ou aux MST mais aussi en l'amélioration de la vie et des relations personnelles (6). « La santé sexuelle fait partie intégrante de la santé, du bien-être et de la qualité de vie dans leur ensemble » (OMS) (7).

La prise en charge des dysfonctions sexuelles dont l'EP correspond aux compétences de la médecine générale telles qu'elles sont décrites par la WONCA (8).

Pourtant, l'EP reste sous diagnostiquée et sous-médicalisée. Une étude internationale a souligné que seuls 9% des patients présentant une EP avaient consulté un médecin pour ce problème (1).

Les patients estiment que le MG est un interlocuteur privilégié pour aborder les troubles sexuels mais peu de patients reçoivent l'aide médicale souhaitée (9,10,11). Une enquête menée auprès des patients consultant en médecine générale révélait que 35% des hommes présentaient une dysfonction sexuelle (dont 31% d'EP) mais seul 2% de ces motifs étaient répertoriés dans les dossiers des MG (10). Le souhait que le MG engage la discussion autour de la sexualité est rapporté dans plusieurs études (10,11).

1.2. Etude GET UP

En 2009, une étude qualitative a permis d'identifier 6 stratégies pour aborder l'EP en médecine générale, 3 stratégies d'investigation : le questionnement systématique, l'aide à la verbalisation, l'évocation de signes et 3 stratégies d'attitude : attention intacte/l'écoute active, l'approche fonctionnaliste, l'humour. Ces stratégies ont été mise en évidence via des entretiens auprès de MG qui avaient évoqué le sujet avec leurs patients (12).

L'étude GENiTal Urinaire Psychique (GET UP) visait à évaluer l'efficacité des 6 stratégies de communication dans le repérage des patients souffrants d'EP en consultation de médecine générale, en comparaison aux soins habituels.

Le critère de jugement principal était le nombre de consultations où l'EP avait été abordée par l'usage d'une des 6 stratégies en comparaison avec les soins usuels. Le critère de jugement secondaire était la modification du score de qualité de vie évaluée par les questionnaires SF12 pré et post consultation.

GET UP était une étude interventionnelle multicentrique comparative randomisée en grappe, stratifiée dans les quatre centres : Auvergne-Rhône-Alpes, Bretagne, Nouvelle-Aquitaine et

Occitanie. Les médecins généralistes participants étaient répartis en un groupe témoin et un groupe intervention.

Le groupe intervention recevait une formation sur l'éjaculation prématurée comprenant la définition, la physiopathologie, l'intérêt d'un repérage actif en médecine générale, des éléments de prise en charge et les 6 stratégies de communication décrites lors de l'étude qualitative de 2009.

Le groupe témoin recevait une formation sur le repérage des consultations pour motifs génitaux, urinaires et psychiques.

Les formations étaient présentées par deux internes de médecine générale (IMG).

Les critères d'inclusion étaient :

- Homme
- Age compris entre 18-80 ans
- Consultant pour un motif génital, urologique ou psychique [annexe 4]

Le médecin proposait au patient, après informations, de participer à l'étude. Si ce dernier acceptait, le médecin devait noter le critère de consultation ayant permis d'inclure le patient puis cocher les motifs abordés secondairement lors de la consultation, par le praticien ou le patient. [annexe 5-6].

Le patient remplissait un questionnaire de qualité de vie général SF-12 [annexe 1] au cours de la consultation et le consentement de participation à l'étude [annexe 2].

4 semaines plus tard, le patient recevait par voie postale :

- Un questionnaire SF12 pour une évaluation post consultation.
- L'auto-questionnaire à visée diagnostique : Premature Ejaculation Diagnostic Tool (PEDT) [annexe 3] dans sa traduction française (13).

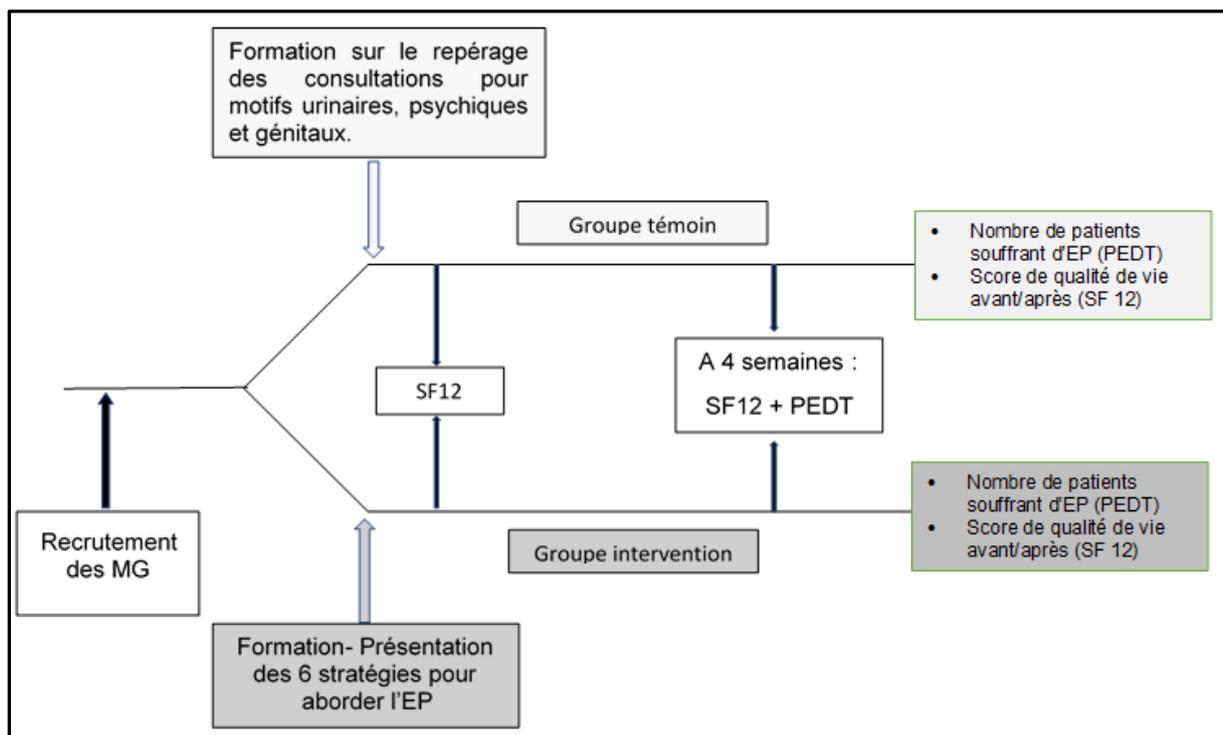


Figure 1 : Schéma du protocole de l'étude GET UP

Une Etude pilote a été réalisée d'avril 2011 à juin 2011, afin de démontrer la faisabilité de l'étude en situation réelle (14).

Le protocole de recherche, intitulé « Consultations pour motif génital, urinaire ou psychique chez l'homme en médecine générale », avec pour acronyme GET UP : GENiTal Urinaire Psychique a reçu l'approbation de l'ANSM le 27/01/2015 et du CPP le 10/06/2015. Le promoteur était le CHRU de Brest.

La durée totale de l'étude était fixée à un an, départ de l'étude marquée par l'inclusion du premier patient (22 avril 2016).

Il avait été calculé la sollicitation de 600 patients, sur l'ensemble des 4 régions. Chaque médecin devait inclure 15 patients successifs.

Au terme initial de l'étude le nombre de patients inclus était faible, indépendamment de la région et des groupes, une dérogation de prolongation de l'étude a été demandée et fixée au 22 février 2018.

Afin de motiver les médecins participants à inclure des patients, plusieurs stratégies de relances ont été menées : des feuilles de synthèse des différentes étapes de l'étude, des appels téléphoniques, des SMS, des courriels, des visites aux cabinets médicaux, l'envoi d'un tapis de souris rappelant les critères d'inclusion.

A la date de fin d'étude 131 patients ont été inclus et 80 questionnaires analysables sur l'ensemble des 4 régions.

1.3. Question de recherche

Le recrutement des MG, leur maintien et leur participation dans les études sont des problèmes auxquels les équipes de recherche se heurtent fréquemment (15,16). Le manque de temps et les contraintes administratives sont les principaux freins rapportés (15,16,17). La recherche en soins primaires est perçue comme trop éloignée de l'activité de soins au cabinet et n'est pas une priorité pour les MG (15,17).

L'objectif de cette étude était d'explorer les difficultés rencontrées par les praticiens à inclure les patients dans l'étude GetUP et les améliorations suggérées pour favoriser leur implication.

2. Méthode

2.1. La méthode qualitative

Une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés a été réalisée. Les critères de restitution d'une étude qualitative (COREQ) ont été respectés pour les sections méthode et résultats (18).

2.2. Le guide d'entretien

Le guide d'entretien [annexe 7] a été élaboré pendant l'étude GetUP avec l'équipe de recherche. Le but étant de centrer le dialogue sur le ressenti, l'expérience, les représentations des médecins interrogés et de faire ressortir les éléments les plus pertinents pour répondre à la question de recherche. Il a servi de guide souple lors des rencontres, la première question était « brise-glace », par la suite, elles se voulaient ouvertes, afin de ne pas suggérer un cheminement de pensée de l'interviewé et lui laisser le maximum de liberté. Si le médecin ne percevait pas bien la question ou rencontrait des difficultés pour y répondre, des questions

plus fermées étaient proposées pour relancer la discussion. L'ordre était variable, adapté aux réponses afin que l'entretien soit fluide, interactif et que tous les thèmes définis dans le canevas d'entretien soient traités.

2.3. L'échantillonnage

Les MG interrogés étaient les participants de l'étude GET UP.

En janvier 2016, le projet de l'étude GET UP avait été exposé par mail à tous les médecins Maîtres de Stage des Universités (MSU) avec une proposition de candidature spontanée. Les autres médecins ont été recrutés par téléphone, courriel ou entretien, selon la méthode de proche en proche, c'est-à-dire par connaissances directes, ou par contacts téléphoniques aléatoires afin d'homogénéiser les groupes (âge, genre, activité rurale/urbaine). 18 médecins avaient accepté de participer, 9 médecins se sont retirés en cours d'étude et 5 ont été recrutés pour les remplacer. 14 médecins ont participé jusqu'à la fin de l'étude.

2.4. Acquisition de compétences des interviewers

Les entretiens ont été réalisés par les deux IMG ayant participé à l'étude GET UP dans la région Bretagne. Afin d'accroître leurs compétences, les interviewers se sont appuyés sur des formations aux techniques de communication proposées dans le cadre du DES de médecine générale, de lecture d'ouvrages de référence (19, 20) et de travaux de collègues (21,22).

Les IMG ont mené à tour de rôle des entretiens d'essai à l'aide du guide d'entretien, en se positionnant en tant qu'intervieweur puis d'interviewé. Ces essais étaient enregistrés et réalisés sous le regard critique de deux IMG et de leur directrice de thèse. L'acquisition de compétences s'est réalisée également au fil des entretiens : les premiers entretiens ont donné lieu à des debriefings par l'équipe de recherche. Des erreurs fréquentes ont été mises en évidence, et l'intervieweur a appris à maintenir une écoute active, à gérer les silences, à mettre en place des stratégies d'intervention : résumer, reformuler, relancer, favoriser un climat de confiance, poser des questions ouvertes, éviter les attitudes directives et les climats d'évaluation (« d'accord », « parfait », ...).

2.5. Recueil des données

Les entretiens ont été enregistrés via « l'enregistreur sonore » de smartphone. Quelques notes de terrain étaient prises lors des entretiens afin de penser à rebondir sur certains propos des interviewés et ne pas interrompre leur discours.

Il était précisé aux interviewés que ces enregistrements donneraient lieu à une retranscription mot à mot pour constituer le verbatim, anonymisé, qui apparaîtrait en annexe de cette étude et que l'entretien servirait de travail de recherche.

Quelques locutions et onomatopées ont été supprimées pour que leur lecture soit plus fluide. En revanche, les hésitations, rires et silences ont été rapportés afin de conserver le rythme et l'ambiance de la pensée des participants. Les entretiens de 1 à 6 ont été réalisés par la thésarde [IMG1] et de 7 à 11 par le thésard de l'Etude GET UP [IMG2]. L'intégralité des verbatims se trouve en annexe [annexe 8].

Le verbatim a été adressé par courriel ou boîte postale au médecin interviewé concerné pour relecture des propos tenus. Les intéressés avaient 3 semaines pour manifester tout commentaire, suppression ou correction.

Les verbatims ont ensuite été importés sur le logiciel Nvivo 12® pour l'analyse des données.

2.6. Analyse des données

La technique d'analyse utilisée était inspirée d'une méthode de recherche inductive : la « Grounded theory » (23) ou « théorie ancrée ». Le but étant de faire émerger des points de vue inédits, des pistes de réflexion, des idées et des hypothèses nouvelles, de passer outre des concepts déjà établis, à partir des données du terrain en les comparant et en les interprétant constamment, au fur et à mesure du recueil des données.

Le codage a été réalisé par la thésarde, à l'aide du logiciel Nvivo 12®. Un premier codage dit « ouvert » a été entrepris, centré sur la question de recherche. Les verbatims ont été fragmentés en code dit « ouvert ». Cette action de sortir de son contexte des extraits pour les rendre indépendants a favorisé l'apparition de catégories et de sous-catégories. Une ébauche de théorisation est apparue. Le codage « axial » reliait les différents codes (similitudes, associations, contrastes, différences, ...). Il s'agissait de se servir d'une catégorie comme d'un axe autour duquel l'analyse se développait. Le codage axial prolongeait ainsi le codage ouvert en cherchant les codes qui pourraient être créés autour des catégories-axes. Enfin, le codage sélectif a permis de réaménager et ajuster les codes et catégories dans l'ultime schématisation de l'analyse. Cette étape consolidait les relations des produits de l'analyse. « Cette interaction circulaire » (23) entre la collecte et l'analyse des données permettait des ajustements permanents et ainsi d'enrichir le construit théorique.

La saturation théorique des données a été atteinte au 9^{ème} entretien. La saturation marque le moment où le chercheur estime que le recueil de données supplémentaire n'apportera plus d'éléments nouveaux permettant de mieux comprendre le phénomène étudié. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés afin de s'assurer de la saturation de l'analyse.

3. Résultats de l'étude qualitative

3.1. Description de l'échantillon

Les MG recrutés exerçaient dans le Finistère ou dans les Côtes d'Armor. 11 entretiens ont été menés. Ils se sont déroulés du 15 décembre 2017 au 26 mai 2018, en majorité au cabinet médical du médecin interviewé. Un entretien a eu lieu au domicile du médecin. Un entretien a bénéficié de la présence d'une tierce personne, un interne de niveau 1. La durée moyenne des entretiens était de 15'40 minutes (variant de 7 à 30 minutes).

		Témoïn	Intervention
Groupe		5	6
Genre	Féminin	1	3
	Masculin	4	3
Age (années)	]30-40]		3
	]40-50]	1	1
	]50-60]	3	1
	]60-70]	1	1
Lieu d'exercice	Rural		4
	Urbain	5	2
Maitre de stage universitaire		3	5
Nombre de patients inclus		30	25

Tableau 1 : Principales caractéristiques des médecins interviewés

3.2. Un corpus composé 11 verbatims

3.2.1. La recherche en médecine générale

La place de la recherche en médecine générale était un point délicat « *c'est pas évident de faire des études déjà je trouve* » [E2], « *c'est-à-dire que déjà, une journée de généraliste, c'est pas simple.* » [E2] et « *j'en retiens que quelques fois c'est quand même une contrainte pour nous quoi.* » [E4].

Certains médecins étaient bien conscients de l'importance de leur contribution « *soit que le sujet m'intéresse, ou soit je me dis que ça fait longtemps que j'ai pas participé, et je trouve que c'est bien de participer de temps en temps à certaines études.* » [E7] « *je suis bien volontaire pour participer et donner un coup de main aux thésards, ou aux gens qui demandent des informations sur les enquêtes...* » [E9].

Plusieurs phénomènes ont été mis en avant quant aux difficultés à réaliser de la recherche en médecine générale :

Le rapport avec **le temps** était souvent compliqué. Certains médecins ne voyaient pas cet argument comme un obstacle à leur participation « *c'est pas ça qui me bloquerait.* » [E3] « *à partir du moment où on sait. Nos consultations, elles ne sont jamais... ça peut être rapide, en cinq minutes et ça peut-être une heure...* » [E3]. Il était cependant reconnu qu'il leur était difficile d'intégrer ces travaux dans « *leur journée de médecin* », « *on... a notre boulot, on a une dizaine d'heures par jour* » [E5], « *il y a tellement de choses euh...noyées dans la journée* » [E10].

Les MG rapportaient une profession dans laquelle ils sont sollicités de toutes parts « *chronophage oui mais...j'aime pas dire ça parce que une demi-heure c'est rien par rapport à tout ce qu'on fait mais...mais vu qu'on est quand même vachement sollicité pour plein de choses* » [E5]. D'une part, il était évoqué **le rôle de formation** « *on a des externes, des internes* » [E5] mais également **la compétition entre plusieurs travaux de recherche** « *j'ai pas mal maintenant de, de demandes de répondre à des questionnaires par internet, alors il y'a un moment où on ne va pas pouvoir répondre à tous.* » [E6] « *c'est la coexistence aussi de deux études et je ne suis capable de mener ça de front.* » [E4].

Ils soulignaient l'importance de **prioriser les problèmes** en médecine générale. La recherche était ainsi vue comme **trop éloignée de l'activité de soins** « *... des maladies, ... des malades qui sont atteints de cancer, qui viennent pour des choses beaucoup plus problématiques...* » [E2], « *au niveau des priorités, euh... il faut comprendre que c'est, même si c'est très important pour vous, euh... bah nous dans nos priorités, voilà, ça passe pas dans les deux ou trois plus...des choses les plus importantes* » [E5].

Les démarches administratives et les explications à délivrer aux patients concernant ces documents étaient perçues comme une réelle contrainte « *déjà toute étude, n'importe comment, est ... et c'est toujours difficile en médecine générale de s'y prêter puisque ça veut dire un formulaire de consentement, le questionnaire...* » [E2], « *tu es obligé d'expliquer aux gens pourquoi, comment, de signer.* » [E10], « *C'est rédhibitoire.* » [E8]. D'ailleurs, ils rapportaient le peu d'intérêt de compléter tous ces documents selon le protocole de l'étude en jeu « *C'est juste la réalisation des études qui veut qu'on soit obligé de faire des papiers...* » [E10].

La réalisation d'études leur imposait **une rupture avec leur rythme habituel** « *c'est propre à la médecine générale de sortir un peu du rythme et c'était un petit peu... c'était un peu difficile quand même.* » [E2] « *la contrainte peut sembler forte au moment où on est embarqué un petit peu dans notre consultation* » [E4] et cette dimension de la médecine venait **compliquer leur travail** « *il ne faut pas perdre de temps donc ça fait un souci de plus dans la consultation ...* » [E2].

Certains protocoles favoriseraient l'implication de l'investigateur, notamment un nombre faible d'étapes, « Je me suis dit « Ah merde, quand même, t'as dit que tu faisais...tu fais toujours... » En fait quand j'ai les enquêtes directes, tu vois, sur internet...Alors, j'y réponds pas toujours, mais quand j'y réponds, c'est tac, tac, tac, tac, envoyé, ça y est. » [E10], si le temps consacré à cette recherche était en dehors du temps dédié à la consultation, « je remplis à tête reposée » [E9], « il y a des choses pour lesquels ça va me sembler très, très léger, très facile. Aller faire un focus groupe à la fac, ça me semble beaucoup léger que de faire une étude finalement... » [E4] « c'est un temps dédié et puis voilà, il y'a un début une fin » [E4], « ça n'a pris sur la consultation. J'ai rappelé les patients par téléphone, je leur ai expliqué par téléphone à un moment où j'étais disponible et ça s'est bien passé. » [E6], ne pas faire participer le patient directement « à titre personnel, c'est mon frein personnel, ne pas impliquer les patients. Ne pas leur dire forcément, leur dire « je fais une étude avec vous, sur vous ». J'aime bien, j'aime plus facilement prendre les dossiers, donner des réponses, à tête reposée, plutôt qu'en direct, en face à face. » [E9] « des études sur dossier, j'en fais régulièrement, et ça me paraît plus facile effectivement. De...de prendre un peu de temps, de le faire, y compris ben, en l'absence du patient » [E9] et les études qui demandaient peu de temps « si c'était quelque chose de très simple, qui te prend une minute, tu peux le faire très facilement, à la fin de consultation. » [E10].

3.2.2. L'étude GET UP

Certains MG ont décrit une étude qui s'était révélée « pas si facile » [E7], « pas si simple » [E2].

3.2.2.1. Les aspects positifs

L'originalité du thème et les difficultés à évoquer la santé sexuelle et plus particulièrement l'EP ont séduit les participants « L'étude en soi, c'est hyper intéressant, c'est quelque chose euh... bah qui est pas évident » [E5], « qui est pas assez recherché c'est pour ça que c'est intéressant » [E5].

Ils ont vu un **bénéfice secondaire** à participer et déclaraient plus s'investir dans le repérage de problèmes en question de santé sexuelle « ça m'a permis d'y penser davantage pour les autres patients. Du coup, ça m'incitait à poser des questions, pas spécialement sur l'éjaculation précoce, sur les troubles sexuels en général » [E2].

L'impact de la formation initiale a permis **d'aider à la verbalisation** « Et ça permet de trouver les mots, les mots pour en parler aussi. On s'habitue à en parler » [E2], « et puis c'était bien présenté, les stratégies, d'investigation, d'attitude... » [E2]. **Un côté ludique** a été mis en avant « Ben, ça m'a fait marrer de faire remplir les questionnaires, de participer à la thèse. Voilà. Pas trop compliqué au final. » [E11].

La remise en cause de sa pratique et l'importance de rechercher les troubles sexuels ont été reconnues, « et ben, j'ai pas réussi. Donc... c'est qu'on ... c'est qu'on doit changer notre pratique » [E3], « et puis il faut aborder en même temps, c'est à faire, on devrait le faire beaucoup plus systématiquement, ça m'a appris ça quand même. Qu'il fallait quand même, que ce n'est pas un sujet à négliger » [E2].

L'innocuité de l'étude était également un point important « y'aura juste un questionnaire auquel vous répondrez 4 semaines après. Ça ne vous engage à rien du tout, on vous prescrit pas de produit, il n'y a pas de prise de sang, enfin voilà, tu vois, je veux dire...c'est vraiment quelque chose de bénin » [E10].

3.2.2.2. Les motivations pour participer à l'étude

Les motivations évoquées pour participer à l'étude GetUP étaient d'une part, **l'intérêt pour le sujet** ainsi que **l'importance de s'impliquer dans la santé sexuelle** « *Parce qu'en fait il y'en a de plus en plus euh... je trouvais justement que les hommes étaient un peu moins inhibés qu'avant. Il y a quand même une nette amélioration du rapport enfin de, voilà, de la démarche. Ce qui n'était pas le cas. C'était vraiment une démarche qui était beaucoup plus facile chez les femmes que chez les hommes de ce côté-là. Et bon, je me suis dit, qu'il fallait que je cherche un peu plus.* » [E1].

La connivence avec l'interne ou l'investigateur principal était également un facteur majeur « *tu vois, je l'ai faite un peu pour toi parce que je te connais bien, et je t'aime bien* » [E10], « *par amitié* » [E8], « *je l'aurais pas fait pour quelqu'un d'autre.* » [E8]. « *Je crois que ça n'aurait pas été toi, j'aurais eu vraiment la flemme (rires).* » [E10].

La satisfaction d'aider, d'autant plus si on appréciait l'interne « *Faire plaisir à mon interne déjà. Euhh...surtout.* » [E7] « *Et puis tu m'as fait pitié.* » [E11], **le sentiment de devoir rendre la pareille** « *quand j'ai fait ma thèse, j'ai eu besoin de médecins généralistes qui me répondent donc je trouve un peu normal aussi d'aider quand on a besoin de faire des recherches* » [E6] et **le rôle d'enseignant** ont également été rapportés « *c'est aussi le serment d'Hippocrate, qui dit que d'abord et avant tout, il faut apprendre aux autres. Et la thèse est un apprentissage, donc il faut y participer. Le devoir du médecin.* » [E11].

3.2.2.3. L'abord de la santé sexuelle en médecine générale

L'analyse des verbatims a montré que l'abord de la sexualité en consultation de médecine générale demeurait difficile.

Les troubles génitaux restaient **tabous** « *génital non, les hommes n'abordent pas beaucoup* » [E10] et « *parce que je pense que le problème de l'érection chez l'homme, c'est le Mal absolu, donc c'est difficile à évoquer tout de suite.* » [E11].

Du côté des patients :

- **La parole autour de la sexualité masculine en consultation semblait peu à peu s'ouvrir :** « *Je trouvais justement que les hommes étaient un peu moins inhibés qu'avant. Il y a quand même une nette amélioration du rapport enfin de, voilà, de la démarche. Ce qui n'était pas le cas.* » [E1]. **Les patients aborderaient plus facilement la sexualité avec un praticien du même genre** « *ça marche bien entre nous parce qu'on est à plusieurs, plus souvent, nous, on a les hommes et elles, elles, elles ont les femmes* » [E5]. **L'âge du patient et le lieu de vie** influenceraient « *les vieux ... ils ont passé l'âge, ils s'en fichent totalement. Ils en parlent comme une fièvre de dent. Et euh... les jeunes c'est plus par bravade qu'autre chose qu'ils en parlent, donc finalement c'est voilà, c'est la catégorie intermédiaire ...* » « *C'est 30-40 ans, c'est les plus ... euh... c'est plus difficile.* » [E1], « *Oui, ce n'est pas toujours évident, en milieu rural en fait.* » [E2].
- **Sujet difficile à aborder, gênant :** « *Alors déjà c'est compliqué pour eux, c'est une démarche compliquée pour eux, d'en parler au médecin* » [E1] « *tellement déjà gêné* » [E3], « *Ils prenaient sur eux pour m'en parler* » [E3].
- **La demande d'un renouvellement de traitements était un moment propice pour mentionner des troubles sexuels potentiellement secondaires d'un médicament :** « *spontanément, les hommes parlent de tout ça, l'impuissance en principe, le plus souvent, suite à un médicament, ça c'est clair, ils le disent quand ça va pas, suite à un nouveau médicament, anti-hypertenseur notamment. C'est souvent ceux-là.* » [E2].

- **Un autre motif appelé « cheval de Troie », il s'agissait d'un motif prétexte énoncé par le patient qui visait à orienter la discussion vers le véritable objet de sa venue et à l'aborder si la consultation s'y prêtait :** « déjà trouble de la sexualité, ils viennent t'en parler, mais c'est pas non plus...en général c'est pas le premier motif de consultation, c'est toujours un motif un petit peu caché. » [E7], « qu'il soit anxio-dépressif, ou un problème masculin, uro-génital, ce sont des domaines qui ne sont pas forcément...open. Déjà le patient va nous dire quelques éléments, pas forcément non plus euh...nettement. » [E9], « « Au fait docteur, j'ai du mal à pisser » ou « j'ai du mal dans ma sexualité » ...c'est pas forcément un motif de consultation direct. » [E9].
- **« Le syndrome de la poignée de porte », le vrai motif était parfois énoncé au moment où la consultation se terminait :** « Des fois c'est la fin de consultation qui va amener ces problèmes. » [E9], « parce ce que c'est toujours fait... ils venaient, à la fin de la consultation, ils s'assoient et là, pouf, ils sortent le truc. » [E3].

Du côté des MG interrogés :

- Le thème de l'étude, centré sur la **sexualité** a freiné certains investigateurs, « **Un thème sur lequel je ne suis pas à l'aise**, que je n'aborde pas vraiment. » [E4] « Et c'est vrai que je ne suis pas rentrée dans le ... dans le vif du sujet après euh... je me suis mis des barrières. » [E4]. Un des praticiens admettait mettre de côté ce champ de la médecine « Y'a la sexualité mais y'a autre chose que la sexualité aussi, et donc voilà, ça ne m'a pas, je ne suis pas rentrée euh..., je ne me suis pas reconnue » « ça m'a pas semblé... euh... adéquat par rapport à ma façon de soigner les gens, voilà. » « Ça ne représente pas la médecine que je pratique. » [E4].
- Des médecins femmes interrogées ont déclaré être **plus à l'aise avec la sexualité féminine** « Peut-être que je suis plus à l'aise avec la sexualité féminine. » [E4] et d'éprouver **plus de difficultés à aborder la sexualité avec des patients de sexe opposé** « Alors après c'est peut-être parce que je suis une femme, j'en sais rien. » [E3].
- **L'âge et l'orientation sexuelle** rendaient l'abord de la sexualité d'autant plus compliqué : « et elle est très âgée ma patientèle. C'est peut-être ça. Ils ont peut-être moins d'activité sexuelle finalement » [E3], « et puis euh... y'a des fois, y'a des couples, enfin je veux dire, il y'a des couples de cinquante ans qui n'ont plus de sexualité... euh ... » [E4] « je me suis dit « ooh non, c'est déjà tellement compliqué avec son histoire », c'est un jeune homosexuel » [E4].
- Certains médecins estimaient que **c'était au patient d'en parler** « On se dit que si ça vient pas du patient et bien tant pis quoi » [E3], « S'ils m'en parlent, je suis là, bah voilà, j'accepte tout à fait de discuter de... de leur sexualité et voilà, de recueillir leur demande. » [E4], « Mais après, l'évoquer moi-même, c'est vrai que je le fais assez peu. » [E4], d'autant plus s'il **ne s'agissait pas du motif de consultation initial** « Voilà quoi, si ça n'était pas venu en premier recours je ... non ! » [E4].
- Le médecin appréhendait de **se mettre en difficulté** : « moi je me suis dit « houla, non, ça va me mettre dans une position pas facile » » [E4] mais aussi d'« **Ouvrir la boîte de Pandore** » : « voilà comment le questionnaire allait être perçu, voilà quoi, euh... est-ce que donc ces, ces patients à problèmes n'allaient pas envahir la consultation avec leurs problèmes sexuels et que voilà, j'en avais pas forcément envie quoi. » [E4], « avec un jeune homosexuel mais ça m'a semblé tellement, enfin, voilà, parce qu'il a beaucoup de préoccupations autour de la sphère génitale... je me suis dit « oh non, c'est déjà tellement compliqué avec son histoire » » [E4].

- D'autres craignaient de s'immiscer dans une sphère privée, ils évoquaient le souci de **respecter le patient dans son intimité et la difficulté de ne pas imposer des normes en matière de sexualité** : « Ben, par les gants qu'on peut mettre, le fait de marcher sur des œufs pour poser les questions aussi euh...du domaine personnel. » [E9], « je veux me garder d'être intrusive » [E4], « C'est pas toujours évident de creuser, d'augmenter les questions euh... de poser des questions qu'ils n'ont pas forcément envie de répondre, non plus. Si on creuse un petit peu sur...que ce soit sexualité, que ce soit environnement, par rapport à leur trouble psychique, des fois c'est chasse gardée. Enfin, ils n'ont pas forcément envie qu'on aille plus loin dans leur... leur questionnement. » [E9]. D'autres médecins **respectaient également la non-demande** « sur le plan uro-sexuel, les hommes n'aiment pas en parler, donc pas envie d'aller les gêner plus qu'ils ne le sont déjà avec ça. Voilà, je pense que c'est plutôt ça qui me gênait le plus en fait. » [E7]. Enfin, **la crainte de susciter un jugement réprobateur était relatée** : « il va se sentir concerné mais pas accusé et pas montré du doigt quoi. » [E4].
- **La pudeur du médecin** était également exprimée « Le côté un peu pudique » [E4]. Pour certains, il s'agissait de consultations avec **une forte implication personnelle** : « Alors peut-être que pour certains médecins comme moi, c'est un frein quand on doit se dévoiler ou avoir l'impression de se dévoiler. Parce que c'est pas du tout ça, ou avoir l'impression de se dévoiler. Voilà, c'est peut-être ça qui a fait que, non. » [E4], « Peut-être que j'ai projeté et qu'il n'y a pas vraiment quoi... mais moi, c'est ce que j'ai entendu en lisant, je me suis dit « ah ouais...est-ce que... est-ce que j'assume ? » et j'assume peut-être pas tout. » [E4]. **Certains redoutaient de « perturber » la relation médecin-patient ou de paraître trop axés sur la sexualité voire même la crainte d'une érotisation** : « tu mets ça sur le tapis et après comment tu vas gérer quoi ? Comment tu vas pouvoir être...être le médecin traitant ? Voilà, aborder les problèmes, je me suis dit à qui on va envoyer ces patients-là ? Qu'est-ce qu'on va en faire ? euh voilà... ça a été un petit peu trop, tout mélangé. » [E4], « ce patient-là, il a un niveau tout à fait correct au niveau scolaire tout ça, sa femme est très intellectualisée, elle cherche toujours les petits trucs et je me suis dit « non » ... parce que voilà, la, le, ... comment dire, l'interprétation aurait été faite par son épouse et euh...je me dis « non, ça va être compliqué après quoi » » [E4], « je ne veux pas rentrer dans ce... dans ce cheminement-là. Je pense que lui, pour lui, ça aurait été une porte ouverte à... voilà, comme il y'a, il y'a du... enfin y'a des transferts... euh... voilà il me propose des rendez-vous, tout ça, je me suis dit « ouh ... surtout pas » » [E4].
- **Il était plus facile d'évoquer des troubles sexuels pouvant être la conséquence d'une pathologie ou imputable à un traitement** : « Je ne mets pas forcément les pieds dans le plat systématiquement, les troubles de l'érection, je les pose dans certains cas, où... les patients sous bétabloquants, diurétiques, les choses dans le genre, je sais qu'on va aller les chercher en présentant ça, en mettant un effet secondaire, et pas un truc intrinsèque au patient. » [E11], « Voilà, je demande à mes diabétiques par contre s'ils ont des troubles sexuels, voilà. Comme je rechercherais un pouls pédieux, des choses comme ça, mais c'est une population un petit peu ciblée » [E4].

3.2.2.4. L'EP, une consultation difficile

En centrant sur le groupe intervention et donc sur l'EP, les médecins déclaraient que l'EP était un **sujet difficile à aborder**, « le frein ... euh, intellectuel et psychologique que je me suis moi-même mis, sur la thématique » [E4], « l'éjaculation... ben même l'éjaculation prématurée, ou les troubles de l'érection, c'est quand même des choses qui sont difficiles à aborder avec le patient. » » [E11], **et rarement recherché** « Qui est un sujet, d'ailleurs, que je n'aborde jamais

spontanément. Je me suis rendu compte, tu vois, avec ça. Non, jamais, on peut dire jamais spontanément quoi, enfin, rarissimement. De manière rarissime. » [E10]. Il était souligné que c'était d'ailleurs parce que ce n'était pas un motif simple à aborder, qu'il était évincé des consultations « *c'est quelque chose euh... bah qui est pas évident donc euh... du coup à aborder donc qui est pas justement, à mon avis, qui a pas dû être recherché euh... qui...qui est pas assez recherché* » [E5].

Il s'agissait d'un **domaine de dépistage souvent mis de côté** « *on va pas aller chercher forcément des trucs des gens bien portant.* » [E3].

Des MG rapportaient le **caractère peu fréquent de ce motif de consultation** « *C'est pas un sujet principal. Et c'est pas un sujet que je vois non plus souvent. On me demande, tu vois, les gens, si j'en vois...j'en vois même pas un par an qui vienne m'en parler. Spontanément, je parle.* » [E10], « *j'ai pas eu de cas, je crois que j'en ai eu aucun, par rapport à l'éjaculation précoce, de demande ou de problèmes même moi en recherchant des soucis quand il y avait des problèmes au niveau euh... de la sexualité d'un couple, quoi que ce soit, j'en n'ai pas eu. Voilà.* » [E5].

Certains estimaient qu'il **ne s'agissait pas d'un sujet de haute importance** sur le plan de la santé « *Vu le nombre de demandes que tu as, de réclamations, de récriminations... C'est pas un sujet principal.* » [E10] mais aussi **un thème qui ne stimulait pas** forcément, l'éjaculation « *précoce, oui, c'est pas quelque chose de...oui, qui me bottait particulièrement.* » [E10] « *Le sujet qui n'est pas... pour moi en tout cas, passionnant.* » [E10].

Pourtant d'autres étaient conscients du **décalage entre la fréquence de la pathologie et le nombre de cas repérés** « *je sais plus exactement là, la prévalence mais c'est quand même important, pourquoi, comment, je sais pas. Comment se fait-il ? euh... mais en tout cas, j'en n'ai pas eu et du coup* » [E5], « *Donc ça fait un an, un peu plus d'un an... et ben, j'ai pas réussi. Donc... c'est qu'on ... c'est qu'on doit changer notre pratique ou alors que les patients ils le font pas spontanément.* » [E3].

Les difficultés rencontrées face à ce problème de santé n'incitaient pas au repérage « *c'est un peu...euh... mettre les pieds dans le plat et comment on s'en sort ? et qu'est qu'on peut proposer à tout le monde ?* » [E4]

Outre la **complexité à repérer les patients** souffrant d'EP, plusieurs médecins exposaient « **un manque aussi de ... de connaissances, de formations** pour répondre à des problèmes » [E5] « *ce n'est pas un sujet à négliger, mais parce que notre formation ne nous a pas habitués à ça en fait.* » [E2], « *on n'a pas été formé pour ça donc euh... il faut inventer un peu quand même.* » [E2] et **des difficultés de prise en charge** « *même si j'avais dépisté, détecté une éjaculation précoce, qu'est-ce que je fais après quoi, tu vois.* » [E10], « *y'a plein de stratégies, mais tu vois, c'est pas comme l'anémie : tu donnes du fer, et voilà, c'est bon. Là c'est plus, on est plus dans du « Ben ouais, on va essayer ça, on va essayer ça... »* » [E10], « *Manque de solutions aussi, oui. C'est à dire, j'envoie à un sexologue, mais c'est qui, c'est où, c'est comment ? Donc manque de solutions aussi peut-être, oui. Même si il y a des traitements. Mais les traitements...je ne sais pas ce que ça vaut, mais...quand tu lis Prescrire, c'est pas des grands fans en tout cas.* » [E10].

3.2.2.5. La méthode

L'**investissement et le côté chronophage** sur un temps qu'ils estimaient dédié aux soins étaient des problèmes souvent retenus « *Parce que je trouvais qu'il y avait un peu de boulot.* » [E8], « *ça bouffait un peu du temps sur la consultation.* » [E10], « *c'est pas très complexe, mais le temps, c'est le temps, dans une consultation, est-ce que je rallonge ma consultation, au risque de prendre du retard. Ou est-ce que finalement c'est une partie de la consultation qui est perdue pour le patient.* » [E10].

De plus, ils évoquaient **un manque d'automatisme** « *Un peu de difficulté à me lancer au début, et puis une fois que j'ai remarqué que ça se remplissait facile, ça a été.* » [E11], « *c'était pas automatique ou alors il aurait fallu avoir de la bouteille. Il aurait fallu en faire 50, je sais pas.* » [E2]. **Le défaut de simplicité de l'étude en lien avec nombre trop important d'éléments dans les étapes** n'a pas favorisé le recrutement « *Quand tu as que quelques minutes tu dis comment je vais faire* » [E2], « *Ça demande quand même un petit peu de temps, de ressortir les choses, voilà, de mettre en place les choses* » [E4] « *et puis d'avoir un certain ordre, de bien ranger les consentements* » [E4].

L'accent a été de nouveau porté sur **les contraintes administratives, d'informations à délivrer aux patients, de remplissage des questionnaires** « *Parce que autrement, le temps de remplissage était aussi un frein. Ça prend du temps* » [E4], « *Le patient vient, il rentre, il est inclus, tu dis bon, « on va faire un questionnaire, est-ce que vous êtes d'accord ? Vous êtes d'accord, ok... ».* *Donc on le fait remplir, à ce moment-là on pose des questions, et puis après on met de côté et c'est bon. Mais tu vois le fait de lui donner, de le ramener, de lui faire signer ça, en lui expliquant...après il y a une feuille à mettre dans le truc, il faut garder le rose, le mettre dans l'enveloppe, euh...bon, c'est pas compliqué, parce qu'on est capable de comprendre, faut pas exagérer, mais je veux dire, pour quelque chose de totalement volontaire de notre part, c'est...c'est pas simple.* » [E8] « *dans une médecine ou parfois on n'a pas toujours le temps...le recueil du consentement.* » « *Pour être honnête, s'il n'y avait pas eu besoin du consentement, c'était plus simple.* » [E10].

Un des médecins a avoué ne pas avoir fait remplir les consentements aux patients « *c'est un peu galère à remplir, parce qu'il faut faire la...alors comment on appelle ça...la déclaration de consentement. Ça, moi j'en ai fait un avec le patient, ça m'a pris je ne sais combien de temps, il faut lui expliquer... donc ce que j'ai fait après...je ne les ai pas faits en fait. J'ai estimé, comme il n'y a pas de traitement, qu'il n'y a aucun risque...vital, donc c'est pas comme si tu faisais une étude sur les médicaments, donc je ne les ai pas faits.* » « *En sachant que je l'ai fait non pas parce que je ne voulais pas le faire, mais parce que ça ne servait strictement à rien. Puisque c'est purement informatif, et qu'il n'y a pas de risque pour la santé des gens. Donc je me dis, « c'est bon ». Si il y avait des médicaments, je l'aurais fait.* » [E8].

Il est ajouté que la signature du **recueil de consentement** venait **formaliser cet échange et pouvait entraîner une certaine méfiance du patient** « *Alors le fait de signer : « Mais qu'est-ce qu'il me fait signer ? ».* » « *C'est un peu comme quand t'es dans une banque, tu vois, tu...Ils n'ont pas le temps de le lire, donc ils se disent, bon, j'espère que le Dr il a pas essayé de me m'enfler en me faisant signer des trucs (rires). Je sentais un petit peu ça, le truc...Ou alors c'était peut-être moi qui trouvais que c'était un petit peu plus compliqué.* » [E10].

Les médecins ont également critiqué les différentes étapes et documents à compléter :

- 1- **Concernant les motifs d'inclusion**, certains MG rapportaient une patientèle ne correspondant pas aux critères, « *Quelques fois, euh ... ces études-là, on doit se tirer des cas* » [E4], certains évoquaient une patientèle âgée « *elle est très âgée ma patientèle. C'est peut-être ça. Ils ont peut-être moins d'activités sexuelles finalement* » [E3], d'autres une patientèle plus féminine « *j'ai une clientèle qui est plus féminine que masculine. Donc c'est vrai que déjà, la proportion de femmes est plus importante, donc voilà...elle était moins concernée par l'étude.* » [E6] « *c'est vrai que certains jours, j'avais un homme, par jour, donc fallait pas le rater.* » [E2]. Certains patients, selon leur profil étaient exclus d'office « *y penser pour un patient et me dire « ah non pas celui-là parce que là, je mets la main dans un engrenage qui ne me convient pas » pour les patients psychiatriques* » [E4].

D'autres pensaient que les critères d'inclusion étaient trop nombreux ne facilitant pas la mémorisation de l'étude « *par rapport aux études auxquelles j'ai déjà participé, c'est*

qu'il y a trop de critères. » « c'est vraiment le truc qui m'a le plus rebuté, c'est un peu trop fouillis au départ. » [E1].

Ils admettaient que certaines motifs interpellaient plus pour penser à inclure, « j'y pensais plus sur le côté uro-génital, quand on m'en parlait. » [E9] « psychique, peut-être un peu moins. » [E10]. Pour le groupe intervention, il était souligné un décalage entre un recrutement large pour un sujet très centré « la vastitude ça se dit pas mais...on rentrait dans des choses qui touchaient à la fois l'uro, le gynéco...enfin, tu vois. Donc finalement, c'était un espèce de flou pour arriver à un sujet très très précis et finalement peu évoqué. C'est assez curieux tu vois le décalage. » [E10].

La gêne liée au motif d'inclusion était un frein à la proposition d'adhésion « Ils auraient été déjà à l'aise à en parler euh... il n'y aurait pas eu de soucis, je pense, j'aurais pu dire « ah bah tiens en fait ... » mais là » « « Ils prenaient sur eux pour m'en parler et donc, en plus, leur dire « vs ferez partie... de » » « je me dis, je vais pas en plus, leur demander d'être, ... d'être en plus, ... Voilà... faire partie de l'étude je trouvais que ça faisait trop quoi. » [E3].

2- Le questionnaire de qualité de vie SF12

Le lien entre les motifs d'inclusion et le questionnaire de qualité de vie et SF12 n'était pas évident « Voilà, c'est...par rapport au thème bien précis de recrutement de l'étude, on se retrouve sur un questionnaire qui n'a plus rien à voir avec la spécificité du recrutement. » « le questionnaire est un petit peu...bateau » « le questionnaire, ne va pas affiner spécialement les éléments précis : à visée urinaire, génitale, ou euh...psycho. » [E9]. « Ensuite, en point négatif, le questionnaire un peu long, peut-être, pour le patient j'entends. » « Et donc il y avait, pour certains, une petite perte de temps quand même, parce que ceux qui posaient des questions, des tournures de phrases, qu'ils avaient un peu du mal à interpréter, ou je ne sais quoi... ça traînait parfois un petit peu, et puis à un moment on est là « Bon t'es mignon, remplis ton truc et... casse-toi, il y a d'autres derrière » [E11] « « Est ce que ça a une influence : Un peu/beaucoup/moyennement » ...ils ne savent pas. Il faut presque qu'on les guide dans leur réponse, qu'on repose la question pour qu'ils donnent une réponse plus fine. » [E9]

3- Les sollicitations à 4 semaines

« Le côté de devoir, euh, sachant qu'ils allaient être rappelés, parfois ça me freinait un petit peu, parce que je me dis, est ce qu'il a vraiment envie d'être rappelé par derrière, donc je pense que ça a pu me freiner ça. » [E7] « puis le fait de devoir recruter des personnes, et de leur dire : « il y aura un deuxième temps aussi. », « Je crois qu'il est beaucoup plus facile, d'une part, de faire des choses en direct, avec une seule fois, et de ne pas demander de deuxième, soit de visite de contrôle, de la part du médecin recruteur, ça heureusement qu'il n'y avait pas. Soit de deuxième contact à la maison euh...pour une euh...pour un complément. Alors, je ne sais pas quel est ce complément hein, c'est...mais ça me paraissait effectivement, peut-être plus simple si tout avait été fait dans un premier temps. » [E9]

Du côté du groupe témoin, les objectifs de l'étude n'ont pas été bien compris avec un impact sur la productivité de l'investigateur « Ça me perturbe, parce que tu te dis tu fais une étude, et puis, euh... en te demandant : « à quoi ça sert ? ». Quand tu regardes les données, c'est quelque chose de très général, ça s'adresse pour les syndromes dépressifs, les problèmes urinaires, les problèmes sexuels... je ne vois pas le but de l'étude en fait. » « comme on voit pas très bien, on y pense pas, parce qu'il n'y a pas d'objectif précis. » [E8], « **le manque de motivation**, enfin le manque de compréhension d'un résultat évident, quoi. » [E9], « mais du coup comme on voit pas très bien, on n'y pense pas, parce qu'il n'y a pas d'objectif précis.

» [E8] « *Moi je vais pourrais être plus productif, si je me mettais, euh, dans la tête que c'était réellement euh, enfin, qu'il y avait un réel intérêt* » [E7]

De plus, **le souci de penser à l'étude au cours de la consultation** était mentionné « *ne pas y avoir pensé, principalement. La plupart du temps, j'ai vu après coup, « mais zut, j'aurais dû demander ! », ou alors, en fin de matinée « celui-là correspondait à l'étude ! », et j'ai oublié, parce que ben, il y a la pression de la consultation, de la salle d'attente, de la matinée de travail, et... Ce n'était pas écrit là « ne pas oublier les recrutements ! »* [E9] et avec le temps, **l'étude est mise de côté, oubliée** « *Je suis passée dans ma tête à autre chose.* » [E3].

De ce fait, certains MG ont éprouvé **un manque de relances** « *nous dans nos priorités, voilà, ça passe pas dans les deux ou trois plus...des choses les plus importantes euh... à faire pour nous donc c'est pour ça qu'il aurait fallu je pense, euh... soit, nous relancer, soit nous... je sais pas...par mail, revenir directement* » [E5], « *je pense que si en ... en passant un coup de fil même en y allant un peu plus au culot même tous les mois ou toutes les deux semaines, je pense que ça aurait pu me, me, ça aurait pu le faire.* » [E5].

Enfin, **l'isolement du MG dans ces travaux de recherche** était souligné « *Là, on est un peu isolé finalement quand on le fait et euh ... et c'est un petit peu la corvée quoi on va dire.* » [E2].

3.2.2.6. Les facteurs ayant favorisé leur participation

La proximité des documents était évidemment un élément de rappel ayant favorisé leur participation, mais insuffisamment, « *quand tu as mis la pile sur le bureau ici... j'en ai fait un peu plus, et après je zappe quoi...* » [E8], « *je pose l'agenda dessus toujours en début de consult, et je me dis « Ah, oui, il faut que je pense à la thèse ! ».* » [E11] « *Derrière, vraiment accessible bien visible. Ça, c'est pas l'excuse, je savais où c'était et y'a plus qu'à prendre l'enveloppe* » [E3].

Ils mentionnaient **des rappels visibles en cours de consultation** « *Les quarante post-it qu'il y avait sur mon bureau...* » [E7], « *j'avais la pile sur mon bureau ici. Quand je voyais le papier vert, je me disais « olala, c'est vrai, il faut que j'en fasse un »* [E8].

Un des médecins essayait d'**anticiper sur le planning** « *je regardais mon programme et je voyais que j'avais un homme ou deux dans la consultation de l'après-midi donc j'essayais d'y penser* » [E2].

Lorsque l'on interrogeait les médecins sur les facteurs ayant influencé leur participation, beaucoup s'accordaient sur **les relances** « *quand tu m'as relancé une semaine-là, où je t'en ai fait 4-5 dans la semaine parce que euh... je pensais que t'en avais vraiment besoin, définitivement, et que c'était moi qui étais le petit retardataire et euh, voilà. Donc là j'ai été, j'ai plus axé, j'y ai vraiment pensé sur une semaine, et euh voilà.* » [E7].

Tous les moyens de relances étaient intéressants puisque selon le praticien, l'impact était différent :

Les appels téléphoniques :

« *Vous m'avez rappelée, je sais plus, à un moment où ... bah forcément, voilà je me suis dit « ah bah oui, y a ça » » « c'est les coups de téléphone qui m'ont le plus aidée.* » [E6].

« *Non, je n'avais pas de réflexe...si, en fait c'est parce que j'avais un harcèlement téléphonique me demandant de remplir tous les papiers (rires), donc je me disais « oh putain, il faut que je fasse, il faut que je fasse, il faut que je fasse, il faut que je fasse ! »* » [E8].

Les courriels :

« Oui, par mail c'est pas mal » « on peut le regarder quand on veut et puis ça peut me dire, tiens... ça m'a servi parce que j'avais un peu laissé tomber l'affaire à un moment donné » « et puis je m'y suis remise, je me suis dit tiens il faut que je continue. Si si, c'est efficace » [E2].

« Les mails, je ne les lis pas, parce qu'en fait je vais très peu sur ma boîte mail » [E6]
« il y a une quinzaine de mails dans la journée et du coup, voilà. Donc pour moi, c'est plutôt de la façon de euh... de relancer les gens » [E5].

Les messages écrits (SMS)

« Je reçois le texto et je suis « Ah, putain, il me saoule ! ». Et puis après je me dis, « Ben oui, mais j'ai dit oui, faut que je m'y mette quoi ». Et, je ne sais pas, l'avantage du texto, c'est que c'est plus personnalisé » « tu l'as très bien fait, le côté intrusion par le texto, je pense que c'est ce qui, chez moi, a le plus marché pour me relancer. » [E11].

Les visites

« Oui pour rappeler comment on faisait... » [E3].

Un outil du quotidien : un tapis de souris reprenant les critères d'inclusion

Les avis étaient mitigés, il s'agissait effectivement d'un bon moyen mnémotechnique, discret, à portée de main « je le sors et je le regarde comme ça en dégognade pendant que je discute. Et voilà, mais bon, faut que je prenne mon tapis de souris pour ... mais comme voilà, effectivement s'il traîne ça ne choque pas. L'avantage du tapis de souris c'est que, comme c'est un objet de bureau » [E1], « c'est utile. Si, c'est sur la durée, finalement... » [E3].

D'autres n'en n'ont pas trouvé l'utilité « je l'ai pas utilisé parce que j'ai un ergonomique que je préfère. » [E4] ou jugeaient que « c'est pas assez intrusif dans la vie de tous les jours pour que ce soit pertinent sur le long terme. Je pense que ça marche bien les 2-3 premières semaines probablement » [E11], mais aussi que c'était « du fric dépensé pour rien. Parce que on doit pouvoir s'y astreindre sans. Et que je pense que ça devient après un objet du quotidien qu'on ne regarde plus. » [E11] « Je pense que c'est un gadget. Je pense que ça a un coût. Alors ça fait certainement partie d'un budget de recherche ou d'un budget de thèse. Je trouve pas ça très... je trouve pas ça très bénéfique en fait, entre guillemets...ou très scientifique. » [E7].

L'importance du côté personnalisé entre l'interne et l'investigateur était mise en évidence. Les relances étaient facilitées « Si je connais... en connaissant mon...l'interne qui me propose l'étude, et qui me l'a présentée, il peut m'appeler, et il peut me solliciter. Voilà, solliciter par téléphone, par un mail aussi. » [E7].

De plus, on constatait de la culpabilité du côté des investigateurs « J'ai honte... J'ai honte parce que d'habitude je fais, je réponds à beaucoup de thèses et je suis contente d'aider et de faire. Mais là, j'ai honte, parce que j'ai vraiment pas réussi c'est ... » [E3] « c'est desservir les internes, qui voilà, mais je suis désolée pour vous. Je me sens coupable. » [E4] avec parfois un impact positif pour les relancer « et comme j'avais pas été bon au départ, euh, je voulais montrer que j'étais capable de faire mieux » [E7].

3.2.3. Suggestions des investigateurs pour améliorer leur implication dans l'étude GET UP

3.2.3.1. « Du tape-à-l'œil »

Du côté des médecins, l'accent était mis sur des **documents en couleurs**, qui « sortent du lot », afin de se rappeler l'existence de l'étude « *La couleur, ça ça m'y a fait penser* » [E8].

Du côté des patients, il était suggéré des documents en libre accès tels que des brochures, affiches, ... afin de **les aider à verbaliser** : « *je pense qu'il faudrait des affiches, il faut des choses qui ne sont pas habituelles.* » [E3] « *Limite un écriteau, voilà.* » [E3], « *parce que, j'ai dans ma salle d'attente la liste des formations que j'ai faite et je l'ai mise depuis ma formation « sexologie », entre guillemets, et certains patients, quand ils voient ça, ils m'en parlent !* » [E3] « *Ah, j'ai vu que, donc du coup, je peux vous en parler* », alors que je ne suis pas du tout sexologue et que c'est pas mon truc mais ça leur permet... et c'est ce qu'il avait dit à la formation. » [E3] « *Donc je pense que si ... peut-être un support visuel dans la salle d'attente même... une affiche « l'impuissance...voilà... parlez-en au médecin », un truc comme ça...* » [E3].

3.2.3.2. Travail de groupe, implication des étudiants

Une des médecins a exprimé l'**importance du travail de groupe**. D'une part, pour **favoriser l'impact initial** « *lors de la présentation comme ça, on peut poser des questions, il y a une interaction, une interaction dans les questions et euh, ça nous met plus les choses en tête je pense quand on est plusieurs.* » [E2] mais aussi par la suite, pour le côté « **émulation de groupe** » « *Plus motivés davantage quand on est plusieurs aussi je pense* » [E2], **pour échanger facilement** avec son confrère sur les éventuels doutes sur le protocole de l'étude, ainsi que pour **rompre l'isolement** du médecin dans cette étude « *Là, on est un peu isolé finalement quand on le fait* » [E2].

L'**implication des internes** a été proposée. D'une part, pour **alléger la charge de travail** du médecin « *j'ai trouvé dommage, voilà, qu'on ne puisse pas déléguer aux internes, parce qu'en fait, euh... voilà, ils ont plus de temps, pour expliquer, pour faire faire des choses...* » [E4], « *Et donc je me suis dit, ben ouais c'est vrai que, j'aurais pu avoir le soutien* » de l'interne [E4]. D'autre part, **l'étudiant était perçu comme plus proche, plus investi dans les travaux de recherche**, pouvant être « un rappel » pour le médecin qui a parfois tendance à laisser de côté les études en cours « *C'est vrai qu'on fait un petit de délégation des fois* » [E4] « et puis ça les intéresse, ils se sentent concernés par les thèses » [E4].

3.2.3.3. Personnaliser les liens entre les différents interlocuteurs

Les relances individualisées avaient un impact sur l'implication du médecin dans la recherche « *je pense que si tu personnalises le truc avec chaque médecin, si tu le sollicites personnellement, je pense que...voilà. Moi ça peut me permettre d'être plus...plus performant dans ma recherche de patients.* » [E7].

3.2.3.4. Repérage actif, étendu aux deux sexes

L'idée d'un repérage actif, s'étendant aux femmes a été suggérée « *Parce que moi je me serais dit, tout patient* » [E3], « *En parler aux femmes, pour... peut-être que c'était ça. Enfin, que nous, on aille chercher l'info peut-être avec les conjointes, ça aurait peut-être été plus... Je pense que c'est plus avec les conjointes qu'on peut savoir ce genre de choses et dans ces cas-là, ils viendront.* » « *Parce qu'on sait bien que les hommes, d'une manière générale, ils se croient toujours en bonne santé et se soignent moins. Les études ont bien montré ça.* » « *Donc,*

je me dis, comme c'est une histoire de couple quand même, peut-être en passant par les femmes, en allant les chercher vraiment quoi. » [E3].

3.2.3.5. La méthode

Le manque de temps étant un des obstacles le plus fréquemment rencontré, il est apparu important de **simplifier, minimiser et résumer les étapes** « *pour les thèses, je pense, ouais il faut quelque chose de de ... synthétique* » [E5] « *Pour moi, c'est ça, le côté chronophage, c'est pas je pense, c'est pas réellement le, le côté organisation pour que euh... euh pour plus mâcher le boulot, pour les médecins du coup* » [E5] et « *c'est peut-être bête et méchant mais, les thèses, si on nous les colle pas sous le nez, euh avec trois-quatre lignes qui nous expliquent euh, clairement, comment faire, facilement les choses, on a tendance en fait à lâcher et après, à pas les faire et c'est ce qui s'est passé pour ta thèse du coup.* » [E5].

L'autre aspect marquant était de faciliter les démarches administratives « *Ben, ça aurait été mieux qu'il n'y ait pas eu besoin de ça. Pour être honnête, s'il n'y avait pas eu besoin du consentement, c'était plus simple. Ou si il y avait eu seulement un consentement purement oral, c'était plus simple. Mais bon, je sais que les études, c'est comme ça.* » [E10], « *Dans le côté pratique, supprimer la demande de...protocole.* » [E8]. De même **simplifier les documents à compléter**, notamment le formulaire de qualité de vie SF12 dont les formulations étaient parfois perçues comme déroutantes. Il était aussi proposé de remplir le questionnaire à la place du patient « *Recueil de données, ça c'est simple. Et ça à la limite, le faire avec le patient en consultation. Donc faire un questionnaire euh...où c'est nous qui posons les questions.* » [E8] ou d'utiliser d'autres outils tels que des échelles visuelles « *Avec le médecin, de manière à cocher plus facilement. Parce qu'il faut toujours lire « Toujours/la plupart du temps/souvent/parfois/jamais... », quand t'arrives à jamais, tu dis « toujours/la plupart du temps... » tu répètes quatre fois. Quand tu as une échelle visuelle, c'est totalement différent. Je pense que ce serait beaucoup mieux que d'avoir des cases à cocher.* » [E8].

Le support était également discuté. Certains voyaient une préférence pour l'informatique « *parce que je suis sur l'ordi tout le temps, et donc j'ai une préférence pour l'électronique, dans ce cadre de thèse-là.* » [E11] « *Peut-être que c'est plus rapide de cliquer, « clic clic clic, hop » pour envoyer par mail.* » [E11] même si le support papier à l'avantage de pouvoir laisser le patient remplir les documents en dehors du temps de la consultation « *Donc le côté papier a cet avantage de pouvoir les mettre dans un coin et pouvoir leur dire « Démerdez-vous. », pour ne pas influencer. L'avantage sur l'ordi, c'est d'aller plus vite, et donc l'influer. Mais c'est juste une histoire de vitesse.* » [E11].

L'implication était en lien direct avec la motivation et la compréhension de l'étude, les médecins étaient demandeurs d'une étude avec **un objectif clair** « *Ben...peut-être nous expliquer, aux médecins recruteurs, à quoi correspond, un petit peu le...qu'est ce qui va être recherché au final. Parce que là on est sur une impression un petit peu...de recrutement quand même d'une catégorie bien précise euh...et que cette précision disparaît dans l'interrogatoire.* » [E9].

Les participants ont mis en avant **l'importance des relances et de retours par l'équipe de recherche** :

« *Ce qui était un peu dommage aussi, c'était de ne pas savoir, mais ça, après tout on s'en fout, mais de ne pas savoir si le patient n'a pas répondu au 2^{ème} questionnaire de vie.* » [E11] « *un petit retour, juste pour me dire « Ben voilà, lui, untel, il n'a pas voulu ».* » [E11].

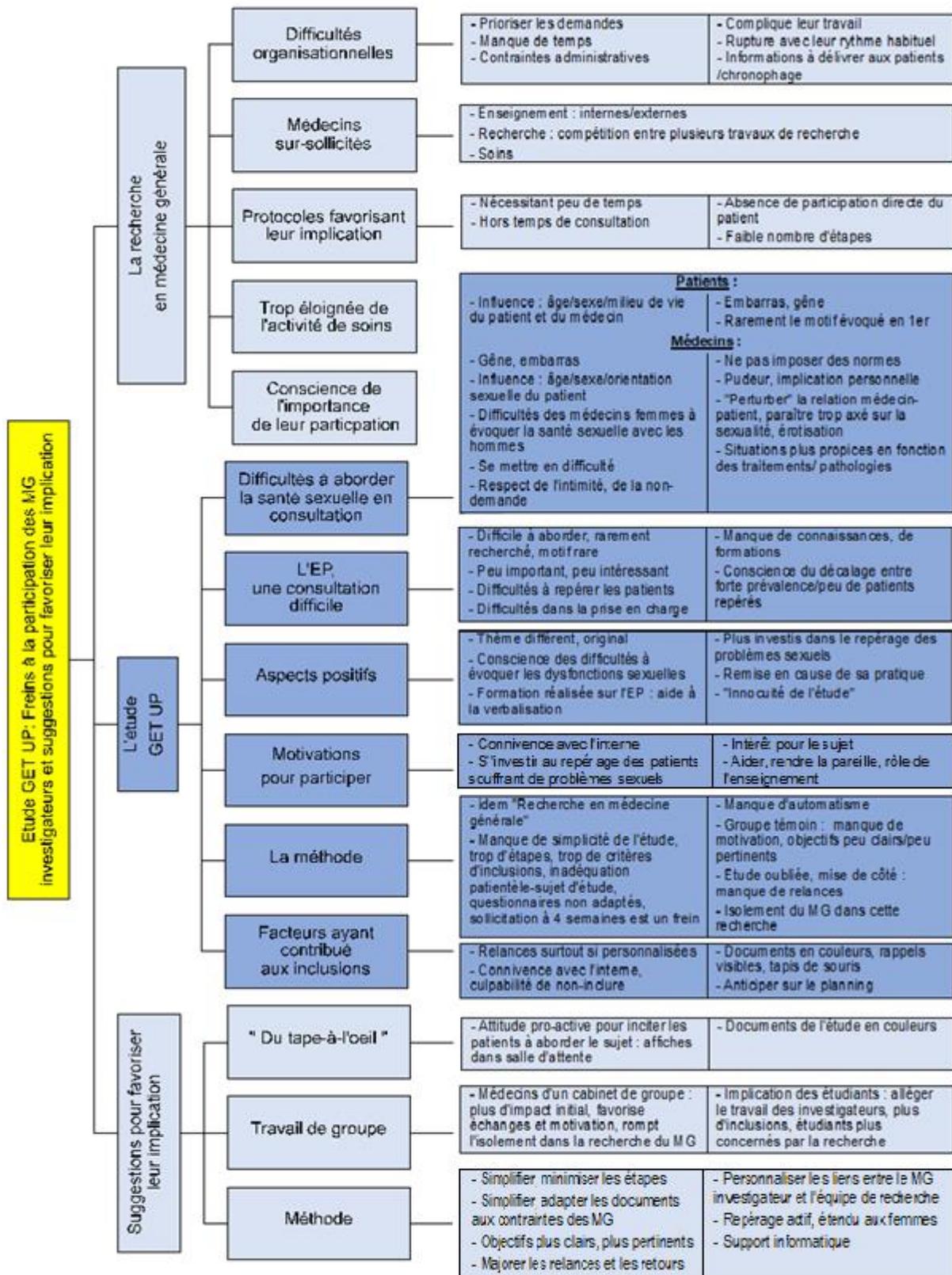
« *Voilà, j'aurai p't'être aimé être sollicité de, p't'être en, en, étant rappelé par téléphone ou que tu reviennes directement, p't'être que ça m'aurait euh... voilà... rappelé tout simplement.* » [E5], « *moi je trie même plus dans ma bannette, je regarde rapidement qu'est ce qui est important à la limite et la couleur presque du, des documents et le reste, je jette, tellement on est sollicité. Donc c'est pour ça qu'on, voilà, tu verras que en fait, pour les thèses, faut, enfin*

je pense il faut y aller plus, c'est ça, plus y aller au culot et aller directement nous communiquer de façon orale ou physiquement comme ça, bon, même si ça prend du temps mais au moins, par téléphone tu vois, un p'tit coup de fil de, de 2 minutes et ... pour relancer quoi. » [E5].

« Peut-être passer en systématique pour faire le point, ouais. Je pense que ça doit être nécessaire dans ce genre d'étude en médecine générale parce qu'on a tous tendance à, au bout d'un moment... qu'il y a une étude en cours... » [E2] « Pour se remotiver, voir si on est dans la bonne façon de faire, pour l'étude etcetera » [E2].

« Oui, un truc automatisé, qui vient te perturber et qui te fasse chier. Ben tes textos. Euh, indubitablement, c'est, je reçois le texto et je suis « Ah, putain, il me saoule ! ». Et puis après je me dis, « Ben oui, mais j'ai dit oui, faut que je m'y mette quoi ». Et, je ne sais pas, l'avantage du texto, c'est que c'est plus personnalisé. En application, ça va être nettement plus neutre. Je ne sais pas, mais en tout cas, c'est peut-être un truc un peu plus intrusif pour relancer de temps en temps. » [E11].

3.3. Mind map



4. Discussion

4.1. Principaux résultats

Le nombre de patients inclus dans l'étude GET UP était faible après deux ans d'inclusion et de multiples stratégies de relances des participants. L'exploration des difficultés rencontrées par les praticiens à inclure les patients et les améliorations qu'ils suggéraient pour favoriser leur implication ont mis en évidence trois thèmes :

La recherche en médecine générale était confrontée à deux principaux obstacles : le manque de temps chez des praticiens sollicités de toutes parts et la contrainte des démarches administratives. Elle était considérée comme trop éloignée de l'activité de soins.

L'étude GET Up a séduit certains investigateurs par l'originalité du thème. La connivence avec l'interne était une des principales motivations pour participer.

Toutefois, la santé sexuelle était difficile à aborder. Les investigateurs ont jugé que les étapes, les documents à compléter et les critères d'inclusion étaient trop nombreux, difficiles à mémoriser, n'incitant pas à inclure.

Du côté du groupe intervention, le dépistage de l'EP, qui leurs semblait peu fréquente et pour laquelle ils rencontraient des difficultés dans les soins était mis de côté.

Le groupe témoin a été freiné par un manque de motivation, car les objectifs de l'étude ne leurs semblaient ni clairs, ni pertinents.

Afin d'améliorer leur participation, les investigateurs ont souligné l'importance des relances et de personnaliser les liens entre les investigateurs et l'équipe de recherche. Ils proposaient d'accentuer les relances, la simplification des documents à compléter, l'implication des étudiants, d'aider les patients à engager le discours en adoptant une attitude plus pro-active par des affiches sur l'EP dans la salle d'attente, un repérage étendu aux deux sexes, et étaient demandeurs de plus d'échanges avec l'équipe de recherche.

4.2. Discussion de la méthode

4.2.1. Intérêt et force de cette étude

L'EP est un thème peu enseigné au cours des études de médecine. Pourtant, sa prévalence et sa « non-verbalisation » en consultation de médecine générale sont importantes.

Depuis plusieurs années, on constate un changement sur la conception de l'EP. L'ISSM et l'EAU (European Association of Urology) ont publié en 2014 de nouvelles recommandations sur sa définition et sa prise en charge (2). L'importance bibliographique de l'abord de la sexualité en médecine générale, l'augmentation des études sur l'EP et l'intérêt des firmes pharmaceutiques à la médicalisation des dysfonctions sexuelles (AMM dans l'EP de la dapoxetine en 2013) en font un sujet d'actualité.

Cette étude découle de plusieurs travaux de recherche : l'étude de 2009 qui a mis en évidence des stratégies de communication pour aborder l'EP en consultation de médecine générale (21), suivi d'une étude pilote (14) puis de l'étude GET UP dont l'objectif était d'évaluer ces 6 stratégies de communication.

La principale difficulté rencontrée au cours de l'étude GET UP était l'inclusion des patients par les MG. L'objectif de notre étude n'était pas de pointer les défaillances en médecine générale mais d'étudier les freins des MG à leur participation et remettre en question la méthode.

Le choix d'une méthode qualitative a permis d'accéder au vécu, à la vision des MG ayant participé à l'étude GET UP et d'appréhender leurs attentes. La méthode qualitative valorise l'exploration inductive en faisant émerger des idées, pistes et hypothèses à partir des entretiens réalisés (23).

La méthode des entretiens individuels a été préférée à celle des entretiens collectifs pour faciliter le recueil des données et obtenir des expériences plus personnelles.

4.2.2. Les biais

Biais d'investigation, de déperditions d'informations :

Les entretiens ont été conduits par deux IMG. Cette position a probablement facilité la confiance, mais il s'agissait d'une première expérience pour les internes et guider un entretien semi-dirigé nécessite de maîtriser des techniques spécifiques. La manière d'interroger a pu influencer sur les réponses. De même, certaines tournures de phrases de l'interviewer ont été maladroitement et certains propos auraient mérités d'être approfondis, relancés. Davantage de données auraient sûrement été recueillies par des interviewers plus expérimentés.

Biais d'interaction :

Les entretiens menés par des internes auprès de MG expérimentés est à prendre en compte dans l'interprétation des résultats. Bien que mon objectif ne fût pas d'évaluer leur pratique et leurs compétences, l'impact de cette asymétrie dans les réponses ne pouvait être exclu. Les MG ont peut-être présenté une version idéalisée de leur consultation, une image plus négative de la recherche afin de justifier le défaut d'inclusion.

Biais d'interprétation :

Le codage des verbatims a été réalisé uniquement par la thésarde en cours d'apprentissage de la méthode d'analyse qualitative. Le recours à plusieurs codeurs travaillant de façon indépendante aurait permis une analyse moins subjective des données.

Biais de contamination :

L'ensemble des médecins a été recruté dans le cadre d'une étude portant sur le dépistage des troubles Génitaux, Urologiques et Psychiques en médecine générale. L'objectif principal de l'étude et l'appartenance au groupe intervention n'avaient été divulgués qu'à ce groupe auquel il était alors demandé de ne pas dévoiler ces derniers points. Toutefois, il a pu exister « une pollution » des médecins témoins par les médecins interventionnels.

4.3. Discussion des principaux résultats

4.3.1. La recherche en médecine générale

« Oui, je pense que le sujet était un frein pour l'étude. Mais, de toute façon, il faut bien faire des études sur tout, et c'est le principe même de la recherche. Donc, il faut bien qu'il y ait des études qui soient plus difficiles que d'autres à produire. » [E11]

La médecine générale est décrite par la WONCA comme « une discipline scientifique et universitaire avec son contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires » (8).

La recherche médicale est encore trop souvent associée à l'activité hospitalière. Une étude qualitative récente menée en Bretagne sur les représentations des MG sur la recherche en médecine générale la désignait comme « satellite ou périphérique de leur discipline et difficilement intégrable dans leur pratique » (24). Les MG ne semblaient pas avoir connaissance des travaux de recherche menés par le Collège des Enseignants de Médecine Générale (CNGE), et lorsqu'ils les connaissaient, ils ne se sentaient que peu concernés, considérant que les MG chercheurs exerçaient une discipline à part entière (24).

En 1961, le médecin Ker White publiait un article dans lequel paraissait « le carré de White » (25). Cette figure statistique était issue de travaux menés aux Etats-Unis et en Grande Bretagne où il s'interrogeait sur la place de la médecine générale dans la prise en charge des soins mais aussi en vue de montrer la place de la médecine générale dans l'enseignement de la médecine. Le carré de White illustre que sur une période de 1 mois, en se référant à une population de 1000 personnes, 750 personnes ressentaient un trouble de santé, 250 consultaient un médecin, 9 personnes étaient hospitalisées, 5 adressées à un autre médecin et une seule personne était hospitalisée en CHU. En 2002, ces travaux sont revus par Green avec des données plus récentes. Malgré quelques variations, les résultats confirmaient les idées du carré de White.

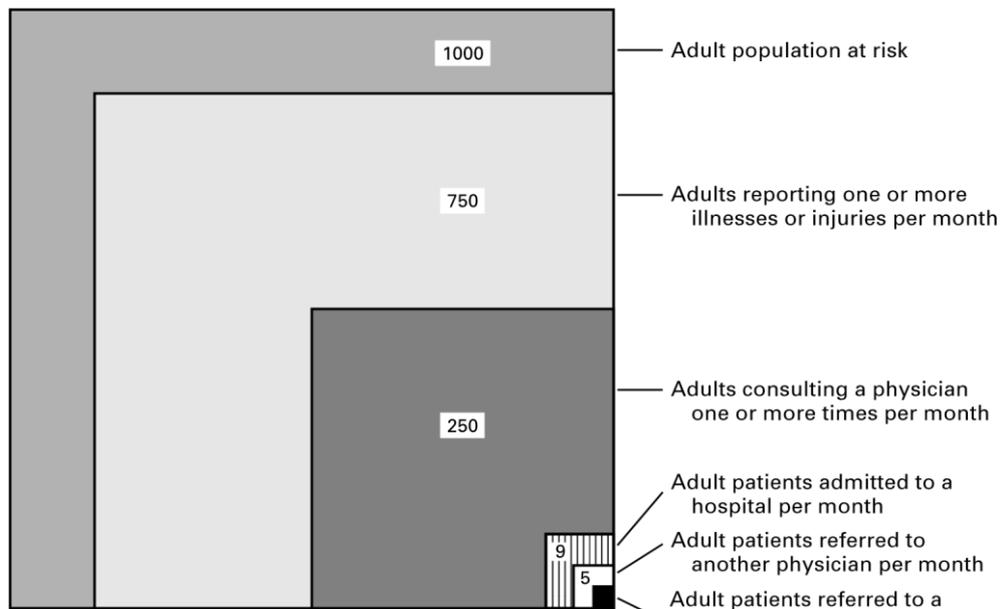


Figure 2 : Le Carré de White

Le carré de White pointe le fait que la recherche et la formation des étudiants sont réalisées majoritairement dans les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU). Elles se basent alors principalement sur une minorité de la population, non représentative des consultants pour un problème de santé.

Cette figure met en évidence que la prise en charge en contexte de soins primaires est différente de celle réalisée en CHU car la population n'est pas la même.

Un autre point important est celui du nombre de personnes ressentant des troubles de la santé mais ne consultant pas de médecin.

L'EP est très représentative de ces propos puisqu'il s'agit d'un trouble de la santé que les étudiants ne rencontreront qu'exceptionnellement au cours de leurs stages hospitaliers. De plus, nous avons vu que nombreux sont les patients qui ne consultent pas de médecin pour ce problème. La réalisation de l'étude GetUP auprès des MG et des patients était donc justifiée.

L'aptitude spécifique à la résolution de problèmes est l'une des compétences du MG décrite par la WONCA (8). L'analyse décisionnelle est déterminée par la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires. **Pour refléter l'activité du MG, les données doivent inéluctablement être issues des MG et de la population ambulatoire.**

La recherche en médecine générale est essentielle pour évaluer et améliorer la qualité des soins primaires. Elle permet de faire reposer les pratiques sur des données scientifiques relevant de l'Evidence Base Medecine (EBM).

En médecine générale, cette recherche s'est développée grâce à la mise en place d'une filière universitaire (décret de 2008) (27) et des réseaux de recherche (28). L'arrivée des premiers chefs de clinique au sein du Département de Médecine Générale (DMG), est l'une des principales raisons en y consacrant un temps dédié. Toutefois, en comparaison à d'autres pays, la recherche française en médecine générale présente un retard notamment en termes de publications (26, 28).

Le faible taux de participation des MG est l'un des éléments empêchant la progression de la recherche en soins primaires.

Les MG soulignaient la multiplicité des sollicitations (formation des étudiants, compétition entre plusieurs travaux de recherche, ...) et l'importance de prioriser les problèmes dans leur pratique quotidienne. Le manque de temps et les contraintes administratives étaient les principaux freins rapportés. Les documents à compléter étaient considérés comme

chronophages et les consentements à faire signer aux patients imposaient des explications supplémentaires venant alourdir le « manque de temps ». Ils jugeaient la recherche comme une dimension de la médecine trop éloignée de l'activité de soins, demandant une charge de travail supplémentaire, les astreignant à rompre avec leur rythme habituel et venant compliquer leur travail.

Ce constat était partagé dans de nombreuses études (15, 16, 17, 28) et sont donc des points cruciaux à explorer. La recherche et les chercheurs souffrent d'une vision négative où il leurs était reproché d'être trop détachés des contraintes de terrain (15, 17). Les MG ajoutaient le sentiment d'être parfois perçus comme une simple source de données (15).

Pourtant, la participation à la recherche en médecine générale serait un élément stimulant et participant à l'épanouissement du médecin généraliste (30). De plus, cette recherche qualifiée d'autonome en médecine générale permet de renforcer la prise de conscience de l'identité du MG ainsi que de légitimer cette discipline par la preuve de son efficacité (31).

La valorisation des MG dans les travaux de recherche semble primordiale. Beaucoup de MG estiment un manque de reconnaissance dans la recherche (15). Afin qu'ils trouvent plus d'intérêt et d'envie à participer aux études, ils doivent être convaincus de l'importance de la recherche en soins primaires et de leur place dans ces travaux. Ces changements de perceptions permettraient de replacer la recherche dans les priorités du MG.

La communication est un élément clé. En effet, les MG étaient demandeurs davantage d'interaction avec les équipes de recherche, notamment de plus de relances et de retours sur les premiers bilans et les résultats finaux des travaux réalisés. La communication entre les investigateurs et les équipes de recherche est donc à développer pour que les MG se sentent réellement intégrés dans la recherche (16, 17).

Parmi les attentes des MG français souhaitant participer à la recherche en soins primaires, favoriser les liens avec les universités et les réseaux de recherche était rapporté (16).

Dans l'étude Get UP, la technique d'inclusion des MG dite de « proche en proche » permettait en partie de renforcer les liens entre l'équipe de recherche représentée par le thésard et les MG. Du côté des internes, ils se sentaient également plus à l'aise avec les investigateurs avec lesquels ils avaient travaillé pour leur présenter l'étude et effectuer des relances. Ils pouvaient également utiliser des moyens de rappel plus individualisés (SMS, visites). Ils connaissaient le mode de fonctionnement des MG et pouvaient intervenir sur des moments qu'ils savaient plus propices à l'écoute. En retour, les MG avaient accès plus facilement à l'interne en cas de doutes ou suggestions. Ces faits sont confirmés par les résultats d'une étude où joindre les médecins investigateurs était une difficulté majeure (28). Les secrétariats téléphoniques et l'indisponibilité des praticiens étaient des barrières difficiles à franchir.

L'importance de personnaliser les liens est donc un autre point important. D'ailleurs, on constatait que plus que l'intérêt pour la recherche, une des principales motivations des MG pour adhérer à l'étude était la connivence avec l'interne. De même, les MG déclaraient que les relances avaient un impact sur leur reprise d'inclusion, d'autant plus s'ils connaissaient l'interne qui menait l'étude.

La motivation des investigateurs a également fait défaut dans l'étude. Certains justifiaient ce manque de motivation par une charge de travail supplémentaire, d'autres par le thème de l'étude.

Concernant le thème de l'étude, le groupe témoin trouvait que les objectifs étaient peu pertinents ou peu clairs.

Dans le groupe intervention, les avis étaient plus mitigés. Certains éprouvaient un manque d'intérêt pour l'EP. D'autres appréciaient un thème différent de ce qui était proposé habituellement et qu'ils n'estimaient pas assez dépisté en consultation.

Les MG souhaitant participer à des travaux de recherche souhaiteraient qu'il y ait différents types de projets (études étiologiques, essais d'intervention, ...), dans différents domaines

(qualité des soins, procédures de diagnostic, ...) (16). Les thèmes cliniques qu'ils privilégient sont les problèmes cardiovasculaire, métabolique, musculo-squelettique et respiratoire (16). Les pathologies qu'ils rencontrent dans leur pratique quotidienne les intéresseraient davantage (15,16). Toutefois, ils sont demandeurs de nouveaux thèmes d'études (16).

L'EP reste sous diagnostiquée et sous-médicalisée (1). La majorité des patients souhaiteraient que les MG adoptent une attitude plus active pour aborder le sujet en consultation (10).

Malgré un sujet original et adapté à la MG, l'étude GET UP a été confrontée comme de nombreux travaux de recherche en soins primaires à des difficultés de recrutement, de maintien et d'implication des praticiens (16).

Des propositions concrètes ont été faites par les médecins :

- Certains protocoles favoriseraient leur participation : les travaux demandant peu de temps, avec **un faible nombre d'étapes**, pouvant être réalisés **en dehors du temps dédié à la consultation** et **ne demandant pas directement la participation du patient**. Ils insistent sur **des objectifs simples et clairs**, avec des études adaptées aux difficultés de la médecine générale.
- **La simplification des supports avec notamment l'utilisation du support informatique** pour alléger les démarches administratives était proposée. L'accès d'un site internet simple, rapide et concordant avec la version papier aurait pu être réalisé. Toutefois, du point de vue des comités éthiques, le « format papier » de la lettre d'information et du formulaire de consentement signé par l'investigateur et le patient inclus demeure indispensable.
- Un des médecins généralistes interrogés aurait souhaité **l'implication des étudiants** en stage chez le praticien. Deux raisons étaient évoquées : diminuer la charge de travail du MG et augmenter les inclusions du fait d'un intérêt probablement plus marqué pour la recherche de l'étudiant qui est plus sensibilisé à la recherche au cours de ses études.

Le rôle de l'étudiant dans la recherche est un point de vue intéressant du fait de leur position entre l'activité de soins ambulatoire, hospitalière et leur place universitaire. Leur implication aurait effectivement pu permettre un taux d'inclusion plus important. Elle aurait pu stimuler la participation des médecins et rompre avec l'image de l'isolement du MG dans les travaux de recherche parfois rapportée. Toutefois, afin que les étudiants soient motivés et s'impliquent dans les études, il est nécessaire que les travaux réalisés s'incluent dans leur parcours universitaire et non pas comme une charge de travail supplémentaire. De plus, du fait de leur mobilité entre les praticiens, leur participation à l'étude GET UP aurait pu majorer le risque « de pollution » (biais de contamination) concernant le réel objectif principal de l'étude entre le groupe intervention et témoin.

Quelles sont les autres stratégies à explorer ?

Dans une étude réalisée sur 452 MG de la région Rhône-Alpes, la compensation financière était pour 19% des MG un arguments importants (16). Cette même étude a montré que des participations antérieures à des projets de recherche, l'implication dans la formation des étudiants, l'appartenance à un réseau de recherche et les jeunes MG étaient associés à de plus grandes chances de participations futures.

- **Le recrutement des médecins investigateurs** utilisant le réseau universitaire ou du Département de Médecine Générale (DMG) augmenterait le taux d'inclusion. Ce système ciblerait à priori les MG les plus enthousiastes à la recherche. Les résultats de l'étude GetUP permettront peut-être de confirmer ou non cette suggestion.

- Dans notre étude, **la compensation financière** n'a pas été présentée comme facteur favorisant l'investissement des MG. On ne peut exclure que certains se soient gardés d'en faire part pour une image plus idéalisée du MG. Des études se sont penchées sur la question et montraient qu'une indemnisation financière était un facteur pouvant les impliquer davantage (16, 26, 29). Toutefois, une étude menée en 2017 a également souffert d'un défaut d'inclusion par les MG investigateurs malgré une rémunération estimée adaptée par les investigateurs (300 euros/patient pour 6 consultations) (28). Les MG de notre étude ont souligné que plus que des réelles contraintes de temps, il s'agit plus de contraintes organisationnelles. Ils priorisent donc leurs diverses demandes dans leur journée. Le « paiement à l'acte » et/ou « l'organisation à l'acte », n'incitent donc pas à participer à la recherche. Pour s'investir à l'activité de recherche en médecine générale y consacrer un temps dédié s'avère essentiel. La place d'un salariat pour une activité de recherche en soins primaires est une des suggestions à explorer (28). Par ailleurs, la mobilisation de ressources financières dans la recherche en soins primaires semble nécessaire pour compenser en partie les investigateurs du temps pris aux dépens du « travail de soins ».
- **L'existence d'un biais lorsque le médecin traitant est lui-même l'investigateur** est rapporté dans d'autres travaux (24, 28). Dans l'étude GET UP, la situation d'inclusion était favorable. En effet, les critères d'inclusion correspondaient à la population consultante. Toutefois, ce dernier point était non ressenti par les investigateurs qui ont ajouté « des critères de non-inclusion ». Nombreux MG sélectionnaient leurs patients selon leur profil, l'embarras qu'il pouvait générer, le niveau de compréhension et d'observance du patient.

L'intervention d'un médecin investigateur autre que le médecin traitant pourrait être envisagé dont les modalités seraient à définir (structures indépendantes ambulatoires) (28).

Enfin, il est essentiel que les équipes de recherche tiennent compte de ces conseils mais selon ce que l'on souhaite étudier, on ne peut satisfaire tous ces critères. Dans l'étude GET UP, la participation du patient était indispensable puisque nous cherchions à savoir si le patient souffrait d'EP ou non et indirectement si le sujet avait été abordé en consultation. De même, notre critère de jugement secondaire était la modification du score de qualité de vie évaluée par les questionnaires SF12 pré et post consultation. L'étude dans le temps nécessite inéluctablement une seconde sollicitation.

4.3.2. Aborder la santé sexuelle en médecine générale

Certains médecins du groupe intervention ont été séduits par l'originalité du thème et les difficultés réelles à aborder la sexualité en consultation. A l'inverse, mais pour les mêmes raisons, certains médecins ont été déstabilisés par le thème.

Quelles sont les raisons de telles difficultés à aborder un sujet relevant pourtant du domaine médical ? Faut-il mettre de côté la santé sexuelle sous prétexte qu'elle relève de l'intime ?

Le groupe interventionnel expliquait comme obstacles à discuter de la sexualité avec leurs patients l'embarras/la gêne du praticien ainsi que la gêne qu'il pourrait développer chez leur patient, leur pudeur, le souci de respecter et de ne pas s'immiscer dans l'intimité du patient, la crainte de paraître trop axé sur la sexualité, des difficultés de mener une consultation avec un langage adapté, un manque de formation, de connaissances et d'expérience sur les difficultés sexuelles. L'âge, le sexe, le milieu de vie (rural ou urbain) et l'orientation sexuelle du patient intervenaient également dans les difficultés à aborder la sexualité. Beaucoup de ces points avaient été repérés dans d'autres études (9, 32). De plus, faute de temps, il était essentiel de

prioriser les problèmes en consultation. Le dépistage en santé sexuelle sur des sujets comme l'EP dont la prévalence est estimée faible et dont la prise en soins était jugée difficile était mis de côté. Enfin, le sujet a parfois été jugé comme n'étant pas de haute importance ou de peu d'intérêt par l'investigateur.

Une étude anglaise a montré que 65.4% des médecins considéraient les dysfonctions sexuelles de moyenne priorité contre 18.8% de haute priorité et 13.6% de faible priorité (32).

Certains MG estimaient que la plainte devait venir du patient pour être abordée en consultation. Pourtant, les MG semblaient conscients des difficultés des patients à engager la discussion sur leurs problèmes sexuels. Les MG rapportaient que les patients souvent embarrassés, utilisaient des parades pour aborder la sexualité. Les patients présentaient un motif prétexte (« cheval de Troie ») avant d'évoquer la réelle raison de leur venue ou l'annonçait à la fin de la consultation, étiquetée « le syndrome de la poignée de porte ». Les patients éprouvaient également plus de facilité à discuter de dysfonctions sexuelles si celles-ci pouvaient avoir un lien avec une pathologie ou un traitement.

Dans un pays comme la France, où l'accès aux soins est facilité et les possibilités thérapeutiques nombreuses, une étude s'est interrogée sur les freins que rencontraient les patients ayant des difficultés sexuelles à consulter. Trois grandes catégories sont ressorties : les patients ne souhaitant pas consulter car ils étaient résignés (ils ne souhaitaient pas de traitement), ceux qui présentaient un manque de connaissances (ils ignoraient l'existence de thérapeutiques) et ceux qui étaient « hésitants » (ils espéraient que le problème soit transitoire et attendaient que leur problème s'accroisse) (11).

Une étude anglosaxonne s'est intéressée à une population âgée de 50 à 92 ans. Les patients considéraient leur MG comme la personne à consulter en cas de problèmes sexuels en mettant en avant la relation de confiance établie. Sur l'échantillon étudié, malgré la forte prévalence des troubles sexuels, peu avaient abordé leur problème. Les barrières évoquées pour en discuter avec leur MG étaient : l'âge et le sexe du médecin (le patient se sentant plus à l'aise avec un médecin du même âge et du même sexe), l'attitude du médecin par rapport à une sexualité tardive, l'attribution des problèmes sexuels au « vieillissement normal », la honte/l'embarras, la crainte de prendre du temps à leur MG, la perception des problèmes sexuels comme « non graves » et le manque de connaissance sur la pathologie et ses possibilités thérapeutiques (33).

Une autre étude réalisée chez des hommes de 18 à 24 ans a montré qu'ils envisageaient d'en parler à leur médecin seulement si le problème était urgent ou important. Le cas échéant, ils préféraient attendre que le médecin initie le sujet et privilégiaient d'autres sources d'informations (l'école, les réseaux sociaux, la télévision, les affiches) (34).

Pour le MG comme le patient, la gêne et la crainte d'un jugement sont très répandues lors de l'abord de la sexualité. La crainte d'entrer dans le domaine du privé pouvant offenser/embarrasser le patient, de lui imposer une vision normative de la sexualité, de ne pas adopter un langage adapté à la situation sont des difficultés pour beaucoup de médecins. De plus, le praticien éprouve plus de difficulté à initier la discussion sur les dysfonctions sexuelles s'il ressent la gêne ou l'inconfort du patient (35).

Entre la gêne et le doute sur l'aide que peut apporter le MG, les patients s'abstiennent de parler de leurs dysfonctions sexuelles à leur généraliste.

Entre la gêne, les difficultés à évoquer une pathologie qu'ils ne maîtrisent pas, le fait que les dysfonctions sexuelles ne fassent pas partie de leurs priorités et une attitude passive des MG en estimant que la plainte doit venir du patient, les MG n'abordent pas les dysfonctions sexuelles.

On se retrouve dans une drôle d'impasse.

Comment les médecins qui abordent la santé sexuelle font-ils ? Les entretiens menés nous ont renseigné sur l'attitude des MG vis-à-vis de la sexualité.

Giami A. a décrit 4 postures des MG vis-à-vis de la sexualité, qu'il décrit comme « une spécialisation informelle » influencée majoritairement par les dimensions psychosociales (36). Sur les 4 des postures qu'il décrit, 3 étaient retrouvées auprès des investigateurs interrogés.

- 1- La première était une attitude d'évitement des problèmes liés à la sexualité. Les MG l'expliquaient par leur désintérêt ou leur manque de connaissances et de formation sur ces questions pouvant entraîner une gêne personnelle.
- 2- Dans la seconde posture, les MG traitaient les difficultés sexuelles selon l'approche de l'appropriation médicale comme tout autre problème de santé, sans approfondir le problème, avec un évitement relatif (ils posaient un diagnostic, proposaient d'éventuels examens complémentaires, des conseils, un traitement, orientaient vers un confrère).
- 3- Dans la troisième posture les MG plaçaient la dimension psychologique et relationnelle au centre et intégraient la sexualité dans l'approche globale du patient.

La dernière posture décrite par GIAMI concernait un groupe plus restreint qui attachait plus d'importance à la santé sexuelle dans leur profession de MG et qui ont souvent réalisé des formations en sexologie. Dans l'étude GetUP, être sexologue faisait partie d'un critère de non-inclusion.

L'attitude la plus souvent retrouvée dans notre étude était celle d'évitement. Certains MG évitaient d'aborder la sexualité masculine de peur de « *rentrer dans un engrenage* » qui ne leur convenait pas, un sujet avec lequel ils n'étaient pas à l'aise. Ils évoquaient le manque de solutions pour prendre en charge l'EP « *c'est pas comme l'anémie : tu donnes du fer, et voilà, c'est bon* » [E10] et préféraient s'attacher à d'autres problèmes de santé que les dysfonctions sexuelles.

Dans la seconde posture, les problèmes sexuels étaient abordés comme tout autre problème de santé. Dans l'étude GetUP, beaucoup de MG pensaient à inclure lorsque le patient consultait pour un motif génital ou urinaire, dans le domaine génito-urinaire, comme une médecine scindée par organe. Les motifs psychiques étaient souvent mis de côté, le lien avec la sexualité n'étant pas une évidence, ni un automatisme. Les dysfonctions sexuelles étaient abordées plus comme un questionnement systématique « *sans aller chercher plus loin* ».

Un des médecins rapportait avoir vu en consultation des patients présentant des troubles érectiles et que ces troubles étaient liés à leur dépression. Les dimensions psychologique et relationnelle étaient ici au cœur de la consultation, s'intégrant dans la troisième posture décrite par Giami. La principale motivation de ce médecin pour adhérer à l'étude était la conscience qu'il fallait qu'il « *cherche un peu plus* » [E1] les troubles sexuels. Cette attitude illustre particulièrement 2 compétences de la médecine générale : les soins centrés sur la personne et l'adoption d'un modèle holistique (8, 12).

Les soins centrés sur la personne adoptent « *une approche centrée sur la personne lors de la prise en charge du patient et de ses problèmes* » et « *utilise la consultation pour créer une relation efficace entre le médecin et le patient* ». On s'intéresse au patient et pas uniquement à sa pathologie, l'accent est porté sur des soins individualisés. La relation médecin-patient est un atout pour avancer dans la prise en charge des soins et qu'il puisse s'exprimer en surmontant les barrières citées d'embarras/honte.

L'adoption d'un modèle holistique « *utilise un modèle biopsychosocial qui prenne en considération les dimensions culturelles et existentielles* ». Les soins individualisés sont également mis en avant, mais le patient est considéré dans sa globalité. Les dimensions physiques, psychologiques, sociales, culturelles et spirituelles sont prises en compte. Cette approche holistique face à un patient souffrant d'EP est particulièrement importante puisqu'il

n'existe pas de normes en matière de sexualité. Chaque personne vit sa sexualité de façon différente. Il est important de rechercher les éventuelles causes de l'EP mais également son impact sur le patient et son couple.

Le groupe intervention avait pourtant reçu une formation initiale sur l'EP et sur 6 stratégies de communication ayant déjà fait leur preuve en consultation de médecine générale pour l'aborder. L'objectif était de modifier les attitudes des médecins vis-à-vis de la sexualité par l'acquis d'une aisance sur la pathologie mais aussi dans la communication. Les critères d'inclusion (motifs GENiTaux-Urinaires-Psychiques) servaient également comme points d'appel pour aborder l'EP. On espérait ainsi que les MG du groupe intervention adopteraient une attitude plus pro-active et repèreraient plus facilement les patients pouvant souffrir d'EP.

Une formation isolée d'environ une heure avaient-elles suffisamment d'impact pour changer les mœurs ?

Certains MG déclaraient que cette formation leur avait été bénéfique, certains en remettant en cause leur pratique devant le contraste entre la forte prévalence de l'EP et le faible repérage de patients en souffrant, d'autres en s'investissant davantage dans le repérage des pathologies sexuelles. Certains admettaient que la formation initiale leur avait permis de « trouver plus facilement les mots » pour engager le sujet. Malgré un manque de puissance, les résultats de l'étude GET UP seront intéressants pour voir si une différence entre les 2 groupes a été mise en évidence.

Dans son rapport de 2015, l'OMS visait les difficultés de communication en matière de sexualité et qu'il s'agissait « d'une question urgente sur laquelle il faut se pencher » (37). Afin d'aider les praticiens à améliorer la qualité des soins primaires elle décrit un outil de communication permettant de s'adapter aux contraintes des médecins : la communication brève relative à la sexualité (CBS). Cette technique est centrée sur le patient, voici ces 4 lignes directrices et un exemple cité par le guide :

- Se rendre disponible : être ouvert et à l'écoute, on peut s'aider de questions types pour initier le sujet : « Avez-vous des questions sur la sexualité ou des préoccupations dans ce domaine ? »
- Intervenir : lancer la conversation en posant des questions ouvertes « Êtes-vous satisfait de votre vie sexuelle ? ».
- Personnaliser l'approche : mise en évidence des problèmes « Certaines personnes qui ont le même problème que vous m'ont dit qu'elles rencontrent aussi des problèmes sexuels. Cela est-il également votre cas ? »
- Proposer des solutions : délivrer des informations et laisser agir.

Des outils simples de communication pourraient être intégrés de façon systématique dans les formations médicales continues et ce indépendamment du thème étudié.

La nécessité d'une habileté à discuter de la sexualité paraît indispensable. **Ils seraient intéressants d'étudier si les MG sont demandeurs de formations sur la communication sur l'abord de la santé sexuelle et seraient prêts à y accorder du temps.**

Une étude réalisée un an après la commercialisation de la dapoxétine montrait que le nombre de consultations avait augmenté de façon significative, bien que modestement (de 1.69 à 3.14 consultations sur un an). Dans 81% des cas ce changement était expliqué par une augmentation de l'abord de l'EP par les patients (38).

Actuellement, les MG ne semblent pas prêts pour initier les consultations sur l'EP, mais **si les patients abordent leur santé sexuelle, les médecins discutent avec leurs patients de leurs problèmes.** De plus, dans l'état actuel de l'organisation des soins en France, la question du temps est compliquée à résoudre. Une des solutions pourraient aussi d'inciter les patients à consulter pour leurs dysfonctions sexuelles, afin d'éviter les « questions poignées de porte » qui ne sont pas forcément traitées avec autant d'importance, voir évitées. Il faut donc montrer

au patient que le sujet de la sexualité n'est pas à négliger et qu'il justifie une consultation dédiée.

4.4. Perspectives

Le vécu du « manque de temps » dans la pratique quotidienne des MG les contraint à prioriser les demandes lors de la consultation. Le repérage d'autres problèmes de santé, le contexte bio-psycho social et le retentissement des pathologies sont parfois mis de côté. C'est le cas de l'EP dont la prévalence est estimée faible et dont l'abord et les mesures thérapeutiques sont jugés difficiles. De même, la recherche, considérée comme trop éloignée des soins est délaissée.

Puisque la gestion du temps en médecine ambulatoire est difficile, ne faudrait-il pas alors maximiser ses compétences afin d'optimiser ses consultations ? Acquérir de l'aisance pour la recherche et pour aborder la santé sexuelle ? La communication qui est au cœur de l'alliance thérapeutique n'est-elle pas un des principaux atouts pour y parvenir ?

4.4.1. Formation à la recherche des étudiants de médecine

Les étudiants auraient une opinion générale positive de la science et la méthodologie scientifique, pour lesquelles ils reconnaissent l'importance dans les progrès médicaux mais aussi dans leur pratique médicale (38). De plus, une étude française a montré qu'une sensibilisation précoce à la recherche ainsi que les jeunes médecins étaient significativement associés avec une volonté d'implication dans la recherche en médecine générale (16). D'autres études ont décrit que la participation à des projets de recherche durant le cursus universitaire médical serait un facteur déterminant de l'implication future à la recherche postdoctorale (40, 41).

Initier et intégrer les étudiants de médecine à la recherche et à ses travaux sont des éléments à prendre en considération pour inculquer une culture de la recherche.

Certes leur participation permettrait d'alléger le travail des médecins et de recueillir plus de données, mais au-delà de ça, l'on vise à les sensibiliser à l'importance de la recherche en médecine et leur donner l'envie de poursuivre dans cette voie. Un autre objectif serait de stimuler les MG qu'ils côtoient en stage dans des travaux de recherche et ainsi promouvoir la recherche auprès des MG. Enfin, cet enseignement encouragerait également à des travaux pluridisciplinaires.

On espère que la reconnaissance de la recherche au cours des études universitaires médicales et en soins primaires positivra l'image de la recherche en médecine générale. Cette valorisation favoriserait ainsi son développement.

4.4.2. Formation à la santé sexuelle

Les MG est désigné pour la plupart des patients comme la principale source d'aide en matière de problèmes sexuels (33).

L'EP est une pathologie qui dérouté, mal connue des MG, ceux-ci se retrouvent en difficulté pour aider les patients.... alors quel est l'intérêt de la rechercher si on ne sait pas quoi proposer ?

« même si j'avais dépisté, détecté une éjaculation précoce, qu'est-ce que je fais après quoi, tu vois. » [E10], « Manque de solutions aussi, oui. C'est à dire, j'envoie à un sexologue, mais c'est qui, c'est où, c'est comment ? Donc manque de solution aussi peut-être, oui. Même si il y a des traitements. Mais les traitements...je ne sais pas ce que ça vaut, mais...quand tu lis Prescrire, c'est pas des grands fans en tout cas. » [E10].

Les MG reconnaissent un manque de connaissances et de formations entravant leur prise en charge en question de sexualité et pouvant entraîner une gêne (32). Cette absence de formation contribue à laisser plus de place à l'improvisation, à des interprétations personnelles et à « une spécialisation informelle » fondée sur des dimensions psychosociales (36). Pourtant, ils semblent être demandeurs d'une formation non seulement pendant leurs études mais aussi tout au long de leur activité (32, 42).

La formation à la santé sexuelle demeure limitée et est largement insuffisante pour répondre aux difficultés sexuelles des patients avec des soins de qualité issus des dernières découvertes et recommandations (43). Une enquête a montré que plus de 90 % des étudiants qui avaient été confrontés à des plaintes sexuelles se sont sentis mal à l'aise pour y répondre. Plus que l'aspect « tabou » ou l'embarras, ils rapportaient une méconnaissance du sujet et un manque de formation. Plus de 80 % des internes estimaient ne pas avoir reçu de cours sur les plaintes sexuelles lors de leurs études (44). La durée moyenne consacrée à l'enseignement de la sexologie au cours du deuxième cycle des études médicales est de 3 heures (36).

Dans une étude anglaise, les MG proposaient pour surmonter les obstacles entravant leur prise en charge dans les dysfonctions sexuelles : l'amélioration de la formation, des compétences et connaissances des médecins sur le sujet, d'adopter une attitude plus active dans le dépistage des dysfonctions sexuelles. Ils souhaitaient favoriser la prise de conscience quant à l'importance de ces pathologies, allonger le temps de consultation, augmenter l'accès aux spécialistes et aux différentes thérapeutiques et changer l'image donnée par les médias de la sexualité (32).

Une volonté d'uniformiser les compétences en santé sexuelle des étudiants de médecine mais aussi des médecins à l'échelle européenne (European Union of Medical Specialists - UEMS) et internationale (International Consultation on Sexual Medicine - ICSM) est présente (43, 45). Il est également proposé de créer un certain dynamisme via plusieurs méthodes d'apprentissage en combinant des groupes de discussion, de la lecture, des présentations audiovisuelles, des jeux de rôle, l'intervention de spécialistes. L'accent serait porté sur l'appropriation de connaissances, de compétences et d'une attitude adaptée face à la santé sexuelle (43).

A plus large échelle, **la mise en place de programmes de santé publique** sur la santé sexuelle pourrait permettre de sensibiliser et améliorer les connaissances de la population sur les différentes dysfonctions sexuelles. L'objectif serait de surpasser les freins habituels de « gêne, honte, manque de connaissance sur la pathologie » afin que les patients osent parler de leur santé sexuelle.

4.4.3. Formation aux techniques de communication

Les patients ont des difficultés à parler des dysfonctions sexuelles, les médecins aussi... et même lorsqu'ils ont reçu une formation, c'est compliqué « *Quand on sort de la formation, on se dit que ça va être facile et en fait non. Non.* » [E3]

Dans ce travail collaboratif « médecin-patient », les dimensions « affective » et professionnelle sont complémentaires (20). Certes des connaissances solides facilitent le discours mais la communication est un enjeu majeur dans l'alliance thérapeutique. Ne faudrait-il pas alors mettre l'accent sur l'acquisition des compétences dans les techniques de communication ?

En effet, une étude montrait que pour 56% des patients qui avaient consulté leur MG pour dysfonctions sexuelles, la prise en charge avait été axée sur le dialogue autour de la pathologie (46). La majorité des patients étaient satisfaits de la consultation. Plus que la maîtrise de la pathologie basée sur des données scientifiques établies, en discuter en consultation peut déjà aider de nombreux patients. Cela suppose une certaine ouverture du MG.

L'étude GetUP avait déjà pointer ces difficultés et avait tenté de les résoudre avec la formation au groupe intervention. Toutefois, afin de ne prendre trop de temps aux médecins investigateurs, la formation reçue dans le cadre de l'étude GET UP durait environ une heure et était pour la plupart réalisée au sein de leur cabinet, seul ou avec d'autres médecins investigateurs du cabinet de groupe si possible. On peut supposer que l'impact n'ait pas été assez important pour changer leurs pratiques. Une formation avec tous les investigateurs du même groupe, sur un temps plus long aurait probablement permis de créer plus de dynamisme, d'avoir un meilleur retentissement et de mettre en pratique sous forme de cas cliniques et de jeux de rôles des situations auxquelles ils pourraient être confrontés dans leur exercice.

La formation aux techniques de communication des MG et des étudiants en médecine communication pour initier et/ou gérer une consultation sur les dysfonctions sexuelles permettrait de libérer la parole autour de la santé sexuelle, tout en dépassant son inconfort et de s'affranchir des barrières classiques du genre, de l'âge, de l'orientation sexuelle, de la personnalité et du mode et lieu de vie du patient (36).

Une étude grecque (47) portant sur les facteurs prédictifs de l'implication des MG dans la prise en charge des dysfonctions sexuelles montrait que l'entraînement aux techniques de communication est le facteur le plus fort.

Apprendre à communiquer n'est pas simple mais il s'agit d'un outil indispensable en médecine générale. L'enseignement aux techniques de communication doit être basé sur des référentiels solides et une pratique répétée. De même, un apprentissage de soi est préconisée afin d'élaborer ses stratégies en fonction de ses valeurs et de ses émotions au sein de la relation médecin-patient.

- Depuis quelques années, on cherche à sensibiliser **les étudiants** aux techniques de communication. La mise en place d'ateliers de formation à la communication utilisant des jeux de rôles avec debriefings commence de plus en plus à se développer. Cet apprentissage devrait faire partie intégrante du cursus universitaire médicale dès le début de la formation d'autant plus que dans le système français, l'étudiant se retrouve confronter aux patients dès sa deuxième année de médecine.
- Avec les années et l'expérience, **les médecins** n'ont-ils pas tendance à standardiser leurs soins ? Pour améliorer les soins primaires, la remise en question de ses acquis en médecine est importante. La formation médicale continue et l'implication à la recherche sont des sources de réflexion pour les praticiens.

L'exploration des techniques de communication utilisées par les MG tous domaines confondus permettrait de faire un état des lieux de leurs stratégies de communication et d'appréhender leurs attentes quant à des formations futures.

Nous avons vu qu'une autre façon de favoriser le dialogue autour de la santé sexuelle serait que le patient l'initie.

Le MG est un des acteurs majeurs dans le dépistage de pathologies. Rien que dans le domaine de la santé sexuelle les questions à soulever sont nombreuses. Certains MG estiment que c'est au patient d'aborder ses difficultés « *on va pas aller chercher forcément des trucs des gens bien portant.* » [E3]. **Il faut alors permettre aux patients d'exprimer leurs difficultés.** L'aide à la verbalisation pourrait débiter dès la salle d'attente via des supports écrits (affiches, prospectus, ...) concernant des sujets peu abordés tel que l'EP. De même, les patients engageraient plus facilement le dialogue sur leurs dysfonctions sexuelles avec un MG possédant une qualification ou un intérêt particulier dans le domaine (48). Lister les formations complémentaires que le médecin a réalisé (DU, thèmes des FMC, ...) permettrait d'adopter une attitude plus pro-active.

5. Conclusion

Parmi les attentes des MG pour participer à la recherche en soins primaires, ils rapportent la diversification des thèmes d'études ainsi que des sujets relevant de leur pratique.

L'étude GET UP pensait convaincre les MG par ces deux aspects mais elle a souffert d'un faible effectif de patients recrutés.

Elle a été confrontée aux problèmes fréquemment rapportés par les investigateurs : « le manque de temps » et les contraintes administratives auxquels est venu se surajouter un thème qui met en difficulté : la santé sexuelle.

Les MG ont souligné l'importance des liens personnalisés entre les investigateurs et les chercheurs. Les relances avaient un impact sur la reprise des inclusions, d'autant plus si elles étaient individualisées. Ils étaient demandeurs davantage de communication et de retours sur les premiers bilans et les résultats finaux.

Intégrer des projets de recherche au cursus universitaire permettrait de sensibiliser les étudiants et indirectement les médecins maîtres de stage. On attend ainsi promouvoir la recherche en soins primaires et favoriser des projets futurs interdisciplinaires.

Explorer les moyens d'intégrer une activité de recherche dans l'emploi du temps des MG serait intéressant.

Malgré la fréquence élevée auto-déclarée des troubles sexuels, il s'agit encore de sujets difficiles à aborder en consultation. Un enseignement à la santé sexuelle semble nécessaire tant pour les étudiants de médecine que les médecins généralistes.

Mais au-delà des connaissances théoriques, une habileté à en parler est indispensable et est une première étape pour aider le patient.

L'apprentissage des techniques de communication et l'acquisition de compétences font partie des piliers fondamentaux. Les MG seraient moins démunis et adopteraient une attitude plus active pour aborder la santé sexuelle avec leurs patients.

Une formation centrée sur la sexologie et la maîtrise des techniques de communication pourrait être proposée au cours du DES de médecine générale.

Cela permettrait de valoriser l'approche par compétences particulièrement adaptée à la santé sexuelle : l'adoption d'un modèle holistique, des soins centrés sur le patient et la gestion des soins primaires.

Bibliographie

- 1- Porst H, Montorsi F, Rosen RC, Gaynor L, Grupe S, Alexander J. The Premature ejaculation prevalence and attitudes (PEPA) survey : prevalence, comorbidities and professional help seeking. Eur Urol 2007;51:816-24.
- 2- Althof SE, McMahon CG, Waldinger MD et al. An Update of the International Society of Sexual Medicine's Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Premature Ejaculation (PE). J Sex Med 2014;2:60-90.
Available from : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25356302>
- 3- Waldinger MD, Schweitzer DH. Changing paradigms from an historical DSM-III and DSM-IV view towards an evidence based definition of premature ejaculation. Part II: proposals for DSMV and ICD-11. J Sex Med 2006;3:693-705.
- 4- De Carufel F. L'Ejaculation prématurée : Compréhension et traitement par la thérapie sexofonctionnelle. Presses universitaires de Louvain, 2009.
- 5- Glina S, Abdo CH, Waldinger MD, et al. Premature ejaculation : a new approach by James H. Semans. J Sex Med 2007;4:831-7.
- 6- Giami A. Santé sexuelle: la médicalisation de la sexualité et du bien-être. Le Journal des psychologues 2007;250:56-60.
- 7- Organisation Mondiale de la Santé. Europe. Définition de la santé sexuelle et génésique.
Available from : <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition>
- 8- La définition européenne de la médecine générale – médecine de famille. WONCA Europe, Société Européenne de médecine générale-médecine de famille. 2002.
Available from : <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
- 9- Gott M, Galena E, Hinchliff S, Elford H. «Opening a can of worms»: GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. Fam pract 2004;21:528-36.
- 10- Read S, King M, Watson J. Sexual dysfunction in primary medical care : prevalence, characteristics and detection by the general practitioner. J Public Health Med 1997;19:387-91.
- 11- Lemaire A, Colson MH, Alexandre B et Al. Pourquoi les patients qui ont des difficultés sexuelles ne consultent-ils pas plus souvent ? d'après une enquête française de l'ADIRS. Sexologies 2009;18:32-7.
- 12- Barais M, Cadier S, Chiron B, et al. Ejaculation prématurée : stratégies pour aborder le sujet en médecine générale. exercer 2011;95:10-5.
- 13- Le Grand G. Validation culturelle et linguistique du questionnaire PEDT- Premature Ejaculation Diagnostic Tool : Auto-questionnaire diagnostique de l'éjaculation

- prématurée. Traduction française du PEDT. [Thèse de doctorat en médecine] Brest : Université de Bretagne Occidentale; 2016.
- 14- Pernin C. Evaluation de stratégies pour aborder l'éjaculation prématurée en médecine générale : étude pilote. [Thèse de doctorat en médecine] Université de Poitiers; 2012.
 - 15- Hummers-Pradier E, Scheidt-Nave C, Martin H, Heinemann S, Kochen MM, Himmel W. Simply no time? Barriers to GPs' participation in primary health care research. *Fam Pract* 2008;25:105–12.
Available from : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18417465>
 - 16- Supper I, Ecochard R, Bois C, Paumier F, Bez N, Letrilliart L. How do French GPs consider participating in primary care research: the DRIM study. *Fam Pract* 2011;28:226–32.
Available from : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20829279>
 - 17- Gray RW, Woodward NJ, Carter YH. Barriers to the development of collaborative research in general practice: a qualitative study. *Br J Gen Pract* 2001;51:221–2.
Available from :
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1313954/?tool=pmcentrez&report=abstract>
 - 18- Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ) : a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* 2007;19:349-57.
 - 19- Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement. 2^{ème} ed. Paris : InterEditions, 2013.
 - 20- Cungi C. L'alliance thérapeutique. Editions Retz. Paris. 2016.
 - 21- Barais M. Ejaculation prématurée : stratégies pour aborder le sujet en médecine générale. Etude qualitative par analyse thématique de 11 entretiens semi-directifs. [Thèse de doctorat en médecine] Brest : Université de Bretagne Occidentale; 2009.
 - 22- Gilles De La Londe J. Quels sont les obstacles à la pratique d'une activité physique chez les personnes transgenres MtF ? Etude qualitative TRANSSPORT. [Thèse de doctorat en médecine] Paris 7 : Université Paris Diderot; 2014.
 - 23- Guillemette F. L'approche de la Grounded Theory ; pour innover ? *Recherches Qualitatives* 2006;26:32-50.
 - 24- Jeanson J. Représentations des médecins généralistes français sur la recherche en médecine générale. [Thèse de doctorat en médecine] Brest : Université de Bretagne Occidentale; 2017.
 - 25- Green LA, Fryer GE, Yawn BP, et al. The Ecology of Medical Care Revisited. *N England J Med* 2001;344:2021-5.
 - 26- Cadwallader J-S, Lebeau J-P, Lasserre E, Letrilliart L. Patient and professional attitudes towards research in general practice : the RepR qualitative study. *BMC Fam Pract* 2014;15:136.

- 27- Légifrance. Décret n° 2008-744 du 28 juillet 2008 portant dispositions relatives aux personnels enseignants des universités, titulaires et non titulaires de médecine générale.
Available from :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000019267080>
- 28- Difficultés des médecins généralistes dans l'exercice de la recherche clinique : enquête de pratique réalisée auprès des investigateurs de l'étude SAGA. [Thèse de doctorat en médecine] : Université de Bordeaux; 2018.
- 29- Kaner EF, Haighton CA, McAvoy BR. "So much post, so busy with practice--so, no time!": a telephone survey of general practitioners' reasons for not participating in postal questionnaire surveys. *Br J Gen Pract* 1998;48:1067-9.
Available from :
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1410021/?tool=pmcentrez&report=abstract>
- 30- Le Floch B, Bastiaens H, Le Reste JY, et al. Which positive factors determine the GP satisfaction in clinical practice? A systematic literature review. *BMC Fam Pract* 2016;17:133.
- 31- Isler M. Recherche en premier recours : un défi partout dans le monde. *Primary care* 2003;3:472-8.
- 32- Humphery S, Nazareth I. GPs' views on their management of sexual dysfunction. *Fam pract.* 2001;18:516-8.
- 33- Gott M, Hinchliff S. Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care : a qualitative study with older people. *Fam Pract* 2003;20:690-5.
- 34- Ewert C, Collyer A, Temple-Smith M. Most young men think you have to be naked in front of the GP. *Sex Health* 2015;13:124-30.
- 35- Temple-Smith M, Hammond J, Pyett P, et al. Barriers to sexual history taking in general practice. *Aust Fam Physician.*1996; 25(9 Suppl2):S71-4.
- 36- Giami A. La spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la sexualité. In : Bloy G, Schweyer FX. Eds *Singuliers médecins généralistes, sociologie de la médecine générale*. Rennes, Presse de l'EHESP 2008, 145-65.
Available from :
https://www.academia.edu/4781235/La_sp%C3%A9cialisation_informelle_des_m%C3%A9decins_g%C3%A9n%C3%A9ralistes_l_abord_de_la_sexualit%C3%A9
- 37- Organisation Mondiale de la Santé. Communication Brève relative à la Sexualité (CBS). Recommandations pour une approche de santé publique. Genève: OMS, 2015.
Available from :
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204278/9789242549003_fre.pdf;jsessionid=13DE34CBC14FFF7C65207B0956AA9CF7?sequence=1
- 38- Naji-Lugez I. Enquête sur la prise en charge de l'éjaculation prématurée en soins primaires : évolutions de son abord e médecine générale depuis l'autorisation de mise sur le marché de la dapoxétine. [Thèse de doctorat en médecine] : Université Lille 2, 2015.

- 39- Burgoyne LN, O'Flynn S, Boylan GB. Undergraduate medical research: the student perspective. *Med Educ Online* 2010;15.
Available from : <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2939395&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- 40- Solomon SS, Tom SC, Pichert J, Wasserman D, Powers AC. Impact of medical student research in the development of physician-scientists. *J Investig Med* 2003;51:149–56.
Available from : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12769197>
- 41- Segal S, Lloyd T, Houts PS, Stillman PL, Jungas RL, Greer RB. The association between students' research involvement in medical school and their postgraduate medical activities. *Acad Med* 1990;65:530–3.
Available from : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2383337>
- 42- Alarcao V, Ribeiro S, Miranda FL, et al. GP's knowledge, attitudes, beliefs and practices in the management of sexual dysfunction. Results of the Portuguese SEXOS Study. *J Sex Med* 2012;9:2508–15.
- 43- Parish SJ, Rubio-Aurioles E. Education in sexual medicine: Proceedings from the International Consultation in Sexual Medicine, 2009. *J Sex Med* 2010;7:3305-14.
- 44- Vallée J. Enseigner la prise en charge de la plainte sexuelle. *Exercer* 2008;81:49-51.
- 45- Pryor J. The European Academy for Sexual Medicine (EASM): the challenge of developing European training standards in sexual medicine. *Sex Relatsh Ther.* 2006;21:273-9.
- 46- Aschka C, Himmel W, Ittner E, Kochen MM. Sexual problems of male patients in family practice. *Fam Pract* 2001;50:773-8.
Available from : <https://www.mdedge.com/jfponline/article/60632/mens-health/sexual-problems-male-patients-family-practice/page/0/3>
- 47- Tsimtsiou Z, Hatzimouratidis K, Nakopoulou E, Kyrana E, Salpigidis G, Hatzichristou D. Predictors of physicians' involvement in addressing sexual health issues. *J Sex Med* 2006;3:583-8.
Available from : http://www.academia.edu/16011314/Predictors_of_Physicians_Involvement_in_Addressing_Sexual_Health_Issues
- 48- Baker JR, Arnold-Reed DE, Brett T, Hince DA, O'Ferrall I, Bulsara MK. Perceptions of barriers to discussing and testing for sexually transmitted infections in a convenience sample of general practice patients. *Aust J Prim Health.* 2013;19:98-101.

Liste des Annexes

Annexe 1 : Questionnaire de qualité de vie SF-12

QUESTIONNAIRE DE QUALITE DE VIE : SF-12

1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

- 1 Excellente 2 Très bonne 3 Bonne 4 Médiocre 5 Mauvaise

2. En raison de votre état de santé actuel, êtes-vous limité pour :

- des efforts physiques modérés (déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules...)?
 1 Oui, beaucoup limité 2 Oui, un peu limité 3 Non, pas du tout limité

- monter plusieurs étages par l'escalier ?
 1 Oui, beaucoup limité 2 Oui, un peu limité 3 Non, pas du tout limité

3. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique :

- avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?
 1 Toujours 2 La plupart du temps 3 Souvent 4 Parfois 5 Jamais

- avez-vous été limité pour faire certaines choses ?
 1 Toujours 2 La plupart du temps 3 Souvent 4 Parfois 5 Jamais

4. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux ou déprimé) :

- avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?
 1 Toujours 2 La plupart du temps 3 Souvent 4 Parfois 5 Jamais

- avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?
 1 Toujours 2 La plupart du temps 3 Souvent 4 Parfois 5 Jamais

5. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité dans votre travail ou vos activités domestiques ?

- 1 Pas du tout 2 Un petit peu 3 Moyennement 4 Beaucoup 5 Enormément

6. Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, indiquez la réponse qui vous semble la plus appropriée.

- y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti calme et détendu ?
 1 Toujours 2 La plupart du temps 3 Souvent 4 Parfois 5 Jamais

- y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti débordant d'énergie ?
 1 Toujours 2 La plupart du temps 3 Souvent 4 Parfois 5 Jamais

- y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti triste et abattu ?
 1 Toujours 2 La plupart du temps 3 Souvent 4 Parfois 5 Jamais

7. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé physique ou émotionnel vous a gêné dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

- 1 Toujours 2 La plupart du temps 3 Souvent 4 Parfois 5 Jamais

Annexe 2 : Lettre d'information patient et formulaire de consentement

Consultations pour motif génital, urinaire ou psychique chez l'homme en médecine générale

LETTRE D'INFORMATION

IDRCB : 2015-A00054-45 RB 15.003

Consultations pour motif génital, urinaire ou psychique chez l'homme en médecine générale

Investigateur coordonnateur

Nom : Barais Marie,

Adresse : 22 avenue Camille Desmoulins CS 93837 29238 Brest Cedex 3.

Investigateurs associés Hélène Vaillant Roussel pour Clermont Ferrand, David Costa pour Montpellier Nîmes, Sébastien Cadier pour Bordeaux,

Promoteur CHRU de Brest – 2 avenue Foch – 29609 Brest Cedex 9.

Monsieur,

Vous consultez votre médecin généraliste qui vous invite à participer à une étude portant sur la qualité de vie des hommes consultant leur médecin généraliste pour un motif uro-génital, sexuel ou psychologique. Le CHRU de Brest est le promoteur de cette étude, il en est responsable et en assure l'organisation. Avant de décider de participer à cette étude, il est important pour vous d'en comprendre l'objectif ainsi que ses implications. Prenez le temps de lire consciencieusement les informations suivantes et d'en discuter avec vos proches. Si toutefois certains points manquent de clarté ou si vous avez besoin d'informations complémentaires, n'hésitez pas à en parler avec votre médecin. Vous pouvez prendre tout le temps nécessaire pour décider si vous souhaitez participer ou non à l'étude.

Si vous décidez de participer à cette recherche, on vous demandera de signer un formulaire de consentement. Cette signature confirmera que vous êtes d'accord pour participer à cette étude.

1- CONTEXTE DE LA RECHERCHE

Les consultations pour motif urogénital, sexuel ou psychologique sont fréquentes en médecine générale¹. Pourtant, tous les sujets concernant ce motif de consultation ne sont pas évidents à aborder avec son médecin généraliste. Afin de faciliter le dialogue entre le médecin généraliste et son patient, 6 stratégies de communication ont été identifiées dans une étude

de 2009. Nous souhaitons connaître l'efficacité de l'utilisation de ces stratégies en consultation de soins primaires.

2- OBJECTIF DE L'ETUDE

Cette étude a donc pour but premier d'évaluer l'efficacité des 6 stratégies de communication identifiées en 2009 sur le nombre de patients consultant pour un motif génital, urinaire ou psychique par rapport aux soins usuels en médecine générale. Cette étude va aussi permettre d'évaluer l'impact de la consultation sur l'éventuel diagnostic d'une maladie en lien avec ces motifs et le retentissement sur votre qualité de vie.

Pour sa réalisation, 600 patients suivis par des médecins généralistes identifiés dans 4 régions françaises (Bretagne, Auvergne, Aquitaine et Languedoc Roussillon) seront sollicités au cours de l'année.

3- DEROULEMENT DE L'ETUDE

Si vous acceptez de participer à cette recherche, votre médecin généraliste va vous proposer de répondre à un auto-questionnaire de 12 questions, afin d'évaluer votre qualité de vie, et recueillera certaines de vos données cliniques. Votre consultation dont le motif est génital, urinaire ou psychique sera menée par votre médecin généraliste soit selon une des 6 stratégies identifiées ou selon une consultation classique comme il le fait habituellement.

A l'issue du premier questionnaire, un second questionnaire vous sera envoyé à votre domicile 4 semaines après cette première visite, afin que vous le complétiez. Un autre questionnaire de 5 questions sera également à remplir. Vous renverrez les deux questionnaires complétés à votre médecin généraliste.

Quel que soit l'issue du questionnaire, vous serez pris en charge par votre médecin généraliste qui vous proposera : - dans le cas d'une pathologie identifiée : la prise en charge la plus adaptée. - dans le cas d'une pathologie non identifiée la prise en charge des symptômes, le suivi et l'orientation vers un confrère si besoin.

4- BENEFICES ET RISQUES POTENTIELS DE L'ETUDE

Bénéfices : Aucun bénéfice individuel direct n'est attendu, mise à part un diagnostic précoce d'une maladie et donc une prise en charge individuelle adaptée.

Risques : Vous n'encourez aucun risque dans la mesure où il s'agit de la complétion d'un auto-questionnaire, et qu'il n'y a aucune intervention.

5- PARTICIPATION VOLONTAIRE

Votre participation à cette étude est entièrement libre et volontaire. Vous êtes libre de refuser d'y participer ainsi que de mettre un terme à votre participation à n'importe quel moment sans avoir à vous justifier. Ceci ne modifiera en rien la relation que vous entretenez avec votre médecin généraliste. Vous devrez informer votre médecin généraliste de votre décision. Vos données recueillies dans le cadre de l'étude jusqu'à cette date seront conservées sauf opposition écrite de votre part. Les autorités de santé, votre médecin généraliste ou le promoteur peuvent décider de mettre un terme à votre participation à l'étude à n'importe quel moment sans votre consentement préalable. Si cela devait se produire, vous en serez averti(e) et les raisons vous seraient expliquées. Durant l'étude, vous serez averti(e) par votre médecin généraliste, si des faits nouveaux pouvaient affecter votre volonté de participer à l'étude. De

même, toutes nouvelles informations susceptibles de modifier votre consentement fera l'objet d'une information spécifique par votre médecin généraliste.

6- CONFIDENTIALITE ET UTILISATION DES DONNEES MEDICALES

Dans le cadre de la recherche biomédicale à laquelle votre médecin généraliste vous propose de participer, un traitement de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif de cette dernière, qui vous a été présenté. A cette fin, les données recueillies, y compris le questionnaire et les données relatives à vos habitudes de vie seront transmises au Promoteur de la recherche, le CHRU de Brest, où seront traitées les données de cette étude. Ces données sont anonymes et seront identifiées par un numéro de code et vos initiales. Le personnel impliqué dans l'étude est soumis au secret professionnel. Ces données pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé françaises. Conformément aux dispositions de loi relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés (loi du 6 janvier 1978), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées.

7- Assurance

Un contrat d'assurance N° 0101214214002-150001-10998 a été souscrit par le promoteur de l'essai, le CHRU de Brest, auprès de la compagnie d'assurance HDI GERLING INDUSTRIE VERSICHERUNG AG – Tour Opus 12, 77, Esplanade de la Défense 92914 Paris La Défense, pour couvrir les risques liés à cette recherche. Cette assurance couvre la responsabilité du promoteur en tant que promoteur d'une recherche biomédicale et celle de tout autre intervenant, en accord avec l'article L 1121-7 du Code de la Santé Publique.

8- Avis favorable du CPP Conformément à la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, le Comité de Protection des Personnes Ile de France VII a étudié ce projet de recherche et a émis un avis favorable à sa réalisation le

9- Autorisation de l'ANSM Conformément à la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, l'Agence Nationale de Sécurité des Médicaments et des Produits de Santé a étudié ce projet de recherche et a émis une autorisation à sa réalisation le 27 Janvier 2015.

Si vous acceptez de participer à cette étude, merci de compléter et de signer le formulaire de consentement. Vous conserverez un exemplaire de cette note d'information.
--

1- Letrilliant L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M, Guerin MH MA: ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale. Exercer 2014, 114:148–157.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Consultations pour motif génital, urinaire ou psychique chez l'homme en médecine générale

Promoteur : Centre Hospitalier Régional Universitaire de Brest - 2 avenue Foch – 29609 Brest Cedex

De :

Mme/M.:

Adresse :

Le Docteur, médecin généraliste à (Adresse).....

..... m'a proposé de participer à l'étude clinique **« Consultations pour motif génital, urinaire ou psychique chez l'homme en médecine générale »**.

J'ai lu et compris la lettre d'information, dont j'ai obtenu la copie. Mon médecin généraliste a répondu à toutes mes questions concernant l'étude. J'ai eu le temps nécessaire pour réfléchir à mon implication dans cette étude, et je suis conscient que ma participation est entièrement volontaire et que cette étude n'engendrera aucun surcoût à ma charge.

J'ai compris que ma participation consiste à accepter de compléter un auto-questionnaire de 12 questions au cours de ma consultation auprès de mon médecin généraliste, un second autoquestionnaire de 12 questions 4 semaines après, à mon domicile, ainsi qu'un questionnaire de 5 questions. J'ai compris que les données collectées à l'occasion de cette recherche seront protégées dans le respect de la confidentialité. Elles pourront uniquement être consultées par les personnes soumises au secret professionnel appartenant à l'équipe du médecin investigateur, mandatées par le promoteur ou les représentants des autorités de santé.

Je peux à tout moment décider de quitter l'étude sans motiver ma décision et sans qu'elle n'entraîne de conséquences dans la qualité de ma prise en charge.

J'accepte que les données enregistrées à l'occasion de cette recherche puissent faire l'objet d'un traitement informatisé par le promoteur ou pour son compte. J'ai bien noté que le droit d'accès prévu par la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (article 39) s'exerce à tout moment auprès du médecin qui me suit dans le cadre de la recherche et qui connaît mon identité. Je pourrai exercer mon droit de rectification et d'opposition auprès de ce même médecin qui contactera le promoteur de la recherche.

Je certifie être affilié au régime de la Sécurité Sociale.

J'ai été informé que, conformément à la réglementation sur les études cliniques, le CPP Ile de France VII a rendu un avis favorable pour la réalisation de cette recherche et que l'ANSM l'a également autorisé.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Fait en trois exemplaires originaux

à, le

<p>Nom, prénom de l'investigateur :</p> <p>Signature :</p>	<p>Nom, prénom du volontaire :</p> <p>Signature :</p>
---	--

Annexe 3 : Premature Ejaculation Diagnostic Tool (PEDT) :
Auto-questionnaire de diagnostic de l'éjaculation prématurée

- 1- A quel point vous est-il difficile de retarder votre éjaculation ?
 - Pas difficile du tout
 - Un peu difficile
 - Assez difficile
 - Très difficile
 - Extrêmement difficile

- 2- Votre éjaculation se produit-elle avant que vous ne le souhaitiez ?
 - Jamais (0%)
 - Quelquefois (25%)
 - La moitié du temps (50%)
 - La plupart du temps (75%)
 - Presque toujours ou toujours (100%)

- 3- Ejaculez-vous suite à une très faible stimulation ?
 - Jamais (0%)
 - Quelquefois (25%)
 - La moitié du temps (50%)
 - La plupart du temps (75%)
 - Presque toujours ou toujours (100%)

- 4- Vous sentez-vous frustré d'éjaculer avant le moment souhaité ?
 - Pas du tout
 - Légèrement
 - Modérément
 - Beaucoup
 - Extrêmement

- 5- Vous sentez-vous affecté par l'insatisfaction sexuelle générée chez votre partenaire ?
 - Pas du tout
 - Légèrement
 - Modérément
 - Beaucoup
 - Extrêmement

Annexe 4 : Classification CISP 2 Motifs génitaux-urologiques et psychiques

Anomalie du système urinaire	Système génital masculin	Souffrance psychique.
Dysurie/miction douloureuse	Douleur du pénis	Sensation anxiété/nervosité/tension
Miction fréquente/impérieuse	Douleur des testicules, du scrotum	Sensation de dépression
Incontinence urinaire	Ecoulement urétral chez l'homme	Diminution du désir sexuel
Autre P. de miction	Autre S/P du pénis	Diminution accomplissement sexuel
Hématurie	Autre S/P des testicules/du scrotum	Trouble anxieux/état anxieux
Autre S/P au sujet de l'urine	S/P de la prostate	Trouble somatoforme
Rétention d'urine	Impuissance sexuelle NCA	Dépression
Autre S/P de la vessie	Autre S/P fonction sexuelle homme	
S/P du rein	Stérilité, hypofertilité de l'homme	
Peur d'un cancer du syst. urinaire	Stérilisation de l'homme	
Peur d'une autre maladie urinaire	Autre PF chez l'homme	
Limitation de la fonction/incap. (U)	S/P du sein chez l'homme	
Autre S/P urinaire	Peur dysfonction sexuelle homme	
Pyélonéphrite/pyélie	Peur d'une MST chez l'homme	
Cystite/autre infection urinaire	Peur d'un cancer génital homme	
Urétrite	Peur autre maladie génitale homme	
Cancer du rein	Limitation de la fonction/incap. (Y)	
Cancer de la vessie	Autre S/P génitale chez l'homme	
Autre cancer urinaire	Syphilis chez l'homme	
Tumeur bénigne du tractus urinaire	Gonococcie chez l'homme	
Autre tumeur indéterminé urinaire	Herpes génital chez l'homme	
Lésion traumat. du tractus urinaire	Prostatite/vésiculite séminale	
Anom. congénitale du tractus urinaire	Orchite/épididymite	
Glomérulonéph./syndr. néphrotique	Balanite	
Protéinurie orthostatique	Condylome acuminé chez l'homme	

Lithiase urinaire	Cancer de la prostate	
Analyse urinaire anormale NCA	Autre cancer génital chez l'homme	
Autre maladie urinaire,	Autre tum. génit. bén./indét. homme	
	Lésion traumat. génitale homme	
	Phimosi/hypertrophie du prépuce	
	Hypospadias	
	Ectopie testiculaire	
	Autre anom. congénitale homme	
	Hypertrophie bénigne de la prostate	
	Hydrocèle	
	Autre maladie génitale chez l'homme	

Annexe 5 : Recueil des données groupe intervention

N° Patient |_|_|-|_|_|_|_|

Initiales |_|_|_|_| - |_|_|

**Consultations pour motif GENiTal, Urinaire ou Psychique chez l'homme en
médecine générale – Etude GET UP**

Investigateur coordonnateur : Dr Marie BARAIS

Investigateurs associés : Dr Sébastien Cadier - Dr David Costa - Dr Hélène Vaillant Roussel

CAHIER DE RECUEIL DES DONNEES

Centre : Bretagne - 01
 Auvergne - 02
 Aquitaine - 03
 Languedoc Roussillon - 04

Nom et Prénom du médecin :

NOM PATIENT :

PRENOM PATIENT :

ADRESSE PATIENT :

TELEPHONE PATIENT :

(Uniquement pour l'étude, non transmis à des organismes extérieurs)

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Statut marital : Célibataire Pacsé Concubinage Marié Veuf

Profession : **(Si retraité : préciser la profession antérieure)**

Motif de Consultation :

Pendant la consultation, sélectionnez un ou plusieurs troubles abordés dans la liste suivante :

<u>Trouble Génital</u>	<u>Trouble Urinaire</u>	<u>Trouble Psychique</u>
Trouble sexuel abordé : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Insuffisance érectile abordée : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Éjaculation précoce abordée (éjaculation rapide + absence de contrôle + souffrance) : <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"><p>Si éjaculation précoce abordée Stratégie(s) utilisée(s) :</p><p><input type="checkbox"/> Questionnement systématique</p><p><input type="checkbox"/> Humour</p><p><input type="checkbox"/> Approche fonctionnaliste</p><p><input type="checkbox"/> Attention intacte</p><p><input type="checkbox"/> Évocation de signes</p><p><input type="checkbox"/> Aide à la verbalisation</p><p><input type="checkbox"/> Autre(s) stratégie(s) utilisée(s)</p></div> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Dysurie abordée Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Incontinence urinaire abordée Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Sensation anxiété, nervosité, tension abordée Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sensation de dépression abordée Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Date de consultation : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Signature :

Annexe 6 : Recueil des données groupe témoin

N° Patient |_|_|_|-|_|_|_|_|_|

Initiales |_|_|_|_|_| - |_|_|_|_|

Consultations pour motif GENiTal, Urinaire ou Psychique chez l'homme en médecine générale – Etude GET UP

Investigateur coordonnateur : Dr Marie BARAIS

Investigateurs associés :

Dr Sébastien Cadier

Dr David Costa

Dr Hélène Vaillant Roussel

CAHIER DE RECUEIL DES DONNEES

Centre :

- Bretagne - 01
- Auvergne - 02
- Aquitaine - 03
- Languedoc Roussillon – 04

Nom et Prénom du médecin :

NOM PATIENT :

PRENOM PATIENT :

ADRESSE PATIENT :

TELEPHONE PATIENT :

(Uniquement pour l'étude, non transmis à des organismes extérieurs)

Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_|

Statut marital : Célibataire Pacsé Concubinage Marié Veuf

Profession : (Si retraité : préciser la profession antérieure)

Motif de Consultation :

Pendant la consultation, sélectionnez un ou plusieurs troubles abordés dans la liste suivante :

<u>Trouble Génital</u>	<u>Trouble Urinaire</u>	<u>Trouble Psychique</u>
Trouble sexuel abordé : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Dysurie abordée Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Sensation anxiété, nervosité, tension abordée Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Insuffisance érectile abordée : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Incontinence urinaire abordée Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Sensation de dépression abordée Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ejaculation précoce abordée (éjaculation rapide + absence de contrôle + souffrance) : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		

Date de consultation : |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|_|_|

Signature :

Annexe 7 : Guide d'entretiens semi-dirigés

- Quel est votre ressenti général vis-à-vis de GET UP ? puis pour préciser : Pour vous qu'est ce qui était positif ? négatif ?

- Quelles étaient vos motivations à participer à l'étude GET UP ? Relances si les gens ont du mal à développer : Qu'est-ce qui vous a motivé à rencontrer l'interne ? Qu'est-ce qui vous a plu dans la présentation de l'étude ?
 - **Si au moins une inclusion :**
 - Comment avez-vous intégré l'étude à vos consultations ? relances ou autres façons de formuler : Comment avez-vous eu le réflexe de penser à l'étude ? qu'est-ce qui vous y faisait penser pendant la consultation ?
 - Pouvez-vous décrire brièvement comment vous avez procédé pour un patient dont vous vous rappelez ? relances ou autres façons de formuler : Comment avez-vous présenté l'étude au patient ? Si j'étais un patient venu consulter pour hématurie, comment me proposez-vous d'y participer ?
 - Comment gérez-vous le temps de remplissage des questionnaires ? le vôtre et celui du patient ? Le patient remplissait-il son questionnaire devant vous ?
 - **Pour tous :**
 - Où étaient disposés les documents de l'étude ?
 - Qu'est-ce qui vous a freiné dans le recrutement des patients ? chaque point suivant est à creuser, vous commencez par le premier aborder par votre interlocuteur :
 - Si motifs d'inclusion : Aider à détailler le plus possible : qu'est ce qui était gênant : leur nombre ? le type de motif ? stimuler le médecin pour qu'il soit le plus précis, et qu'il dépasse la réponse traditionnelle « pas le temps »
 - Si question sur l'intérêt de l'étude : préciser au max leurs interrogations en reformulant pour être sûr de bien saisir ce qu'ils veulent exprimer sans dévoiler l'appartenance au groupe témoin ou intervention
 - Si question de temps : quelle étape considéraient-ils comme la plus chronophage ?
 - Si recueil du consentement du patient : qu'est ce qui représente un obstacle ici ?
 - S'ils n'y pensaient pas : A quel point un élément comme le tapis de souris à contribuer à vous y faire penser ?

- Si vous y avez réfléchi, comment auriez-vous fait pour faciliter votre participation ? Pour aider/relances : qu'auriez-vous modifié dans la formation, l'inclusion, les documents fournis ?

Annexe 8 : Verbatims des 11 entretiens semi-dirigés

Verbatim n°1

Entretien n°1 **E1** : Groupe témoin. 0 patient inclus. Durée : 7'09.

« IMG 1 : Alors ... donc c'est aujourd'hui un peu l'occasion de refaire le point et d'étudier un peu et d'explorer la motivation et la participation des médecins au cours ... dans cette recherche.

Donc déjà, quel est votre ressenti vis à vis de cette étude ?

Dr 1 : Alors, je l'ai proposée à 4 ou 5 personnes... ils veulent pas

IMG 1 : Ils veulent pas ?

Dr 1 : Non, c'est étonnant hein ? Pourtant je dis que ça reste anonyme et tout ça

Alors déjà c'est compliqué pour eux, c'est une démarche compliquée pour eux, d'en parler au médecin, même si c'est moins compliqué qu'il y'a 10 ou 15 ans. Euh ... c'est vrai que c'est... leur demander de participer à une étude, pour ça, non.

IMG 1 : Et vous vous souvenez pour quel motif ils consultaient, c'était... ?

Dr 1 : Alors, j'ai euh... sur les deux ... j'en ai eu deux pour des problèmes d'érection et puis deux autres c'était... ils étaient plutôt déprimés, donc en fait leur problème érectile était plutôt lié à leur dépression que

IMG 1 : D'accord. Et vous leur avez présenté l'étude de quelle façon ?

Dr 1 : On a papoté, et puis en fait j'ai attendu qu'ils soient bien chauds, bien disposés ... pour leur proposer (rires)

IMG 1 : D accord ... euh, pour vous, qu'est-ce qui vous avait motivé à participer à cette étude ?

Dr 1 : Parce qu'en fait il y'en a de plus en plus euh... je trouvais justement que les hommes étaient un peu moins inhibés qu'avant. Il y a quand même une nette amélioration du rapport enfin de, voilà, de la démarche. Ce qui n'était pas le cas. C'était vraiment une démarche qui était beaucoup plus facile chez les femmes que chez les hommes de ce côté-là. Et bon, je me suis dit, qu'il fallait que je cherche un peu plus.

...Ouais déçu...

IMG 1 : D'accord. Et Est-ce que, du coup, il y a des choses qui vous freinent dans le recrutement des patients ?

Dr 1 : Moi non. Non... Je suis un ancien hospitalier donc non

IMG 1 : ...et vous, de la recherche vous en avez fait...

Dr 1 : Oui beaucoup.

IMG 1 : Les documents de l'étude, où ils étaient disposés ?

Dr 1 : Là ! (en me montrant la petite pile de papiers disposée à côté de sa main droite) Pas loin ! j'en n'ai pas 50.

IMG 1 : Est-ce qu'il y a des points négatifs que vous voyez dans cette étude ou des ... ?

Dr 1 : Euh... Oui, je trouve que ... alors, ça c'est ... c'est plus par rapport aux études auxquelles j'ai déjà participé, c'est qu'il y a trop de critères.

IMG 1 : Trop de critères ?

Dr 1 : Ouais, trop de critères d'inclusion.

IMG 1 : Vous voulez dire en fait qu'il y a tellement de critères que à la fin on s'y perd un peu dans les motifs d'inclusion ?

Dr 1 : Ouais

IMG 1 : Et qu'on n'y pense pas forcément ou ?

Dr 1 : Ouais. Oui, il y'a trop de critères d'inclusion, du coup, effectivement j'en ai plutôt sélectionnés et voilà je m'y réfère à partir du moment où j'ai ...

IMG 1 : En fait, il y a des motifs, si je résume bien, il y a des motifs qui vous attirent plus l'attention, qui vous font rappeler un peu l'étude ?

Dr 1 : Oui.

Dr 1 : Alors peut-être effectivement que c'est aussi un biais de recrutement perso puisque c'est ce qui m'intéresse. (rires)

IMG 1 : Vous avez reçu un tapis de souris aussi ?

Dr 1 : oui...

IMG 1 : Est-ce que ça, ça vous a aidé pour vous rappeler des motifs et des ...

Dr 1 : Euh... oui... oui parce que je le sors et je le regarde comme ça en dégognade pendant que je discute. Et voilà, mais bon, faut que je prenne mon tapis de souris pour ... mais voilà, effectivement s'il traîne ça ne choque pas. L'avantage du tapis de souris c'est que, comme c'est un objet de bureau et que ça ne choque pas la personne en face.

IMG 1 : Choqué ? Vous trouvez qu'ils avaient l'air choqué les patients que vous avez ...

Dr 1 : Non mais à partir du moment, c'est toujours pareil, c'est quand on parle d'un sujet qui pourrait être difficile déjà à évoquer...euh ... on commence à consulter des trucs... Ça les ralentit un petit peu dans ...

IMG 1 : Vous avez déjà fait de la recherche en médecine générale aussi ? de participer à d'autres études ?

Dr 1 : Non.

IMG 1 : C'était, c'est la première fois ?

Dr 1 : Oui

IMG 1 : Et vous êtes installé depuis quand déjà ?

Dr 1 : 3 ans.

IMG 1 : Est-ce que... vous êtes maître de stage aussi ? vous recevez des étudiants aussi il me semble ?

Dr 1 : Non.

IMG 1 : Non, je croyais que...

Dr 1 : Non, j'ai reçu des internes pendant ...

IMG 1 : Oui

Dr 1 : J'ai reçu des internes pendant 25 ans. J'en ai usé 3 par semestre (rires)

IMG 1 : Usé ? (rires)

Dr 1 : Si on fait le calcul, ça en fait 6 par an pendant 25 ans Ça commence à faire 150 ...

IMG 1 : Et les externes !?

Dr 1 : Non, pas d'externe. Jamais d'externe. Non, c'est trop pointu pour eux.

IMG 1 : En tant qu'observateur ? ou ranger les bio ...

Dr 1 : Ouais, ouais non, c'est, c'est ...j'aime pas ... j'aime pas être salaud à ce point-là.

IMG 1 : Sinon, si vous y avez réfléchi, qu'est-ce que vous pensez qu'on aurait pu faire pour faciliter la participation, votre participation et celles des autres médecins dans l'étude ?

(blanc) Vous m'avez dit déjà réduire le nombre de critères d'inclusion ?

Dr 1 : Ouais, je pense que, je pense que c'est le ... ouais c'est vraiment le, c'est vraiment le truc qui m'a le plus rebuté, c'est un peu trop fouillis au départ.

IMG 1 : D'accord... euh... La formation initiale vous semblait vous avait semblé claire ?

Dr 1 : Oui

IMG 1 : Euh ...les documents fournis, ce n'était pas non plus ...

Dr 1 : Non non, ça, ça allait.

IMG 1 : Pour conclure, est ce que vous avez des remarques à faire ou des choses à préciser ou des interrogations ?

Dr 1 : Non, je n'ai pas d'interrogation. Non j'ai bon espoir, j'ai quelques militaires en ce moment, donc, je pense que eux, je vais pouvoir, à l'usure je vais les avoir. (rires)

IMG 1 : Juste pour...

Dr 1 : Ils sont jeunes.

IMG 1 : Jeunes... motivés ?

Dr 1 : Je ne suis pas certain que ce soit les jeunes les plus motivés. (rires)

IMG 1 : Ouais, Je ne sais pas non plus, j'avoue. Les patients que vous aviez eus c'était quelle tranche d'âge ?

Dr 1 : C'est euh... c'est 30-40 ans. C'est 30-40 ans, c'est les plus ... euh... c'est plus difficile.

IMG 1 : D'accord. Les plus difficiles ?

Dr 1 : Les vieux c'est, les vieux ...ils ont passé l'âge, ils s'en fichent totalement. Ils en parlent comme une fièvre de dent. Et euh... les jeunes c'est plus par bravade qu'autres choses qu'ils en parlent, donc finalement c'est voilà, c'est la catégorie intermédiaire ...

IMG 1 : Qui consulte peut-être moins aussi...

Dr 1 : Ils consultent moins. Pour eux tout va bien. »

Verbatim n°2

Entretien n°2 **E2** : Groupe intervention. 11 patients inclus. Durée : 25'00.

« IMG 1 : Déjà, quel est ton ressenti par rapport à l'étude, ton ressenti général ?

Dr 2 : C'était difficile. C'était difficile de, d'inclure des cas dans la, les consultations.

IMG 1 : Qu'est ce qui était difficile... euh... dans l'inclusion ?

Dr 2 : Déjà de prendre le temps de le faire, tout simplement un problème de temps et puis euhh... en fait... comment je faisais ...

IMG 1 : C'était surtout une question de temps ou c'était plus les motifs ...

Dr 2 : Aussi...

IMG 1 : Ou y penser ?

Dr 2 : Y penser, voilà ! y penser et puis j'essayais de cibler quand même les cas où je n'aurai pas de refus déjà.

IMG 1 : Pas de refus ?

Dr 2 : Parce que des fois, certains cas on éliminait d'office quoi

IMG 1 : Comme par exemple ?

Dr 2 : Des malades, ... des maladies, ... des malades qui sont atteints de cancer, qui viennent pour des choses beaucoup plus problématiques...tu vois...

IMG 1 : Selon le relationnel ?

Dr 2 : Voilà, non, je pensais à certains patients, je n'allais pas leur demander des questions comme ça, parce que c'était... le contexte ne s'y prêtait pas du tout.

IMG 1 : C'était trop intrusif ou...

Dr 2 : Voilà et puis bon j'avais des patients très lourds sur le plan médical, tout simplement.

IMG 1 : D'accord

Dr 2 : Et puis j'essayais de... alors les patients trop âgés non plus, je crois que l'inclusion c'était jusqu'à 80 ?

IMG 1 : Oui

Dr 2 : L'âge moyen c'était pas mal quoi. L'âge moyen ou... les plus jeunes c'était un peu compliqué aussi, à mon sens, peut-être que

IMG 1 : Plus jeune, c'est quoi ?

Dr 2 : Plus jeune... moins de 25 ans

IMG 1 : D'accord.

Dr 2 : Et en fait, je me suis aperçue que je faisais toujours la même chose. Je ne faisais pas des différences à chaque fois dans les questions. Tu vois, il me semble qu'il y avait plusieurs façons de faire (elle pointe à ce moment-là les 6 stratégies de communication résumer dans la feuille synthèse)

IMG 1 : Hum hum, dans les stratégies de communication ?

Dr 2 : D'investigation, comme c'était marqué

IMG 1 : Ouais

Dr 2 : Et je crois que je posais, je faisais le questionnaire systématique... systématiquement !

Et euh... voilà, je ne m'étais pas trop investie pour faire tout ce qui était demandé en fait

IMG 1 : Après c'était pas spécialement... il y avait les stratégies d'attitude et les stratégies d'investigation

Dr 2 : Voilà, mais ça en réalité, je ne m'en servais pas trop, pas tellement

IMG 1 : Enfin selon la consultation

Dr 2 : Parce que ça me semblait tellement long de faire tout ça, je n'avais pas le mécanisme, ce n'était pas automatique, pour moi. L'humour je n'utilise jamais, parce que je suis une fille, une femme, je pense.

IMG 1 : Ouais, ça dépend du patient

Dr 2 : Ça doit jouer... l'humour, là-dessus, non, je ne pense pas. Et puis il me semble me rappeler que dans le questionnaire, il y avait les troubles urinaires, les troubles psychiques, urinaires et ... troubles sexuels

IMG 1 : Oui, génitaux

Dr 2 : C'est ça. Mais je posais la question pour les 3, c'est ce qu'il fallait faire ? peut-être que je ne faisais pas bien...

IMG 1 : Non, non, si le patient présentait un des motifs il était incluable

Dr 2 : Parce que en fait, c'était plus facile à amener Il savait que c'était un questionnaire sur plusieurs choses, c'était plus facile que d'une seule chose. Si je leur disais, je vais vous poser des questions sur les troubles génitaux, peut-être ils auraient été ... enfin ils étaient étonnés quand même. Alors que si c'était troubles urinaires, ça leur causait mieux, enfin, ils parlaient davantage. Et psychiques Euh... mais bon, quelque fois j'allais un peu vite aussi.

IMG 1 : Non mais en fait le but c'était aussi de voir un patient ... enfin qu'est ce qui était abordé au cours de ces consultations

Dr 2 : C'est ça

IMG 1 : Tout n'était pas forcément ... C'est justement ce qu'il était intéressant de voir

Dr 2 : Oui

IMG 1 : Pour vous, pour toi, qu'est ce qui était positif dans cette étude ?

Dr 2 : Ça m'a permis d'y penser davantage pour les autres patients. Du coup, ça m'incitait à poser des questions, pas spécialement sur l'éjaculation précoce, sur les troubles sexuels en général. C'est ce qui a...s'il n'y pas de problèmes. Surtout, euh, en fait, c'est vrai, spontanément, les hommes parlent de tout ça, l'impuissance en principe, le plus souvent, suite à un médicament, ça c'est clair, ils le disent quand ça va pas, suite à un nouveau médicament, anti-hypertenseur notamment. C'est souvent ceux-là. Autrement, l'éjaculation précoce, je n'en ai pas trouvé beaucoup.

IMG 1 : Il y'en a eu quand même ?

Dr 2 : Oui, il y'en avait un, mais il était connu. Donc je n'avais pas de mérite à le dépister. Il m'en avait parlé d'emblée, avant, avant de l'inclure. Sinon, les autres non, non, tout allait bien.

IMG 1 : Tant mieux.

Dr 2 : Ou alors ils ne me disaient pas.

IMG 1 : Oui, c'est possible.

Dr 2 : Il faut voir les bonnes personnes puis je n'en n'avais pas tant que ça quand même...

IMG 1 : Nan... enfin si, c'était très bien.

Qu'est-ce qui t'a séduit dans l'étude, dans la présentation de l'étude ? Pourquoi tu as accepté de participer à l'étude ?

Dr 2 : Parce que je te connaissais et puis c'était bien présenté, les stratégies, d'investigation, d'attitude... euh, la petite formation aussi sur l'ordinateur était bien aussi. Et ça permet de trouver les mots, les mots pour en parler aussi. On s'habitue à en parler, parce que je fais partie des médecins, on n'a pas été formé pour ça donc euh... il faut inventer un peu quand même.

IMG 1 : La formation, tu l'as trouvée intéressante ? Enfin, tu as appris des choses ?

Dr 2 : Oui, c'était bien, c'était assez ludique, c'était bien.

IMG 1 : Le thème sort de l'ordinaire un petit peu.

Dr 2 : Oui, c'est ça.

IMG 1 : Et quels points négatifs de l'étude tu as mis en évidence ?

Dr 2 : Alors les points négatifs, ça va être, de ... déjà toute étude, n'importe comment, est ... et c'est toujours difficile en médecine générale de s'y prêter puisque ça veut dire un formulaire de consentement, le questionnaire... encore ça, ça peut encore être fait après. Euh... je le faisais après, je le remplissais après, pas pendant forcément. Et

IMG 1 : Ça c'était pour.... D'accord

Dr 2 : Pour gagner du temps parce que le problème c'était le temps de de de le faire et puis, et puis il fallait y penser aussi. C'est propre à la médecine générale de sortir un peu du rythme et c'était un petit peu... c'était un peu difficile quand même.

IMG 1 : Plus au niveau du temps quoi ? Trouver le temps ?

Dr 2 : Le temps et puis le sujet aussi, un peu difficile aussi pour quelqu'un qui n'est pas habitué Ça dépend peut-être aussi de l'endroit, de la géographie.

IMG 1 : Tu m'avais déjà dit aussi, que au final, tu te rendais compte que ta patientèle était très féminine ?

Dr 2 : Ouais, ça aussi, voilà, c'est vrai que certains jours, j'avais un homme, par jour, donc fallait pas le rater.

IMG 1 : Oui, c'est sûr.

Dr 2 : Et non non, je me suis aperçue, c'est vraiment à ce moment-là, ça m'a mis ça en évidence.... Euh, je regardai mon planning et bien cet après-midi, j'ai pas un seul homme. Donc ça, ça a été une difficulté. Parce que là euh y'a pas moyen d'inclure quoi

IMG 1 : Ben non, le premier critère c'est d'être un homme

Dr 2 : Et puis quelques fois l'homme qui venait, c'était pas possible quoi, c'était vraiment pas possible quoi. On se dit, c'est même pas la peine d'essayer

IMG 1 : Y'a d'autres points négatifs ?

Dr 2 : Des points négatifs, non, je ne crois pas, je n'en vois pas non. Non non.

IMG 1 : Et comment as-tu eu le réflexe de penser à l'étude ? Au cours d'une consultation par exemple ?

Dr 2 : Bah en fait je regardais mon programme et je voyais que j'avais un homme ou deux dans la consultation de l'après-midi donc j'essayais d'y penser et puis alors après pour peu que, justement pour une question de temps, pour peu que j'aie eu des choses... si j'étais retardée pour pleins d'autres raisons, j'me dis, c'est même pas la peine, j'ai trois quarts d'heure de retard, je ne vais pas m'y mettre. Là, c'est même pas possible. Donc ça, c'était, j'essaie d'y penser quand même ouais. Je mettais les trucs à coter de moi déjà et puis j'essayais de cibler, certains jours j'y arrivais, certains jours je n'y pensais même pas

IMG 1 : Certaines semaines surement

Dr 2 : Oui même !

IMG 1 : Tu as reçu aussi un tapis de souris aussi, normalement ?

Dr 2 : Oui

IMG 1 : Est-ce que ça, ça t'a aidé à te souvenir

Dr 2 : Du tout. Non, c'était trop de choses écrites

IMG 1 : Trop de choses écrites ?

Dr 2 : Il est tout neuf, nan, il y avait trop de choses écrites je ne m'en suis pas servi du tout

IMG 1 : D'accord

Dr 2 : C'était pas assez, je sais pas, nan.

IMG 1 : Nan, mais c'est bien de le souligner

Et comment tu présentais l'étude au patient ?

Dr 2 : Alors, je présentais l'étude sur quelques questions de, de dépistage... comment je faisais ? euh... bah je présentais cette étude comme une étude étant pour tous les hommes, de, tous les patients hommes, je leur demandais, euh ... c'était axé sur les hommes et puis qu'il fallait répondre à quelques questions, je ne disais pas sur quoi au départ. J'ai dit « est ce que vous êtes d'accord de participer à un petit questionnaire, un questionnaire. Euh en fait, c'était plutôt comme ça que je le présentais et puis soit ils disaient oui, soit ils disaient non.

IMG 1 : Il y en a qui disaient non ?

Dr 2 : Euh... non, pas beaucoup

IMG 1 : Pas beaucoup

Dr 2 : Nan, nan ils acceptaient en général mais peut-être que je les ciblais bien au début

IMG 1 : Oui, tu savais au début

Dr 2 : Les ronchons on les mettait de côté et les gens qui vraiment n'auraient pas été, qui auraient été trop éloignés de ces soucis-là, non, ce n'était pas la peine. Parce que ce n'est pas que seulement une question d'âge parce qu'entre 70 et 80, on voit des gens de toutes sortes. Il y en a qui font très jeunes, y en a qui font très vieux... C'est la campagne en même temps.

IMG 1 : Y'en a qui parlent plus facilement que d'autres aussi.

Dr 2 : Oui, ce n'est pas toujours évident, en milieu rural en fait. Voilà, c'est vrai.

IMG 1 : Et le temps de remplissage des questionnaires, tu me disais que toi, donc ton questionnaire à toi, tu le remplissais quand le patient sortait ?

Dr 2 : Ou le soir

IMG 1 : Ou le soir.

Et le consentement, le patient le remplissait...

Dr 2 : Ah je faisais ça quand même d'emblée donc il fallait le faire

IMG 1 : Et le patient remplissait son ... le questionnaire de qualité de vie dans la salle d'attente ?

Dr 2 : Non, avec moi

IMG 1 : Avec toi, tu prenais le temps de le faire avec lui

Dr 2 : Ah bah oui parce que c'était un peu compliqué pour moi de faire autrement

IMG 1 : D'accord

Dr 2 : Je sais pas, après...

IMG 1 : Au moins, tu étais sûre de le récupérer ?

Dr 2 : Oui, j'étais sûre de le récupérer que je le fasse

IMG 1 : D'accord donc quand même la plupart, la grosse partie était quand même remplie dans le

Dr 2 : Ah oui, comme ça, ça me... je prenais plus de temps oui

IMG 1 : Oui, parce que les questions au final sont quand même assez

Dr 2 : Mais bon, c'était fait. Je prenais surtout, quand même des patients d'un âge moyen (On regarde de nouveau les documents ensemble dont les consentements des patients)

IMG 1 : Tu as tout gardé

Dr 2 : Il fallait que je les envoie ?

IMG 1 : Non, non, mais c'est vrai que tu te retrouves avec des documents...

Dr 2 : Ouais, je sais pas j'avais pas regardé ça depuis longtemps et oui, je vois c'était des gens quand même d'un âge moyen, souvent... entre 40 et 50 ans beaucoup, je pense, entre 40 et 60 peut-être si on veut élargir.

IMG 1 : Tu as l'impression que tu ciblais plus les patients de cette tranche d'âge ?

Dr 2 : Ouais, je sais pas pourquoi euh... parce que je vois pas beaucoup d'hommes finalement, en réalité, à part cette tranche d'âge. Les jeunes, j'en vois pas beaucoup en fait

IMG 1 : Oui, les très jeunes, un certif de sport, j'y étais en septembre...

Dr 2 : Oui voilà, pour les certificats de sport mais je sais pas si c'était la période, peut-être pas

IMG 1 : En général, c'est la période un peu plus compliquée aussi...

Dr 2 : Voilà, si si, c'était, certains hommes étaient contents d'évoquer la chose hein

IMG 1 : Et donc, tu me disais ce qui te freinait le plus pour recruter des patients, c'était vraiment la gestion du temps ?

Dr 2 : Oui

IMG 1 : Tout ce qui est les motifs d'inclusion ? t'en penses quoi, c'était ... le nombre était trop important ? ou... ?

Dr 2 : Y avait combien à faire ?

IMG 1 : Le nombre de patients à inclure c'était 15 mais plus la liste

Dr 2 : Ah oui ça m'avait un peu affolée, tous les motifs...

IMG 1 : La liste, je l'ai vue tout à l'heure (on cherche ensemble la feuille résumant les critères d'inclusion)

(Interruption de quelques minutes par la présence d'une tierce personne) 14'30

IMG 1 : Elle est là ! En gros tous les motifs qui permettent d'inclure le patient, un patient qui consulte ... le motif qui a permis de ... le motif initial de la consultation

Dr 2 : Ah, il fallait chercher là !

IMG 1 : Bah, c'était des exemples de tout ce qui est, des motifs qui permettaient d'inclure les patients

Dr 2 : Ah oui, si c'était pas sur... là-dedans, c'était pas bon ?

IMG 1 : Souvent ils viennent pour quelque chose qui est dedans

Dr 2 : Ben... en prévention non ! je ne m'en suis pas servi du tout de ça

IMG 1 : D'accord

Dr 2 : Je ne m'en suis pas du tout servi parce que...je sais pas pourquoi. Si c'est de la prévention, un vaccin ou des choses comme ça, on n'est pas dedans ?

C'est pour ça que.... Déjà j'en voyais pas beaucoup des hommes. Je me suis... et puis j'y ai pas pensé en fait. J'ai oublié que j'avais ça. J'ai pas bien...euh cherché dans mes documents

(on regarde les consentements des patients qu'elle a inclus ensemble)

IMG 1 : Au final, ils étaient tous incluables je crois...

Dr 2 : Je sais plus, parce que là, par exemple... je vois pas... un renouvellement de traitement par exemple

IMG 1 : Ouais, mais si il vient pour un renouvellement de traitement et que il y ait soit quelque chose Une souffrance psychique, un anxiolytique, un, ou alors une hypertrophie bénigne de prostate

Dr 2 : Oui voilà, oui on peut toujours trouver...

Ça, ça m'a un peu troublée les questions (en me montrant la feuille questionnaire médecin). J'ai pas toujours compris : « Troubles sexuels abordés : OUI/NON »

IMG 1 : Est-ce que pendant la consultation, en fait qu'est ce qui avait été abordé. Le patient vient pour, admettons... une urétrite, qu'est ce qui est abordé au cours de la consultation ? est ce qu'on aborde aussi l'anxiété ? est-ce que...

Dr 2 : Et alors quand je l'abordais pas, je marquais non

IMG 1 : C'est ça

Dr 2 : Mais euh, pour moi, je

IMG 1 : Même si il en souffrait pas, on essaie de voir qu'est-ce qui est abordé

Dr 2 : Pour moi, quand je mettais oui là, souvent je mettais oui là aussi je demandais des troubles de l'érection, des troubles de l'éjaculation précoce, je posais la question après. Si je l'abordais.

IMG 1 : Un peu en systématique du coup

Dr 2 : En systématique en fait, en réalité

IMG 1 : Mais oui effectivement il n'y avait pas besoin qu'il en souffre

Dr 2 : C'est ça, c'était pas..., au début je me suis posé la question, ça m'a un peu troublée... abordé Oui, mais c'est pas pour ça qu'ils sont atteints, par ces problèmes là

IMG 1 : En fait, on essaie de voir qu'est-ce que vraiment, les patients et les médecins abordent

Dr 2 : En fait, c'est ce qui m'a un peu troublée parce que finalement on cherche pas le résultat.... De ce qu'ils ont eux

IMG 1 : En fait, le but c'est de voir qu'est-ce qui est abordé. Est-ce que, par exemple toi, tu as été formée à repérer les patients qui souffrent d'éjaculation précoce et y'a une partie des médecins qui ne sont pas au courant que c'est ce thème et on essaie de voir est ce qu'il y a une différence des sujets abordés... euh... entre les médecins qui sont formés et ceux qui sont pas formés. Est-ce que notre formation a un intérêt, en fait. Est-ce qu'on repère mieux les patients, est ce qu'on aborde plus le sujet

Dr 2 : Oui, mais on n'a pas le résultat du, de notre question

IMG 1 : Bah nous après, à 4 semaines on renvoyait un questionnaire au patient et là on avait plus d'infos

Dr 2 : Ça y est, je comprends mieux

IMG 1 : Et avec ces infos on essaie de voir est ce que l'équipe formée repérait plus de patients

Dr 2 : D'accord

IMG 1 : D'où le problème, c'est que si on n'a pas assez de patients inclus, on va sûrement pas pouvoir... il faut que les groupes soient homogènes

IMG 1 : Est- ce que, pour y repenser, le tapis de souris, tu me disais que ce n'était pas spécialement bénéfique. Est-ce que les relances par mail, par téléphone...

Dr 2 : Oui, par mail c'est pas mal

IMG 1 : Oui, parce que par téléphone, c'est pas toujours évident

Dr 2 : Par mail, on peut le regarder quand on veut et puis ça peut me dire, tiens... ça m'a servi parce que j'avais un peu laissé tomber l'affaire à un moment donné parce que ... voilà, pris dans le rythme et puis je m'y suis remise, je me suis dit tiens il faut que je continue. Si si, c'est efficace

IMG 1 : Tu participes aussi, tu as participé à d'autres études aussi ? à plusieurs ?

Dr 2 : Oui oui

IMG 1 : Donc c'est vrai que ce n'était pas la première pour toi, t'en as fait au moins 2-3 par an, facilement

Dr 2 : Peut-être pas... enfin, en tout cas, ces dernières années j'en ai fait trois

IMG 1 : Oui, ça c'est sûr.

IMG 1 : Si tu y as réfléchi, qu'est-ce que tu penses qu'on aurait pu faire pour que la participation des médecins soit plus optimale, la tienne et plus généralement celle des médecins ?

Dr 2 : Peut-être, nous voir tous ensemble, ceux d'un même pôle, dans le même temps. Ce n'était pas facile

IMG 1 : Hum hum

Dr 2 : Pour déjà qu'on puisse échanger sur notre étude, après. Là, en fait on n'a pas du tout échangé entre nous.

IMG 1 : D'accord, ça aurait pu être bien

Dr 2 : Et puis lors de la présentation comme ça, on peut poser des questions, il y a une interaction, une interaction dans les questions et euh, ça nous met plus les choses en tête je pense quand on est plusieurs.

IMG 1 : Plus motivés aussi ?

Dr 2 : Plus motivés davantage quand on est plusieurs aussi je pense

IMG 1 : Puis poser des questions, créer une alliance un peu dans l'étude

Dr 2 : Là, on est un peu isolé finalement quand on le fait et euh ... et c'est un petit peu la corvée quoi on va dire.

IMG 1 : Et puis, en cas de doute, on peut demander à l'autre. Et se remotiver

Dr 2 : Oui voilà, on n'a pas eu l'occasion d'en parler, c'est de mon fait aussi mais c'est comme ça

IMG 1 : Oui, c'est vrai que quand chacun est dans son bureau en médecine générale

Dr 2 : Oui c'est ça, c'est le problème de la médecine euh la médecine générale, c'est pas évident de, c'est pas évident de faire des études déjà je trouve, et celle-là particulièrement euh n'était pas si simple, parce qu'il y avait beaucoup de choses ; beaucoup de façons de faire, trop de façons de faire. Quand tu as que quelques minutes tu dis comment je vais faire, c'était pas automatique ou alors il aurait fallu avoir de la bouteille. Il aurait fallu en faire 50, je sais pas. Tu vois, c'était pas facile de se ... j'ai l'impression que je faisais toujours la même chose. Je faisais bêtement...

IMG 1 : C'est peut-être ta stratégie à toi

Dr 2 : Ma stratégie elle était « questionnement systématique et voilà et puis j'allais pas chercher plus loin. Mais au moins je le faisais. C'était mieux que rien, mais j'allais pas très loin dans les discussions quoi. Parce que c'était pas dédié à ça la consultation à l'origine, donc je n'allais pas très loin dans la discussion, parfois oui, parfois non, mais bien souvent c'était très peu de choses. C'était OUI/NON ...euh... je me rappelle avoir eu un cas que je connaissais déjà.

IMG 1 : Quand tu dis que la recherche, c'est pas facile en médecine... tu dis que en médecine générale, c'est déjà pas facile de faire de la recherche, de faire des études...

Dr 2 : Des études auprès du généraliste enfin moi je trouve, je suis pas habituée. Peut-être c'est juste moi.

IMG 1 : Non non mais c'est intéressant justement.

Dr 2 : Non, mais c'est pas facile de le faire dans la journée, dans la patientèle, c'est pas facile.

IMG 1 : C'est plus une question de temps ou alors parce qu'on pense à ses motifs

Dr 2 : Bah ça complique la consultation quand même. C'est-à-dire que déjà, une journée de généraliste, c'est pas simple. Il faut, il ne faut pas rester..., il ne faut pas perdre de temps donc ça fait un souci de plus dans la consultation ... euh dans la mesure où il faut remplir quelque chose quoi et puis il faut aborder en même temps, c'est à faire, on devrait le faire beaucoup plus systématiquement, ça m'a appris ça quand même. Qu'il fallait quand même, que ce n'est pas un sujet à négliger, mais parce que notre formation ne nous a pas habitués à ça en fait.

IMG 1 : Est ce qu'il y a des ... par exemple, il y a des études qui sont rémunérées est ce que, qu'est-ce que tu en penses ?

Dr 2 : Autrefois, elles étaient rémunérées avec les laboratoires. Non, c'était pas plus agréable. Non non.

IMG 1 : Ça n'aurait pas facilité l'adhésion

Dr 2 : Non, c'est pas une question de rémunération

IMG 1 : Est-ce que tu as des choses à ajouter, est ce qu'il y'a des remarques particulières ?

Dr 2 : Non, non, c'est vrai que dans le genre... euh... c'était peut-être oui, peut-être que on aurait pu se revoir pour en reparler, après la première fois pour, en milieu d'étude, voir quels étaient les problèmes ou en reparler par téléphone ou dire bah tiens, dès que tu as un moment, appelle moi pour qu'on en rediscute. T'as peut-être dû me le proposer mais je ne l'ai pas fait voilà mais

IMG 1 : Peut-être plus insister, ouais... ou en reparler...

Dr 2 : Pour se remotiver, voir si on est dans la bonne façon de faire, pour l'étude etcetera

IMG 1 : Passer peut-être en systématique ?

Dr 2 : Peut-être passer en systématique pour faire le point, ouais. Je pense que ça doit être nécessaire dans ce genre d'étude en médecine générale parce qu'on a tous tendance à, au bout d'un moment... qu'il y a une étude en cours...

IMG 1 : C'est vrai que la question de la recherche en médecine générale, c'est compliqué, ça prend du temps en plus du soin

Dr 2 : Y'a le consentement, donc déjà expliquer au patient, après répondre, poser ces questions ça t'amène tout de suite à quelques minutes de plus, pas loin de 10 minutes quoi en plus donc

IMG 1 : Donc quand on en a que 20 sur la consultation

Dr 2 : Oui, c'est ça, ou 15 pour certains.

IMG 1 : Très bien, merci beaucoup. »

Verbatim n°3

Entretien n°3 **E3** : Groupe intervention. 0 patient inclus. Durée : 8'02.

« IMG 1 : Aujourd'hui c'est l'occasion de refaire le point, d'aborder la fin de l'étude

Dr 3 : Tiens le truc, j'avais reçu ça (en me montrant le tapis de souris), c'est ça ?

IMG 1 : Ouais, c'est ça !

Dr 3 : Et y'a eu des gens qui ont réussi mieux que moi ? La honte !

IMG 1 : Bah, y'a un peu des deux. Euh ... après, c'est souvent soit les gens ont beaucoup inclus, et s'y sont mis à fond dedans ou soit moins... mais, après c'est pas fini encore.

On a décidé de boucler l'étude le 22 février, parce qu'on avait obtenu des délais pour que ce soit rallongé et on sait dit, ... on pourrait encore allonger mais on ne voit pas trop l'intérêt.

Dr 3 : Et puis c'est bien de passer sa thèse aussi ?

IMG 1 : Oui voilà, accessoirement !

Dr 3 : Y'a une thèse à la clé !

IMG 1 : C'est une étude mais on a tous envie de la passer ! Du coup voilà, on essaie aussi d'explorer pourquoi ... en fait, on n'aura pas, clairement on n'aura pas, on n'arrivera pas à inclure le nombre de patients prévu initialement. Vu que c'était multicentrique, on devait inclure 600 patients et on sera loin du compte. Du coup, on essaie de voir aussi où c'est que ça n'a pas fonctionné.

Dr 3 : Ou ça a péché...

IMG 1 : Quel est votre ressenti général par rapport à cette étude ?

Dr 3 : J'ai honte... J'ai honte parce que d'habitude je fais, je réponds à beaucoup de thèses et je suis contente d'aider et de faire. Mais là, j'ai honte, parce que j'ai vraiment pas réussi c'est ... et puis après, au bout d'un moment, on oublie qu'on a ça à faire aussi.... J'avais laissé mes enveloppes là mais je les ai ramassées depuis un mois ou deux mais elles étaient là pour me rappeler. J'ai ça quand même qui me rappelle (en me désignant le tapis de souris) et ben... j'ai pas réussi... je pense que ça vient de moi.

IMG 1 : Mais qu'est-ce qui vous avait motivé à la base pour participer à l'étude ?

Dr 3 : Je trouvais que c'était intéressant. En plus, je venais de faire une formation sur la sexologie avec ce domaine-là et je me disais, ça va être facile. Quand on sort de la formation, on se dit que ça va être facile et en fait non. Non. Soit les gens ils avaient... ils bloquaient et voilà... ou je sais pas.

IMG 1 : Les gens bloquaient... les gens à qui vous avez proposé l'étude ?

Dr 3 : Ouais, si je commençais un peu... ça bloquait.

IMG 1 : D'accord.

Parce que vous avez axé sur certains... parce que du coup, on pouvait inclure les patients qui viennent pour un thème, un des trois

Dr 3 : Oui

IMG 1 : Voilà. Vous avez axé, peut-être, plus sur un domaine, ou pas spécialement ?

Dr 3 : Non. Non non.

IMG 1 : D'accord.

Qu'est-ce qui était positif dans l'étude pour vous ?

Qu'est-ce que vous avez mis... des choses positives, donc le thème vous trouviez que c'était intéressant ?

Dr 3 : Oui.

IMG 1 : D'accord.

Dr 3 : Et je pense, ce qui est positif c'est que ça nous fait penser, qu'il faut qu'on y pense, à en parler aux patients. Et la preuve... je ne sais pas depuis combien de temps vous êtes venue ici ?

IMG 1 : C'était en octobre 2016.

Dr 3 : 2016 ?

IMG 1 : Ouais

Dr 3 : Donc ça fait un an, un peu plus d'un an... et ben, j'ai pas réussi. Donc... c'est qu'on ... c'est qu'on doit changer notre pratique ou alors que les patients ils le font pas spontanément. Alors après c'est peut-être parce que je suis une femme, j'en sais rien. Pourtant j'arrive à parler de certains autres thèmes de sexualité avec les hommes mais pas l'impuissance...

IMG 1 : Ni l'éjaculation précoce...

Dr 3 : Ouais

IMG 1 : D'accord. Oui, surtout que c'est vrai que je me souviens quand j'étais venue vous voir, on avait parlé, vous aviez été à la formation...ouais. Quand vous dites on devrait changer nos pratiques, c'est qu'effectivement

Dr 3 : Moi !

IMG 1 : Vous n'êtes pas la seule

Dr 3 : Moi, ou l'aborder différemment avec les patients. Après, on a peut-être déjà tellement de choses à faire dans une consultation que, ... que ça on met de côté. On se dit que si ça vient pas du patient et bien tant pis quoi, voilà.

IMG 1 : Les freins que vous mettez en évidence à l'inclusion c'est, du coup, particulièrement

Dr 3 : Alors j'en ai eu deux patients, donc c'est plutôt des jeunes qui ont eu ça comme motif de consultation parfois

IMG 1 : L'éjaculation précoce ?

Dr 3 : Ouais, tellement déjà gênés par le... parce ce que c'est toujours fait... ils venaient, à la fin de la consultation, ils s'assoient et là, pouf, ils sortent le truc. Je me dis, je vais pas en plus, leur demander d'être, ... d'être en plus, ... Voilà... faire partie de l'étude je trouvais que ça faisait trop quoi.

IMG 1 : Ouais.

Dr : Ils auraient été déjà à l'aise à en parler euh... il n'y aurait pas eu de soucis, je pense, j'aurais pu dire « ah bah tiens en fait ... » mais là c'était déjà, on voyait que...

IMG 1 : Oui, vous n'aviez pas envie de re...

Dr 3 : Ils prenaient sur eux pour m'en parler et donc, en plus, leur dire « vs ferez partie... de » voilà ...

IMG 1 : C'est pas toujours évident.

Dr 3 : Ouais

IMG 1 : D'accord. Et, il y'a eu d'autres freins, à inclure ?

Dr 3 : La patientèle peut-être ...

IMG 1 : La patientèle ?

Dr 3 : Qui est peut-être plus féminine. En fait, j'en sais rien combien de femmes et d'hommes j'ai, le ratio, mais je vois peut-être plus des femmes et elle est très âgée ma patientèle. C'est peut-être ça. Ils ont peut-être moins d'activité sexuelle finalement et moins de ...

IMG 1 : Oui. Plus de 80 ans, du coup c'était la limite, 18-80.

Dr 3 : Oui.

IMG 1 : Et euh... la question du temps pour la recherche ?

Dr 3 : Non, c'est pas ça qui me bloquerait.

IMG 1 : Les documents ils étaient disposés où ?

Dr 3 : Là !

IMG 1 : Juste derrière

Dr 3 : Derrière, vraiment accessible bien visible. Ça, c'est pas l'excuse, je savais où c'était et y'a plus qu'à prendre l'enveloppe et...

IMG 1 : Vous avez dit aussi au tout début, que au bout d'un moment, on oublie un peu ?

Dr 3 : Oui.

IMG 1 : A quel point des éléments comme les relances par mail, téléphone, tapis de souris ont pu vous aider ?

Dr 3 : Ça, ça m'a bien fait tilt (tapis de souris) en plus, mails j'ai pas eu tant que ça ... j'ai dû en recevoir un, deux, ...

IMG 1 : Ouais, je pense, à peu près

Dr 3 : Pas plus...

Dr 3 : Mais ça, (le tapis de souris), c'est peut-être plus utile, c'est utile. Si c'est sur la durée, finalement... Au début, on y pense vraiment, chaque homme que je voyais à ma consultation je me disais

IMG 1 : Peut-être que...

Dr 3 : Peut-être que et après, vraiment, malgré les enveloppes dans le dos qui rappellent, on les voit et on se dit euh... et ben, on oublie un peu quand même. Je pense que j'ai un peu mis de côté. Je suis passée dans ma tête à autre chose.

IMG 1 : Et passer sur place ? Est-ce que ça aurait été une idée ?

Dr 3 : Oui pour rappeler comment on faisait... ouais.

IMG 1 : Ça vous semblait compliqué à mettre en place au niveau des documents, et tout ça, ou pas spécialement ?

Dr 3 : Non, dans ma tête, non.

IMG 1 : Ok. Et si vous y avez réfléchi qu'est-ce qu'on aurait pu faire pour favoriser votre participation ?

Dr 3 : Uff ! Et ben... je réfléchis un peu...

Peut-être qu'il faudrait qu'on passe par les femmes. En parler aux femmes, pour... peut-être que c'était ça. Enfin, que nous, on aille chercher l'info peut-être avec les conjointes, ça aurait peut-être été plus... Je pense que c'est plus avec les conjointes qu'on peut savoir ce genre de choses et dans ces cas-là, ils viendront.

IMG 1 : Oui.

Dr 3 : Parce qu'on sait bien que les hommes, d'une manière générale, ils se croient toujours en bonne santé et se soignent moins. Les études ont bien montré ça. Donc, je me dis, comme c'est une histoire de couple quand même, peut-être en passant par les femmes, en allant les chercher vraiment quoi.

IMG 1 : Oui, du coup, oui, faire un repérage

Dr 3 : Parce que moi je me serais dit, tout patient

IMG 1 : Humhum, aborder le problème de la sexualité, pas nécessairement...

Dr 3 : Limite un écriteau, voilà.

Parce que, j'ai dans ma salle d'attente la liste des formations que j'ai faite et je l'ai mise depuis ma formation « sexologie », entre guillemets, et certains patients, quand ils voient ça, ils m'en parlent !

IMG 1 : Ouais

Dr 3 : « Ah, j'ai vu que, donc du coup, je peux vous en parler », alors que je ne suis pas du tout sexologue et que c'est pas mon truc mais ça leur permet... et c'est ce qu'il avait dit à la formation. Donc je pense que si ... peut-être un support visuel dans la salle d'attente même... une affiche « l'impuissance...voilà... parlez-en au médecin », un truc comme ça...

IMG 1 : C'est vrai, ça peut-être une idée

Dr 3 : Ça peut-être pas mal

IMG 1 : C'est vrai que les patients se sentent, se disent elle connaît le problème

Dr 3 : Toutes les affiches des trucs habituels, le SIDA, le tabac, l'alcool, euh... je sais pas...

IMG 1 : Dépistage

Dr 3 : Voilà, mais en fait, je pense qu'il faudrait des affiches, il faut des choses qui ne sont pas habituelles. Parce que nous on oublie et on va pas aller chercher forcément des trucs des gens bien portant.

IMG 1 : Oui.

Dr 3 : Voilà, donc peut-être un truc visuel. Ouais, un truc comme ça (elle désigne le tapis de souris) plus clair pour eux !

IMG 1 : Vous avez participé à plusieurs, à d'autres études du coup ?

Dr 3 : J'en ai fait d'autres, oui, sur les... Après c'est plus sur des... J'ai fait deux entretiens dirigés, enfin, voilà, comme ça, enregistrés. Et sinon, dès qu'on a des mails sur les thèses, je fais en général.

IMG 1 : Des questionnaires plus.

Dr 3 : Oui.

IMG 1 : Parce que le temps de la recherche en médecine générale, est-ce que, prendre du temps dans une consultation, est-ce que ça, ça vous freine ou pas spécialement ?

Dr 3 : Non, à partir du moment où on sait. Nos consultations, elles ne sont jamais... ça peut être rapide, en cinq minutes et ça peut-être une heure...

IMG 1 : Ouais, on ne sait jamais, c'est le suspens.

Dr 3 : Ouais, c'est le suspens.

IMG 1 : D'accord. Et pour conclure, est-ce que y'a des remarques particulières, des suggestions, des questions ?

Dr 3 : Non. »

Verbatim n°4

Entretien n°4 **E4** : Groupe intervention. 1 patient inclus. Durée de l'entretien : 29'18.

« IMG 1 : Quel est votre ressenti général par rapport à cette étude, à l'étude GetUP ?

Dr 4 : Alors, on en a conversé un petit peu avec le Dr A. aussi. Je pense que c'est nous, c'est nous, en tant qu'investigateur, qui nous sommes mis des freins, voilà...euh peut-être qu'on aurait inclus sans réfléchir, si on avait pas eu la petite formation et tout ça... Et en fin de compte, euh... moi, le premier patient que j'ai inclus, et, ça ne posait pas de problèmes et après j'ai regardé le questionnaire de qualité de vie et le deuxième patient supposé tel que j'aurai dû inclure, si je... voilà, c'est un monsieur psychiatrique et je me suis dit non, je ne veux pas rentrer dans ce... dans ce cheminement-là. Je pense que lui, pour lui, ça aurait été une porte ouverte à... voilà, comme il y'a, il y'a du... enfin y'a des transferts... euh... voilà il me propose des rendez-vous, tout ça, je me suis dit « ouh ... surtout pas » !

IMG 1 : Par rapport ... ?

Dr 4 : Par rapport au questionnaire de qualité de vie qui rentre après un petit plus dans le vif du sujet.

IMG 1 : En question de sexualité ?

Dr 4 : Voilà, question de sexualité et du coup, moi, c'est ce qui m'a bloqué. J'ai dit « ah, peut-être pas entre toutes les mains, avec tous les patients ». Moi, en tant que femme, je me suis dit, je me projetais pas du tout. Le premier patient, ça ne m'a pas gênée, c'est un professeur, de lycée... et... euh, ça lui a... je pense ça ne lui a pas posé du tout de questionnement, voilà, il a pris ça, il a répondu, il était content de répondre et de participer à quelque chose.

IMG 1 : D'accord.

Dr 4 : Voilà. Et donc après, c'est moi qui me suis mis, moi-même, un frein dans cette investigation et... ce qui s'est passé également, j'ai eu des internes garçons et en fait, toutes les problématiques autour de la sphère uro-génitale, bah il s'est trouvé que se sont eux qui les ont vues. Donc moi, j'avais pas d'inclusion quoi. C'était de l'autonomie... et donc, du coup, bah il me disait « tiens, j'ai vu ce patient-là » et ce patient-là, pour moi, oui, sans problèmes, voilà, aurait pu être inclus, mais il n'a pas été parce que c'est pas moi qui l'ai vu quoi.

Donc ça a été un frein dans le recrutement voilà, du coup, ... il se trouve que j'ai deux ou trois patients, et surtout deux patients, voilà, qui ont des plaintes uro-génitales qui viennent régulièrement, mais qui sont psychiatriques aussi et je sens bien que j'ai pas envie de ... voilà quoi. Chacun reste euh...

IMG 1 : En fait, si je comprends bien, vous avez plus ou moins écarté tous les gens qui venaient pour le côté euh ... psychique ?

Dr 4 : Ben en fait, ça s'est pas produit, en fait, je ne me suis pas... ça s'est pas posé et en fait, on laisse tomber... enfin, c'est pas qu'on laisse tomber une étude, on ne la... on ne continue pas et donc après, on n'y pense plus.

IMG 1 : D'accord. On passe à autre chose vous voulez dire ?

Dr 4 : Voilà, je suis passée à autre chose et puis, et puis voilà, je faisais, c'est vrai j'ai eu tort, en fait, y'a eu une coalition de deux études. J'avais accepté l'initiation de Raisdiag, de rentrer dans Raisdiag donc après on a été relancé presque 2 ans après, donc si bien qu'il y a une coalition entre les deux études. C'est vrai que... on se dit que faire deux études en même temps, c'est compliqué ouais.

IMG 1 : Compliqué par rapport ?

Dr 4 : Par rapport au temps que ça peut prendre... et puis d'avoir un certain ordre, de bien ranger les consentements, de bien... voilà. Ça demande quand même un petit peu de temps, de ressortir les choses, voilà, de mettre en place les choses, de pouvoir répondre aux questions et finalement ... euh, moi, dans ma pratique voilà, je peux sans doute en intégrer une mais deux ça ...

IMG 1 : C'est plus compliqué.

Dr 4 : La motivation dans tout ça...

IMG 1 : Et penser à deux études ...

Dr 4 : Voilà, penser à deux études, et du coup, c'est vrai que bein voilà ... il y a des enveloppes, il y en a une qui est là, celle de Raisdiag et puis l'autre doit être un peu plus en dessous et puis bein voilà.

IMG 1 : D'accord, qu'est-ce que vous trouvez... Quelle étape était la plus chronophage pour vous ?

Dr 4 : Euh.... Quelle étape ? Il faudrait presque que je reprenne le ...

IMG 1 : Est-ce que c'est, y penser ? Est-ce que c'est justement inclure les patients ? Leur expliquer ? Est-ce que c'est remplir les questionnaires ?

Dr 4 : Ah, c'est les explications aux patients ! C'est pour ça que j'ai trouvé dommage, voilà, qu'on ne puisse pas déléguer aux internes, parce qu'en fait, euh... voilà, ils ont plus de temps, pour expliquer, pour faire faire des choses... pour voilà quoi. Et donc je me suis dit, ben ouais c'est vrai que, j'aurais pu avoir le soutien, et comme ça avait été un peu précisé quoi, que les internes n'étant pas formés, ne devaient pas intervenir, d'autant plus si ils allaient chez d'autres maitres de stages, voilà, donc moi, ça m'a un peu bloquée quoi, aussi quoi...

IMG 1 : D'accord.

Dr 4 : C'est vrai qu'on fait un petit peu de délégation des fois et des fois ça les intéresse ... voilà quoi, nous... c'est pas, on va pas... enfin... voilà et c'est vrai que j'ai laissé tomber parce que j'avais l'autre étude à ... et voilà, et déjà... Et ça a été un petit peu un frein... et le frein ... euh, intellectuel et psychologique que je me suis moi-même mis, sur la thématique et sur le... voilà comment le questionnaire allait être perçu, voilà quoi, euh... est-ce que donc ces, ces patients à problèmes n'allaient pas envahir la consultation avec leurs problèmes sexuels et que voilà, j'en avais pas forcément envie quoi.

Parce que vous avez des patients qui sont psychologiquement instables, je pense à ce patient schizophrène, voilà, bon, j'assume vaille que vaille son suivi organique parce qu'on n'a pas beaucoup de... le choix, les médecins traitants et tout ça... mais euh... je sais qu'il faut que je mette de la distance, que je remette à sa place à chaque fois qu'il vient et tout ça quoi et donc ces gens-là ça me semble impossible

(Brève interruption par la sonnerie du téléphone)

Ça me semble impossible si vous voulez, voilà, je me suis dit voilà, tout ça euh... donc le tri des patients ne s'est pas fait et puis après, plus ça va, plus on met des ... peut-être, c'est moi, qui me suis mis, moi-même un obstacle

IMG 1 : Une barrière...

Dr 4 : Ouais, une barrière, il y'a eu une barrière.

IMG 1 : La sexualité est quelque chose de difficile à aborder en consultation ?

Dr 4 : Ouais, plutôt. Plutôt oui. Je dirais plutôt oui, plutôt voilà, plutôt parce que je pense que euh ...je veux me garder d'être intrusive et puis euh... y'a des fois, y'a des couples, enfin je

veux dire, il y'a des couples de cinquante ans qui n'ont plus de sexualité... euh ... mais ce n'est pas, voilà quoi, en reparler euh, en fait je me suis projetée chez les patients. Y'a des patients que je connaissais très bien et je me suis dit ouais leur sortir le truc... et euh... je sais comment ils fonctionnent et je me suis ... moi j'ai pensé, je me suis dit non, finalement j'ai pas trop envie... euh...

IMG 1 : De rentrer...

Dr 4 : Voilà quoi, si ça n'était pas venu en premier recours je ... non !

I : Si le patient n'en parle pas spontanément, vous n'allez pas chercher, c'est ça que vous voulez dire ?

Dr 4 : Ouais ! Voilà, c'est ça. S'ils m'en parlent, je suis là, bah voilà, j'accepte tout à fait de discuter de... de leur sexualité et voilà, de recueillir leur demande. Même si des fois, c'est des demandes un peu incongrues, voilà. Mais après, l'évoquer moi-même, c'est vrai que je le fais assez peu. Voilà, je demande à mes diabétiques par contre s'ils ont des troubles sexuels, voilà. Comme je rechercherais un pouls pédieux, des choses comme ça, mais c'est une population un petit peu ciblée... un petit peu voilà. Et c'est vrai que je ne suis pas rentrée dans le ... dans le vif du sujet après euh... je me suis mis des barrières.

IMG 1 : D'accord, vous n'auriez pas inclus ces patients-là, diabétiques par exemple ? Qui venaient en abordant... le problème sexuel ?

Dr 4 : Après moi, ce que j'ai pensé aussi, c'est que euh... en fait, pour moi, c'était un problème de novo. J'ai un patient diabétique qui régulièrement me demande du Cialis®, je ne l'ai pas inclus parce que c'est un problème ancien quoi.

IMG 1 : Il peut être inclus.

Dr 4 : Il pourrait, il aurait pu être inclus quoi. Mais là aussi, il y'a un transfert qui me gêne et qui ... voilà, un monsieur qui fait 200 kilomètres pour venir me voir, qui ne peut pas avoir d'autre médecin traitant, je pense que ce n'est pas très sain la relation mais euh voilà quoi... et qui me dit si j'arrête de le suivre, il ne prend plus ses médicaments.

IMG 1 : Oui.

Dr 4 : Donc, là aussi, je ne me hasarderai pas à remettre voilà...euh

IMG 1 : A aborder ce

Dr 4 : Je pense que c'est des choses un petit peu ...

IMG 1 : Oui, y'a des patients ce n'est pas toujours évident.

Dr 4 : Mais, c'est moi hein ! C'est moi peut-être en tant que femme, voilà, peut-être que je ne suis pas assez à l'aise, pour moi, dans mon intimité pour euh... voilà, pour accepter...euh voilà. Bon, c'est une façon de se protéger aussi parce que c'est tellement casse-pieds quand tout à coup on a des déclarations, des demandes de rendez-vous pour voilà euh... donc ...

IMG 1 : Qu'est-ce qui vous avait plu, qu'est-ce qui vous avait motivé à participer à l'étude ?

Dr 4 : Initialement c'est surtout les ... à la demande de Marie Barais (*allusion à la première étape de recrutement, par mails, de proposition de candidatures spontanées*), voilà, et puis après, ça m'a pas semblé... euh... adéquat par rapport à ma façon de soigner les gens, voilà. Y'a la sexualité mais y'a autre chose que la sexualité aussi, et donc voilà, ça ne m'a pas, je ne suis pas rentrée euh..., je ne me suis pas reconnue, je me suis pas voilà après...

IMG 1 : Pas adéquat ?

Dr 4 : C'est à dire que euh... c'est un peu... euh... mettre les pieds dans le plat et comment on s'en sort ? et qu'est qu'on peut proposer à tout le monde ? Voilà, je ne me suis pas reconnue quoi.

IMG 1 : Plus

Dr 4 : Ça ne représente pas la médecine que je pratique.

IMG 1 : Sur le thème de l'éjaculation précoce ?

Dr 4 : Ouais voilà.

IMG 1 : Plus particulièrement sur ce thème-là ?

Dr 4 : Oui, plus particulièrement sur ce thème-là. Voilà.

IMG 1 : Et qu'est-ce que vous voyez comme points positifs à cette étude ?

Dr 4 : Alors le point positif, c'est éventuellement de faire parler les gens de thème dont on ne parle pas. Voilà, mais moi, je me suis mis en fait... euh... peut-être trop en avant, voilà, en disant, tu mets ça sur le tapis et après comment tu vas gérer quoi ? Comment tu vas pouvoir être... être le médecin traitant ? Voilà, aborder les problèmes, je me suis dit à qui on va envoyer ces patients-là ? Qu'est-ce qu'on va en faire ? euh voilà... ça a été un petit peu trop, tout mélangé. Et peut-être, un thème sur lequel je ne suis pas à l'aise, que je n'aborde pas vraiment. Peut-être que je suis plus à l'aise avec la sexualité féminine. Voilà, qu'on va, voilà, que j'essaie de discuter avec mes très jeunes patientes pour leur dire il faut faire ce que vous avez envie, pas ce qu'on vous demande forcément et voilà mettre des barrières, voilà, dire non à certaines choses quand vous avez pas envie et voilà essayez de... et voilà... donc du coup, ça ne correspondait pas du tout à...

IMG 1 : La formation qui avait été faite, elle vous avait permise quand même de trouver des mots, des solutions à ce problème ?

Dr 4 : Moi j'avais trouvé que c'était quelque chose de ... qui... je me la suis pas appropriée. Voilà, j'ai trouvé que c'était un point de vue intéressant, mais... je ne l'ai pas, comment dire... euh...

IMG 1 : Vous ne trouviez pas qu'elle vous corresponde... qu'elle corresponde à votre façon de faire si j'entends bien ?

Dr 4 : Ouais, oui voilà et puis voilà, comme quelque chose de très bien construit, très joli, mais pas... voilà, c'est pas...

IMG 1 : Pas adapté à votre pratique.

Dr 4 : Voilà.

IMG 1 : D'accord. Hum... vous avez inclus au moins un patient...

Dr 4 : Un patient.

IMG 1 : Comment vous lui aviez présenté l'étude ?

Dr 4 : Alors, c'est un patient un petit peu différent parce que du coup il est enseignant, voilà, enseignant, il a fait un peu de recherche dans son domaine. Il a enseigné beaucoup en Asie et donc c'est un point de vue déjà un petit peu différent quoi. Voilà, on discute, avec ce patient-là, on discute beaucoup sur les statines, sur les facteurs de risque. Voilà, c'est un patient sur lequel la thématique euh... y'a beaucoup de discussions, beaucoup de sujets de discussions voilà, euh... je pense que c'est un patient qui analyse beaucoup les choses et comme il avait la plainte qui pouvait rentrer, voilà, ça me semblait une évidence que pour lui, c'était adapté. Voilà, parce que c'est un patient qui va faire des recherches sur internet, qui va discuter avec

des médecins, parce qu'il est en fait seulement quelques mois en France, en métropole puis après il retourne en Asie donc il va... euh... prendre tout ce qu'il y'a dans la médecine chinoise et des choses comme ça, donc voilà, c'est un patient très ouvert et donc c'était facile de lui proposer quelque chose, de voir un petit peu le temps que ça lui prenait de rédiger le questionnaire de qualité de vie et tout ça. Tout ça quoi. Et lui, il y'a eu un indice de satisfaction.

IMG 1 : D'accord.

Dr 4 : Lui, il était content d'avoir fait, de s'être posé des questions et de voilà quoi. Mais intuitivement, en fait, on va dire, et intellectuellement, c'est un patient qui va d'emblée comprendre ce qu'il y'a derrière les questions et voilà quoi.

IMG 1 : La recherche, il voit plus un intérêt particulier.

Dr 4 : Ouais voilà. Et il va comprendre un petit peu, il va pas... euh...

IMG 1 : Il ne va pas se sentir visé particulièrement ?

Dr 4 : Particulièrement, non, il va se sentir concerné mais pas accusé et pas montré du doigt quoi.

IMG 1 : Et comment vous aviez géré le temps de remplissage des questionnaires ?

Dr 4 : Alors on avait fait en ... dans le temps de remplissage, en fait, je m'étais servi du bureau de l'interne. C'est un patient dont, lequel on peut avoir confiance, on peut le mettre dans une pièce, le laisser tout ça, il va être très respectueux des choses et voilà et donc ça c'était gérer un petit peu comme ça.

IMG 1 : D'accord.

Dr 4 : Parce que autrement, le temps de remplissage était aussi un frein. Ça prend du temps et je voyais pas trop les patients remplir ça en salle d'attente, parce que les chaises sont assez côte-côte donc voilà...

IMG 1 : C'est vrai que le bureau était, c'est bien.

Dr 4 : Voilà, le bureau c'était mieux, parce que du coup, voilà, on l'avait laissé réfléchir à ... voilà, on lui avait dit qu'on était à sa disposition, mais du coup voilà, qu'on était pas présent, enfin collé à lui pendant qu'il remplissait, on lui avait laissé de la liberté et... voilà.

IMG 1 : Euh...

Dr 4 : Stratégiquement, je pense que cette étude-là, euh... enfin je, pour en avoir discuté avec le Dr A., on aurait été non formées, je pense qu'on aurait... on aurait rempli notre cahier des charges. On aurait satisfait ce recrutement. Mais après, moi, ça a été ça. Je me suis arrêtée voilà euh... J'ai pensé à un de mes patients aussi... pour l'inclure, je pensais que c'était plutôt sur le versant psychique, pour l'inclure, et euh en fait euh... ce patient-là, il a un niveau tout à fait correct au niveau scolaire tout ça, sa femme est très intellectualisée, elle cherche toujours les petits trucs et je me suis dit « non » ... parce que voilà, la, le, ... comment dire, l'interprétation aurait été faite par son épouse et euh...je me dis « non , ça va être compliqué après quoi ».

IMG 1 : Donc si je comprends bien, c'est vraiment le thème sexuel, la sexualité ?

Dr 4 : Ouais, je me suis dit que ça allait être compliqué...

IMG 1 : A gérer derrière ?

Dr 4 : Ça va être compliqué parce que lui allait ressentir le besoin de lui en parler, de ramener ça... et je me suis dit que c'était peut-être pas... non.

IMG 1 : Ça faisait ouvrir des portes que ...

Dr 4 : Bah... je me suis dit que voilà, peut-être que... elle allait...enfin voilà, la perception des questions, voilà... je le voyais mal remplir tout seul remplir son questionnaire. Je pensais qu'il allait demander à sa femme de le remplir pour lui, comme il fait beaucoup de sous-traitance et je me suis dit non ça n'a aucune valeur, ça va pas être... euh...

IMG 1 : Y a-t-il eu d'autres freins au recrutement des patients ?

Dr : Ces freins-là, mes freins à moi. Le... voilà, la réalisation, le fait de tomber sur le patient, d'y penser pour un patient et me dire « ah non pas celui-là parce que là, je mets la main dans un engrenage qui ne me convient pas » pour les patients psychiatriques et puis voilà et puis après le ...

IMG 1 : Le thème

Dr 4 : le thème et tout ça quoi. Mais après, c'est un faux frein parce que en effet, les problématiques de dépression, oui, on peut en trouver et ... mais, c'est moi-même, je dois reconnaître qui me suis après arrêtée et puis, on n'y pense plus et puis après y a eu les relances pour Raisdiag et ... et bah voilà, il fallait remplir euh... voilà, le bon nombre de dossiers et tout ça et puis donc du coup, voilà et je me suis perdue.

IMG 1 : Une dernière question, si vous y avez réfléchi, comment on aurait pu faire pour augmenter votre participation ?

Dr 4 : Euh... moi, de mon côté, en fait, moi je me suis dit bein, ... c'est vrai si j'avais pu inclure les internes dans cette démarche...

IMG 1 : On est revenu là-dessus et on aurait pu leur demander effectivement.

Dr 4 : Voilà, parce que je pense que eux, ils auraient été pertinents et j'ai un interne qui a fait un ... quand ça a démarré l'étude, qui a fait un semestre avec moi enfin quelqu'un de très , je veux dire, qui a déjà une image de médecin, enfin voilà qui, qui est très, voilà, quelqu'un que je connaissais avant et voilà, un interne du coin et euh, je pense que les patients qu'ils a vu puisqu'il me relate toutes ses consultations, hein, puisqu'il était en stage de niveau 1 et ben, il en aurait pu inclure 5 ou 6 dans ses patients. Parce que si ils posaient des questions, il a posé des questions sur de syndromes dépressifs, sur des difficultés qui lui étaient amenées, voilà autour de la sphère génitale et voilà, ça aurait été assez facile je pense pour lui de voilà quoi... à chaque fois, je me suis dit « mince, c'est pas moi qui l'ai vu quoi »

IMG 1 : D'accord.

Dr 4 : Sur des patients jeunes, qui voilà, qui, pour lesquels il n'y avait pas de frein, voilà. J'ai eu un autre patient que j'aurais bien inclus mais il y avait un frein sur le langage, si... donc voilà. Le thème était là mais euh...

IMG 1 : Pour remplir des questionnaires, c'est plus compliqué et même expliquer. Très bien. Est-ce que vous avez des remarques à faire ? Des suggestions ?

Dr 4 : C'était la suggestion, peut-être de voilà, d'articuler les choses euh voilà... autour voilà. Après je veux bien ressortir mon enveloppe et essayer d'inclure à tout prix avant le mois de février !

IMG 1 : Ça va jusqu'au 22 février donc

Dr 4 : D'accord, je veux bien essayer hein...

IMG 1 : Je ne sais pas si vous avez toujours des internes là ? En ce moment ?

Dr 4 : En ce moment, là, non. Je n'ai pas d'interne. Voilà, après l'interne que j'ai actuellement, c'est une jeune femme. Je pense que ça, ça, elle est italienne donc c'est compliqué pour certaines tournures de phrases et des choses comme ça, des choses voilà, mais bon voilà, ...

C'est pas forcément, c'est ni le format de l'étude, ni voilà, mais voilà, ... c'est des freins que je, je me suis mis moi-même je pense, et après, j'ai peut-être trop intellectualisé euh... la chose, c'est d'ailleurs, quand j'ai discuté avec des investigateurs de Raisdiag, euh, ... le reproche que je faisais, c'est que c'était des douleurs thoraciques et je disais « oui, mais les vraies douleurs thoraciques, celles qui nous occupent, enfin celles qui nous embêtent, on ne les inclus pas puisqu'on n'a pas le temps de faire signer quoi et y 'a un jeune qui m'a dit « bah, c'est facile, écoute euh, tu leur dis, tu leur en parles, tu leur dis qu'il faudra signer un papier quand ils reviendront de l'hôpital » » et ils viennent très facilement. Ah ouais mais j'y avais pas pensé moi. Tout simplement quoi. Voilà, donc après c'est des choses qui sont ...

IMG 1 : Oui y'a des tiroirs qui s'ouvrent, douleurs thoraciques, on ne pense pas tout de suite

Dr 4 : Voilà, après c'est vrai que moi j'y pensais pas du tout, ça me... voilà donc du coup, moi c'est mes freins, c'est mes propres voilà. Peut-être que j'ai projeté et qu'il n'y a pas vraiment quoi... mais moi, c'est ce que j'ai entendu en lisant, je me suis dit « ah ouais...est-ce que... est-ce que j'assume ? » et j'assume peut-être pas tout.

IMG 1 : Non mais c'est intéressant de voir justement

Dr 4 : Et donc voilà... peut-être que voilà... après je vais dire que je me déculpabilise en me disant que j'ai quand même une consultation très hétérogène avec des patients très âgés, avec beaucoup de maladies chroniques donc ça m'a voilà, donc voilà, finalement cette plainte-là, ça ne m'a pas forcément... euh...voilà...

IMG 1 : C'est pas celle que vous mettez en avant

Dr 4 : En avant voilà quoi. Parce que finalement, je pense que j'ai un profil de clientèle qui se rapproche de confrères masculins, parce que le Dr A. s'est installée comme collaboratrice, et donc, elle a... ça a été un petit peu happé, tous les petits que j'avais. J'ai beaucoup plus de personnes âgées que auparavant. Voilà, et donc du coup, c'était pas...

IMG 1 : La patientèle s'est répartie comme ça.

Dr 4 : Ouais, la patientèle s'est répartie comme ça donc voilà à peu près tout ça. Je ne sais pas à quelle question je n'ai pas répondu ?

IMG 1 : Non, c'est très bien. Merci.

Dr 4 : Je veux bien essayer d'inclure un petit peu encore, il vous en faudrait quelques-uns encore sans doute ?

IMG 1 : Ce serait très bien.

Dr 4 : Il y'a des médecins qui ont réussi leurs objectifs sans doute ?

IMG 1 : Y'a de tout, mais effectivement, on n'a pas inclus encore le nombre prévu. C'est donc aussi pour nous l'occasion de voir, pourquoi, pourquoi les médecins n'ont pas forcément réussi à inclure les patients.

Dr 4 : Moi aussi, le frein initial, ça a été aussi cette, le fait de ne pas pouvoir déléguer à l'interne. Parce que sur les motifs, j'ai été tentée de lui en parler mais comme on nous avait donné comme consigne de pas euh ...puisque lui était en stage de niveau 1 et donc allait partir ailleurs voilà, je suis restée sur cette à priori là, j'ai pas modulé quoi.

IMG 1 : Oui, non...on était revenu là-dessus effectivement, parce qu'on s'était dit justement que les internes c'était un bon moyen

Dr 4 : Oui, et puis ça les intéresse, ils se sentent concernés par les thèses, ils sont intéressés éventuellement.

IMG 1 : Et vous aviez reçu aussi un tapis de souris ?

Dr 4 : Euh oui oui mais je l'ai pas, je l'ai pas utilisé parce que j'ai un ergonomique que je préfère.

IMG 1 : Et, penser à l'étude est-ce que c'était quelque chose de difficile pour vous ?

Dr 4 : Euh, ça a pas été ma priorité. Après, je l'ai vraiment écartée et je pensais que c'était quasiment, le recrutement était fini, donc, c'est pour ça, après, j'ai eu des relances de Raisdiag et je me suis dit bon Raisdiag Raisdiag Raisdiag...

IMG 1 : Et à quel point, les éléments comme le tapis de souris, les relances par mails ...

Dr 4 : Après moi je pense que j'ai réagi sur la, sur la nécessité de finir les choses, voilà. Alors, pour moi, ce qui a été efficace dans Raisdiag, par exemple, c'était les mails qui disaient « mais il y a plus..., vous n'avez plus que tant de patients à recruter, allez, un dernier effort ». Et voilà, ah oui, mais là c'est trop bête, c'est desservir les internes, qui voilà, mais je suis désolée pour vous. Je me sens coupable.

IMG 1 : Il ne faut pas.

Dr 4 : Donc ça, ça a fonctionné. Maintenant, tapis de souris, moi je n'ai pas trouvé la place. Je sais que le Dr A. l'a sous sa souris. Voilà mais bon c'était pas tout à fait ça... bon après je pense qu'il faut que je relise le texte de recrutement et après, il faut se relancer et puis... pourquoi pas quoi ! mais aussi bien, si vous voulez, je pense que c'est un petit peu, les études ça se fait un petit peu quelques fois, un petit peu par à-coups... mais euh... quand même, j'en retiens que quelques fois c'est quand même une contrainte pour nous quoi. Quelques fois, euh ...ces études-là, on doit se tirer des cas, ou c'est des choses où il y'a du temps à donner, la contrainte peut sembler forte au moment où on est embarquée un petit peu dans notre consultation et tout ça quoi.

IMG 1 : Peu importe l'étude ?

Dr 4 : Peu importe l'étude quoi, voilà. Alors que bon ...il y a des choses pour lesquels ça va me sembler très, très léger, très facile. Aller faire un focus groupe à la fac, ça me semble beaucoup léger que de faire une étude finalement...

IMG 1 : C'est un temps dédié ?

Dr 4 : Voilà, c'est un temps dédié et puis voilà, il y'a un début une fin et puis voilà. Et puis bon voilà, on apprend toujours de ses erreurs, bah voilà, c'est la coexistence aussi de deux études et je ne suis capable de mener ça de front. Parce qu'il y a sûrement des collègues qui l'ont fait mais moi je me suis aperçu que non quoi. Finalement c'est vrai que là, j'ai essayé de beaucoup penser à Raisdiag pour finir, voilà, parce qu'on était...après, je peux ressortir et je vais essayer un !

IMG 1 : Oui, tout à fait.

Dr 4 : Après, ça a été un petit peu comme ça, après Raisdiag, c'est facile, c'est « Douleur thoracique- Dyspnée », c'est neutre. C'est complètement neutre, ça ne m'implique pas. Ça m'implique seulement dans mon raisonnement, dans l'analyse de mon raisonnement. Voilà, après c'est un espèce de pari mais ça, on le fait tous les jours, quoi. On parie sur ça et voilà. Alors que dans le cas de GetUP, c'était autre chose, l'investissement était autre.

IMG 1 : Oui, ça amenait à d'autres

Dr 4 : Alors peut-être que pour certains médecins comme moi, c'est un frein quand on doit se dévoiler ou avoir l'impression de se dévoiler. Parce que c'est pas du tout ça, ou avoir l'impression de se dévoiler. Voilà, c'est peut-être ça qui a fait que, non. Le côté un peu pudique, pas voilà... Peut-être, le côté aussi euh... voilà quoi... de ... moi je me suis dit « ouhla, non, ça va me mettre dans une position pas facile »

IMG 1 : Oui, parce que vous m'avez dit tout à l'heure que après, une fois qu'on ouvre ces portes, ces tiroirs entre guillemets, il faut savoir comment, que faire avec ces problèmes abordés et à qui l'adresser ? C'est ça que vous me disiez ?

Dr 4 : Oui, voilà peut-être ça un petit peu voilà. Alors que en fait, je me dis qu'il y a d'autres choses sur lesquelles j'ai investi et je l'ai fait et voilà. Mais en même temps où j'ai une impression, même si elle est fautive, de maîtriser euh... certaines choses et puis voilà et peut-être que moi, mon raisonnement est parti sur d'autres thématiques qui fait que je suis pas rentrée complètement, voilà, dans ... comme je savais pas les portes, voilà, je me suis plus intéressée éventuellement, peut-être, sur l'observance médicamenteuse, parce que là, je me dis qu'il y'a quand même quelque chose à faire quoi, enfin... sur tous patients confondus, voilà, euh...après je pense qu'il n'y avait pas le côté jeu. Voilà, Raisdiag je parie sur un diagnostic et 15 jours après on me demande « est-ce que c'était bon le diagnostic ? » ... bah non ! j'ai parié et j'ai perdu mais il y a, en fait, un côté rigolo quoi « qu'est-ce que t'avais mis comme diagnostic il y'a 15 jours ? qu'est-ce que t'as eu sur ton compte rendu d'hospit » et bein c'était pas ça, ça n'avait rien à voir.

IMG 1 : Mais nous aussi il y'a un côté ludique, est ce qu'il souffre... est-ce que ça a été abordé et est-ce qu'il en souffre vraiment ? est-ce qu'il souffre d'éjaculation précoce ?

Dr 4 : J'y ai pensé et puis uff, ça m'a semblé compliqué... euh avec un jeune homosexuel mais ça m'a semblé tellement, enfin, voilà, parce qu'il a beaucoup de préoccupations autour de la sphère génitale... je me suis dit « ooh non, c'est déjà tellement compliqué avec son histoire », c'est un jeune homosexuel qui est parti sur le traitement préventif euh... anti-SIDA avec ...

IMG 1 : La PrEP ?

Dr 4 : Ouais voilà, et je trouve c'est tellement compliqué déjà, ça demande tellement d'effort que j'ai pas voulu euh voilà, après voilà c'est...

IMG 1 : C'était s'embarquer...

Dr 4 : Ouais et puis je ...et puis voilà, c'est déjà assez compliqué et tout ça. Mais en fait, c'est pas bien, parce que l'étude, même les patients qu'on ne sent pas, on devrait les inclure voilà mais après...

IMG 1 : C'est notre rôle à nous aussi... après de voir, pourquoi, justement

Dr 4 : Oui, mais voilà pour avoir un recrutement intéressant, il faudrait, démarrer et inclure, inclure, inclure, sans se poser de questions, sans aucun frein.

IMG 1 : Ah bah c'est sûr. A la base, c'était ça qui était... mais on sait que c'est très compliqué, c'était d'inclure 15 patients successifs, on sait que se sera, que c'est compliqué, justement pour que les populations soient homogènes mais c'est sûr, qu'il y'a des patients qui seront toujours plus difficiles à inclure que d'autres... et ça, c'est qui ressort chez tous les médecins. Qu'il y a certains patients, que d'office

Dr 4 : Qu'on écarte, mais c'est pas bien, voilà quoi

IMG 1 : D'office.

Dr 4 : Et puis après, je me suis dit que j'en écarte tellement que c'est même pas la peine, je suis nulle, je vais recruter tous les profs du canton pour les inclure, parce que eux, ils comprennent !

IMG 1 : Oui, mais après c'est toujours intéressant de voir que ... même les résultats qu'on a eus sont quand même très intéressants, parce que les questionnaires qu'on a comme retour, c'est

Dr 4 : C'est exploitable et quand même intéressant.

IMG 1 : Oui, ouais c'est...

Dr 4 : Mais ça n'aura peut-être pas la portée de ...

IMG 1 : Après, même ce qui n'est pas exploitable, enfin ce qui va être difficilement exploitable, euh... c'est quand même intéressant aussi parce que du coup on arrive toujours à en tirer des choses. »

Puis pour clôturer cet entretien, nous avons de nouveau regardé, sur support papier, la présentation « powerpoint » de GetUP.

Verbatim n°5

Entretien n°5 **E5** : Groupe intervention. 0 patient inclus. Durée : 13'04.

« IMG 1 : Quel est ton ressenti général par rapport à l'étude ?

Dr 5 : Alors, en fait, le problème c'est ... nous on a pas mal, on est pas mal sollicité pour des thèses du coup, euh, c'est à peu près, en moyenne... tous les 2 mois à peu près...euh, sans compter celles qu'on a... on en a eu aussi via Pericollect, on a, voilà, on est sollicité euh, assez régulièrement. Euh...Je vais te dire franchement, y'a pas de soucis, ta thèse était très intéressante du coup, c'est un problème euh... qui ... arrive fréquemment, je pense, moi déjà, j'en ai pas eu. J'ai pas eu du coup de problème de patients... autant, j'ai des patients qui viennent pour des problèmes, tout ce qui concerne euh ... des problèmes au niveau de leur sexualité, des problèmes au niveau plus intime, génital, etcetera, surtout des hommes euh, plus, je pense, que mes collègues femmes qui ont plutôt justement les femmes qui viennent les voir et ça on, ...ça marche bien entre nous parce qu'on est à plusieurs, plus souvent, nous, on a les hommes et elles, elles ont les femmes, ce qui se comprend complètement du coup et euh... mais voilà, j'ai pas eu...euh, en fait, j'ai pas eu de cas, je crois que j'en ai eu aucun, par rapport à l'éjaculation précoce, de demandes ou de problèmes même moi en recherchant des soucis quand il y avait des problèmes au niveau euh... de la sexualité d'un couple, quoi que ce soit, j'en n'ai pas eu. Voilà. Alors il y a, je pense, enfin, c'est quand même, quand je vois, je me souviens, je sais plus exactement la... la prévalence mais c'est quand même important, pourquoi, comment, je sais pas. Comment se fait-il ? euh... mais en tout cas, j'en n'ai pas eu et du coup, y'a le fait aussi, donc ça c'est la première chose. Deuxième chose, y'a le fait aussi que euh...bon, on est pas mal sollicité, euh, pour les thèses, on... a notre boulot, on a une dizaine d'heures par jour, on a des externes, des internes...euh, moi je suis passé du coup, enfin président du pôle de santé ici donc j'ai du boulot aussi, donc en gros, les thèses, enfin c'est bête hein, c'est peut-être bête et méchant mais, les thèses, si on nous les colle pas sous le nez, euh avec trois-quatre lignes qui nous expliquent euh, clairement, comment faire, facilement les choses, on a tendance en fait à lâcher et après, à pas les faire et c'est ce qui s'est passé pour ta thèse du coup. En fait, c'est que, je me suis dit, voilà, il faudra, il va falloir que je regarde comment il faut que j'inclus le patient etcetera sauf que j'ai eu plein de choses d'ici là et ...et en fait j'ai pas regardé euh, plus en détails et j'ai pas eu de rappels, par justement, des gens qui sont... qui étaient gênés avec ça, qui, il y'a des choses qui auraient pu me dire « tiens, tiens, une éjaculation précoce, tiens c'est l'occas comme ça, de, de regarder la, ton... boulot et ce que tu m'avais demandé » donc voilà, c'est ça les deux, tout simplement, les deux principales causes qui ont fait que ... j'ai pas été très réactif et voilà, y'a pas eu d'inclusion.

IMG 1 : D'accord. Et qu'est-ce qui était positif pour toi dans l'étude ?

Dr 5 : Bah c'est que déjà l'étude en soi, c'est hyper intéressant, c'est quelque chose euh... bah qui est pas évident donc euh... du coup à aborder donc qui est pas justement, à mon avis, qui a pas dû être recherché euh... qui...qui est pas assez recherché c'est pour ça que c'est intéressant, ça pourrait, nous on... un manque aussi de ... de connaissances, de formations pour répondre à des problèmes, si des jeunes... enfin des hommes, pas des jeunes jeunes,... des plus vieux viennent donc, c'est hyper intéressant comme sujet, vraiment au niveau, le sujet, le sujet en soi est... positif, j'aurai aimé le refaire et il aurait peut-être fallu, à la limite, je sais pas plus me... me relancer, enfin, je sais pas. Moi, c'est vraiment ça en fait, c'est que du coup, c'est tombé à l'eau parce que voilà, c'était... j'm'y suis pas mis, j'ai lu la première fois et c'était p't'être pas assez simple, pour moi, je sais pas, enfin pour intégrer, pour que je puisse le faire comme ça euh...facilement sans, je sais pas ...

IMG 1 : Donc si je comprends bien, les principaux freins à l'inclusion ça a été le côté un peu chronophage ?

Dr 5 : Euh... ouais, oui. Oui, même si à mon avis il aurait suffi que je me mette une demi-heure dedans et une demi-heure c'est pas grand-chose mais oui en fait, mais vu tout ce qu'on a ..euh ... oui, si, oui... chronophage oui mais...j'aime pas dire ça parce que une demie heure c'est rien par rapport à tout ce qu'on fait mais...mais vu qu'on est quand même vachement sollicité pour plein de choses et que au niveau des priorités, euh... il faut comprendre que c'est, même si c'est très important pour vous, euh... bah nous dans nos priorités, voilà, ça passe pas dans les deux ou trois plus...des choses les plus importantes euh... à faire pour nous donc c'est pour ça qu'il aurait fallu je pense, euh... soit, nous relancer, soit nous...je sais pas...par mail, revenir directement ou plus nous...je sais pas, je ne me souviens plus, par exemple, qu'est-ce que j'avais... comment il fallait que je fasse exactement, si tu veux quoi...

IMG 1 : Parce que il y'a eu des relances par mails, le tapis de souris, ... euhh

Dr 5 : Par mails y'a eu du coup ?

IMG 1 : Ouais, plusieurs fois.

Dr 5 : D'accord, et bein... j'ai pas, après on reçoit tellement de mails aussi que du coup euhh... ok bon.

IMG 1 : Non ouais, j'ai essayé aussi par téléphone mais c'est vrai que...bein vous êtes pas toujours disponibles... euh, et tapis de souris, je sais pas si tu l'as reçu ?

Dr 5 : Ah non...

IMG 1 : Non ? ah oui

Dr 5 : Euh...je pense pas du coup.

IMG 1 : D'accord.

Dr 5 : Euh... que tu avais envoyé tu ...

IMG 1 : Ouais, ça a dû être envoyé y'a... y'a à peu près... vers juin de cette année. Un tapis de souris rappelant les motifs d'inclusion.

Dr 5 : D'accord et bah écoutes, je ne l'ai pas reçu parce que sinon ça m'aurait... en fait, euh... non, je, franchement, je l'ai pas eu. Je suis désolé

IMG 1 : Bah non, non, c'est nous qui sommes, c'est moi qui suis désolée

Dr 5 : Bah non mais en fait, en fait c'est je pense que le problème avec les mails, c'est que maintenant, c'est devenu, enfin...encore plus, aussi simple que de recevoir des SMS ou des... un appel du coup, on a accès aussi facilement à nos mails que à nos SMS donc on en a tellement en fait, du coup c'est pareil, faut trier et voilà et p't'être que si...enfin, moi de mon côté, c'est pas un reproche du tout, mais

IMG 1 : Non, non

Dr 5 : Mais si tu étais peut-être revenue, si je t'avais eu au téléphone par contre là, là, ça m'aurait... du coup p't'être relancé mais voilà, je sais pas ce qu'il y a eu. Pour moi, c'est ça, le côté chronophage, c'est pas je pense, c'est pas réellement le, le côté organisation pour que euh... euh pour plus mâcher le boulot, pour les médecins du coup.

IMG 1 : D'accord.

Dr 5 : C'est, ça nous dérange pas de le faire parce que euh, ça fait partie de vos thèses et nous, on accepte, en général toutes les thèses quand elles nous intéressent mais c'est le côté organisation qui, pour moi euh ...euh voilà, j'aurai p't'être aimé être sollicité de, p't'être en, en, étant rappelé par téléphone ou que tu reviennes directement, p't'être que ça m'aurait euh... voilà... rappelé tout simplement.

IMG 1 : Le motif en soi, c'est pas, ça n'a pas été un souci ?

Dr 5 : Ah non, je ne pense pas. Non, non, pas du tout parce que au contraire, je pense que ça aurait pu être très intéressant et non ... pour moi, je pense pas, c'est pas...pour ma patientèle ça n'aurait pas posé de soucis je ne pense pas.

IMG 1 : Les documents de l'étude ils étaient disposés à proximité ?

Dr 5 : Non, les documents de l'étude justement je ne sais même plus, tu me les avais donnés en mains propres ?

IMG 1 : Oui.

Dr 5 : Du coup, ok. Et bein, ils ont dû être...

IMG 1 : Etre rangés quelque part ?

Dr 5 : Ouais ou même euh...euh être rangés ou même partir à la poubelle je pense et... du coup... et c'est pour ça aussi en partie je pense et parce que je les ai pas revus après du coup...

IMG 1 : D'accord.

Dr 5 : Parce que, enfin, on a un tas de papiers enfin je peux te montrer, je suis rentré de vacances lundi euh... et je peux te montrer dans ma bannette, j'ai ça, j'ai ça de papiers du coup, ça me fait, c'est mon 3^{ème} jour de retour de vacances. Donc c'est pour ça que ça peut aller très vite justement et euh... pour les thèses, je pense, ouais il faut quelque chose de de ... synthétique. Alors, c'est compliqué parce qu'une thèse c'est un sacré boulot et...et tu peux pas résumer en une page ce qu'il faut qu'on fasse

IMG 1 : On avait essayé.

Dr 5 : Mais voilà, je pense c'est ça surtout. Mais pas chronophage parce que ça serait vraiment, ça m'aurait pas pris beaucoup de temps, c'est la façon de nous relancer et d'organiser euh... d'organiser pour les médecins, je pense.

IMG 1 : D'accord, l'organisation et y penser.

Dr 5 : Voilà, c'est ça.

IMG 1 : Et, est-ce que... pour...pour faciliter la participation, est-ce que tu as d'autres idées que celles que tu as données ?

Dr 5 : Euh... je pense, effectivement, que un rappel euh... un rappel à l'ordre entre guillemets bien je sais pas... si par exemple, il y avait eu des coups de téléphone ou que tu étais revenue ou, que tu avais euh ou que quelqu'un de l'étude était...enfin je sais pas combien, combien y avait à peu près de ...

IMG 1 : On était deux internes.

Dr 5 : Et de médecins combien vous aviez à inclure ? Combien de médecins, incluait de patients ?

IMG 1 : Une vingtaine.

Dr 5 : Ouais, je pense que si en ... en passant un coup de fil même en y allant un peu plus au culot même tous les mois ou toutes les deux semaines, je pense que ça aurait pu me, me, ça aurait pu le faire.

P't'être pas passer mais au moins par téléphone parce que c'est quelque chose où, où, je peux si je t'ai au téléphone une fois ou ton collègue ou ta collègue... je vais dire oui voilà ok, et oublier, mais en étant rappelé après voilà on se dit c'est bon, faut pas, voilà... on va le faire,

on va regarder, on va se lancer, on va s'y mettre sérieusement alors que par mails, c'est... il y a une quinzaine de mails dans la journée et du coup, voilà. Donc pour moi, c'est plutôt de la façon de euh... de relancer les gens et, je me souviens, je sais que quand tu étais partie je m'étais dit, « ok, c'est vachement intéressant par contre j'ai pas tout compris, il faut que, je lise et que je me replonge dedans pour bien capter, vraiment, au niveau de l'inclusion », donc je sais pas p'tête au niveau de la méthodologie euh, pour nous, pour que ce soit plus simple quoi.

IMG 1 : D'accord parce que...ouais... c'est un peu loin maintenant... d'accord. Est-ce que y'a d'autres suggestions, d'autres remarques à faire ?

Dr 5 : Euh... non, mais que ... je... toutes mes excuses du coup. Je suis désolé mais c'est vrai que

IMG 1 : Non, non, mais c'est intéressant de voir pourquoi

Dr 5 : Ouais, nan mais voilà, c'est vrai que, en fait, on... je sais pas, enfin je sais pas si tu... tu veux faire de la médecine générale plus tard ? Tu vas t'installer en libéral, tu verras que, en fait, tu as de... tu es vachement sollicité, du coup, même si, voilà, tu prends pas d'autres, euh fonctions, à côté, que tu fais ta médecine générale euh du coup, tu es sollicité de... enfin par courrier, par mails, etcetera euh quasi tous les jours, du coup, euh moi je trie même plus dans ma bannette, je regarde rapidement qu'est ce qui est important à la limite et la couleur presque du, des documents et le reste, je jette, tellement on est sollicité, donc c'est pour ça qu'on, voilà, tu verras que en fait, pour les thèses, faut, enfin je pense il faut y aller plus, c'est ça, plus y aller au culot et aller directement nous communiquer de façon orale ou physiquement comme ça, bon, même si ça prend du temps mais au moins, par téléphone tu vois, un p'tit coup de fil de , de 2 minutes et ... pour relancer quoi.

IMG 1 : C'est vrai que, nous, de notre côté, ce qui nous semble difficile justement, c'est l'impression de prendre du temps au médecin...

Dr 5 : Ouais mais non, parce que après nous, de mon côté, moi je, ça ne pose pas de soucis en fait, non, parce que, je ... euh...vous avez des médecins qui vous ont dit que, que ça les embêtait ou qu'ils n'avaient pas le temps de... ?

IMG 1 : Oui.

Dr 5 : Non, moi j'ai pas c'est pas, pas du tout en fait... euh c'est tout simplement qu'il aurait fallu me rappeler, c'est pour ça que je bosse en groupe et que j'ai une secrétaire, enfin, que par notre installation, on a une secrétaire qui est à plein temps parce que, sans secrétaire, je serai incapable de gérer euh... la moitié de, des, des papiers et des choses à organiser aussi, voilà, c'est pour ça. Mais moi y aurait pas eu, aucun souci à ce niveau-là, je pense pas et... parce que c'est important. Je veux dire c'est votre thèse, donc voilà si ... je me serai pas permis de ...de vous rembarrier ou quoi que ce soit, surtout en ayant accepté au début et en disant que le sujet était intéressant et que, j'étais motivé pour y participer mais en fait, j'ai eu un moment où je, voilà, je savais plus si la thèse était finie ou pas euh ... voilà quand tu m'as appelé je me suis « tiens bizarre » je pensais que c'était fini depuis longtemps, j'avais pas eu de nouvelles du tout donc je savais plus quoi.

IMG 1 : Très bien, merci. »

Verbatim n°6

Entretien n°6 **E6** : Groupe témoin. 7 patients inclus. Durée : 8'50.

« IMG 1 : Quel est votre ressenti général vis-à-vis de l'étude GetUP ?

Dr 6 : Alors en fait, souvent j'oubliais. C'était souvent ça, en fait, j'ai inclus en général les patients à posteriori. C'est-à-dire que je voyais le patient, dans une... dans l'effervescence de la consultation ou autre, parce que souvent c'était pas le motif principal et ... souvent, c'est après, une fois que... je me suis dit « mince, j'aurais dû le... j'aurais dû l'inclure », alors soit en fin de matinée soit... donc je rappelais le patient en lui demandant si il était d'accord. Je lui laissais les papiers à remplir tranquillement chez lui et puis il me les ramenait. C'est souvent comme ça, je dirais, dans plus de 50 % des cas sur les patients où j'y ai pensé, en fait, après, pas sur le coup parce que j'étais vraiment dans la consultation. Voilà. Mais ça m'a pas posé, enfin, ça n'a pas posé problèmes aux patients à qui j'ai proposé et moi, ça ne m'a pas posé problèmes non plus, enfin moi, après on choisit les gens qui sont susceptibles de, d'être réceptifs aussi.

IMG 1 : Réceptifs, quand vous dites réceptifs...

Dr 6 : Dans le sens où les gens on sait qu'ils vont le faire. C'est-à-dire qu'ils vont, ils disent « oui » mais on sait qu'ils vont le faire derrière, qu'il n'y ait pas « oui » et après laisser le truc et ne jamais nous le ramener en fait.

IMG 1 : D'accord, plus les patients qui sont susceptibles d'accepter et de

Dr 6 : En fait voilà, d'accepter alors, c'est vrai que souvent à la consultation, je me disais : « bah voilà, ce patient-là, il rentre dans les critères de l'étude donc je vais l'inclure et effectivement, lui, je pense qu'il va donner son accord et qu'il sera comment... conciliant pour renvoyer à 15 jours ou à 3 semaines le deuxième questionnaire ». C'est vrai qu'il y a certains, des fois, où l'on se dit... je pense notamment à ... puisque vous parliez de problèmes psychiatriques, y'a des fois, des gens qui, enfin, j'ai quelqu'un en tête où de de toute façon, comme il est paranoïaque, euh... il était hors de question, voilà, même si il venait pour du stress, de lui proposer ça, parce que de toute façon, il aurait posé trop de questions, déjà la consultation, c'est compliqué, donc voilà, ce genre de patients, on peut pas, même si on y pense éventuellement, on se dit que c'est même pas la peine, ça va ...voilà.

IMG 1 : C'est trop compliqué. Et qu'est-ce qui vous avait motivé à participer à l'étude ?

Dr 6 : Moi, ça ne me dérange pas d'aider les gens à faire des thèses. Voilà.

IMG 1 : D'accord. Vous avez participé à d'autres recherches, à d'autres études, en médecine générale ?

Dr 6 : Des études, non. Euh... si, je crois qu'il y avait eu une sur le... la pose d'implant, en fait, contraceptif. La personne était venue, m'avait proposé... m'avait montré la démonstration, était revenue après me demander si ça avait changé mon point de vue. Donc, ça n'avait pas changé mais... alors... j'ai pas mal maintenant de, de demandes de répondre à des questionnaires par internet, alors il y'a un moment où on ne va pas pouvoir répondre à tous. Mais c'est vrai que, quand j'ai fait ma thèse, j'ai eu besoin de médecins généralistes qui me répondent donc je trouve un peu normal aussi d'aider quand on a besoin de faire des recherches, puis c'était pas, voilà, c'était pas très compliqué... c'était pas quelque chose qui me gênait dans le sens de la démarche en fait.

IMG 1 : D'accord. Donc vous m'avez dit que ce qui vous a le plus... en gros les freins pour inclure c'était, surtout le fait d'y penser ?

Dr 6 : Le fait d'y penser.

IMG 1 : Est-ce qu'il y avait d'autres choses ?

Dr 6 : Non.

Alors, ça... effectivement le... au moment de la consultation, je pense, y a eu une ou deux fois, y 'a eu quelqu'un qui a dû faire en consultation, ça prend un petit peu de temps si la salle d'attente est pleine. En fait c'est ça, ça c'est un petit peu... ça dérange le fait de prolonger, en fait la consultation parce que déjà que les consultations sont souvent déjà un petit peu longues, c'est vrai que si on prend 2-3 minutes en plus le temps qu'ils remplissent, qu'on leur explique, voir même plus que 3 minutes... voilà, ça peut être un frein à pour inclure

IMG 1 : Le temps oui c'est sûr

Dr 6 : C'est pour ça que en y pensant après, quelque part, ça m'a arrangé. Parce que en fait, ça n'a pas pris sur la consultation. J'ai rappelé les patients par téléphone, je leur ai expliqué par téléphone à un moment où j'étais disponible et ça s'est bien passé. J'ai expliqué que c'était pour une thèse, les gens n'ont pas posé de problème pour aider pour une thèse. C'est vrai qu'au moment de la consultation, si il avait fallu inclure tous ces patients-là, y a des fois où ça m'aurait posé problème parce qu'effectivement le temps...

IMG 1 : Oui, en médecine générale...
et les documents, ils étaient disposés... ?

Dr 6 : Ils sont là, ils étaient là, juste à côté de moi.

IMG 1 : Et vous avez reçu un tapis de souris ?

Dr 6 : Oui.

IMG 1 : Oui.

Dr 6 : Oui, que je n'ai pas mis parce que je préfère celui-là qui est plus ergonomique pour mon poignet....

IMG 1 : Non, mais vous l'avez reçu déjà ! (rires)

Dr 6 : Il est là, il est pas perdu ! Il est là mais il est ... (rires)

IMG 1 : Et à quel point des éléments, justement des éléments comme le tapis de souris, les mails et les éventuels coups de téléphone, vous ont permis de vous rappeler...

Dr 6 : Oui, oui, ça peut relancer... quand vous m'avez rappelée, je sais plus, à un moment où ... bah forcément, voilà je me suis dit « ah bah oui, y a ça » parce que y a un moment, même si c'est pas très loin, on oublie parce que, voilà, nous-mêmes, on est, nous-mêmes avec d'autres soucis de patients ou qu'on est fatigué ou que les vacances approchent et qu'on y pense aussi et que... (rires)

IMG 1 : Oui, c'est sûr. D'accord et qu'est-ce que vous avez trouvé de plus efficace ? dans les relances ? euh... parce que je vous ai envoyé quelques mails, je ne sais pas si vous les avez reçus ?

Dr 6 : Alors, les mails, je ne les lis pas, parce qu'en fait je vais très peu sur ma boîte mail, non, c'est les coups de téléphone.

IMG 1 : Les coups de téléphone.

Dr 6 : Moi, c'est les coups de téléphone qui m'ont le plus aidée.

IMG 1 : Et le tapis de souris ?

Dr 6 : Le tapis de souris, oui, ça a relancé. Voilà.

IMG 1 : Comme une lettre ou comme...

Dr 6 : Voilà, c'est ça

IMG 1 : Un petit rappel.

D'accord, comment vous avez intégré euh..., vous m'avez dit que vous avez souvent rappelé des patients ?

Dr 6 : Oui.

IMG 1 : Et comment vous leur avez présenté l'étude ? Vous leur avez dit que c'était pour une thèse ?

Dr 6 : Alors je leur ai présenté, en fait, je leur ai dit : « bah voilà, j'ai quelqu'un qui fait une thèse, sur bah par exemple, les problèmes urinaires, on en a parlé, est ce que vous accepteriez de remplir en fait, un questionnaire, voilà, j'ai dit qui est vraiment informel, qui n'est pas... comment, qui n'est pas intrusif sur le plan de la vie privée, enfin, voilà. J'ai dit qu'il n'y avait vraiment pas de soucis, que j'avais vraiment toute confiance par rapport à la thèse, enfin j'ai aussi rassuré, et c'est vrai que les questions étant assez générales, n'impliquaient pas non plus des détails précis pour certains patients, qui auraient pu être gênés, par exemple si on leur demandait quelque chose de... d'intime, notamment pour les troubles érectiles ou quelque chose comme ça donc ...

IMG 1 : D'accord, très bien.

Dr 6 : Non, non en général, voilà, quand j'ai présenté ça, en leur disant, en leur demandant si ils acceptaient, si je pouvais leur laisser les papiers à l'accueil, j'ai, j'ai pas eu de refus. Mais bon, c'est vrai que c'est un moment où voilà, on était calme, on était en dehors de la consultation aussi, on n'était pas dans le feu de l'action et du ... je dirais du motif de fin de consultation « ah j'ai aussi ça ou... » donc là aussi, on pouvait se poser, et puis je pouvais aussi expliquer, sans moi-même être pressée.

IMG 1 : En ayant plus le temps

Dr 6 : En ayant plus le temps

IMG 1 : Et, enfin, une dernière question, si vous y avez réfléchi, comment nous aurions pu faire pour améliorer votre participation ?... et celle des autres médecins en général ?

Dr 6 : Humm... difficile... euh... je sais pas, sincèrement, je ne sais pas. Parce que moi, j'ai une clientèle qui est plus féminine que masculine. Donc c'est vrai que déjà, la proportion de femmes est plus importante, donc voilà...elle était moins concernée par l'étude. Après euh... je sais pas, sincèrement, je ne sais pas comment on aurait pu essayer de Parce que relancer plus, c'est un peu difficile aussi, de pas tomber dans... dans voilà, la relance systématique... enfin dans le « harcèlement » entre guillemets.

IMG 1 : C'est toujours la limite

Dr 6 : Voilà, est-ce qu'on relance trop, est ce que...

IMG 1 : Souvent c'est ce qui ressorti mais c'est vrai qu'on

Dr 6 : Moi, moi j'ai pas eu l'impression ... mais, je sais pas ou alors... Non et puis peut-être, comme je vous dis, j'avais plus de femmes quand même, globalement dans les consultations et puis... les motifs urinaires, y'en n'a pas beaucoup. Globalement, dans mes consultations, j'ai pas beaucoup de motifs urinaires et les problèmes psychiques, en fait, c'est souvent des gens qui ont déjà, par exemple simplement juste une benzodiazépine au long cours, et on n'y revient pas forcément au moment de la consultation, ça fait partie du renouvellement, du reste du traitement... et c'est vrai qu'on va pas s'attacher parce qu'on va se dire « bah non, on n'en n'a pas parlé ».

IMG 1 : Oui, on se centre plus sur un autre problème ce jour-là.

Dr 6 : Voilà, on se centrait plus sur un autre problème, voilà.

IMG 1 : Et euh... dans les motifs d'inclusion, y'en a certains sur lesquels vous vous êtes centrée plus que d'autres, ou pas particulièrement ?

Dr 6 : Les urines plus, les problèmes urinaires... c'est celui-là qui faisait plus tilt en fait

IMG 1 : Y'a des motifs qui interpellent plus

Dr 6 : Oui, en se disant, « tiens celui-là », parce que souvent, les gens venaient plus aussi pour ça... ou alors, y'avait, on va dire deux motifs de consultations, il y avait un petit truc, plus, plus ça et c'est vrai que à ce moment-là, j'y pensais...mais voilà.

IMG 1 : Et vous avez des remarques à faire ?

Dr 6 : Non, non, je n'ai pas de remarques. Au début, c'est un peu difficile de s'y retrouver dans les papiers qu'il fallait garder, sur le premier, après, ça va tout seul, comme dans toutes choses nouvelles ...

IMG 1 : Plus on en fait, plus on est à l'aise.

Dr 6 : Voilà, tout à fait.

IMG 1 : Très bien, merci d'avoir participé. »

Verbatim n°7

Entretien n°7 **E7** : Groupe témoin. 7 patients inclus. Durée : 17'28.

« IMG 2 : Du coup, pour commencer, moi je voulais récupérer, euh, ton ressenti général par rapport à l'étude déjà...ressenti global.

Dr 7 : C'est pas facile de... d'amener ça aux gens, je crois que j'y pense pas déjà forcément d'un premier, premier abord, euh... surtout les problèmes urinaires ou euh, sexuels que j'ai pu, ou anxio-dépressifs que j'ai pu voir, euh, j'ai pas eu le réflexe. Alors, est ce que c'est parce que, hmm... je pense que je ne l'ai pas exposé, je l'ai plutôt euh...je l'ai plutôt axé sur les problèmes urologiques et pas sur les problèmes anxio-dépressifs. Je crois qu'on avait le choix ?

IMG 2 : Oui

Dr 7 : Pour pouvoir euh, tout ce qui était anxio-dépressif donc on pouvait le mettre là-dedans aussi, et je pense que cela je l'ai occulté.

IMG 2 : Donc tu t'es concentré sur le...euh... l'urologique

Dr 7 : Je me suis concentré sur le uro euh...urologique
Et sur le côté uro, ben, sauf quand tu m'as relancé une semaine-là, où je t'en ai fait 4-5 dans la semaine parce que euh... je pensais que t'en avais vraiment besoin, définitivement, et que c'était moi qui était le petit retardataire et euh, voilà. Donc là j'ai été, j'ai plus axé, j'y ai vraiment pensé sur une semaine, et euh voilà. Mais je pense que j'ai occulté tout le côté, hmm, tout le côté anxio-dépressif.

IMG 2 : Urologue euh, et sexuel ? Parce que tu dis urologique...

Dr 7 : Oui, urologique, sexuel, bah, pour moi c'était axé que là-dessus.

IMG 2 : D'accord

Dr 7 : Donc c'était une porte d'entrée euh...assez restreinte, ou peut être assez délicate, à mettre en place, à en parler, parce que euh, les gens, euh, bah ils ont déjà leurs problèmes urologiques

IMG 2 : Ouais

Dr 7 : Donc est-ce que je vais leur mettre une autre couche avec euh...

IMG 2 : D'accord

Dr 7 : Voilà, je pense que c'est plutôt ça

IMG 2 : Donc il y avait, ils avaient déjà des problèmes, et tu voulais pas en plus les charger avec une étude euh... en plus quoi

Dr 7 : Ouais, voilà

Le côté de devoir, euh, sachant qu'ils allaient être rappelés, parfois ça me freinait un petit peu, parce que je me dis, est ce qu'il a vraiment envie d'être appelé par derrière, donc je pense que ça a pu me freiner ça.

IMG 2 : Oui, rajouter une charge.

Dr 7 : Oui
(Nous sommes coupés par la secrétaire...)

IMG 2 : D'accord.

Alors. Du coup le coté, oui, pas surcharger les gens avec d'autres, un rappel, peut-être que le rappel était potentiellement problématique ?

Dr 7 : Le rappel pouvait être problématique.

IMG 2 : D'accord. Et du coup, tu parlais de...

Dr 7 : Pas pour eux, pour moi.

IMG 2 : Tu penses ?

Dr 7 : Oui, je pense, enfin, c'est comme ça que je le ressens. C'est : est-ce qu'ils vont devoir encore être rappelés, est-ce qu'ils ont envie, est-ce que ça va pas les faire chier...et voilà.

IMG 2 : D'accord, ok. Et du coup tu dis euh, il y a une semaine où en effet tu as été productif, et... alors qu'est-ce qui t'as permis d'euh, plus d'y penser ?

Dr 7 : Les quarante post-it qu'il y avait sur mon bureau...
Oui, le fait que tu m'aies relancé et que euh...

IMG 2 : Donc les relances.

Dr 7 : Voilà, et comme j'avais pas été bon au départ, euh, je voulais montrer que j'étais capable de faire mieux, et du coup j'ai pas été plus, euh, plus loin dans le truc.

IMG 2 : D'accord, donc la culpabilité aussi ?

Dr 7 : La culpabilité a joué.

IMG 2 : Ok, euh... quelle était ta motivation à la base pour participer à l'étude ?

Dr 7 : Hmm... Faire plaisir à mon interne déjà. Euhh...surtout. Alors je participe à certaines études euh... sur certaines thèses, parce que euh...soit que le sujet m'intéresse, ou soit je me dis que ça fait longtemps que j'ai pas participé, et je trouve que c'est bien de participer de temps en temps à certaines études. Euh, pendant ce laps de temps j'ai été contacté à plusieurs reprises pour des thèses. Euh... j'ai refusé. Dont une où on m'a relancé, re-relancé et re-re-re-relancé dernièrement. Ce d'autant plus qu'elle était rémunérée.

IMG 2 : D'accord

Dr 7 : Pour moi j'ai dit non.

IMG 2 : Donc la rémunération ne rentre pas en ligne de compte pour toi.

Dr 7 : Pour moi pas du tout, parce que euh...parce que je trouve que ce n'est pas...pour des travaux de thèse comme ça...même si on a des finances, c'est pas à moi d'en profiter.

IMG 2 : Ok. Donc c'était pour euh...enfin pour euh...me faire plaisir à moi.

Dr 7 : Pour faire plaisir à l'interne

IMG 2 : Et aussi, d'un autre côté quand même, tu participes à des thèses, de temps en temps

Dr 7 : Oui, ça m'arrive. Pas tout le temps, parce que j'ai pas envie d'en faire tout le temps tout le temps, mais je veux dire, une à deux fois par an, je suis capable de remplir des questionnaires.

IMG 2 : Ok. Hmm...Globalement, hormis, là on parlait de la semaine où t'as été productif, comment tu faisais pour y penser. Est-ce que t'avais pensé ou mis en place des choses en consultations pour y penser.

Dr 7 : Non, j'ai pas mis, je me suis pas mis un post-it dans la tête, en me disant « il faut que je pense à cette thèse, il faut que je pense à ce travail », ou quoi que ce soit. Il fallait que j'y pense, au moment où je voyais la personne.

IMG 2 : Donc c'était au moment de la consultation.

Dr 7 : Oui, au moment de la consultation.

IMG 2 : Et tu sais...pardon...t'as vu, tu as remarqué des choses qui t'avaient fait penser lors de la consultation ?

Dr 7 : Non, c'est vraiment...alors c'est peut-être, je pense, quand il y avait des grosses pathologies...enfin des grosses pathologies, ou des pathologies urinaires, ou trouble de la sexualité...déjà trouble de la sexualité, ils viennent t'en parler, mais c'est pas non plus...en général c'est pas le premier motif de consultation, c'est toujours un motif un petit peu caché. Et sur les hmm... sur les problèmes urologiques euh...c'est vrai que c'était pas rentré...dans mon protocole de suivi. Par exemple : toutes les personnes à qui j'ai pu faire des touchers rectaux dans la dernière année, j'avais pas ma petite lumière qui s'allumait, alors que c'est peut-être comme ça qu'il aurait fallu... enfin ça aurait été un bon moyen peut être de...stimuler, de me stimuler moi pour faire le questionnaire. Voilà.

Euh, le petit truc de la souris, ça m'a pas aidé non plus.

IMG 2 : Ça t'a pas aidé.

Dr 7 : Non, le petit tapis de souris, ça m'a pas aidé.

....

IMG 2 : Euh, ça a fait l'effet inverse ?

Dr 7 : Oui, je pense...

IMG 2 : Tu peux préciser ?

Dr 7 : Je pense que c'est un gadget. Je pense que ça a un coût. Alors ça fait certainement partie d'un budget de recherche ou d'un budget de thèse. Je trouve pas ça très... je trouve pas ça très bénéfique en fait, entre guillemets...ou très scientifique.

IMG 2 : Très bien. Hmmmm

Dr 7 : Ludique, mais pas scientifique.

IMG 2 : Ludique, mais pas scientifique. Hmm... est-ce que tu hmm... saurais m'expliquer comment tu présentais l'étude aux gens ?

Dr 7 : Alors quand j'y pensais, ben je leur disais spontanément que j'avais euh...que j'avais un interne qui présentait, qui faisait un travail de thèse sur euh...sur ce...sur le motif, alors quand c'était, en général c'était plutôt sur le motif uro, donc, ou trouble sexuel, je l'exprimais comme cela. Puisque j'avais pas, comme je te dis, cette approche « anxio-dépressif » ... Et je leur disais que ça n'allait pas leur prendre beaucoup de temps, qu'on allait remplir le questionnaire ensemble et, est ce qu'ils étaient d'accord ou pas d'accord de participer. J'ai jamais eu de refus.

IMG 2 : T'as jamais eu de refus.

Dr 7 : Non

IMG 2 : D'accord. Et tu faisais remplir tout dans ton bureau ? Tout ensemble ?

Dr 7 : Oui, je prenais le temps de remplir, je remplissais et ils remplissaient avec moi.

IMG 2 : D'accord, le consentement...

Dr 7 : Le consentement, les papiers que je leur donnais à la fin, l'interrogatoire...tout était...

IMG 2 : D'accord, tout était rempli en même temps

Dr 7 : Oui.

IMG 2 : Ok, très bien.

Dr 7 : Pour être sûr que je les ai au moins, ceux-là.

IMG 2 : Oui, ok. Est-ce que tu vois des freins, enfin, quels ont été les freins pour le recrutement ?

...

Tu disais tout à l'heure que t'y pensais pas, déjà tout le côté anxio-dépressif t'y pensais pas.

Dr : Je pensais pas au côté anxio-dépressif, euh...est-ce que il n'y avait pas un frein non plus, de ma part, ou tu te fais des fausses idées et tout ça, que...sur le plan uro-sexuel, les hommes n'aiment pas en parler, donc pas envie d'aller les gêner plus qu'ils ne le sont déjà avec ça. Voilà, je pense que c'est plutôt ça qui me gênait le plus en fait. Alors, c'est peut-être parce que je suis pas à l'aise non plus d'aborder, franco de port, tout le questionnaire, même si le questionnaire, c'est vrai là-dessus il était assez euh... « light », il n'y avait pas de question euh... il n'y avait pas de question... A connotation, ou gênante pour le patient par rapport aux rapports, à d'éventuels rapports sexuels ou pas, donc euh...

IMG 2 : Oui, c'était pas trop intrusif quoi.

Dr 7 : C'était pas trop intrusif.

IMG 2 : D'accord, euh, ok. Est-ce qu'il y a eu des problèmes de euh...en rapport avec le nombre de patients à inclure ou... le temps que ça prenait...est ce que tout cela ça t'a freiné ?

Dr 7 : Non ça ne m'a pas freiné. Après à la lecture du questionnaire, je voyais pas trop à quoi ça menait.

IMG 2 : Oui.

Dr 7 : Je pense que les questions posées, sans savoir quelles étaient tes attentes réelles par rapport à ce questionnaire-là, euh, je voyais pas trop l'intérêt que ça pouvait...apporter...et qu'est-ce que t'allais pouvoir en tirer.

IMG 2 : D'accord, un peu vague.

Dr 7 : Oui

IMG 2 : D'accord, ok. Hmm... les documents étaient où ?

Dr 7 : Ils sont sur mon étagère juste à côté de moi.

IMG 2 : Très bien.

Dr 7 : Ils n'ont pas bougé.

IMG 2 : Est-ce que tu verrais des trucs, directement là, à améliorer.

Dr 7 : Pffff, euh... comme ça, par rapport à ce questionnaire ou par rapport à ...

IMG 2 : Par rapport à l'étude...en général.

Dr 7 : Ben, non, parce que, enfin, je ne sais pas ce que tu vas en tirer. En même temps, c'est toi qui fais le boulot, et c'est pas à moi de, voilà. Moi je vais pourrais être plus productif, si je me mettais, euh, dans la tête que c'était réellement euh, enfin, qu'il y avait un réel intérêt ou que...je pense.

Après, je ne sais plus combien j'en ai fait. En pas loin d'une semaine j'ai dû en faire en faire 5-6.

IMG 2 : Oui, plus peut-être même.

Dr 7 : Voilà, et je me suis arrêté là parce que je pensais que c'était la date, la deadline c'était la semaine que tu m'avais...ou tu m'avais

IMG 2 : Que je t'avais mise.

Dr 7 : Que tu m'avais mis comme deadline en fait, donc je pensais que ça s'arrêterait là. Alors après je pense que j'aurais peut-être continué un petit peu, enfin j'aurais pu...non, parce qu'après tu m'as dit que je pouvais continuer. Je pense que depuis je n'en ai pas fait un seul.

IMG 2 : Mais tu mets quand même l'accent sur l'intérêt quoi de... de l'étude, que tu ne vois pas là directement.

Dr 7 : Oui, oui, ou des questions euh...qui étaient... assez vagues quand même en termes de réponse, les gens étaient un petit peu euh...je me rappelle d'un des premiers un peu dubitatif : il s'était fait opérer de sa prostate, pour un néo de prostate. Il avait une soixantaine d'années, même pas. Il venait pour des problèmes, lui, suite à sa chirurgie prostatique, et puis, avec euh...des troubles hmm...des troubles de l'érection en plus, et lui je me rappelle, ça l'avait fait ricaner les questions. Parce qu'il trouvait ça un petit peu flou et un petit peu vague.

IMG 2 : Ok, et bien c'est très bien tout ça ! Euh...pour conclure, tu aurais euh...quelque chose à rajouter ?

Dr 7 : Non, je pense que...je sais pas si on peut continuer l'étude ?

IMG 2 : Tu peux continuer l'étude, c'est recommandé !

Dr 7 : Voilà, je pense que, on va voir, mais je pense que le fait d'être venu me remettre une petite couche supplémentaire aujourd'hui peut m'inciter à ...peut m'inciter à recommencer à refaire des ...

IMG 2 : Donc peut-être le rôle de...plus de sollicitations aussi ?

Dr 7 : Une sollicitation directe.

IMG 2 : Face à face ?

Dr 7 : Face à face comme ça, ou un coup de fil, ou euh...

IMG 2 : D'accord

Dr 7 : Plus que le tapis de souris. Ou plus que la proposition, ou du...pour parler d'une autre étude, du calendrier de l'Avent que j'ai eu pendant tout le mois de décembre.

IMG 2 : D'accord. Ok, très bien. Donc vraiment le contact.

Dr 7 : Oui voilà, un petit contact, un petit coup de fil, voilà. Après euh...

IMG 2 : Et alors, est-ce que tu saurais dire ce que ce serait une sollicitation directe ? Est-ce que... un mail c'est une sollicitation directe, ou bien un texto, ou... ou alors toi tu serais plus sensible à un coup de fil ?

Dr 7 : Si je connais... en connaissant mon...l'interne qui me propose l'étude, et qui me l'a présentée, il peut m'appeler, et il peut me solliciter. Voilà, solliciter par téléphone, par un mail aussi. Voilà. Et le côté personnel... plus un côté personnel que un côté commun peut-être. Après je ne sais pas, on est pas...y'en a pas forcément...je ne sais pas combien de médecins tu as sollicité pour ça, mais hmm...je pense que si tu personnalises le truc avec chaque médecin, si tu le sollicites personnellement, je pense que...voilà. Moi ça peut me permettre d'être plus...plus performant dans ma recherche de patients. »

Verbatim n°8

Entretien n°8 **E8** : Groupe témoin. 8 patients inclus. Durée :13'13.

« IMG 2 : Donc pour commencer, euh, moi je voulais récupérer ton ressenti général sur l'étude.

Dr 8 : Alors, mon ressenti général, c'est celui de...on voit pas bien l'objectif, à quoi ça sert. C'est très flou, c'est très large, ça me paraît, euh...je ne comprends pas, je ne comprends pas l'objectif principal.

IMG 2 : Oui, alors ça ça te euh...

Dr 8 : Ça me perturbe, parce que tu te dis tu fais une étude, et puis, euh... en te demandant : « à quoi ça sert ? ». Quand tu regardes les données, c'est quelque chose de très général, ça s'adresse pour les syndromes dépressifs, les problèmes urinaires, les problèmes sexuels...je ne vois pas le but de l'étude en fait.

IMG 2 : Oui, ok. Et du coup ton implication euh...

Dr 8 : Alors l'implication elle est compliquée... enfin, elle est pas très compliquée, parce qu'il suffit de trouver du monde pour le faire, mais du coup comme on voit pas très bien, on y pense pas, parce qu'il n'y a pas d'objectif précis. De plus, quand on y pense, c'est un peu galère à remplir, parce qu'il faut faire la...alors comment on appelle ça...la déclaration de consentement. Ça, moi j'en ai fait un avec le patient, ça m'a pris je ne sais combien de temps, il faut lui expliquer... donc ce que j'ai fait après...je ne les ai pas faits en fait. J'ai estimé, comme il n'y a pas de traitement, qu'il n'y a aucun risque...vital, donc c'est pas comme si tu faisais une étude sur les médicaments, donc je ne les ai pas faits.

IMG 2 : D'accord

Dr 8 : Après je donnais les recueils de données. Alors ça, le recueil de données, c'est simple. Le questionnaire de qualité c'était un peu compliqué, parce que, je ne savais pas trop si il fallait le remplir avec lui ici, ou on lui donnait, il fallait qu'il revienne après. Alors la plupart du temps, c'est qu'il le prenait avec, il restait dans la salle d'attente.

IMG 2 : Oui...

Dr 8 : Donc il fallait qu'il ait le carton, avec un stylo, qu'il le remplisse alors qu'il y avait du monde dans la salle d'attente...Tu vois, il y a un côté assez peu pratique...qu'il le donne à la secrétaire et qu'après on le récupère.

IMG 2 : Oui

Dr 8 : Côté assez peu pratique. J'ai trouvé dommage aussi, mais ça c'est l'étude euh, ça je ne savais pas, je me suis fait avoir, c'est que c'était que pour les hommes, pas pour les femmes.

IMG 2 : Oui, on a reçu euh...une femme, oui (rires).

Dr 8 : Voilà, globalement en fait ce qui m'a gêné.

IMG 2 : Et qu'est ce qui était le plus...le plus galère alors dans tout ça ?

Dr 8 : Euh...d'y penser, d'abord.

IMG 2 : D'y penser.

Dr 8 : C'est pas que j'ai pas envie de le faire...mais c'est d'y penser. En me disant, « tiens au fait, oui, alors, il faut que je le fasse ». Et ce qui est galère, c'est que quand tu vois quelqu'un et que tu lui dis « et bien, vous voulez faire une étude ? Oui, alors, attention, c'est une étude, mais il n'y a pas de médicament, alors...le consentement, le machin... » alors il y a tout un processus important. Ça aurait été bien plus simple si par exemple on avait juste un questionnaire à remplir...recueil de données ici, et que ce soit nous qui le remplissions en fonction de ce que le patient dit. Tu vois, on lui pose la question, euh...je prends le crayon et je lui dis « dans l'ensemble, pensez-vous que votre état de santé est excellent/très bon/médiocre » ...c'est très général tu vois. Et euh...je trouve que ça aurait été plus facile d'avoir quelque chose de...

IMG 2 : Donc pas un auto-questionnaire comme ça.

Dr 8 : Non, c'est toi qui le rempli à la limite. Bon ça te prend un peu plus de temps peut-être, mais au moins les choses sont calées. Sans...sans protocole à remplir.

IMG 2 : Oui, après ça c'est indépendant de notre volonté.

Dr 8 : C'est indépendant, mais c'est ingérable sinon. Il faut que tu le lises, quasiment avec lui...

IMG 2 : Donc le protocole, euh... l'information au patient, et le consentement, ça c'est quelque chose qui est...

Dr 8 : C'est rédhibitoire.

IMG 2 : Rédhibitoire, oui.

Dr 8 : Après je ne sais pas quelle est ton expérience par rapport aux autres, mais je suis persuadé qu'il n'y a pas un sur deux qui le fait, persuadé.

IMG 2 : Pour l'instant tu es le seul qui me dise ça, mais je verrai.

Dr 8 : J'en ai discuté avec mes collègues...on a décidé de faire pareil, hein.

IMG 2 : D'accord, d'accord.

Dr 8 : Bon, voilà moi ce que j'ai fait. En sachant que je l'ai fait non pas parce que je ne voulais pas le faire, mais parce que ça ne servait strictement à rien. Puisque c'est purement informatif, et qu'il n'y a pas de risque pour la santé des gens. Donc je me dis, « c'est bon ». Si il y avait des médicaments, je l'aurais fait.

IMG 2 : D'accord. Et donc tu dis, « remplir avec le patient, même si ça prend plus de temps » ... donc le temps c'est pas un critère limitant pour toi ?

Dr 8 : C'est un critère, mais... c'est des questions extrêmement floues...enfin, je ne sais pas...quand tu remplis ça...on ne sent pas le fil directeur.

IMG 2 : Oui, mais du coup le temps, c'est pas... ? Est-ce que ?

Dr 8 : Alors c'est pas un problème en soi, parce que si tu le fais avec le patient, tu peux le faire assez vite : « Au cours des quatre dernières semaines, avez-vous rempli » ...tu vois, tu as le temps, tu peux le remplir assez vite.

IMG 2 : D'accord

Dr 8 : Le patient vient, il rentre, il est inclus, tu dis bon, « on va faire un questionnaire, est-ce que vous êtes d'accord ? Vous êtes d'accord, ok... ». Donc on le fait remplir, à ce moment-là on pose des questions, et puis après on met de côté et c'est bon. Mais tu vois le fait de lui donner, de le ramener, de lui faire signer ça, en lui expliquant...après il y a une feuille à mettre dans le truc, il faut garder le rose, le mettre dans l'enveloppe, euh...bon, c'est pas compliqué, parce qu'on est capable de comprendre, faut pas exagérer, mais je veux dire, pour quelque chose de totalement volontaire de notre part, c'est...c'est pas simple.

IMG 2 : Ouai, il y a beaucoup d'étapes, tu as l'air de dire.

Dr 8 : Oui, il y a beaucoup d'étapes.

IMG 2 : Mmhh... quelles étaient tes motivations pour participer à l'étude à la base ?

Dr 8 : Alors, c'est une motivation qui va induire un biais statistique. C'est aussi parce que je connaissais bien la personne qui me l'a proposée, et donc c'est important, je l'aurais pas fait pour quelqu'un d'autre.

IMG 2 : Oui.

Dr 8 : Parce que je trouvais qu'il y avait un peu de boulot. Bon c'est pas énorme non plus tu vois, mais c'est parce que je te connaissais...donc je l'ai fait, par amitié (rires).

IMG 2 : Par amitié, et bien c'est une bonne raison ! Est ce qu'il y avait une autre raison, ou c'était la seule ?

Dr 8 : C'était la seule.

IMG 2 : La seule raison, ok. Est-ce que tu participes à d'autres études d'ailleurs ?

Dr 8 : Non.

IMG 2 : Aucune ?

Dr 8 : Non, je...ça m'est arrivé quelques fois, si. J'ai dû en faire 3-4, des études très simples. Mais des choses qui prennent du temps comme ça, enfin plus de temps entre guillemets, non, je ne fais pas.

IMG 2 : Oui, ok, d'accord. Hmm... est-ce que tu vois d'autres freins à l'inclusion de patients ? Parce que là tu as dit...tu as dit donc, qu'il y avait beaucoup de papiers, que les questionnaires étaient assez vagues...euh...

Dr 8 : Non il n'y a pas d'autres freins...le fait que ce soit...

IMG 2 : Par rapport aux motifs d'inclusion par exemple ?

Dr 8 : Non...après c'est vrai qu'il faut y penser, et il faut le faire, donc la plupart du temps on oublie. C'est sur le bureau, même quand tu as mis la pile sur le bureau ici...j'en ai fait un peu plus, et après je zappe quoi...je zappe, tout simplement.

IMG 2 : Et alors, justement, quand tu as réussi à inclure des patients, comment ça s'est passé ?

Dr 8 : Bien, impeccable.

IMG 2 : Alors, déjà, dans un premier temps, qu'est ce qui t'a fait y penser, est-ce que tu avais des réflexes qui te faisait y penser... ?

Dr 8 : Non, je n'avais pas de réflexe...si, en fait c'est parce que j'avais un harcèlement téléphonique me demandant de remplir tous les papiers (rires), donc je me disais « oh putain, il faut que je fasse, il faut que je fasse, il faut que je fasse, il faut que je fasse ! » et puis après je zappais, et je me disais « merde, j'ai oublié ! ». Donc, j'avais la pile sur mon bureau ici. Quand je voyais le papier vert, je me disais « olala, c'est vrai, il faut que j'en fasse un ». Pas de bol, j'ai eu... c'était une femme, deux fois je me suis fait avoir, entre guillemets. Et voilà, après j'ai oublié, parce que c'était un peu lourd aussi, c'est pour ça. Si c'était quelque chose de très simple, qui te prend une minute, tu peux le faire très facilement, à la fin de consultation. Tu dis « Au fait, tient, on va remplir ça ensemble, hop ».

IMG 2 : Mais tu dis, quand même, t'y pensais pas...

Dr 8 : Oui, j'y pensais pas.

IMG 2 : Et qu'est-ce qui t'a fait y penser, c'est donc les relances, insistantes, et donc le fait que ce soit là, sur ton bureau ?

Dr 8 : Ben je le voyais, oui, c'était sur mon bureau, donc c'était sur mon bureau, donc euh...le vert, la chemise verte.

IMG 2 : Ah oui, la couleur.

Dr 8 : La couleur, ça ça m'y a fait penser.

IMG 2 : Donc le visuel. Euh, quoi d'autre...les hmmm...Par rapport au nombre d'inclusions, ça t'a posé problème ou pas ?

Dr 8 : Non, non, c'est pas le nombre d'inclusion. C'est, euh...D'abord j'ai eu l'impression quand même de mal faire le travail qu'on m'a demandé. Parce que j'ai pas été...j'ai pas fait ce qu'on m'a demandé. Tout simplement. Donc, tu culpabilises un petit peu quand même. Tu te dis « mais attends, je fais une étude, pour une thèse, normalement on doit faire signer des papiers, que je ne fais pas signer. Est-ce que c'est sérieux, pas sérieux ? Tu te poses la question quand même. Donc je me suis dit que ça n'a pas d'incidence sur le euh... résultat, puisque euh... ici c'est pas le protocole, la signature du protocole qui va changer quoi que ce soit. Mais ça me gênait un petit peu quand même.

IMG 2 : D'accord. De ne pas être dans le protocole.

Dr : De ne pas être dans le protocole, parce que si t'es dedans, c'est chronophage.

IMG 2 : D'ailleurs, ils sont où les documents ?

Dr 8 : Ils sont là, dans le tiroir.

IMG 2 : Dans le tiroir, ok.

Et par rapport à...tu sais, le tapis de souris qu'on a envoyé. Est-ce que ça a changé... ?

Dr 8 : Non.

IMG 2 : je vois qu'il est sur ton bureau là.

Dr 8 : Ah celui-là ! Ah c'est le tien ! Je ne savais même pas !

IMG 2 :(rires) ... Oui.

Dr 8 : Non, ça n'a rien changé.

IMG 2 : Ça n'a rien changé, d'accord. Qu'est-ce que tu en penses ?

Dr 8 : Sincèrement, ce n'est pas une plaisanterie quand je dis « ah bon c'est le tien ? » Ce n'est pas une plaisanterie. Ah non, ça n'a rien changé du tout, rien.

IMG 2 : Ok, et qu'est-ce que tu en penses ?

Dr 8 : Du tapis de souris ? Et ben c'est pratique pour l'ordinateur, c'est tout, mais, je veux dire que c'est pas ça qui m'a fait penser. Et sincèrement, maintenant que tu me le dis je vois bien, il est top, mais euh...je ne savais pas que c'était ça.

IMG 2 : D'accord, ok.

Dr 8 : Comme quoi je ne regarde pas la pub, là-dessus.

IMG 2 : Oui, c'est ça. Hmm, les gens, du coup, ils remplissaient où finalement les... ?

Dr 8 : Dans la salle d'attente. Alors les premiers je l'ai fait avec lui, euh, mais en fait c'est pas comme ça qu'il fallait faire, donc je lui donnais le papier, dans la salle d'attente avec un crayon, la secrétaire donnait un support, et après il le déposait à la secrétaire, je leur disais qu'ils allaient être rappelés dans les deux semaines, euh...et puis après je mettais tout ça dans l'enveloppe, avec le recueil de donnée. Ça je le faisais en consultation, le recueil de données.

IMG 2 : Et est-ce que tu as réfléchi à quelque chose qu'on pourrait améliorer, ou est-ce que tu vois là quelque chose à améliorer ?

Dr 8 : Non, parce que je ne connais pas le...encore une fois, je ne connais pas le...but réel de cette étude. C'est à dire, je ne vois pas où on va. Je ne vois pas, donc je ne peux rien dire, parce que je ne sais pas à quoi ça sert.

IMG 2 : Oui, mais même dans le côté vraiment euh...pratique.

Dr 8 : Dans le côté pratique, supprimer la demande de...protocole.

IMG 2 : Oui, mais ça ce n'est pas possible, c'est une exigence des comités éthiques, euh...

Dr 8 : Voilà...supprimer ça d'abord. Recueil de données, ça c'est simple. Et ça à la limite, le faire avec le patient en consultation. Donc faire un questionnaire euh...où c'est nous qui posons les questions.

IMG 2 : Donc pour le questionnaire de qualité de vie.

Dr 8 : Après c'était un peu compliqué, parce que, tu comprends, par exemple, je prends la question 4 : « Au cours des 4 dernières semaines, en raison de votre état de santé, etc...avez-vous accompli, alors...toujours/la plupart du temps/souvent/parfois/jamais ? » ... alors tu répètes...le type il doit dire, ben, « souvent » ... « Avez-vous des difficultés, alors « toujours/la plupart du temps/souvent/parfois/jamais... »

IMG 2 : Hmmhmm.

Dr 8 : Tu vois, c'est un peu répétitif, donc...mais on ne peut pas faire autrement, dans ce genre de questionnaire. Mais ça pourrait être par exemple, euh... « Dîtes-moi de 1 à 6, un chiffre de 1 à 6 » ... ce serait beaucoup plus pratique, plus facile.

IMG 2 : Oui.

Dr 8 : Un peu comme l'échelle de la douleur. Ce serait beaucoup plus facile que de cocher une des quatre cases. Je pense que ce serait une amélioration à faire, et c'est beaucoup plus facile à répondre en mettant l'échelle sur un trait, 0-6, et « mettez où ça vous semble bien ou pas bien ».

IMG 2 : Oui, toujours dans l'objectif que ce soit rempli avec le euh...médecin.

Dr 8 : Avec le médecin, de manière à cocher plus facilement. Parce qu'il faut toujours lire « Toujours/la plupart du temps/souvent/parfois/jamais... », quand t'arrives à jamais, tu dis « toujours/la plupart du temps... » tu répètes quatre fois. Quand tu as une échelle visuelle, c'est totalement différent. Je pense que ce serait beaucoup mieux que d'avoir des cases à cocher.

IMG 2 : Donc avoir un questionnaire rapide qui puisse être rempli par le médecin, en présence du patient.

Dr 8 : Par le médecin, c'est plus simple, et modifier ces cases...par une échelle.

IMG 2 : Ok...Pour conclure ?

Dr 8 : Ben je suis content d'avoir aidé. Mais je ne suis pas satisfait parce que je n'ai pas été jusqu'au bout de ce que je t'avais dit que je ferais.

IMG 2 : Tu peux encore !

Dr 8 : Je peux encore ?

IMG 2 : Ce n'est pas fini.

Dr 8 : Bon ben écoute, je vais m'y remettre. »

Verbatim n°9

Entretien n°9 **E9** : Groupe témoin. 8 patients inclus. Durée : 15'38.

« IMG 2 : Alors du coup, pour commencer, moi je voulais récupérer ton ressenti général, euh... par rapport à l'étude.

Dr 9 : Oui. Ben, d'une part le questionnaire est un petit peu...bateau, c'est à dire que je trouve qu'il ne définit pas quelque chose de précis. Voilà, c'est...par rapport au thème bien précis de recrutement de l'étude, on se retrouve sur un questionnaire qui n'a plus rien à voir avec la spécificité du recrutement.

IMG 2 : D'accord.

Dr 9 : Voilà, sur le ressenti global, dès la première mise en route, c'est ce qui m'a paru.

IMG 2 : Donc, qu'est-ce que tu vois comme spécificité à la base de l'étude ? C'est quoi ce que tu appelles spécificité ?

Dr 9 : Ben, d'une part le côté euh, spécificité urinaire, pour l'un, spécificité psychologique pour l'autre. Et le questionnaire, sur deux items aussi différents que ça, est le même, globalement. Enfin, le recrutement, c'est l'un ou l'autre, hein, ou les deux éventuellement, mais le questionnaire est un petit peu euh...ni de l'un ni de l'autre quoi. Ni adapté à...enfin « ni adapté », sans doute adapté, parce que c'est ce qui est recherché, mais il nous paraît un peu bizarre. Dans ce double recrutement, le troisième élément, le questionnaire, ne va pas affiner spécialement les éléments précis : à visée urinaire, génitale, ou euh...psycho. Pas assez, pas assez.

IMG 2 : D'accord, donc un peu vague, quoi.

Dr 9 : Très vague.

IMG 2 : Très vague, d'accord.

Dr 9 : Donc le ressenti général de la pathologie, du motif de consultation, c'est un petit peu que les différents items : « un peu/beaucoup/passionnément... », sont...flous par rapport au motif précis de consultation, je trouve.

IMG 2 : D'accord. Et quelle a été ta motivation pour participer à l'étude ?

Dr 9 : Le fait que ce soit toi. Tu nous as demandé...Je suis tout à fait ouvert à participer à des études. Je réponds régulièrement aux demandes de thèses, quand ça ne va pas me prendre trop longtemps. Et surtout...enfin, c'est...là on parle de motivation, donc ce n'est pas ça...le sujet était intéressant...enfin était intéressant, était court, en tout cas, et le recrutement me paraissait plus aisé que ce qu'il n'a été.

IMG 2 : D'accord, oui, donc trois choses, donc le fait que ce soit moi, donc quelqu'un que tu connais...

Dr 9 : Et que je suis bien volontaire pour participer et donner un coup de main aux thésards, ou aux gens qui demandent des informations sur les enquêtes...

IMG 2 : Le fait que ce soit court, et facile à...faire, enfin ça te semblait en tout cas.

Dr 9 : Ça me semblait facile à faire en tout cas oui...et rapide, rapide en tout cas, pas...pas compliqué lors d'une consultation.

IMG 2 : D'accord, ok. Et au final tu dis que ça n'a pas été aussi... facile.

Dr 9 : Ben, c'est pas...ça manque de...c'est pas motivant je trouve. Une fois qu'on a passé 2-3 questionnaires, on s'est rendu compte que les gens ne savent pas forcément comment répondre à ces questions, non plus. Le patient, euh, tu sais, « Est ce que ça a une influence : Un peu/beaucoup/moyennement » ...ils ne savent pas. Il faut presque qu'on les guide dans leur réponse, qu'on repose la question pour qu'ils donnent une réponse plus fine.

IMG 2 : D'accord, donc là tu parles du questionnaire de qualité de vie, celui où il y a les différentes...

Dr 9 : Particulièrement, ou l'importance que ça a eu sur leur vie quotidienne.

IMG 2 : Mmhh, d'accord. Est-ce que tu peux me décrire la façon dont tu présentes l'étude euh... à quelqu'un ? Si tu te rappelles d'un exemple précis ?

Dr 9 : Oui. Je signale au patient que je participe à une étude dans le cadre d'une thèse de médecine, et que il correspond à... au recrutement de l'étude. Je leur demande si ils veulent bien répondre à quelques questions, et, sachant qu'ils seront recontactés dans quelques semaines, sur le même thème...si ils sont volontaires. Je n'ai eu quasiment que des acceptations. Quelques refus hein, mais...ou des gens hors...qui ne correspondaient pas au recrutement. Mais dans l'ensemble c'était euh...assez facile hein. Comme on a une relation de médecin de famille, c'était à des patients aussi euh... connus du cabinet médical, pour la plupart, donc qui ont peut-être aussi fait une euh...démarche volontaire pour nous faire plaisir aussi, dans la demande qu'on leur faisait. C'est un petit peu commun à mes collègues et moi cet aspect-là.

IMG 2 : Oui, le fait que le patient euh...oui, veut faire plaisir au médecin.

Dr 9 : C'est une bonne relation dans les deux sens, donc c'est un peu un retour de bâton qui est logique.

IMG 2 : Oui, ça se comprend, oui. D'accord. Et, est ce que tu as vu euh...des freins euh...pour la participation à l'étude ?

Dr 9 : De la part du patient ? Ou de ma part ?

IMG 2 : Des deux. D'abord de ta part.

Dr 9 : Oui, de ma part, ben d'une part, je te disais tout à l'heure : le manque de motivation, enfin le manque de compréhension d'un résultat évident, quoi. Et le patient un petit peu aussi. On est obligé un petit peu de lui dire, au fur et à mesure, de ne pas se polariser sur le sens primaire de la question. Ça aura un résultat forcément, mais on en a pas nous même euh...la fulgurance, l'évidence.

IMG 2 : Oui, le résultat ne t'appartient pas, en fait, c'est ça ?

Dr 9 : Oui. D'autre part, le patient, quand il s'agit de thème, qu'il soit anxio-dépressif, ou un problème masculin, uro-génital, ce sont des domaines qui ne sont pas forcément...open. Déjà le patient va nous dire quelques éléments, pas forcément non plus euh...nettement. Des fois c'est la fin de consultation qui va amener ces problèmes. Que ce soit de...mentaux, enfin, mentaux...psycho-mentaux, ou de... « Au fait docteur, j'ai du mal à pisser » ou « j'ai du mal

dans ma sexualité » ...c'est pas forcément un motif de consultation direct. Et déjà, le patient a un peu de mal parfois à l'aborder, et dans un second temps, alors nous, pour le creuser, c'est...je sens des petites barrières de la part de...enfin des méfiances. Non pas des barrières, parce que je n'ai pas senti de réticence...concrète de la part des patients, mais des...comme on part sur un thème...un thème qui est plus personnel, ce n'est pas toujours évident.

IMG 2 : Tu n'as pas ressenti de réticence. Pour en parler ou pour participer à l'étude ?

Dr 9 : Pour en parler.

IMG 2 : Pour en parler avec toi.

Dr 9 : Mais comme lors d'une consultation. C'est pas toujours évident de creuser, d'augmenter les questions euh... de poser des questions qu'ils n'ont pas forcément euh...auxquelles le patient n'a pas forcément envie de répondre, non plus. Si on creuse un petit peu sur...que ce soit sexualité, que ce soit environnement, par rapport à leur trouble psychique, des fois c'est chasse gardée. Enfin, ils n'ont pas forcément envie qu'on aille plus loin dans leur... leur questionnement.

IMG 2 : Oui, donc des sujets un peu sensibles. Et ça tu sens que ça t'a limité ?

Dr 9 : Ben, par les gants qu'on peut mettre, le fait de marcher sur des œufs pour poser les questions aussi euh...du domaine personnel. Oui, un petit peu limité peut-être.

IMG 2 : D'accord. Tu vois d'autres euh... d'autres choses qui t'auraient limité ?

Dr 9 : Parfois le fait d'avoir effectivement... de ne pas y avoir pensé, principalement. La plupart du temps, j'ai vu après coup, « mais zut, j'aurais dû demander ! », ou alors, en fin de matinée « celui-là correspondait à l'étude ! », et j'ai oublié, parce que ben, il y a la pression de la consultation, de la salle d'attente, de la matinée de travail, et... Ce n'était pas écrit là « ne pas oublier les recrutements ! »

IMG 2 : Oui. Et, est-ce que, justement, pour y penser, tu avais des...stratégies particulières ?

(Il tape sur la pile de questionnaires restant sur son bureau)

Dr 9 : C'était posé là, bon, tu vois, j'ai recouvert, mais...

IMG 2 : Donc le fait que les documents soient posés à côté, oui, sur ton bureau.

Dr 9 : Oui. Et c'est une habitude que j'ai lorsque je fais des enquêtes avec des papiers à remplir en direct. Il faut qu'ils soient à portée, sinon j'y pense en fin de journée, et c'est trop tard.

IMG 2 : Oui, donc ça tu y avais quand même réfléchi avant. Mettre à portée. Oui, donc il y avait ça. Est-ce que pendant la consultation il y avait des réflexes que tu avais pour t'y faire penser ?

Dr 9 : Non, le recrutement faisait euh...Surtout, j'y pensais plus facilement au niveau urinaire, je pense. Ca fait un symptôme physique, effectivement lié, alors que le côté euh...bon, on pourrait mettre sur le dos de beaucoup de patients dans la journée l'anxiété, les troubles mentaux...

...

IMG 2 : Donc tu dis « on pourrait mettre sur le dos de certains patients » ... donc c'est subjectif, c'est le fait que ce soit subjectif ?

Dr 9 : Non, non, le fait, bon, j'aurais pu recruter peut-être plus de personnes, parce qu'il y avait des éléments, effectivement, « trouble de l'humeur », qu'on retrouve dans quasiment toutes consultations. « Conséquence d'une maladie », problème en première intention, ou en deuxième, secondaire au problème posé initialement. Mais euh, c'est plus...j'y pensais plus sur le côté uro-génital, quand on m'en parlait.

IMG 2 : Oui, parce que, du coup, le côté anxio-dépressif est plus fréquent, c'est ça ? Et donc moins bruyant ?

Dr 9 : Oui, et puis ça fait partie presque...enfin, je ne dis pas que tout le monde est déprimé, mais à différente échelle, ça fait quand même partie d'une grande...grande euh...proportion des consultants...sur une journée de consultations. Pour la raison principale, ou pour une raison secondaire. Y compris de perturbations liées à l'état de santé, environnement euh... soucis d'une tierce personne...pas forcément du motif de la consultation directe.

IMG 2 : D'accord. Euh, par rapport aux limites, toujours, est-ce que tu as vu un frein vis à vis du nombre euh...de patients à inclure ?

Dr 9 : Euh...n'ayant pas réussi à inclure jusqu'ici plus...beaucoup plus que la moitié euh...peut-être oui, c'est vrai. C'est...après c'est le côté...ça a été oublié pendant un moment. Ça a beau être à côté de... de mon bureau, j'ai...il y a eu des fois où je me suis dit « zut, mais j'aurais dû y penser pour telle, telle, telle personne ». Les quinze auraient sûrement pu être remplis en l'espace de 3 à 6 mois, en comptant large, mais...ces oublis... ben, actes manqués peut-être quelque part, parce que je te dis, manque euh, je pense, de motivation dans le...la réponse euh...à chercher quoi, par le questionnaire. Manque de motivation, du questionneur, enfin du recruteur plutôt.

IMG 2 : Et... Et ce manque de motivation là, toi tu l'expliques par... ?

Dr 9 : La difficulté de trouver le pourquoi du comment. Qu'est-ce que cette étude va apporter dans un... un... au premier degré. Après, peut-être que ça nécessite une deuxième, une troisième, une reprise, d'autres études, d'autres thèses là-dessus. Mais c'est...manque de motivation, et puis le fait de devoir recruter des personnes, et de leur dire : « il y aura une deuxième temps » aussi.

IMG 2 : D'accord.

Dr 9 : Je crois qu'il est beaucoup plus facile, d'une part, de faire des choses en direct, avec une seule fois, et de ne pas demander de deuxième, soit de visite de contrôle, de la part du médecin recruteur, ça heureusement qu'il n'y avait pas. Soit de deuxième contact à la maison euh...pour une euh...pour un complément. Alors, je ne sais pas quel est ce complément hein, c'est...mais ça me paraissait effectivement, peut-être plus simple si tout avait été fait dans un premier temps.

IMG 2 : En un seul coup.

Dr 9 : Enfin, dans l'ensemble des études auxquelles je participe, c'est plus ça que je préfère. Et deuxièmement, j'aime mieux, moi aussi, à titre personnel, c'est mon frein personnel, ne pas impliquer les patients. Ne pas leur dire forcément, leur dire « je vais une étude avec vous, sur vous ». J'aime bien, j'aime plus facilement prendre les dossiers, donner des réponses, à tête reposée, plutôt qu'en direct, en face à face.

IMG 2 : D'accord, donc là il y a le fait de devoir leur demander leur consentement.

Dr 9 : Oui, aussi. Alors que si euh...des études sur dossier, j'en fais régulièrement, et ça me paraît plus facile effectivement. De...de prendre un peu de temps, de le faire, y compris ben, en l'absence du patient. Et « sans consentement », c'est pas l'absence de consentement qui facilite, c'est le fait qu'on ait pas à lui demander, à y penser à un instant T quoi.

IMG 2 : Ah oui, oui.

Dr 9 : Reprendre en fin de journée, se dire « Ben tiens, il y a quatre personnes qui correspondaient dans ma journée à cette question. » Donc voilà, je remplis à tête reposée...pour l'information qui serait...

IMG 2 : Oui, pouvoir y penser à postériori.

Dr 9 : Ça c'est quand on demande des résultats un peu plus objectifs. Si il y a besoin de l'impression du patient, il faut effectivement le questionner en direct. Mais ce type d'étude est plus difficile à aboutir, je trouve.

IMG 2 : Ok. Le...tapis de souris, est-ce que ça a changé quelque chose ?

Dr 9 : Non...non, non. Surtout que, je suis désolé, tu vois, mais... j'ai mis mon original.

IMG 2 : Ah, oui, il est couvert par ton original (rires).

Dr 9 : Il est pourri oui mon original, je sais bien mais...

IMG 2 : Et qu'est-ce que tu en penses du tapis de souris. De l'idée du tapis de souris et du tapis de souris en lui-même ?

Dr 9 : Oui, l'idée est bonne, mais je te dis, j'avais à proximité les éléments. (Il tape sur la pile de questionnaires de l'étude). Donc euh...c'était...non, ça m'a pas paru une...ça m'a paru plus une relance un petit peu pour...essayer d'y repenser, mais j'ai pas ressenti une efficacité.

IMG 2 : Ok, donc plus une relance sur le moment où tu l'as reçu quoi, c'est ça que tu dis.

Dr 9 : Voilà, sur le moment ça m'a fait y repenser, mais par contre, par la suite, très vite, je suis retourné dans les mêmes euh...les mêmes oublis on peut dire, les mêmes oublies.

IMG 2 : Est-ce que tu verrais...est-ce que tu as déjà réfléchi à des choses qu'on pourrait améliorer ?

...

Dr 9 : Ben...peut-être nous expliquer, aux médecins recruteurs, à quoi correspond, un petit peu le...qu'est ce qui va être recherché au final. Parce que là on est sur une impression un petit peu...de recrutement quand même d'une catégorie bien précise euh...et que cette précision disparaît dans l'interrogatoire. Voilà, c'est...à la fois dans le type de questions qui sont assez floues euh...sur les questions posées. Et sur les types de réponses qui sont un petit peu aussi euh...pas faciles à trouver dans quelle case répondre : « un peu/beaucoup/très beaucoup... ». Tu vois, c'est pas facile. Plusieurs fois, je me rappelle, le patient me posait la question...j'essaie de ne pas...de ne pas les influencer là-dessus mais... Les 4-5 items qui étaient proposés comme type de réponses n'étaient pas nets pour eux.

IMG 2 : D'accord, ok... Pour conclure ?

Dr 9 : ... Pour conclure... Non, ben écoute, je crois t'avoir dit ce qui étaient les freins... »

Verbatim n°10

Entretien n°10 **E10** : Groupe intervention. 4 patients inclus. Durée : 15'42.

« IMG 2 : Pour commencer, moi je voulais récupérer ton ressenti général par rapport à l'étude.

Dr 10 : Ça n'a pas été facile. Tu vois, je l'ai faite un peu pour toi parce que je te connais bien, et je t'aime bien, et euh...je pensais que ce serait plus facile. C'était pas facile pour quelle raison ? Je ne sais pas. Je pense que...peut-être le sujet lui-même déjà. Et peut-être le...la vastitude ça se dit pas mais...on rentrait dans des choses qui touchaient à la fois l'uro, le gynéco...enfin, tu vois. Donc finalement, c'était un espèce de flou pour arriver à un sujet très très précis et finalement peu évoqué. C'est assez curieux tu vois le décalage.

IMG 2 : Ce côté très large...

Dr 10 : Ce côté très large, et le recrutement très large, et le problème, qui est sans doute plus fréquent qu'on ne le voit, mais, qui est finalement peu évoqué quoi.

Et puis après, peut-être, mais je ne sais pas, tu as peut-être questions là-dessus, c'était sur le truc lui-même, non ?

IMG 2 : Non vas-y, vas-y, tu peux développer.

Dr 10 : Ben, c'était je pense que c'était je pense le recueil, dans une médecine où parfois on n'a pas toujours le temps...le recueil du consentement.

IMG 2 : Et ce consentement, il était euh... trop ???

Dr 10 : Ouais, tu es obligé d'expliquer aux gens pourquoi, comment, de signer. Alors le fait de signer : « Mais qu'est-ce qu'il me fait signer ? ». Parce qu'en général ils n'ont pas le temps de le lire, franchement. C'est un peu comme quand t'es dans une banque, tu vois, tu...Ils n'ont pas le temps de le lire, donc ils se disent, bon, j'espère que le Dr il a pas essayé de me m'enfler en me faisant signer des trucs (rires). Je sentais un petit peu ça, le truc...Ou alors c'était peut-être moi qui trouvais que c'était un petit peu plus compliqué.

IMG 2 : Alors c'était...c'était quoi, trop long, ou trop compliqué ?

Dr 10 : Ben, ça aurait été mieux qu'il n'y ait pas eu besoin de ça. Pour être honnête, s'il n'y avait pas eu besoin du consentement, c'était plus simple. Ou si il y avait eu seulement un consentement purement oral, c'était plus simple. Mais bon, je sais que les études, c'est comme ça.

IMG 2 : Oui, c'est des exigences des comités d'éthique.

Dr 10 : Oui, c'est conforme. Ça servait à rien de le faire si il n'y avait pas de consentement. Donc ça c'était un premier point. Et peut-être dans le questionnaire...Alors le questionnaire, les gens, je leur donnais à faire ça en salle d'attente, après, en leur donnant un crayon. C'était plus simple, mais peut-être qu'ils sont un peu pressés. Ils sont peut-être un peu pressés, je ne sais pas.

IMG 2 : Les patients ?

Dr 10 : Oui, je ne sais pas trop, est-ce qu'ils remplissent ça honnêtement, en prenant leur temps, ou est-ce qu'ils sont pressés de rentrer chez eux après la consultation, je ne sais pas. Bien que je les aie pris à l'heure, en général.

IMG 2 : Et celui-là, ne t'a pas posé de problème ?

Dr 10 : Celui-là ne m'a pas posé de problème.

IMG 2 : Le questionnaire de qualité de vie que tu faisais remplir aux patients, je dis.

Dr 10 : Ben, justement, comme c'est une étude, je n'intervenais pas. Je leur donnais, je les laissais remplir, et je n'interviens absolument pas justement. Parce que je trouve que, bon, j'imaginais que dans les tests t'as des biais quand tu ...

IMG 2 : Oui.

Dr 10 : Et le recueil de données, ça c'était pas compliqué. Moi j'ai pas trouvé ça très compliqué.

IMG 2 : Tu parlais des thèmes qui étaient larges. Ça, ça a été quelque chose qui t'a gêné ?

Dr 10 : Je pense que, en y réfléchissant, tu vois, je me dis : par rapport au sujet de la thèse lui-même, finalement, c'était un peu... ton sujet était très précis et puis, on visait large, et que, finalement ça touchait presque tout le monde. Tu te dis, tiens, ça touche, que ce soit psychique, urinaire ou génital... bon, génital non, les hommes n'abordent pas beaucoup, mais urinaire plus ou moins, et psychique, qui n'est pas un petit peu anxieux, déprimé etc... ? Je dirais plus que c'est le... ça touchait un public large... Je pense que je me suis mis une barrière en me disant : « Mais, avec le public qu'on va toucher là, finalement il n'y aura pas beaucoup de... de gens qui seront concernés par le ... par le problème quoi. »

IMG 2 : Ah oui, d'accord.

Dr 10 : De, de... pas de dysérection, mais de, de... d'éjaculation précoce.

IMG 2 : Si je comprends bien, tu avais peur de te concentrer trop sur le reste, et pas assez sur l'éjaculation prématurée ?

Dr 10 : Oui, oui. Et puis je pense aussi, comme il y avait beaucoup de boulot, une fois que tu as rempli le consentement, une fois que tu as rempli ça, et ben, t'as tendance... est-ce que tu vas aborder plus facilement l'éjaculation précoce ? Qui est un sujet, d'ailleurs, que je n'aborde jamais spontanément. Je me suis rendu compte, tu vois, avec ça. Non, jamais, on peut dire jamais spontanément quoi, enfin, rarissimement. De manière rarissime.

IMG 2 : Comme la plupart des médecins, ou des personnes.

Dr 10 : Ben ouais, déjà, troubles de l'érection euh... et puis, le panel des troubles possibles est large, donc euh... tu vois, c'est comme un peu comme les... le labo qui vient, qui te présente un... comment ça s'appelle, les médicaments pour les troubles de l'érection, et puis qui dit : « Faut demander ça au patient... » Et qui te mettent un beau dépliant, etc... comme si c'était la chose principale. Mais il y a tellement de choses euh... noyées dans la journée, que...

IMG 2 : C'est pas un sujet auquel on pense particulièrement pendant sa journée de médecin généraliste.

Dr 10 : Oui, voilà. Vu le nombre de demandes que tu as, de réclamations, de récriminations... C'est pas un sujet principal. Et c'est pas un sujet que je vois non plus souvent. On me demande, tu vois, les gens, si j'en vois... j'en vois même pas un par an qui viennent m'en parler. Spontanément, je parle.

IMG 2 : Et alors le hmm...Comment, justement, les fois où tu as réussi à proposer l'étude, à inclure...qu'est-ce qui t'y a fait penser par exemple ?

Dr 10 : Tes relances...(rires)

IMG 2 : D'accord.

Dr 10 : ... le fait que je voulais vraiment quand même faire quelque chose, et puis...si, c'est vrai qu'un thème urinaire, on en a quand même assez fréquemment. Psychique, peut-être un peu moins. Le trouble génital, oui. Quand il abordait un trouble génital, je demandais assez spontanément « Et vous n'avez pas d'éjaculation précoce, etc ? » Si le papy n'avait pas 90ans. Voilà. Trouble urinaire voilà. Trouble psychique, j'y pensais peut-être un petit peu moins. Parce que...ben, parce que c'est des hommes, et que c'est déjà compliqué de parler du trouble psychique chez l'homme en général. Donc en plus, tu vois « et vous n'avez pas d'éjaculation précoce ? » Quel rapport avec ce pourquoi je viens, quoi.

IMG 2 : Donc c'était certains motifs de consultations qui te faisaient penser à l'étude ?

Dr 10 : Oui, ouais, voilà.

IMG 2 : D'accord, ok. Et...est-ce que tu peux me donner un exemple de ... comment tu présentais l'étude, comment tu proposais l'étude ?

Dr 10 : Oui. Et bien c'était simple, je dis : « Voilà, j'ai un de mes...un de...un collègue interne qui est passé ici en stage, et qui fait sa thèse, et j'aime bien aider les internes que je connais à ...à...comment dirais-je à...les aider quoi tout simplement...est-ce que ça vous embêterait ? Il n'y a aucun euh...on va pas vous embêter avec ça, y'aura juste un questionnaire auquel vous répondrez 4 semaines après. Ça ne vous engage à rien du tout, on vous prescrit pas de produit, il n'y a pas de prise de sang, enfin voilà, tu vois, je veux dire...c'est vraiment quelque chose de bénin, donc euh. Il y a juste la lettre d'information à faire signer ».

IMG 2 : Ok. Donc le fait qu'il n'y ait pas déjà de... de prise de sang, ou de médicament, ça t'a aidé à présenter l'étude.

Dr 10 : Ah ouais, ça m'aurait beaucoup plus gêné. Là forcément t'as une espèce de pression. Alors que là, c'est une question, questionnement. C'est simple quoi.

IMG 2 : Donc le côté positif, c'est quand même le côté, qui n'implique pas trop de choses pour le patient.

Dr 10 : Oui, oui, oui, c'était pas compliqué pour le patient, il répondait à des questions...J'avais peut-être un petit souci par rapport au fait que le patient puisse se dire que, comme je récupérais les données, moi, il y avait peut-être pas tant que ça d'anonymat par rapport à ça. Je me suis fait la réflexion. Je me suis dit, tiens, et bien le patient il peut se dire « Et ben le Dr il va lire ce que j'ai répondu », tu vois. Et que ça puisse induire un biais.

IMG 2 : Oui. Et donc ça tu penses que...

Dr 10 : J'y ai pensé, tu vois, à chaque fois, je me disais « Ah, il va me refiler le truc, est-ce qu'il va répondre honnêtement, ou est-ce qu'il va se dire : « Ben, j'ai pas envie que le Dr sache, que ceci, que cela. »

IMG 2 : Donc là c'est pour le questionnaire de qualité de vie.

Dr 10 : Oui, de qualité de vie.

IMG 2 : Alors peut-être que le fait que tout ne soit pas anonymisé...enfin que ça passe dans les mains du médecin généraliste, ça peut être un frein quoi.

Dr 10 : Ouais, c'est possible oui, je pense. A mon avis, enfin, j'y ai pensé en tout cas. Peut-être que je suis parano, ou que...mais c'est quelque, oui, auquel j'ai pensé, je me suis dit « ah, peut être que ça va les gêner un peu de me le rendre. Même si je ne les ai même pas lus. Je les ai glissés dans la pochette, et voilà, quoi.

IMG 2 : Et, est ce que tu avais mis en place des stratégies pour penser à l'étude, ou bien des réflexes, ou bien...

Dr 10 : Ben ouais je la posais là, tu vois (rires)...

IMG 2 : Sur le bureau.

Dr 10 : Sur le bureau, là. Je me disais, « Aujourd'hui faut que j'y pense, ce mois-ci, faut que j'y pense. » C'était...non, j'ai eu une espèce de flemme. Je te le dis honnêtement, parce que c'est ce que ça a été. De flemme de la faire. Je ne sais pas parce que c'était parce que le sujet était moins...Ou peut être que le sujet ne me ...j'allais dire ne me concernait pas, c'est faux, parce que tout nous concerne et rien ne nous concerne, mais...Peut-être que le sujet...

IMG 2 : L'éjaculation...

Dr 10 : Précoce, oui, c'est pas quelque chose de...oui, qui me bottait particulièrement.

IMG 2 : C'était pas dans tes priorités.

Dr 10 : Oui, il y a peut-être ça. Ça aurait été un truc cardio, avec recueil de dyspnée, machin, des trucs, plus...plus palpable. Enfin, tu me diras, l'éjaculation précoce, c'est palpable (rires), mais... Oui, je ne sais pas, peut-être un sujet qui m'intéresse moins. Et puis, euh, ben comme tu nous as expliqué les...les stratégies, c'est finalement...il y a plein de stratégies, mais tu vois, c'est pas comme l'anémie : tu donnes du fer, et voilà, c'est bon. Là c'est plus, on est plus dans du, « Ben ouais, on va essayer ça, on va essayer ça... »

IMG 2 : Oui, donc le manque de côté concret ?

Dr 10 : Oui voilà, peut-être ça. Ça me paraissait à la fois vaste, et pas trop concret.

IMG 2 : D'accord. Et tu disais « Oui, pour le fer, il y a », enfin « pour l'anémie, on donne du fer ». C'est...

Dr 10 : Voilà, on a une solution, enfin, je veux dire, ou on est...machin...des IPP dans le... t'as une solution, tac, tac, interrogatoire, en fonction de ça. Là c'était plus...on voit bien, les stratégies, bon, hein, t'as plusieurs stratégies...qui peuvent d'ailleurs être en même temps.

IMG 2 : Donc c'était moins clair.

Dr 10 : Oui.

IMG 2 : Hmmmm... Oui, tu as reçu le...tapis de souris... à un moment ? Qu'est-ce que t'en as pensé ?

Dr 10 : Oui, effectivement, tu vois, je l'avais oublié. J'ai dû faire des tâches de thé dessus (rires). Ben c'était une bonne idée, parce que ça rappelait effectivement, avec les trucs. Ouais,

non, c'était plutôt une bonne. Ça je trouve que c'était bien. Parce que je l'ai utilisé, hein. Si j'avais dit, « Bon, c'est quoi ce truc-là », si je l'avais posé ailleurs, peut-être que je l'aurais pas utilisé, mais il était devant moi, donc, effectivement, c'était...ça m'y faisait penser. Ça me culpabilisait. De ne pas avoir renvoyé tout ça.

(Rires)

IMG 2 : Donc la culpabilité aussi a joué un rôle euh...pour te faire participer.

Dr 10 : Oui. Mais, alors là, vis-à-vis de toi. Plus vis-à-vis de toi. Je me suis dit « Ah merde, quand même, t'as dit que tu faisais...tu fais toujours... » En fait quand j'ai les enquêtes directes, tu vois, sur internet...Alors, j'y réponds pas toujours, mais quand j'y réponds, c'est tac, tac, tac, tac, envoyé, ça y est.

IMG 2 : Et c'est fini.

Dr 10 : C'est fini, tu vois, c'est...on n'est pas dans la continuité de...dans l'étude à proprement parlé. C'est plus un questionnaire. Là c'était un peu plus compliqué.

IMG 2 : D'accord. Donc pas dans la continuité, ça veut dire...ça a duré trop ou... ?

Dr 10 : Ah ben, par ma faute, oui. J'aurais pu recruter plus de patients, mais j'avais un espèce de blocage. Tu vois, un blocage, t'arrives pas trop à...psychologique, ou...Je pense que c'était parce que ça prenait du temps si je veux être honnête. Parce que ça prenait du temps, ça bouffait un peu du temps sur la consultation. Même si c'était assez rapide, mais bon, il faut quand même présenter : « Vous êtes d'accord ? ...Oui...Alors si vous êtes d'accord, il va falloir remplir ça, et puis après vous irez en salle d'attente, et puis je vous donnerai un crayon, et puis vous remplirez, et puis vous me le ramènerez, et puis vous recevrez dans 4 semaines, et puis... »

IMG 2 : Oui, et qu'est ce qui prenait le plus de temps ?

Dr 10 : Et ben l'explication peut-être, parce que la signature, je ne faisais pas lire.

IMG 2 : Ah oui, oui, tu expliquais toi.

Dr 10 : Oui. Voilà, « c'est juste pour dire que vous êtes d'accord sur le fait qu'on recueille des données, et que ce soit analysé. »

IMG 2 : D'accord. Et tes motivations à la base pour participer à l'étude ?

Dr 10 : Ben pour t'aider. Je crois que ça n'aurait pas été toi, j'aurais eu vraiment la flemme (rires). Même si j'ai pas rempli beaucoup de tas, j'aurais eu encore plus la flemme. Je suis honnête, hein.

IMG 2 : Oui oui, ben oui. Et c'est ça qu'on attend. Ok, hmmm, les... tous les documents, tu les mettais où ?

Dr 10 : Ils étaient là.

IMG 2 : Donc à gauche sur ton bureau

Dr 10 : Et de temps en temps, ils étaient de plus en plus enfouis, et quand tu m'envoyais un petit machin, ils remontaient. (Rires)

IMG 2 : Ok. Hmmm...Est ce que tu as pensé à des choses, toi, à améliorer ?

Dr 10 : Par rapport à l'étude ?

IMG 2 : Par rapport à l'étude.

Dr 10 : Ben, je pense que dans la mesure où on est obligé de toute façon de faire signer les patients, non, c'était difficile de faire plus simple quand même, il faut le reconnaître hein. C'était, c'était...c'est juste la réalisation des études qui veut qu'on soit obligé de faire des papiers...Non, non, c'était pas...c'était assez simple en soit finalement. En suivant les étapes : l'étape « Vous êtes d'accord », l'étape « Vous êtes d'accord, vous signez », « vous remplissez le papier », puis cette étape-là, donc 4 étapes, ouais. Donc c'était...pour moi c'était assez...non c'était simple en soit hein (rires). C'était simple.

IMG 2 : Qu'est-ce que tu penses du nombre euh...de patients à inclure ?

Dr 10 : Sur la période euh, ben, si je suis honnête, c'était faisable, tout à fait faisable, hein.

IMG 2 : Ça n'a pas été hein un frein.

Dr 10 : Non, le frein c'était un espèce de frein psychologique, que je m'explique un peu effectivement. C'est curieux hein, mais, tu vois...

IMG 2 : Ben, t'as dit plusieurs choses. Tu as dit euh...donc, qu'il y avait le temps que ça prenait, et puis la complexité d'expliquer.

Dr 10 : Oui, c'est pas très complexe, mais le temps, c'est le temps, dans une consultation, est-ce que je rallonge ma consultation, au risque de prendre du retard. Ou est-ce que finalement c'est une partie de la consultation qui est perdue pour le patient.

IMG 2 : Ah oui, ouais, Il y avait le côté questionnaire qualité, qui pouvait entraîner une gêne pour le patient, peut-être. De savoir que ça arrivera dans tes mains.

Dr 10 : Ouais, je pense, oui, j'y ai vraiment pensé oui.

IMG 2 : Le sujet en lui-même. C'est ça ?

Dr 10 : Ouais, le sujet en lui-même, voilà... Le sujet qui n'est pas... pour moi en tout cas, passionnant.

IMG 2 : D'accord. Donc le sujet, manque d'intérêt. Voilà à peu près.

Dr 10 : Oui, en gros c'est ça, manque d'intérêt du sujet pour moi. Et puis peut-être le fait que, même si j'avais dépisté, détecté une éjaculation précoce, qu'est-ce que je fais après quoi, tu vois.

IMG 2 : Manque de solutions quoi.

Dr 10 : Manque de solutions aussi, oui. C'est-à-dire, j'envoie à un sexologue, mais c'est qui, c'est où, c'est comment ? Donc manque de solutions aussi peut-être, oui. Même si il y a des traitements. Mais les traitements...je ne sais pas ce que ça vaut, mais...quand tu lis Prescrire, c'est pas des grands fans en tout cas.

IMG 2 : C'est vrai (rires). Euh...tu as quelque chose à ajouter pour conclure ?

Dr 10 : Non, je regrette juste de n'avoir pas tout rempli, ça t'aurait peut-être ramené plus de résultats, mais ... »

Verbatim n°11

Entretien n°11 **E11** : Groupe intervention. 9 patients inclus. Durée : 17'04.

« IMG 2 : Du coup, pour commencer, c'était, déjà, récupérer ton ressenti général.

Dr 11 : Sur euh...

IMG 2 : Sur l'étude.

Dr 11 : Tu veux dire, sur l'étude elle-même, ou sur la façon...dont... d'approcher l'étude.

IMG 2 : Et ben, tout ce que tu veux, tout ce que tu veux, vraiment, global.

Dr 11 : Euh...globalement, c'était relativement facile j'ai trouvé. Quelques petites difficultés, je pense que le plus « prise de tête » avec la thèse...on va faire plutôt les points positifs. Pas de grandes difficultés sur l'objectif de la thèse, le faire comprendre au patient, il n'y avait pas vraiment de soucis. Même si on ne parlait pas toujours éjaculation précoce euh...directement avec le patient, pour l'approche, pour présenter la thèse et faire en sorte que le patient y adhère, à priori il n'y avait pas trop de difficultés. Je ne sais pas trop comment ça s'est passé au retour, mais bon, en tout cas, l'approche première, pas de souci. Euh, pour moi non plus, ça ne m'a pas posé trop de problèmes, parce que ça ne m'a pas pris trop de temps. Même si parfois pour certains, c'était un peu long, donc euh...sur le plan positif, ça s'est bien passé. Facile d'y penser, c'est un sujet qui est récurrent, enfin qui était très large d'ouverture pour les critères d'inclusion, donc on trouvait facilement. Euh...voilà. Ensuite, en point négatif, le questionnaire un peu long, peut-être, pour le patient j'entends.

IMG 2 : Le questionnaire de qualité de vie ?

Dr 11 : Oui, de qualité de vie. C'est-à-dire que moi je leur faisais remplir dans le cabinet, je ne me voyais pas les faire sortir, faire remplir ça dans la salle d'attente.

IMG 2 : Donc ici.

Dr 11 : Devant moi. Et donc il y avait, pour certains, une petite perte de temps quand même, parce que ceux qui posaient des questions, des tournures de phrases, qu'ils avaient un peu du mal à interpréter, ou je ne sais quoi...ça traînait parfois un petit peu, et puis à un moment on est là « Bon t'es mignon, remplis ton truc et... casse-toi, il y a d'autres derrière ». Et l'autre point négatif, c'est...

IMG 2 : Donc toi tu as fait tout le temps euh...pendant la consultation.

Dr 11 : Oui, devant le patient. Et c'est pour ça qu'il me semble avoir fait tous les trucs, mais comme je te disais on a eu des travaux au milieu, et je me souviens pas bien si du coup j'ai fini tous les questionnaires, ou si il m'en reste quelques-uns.

IMG 2 : Ah oui, ok.

Dr 11 : Ce qui était un peu dommage aussi, c'était de ne pas savoir, mais ça, après tout on s'en fout, mais de ne pas savoir si le patient n'a pas répondu au 2^{ème} questionnaire de vie.

IMG 2 : Ah, d'accord.

Dr 11 : Oui, un petit retour, juste pour me dire « Ben voilà, lui, untel, il n'a pas voulu ». Est-ce que je relance le patient, pas forcément, mais c'est vrai que ça m'aurait permis, peut-être de lui glisser un pique « Tiens, pourquoi n'avez-vous pas... ? Est-ce que ça vous faisait chier, ou... ? » Juste pour savoir, voire si ça le remotivait, indirectement. Mais peut-être que ça aurait été fausser le résultat de l'étude de le remotiver.

IMG 2 : Non, c'est juste que l'on ne voulait pas rajouter ça aux médecins participants. En général, cette étape-là, c'était de notre côté. On les relançait par courrier d'abord si ils ne ramenaient pas, plus ou moins moi je les rappelais après si on voyait que ça ne revenait pas. Mais toi tu aurais trouvé intéressant quand même d'avoir plus de suivi ?

Dr 11 : Oui, mais ça c'est juste ma curiosité de savoir si les patients à qui j'ai proposé le truc n'étaient pas que des « branlos » (rires). Si ils étaient un tant soit peu sérieux. Mais, ne serait-ce que parce que, je me dis que, à priori, si je leur ai présenté une étude, et qu'ils y adhèrent jusqu'au bout, c'est peut-être des patients qui ont une adhésion au traitement de base, quelque soit le traitement, quelle que soit la pathologie, plus importante. Et donc, peut-être que, je ne sais pas, peut-être que je serais plus vigilant pour certains patients.

IMG 2 : Donc avoir un retour pour ta pratique clinique du quotidien au final ?

Dr 11 : Pour ma pratique clinique du quotidien, sur tous les patients, toute la pathologie. Même si, de base, déjà, ça je pense que c'est pareil pour tous les médecins généralistes, très rapidement on se fait une première idée du patient, en se disant « Bon, lui je sens que je vais galérer, lui ça ne devrait pas poser de problèmes... ». Et je suis persuadé dans tous ceux à qui j'ai proposé l'étude, qu'il y en a quelques-uns qui n'ont pas répondu. (Rires). Parce que je suis sûr qu'il y en a un ou deux qui ont un long poil dans la main, et que ça va faire chier de remplir une deuxième fois. Et que c'était vraiment que, pas qu'il se sont sentis forcés, mais qu'ils ont dit « Ben merde, j'ai dit pourquoi pas, il me tend le truc tout de suite sous le pif, ben je le remplis ». Voilà... autre chose, hmm... Oui, non, ensuite pas de soucis. Un peu de difficulté à me lancer au début, et puis une fois que j'ai remarqué que ça se remplissait facile, ça a été. Peut-être le support papier, est-ce qu'on pourrait pipeauter là-dessus pour dire que ce se serait mieux sur un support électronique... je ne sais pas. Par exemple il doit y avoir des médecins qui utilisent des logiciels sur tablette, certainement pour aller à domicile, ou sur ordi portable. Peut-être que c'est plus rapide de cliquer, « clic clic clic, hop » pour envoyer par mail. Pour l'initial.

IMG 2 : Tu as déjà fait des études en... en électronique ?

Dr 11 : Oui, je reçois des mails. Ben c'est le conseil départemental je crois qui nous envoie ça. Avec des propositions d'adhésion pour des thèses, sur questionnaires, et une fois de temps en temps, j'ai pitié du pauvre interne, et je fais la thèse « clic clic clic », et ça me prend dix minutes un quart d'heure. Mais bon, il faut bien aider les pauvres internes de médecine générale qui galèrent souvent.

IMG 2 : C'est vrai. Et toi tu as une préférence alors, entre papier et électronique ?

Dr 11 : Ben, euh...oui, parce que je suis sur l'ordi tout le temps, et donc j'ai une préférence pour l'électronique, dans ce cadre de thèse-là.

IMG 2 : Ok, à éventuellement explorer.

Dr 11 : Oui, c'est peut-être à explorer. Peut-être même l'approche des 2 côtés, voire suivant les médecins.

IMG 2 : Ok. Au niveau des raisons de participer à cette étude-là, tu parlais de... ?

Dr 11 : Mes raisons à moi ? Ben parce que je te connais, parce que ça s'est bien passé ton stage avec X, et indirectement avec moi. Même si on n'a pas beaucoup ...j'ai pas du beaucoup te montrer de trucs. Et puis tu m'as fait pitié.

IMG 2 : Ahhh, la pitié donc (rires).

Dr 11 : La pitié surtout (rires). Non, enfin, moi ma thèse, j'ai galéré comme pas possible, même si je n'ai pas fait de thèse « médecine G classique », mais je me dis « merde, quoi ».

IMG 2 : Donner un coup de pouce ?

Dr 11 : Ben oui, un coup de pouce. Et puis il y en a trop. On entend parler des pauvres qui n'ont pas de thèse... Et tu me disais toi-même, ce qui importait dans ta thèse d'abord, c'était la puissance, ce qui visiblement n'a pas marché, mais...mais ça donne des résultats quand même une thèse pas très puissante. Donc non, et puis ensuite, c'est aussi le serment d'Hippocrate, qui dit que d'abord et avant tout, il faut apprendre aux autres. Et la thèse est un apprentissage, donc il faut y participer. Le devoir du médecin.

IMG 2 : Ok, donc ton devoir, et la pitié (rires). Très bien.

Dr 11 : La pitié en dernier hein (rires).

IMG 2 : Hmm, quand tu proposais l'étude aux patients, tu leur proposais comment ? Est-ce que tu as un exemple de comment tu amenais les choses ?

Dr 11 : Ah, moi je mets les pieds dans le plat en général. Alors quand c'était une prostatite, c'était assez simple. Le mec il vient pour la prostatite, on n'évoquait pas systématiquement les troubles de l'érection ou de l'éjaculation, mais j'en profitais pour dire « Ben justement, on a un interne qui fait sa thèse sur les troubles urinaires, ou sexuels et autres...Est-ce que ça vous dirait... ? » Je le lançais...souvent...je lançais toujours en fin de consultation, une fois qu'on avait discuté avec le patient, qu'on avait fait le tour. Et je présentais à ce moment-là. J'ai eu qu'un seul patient qui m'a parlé de troubles de l'éjaculation. Les autres c'était trouble de l'érection, ou trouble de prostate ou...je crois qu'il y avait le critère d'insuffisance rénale qui était...non, c'était pas insuffisance rénale.

IMG 2 : Euh...non, enfin les critères d'inclusion ils étaient super larges, là je ne les ai pas tous en tête parce que c'était très très très large.

Dr 11 : Ah oui, les troubles, dépressions et autres...euh...tout ça...en fait, dans le cadre de la dépression, j'ai proposé à un ou deux, je ne me rappelle plus très bien, ce qui m'a permis d'ouvrir sur les troubles de l'érection, ce que je n'aurais pas fait sinon. Et, donc là, je l'ai utilisé, pareil, en fin de consultation. Et ceux qui venaient spontanément pour des troubles de l'érection, ben j'ai présenté, j'ai juste dit « Il y a des critères de qualité de vie, l'un des critères d'inclusion est le trouble de l'érection, on ne cible pas que ça », pour essayer de dédramatiser au patient, parce que, déjà de base, ils ont du mal à évoquer le sujet. Mais toujours en fin de thèse...en fin de consultation, mais je pense comme à peu près tout le monde.

IMG 2 : Et tu avais des choses pour t'y faire penser, ou ça venait avec le motif de consultation ?

Dr 11 : Oui, alors les fourre-tout auxquels il faut que je pense, ils sont sous le bureau (rires). C'est là, et du coup...

IMG 2 : Et tu les vois ?

Dr 11 : Ben oui, je les vois, parce que je sais, je pose l'agenda dessus toujours en début de consult, et je me dis « Ah, oui, il faut que je pense à la thèse ! ».

IMG 2 : Rappel visuel.

Dr 11 : Oui, rappel visuel. Tes rappels textos, même si je n'ai eu besoin que du premier pour me relancer, parce que je ne m'étais pas lancé dedans, en me disant « Ah j'ai la flemme là, pas envie, ça me fait chier ». Et au bout d'un moment, j'ai reçu ton texto au bout de 3-4 mois, je me suis dit « Oh putain, là je traîne, il faut que je me lance ». Donc surtout visuel, et puis ensuite tes rappels à toi qui étaient intéressants.

IMG 2 : Mes rappels à moi, d'accord. Tu avais des « signes d'alerte » qui te faisaient particulièrement y penser, ou pas ? Quand tu causais avec les gens par exemple ?

Dr 11 : Ben non, j'avais les critères en tête.

IMG 2 : Tu avais les critères en tête, d'accord.

Dr 11 : Alors, pour tout ce qui était psy, euh...dépression, sentiment de mal-être, etc...je n'y pensais pas systématiquement. Il fallait vraiment que j'en fasse un, c'est à dire que je fasse une inclusion pour un patient pour euh, par exemple la prostatite, et là je regardais toutes les ouvertures, et je me disais « Ah oui, merde, il y a le psy aussi ! ». Ceux-là je ne les avais pas forcément en tête. Puisque tu nous avais bien présenté la thèse d'abord et avant tout pour les histoires d'éjaculation précoce, donc j'étais vraiment resté que sur des histoires de bites et pas trop sur des histoires psy. (Rires)

Mais ensuite, si j'en avais inclus un récemment, sous 24-48h, et que j'en avais un pour la dépression, j'y pensais.

IMG 2 : Et tu avais fait quelque chose pour les avoir en tête à la base ? Parce qu'il y a beaucoup de gens qui ont du mal, justement, à les avoir en tête ces critères.

Dr 11 : Je les ai lus.

IMG 2 : Tu as lu, tu as regardé au début.

Dr 11 : Oui, j'ai regardé le truc.

IMG 2 : D'accord, très bien, ok. Est-ce que là tu as d'autres freins à l'inclusion ? On a parlé donc, du support, on a parlé...

Dr 11 : C'est pas vraiment un frein, hein, le support hein.

IMG 2 : Non non, on l'a évoqué en tout cas.

Dr 11 : Mais l'avoir sur l'ordi, enfin savoir que je l'ai sur l'ordi, ça aurait peut-être été plus facile pour montrer. Ensuite peut-être pour remplir avec le patient, c'est à dire que le questionnaire de qualité, beaucoup de patients, ils m'ont quand même demandé comment répondre à la question. Alors j'ai essayé de ne pas trop orienter, mais indéniablement, j'ai dû orienter, forcément. Et...soit en familiarisant la question, soit en la...leur faisant comprendre, et en induisant probablement la réponse. Donc le côté papier a cet avantage de pouvoir les mettre dans un coin et pouvoir leur dire « Démerdez-vous. », pour ne pas influencer. L'avantage sur l'ordi, c'est d'aller plus vite, et donc l'influencer. Mais c'est juste une histoire de vitesse. Les autres freins...qu'est-ce qu'il y a d'autres... ?

IMG 2 : Est-ce que le fait de savoir qu'il y aurait le questionnaire de vie t'a fait parfois ne pas présenter l'étude par exemple ? Parce que tu te disais « Oh ben il va encore prendre euh... » ?

Dr 11 : Non, pas parce que je me disais « Il va prendre trois plombs ». Mais il y en a...

IMG 2 : Ou « Ça va être compliqué... »

Dr 11 : Tu nous avais bien spécifié en plus, surtout, faut les faire à la suite, faut pas se dire... Donc euh...très honnêtement, il doit y en avoir que un, ou deux ou je me suis dit « Bon allez, je leur fais pas, parce que ça me fait chier ». Soit parce que je ne voyais pas le patient entrer dans l'étude jusqu'au bout, et je me suis dit, « Je le connais, il ne fera pas et... autant essayer de cibler un truc qui fera plus de puissance ». Mais c'est couillon comme réflexion, parce que ça induit des erreurs dans l'étude, forcément. Et il y en a un autre, juste parce que ça m'a fait chier, du monde derrière, et la flemme, je me suis dit « Tant pis ». Mais si j'ai fait d'autres fois, je ne me souviens plus.

IMG 2 : Sinon, tu t'astreignais à la proposer.

Dr 11 : Oui, à la proposer en systématique. Je n'ai pas eu beaucoup de refus hein. Je crois qu'il n'y a que un ou deux qui ont dit non.

...

IMG 2 : Ok. Le...les documents, ils étaient placés où ?

Dr 11 : Ben, tout par terre.

IMG 2 : Pareil, là, tout était là. A côté de ton bureau, enfin, au pied de ton bureau.

Dr 11 : Au pied du bureau, pour que je marche bien dessus à chaque fois, que je me dise « Putain d'étude ! »

IMG 2 : Ok. Euh, le...tapis de souris ?

Dr 11 : Je ne l'ai pas utilisé. J'ai une souris optique, et ça faisait merder la souris, donc j'ai viré le tapis.

IMG 2 : Mais tu l'as reçu ?

Dr 11 : Oui, oui, oui.

IMG 2 : Et tu en pensais quoi quand tu l'as reçu ?

Dr 11 : Euh, je ne me souviens plus.

IMG 2 : Ok. Et maintenant, qu'est-ce que tu en penses ?

Dr 11 : Alors X l'utilisait, et je me suis dit : « C'est un bon moyen pour l'avoir en tête ». Sauf que je pense que c'est...entre guillemets du fric dépensé pour rien. Parce que on doit pouvoir s'y astreindre sans. Et que je pense que ça devient après un objet du quotidien qu'on ne regarde plus. Voilà.

IMG 2 : D'accord, donc peut-être pas assez...euh...ça ne stimule pas assez ?

Dr 11 : Oui, c'est peut-être plus ça. Un des trucs tout bête, mais on est de plus en plus connectés tous, donc peut-être une application qui te rappelle un truc, tous les... une fois par mois « Tuuuuuut, est-ce que t'as bien rentré tes trucs ? » A mon avis, personne ne l'installerait

parce que ça ferait chier tout le monde, et on refuserait les notifications, mais, en tout cas, c'est pas assez intrusif dans la vie de tous les jours pour que ce soit pertinent sur le long terme. Je pense que ça marche bien les 2-3 premières semaines probablement, et puis après, ben t'as trop pris le pli de « J'ai le tapis de souris ».

IMG 2 : Donc peut-être une histoire de rappel automatisé ?

Dr 11 : Oui, un truc automatisé, qui vient te perturber et qui te fasse chier. Ben tes textos. Euh, indubitablement, c'est, je reçois le texto et je suis « Ah, putain, il me saoule ! ». Et puis après je me dis, « Ben oui, mais j'ai dit oui, faut que je m'y mette quoi ». Et, je ne sais pas, l'avantage du texto, c'est que c'est plus personnalisé. En application, ça va être nettement plus neutre. Je ne sais pas, mais en tout cas, c'est peut-être un truc un peu plus intrusif pour relancer de temps en temps. En retour de vacances, je sais que X et moi, retour de vacances d'été, on a complètement zappé, et même alors je l'avais sous le bureau. Et puis un jour j'ai marché dessus, j'ai dit « Merde, il faut que je me relance dedans. »

IMG 2 : Le côté personnalisé, quand même, ça pourrait être un plus aussi.

Dr 11 : Oui, un peu plus, oui... Mais pas facile hein. Ça, indéniablement, ça demande une prise en charge différente. Ensuite, tu l'as très bien fait, le côté intrusion par le texto, je pense que c'est ce qui, chez moi, a le plus marché pour me relancer.

IMG 2 : C'est ça qui a le plus marché, ok.

Dr 11 : Oui, « Il me saoule avec son étude... ».

...

IMG 2 : Autre chose ? Tu vois des choses à ajouter, là ?

Dr 11 : Ben comme ça non, euh... Non, ben comme ça je ne vois pas.

IMG 2 : Je crois qu'on a parlé de pas mal de choses déjà.

Dr 11 : Oui, je crois qu'on a bien défoncé l'étude là.

IMG 2 : Qu'est-ce que tu penses du nombre d'inclusions ? De 15 ?

Dr 11 : Ah, c'était 15, je ne me souvenais même pas que c'était autant. Euh... Une fois qu'on est lancé, ça va. La difficulté là c'était, encore une fois, le sujet principal de l'étude, qui pouvait être un frein, un peu, à la base. En se disant « Ah, je ne vais pas cibler beaucoup de patients ».

IMG 2 : Tu parles de l'éjaculation prématurée ?

Dr 11 : Oui l'éjaculation... ben même l'éjaculation prématurée, ou les troubles de l'érection, c'est quand même des choses qui sont difficiles à aborder avec le patient. Il faut « Hmm », faut la relation de confiance, faut voir le patient plusieurs fois avant que lui il commence à aborder le sujet. Je ne mets pas forcément les pieds dans le plat systématiquement, les troubles de l'érection, je les pose dans certains cas, où... les patients sous bêtabloquants, diurétiques, les choses dans le genre, je sais qu'on va aller les chercher en présentant ça, en mettant un effet secondaire, et pas un truc intrinsèque au patient. Parce que je pense que le problème de l'érection chez l'homme, c'est le mal absolu, donc c'est difficile à évoquer tout de suite.

IMG 2 : Donc le sujet en lui-même, potentiellement a un petit peu limité.

Dr 11 : Oui, je pense que le sujet était un frein pour l'étude. Mais, de toute façon, il faut bien faire des études sur tout, et c'est le principe même de la recherche. Donc, il faut bien qu'il y ait des études qui soient plus difficiles que d'autres à produire.

IMG 2 : ok...Pour conclure ?

Dr 11 : Ben, ça m'a fait marrer de faire remplir les questionnaires, de participer à la thèse. Voilà. Pas trop compliqué au final. Peut-être des petites choses à améliorer, mais on a certainement pleins d'avis différents, et qui ne seront pas facile à mettre en place pour les prochains qui auront des thèses à passer. »

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

IMPRIME 3 – AUTORISATION D'IMPRIMER

THESE DE DOCTORAT EN MEDECINE

INTERNE

Madame MONTALVO Camille
Inscrite en DES de Médecine Générale

Titre définitif de la thèse soutenue :

Quelles sont les difficultés rencontrées par les médecins généralistes à inclure des patients dans l'étude GET UP, étude évaluant 6 stratégies pour aborder l'éjaculation prématurée en médecine générale?

Etude qualitative par entretiens semi-dirigés.

ACCORD DU PRESIDENT DU JURY DE THESE SUR L'IMPRESSION DE LA THESE

OUI :

NON :

La présente autorisation d'imprimer sa thèse est délivrée à l'interne susmentionnée,

Brest, le 2/10/2018

**Le directeur de l'UFR de médecine et des
sciences de la santé de Brest**

C. BERTHOU

Le président du jury de thèse

Professeur VALLÉE
Chirurgien des Hôpitaux

A. VALERI

MONTALVO (Camille)– Quelles sont les difficultés rencontrées par les médecins généralistes à inclure des patients dans l'étude GET UP, étude évaluant 6 stratégies pour aborder l'éjaculation prématurée en médecine générale ? Etude qualitative par entretiens semi-dirigés. - 135 f., 1 tabl., 3 schémas. Th. : Méd. : Brest 2018

RESUME :

Contexte : L'éjaculation prématurée concerne 5 à 30 % des hommes. Peu de patients osent en parler à leur médecin, bien qu'ils l'estiment comme un interlocuteur privilégié dans cette situation. Une étude préalable avait mis en évidence 6 stratégies de communication pour aborder l'éjaculation prématurée en consultation de médecine générale. L'étude GET UP visait à tester l'efficacité de ces 6 stratégies en soins ambulatoires. Toutefois, après deux ans d'inclusion et de multiples stratégies de relance des investigateurs, l'étude a souffert d'un faible effectif de patients inclus.

Objectif : Identifier les difficultés des médecins généralistes investigateurs à l'inclusion des patients dans l'étude GET UP.

Méthode : Analyse qualitative par entretiens semi-dirigés de 11 médecins généralistes ayant participé à l'étude GET UP.

Résultats : La saturation des données a été atteinte. La recherche en médecine générale était considérée comme trop éloignée de l'activité de soins. Les deux principaux obstacles à la réalisation des études étaient le manque de temps et les contraintes administratives. La connivence avec l'interne était une des principales motivations pour participer. L'étude GET UP a séduit certains investigateurs par l'originalité du thème. Toutefois, la santé sexuelle était difficile à aborder et freinait les médecins à inclure. Les relances et les liens personnalisés entre les investigateurs et les chercheurs ont été des éléments importants pour les motiver à inclure. Ils suggéraient d'accentuer les relances, d'alléger et simplifier les documents à compléter, d'impliquer les étudiants. Ils étaient demandeurs de plus de communication avec les équipes de recherche. Une attitude plus pro-active était proposée en aidant les patients à engager la discussion autour de la santé sexuelle via des affiches sur les dysfonctions sexuelles dans la salle d'attente.

Conclusion : Améliorer la communication entre les médecins généralistes et les équipes de recherche et intégrer la recherche dans la formation médicale initiale seraient susceptibles de favoriser la participation des MG à la recherche en soins primaires. Une formation en santé sexuelle et l'acquisition de compétences en communication pour initier et gérer une consultation sur les dysfonctions sexuelles semblent nécessaires chez les étudiants de médecine et les médecins généralistes.

MOTS CLES :

EJACULATION PREMATUREE
SOINS PRIMAIRES
RECHERCHE EN MEDECINE GENERALE
DYSFONCTIONS SEXUELLES
ETUDE QUALITATIVE

JURY :

Président : Mr le Pr Antoine VALERI

Membres : Mme le Dr Marie BARAIS
Mr le Dr Benoît CHIRON
Mr le Dr Jérémie DERRIENNIC

DATE DE SOUTENANCE : 11 octobre 2018

ADRESSE DE L'AUTEUR :