



HAL
open science

Participation à l'étude GET UP : étude nationale multicentrique évaluant l'efficacité des stratégies d'abord de l'éjaculation précoce en médecine générale.

Centre Occitanie

Élodie Le Buzullier

► **To cite this version:**

Élodie Le Buzullier. Participation à l'étude GET UP : étude nationale multicentrique évaluant l'efficacité des stratégies d'abord de l'éjaculation précoce en médecine générale. Centre Occitanie. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02873498

HAL Id: dumas-02873498

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02873498>

Submitted on 4 Feb 2021

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 - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

par

Elodie LE BUZULLIER

Le 05 juin 2019

Participation à l'étude GET UP : étude nationale multicentrique évaluant
l'efficacité des stratégies d'abord de l'éjaculation prématurée en médecine
générale.
Centre Occitanie

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur David COSTA

JURY

Président : Monsieur le Professeur Pierre COSTA

Assesseurs : Monsieur le Professeur Michel AMOUYAL

Monsieur le Docteur David COSTA

Madame le Docteur Elodie MILLION

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves	DUBOIS Jean Bernard	MION Charles
ALRIC Robert	DUMAS Robert	MION Henri
ARNAUD Bernard	DUMAZER Romain	MIRO Luis
ASTRUC Jacques	ECHENNE Bernard	NAVARRO Maurice
AUSSILLOUX Charles	FABRE Serge	NAVRATIL Henri
AVEROUS Michel	FREREBEAU Philippe	OTHONIEL Jacques
AYRAL Guy	GALIFER René Benoît	PAGES Michel
BAILLAT Xavier	GODLEWSKI Guilhem	PEGURET Claude
BALDET Pierre	GRASSET Daniel	PELISSIER Jacques
BALDY-MOULINIER Michel	GROLLEAU-RAOUX Robert	POUGET Régis
BALMES Jean-Louis	GUILHOU Jean-Jacques	PUECH Paul
BALMES Pierre	HERTAULT Jean	PUJOL Henri
BANSARD Nicole	HUMEAU Claude	PUJOL Rémy
BAYLET René	JAFFIOL Claude	RABISCHONG Pierre
BILLIARD Michel	JANBON Charles	RAMUZ Michel
BLARD Jean-Marie	JANBON François	RIEU Daniel
BLAYAC Jean Pierre	JARRY Daniel	RIOUX Jean-Antoine
BLOTMAN Francis	LAFFARGUE François	ROCHFORT Henri
BONNEL François	LALLEMANT Jean Gabriel	ROSSI Michel
BOUDET Charles	LAMARQUE Jean-Louis	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BOURGEOIS Jean-Marie	LAPEYRIE Henri	SAINT AUBERT Bernard
BRUEL Jean Michel	LESBROS Daniel	SANCHO-GARNIER Hélène
BUREAU Jean-Paul	LOPEZ François Michel	SANY Jacques
BRUNEL Michel	LORiot Jean	SEGNARBIEUX François
CALLIS Albert	LOUBATIERES Marie Madeleine	SENAC Jean-Paul
CANAUD Bernard	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SERRE Arlette
CASTELNAU Didier	MARY Henri	SIMON Lucien
CHAPTAL Paul-André	MATHIEU-DAUDE Pierre	SOLASSOL Claude
CIURANA Albert-Jean	MEYNADIER Jean	THEVENET André
CLOT Jacques	MICHEL François-Bernard	VIDAL Jacques
D'ATHIS Françoise	MICHEL Henri	VISIÉ Jean Pierre
DEMAILLE Jacques		
DESCOMPS Bernard		
DIMEGLIO Alain		

Professeurs Émérites

ARTUS Jean-Claude

BLANC François

BOULENGER Jean-Philippe

BOURREL Gérard

BRINGER Jacques

CLAUSTRES Mireille

DAURES Jean-Pierre

DAUZAT Michel

DEDET Jean-Pierre

ELEDJAM Jean-Jacques

GUERRIER Bernard

JOURDAN Jacques

MARES Pierre

MAURY Michèle

MILLAT Bertrand

MAUDELONDE Thierry

MONNIER Louis

PREFAUT Christian

PUJOL Rémy

SULTAN Charles

TOUCHON Jacques

VOISIN Michel

ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)

BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé

BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie

BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale

CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation

COLSON Pascal – Anesthésie-réanimation

COMBE Bernard - Rhumatologie

COSTA Pierre - Urologie

COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile

COUBES Philippe – Neurochirurgie

COURTET Philippe – Psychiatrie d'adultes, addictologie

CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie

CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire

DAVY Jean Marc - Cardiologie

DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation

DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales

DEMOLY Pascal – Pneumologie, addictologie

DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale

DUFFAU Hugues - Neurochirurgie

DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

ELIAOU Jean François - Immunologie

FABRE Jean Michel - Chirurgie générale

FRAPIER Jean-Marc – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie

HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick – Cardiologie
MONDAIN Michel – Oto-rhino-laryngologie
PAGEAUX Georges-Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PELISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie

COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier-Dermatologie – vénéréologie
DE VOS John – Cytologie et histologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie
GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie
HAYOT Maurice - Physiologie
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LE MOING Vincent – Maladies infectieuses, maladies tropicales
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques - Rhumatologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel - Anatomie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-Génétique
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CAPTIER Guillaume-Anatomie
CAYLA Guillaume-Cardiologie
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophtalmologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
GENEVIEVE David-Génétique
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC Moglie - Néphrologie
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas - Neurologie
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier-Néphrologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques

RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre – Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Eric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max-Ophtalmologie
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale,
addictologie
VINCENT Thierry-Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

1^{ère} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIÉ Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - Médecine générale

1^{ère} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIÉS - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

PROFESSEUR ASSOCIÉ - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie

MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie

MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique
CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion
PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie
PUJOL Joseph-Anatomie
RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie
RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1^{re} classe

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire
BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline-Hématologie biologique
COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERTRAND Martin-Anatomie
DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation
DU THANH Aurélie-Dermato-vénéréologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
HERRERO Astrid – Chirurgie générale
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie

KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANTEL Alix – Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie – Thérapeutique, addictologie
SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

Maîtres de conférence de 1^{ère} classe

COSTA David

Maîtres de conférence de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

OUDE-ENGBERINK Agnès

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

GARCIA Marc

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Éric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences

BERNEX Florence - Physiologie

CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé

CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire

DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire

GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques

LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé

LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé

LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques

MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques

MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences

MOUTOT Gilles - Philosophie

PASSERIEUX Emilie - Physiologie

RAMIREZ Jean-Marie - Histologie

TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie

BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique

PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

SOUCHE François-Régis – Chirurgie générale

TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médical

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury :

Au Pr Pierre Costa : d'avoir accepté de présider ce jury et de m'avoir permis d'accéder plus tôt à l'enseignement de sexologie.

Au Dr David Costa : pour tout ce qu'il m'a apporté et appris au cours de mes stages, pour son enseignement, sa perspicacité, son dévouement à la médecine générale. J'admire sa passion et son énergie. Merci d'avoir accepté de diriger ma thèse avec patience et bienveillance.

Au Pr Michel Amouyal : merci d'avoir accepté de faire parti de ce jury, et de m'avoir fait découvrir la médecine générale lorsque j'étais encore externe.

Au Dr Elodie Million : d'avoir accepté de faire parti de ce jury et d'avoir participé activement à l'étude Get Up.

A mon ex co-interne, maintenant Docteur, Guillaume Audren avec qui j'ai partagé cette expérience.

Au Dr Marie Barais qui est à l'origine tout. J'admire sa détermination et son courage.

A l'ensemble de l'équipe Get up pour cette aventure enrichissante.

Aux courageux médecins ayant accepté de participer à l'étude.

A tous les enseignants et intervenants du DIU de sexologie pour leur précieuse aide et leur enseignement en sexologie.

Aux Dr Kusel, Dr Dumontier, Dominique, Dr Brosson, et l'équipe du CeGIDD Nîmois de m'avoir tant appris et m'avoir acceptée telle que je suis.

Aux 4 drôles de dames alésiennes qui m'ont appris l'amour de la médecine générale : Dr Kerjean, Dr Maupas, Dr Dufour et Dr Bastide, pour leur générosité, leur complémentarité et leur bienveillance.

Aux Dr Serge Sirvain, Dr Thibaut Fraisse et Dr Soline Schambach pour tout ce qu'ils m'ont enseigné et les parties de Shabada. Sans eux je n'aurais tout simplement pas poursuivi la voie de la médecine générale. Ils m'ont redonné foi et confiance en moi.

A tout les médecins que j'ai remplacé et qui m'ont confié leur patientèle.

Au Dr Marc Peytavin pour son grain de folie et sa singularité à toute épreuve !

A Sophie Colombel et Laurence Lombardi : deux des plus belles personne que j'ai eu le plaisir de rencontrer. Leur aide m'a été précieuse.

A Christelle Chiari, la meilleure de toutes les psychologues. Je vous souhaite sérénité et amour à toi et Mila.

A Magali Fontenille : pour sa précieuse aide et son soutien. Je te souhaite le meilleur.

A l'équipe au grand complet de la MSP de Sauve : pour m'avoir si bien accueillie. Vous êtes une bande de dingos comme dirait Yannick. Mais attention j'arrive!! A Mireille, Elsa, Julie, Fanchon, Danielle, Mathieu (futur vegan?), Benoit, Julien, Christophe et les autres. Roxane on attend plus que toi.

Au Dr Didier Fougerolles : j'espère être digne de son oeuvre et des patients qu'il me confie.

A Sabrina et sa caverne aux sucreries! Merci pour ton soutien, ta bienveillance et ton énergie. T'avais raison j'ai pleuré en rédigeant les remerciements...

Au Dr Pierre Haller et son banjo, sa voix de ménestrel aguerri. Tu vois je l'ai regardé bien en face ce fichu crapaud.

A Delphine, Hélène et Isabelle : pour leur bienveillance, leur travail et leur dévouement. Des secrétaires en or! je vous adore!

A Paul mon amour, pour ton soutien, ta patience, ton sourire, ta créativité et le bonheur que tu m'apportes chaque jour.

A ma petite sœur Lucile : je suis très fière de toi et je t'aime ! J'espère t'avoir montré qu'avec patience et détermination on arrive à tout, à aller au bout de nos rêves. Peu importe notre histoire et d'où l'on vient. Rien n'est impossible ma belle, alors rêve en grand. Je serai toujours là pour toi.

Petit clin d'oeil à Jérémie, son chéri, pour tout ce que tu apportes à ma soeur et pour la belle personne que tu es.

A ma maman pour m'avoir poussé à ne jamais rien lâcher, parfois à coups de pieds dans le derrière. Mais c'était nécessaire. Le chemin a été semé d'embûches mais grâce à elle je l'ai parcouru. Je t'aime aussi et je suis fière de ce que tu as accompli.

A Roland pour son soutien et sa sagesse.

A mes grands parents et ma famille pour tout ce qu'ils m'ont apporté. En espérant qu'ils soient fiers de moi.

A Brice et Claire : mes beaux parents en or. Merci pour leur soutien sans faille et leur générosité.

A Camille et Pierre : préparez vous pour cet été ça va déménager! Je te défies à Mario Kart quand tu veux Camille ...

A Cyril : pour tout et de tout mon coeur. Je te souhaite le meilleur et bien plus encore.

A Hynde, pour ta patience et ta générosité empruntent de lucidité et de sagesse. Paillettes et licornes pour toi ma belle.

A Cécile Levin : miss you Martine ! Et félicitations! Te voilà Docteur!! la prochaine fois qu'on se retrouve ce sera sûrement sur une plage de sable blanc bordant un océan turquoise ... je te souhaites du bonheur et re du bonheur ma belle.

A Justine et Elodie : on y est enfin arrivées. Merci pour tout les filles. On aura bien rigolé.

A Pierre/Ez à qui je souhaite de faire son bonhomme de chemin. (private joke). Des commes toi y'en a vraiment pas deux. Tu es exceptionnel et j'espère qu'on sauvera la planète ensemble.

A Thomas : pour son délicieux hypocras, sa gaieté et les prochaines médiévales à venir.

A Vianney et son charisme légendaire, le meilleur des MJ!

A Eve et sa spiritualité! Meow!!

A Quentin et Christine : des partenaires de jeu hors pair. A quand la prochaine partie de Cthulhu ?

A Julien pour toutes ces parties endiablées et le rêve en barre. Yara restera mon personnage préféré.

A Anne Muller, mon écrivaine préférée. En espérant te revoir très vite.

A Diane : pour sagesse et sa gentillesse.

A Eva et Jean et leur petit Auguste que j'ai hâte de rencontrer. A bientôt pour des parties sans fin.

Aux copains du comptoir du dragon, pour les folles aventures aux pays des Elfes et des horreurs . A tout ces MJ et leur créativité.

Aux carabins et faluchards en tout genre de ces dix dernières années. On se sera bien marré !

A Morgane et Julie pour ces trois belles années de DIU.

Aux secrétaires en or: Clergue Fabienne, Villon Marlène et Thoze Vanessa, Anne-sophie Levavasseur, Coralie Bessone, ... et Lucette Mey. Je ne vous oublierai jamais je pense.

Aux patients : Sans qui rien n'est possible et avec qui rien n'est impossible. Pour la confiance qu'ils me font chaque jour, leur authenticité, leur générosité et ce qu'ils m'apprennent encore et toujours. Aux pots de confiture de Madame F.

Et aux autres pour le challenge qu'ils représentent. J'espère être à la hauteur de leurs attentes.

*"Every time when I look in the mirror
All these lines on my face getting clearer
The past is gone
It went by, like dusk to dawn
Isn't that the way
Everybody's got the dues in life to pay
I know nobody knows
Where it comes and where it goes
I know it's everybody sin
You got to lose to know how to win
Half my life
Is books, written pages
Live and learn from fools and
From sages
You know it's true, oh
All these feelings come back to you
Sing with me, sing for the years
Sing for the laughter, sing for the tears
Sing with me, just for today
Maybe tomorrow, the good Lord will take you away
Yeah, sing with me, sing for the year
Sing for the laughter, sing for the tear
Dream on ..."*

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	17
LISTE DES ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS	19
INTRODUCTION	20
1- La sexologie	20
2- GetUp	21
3- Question de recherche	21
MATERIEL ET METHODE	24
A - DEROULEMENT DE L'ETUDE	24
1-Design de l'étude	24
1.1 Critères d'inclusion et de non inclusion	26
1.2 Estimation de la taille de l'échantillon	27
2- Les outils de l'étude	28
2.1 Constitution du support de l'intervention (Annexe 11)	28
2.2 Les questionnaires PEDT et SF12	29
3- EP et médecine générale	31
4- Place du médecin généraliste	41
B- RECRUTEMENT	43
1-Recrutement des investigateurs	43
2- Randomisation en deux groupes	44
3- Comparabilité des groupes	45
C- FORMATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DU GROUPE INTERVENTIONNEL	46
1- Objectifs	46
2- Présentation des six stratégies de communication	47
3 stratégies d'investigation	47
3 stratégies d'attitude	48
3. Déroulement	48
D - FORMATION DU GROUPE TÉMOIN	50
1- Contenu	50
2- Déroulement	50
F- ETHIQUE	51
	17

Financement et assurance	51
Le comité scientifique	51
Le Comité de Protection des Personnes (CPP)	51
Lettre d'information et formulaire de consentement	52
Respect des règles du CNIL	52
Notification des évènements indésirables graves	52
RÉSULTATS	53
1. Résultats du centre Occitanie	54
2. Résultats de l'étude pilote	57
3. Résultats de l'étude Get Up	58
ANALYSE STATISTIQUE	70
1. Analyse principale	70
2. Description des échantillons à l'inclusion	71
3. Analyses secondaires	71
DISCUSSION	73
1- Discussion de la méthodologie	73
2- Difficulté personnelles rencontrées	77
3- Difficultés rencontrées par les médecins	78
4- Conclusions et propositions	80
BIBLIOGRAPHIE	85
ANNEXES	89
Annexe 1 : Classification CISP 2 : les motifs génitaux, urinaires et psychiques	89
Annexe 2 : lettre d'information et formulaire de consentement écrit du patient	90
Annexe 4 : score PEDT	94
Annexe 5 : Fiche de renseignements investigateurs	95
Annexe 6 Cahier de recueil de données du groupe interventionnel	96
Annexe 8 Cahier de recueil du groupe témoin	98
Annexe 9 : Autorisation ANSM	100
Annexe 10 : Tapis de souris et courrier joint lors de son envoi	101
Annexe 11 : Powerpoint de formation groupe interventionnel	104
RÉSUMÉ	125

LISTE DES ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

CDOM : Conseil départemental de l'ordre des médecins

CJP : Critère de jugement principal

CPP : Comité de protection des personnes

DMG : Département de médecine générale

DS : Dysfonction sexuelle

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DUMG : Département universitaire de médecine générale

EP : Ejaculation prématurée

GET UP : GÉniTal Urinaire Psychique

GI : Groupe interventionnel

GT : Groupe témoin

IELT : Intravaginal Ejaculation Latence Time

ISRS : Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine

ISSM : International Society for Sexual Medicine

IST : Infections sexuellement transmissibles

MG : Médecin généraliste

PEDT : The Premature Ejaculation Diagnostic Tool

QDV : Qualité de vie

RS : Rapport sexuel

SF-12 : Short Form health survey 12

WONCA : World Organization of National College Academies

INTRODUCTION

1- La sexologie

L'orientation vers la sexologie est apparue tôt au cours de mes études. Étudiante en 5e année de médecine, en stage de gynécologie, j'ai bénéficié d'une brève présentation de la discipline lors de l'intervention d'un sexologue. Ce qui ne manqua pas de piquer mon intérêt. Raison pour laquelle quelques années plus tard, aux prémices de l'internat de médecine générale, je me suis dirigée vers l'enseignement de DIU de sexologie proposé par la Faculté de médecine de Montpellier-Nîmes. A ce jour mon objectif reste inchangé : intégrer la sexologie à ma pratique professionnelle dans les meilleures conditions pour le patient, ainsi que le respect de cette discipline. La sexualité n'ayant jamais représentée un sujet tabou, elle reste, à mon sens, omniprésente dans la vie de chaque être humain donc de chaque patient. L'intérêt porté s'est nourri de la réceptivité, de la sollicitation et de l'attente des patients à ce sujet, dans des champs divers et variés : éducation à la sexualité, dysfonctions sexuelles (DS) féminines et masculines, grossesse, adolescence, dysphorie de genre, violence conjugale, avortement, viol, prostitution, addictions... Lors de mes études, j'ai été amenée à aborder le sujet avec plusieurs patients n'ayant jusque là jamais osé en parler à leur médecin généraliste (MG). Selon eux par peur du jugement, honte, souci d'épargne de leur médecin, méconnaissance, culpabilité ou sentiment d'incurabilité.

J'ai pu constater qu'un nombre limité de praticiens y était sensible : par désinformation, honte, manque d'intérêt/connaissances, sentiment de voyeurisme, d'illégitimité ou simple chronophage. Ces premières constatations se sont confirmées au cours de chacun des stages de mon internat commun à l'enseignement du DIU de sexologie. Depuis, elles ne cessent de se renforcer.

Pourtant *“la sexualité est une dimension à part entière de l'exercice de la médecine, c'est à nous de faire en sorte qu'elle s'exprime” Dr Philippe Brenot.*

2- GetUp

La synchronicité : début janvier 2015, lors de la 2e année de DIU de sexologie, ma candidature a été acceptée pour la participation d'une étude nationale multicentrique dirigée par le CHRU de Brest sur l'abord et la communication autour de l'éjaculation précoce (EP) en médecine générale. Le sujet pertinent a fait écho à mon expérience professionnelle. Je présente au sein de cette thèse ma participation active à cette étude, avec l'accord de l'investigateur principal à l'origine de l'étude.

3- Question de recherche

Problématique

D'après la littérature, l'EP serait la plus fréquente des DS, notamment en Occident(1), avec 5 à 30 % des hommes entre 18 et 59 ans souffrant d'une diminution, difficulté, voir perte du contrôle de leur éjaculation (2–4). Son taux d'incidence est variable selon les études du fait de la diversité des définitions de l'EP. Sa prévalence reste stable avec l'âge contrairement à la dysfonction érectile, qui elle, augmente avec l'âge (5). La qualité de vie (QDV) des patients et de leurs partenaires en est altérée comparativement à celle des hommes n'en souffrant pas (5,6). De plus, l'anorgasmie, la diminution de la libido (celle de la partenaire), ainsi que la dépression, l'anxiété et l'alexithymie (7) sont des comorbidités significativement associées à l'EP (25). Plus d'un quart des hommes craint d'être abandonné à cause de son problème sexuel (8). L'étude EMOI (9) "première étude observationnelle française réalisée sur l'éjaculation précoce" met en lumière la souffrance relationnelle, l'altération du bien être et de la confiance en soi de ces hommes. Cette étude a permis de dépeindre un profil des hommes concernés : âge moyen 39 ans, 70% vivant en couple, 18% ayant une partenaire stable, 12% célibataires. Elle relève également la prévalence importante des troubles anxio-dépressifs (37%, 46% si EP secondaire), des troubles du sommeil (26% versus 18% dans la population générale), d'un sentiment d'échec important (48%),

d'une mauvaise estime de soi (77% ont une mauvaise opinion d'eux-mêmes) et enfin une consommation d'alcool supérieure à celle de la population générale. Dans 24% des cas (42% si EP secondaire) une dysfonction érectile était associée. Plus de la moitié des patients se sentaient inquiets de leur vie sexuelle à venir (84% ayant perdu confiance en eux en tant que partenaire sexuel). 41% étaient insatisfait de leur orgasme sans pour autant mis en évidence de perte du désir. Un homme qui éjacule rapidement n'est pas un homme satisfait. 45% ne sentent pas capables de prendre l'initiative d'une relation sexuelle. De plus 22% estimaient que leur EP avait été responsable par le passé de divorces/séparations/ruptures, d'une mésentente conjugale (57%) et d'un désir d'infidélité (30%).(9)

Les répercussions de la pathologie sont significatives puisque dans l'année précédant la mise en évidence d'une EP, les patients consultent jusqu'à deux fois plus leur MG (10). Une étude rapporte que la majorité des hommes interrogés anonymement dans la salle d'attente de leur MG considérait qu'aborder les difficultés d'ordre sexuel était important en médecine générale (11). 50% de ces derniers préféraient qu'une telle discussion soit initiée par le médecin lui-même (confirmé dans d'autres études (12,13)) et plus des 2/3 souhaitaient une attitude plus affirmée de la part de leur MG. Pourtant un nombre restreint de patients consultent pour cette DS : seulement 9 % d'après une étude internationale (5). Une étude interrogeant 133 généralistes anglais (14) a montré que 65% d'entre eux estimaient que les DS étaient d'une priorité moyenne, 19% d'une priorité importante et 13% d'une faible priorité dans leur pratique. La prise en charge des DS, dont l'EP, correspond aux compétences de la médecine générale telles qu'elles sont décrites par la WONCA (15). *“Une étude israélienne (16) a souligné que 79% des MGs pensaient que la PEC des dysfonctions sexuelles était de leur ressort”.*(17) Pourquoi l'EP demeure-t-elle alors sous diagnostiquée et sous médicalisée?

L'étude EMOI a recruté 575 patients consultant pour la première fois pour une EP via 120 urologues ou sexologues français de octobre 2013 à avril 2014. Les freins à

la CS relevés étaient essentiellement représentés par la honte ressentie (62% des patients). La partenaire étant à l'origine de la CS dans 50% des cas.(9)

En 2009, une étude qualitative menée par le Dr Marie Barais a identifié six stratégies de communication utilisées par un échantillon de MG en soins primaires ayant adressé leur patient souffrant d'EP à un sexologue. Ils ont décrit trois stratégies d'attitude et trois stratégies d'investigation qui ont visiblement permis au patient de verbaliser cette difficulté. Une étude pilote (18) a été réalisée d'avril à juin 2011 avec des résultats prometteurs testant la faisabilité de l'étude à un niveau multicentrique afin de vérifier si ces stratégies de communication étaient efficaces et généralisables aux autres médecins généralistes. L'EP avait été principalement abordée lors de consultations en rapport avec le domaine génital, urinaire ou psychique.

Objectif principal et critère de jugement principal (CJP)

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer l'efficacité des 6 stratégies sur le nombre de patients souffrant d'EP en consultation de MG en comparaison avec les consultations ambulatoires de soins primaires. Autrement dit : former les médecins à des stratégies de communication augmente-t-il le nombre de cas incidents de patient souffrant d'EP?

Le CJP était l'incidence du nombre de cas découvert par l'usage d'une des 6 stratégies en comparaison avec l'incidence du nombre de cas découvert lors des soins usuels.

Objectifs secondaires et critères d'évaluation secondaires

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer l'impact de la consultation sur l'évolution du score de QDV entre les questionnaires pré et post inclusion; de repérer les patients des groupes intervention et témoin qui n'auraient pas abordé le sujet en consultation et d'identifier les patients éjaculateurs précoces par un questionnaire de diagnostic (PEDT).

MATERIEL ET METHODE

A - DEROULEMENT DE L'ETUDE

1-Design de l'étude

L'étude Get up est une étude française multicentrique prospective interventionnelle randomisée en grappe avec 2 bras : un groupe « intervention » (GI) constitué des MG formés à l'utilisation des stratégies d'abord de l'EP, et un groupe de MG « témoins » (GT) non formés à celles-ci.

4 régions ont participé : Auvergne-Rhône-Alpes, Bretagne, Nouvelle-Aquitaine et Occitanie, chacune représentée par un chercheur de premier plan supervisant un interne de médecine générale, lui-même chargé du recrutement et de la formation des groupes de MG. La particularité de notre centre Occitanie est que nous sommes deux internes à avoir participé. Chacun supervisant des départements différents.

La population de patients cibles était représentée par les patients masculins majeurs consultant en médecine générale pour une anomalie du système urinaire, génital et/ ou une souffrance psychique appartenant à la classification CISP 2 (annexe 1).

Chaque investigateur était un MG en activité libérale exerçant seul ou en groupe, soumis à des obligations réglementaires consignées dans la convention-contrat entre investigateur et promoteur. Chaque investigateur des deux groupes a reçu 15 kits complets de recherche avec tous les documents nécessaires avec pour consignes d'inclure les 15 premiers patients correspondant réunissant tous les critères d'inclusion. Le MG vérifiait en premier lieu le motif de consultation : si le patient consultait bien pour un motif appartenant à la classification CISP 2 , il lui proposait de participer à l'étude, et validait son accord de participation par la signature du consentement après lecture de la lettre d'information destinée au patient (annexe 2). Un exemplaire de ce document était remis au patient, et sa participation à l'étude annotée dans son dossier médical.

Un questionnaire de QDV, le SF12 (annexe 3) était remis au patient qui le remplissait à l'aide du médecin avant la fin de la consultation. Un nouveau questionnaire SF12 identique au premier, ainsi qu'un questionnaire PEDT (annexe 4) étaient adressés au patient 4 semaines plus tard par courrier à son domicile. Le patient devait les renvoyer au promoteur, complétés, via l'enveloppe T fournie. Une relance était envoyée par l'équipe coordonnatrice un mois après la consultation pour rappel de l'échéance au patient puis 3 jours après en cas de non retour.

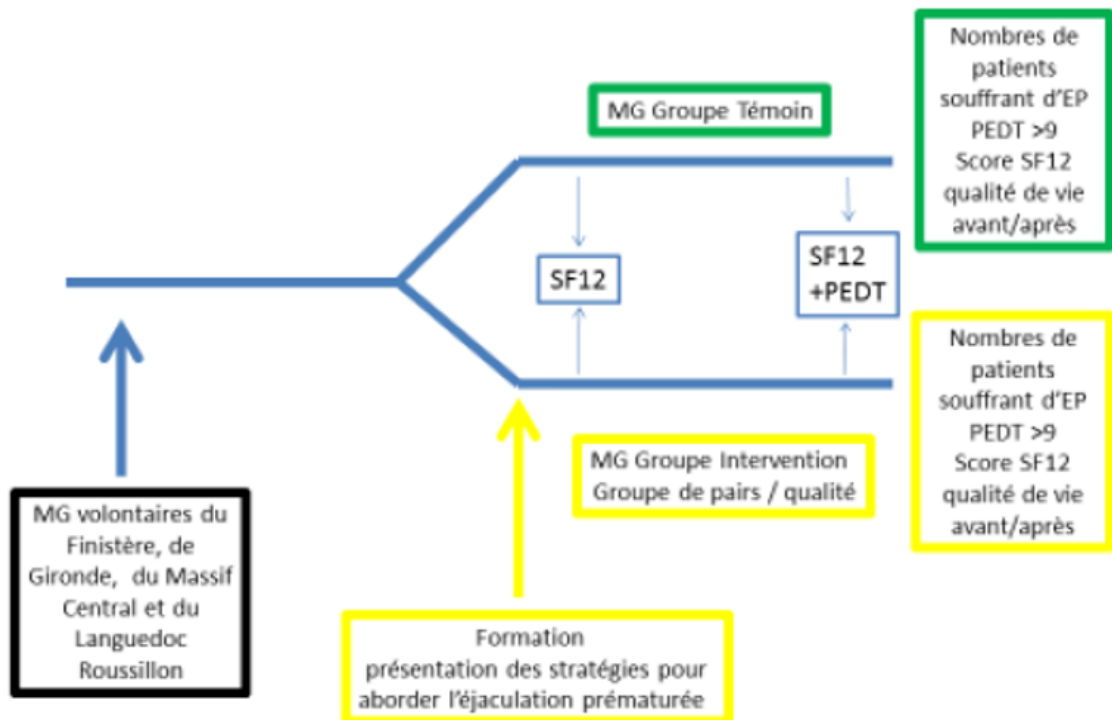


Figure 1 : Design de l'étude

1.1 Critères d'inclusion et de non inclusion

L'étude était proposée à tous les hommes âgés de 18 à 80 ans se présentant en consultation de soins primaires chez les MG investigateurs pour un motif appartenant à la classification CISP 2 (annexe 1) : anomalie du système urinaire, système génital masculin, et/ou souffrance psychique. Les critères de non inclusion étaient représentés par les motifs de consultation autres. La limite d'âge de 80 ans a été fixée car au-delà la spécificité des soins requis pour l'EP dépassait le cadre de l'étude.

Ont aussi été exclus les patients ne parlant pas français, ceux avec une pathologie psychiatrique pouvant affecter le jugement et tout ceux non apte à signer un consentement éclairé.

Le motif d'inclusion devait être abordé **durant** la consultation puisqu'il pouvait s'agir d'un motif "caché". Il pouvait ne pas être le motif initial de la consultation. Le concept de motif principal ou unique est discutable en médecine générale.

Par exemple le patient pouvait consulter pour un dépistage d'IST et finalement voir que le médecin était à l'aise, ouvert et lui parler de sa difficulté sexuelle. Les motifs de consultation sont souvent multiples au sein d'une même consultation, d'où la difficulté de pouvoir répondre à tous et de les repérer. Un patient peut amener un motif de consultation de différentes manières : en motif principal, en motif secondaire ou encore amené par un premier motif "cheval de Troie" qui a pour but de tester l'attitude du médecin en réaction à un sujet. La consultation pouvait donc être incluse si un motif Get Up était abordé au cours de la consultation : en motif principal (par ex "*consultation pour une dysurie*"), ou en motif abordé au cours de la consultation ("*et puis il y a aussi des troubles de l'érection*"). Le motif principal était un motif d'inclusion s'il correspondait à l'un des motifs répertoriés sur la liste fournie dans le trousseau aux MG des 2 groupes. Si le sujet était abordé durant la consultation il était valide même en cas de diagnostic ou de prise en charge antérieurs.

En conclusion : le sujet devait avoir été abordé que le patient en soit atteint ou pas.

Les critères d'inclusion des médecins participant à l'étude étaient simples : exercer en tant que MG libéral et être inscrit au conseil de l'ordre des médecins.

1.2 Estimation de la taille de l'échantillon

Cette étude a été conçue comme un essai randomisé par grappes. Une estimation de la taille de l'échantillon a été proposée afin de mettre en évidence une différence significative entre les deux groupes randomisés en termes d'incidence de nouveaux cas de patients évoquant l'EP avec leur généraliste. Il prenait en compte un coefficient de corrélation intra-cluster (ICC) compris entre 0,05 et 0,20 et incluait un recrutement d'environ 15 patients par MG. Afin de prendre en compte la variabilité entre et au sein du GP, exprimée par le coefficient de corrélation intra-classe (ICC), cette taille d'échantillon devait être augmentée d'un facteur d'inflation: $1 + (m - 1) \cdot ICC$, avec m le nombre (moyen) de patients inclus par chaque MG. Selon la littérature, il n'est pas facile de déterminer la valeur appropriée de la CPI. Cela dépend de nombreux facteurs. Nous avons choisi de fixer ICC entre 0,05 et 0,20. Avec 15 patients inclus par chaque MG, l'estimation de la taille de l'échantillon était de 360 pour l'ICC égale à 0,05 et de 800 pour l'ICC à 0,20 et d'environ 960 pour l'ICC à 0,25. Dans l'étude de faisabilité (18), l'incidence des patients ayant présenté une EP avec leur généraliste dans le GT était de 6,6%. Selon l'ISSM, «5% de la population a une IELTS inférieure à 2 minutes». Nous avons estimé l'incidence dans le GT à environ 5%. Habituellement, dans la randomisation individuelle, n = 101 patients au total sont nécessaires pour mettre en évidence une différence absolue entre 5 et 20%. Pour une erreur bilatérale de type I, α est égal à 0,05 et a une puissance statistique de 90%. De plus, en tenant compte de ces aspects, 600 patients, recrutés par 40 omnipraticiens, devaient être inclus puis divisés en 300 patients dans chaque bras. L'objectif fixé à chaque investigateur était donc d'inclure 15 patients successifs sur une période initiale d'inclusion de un an maximum à compter du début l'étude.

Les inclusions ont commencées en juin 2016 et se sont achevées en février 2018 (date limite accordée par le CCP). Une fois ces 15 patients inclus, le médecin

concerné cessait sa participation active à l'étude. Un total de 600 patients à échelle multicentrique, dont 300 en région Occitanie était attendu. Le calcul du nombre de patients nécessaire tenait compte d'une estimation des perdus de vue à cette étape. La durée de la participation pour chaque patient était de 4 semaines et se terminait à la réception du deuxième questionnaire SF 12 par le promoteur.

2-Les outils de l'étude

2.1 Constitution du support de l'intervention (Annexe 11)

Cette étape a demandé beaucoup de réflexion afin de remplir tous ses objectifs. Nous avons constitué ce document Dr Costa David, Dr Audren Guillaume (interne à l'époque) et moi-même lors de différentes et nombreuses mises en commun de notre travail personnel. Après de multiples échanges avec l'équipe de Brest sur le contenu du support pédagogique, une version vidéo de la formation avec la partie orale correspondant aux diapos a été proposée et acceptée par les autres centres interventionnels. Cette version a été enregistrée par le Dr Costa, Dr Audren et moi même, puis mise à disposition de l'ensemble de l'équipe nationale. Ceci afin de standardiser au maximum la base de formation aux médecins et limiter ainsi les biais . Le e-learning seul initialement proposé n'a pas été choisi devant la réticence de l'équipe qui mettait en avant l'éventuelle mauvaise adhésion des médecins avec cette formation à distance seule. Nous avons donc personnellement formé chaque médecin investigateur recruté par nos soins, avec remise du cours en vidéo a posteriori pour le groupe interventionnel (GI), qui pouvait s'y référer chaque fois que nécessaire. Nous avons opté pour un diaporama constitué d'images et de messages marquants pour dispenser cette formation. Les images sont illustratives et marquent les esprits dans le but d'une présentation valorisante pour celui qui la regarde. En tant que MG, on comprend bien l'enjeu, et le rôle direct face aux couples souffrant d'EP. L'utilisation de techniques de communication courantes ont aidé à parfaire le support : valorisation du

rôle du MG, résumés et répétitions des informations, échanges interactifs, partage d'expérience professionnelle pour illustrer les propos, écoute réflexive, ...

Le document de support devait donc rassembler et synthétiser les principaux points théoriques de l'EP (prévalence, définition), les traitements disponibles afin que les investigateurs puissent initier ou orienter, selon leurs compétences, la prise en charge de ces patients. Cette initiation au sujet de l'EP avait pour but de réduire le frein potentiel au repérage actif induit par un manque de connaissances. Un bref état des lieux préalable des connaissances du médecin était effectué avant chaque formation. Des situations de consultation en médecine générale étaient présentées en exemple pour illustrer les six stratégies de communication testées afin que les MG du GI soient capables d'en utiliser une ou plusieurs à la fin de la formation.

Les stratégies et l'étude ont été évoquées avant la prise en charge de l'EP car leur appropriation reste le message principal de la formation . Afin d'éviter une saturation des médecins formés, avec diminution de la concentration pour la présentation de l'étude, celle-ci était présentée à la fin. L'évocation finale du traitement concernait directement les patients et la pratique de médecins et limitait le risque d'altération de sa concentration. Une attention particulière a été apportée à l'établissement d'un climat de bienveillance pédagogique auprès des participants.

A la fin du support de formation nous avons ajouté les portraits des protagonistes de l'étude ainsi que leurs coordonnées afin d'humaniser le protocole de recherche et de souligner leur entière disponibilité.

2.2 Les questionnaires PEDT et SF12

Pour mesurer l'incidence des patients souffrant d'EP acquise et permanente, d'EP variable naturelle et de dysfonctionnement éjaculatoire prématuré, le diagnostic final de l'EP était fait en se référant aux réponses données à l'outil de diagnostic de l'éjaculation précoce (PEDT) renvoyé par le patient 4 semaines après son inclusion. Les patients souffrant d'EP étaient **identifiés si leur score était supérieur à 9 sur le PEDT.**

Ce questionnaire est une mesure autodéclarée et largement validée qui permet d'évaluer systématiquement les critères du DSM-IV-TR (19) pour fournir des diagnostics précis d'EP / non-EP (20). C'est un outil de dépistage avec des scores limites, bref et facile à utiliser, recommandé par la Société internationale de médecine sexuelle (21) et se basant sur deux critères principaux : contrôle de l'éjaculation et la souffrance psychologique de l'homme concerné sans critère temporel quantitatif . L'équipe a suivi une procédure de validation linguistique et culturelle pour obtenir une version française du questionnaire : le score a été dans un premier temps traduit de l'anglais vers le français par un médecin français bilingue puis cette version a ensuite été traduite en anglais par une traductrice ayant l'anglais comme langue maternelle. Les deux versions anglaises ont été comparées. La version française obtenue a été modifiée en fonction des remarques des deux traducteurs. La version obtenue a été comparée à celle circulant sur les principaux sites français portant sur l'EP et dont la méthode de traduction n'est pas référencée.

L'auto-questionnaire de QDV globale SF 12 (annexe 3) a été privilégié à un questionnaire spécifique afin de limiter au maximum le biais de contamination des patients dans le GT. De plus il est validé sur le plan international et sa traduction française est validée (22). Le questionnaire initial contenait 36 éléments divisés en huit échelles, le SF-36 . Le SF-12 a été créé pour raccourcir les réponses et comprenait un ou deux éléments de chacune des huit échelles du SF-36. La version française du SF-12 est corrélée au SF-36 mais est plus rapide à remplir.

3- EP et médecine générale

- Définition :

Selon l'International society for sexual medicine (ISSM), 3 composantes définissent l'EP (23) :

1. une éjaculation survenant toujours ou presque avant ou dans la minute suivant la pénétration vaginale :
 - depuis le début de la vie sexuelle : EP primaire et permanente
OU
 - une réduction cliniquement significative de temps de latence éjaculatoire, souvent inférieur ou égale à 3 minutes : EP acquise
2. ET associée à une incapacité à la différer;
3. ET des répercussions personnelles négatives telles que la souffrance, l'inquiétude, la frustration et/ou l'évitement de toute intimité sexuelle.

S'ajoutent deux sous types aux deux premiers décrits (24) :

- L'EP variable survenant de façon au grès des circonstances. Elle représente plutôt une variation normale des performances sexuelles et donc de l'IELT. Elle peut toutefois inquiéter certains hommes et est associée à une sensation de perte de contrôle de l'éjaculation.
- L'EP subjective se caractérise par un IELT dans la moyenne voir 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.

Ce dernier sous type met bien en évidence que la notion de performance sexuelle est une perception subjective.

La récente définition du DSM V (25) comprend 4 critères :

1. Éjaculation en une minute ou moins lors d'une pénétration vaginale
2. Le critère 1 persiste depuis 6 mois, au moins lors de 75-100% des rapports
3. Il résulte du critère 1 une détresse, une insatisfaction ou une tension entre les partenaires
4. L'EP n'est pas mieux expliquée par une autre pathologie mentale, par usage de substances illicites ou de médicaments, ou par une autre pathologie organique.

Il existe également un classement de la sévérité selon IELT :

- très modérée : survient entre 30 et 60 secondes de pénétration
- modérée : entre 15 et 30 secondes
- sévère : avant pénétration ou avant 15 secondes de pénétration

Par rapport au DSM IV la définition du DSM V est plus stricte car le critère de temps (1.) passe de moins de 1-2 minutes à 1 minute; elle exclue la souffrance individuelle ainsi que les pénétrations autres que vaginales donc les relations homosexuelles.

Plus simplement il s'agit d'une éjaculation survenant en moins d'une minute après/avant pénétration avec incapacité de la différer à l'origine d'une souffrance, frustration et/ou évitement.

4 spécificités ont été très succinctement évoquées oralement :

- **EP de toujours** (primaire)
- **EP acquise**
- **EP généralisée** (avec différentes partenaires et situations)
- **EP situationnelle** (une seule partenaire ou situations différentes)

Il existe encore une multiplicité des définitions de l'EP : en fonction du nombre de poussées pelviennes, nombre de va et vient intra vaginaux, etc ... Par conséquent le risque est de penser que le sujet est mouvant, qu'aucune définition n'est sûre; potentiellement à l'origine d'une confusion.

La recherche bibliographique effectuée n'as pas permis de trouver d'arguments pour justifier le choix d'une minute (26), alors qu'il existe une revue de la littérature du coté de l'ISSM, une critique des différentes définitions et une justification de la description des 4 types d'EP : "acquired and lifelong PE, natural variable PE and premature-like ejaculatory dysfunction". Le plus important est que le patient puisse parler de la difficulté rencontrée : "vraie" EP comme dans les livres ou sensation d'EP, ou pas EP du tout mais préoccupation à ce sujet.

Dans la population de l'étude EMOI(9), précédemment citée, l'éjaculation survient après la pénétration vaginale en moins d'une minute dans 41% des cas, entre une et deux minutes dans 41% des cas, et au-delà de deux minutes dans 12% des cas. Dans 6% des cas l'éjaculation est *ante portas* (avant la pénétration). "Lorsqu'on pose la question aux hommes qui se perçoivent eux même comme souffrant d'éjaculation prématurée, il semblerait que la plupart d'entre eux (91%) estiment ne pas durer plus de deux minutes (de Sutter et al., 2002)." (27) Notre rôle était justement de pouvoir aborder le problème et de tenter de le résoudre avec le patient. Le critère du temps étant arbitraire et difficile à évaluer, d'autant qu'il se base sur l'IELT. Il est utile pour l'évaluation des traitements nécessitant une norme objective pour dire si oui ou non un médicament est efficace. Mais pour le patient, même s'il éjacule en 3 minutes et qu'il en souffre parce qu'il a le sentiment de ne pas le contrôler : nous gardons un rôle dans l'abord du sujet.

Le critère de perte de contrôle est très important, dans l'étude EMOI(9) 40% des patients consultant pour la première fois pour une EP estime ne jamais pouvoir contrôler leur éjaculation, et 47% rarement.

Le critère de répétition est inclus dans le concept de natural variable PE. Là encore, si un patient évoque une souffrance en rapport avec un manque de contrôle de son éjaculation, il était à prendre en compte dans l'étude.

Au final nous retiendrons donc la définition simple et large de l'EP proposée par François de Carufel : " une éjaculation qui se produit avant que l'homme ou sa partenaire ne le souhaite"(27).

- La durée idéale d'un rapport sexuel :

Une étude américaine (28) réalisée auprès de 50 volontaires en 2008, ayant noté pendant dix ans la durée de leurs rapports sexuels et leur niveau de satisfaction, rapportait qu'une durée entre la pénétration et l'orgasme :

- **de 3 et 7 minutes** était considérée comme **« suffisante »**
- de 7 et 13 min : *« très satisfaisante »*.
- de 1 et 2 min, elle est jugée *« trop courte »*.
- de 10 et 30 min : *« trop longue »*.

De quoi bousculer les fausses croyances sur la nécessité d'une durée prolongée pour une satisfaction optimale de la partenaire.

- Étiologies :

De multiples théories ont été abordées sur le sujet: hypothèses neurobiologiques, psychanalytique, psychologique(29), médicale,...(30). L'EP est essentiellement multifactorielle. Ce point a été évoqué oralement avec les MG du GI en conseillant une TSH si des symptômes de dysthyroïdie (hyperthyroïdie) sont associés, un toucher rectal avec ECBU si arguments en faveur d'une prostatite chronique, l'évaluation d'une iatrogénie possible, la prise en compte d'une insuffisance érectile initiale.

En effet *“quelques affections médicales sont à l'origine d'une minorité d'EP”* (27,31) (frein trop court, hyperesthésie du gland, spina bifida, prostatites chroniques, désordres neurologiques, hyperthyroïdisme, cancers, diabète instable, iatrogénie,...

Mais finalement : il n'y a **pas de physiopathologie car il n'y a pas de mécanisme anormal.**

La théorie évolutionniste est mentionnée et peut servir à déculpabiliser le patient: nos ancêtres devaient survivre assez longtemps pour pouvoir se reproduire et par conséquent se « hâter » afin de ne pas être une proie pendant le rapport sexuel. L'EP serait donc un comportement adaptatif des primates, vulnérables aux prédateurs

et aux autres mâles pendant l'accouplement. De nos jours le plaisir sexuel s'est dissocié de la reproduction et l'homme doit donner du plaisir à son ou sa partenaire. (32)

- **Possibilités de prise en charge :**

L'association européenne d'urologie et l'ISSM recommandent un traitement combiné : pharmaceutique (Dapoxetine) (33) et la psycho/sexothérapie permettant un soulagement immédiat, la reprise de confiance en soi. En effet "la combinaison de la dapoxétine et d'un traitement comportemental donne de meilleurs résultats que la dapoxétine seule dans le traitement des patients souffrant d'EP à vie" (34).

Plusieurs molécules de la classe des inhibiteurs de recapture de sérotonine (ISRS) auraient un rapport bénéfice risque favorable dans la prise en charge de l'EP en prise continue mais une seule molécule détient l'AMM (depuis 2013): la dapoxétine avec prise à la demande, 1 à 3 heures avant l'activité sexuelle, et lorsqu'elle est prévue (Priligy 30 ou 60 mg : bonne efficacité, bonne tolérance (nausées, céphalées, vertiges) : absorption et élimination rapide) (35). Ses bénéfices : il permettrait de multiplier la durée du rapport sexuel par trois et permet au patient de surmonter sa peur en allant consulter (17). Les autres ISRS sont à prendre quotidiennement et n'ont pas d'AMM dans cette indication. Toutefois d'autres sources remettent en cause la balance bénéfice risque accordée à la dapoxétine (36). Les anesthésiques locaux n'ont pas d'AMM et ne sont pas recommandés en première intention en soins primaires (37) . Le tableau 1 (17) résume les principales thérapeutiques pharmacologiques de l'EP avec leur posologie et leur efficacité (traitement versus placebo) en fonction de la fréquence de prise (à la demande ou au long cours) ainsi que les principaux effets indésirables.

Médicaments	Fréquence	Posologie (en mg)	Augmentation de l'IELT p/r placebo (multiplié par)	Principaux effets secondaires	AMM en France pour l'EP
Dapoxétine	A la demande	30–60	2.5–3	Nausées, céphalées, diarrhée, sensations vertigineuses	oui
Paroxétine	quotidien	10–40	8	Asthénie, bâillements, nausées, diarrhée, baisse de la libido, dysfonction érectile	non
Clomipramine	quotidien	12.5–50	6		non
Sertraline	quotidien	50–200	5		non
Fluoxétine	quotidien	20–40	5		non
Citalopram	quotidien	20–40	2		non
Paroxétine	Quotidien pendant 30 jours puis à la demande	10–40	11.6		non
Paroxétine	A la demande	10–40	1.4	non	
Clomipramine	A la demande	12.5–50	4	non	
Lidocaïne /prilocaine topiques	A la demande	2.5%/2.5%	4–6	Engourdissement pénien et des parties génitales du partenaire	non

Tableau 1 : principaux traitements pharmacologiques de l'EP

Ces différentes possibilités de prise en charge ont été familiarisées aux investigateurs du groupe interventionnel (GI) en privilégiant les plus compatibles avec les exigences de l'exercice libéral auquel le MG doit faire face. Nous avons notamment insisté sur la possibilité d'adresser le patient à un spécialiste sexologue, avec lettre

d'orientation, lorsque cela été possible, dans l'intérêt du patient, tout en revoyant le patient par la suite afin d'éviter le sentiment d'abandon.

Une phrase type était proposée : *« j'ai besoin de l'avis du spécialiste pour pouvoir vous prendre en charge »*. Les médecins ont bénéficié d'une brève présentation des différentes psychothérapies, sexothérapies, et outils de relaxation (38). Les sexothérapies sont définies comme le développement d'une stratégie thérapeutique personnalisée pour chaque patient en vue d'acquérir de nouvelles habiletés sexuelles. Elles peuvent être individuelles ou de couple, tout comme les psychothérapies. Les TCC sont utiles pour se libérer des fausses croyances. L'accent était mis sur l'importance de la sexo-éducation individuelle et du couple. La psycho-éducation consiste à donner des informations au patient, lui permettre de comprendre ses erreurs afin de les corriger; sans oublier de s'enquérir de ce qu'il sait déjà ou croit savoir (recherche internet, forum,...). (39)

Quelques exemples :

- outils de relaxation : apprentissage de l'écoute de son corps, apprendre à respirer (l'hyperventilation provoquée par l'excitation favorise l'éjaculation).
- apprentissage de la respiration abdominale et relaxation musculaire à l'aide d'exercices simples.
- apprentissage de l'auto gestion de la durée du rapport.

Il a été conseillé au médecin de ne jamais perdre de vue que l'objectif thérapeutique est l'amélioration de la satisfaction/QDV du patient et de sa/son partenaire et non pas le temps de pénétration en lui-même. On traite l'homme, le couple mais pas le symptôme : *“le succès d'une approche sexothérapeutique passe beaucoup plus par les bénéfices globaux que le couple peut en tirer dans sa relation en général, que par l'amélioration de performancs physiologiques”* (40).

- **Rôle du partenaire :**

Lorsque le patient est en couple cela peut être utile de le/la rencontrer, si le patient le souhaite, dans le but d'optimiser l'équilibre relationnel du couple, et par là-même, la prise en charge du trouble. Elle/il devient un co-thérapeute. Mais ce n'est ni indispensable ni obligatoire. Plusieurs études montrent que le principal problème est d'ordre relationnel avec défaut de communication : l'homme et son/sa partenaire ne se comprennent pas. Ceux/Celles-ci seraient moins souvent gênés par la DS de leur partenaire que ce que les hommes souffrant d'EP (41) ne le pensent, et *"l'image qu'elles ont de leurs partenaires est en quelque sorte bien meilleure que que celles qu'ils ont d'eux mêmes"* (42). L'étude EMOI(9) a permis une analyse de données chez 290 partenaires d'hommes souffrant d'EP et ne néglige pas l'impact de l'EP sur celles-ci. Le sentiment de vie incomplète, les ressentis de frustration et d'inquiétude, un sentiment d'échec et une souffrance personnelle et interrelationnelle importante avec également altération de la QDV. Le Dr Marie-Hélène Colson, sexologue, souligne que *"l'idée reçue accreditant l'idée que les hommes avec EP sont des égoïstes est à revisiter. Ceux-ci sont globalement trop centrés sur le plaisir de l'autre et supportent très mal cette difficulté sexuelle qui les rend plus anxieux, avec une image d'eux-mêmes altérée, et bien souvent un orgasme qui arrive trop vite et n'apporte aucun plaisir."* (9) Enfin une DS est souvent retrouvée chez le ou la partenaire : le vaginisme, l'anorgasmie et les troubles de la libido peuvent également favoriser une EP. (43,44)

- **Un cercle vicieux entretenu par l'anxiété de performance :**

Deux mécanismes sont liés : cognitif et comportemental. Le cognitif, c'est-à-dire les croyances erronées de l'homme qui mènent à des erreurs de comportement :

- « je vais éjaculer vite donc autant profiter du peu de temps que j'ai pour bouger vite »
- « je dois la faire jouir avant d'éjaculer »
- « si je m'immobilise, elle va s'ennuyer »

- « je ne sais pas m'y prendre, autant la laisser diriger les opérations »
- « je dois penser à autre chose » mais la distraction cognitive est bien souvent inefficace.

Il vaut mieux apprendre à être présent pour repérer ses sensations et moduler son excitation. Quand les pensées anxigènes surviennent, l'homme n'est plus centré sur son plaisir ni sur les stimuli sexuels. Ces pensées erronées sont à l'origine de comportements inefficaces : le patient ne fait pas de pause après la pénétration, il bouge plus vite et laisse la partenaire gérer le rythme du rapport. Tous ces points entretiennent la survenue rapide de l'éjaculation. Ces comportements inefficaces entraînent des conséquences négatives qui renforcent les croyances entretenant le cercle vicieux : « *je savais que je n'y arriverai pas* », « *je ne suis pas à la hauteur* », « *ça va recommencer* », ...

- **La biblio-thérapie :**

Plusieurs auteurs se sont intéressés à la place de la bibliothérapie dans la prise en charge de l'EP (45). Bien souvent elle est utile au patient qui souhaite s'informer sur son trouble, ainsi que bénéficier de conseils. Le tout sans avoir à recourir à un médecin (46). Nous avons conseillé comme support de traitement : *l'éjaculation prématurée – Compréhension et traitement par la thérapie sexofonctionnelle de François de Carufel Ed Presses universitaires de Louvain* (32) car il est adapté tant au médecin qu'au patient. Le principe de la prise en charge sexofonctionnelle est de conscientiser l'excitation sexuelle et apprendre à la moduler avec une exposition progressive : lors de l'autostimulation, puis avec fantasmes, puis hétéro-stimulation et enfin lors de la pénétration. Elle s'avère efficace comme le montre une étude de 2010 mettant en valeur une amélioration significative de l'EP post prise en charge par bibliothérapie concise(47) .

- La prise en charge comportementale :

Elle vise à apprendre à mieux connaître sa courbe d'excitation, aller vers une excitation en douceur et modulable. Il est conseillé de :

- s'accoutumer aux sensations ressenties et donc réagir de moins en moins fort aux stimuli sexuels excitants.
- ne pas commencer par caresser ou se faire caresser des parties du corps qui sont sources d'une grande excitation.
- pratiquer des caresses du haut du corps (cou, visage, épaules, dos, cheveux)
- arriver au sexe de sa compagne par le chemin le plus long.
- se prodiguer des caresses l'un après l'autre.
- puis apprendre à recevoir des stimuli sexuels plus intenses sur le pénis.
- apprendre à savourer les sensations agréables, apprendre à faire monter et descendre son excitation.

L'exercice du sprint et du marathon peut aider à faire prendre conscience au patient qu'il a une influence sur la survenue de l'éjaculation. Toujours en pensant à des choses agréables pour observer le point de non-retour. D'abord avec pour consigne de se masturber dans le but d'éjaculer le plus rapidement possible puis à l'opposé le plus tardivement possible.

Il est primordial d'expliquer au patient qu'aucun homme ne peut se retenir, il peut seulement moduler l'excitation qui mène au point de non-retour pour ne pas y arriver trop vite. Il peut apprendre à gérer son excitation de manière volontaire, ce qui va lui donner indirectement le moyen de gérer la durée du coït. Par le biais d'exercices masturbatoires, l'homme va apprendre à identifier les signes avant coureurs de sa zone de non retour. Il pourra alors modifier la vitesse de ses « va-et-vient », d'abord en les stoppant avant de reprendre, puis simplement en les ralentissant. Il apprend à jouer avec son excitation. La pénétration est chargée d'excitation. Il est possible et recommandé de s'immobiliser dès les premiers instants de la pénétration (30 sec à 2 minutes) pour savourer les sensations et s'y accoutumer. Un homme peut avoir peur que sa partenaire s'ennuie mais c'est une fausse croyance. Faire une pause ne signifie

pas arrêter le rapport. Pendant le stop, il peut parler et embrasser sa partenaire. De plus, quand on parle, on pense moins à l'échec et à la peur d'éjaculer trop vite. Il faut donc apprendre à faire des pauses pour éviter d'atteindre trop vite le point de non-retour.

Avec la prise en charge, les patients progressent (augmentent le nombre de va-et-vient). Si l'homme éjacule quand même c'est qu'il s'est arrêté trop tard. On peut proposer d'élargir et diversifier les scénarios érotiques en variant notamment les positions : plus un homme contracte ses muscles, plus il éjacule vite. Les positions qui demandent moins de contraction musculaire sont à privilégier. Un homme qui se sent incompetent face à sa compagne a tendance à se laisser guider en pensant « *Je ne sais pas m'y prendre, autant qu'elle dirige les opérations* ». Mais elle est incapable de sentir le point de non-retour. Elle peut prendre des initiatives mais il est préférable que l'homme la guide les premiers temps de la prise en charge.

4- Place du médecin généraliste

Une des compétences de MG est d'être centré sur le patient et non la maladie (plus value dans cette étude). Il a toute sa place dans le repérage actif de cette DS puisqu'elle concerne la santé sexuelle. L'OMS précise que : “ *La santé sexuelle fait partie intégrante de la santé, du bien-être et de la QDV dans leur ensemble. C'est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité, et non pas simplement l'absence de maladies, de dysfonctionnements ou d'infirmités. La santé sexuelle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sûres, sans contrainte, discrimination et violence. Pour atteindre et maintenir un bon état de santé sexuelle, les droits sexuels de tous les individus doivent être respectés et protégés. Beaucoup d'efforts doivent encore être consentis afin de s'assurer que les politiques et les pratiques de santé publique reconnaissent cet état de fait et en tiennent compte.* “ (48)

Comment ignorer l'intérêt d'un repérage actif en soins courants?

L'EP touche toutes les tranches d'âge. Un retard de prise en charge peut être délétère pour le patient. Les répercussions de la pathologie sont non négligeables. Dans l'année précédant la mise en évidence d'une EP, le nombre de consultation de ces patients auprès de leur MG augmente. De ce fait, on peut constater après diagnostic une diminution des dépenses de santé de l'ordre de 25 %.

Bien que des modèles théoriques (ALLOW et PLISSIT) (49,50) aient été développés, afin de faciliter la prise en charge des troubles sexuels en soins primaires, ils ne disent pas concrètement comment aborder le sujet avec le patient.

B- RECRUTEMENT

1-Recrutement des investigateurs

Pour limiter les biais, les investigateurs des deux groupes ont été recrutés, sur la base du volontariat, au sein de l'ensemble des MG de la région contacté par mail avec un discours commun transmis par le DMG. Les CDOM contactés au début du projet (régional, départemental et national) n'ont pas l'autorisation de divulguer une liste des coordonnées des MG. Cette démarche n'ayant pas été fructueuse avec la réponse d'un seul médecin qui n'a finalement pas donné suite, nous avons été obligés de passer par un recrutement personnalisé : par mail, par téléphone ou de visu jusqu'à totaliser 20 investigateurs (objectif fixé pour chacun des centres de l'étude). Les médecins faisant parti de mes relations professionnelles ou personnelles ont été exclus car susceptibles d'induire un biais du recrutement malgré leur motivation. Le discours de recrutement était le suivant :

« Nous vous proposons de participer à l'étude Get Up, étude nationale sur l'incidence des motifs de consultations en médecine générale pour motif génital, urinaire et ou psychique chez l'homme. Votre mission serait de repérer les consultations des hommes de 18 à 80 ans consultant pour ces motifs, de remplir de votre côté un document de 3 questions, et de faire remplir au patient un questionnaire sur sa QDV. Si vous êtes intéressé nous attendons votre réponse puis confirmation de participation afin d'organiser rapidement une session de formation au protocole. » .

Le procédé de recrutement des MG investigateurs est résumé dans la figure 2.

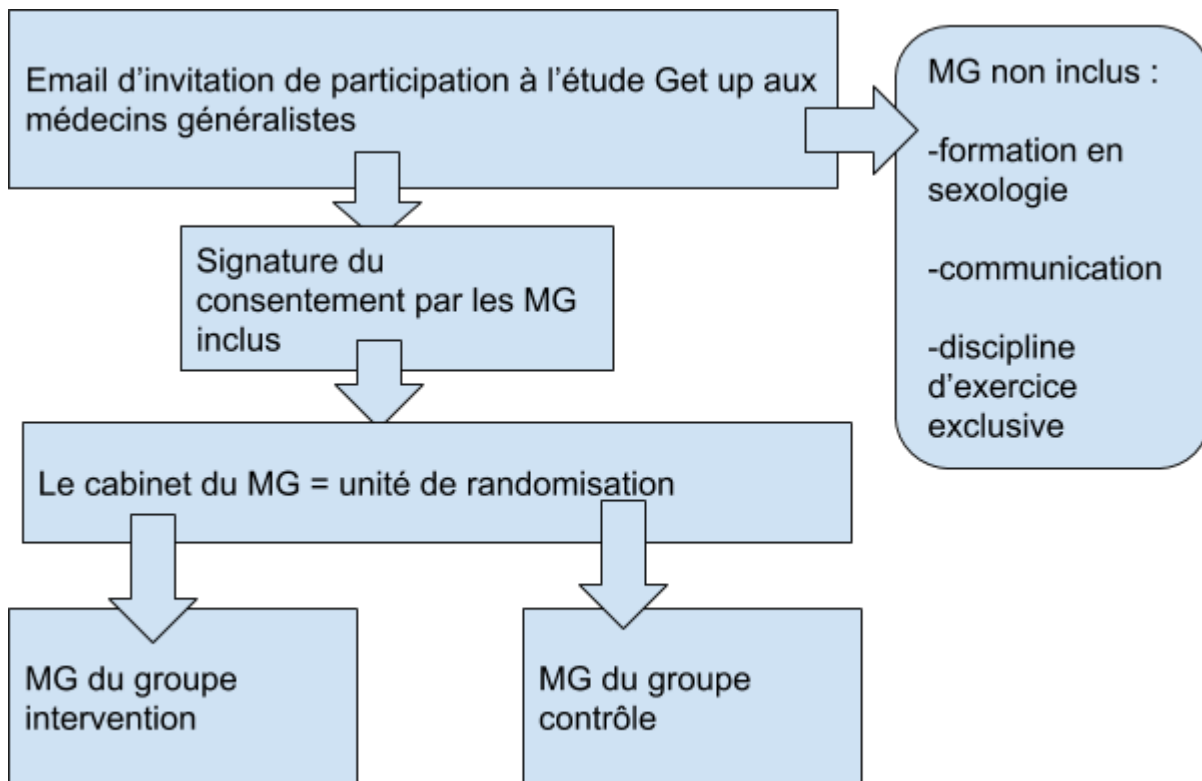


Figure 2 : *procédé de recrutement des MG investigateurs de l'étude GetUp*

2- Randomisation en deux groupes

L'étude a été randomisée en grappe et les cabinets des MG participants étaient l'unité de randomisation. Les MG recrutés sur la base du volontariat ont été randomisés, en utilisant le logiciel Stata, version 13 (StataCorp, College Station, USA), un service de randomisation central en ligne. A été exclu tout médecin ayant reçu une formation en communication, sexologie ou qui exerçant une discipline exclusive (acupuncture, homéopathie, ...). Le nombre minimum de médecins était de 5 par bras par région. Le recrutement s'est arrêté lorsque 10 médecins ont été totalisés par bras et par région. Le centre Occitanie étant réparti entre deux internes : Audren Guillaume (Aude et Pyrénées Orientales) et moi même (Hérault et Gard). Les données ont été

transmises au CRCL qui a effectué la randomisation le 5 avril 2016 répartissant les 10 investigateurs de chaque interne dans notre cas en 2 groupes : 1 et 2. Le Groupe 1 et Groupe 2 désignaient arbitrairement, et avant randomisation : le groupe témoin pour le groupe 1 et le groupe interventionnel pour le groupe 2. Les médecins d'un même cabinet ont été affectés au même groupe afin de limiter le biais de contamination.

3- Comparabilité des groupes

Afin de garantir la comparabilité entre les deux groupes, les caractéristiques de chacun des postulants ont été recueillies via des fiches de renseignements lors du recrutement (annexe 5), puis regroupées dans un tableau excel : âge, genre, milieu d'exercice (rural ou urbain) en vue de la randomisation. La limite de 5000 habitants départageant les communes urbaines et rurales.

Afin de faire la différence entre l'utilisation des stratégies de communication et l'abord spontané par le patient, uniquement dans le GI, tous les motifs d'inclusion doivent donner lieu à une inclusion : y compris le motif Y08 : "autre symptôme S/P chez l'homme" puisque l'EP n'apparaît pas telle quelle dans le listing.

On ne mesure dans ce cas pas l'effet des stratégies de communication , mais cela est nécessaire pour préserver la comparabilité.

C- FORMATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DU GROUPE INTERVENTIONNEL

Les formations des deux groupes se sont déroulées du 21 avril au 14 juin 2016 pour la région du fait de la disponibilité limitée des investigateurs.

1- Objectifs

A la fin de l'intervention, les MG devaient être capables :

- d'énoncer la prévalence de l'EP ;
- de citer les différents sous types d'EP ;
- de citer les critères diagnostiques de l'EP ;
- de nommer les problèmes de dépistage ;
- de lister les différentes thérapeutiques
- comprendre et assimiler les différentes stratégies de communication présentées.

Aucune des stratégies n'étaient imposées. Les médecins étant libres quant au choix de la stratégie utilisée, parmi les 6, en fonction de leur personnalité, celle du patient et du contexte. Ils pouvaient notamment en utiliser une ou plusieurs au sein d'une même consultation et d'une consultation à une autre. La stratégie utilisée étant annotée dans le cahier d'observation du patient. Si le patient parlait spontanément d'EP dans le GI, le médecin avait pour consigne de spécifier "aucune stratégie utilisée".

2- Présentation des six stratégies de communication

Les 6 stratégies en questions se répartissent en 2 types :

3 stratégies d'investigation

Elles sont un aiguillage volontaire de la conversation vers la sexualité et les potentielles difficultés sexuelles rencontrées.

- Le questionnement systématique et direct sur la santé sexuelle du patient lors d'une consultation. Tout comme on pose les questions sur la consommation tabagique. « Comment se passe votre sexualité? » « Avez-vous des choses à me signaler au niveau de votre sexualité ? »
- L'évocation de signes que le patient pourrait avoir. Par exemple à partir de symptômes dépressifs : « vous avez quand même des signes de dépression, la dépression ça donne une fatigue physique, morale, globale parfois même sexuelle... » « est ce que vous vous sentez concerné par cela ? » « est ce votre cas ? »
- L'aide à la verbalisation en posant des questions sur le contexte personnel du patient, afin de faire en sorte que le patient se raconte, tout en facilitant la verbalisation autour du sujet. Par exemple : à l'aide de questions ouvertes sur le contexte personnel du patient (sa vie sociale, professionnelle, son couple, ses rapports sexuels, comment cela se déroule ...)

3 stratégies d'attitude

Elles consistent à faire sentir sa réceptivité et sa disponibilité à tous les sujets, à travers l'attitude adoptée par le médecin, afin d'inciter le patient à se livrer et le mettre en confiance :

- L'attention intacte jusqu'au dernier moment de la consultation : le médecin montrant par son comportement qu'il reste ouvert à un autre motif de consultation, même lorsqu'il est sur le point d'ouvrir la porte. Ceci afin de laisser au patient la possibilité d'aborder le sujet librement et à tout moment. Il crée volontairement un environnement attentif via la communication non verbale.
- L'approche « fonctionnaliste » dédramatisant la sexualité, soulignant la fonction mécanique et naturelle de la sexualité, permettant d'alléger le caractère dramatique du sujet sans le minimiser pour autant (« c'est un organe comme un autre qui a ses travers... »). Le but étant d'atténuer l'embarras éventuel du patient et minimiser l'aspect émotionnel.
- L'humour : on plaisante avec un humour léger, sans vulgarité, tout en restant sensible, pour essayer d'ouvrir un peu la conversation.

3. Déroulement

L'intervention consistait en une séance de formation présentielle, de 1 heure environ, réalisée dans chaque région, en individuel ou en groupe pour les médecins d'un même cabinet, dans un lieu à convenance des participants. Le but était d'orienter les MG vers l'utilisation des six stratégies décrites précédemment. Une présentation décrivait l'EP, ses différents types et définitions, la physiopathologie et l'étiologie de l'EP, ainsi que les traitements disponibles. La définition choisie incluait les trois critères de l'ISSM (**temps, perte de contrôle et conséquences personnelles négatives**) sans mentionner en détail le facteur «1 minute». Les résultats de la phase qualitative étaient expliqués et les différentes stratégies explicitement définies pour fournir des approches opérationnelles et utilisables de la communication.

Les différentes missions des médecins de ce groupe étaient :

- inclure les consultations avec patients hommes entre 18 et 80 ans consultant pour motif génital, urinaire et/psychique
- remplir la feuille de recueil (annexe 6)
- faire signer le consentement au patient (annexe 2)
- signer en bas de la feuille
- faire remplir le questionnaire SF 12 au patient (annexe 3)
- renvoyer le cahier de recueil ainsi que le SF12 dans l'enveloppe T propre à chaque patient

A la fin de la session de formation le médecin recevait une attestation de participation à la formation du protocole Get Up (annexe 7), délivrée par le formateur.

Initialement, le consentement devait revenir sur le centre de référence, mais réglementairement il est interdit de faire circuler un consentement par voie postale.

Il a donc été conservé précieusement par le médecin (2 feuillets, le 3e feuillet étant remise en mains propre au patient), le centre ayant contacté les MG individuellement à la fin de l'étude pour vérification de la possession des dits consentements.

D - FORMATION DU GROUPE TÉMOIN

1- Contenu

Les missions des MG du GT étaient :

- Inclure les consultations avec patients masculin entre 18 et 80 ans consultant pour motif génital, urinaire et/psychique
- Remplir la feuille de recueil
- Faire signer le consentement et signer avec lui en bas de la feuille
- Faire remplir au patient le SF12
- Retourner les documents dans l'enveloppe T fournie

Le patient recevait également à son domicile 4 semaines plus tard le deuxième SF 12 et le questionnaire PEDT à remplir et renvoyer à Brest dans une enveloppe T fournie.

2- Déroulement

Les médecins du GT ont tous reçu une formation présentielle individuelle de 30 minutes environ, sous forme de diaporama constitué par l'équipe du CHRU de Brest, avec présentation des différents documents de l'étude. La formation portait sur l'étude de l'incidence des motifs de consultation pour motifs génital, urologique et psychique. Pour donner un sens pertinent à l'étude, ils ont été informés de la recherche de motifs cachés.

F- ETHIQUE

1. Financement et assurance

Les frais liés à l'étude ont été pris en charge par le CHRU promoteur de l'étude, garantie de son indépendance des laboratoires pharmaceutiques. Une assurance garantissant la responsabilité civile du promoteur, ainsi que celle de tout médecin impliqué dans la réalisation de l'étude, a été contractée jusqu'à arrêt de l'étude avec remise d'une copie à chaque intervenant.

2. Le comité scientifique

Il était composé de 4 membres : Dr Marie Barais, maître de conférences associé, DUMG, Université de Bretagne Occidentale; Hélène Vaillant Roussel, maître de conférences associé, DMG, Université d'Auvergne; Dr David Costa, maître de conférences des universités, DMG, Université Montpellier 1; Dr Sébastien Cadier, chargé de missions, DUMG, Université de Bretagne Occidentale. Il est intervenu en amont du protocole pour vérifier la faisabilité du projet, lors de sa rédaction et au moment de l'analyse afin que celle-ci se fasse dans de bonnes conditions via Pereira Bruno (statisticien).

3. Le Comité de Protection des Personnes (CPP)

Le protocole, le formulaire d'information et l'attestation de consentement de l'étude ont été validés par le CPP de Paris Ile de France VII n ° 15-021 le 10/06/2015 avec autorisation de prolongation de la durée de l'étude de 2 ans en date du 10/05/2017 (défaut d'inclusion). L'étude a reçu l'autorisation de l'ANSM le 27/01/2015

(annexe 9) (n° d'autorisation 150088B-22) avant le début de l'étude et une copie a été remise à chaque investigateur.

4. Lettre d'information et formulaire de consentement

Les patients ont été informés de façon complète et loyale, en des termes compréhensibles, des objectifs et des contraintes de l'étude, des risques éventuels encourus, des mesures de surveillance et de sécurité nécessaires, de leurs droits de refuser de participer à l'étude ou de la possibilité de se rétracter à tout moment. Toutes ces informations figurent sur un formulaire d'information et de consentement remis au patient.

5. Respect des règles du CNIL

Cette étude entrait dans le cadre de la « Méthodologie de Référence » (MR-001) en application des dispositions de l'article 54 alinéa 5 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Ce changement a été homologué par décision du 5 janvier 2006. Le CHRU de Brest promoteur de l'étude, a signé un engagement de conformité à cette « Méthodologie de Référence ». Les dossiers des participants seront conservés pendant 15 ans après la fin de l'étude.

6. Notification des évènements indésirables graves

Un formulaire de déclaration d'évènement indésirable grave a été remis à chaque participant afin de pouvoir en informer le promoteur à tout moment de l'étude. Il n'y a eu aucune au cours de l'étude.

RÉSULTATS

Le début réglementaire de l'étude a été marqué par une conférence téléphonique des participants nationaux de l'étude tenue le 11 février 2016, avec la révision des documents principaux. Le début de l'étude correspondait à la signature du 1er consentement soit le 22/04/2016 avec fin d'étude prévisionnelle le 22/04/2019. L'étude a duré 37 mois avec une durée d'inclusion de 36 mois et un rythme théorique attendus de 4 patients par mois par centre régional et une durée de suivi par patients de 4 semaines.

Concernant la partie régionale confiée par l'équipe de l'étude : le recrutement a ramené 20 médecins pour le centre Occitanie randomisés en 2 groupes par la suite par le statisticien de l'étude soit 2 fois plus que le nombre attendu. Je m'occupais des 10 médecins personnellement recrutés, formés et suivis pendant la durée de l'étude.

1. Résultats du centre Occitanie:

- Médecins du groupe témoin

GENRE	Exercice en milieu rural	Exercice en milieu urbain	MSU (maître de stage)	Non MSU	Autre(s) médecin(s) participant à l'étude dans le cabinet
Femme	3 (30%)	2(20%)	4(40%)	1(10%)	1
Homme	0 (0%)	5(50%)	3(30%)	2(20%)	2
TOTAL	3(30%)	7(70%)	7 (70%)	3(30%)	3

Tableau 2 : caractéristiques des MG recrutés dans le centre Occitanie dans le cadre de l'étude GetUp

- MG du groupe interventionnel :

Genre	Exercice en milieu rural	Exercice en milieu urbain	MSU (maître de stage)	Non MSU	Autre(s) médecin(s) participant à l'étude dans le cabinet
Femme	4 (40%)	0 (0%)	3 (30%)	1 (10%)	2
Homme	1 (10%)	5 (5%)	5 (50%)	1 (10%)	0
Total	5 (50%)	5 (50%)	8 (80%)	2 (20%)	2

***Tableau 3** : caractéristiques des MG du GI dans le centre Occitanie dans le cadre de l'étude Get Up*

- Patients inclus :

19 patients ont été inclus dans le centre Occitanie dont 7 par les médecins recruteurs formés personnellement dans les départements Gard et Hérault versus 150 patients attendus. Soit 12.66% des inclusions attendues. Seules les 3 médecins femmes ont inclus des patients. Mais les groupes comportaient plus de femmes. Deux médecins du GT ont inclus chacun un patient au début de l'étude (avril et mai 2016) et n'ont pas inclus de patient par la suite malgré les nombreuses relances. Un médecin femme du GI a inclus à elle seule 5 patients tout au long de l'étude : juillet, août et novembre 2016, puis septembre 2017 (date de la dernière inclusion dans le secteur Gard - Hérault. A noter que ce médecin participait à 2 autres études concomitantes. Les autres médecins n'ont inclus aucun patient, et n'ont pas répondu aux relances itératives, et ce malgré nos différentes approches.

Groupes	Inclusions	%	Cum.
Intervention	7	36.84	36.84
Témoin	12	63.16	100.00
Total	19	100	

Tableau 4 : inclusions des groupes investigateurs du centre Occitanie

Le GT a inclus 63.16% des patients.

PEDT	Score PEDT<9	Score PEDT ≥9	TOTAL
Groupe interventionnel	4 (57.14%)	3 (42.86%)	7 (100%)
Groupe témoin	6 (75%)	2 (25%)	8 (100%)
TOTAL	10 (66.67%)	5 (33.33%)	15 (100%)

Tableau 5 : incidence des patients souffrants d'EP parmi ceux inclus par les 2 groupes investigateurs du centre Occitanie

Chaque investigateur a été relancé régulièrement par mail et sms et tenu au courant de chaque nouvelle inclusion dans l'étude. Restant disponible à chaque étape, la communication avec les MG est restée primordiale. Néanmoins, dès le début de l'étude nous avons été interpellés par le nombre restreint d'inclusions. Nous avons donc interrogé les investigateurs sur les difficultés et freins qu'ils rencontraient : manque de

temps, oubli, difficulté avec les critères d'inclusion ? Puis nous avons contacté le médecin qui incluait le plus de patient, afin de mettre en lumière les astuces mises en oeuvre par celui ci, dans l'espoir de diminuer les freins des autres investigateurs. Après avoir été informé qu'il faisait parti des meilleurs recruteurs, et remercié pour son implication, les questions étaient les suivantes : “ *quels sont les éléments facilitateurs au recrutement que vous avez pu mettre en oeuvre dans cette étude ?* :

- *comment avez vous le réflexe de penser à l'étude ?*
- *comment présentez vous l'étude au patient ?*
- *comment gérez vous le temps de remplissage des questionnaires ?*”

Nous avons donc pu dresser une liste de conseils à partir de ces éléments, puis l'adresser aux autres investigateurs, afin qu'ils puissent remplir leur rôle dans l'étude plus aisément. Des post-it étaient placés directement par le médecin sur son écran d'ordinateur ou à proximité afin d'être visible à tout moment, avec les critères d'inclusion et la liste des papiers à remplir lors de chaque inclusion, et le powerpoint était installé sur le bureau de l'ordinateur. Le médecin s'était constitué sa propre fiche résumé des modalités de l'étude. Ses principaux mots clefs étaient “**motivation et organisation**”. Le médecin présentait l'étude à ses patients comme une étude nationale avec un protocole à suivre, de la paperasse à remplir, mais qui avait pour but de faire un point sur une pathologie difficile à aborder, mais essentielle, car impactant sur la QDV des patient concernés. La consultation se terminant en général par le remplissage des documents de l'étude et étant à l'origine d'un retard sur les consultations suivantes, le médecin et le patient prolongeaient le temps de la consultation ou convenaient d'un rdv ultérieur pour remplir les formalités administratives. Ce médecin nous a fait part de la difficulté de se rappeler des détails du protocole de l'étude, d'autant que celui ci participait à 2 autres études conjointement. Il nous a donc suggéré de constituer une fiche synthétique simple et visuelle rappelant les points essentiels de l'étude. Les autres centres ayant aussi rencontré ce problème ont eu l'idée de créer un tapis de souris récapitulant les critères et motifs d'inclusion de l'étude (annexe 10) offert et envoyé par courrier aux investigateurs. Certains en ont réclamé un 2ème car travaillaient dans différentes structures. De cette manière les médecins avaient à disposition à chaque

consultation un récapitulatif ludique des critères d'inclusion. Deux fiches ont également été mises à disposition des médecins recruteurs : une reprenant les différents motifs d'inclusion, l'autre reprenant les démarches d'inclusion afin de favoriser celles-ci.

2. Résultats de l'étude pilote :

Du fait du faible nombre d'inclusion les résultats du centre Occitanie ne sont pas exploitables ni pertinents. C'est pourquoi, brièvement, sont présentés ceux obtenus lors de l'étude pilote en 2011 pour laquelle le recrutement s'est étendu sur une période beaucoup plus restreinte de six semaines pour chaque investigateur :

« 13 MG ont constitué le GI. 6 d'entre eux ont inclus des patients.

24 MG ont constitué le GT, 13 d'entre eux ont inclus des patients.

Les MG du GI ont inclus 26 patients, dont 8 souffraient d'EP (30,8 %). 61 patients ont été inclus dans le GT, dont 4 souffraient d'EP (6,6 %) soit une différence significative entre les deux groupes (p-value = 0.004, OR = 6.6768, CI95 [1.55 ; 34.40]). La prévalence des hommes de plus de 18 ans consultant pour un motif sexuel, urogénital ou souffrance psychologique était de 1,2 patient par jour. Cinq des six stratégies ont été utilisées par les MG. Le questionnement systématique lors d'une consultation de prévention et l'évocation de signes que le patient pourrait avoir ont été les deux stratégies les plus utilisées. Plusieurs stratégies ont été utilisées au cours d'une même consultation. » Les résultats de l'étude pilote sont donc encourageants puisqu'ils montraient qu'**après usage des stratégies, 30,8% de patients souffrant d'EP ont été diagnostiqués, versus 6,6% lors de soins primaires standards**. Cette étude pilote a démontré la faisabilité de l'étude en situation réelle de cabinet de médecine générale.

3. Résultats de l'étude Get Up :

80 médecins ont été initialement inclus dans l'étude Get Up, au sein des quatre centres participants. 42 ont été randomisés dans le GI contre 38 dans le GT. 22 ont quitté l'étude : 10 dans le GI et 12 du GT. 5 médecins ont donc été inclus dans le GT après randomisation pour pallier le manque d'effectif. Le recrutement et le suivi des participants à l'étude sont résumés dans la figure 2.

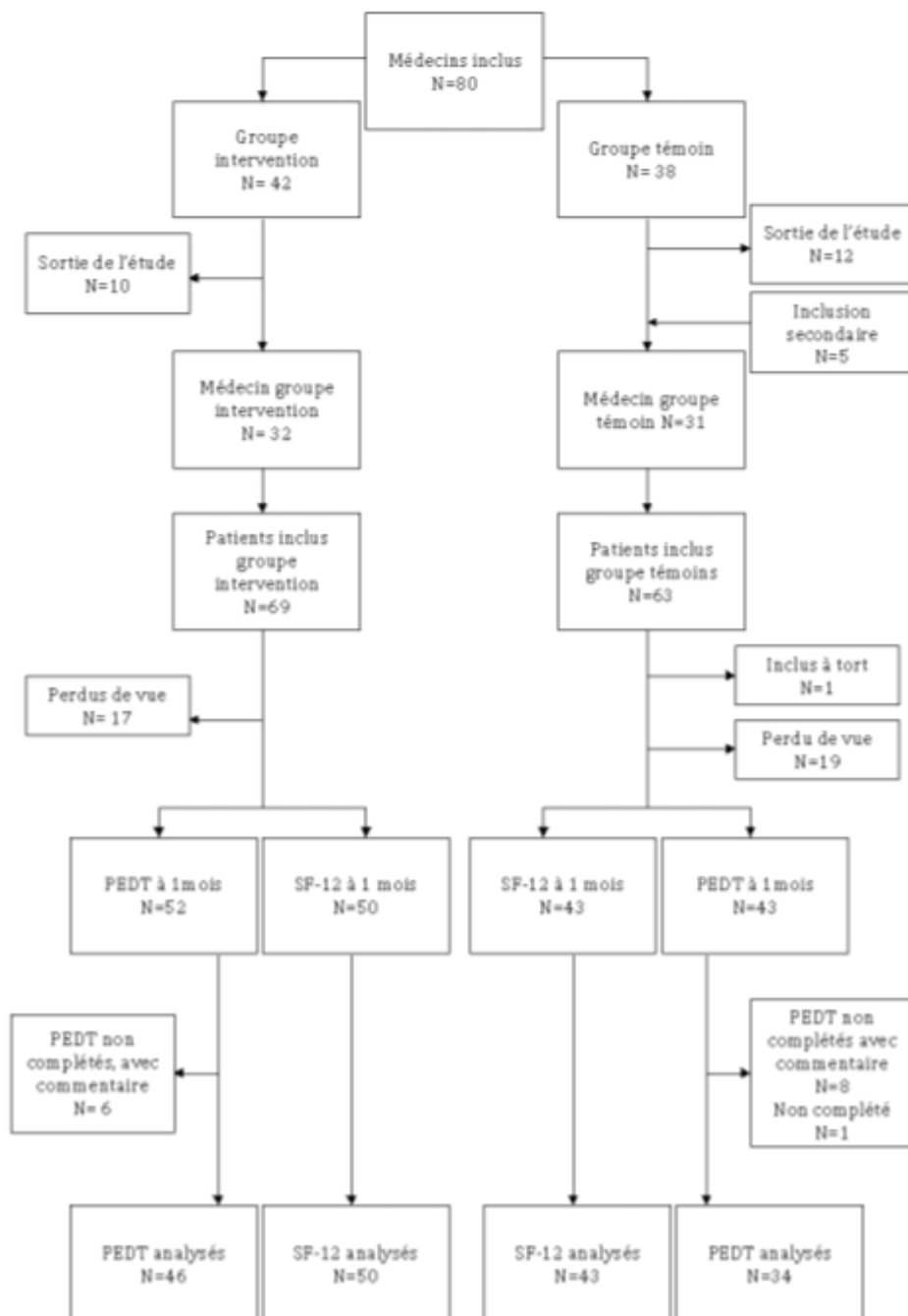


Figure 2 : diagramme de flux (51)

- Population de médecins recrutés :

	<u>GI</u>	<u>GT</u>	<u>Total</u>
<u>Genre :</u>			
- Femme	13 (40.63)	13 (41.94)	26 (41.27)
- Homme	19 (59.37)	18 (58.06)	37 (58.73)
p=0.92			
<u>Lieu d'exercice :</u>			
- Rural	15 (46.88)	10 (32.26)	25 (39.68)
- Urbain	17 (53.13)	21 (67.74)	38 (60.32)
p=0.24			
<u>Type d'exercice :</u>			
- Pluridisciplinaire	10 (31.25)	8 (25.81)	18 (28.57)
- Seul	3 (9.38)	2 (6.45)	5 (7.94)
- Unidisciplinaire	19 (59.38)	21 (67.74)	40 (63.49)
p=0.79			
<u>Total</u>	<u>32 (50.79)</u>	31 (49.21)	63 (100)

Tableau 6 : *Caractéristiques des médecins participant à l'étude Get Up*

Les médecins participants étaient majoritairement des hommes (58.73%), exerçant plutôt en milieu urbain (60.32%) et en cabinet de groupe unidisciplinaire. 32 des 63 médecins ont inclus des patients : soit un peu plus de la moitié. La majorité de

ceux ci travaillaient aussi en cabinet de groupe unidisciplinaire. On ne note cependant pas de différence significative entre les deux groupes.

	<u>GI</u>	<u>GT</u>	<u>Total</u>
Genre :			
- Femme	8 (50.00)	8 (50.00)	16 (50.00)
- Homme	8 (50.00)	8 (50.00)	16 (50.00)
p=1			
Lieu d'exercice :			
- Rural	8 (50.00)	6 (37.50)	14 (43.75)
- Urbain	8 (50.00)	10 (62.50)	18 (56.25)
p=0.48			
Type d'exercice :			
- Pluridisciplinaire	3 (18.75)	5 (31.25)	8 (25.00)
- Seul	2 (12.50)	0 (0.00)	2 (6.25)
- Unidisciplinaire	11 (68.75)	11 (68.75)	22 (68.75)
p=0.44			
Total	16 (50.00)	16 (50.00)	32 (100.00)

Tableau 7 : caractéristiques des médecins ayant inclus au moins un patient

- **Population des patients inclus :**

132 patients ont été inclus par 32 médecins (16 pour le GT et 16 pour le GI), entre avril 2016 et mars 2018. 69 (52.27%) dans le GI, 63 (47,73%) dans le GT. Un patient a été inclus à tort dans le GT. Les perdus de vue (N=36, soit 27.48%) étaient les patients n'ayant renvoyé aucun questionnaire à un mois. 80 questionnaires PEDT et 93 SF12 ont été analysés à 1 mois du recrutement.

Au terme de l'étude 131 patients ont été inclus et 80 questionnaires analysables sur l'ensemble des 4 régions. Le reste des résultats est en cours de traitement. (52) Concernant les patients inclus on ne note pas de différence significative entre les deux groupes (âge, statut marital, CSP et leur motif d'inclusion). Ces données sont présentées dans le tableau 8. La majorité des patients étaient en couple (74.05%). Les retraités constituaient la CSP la plus représentée avec 26.92% des participants. Le GI comportait une proportion plus importante d'ouvriers (18.84% vs 6.45%), tandis que les cadres et professions intellectuelles supérieures étaient plus représentées dans le groupe témoin (14.52% vs .25%). (51)

	Groupe intervention	Groupe témoin	Total
Total No (%)	69 (52.67)	62 (47.33)	131 (100.00)
STATUT MARITAL			
No (%)			
- Célibataire	15 (21.74)	8 (12.90)	23 (17.56)
- Veuf	1 (1.45)	5 (8.06)	6 (4.58)
- En couple	53 (76.81)	44 (70.97)	97 (74.05)
- Divorcé	0	2 (3.23)	2 (1.53)
- Non renseigné	0	3 (4.84)	3 (2.29)
p=0.07			
MOTIFS No (%)			
- Mixte			
- Génital			
- Psychique	21 (30.43)	12 (19.35)	33 (25.19)
- Urinaire	24 (34.78)	17 (27.42)	41 (31.30)
- Non renseigné	7 (10.14)	11 (17.74)	18 (13.74)
	17 (24.64)	21 (33.87)	38 (29.01)
p=0.21	0	1 (1.61)	1 (0.76)

Tableau 8 : caractéristiques des patients inclus dans l'étude Get Up

- **L'utilisation des stratégies d'abord de l'EP :**

L'utilisation des stratégies de dépistage au cours de l'étude dans les GI est répertoriée dans le tableau 9. Le questionnement systématique était la stratégie la plus utilisée par les médecins investigateurs pour aborder le sujet de l'EP (78.57% des cas). Les stratégies d'attitude étaient moins utilisées que celles d'investigation : 7 fois (16.33%) versus 41 fois (83.67%).

Stratégies utilisées	OUI	NON	TOTAL
Humour	1 (3.45%)	28 (96.55%)	29 (100%)
Approche fonctionnaliste	4 (13.79%)	25 (85.21%)	29 (100%)
Attention intacte	3 (10.34%)	26 (89.66%)	29 (100%)
Evocation de signes	11 (37.93%)	18 (62.07%)	29 (100%)
Aide à la verbalisation	9 (31.03%)	20 (68.97%)	29 (100%)
Questionnement systématique	23 (79.31%)	6 (20.69%)	29 (100%)

Tableau 9 : Stratégies d'abord de l'EP utilisées lors des consultations durant lesquelles l'EP a été abordée.

- Score PEDT recueillis :

	Groupe intervention		Groupe témoin		Total	
Score PEDT	≥9	≥11	≥9	≥11	≥9	≥11
EP abordée No (%)	11(47.83)	8(47.06)	0	0	11(32.35)	8(33.33)
EP non abordée No(%)	12(52.17)	9(52.94)	11(100.00)	7(100.00)	23(67.65)	16(66.67)
Total si ≥9 p=0.006 si ≥11 p=0.054	23(100.00)	17(100.00)	11(100.00)	7(100.00)	34(100.00)	24(100.00)

Tableau 10 : Abord de l'EP chez les patients ayant un score PEDT ≥ 9 et ≥ 11

Près de deux tiers des patients souffrant d'EP n'ont pas abordé le sujet avec un médecin participant à l'étude. Le tableau 10 montre qu'aucun patient ayant une EP au moins probable n'en a parlé avec un médecin du GT, alors que près de la moitié de ceux-ci ont pu en parler avec un médecin du GI.

La prévalence de l'EP dans l'étude Get Up, tous groupes confondus concorde avec celle retrouvée dans la littérature (30%). Celle du GT se situe dans la norme et celle du GI est plus élevée avec 36.9%. (51)

Après analyse des questionnaires PEDT à 1 mois, la prévalence de l'EP était de 30% dans notre étude, avec un taux de 36,96% pour le groupe intervention contre 20,59% dans le groupe témoin (tableau 11). En prenant en compte les EP probables (score PEDT ≥ 9), celle-ci s'élevait à 42,50%.

Seuil PEDT à 1 mois	GI	GT	Total
≤ 8 : pas d'EP	23(50.00)	23 (67.65)	46 (57.50)
9 ou 10 : EP probable	6 (13.04)	4 (11.76)	10 (12.50)
≥ 11 : EP	17 (36.96)	7 (20.59)	24 (30.00)
Total p=0.24	46 (57.50)	34 (42.50) 6 (13.04)	80 (100.00)

Tableau 11 : score PEDT à 1 mois

- **Critère de jugement principal** :

Le tableau 12 montre que l'EP a été abordée significativement plus dans le GI que le GT. Les sujets les plus abordés sont la dysurie et les troubles sexuels.

Les médecins du GI soit ceux formés aux 6 stratégies de communication d'abord de l'EP ont évoqué de façon significativement plus fréquente le sujet avec leurs patients ($p < 0.001$). Get Up est la première étude à évaluer des stratégies concrètes d'abord de l'EP en soins primaires. Ces stratégies utilisables en pratique courante permettent donc aux praticiens de repérer plus de patients souffrant d'EP afin de pouvoir leur proposer une prise en charge adaptée.

Les médecins formés aux stratégies ont également plus abordés les autres troubles génitaux avec leurs patients, ce qui permet de dégager l'hypothèse que cette formation aux stratégies de communication permet de faciliter le repérage d'autres pathologies de la sphère génitale.

	GI	GT	Total	p
No (%)	69 (52.67)	62 (47.33)	131 (100.00)	
GENITAL abordés				
- Trouble sexuel	61 (88.41)	23 (37.10)	84 (64.12)	<0.001
- DE	56 (81.16)	24 (38.71)	80 (61.07)	<0.001
- EP	29 (42.03)	3 (4.84)	32 (24.43)	<0.001
URINAIRE abordés				
- Dysurie	41 (59.42)	46 (74.19)	87 (66.41)	0.055
- Incontinence urinaire	15 (21.74)	19 (30.65)	34 (25.95)	0.232
PSYCHIQUE abordés				
- Sensation anxiété/nervosité/tension	44 (63.77)	32 (51.61)	76 (58.02)	0.498
- sensation de dépression	29 (42.03)	22 (35.48)	51 (38.93)	0.576

Tableau 12 : résultats du critère de jugement principal de l'étude Get Up

CRITÈRE DE JUGEMENT SECONDAIRE

Les résultats de l'étude ne retrouvent pas de différence significative mise en évidence sur la QDV des patient entre les questionnaires à l'inclusion et ceux à un mois. (51)

ANALYSE STATISTIQUE

1. Analyse principale

L'analyse principale a été effectuée en intention de traiter avec les logiciels Stata (version 13, Stata Corp, College Station) et R (<http://cran.r-project.org/>). Tous les tests statistiques ont été effectués au risque d'erreur de première espèce α de 5%. Les variables continues sont présentées sous forme de moyenne et écart-type, sous réserve de la normalité de leur répartition (test de Shapiro-Wilk au besoin). En cas de non normalité, elles sont présentées sous forme de médiane, quartiles et valeurs extrêmes. Les variables qualitatives sont exprimées en effectifs et pourcentages associés.

L'incidence du nombre de cas découverts par l'usage d'une des 6 stratégies en comparaison avec l'incidence du nombre de cas découvert lors des soins usuels a été comparée par modèle linéaire généralisé mixte considérant un effet aléatoire associé aux MG et comme effet fixe le groupe de randomisation. Une mesure des coefficients de corrélation intra-classe associés à chacun des groupes de randomisation est proposée, conformément aux recommandations usuelles. Les résultats ajustés et non ajustés seront présentés : nombre absolu de patients ayant soulevé le sujet de l'EP avec leur omnipraticien associé, risques relatifs et IC à 95%.

Ensuite, les caractéristiques du médecin (sexe, âge, zone géographique) ou du patient (âge, statut socio-économique) doivent être considérées comme des co variables (effets fixes dans des modèles mixtes) dans les analyses multivariées ajustées.

2. Description des échantillons à l'inclusion

Les patients sont décrits et comparés entre groupes à l'inclusion selon les variables suivantes : respect des critères d'éligibilité, caractéristiques épidémiologiques, caractéristiques cliniques et caractéristiques des traitements. La comparabilité initiale des deux bras est évaluée sur les principales caractéristiques des participants et facteurs potentiels associés au CJP. Une différence éventuelle entre les deux groupes sur une de ces caractéristiques est déterminée selon des considérations cliniques et non seulement statistiques. Une description des déviations du protocole, des patients répartis selon ces déviations et des causes d'abandon a été également réalisée. Pour l'analyse des patients recrutés, le statisticien a utilisé leur âge, catégorie socio-professionnelle (nomenclature INSEE) et leur statut marital.

3. Analyses secondaires

Les analyses intergroupes concernant les critères de jugement secondaires sont réalisées selon un plan d'analyse statistique analogue à celui décrit précédemment pour l'analyse principale à savoir via l'utilisation de modèles mixtes (linéaire pour l'étude par exemple de la QDV mesurée par SF12 à 4 semaines ou linéaire généralisé le cas échéant). Quand cela était approprié, la normalité des résidus issus de ces modèles et celle des effets aléatoires a été étudiée. En situation multivariée, ces modèles de régression sont mis en œuvre en ajustant sur des Co variables retenues au regard de leur pertinence clinique ou des analyses uni variées réalisées au préalable. Une attention particulière a été portée aux paramètres ayant trait aux clusters eux-mêmes c'est-à-dire aux MG à savoir par exemple leur genre, leur âge,... Comparaison des proportions de patients souffrant d'EP dans les GT et GI par un test de Fischer. Comparaison des résultats score de QDV SF12 avant et après la consultation pour les sujets des GI et GT.

Les résultats seront exprimés en valeurs d'effet et IC à 95%. Le PEDT sera analysé comme un score quantitatif utilisant les méthodes statistiques décrites pour la qualité de vie du SF-12 et comme un résultat binaire (≤ 11) avec l'utilisation d'un modèle mixte linéaire généralisé.

Une analyse de sensibilité sera réalisée pour étudier le biais d'attrition et pour caractériser la nature statistique des données manquantes afin de proposer la méthode d'imputation des données manquantes la plus appropriée. Plus précisément, une approche de biais maximum sera appliquée pour le résultat principal et une méthode d'imputation multiple pour les résultats secondaires. L'analyse du type de stratégies utilisées par les généralistes dans l'IG sera descriptive et exploratoire.

DISCUSSION

1- Discussion de la méthodologie

Biais de classement :

- Biais de sélection des patients par les médecins : impossibilité de *“vérifier si la consigne d’inclure les 15 premiers patients répondant aux critères d’inclusions était respectée ou non. Les longues périodes séparant souvent deux inclusions pour un même médecin témoigne de ce possible biais. Il est possible que les médecins aient ainsi sélectionné certains patients plus susceptibles d’accepter de participer à l’étude, ou encore avec lesquels ils se sentaient plus à l’aise pour parler de certains sujets sensibles telle que la sexualité. Cela pourrait expliquer les taux de prévalences élevés de l’EP retrouvés dans l’étude (36,9% pour le groupe intervention et 20,49% dans le groupe témoins) “(51).*
- L’inclusion de patient souffrant d’EP par les médecins du GT sans formation risque d’induire un biais de classement avec des patients diagnostiqués éjaculateurs prématuré à tort, et à l’inverse , des patients éjaculateurs prématurés non diagnostiqués. Ce biais est réduit par l’envoi du score PEDT à tous les patients y compris ceux du GT afin de rattraper les patients non diagnostiqués, et écarter ceux diagnostiqués à tort.
- La définition de l’EP fait référence à une pathologie liée à la «pénétration vaginale». Cependant, l’EP concerne également les hommes ayant une orientation sexuelle différente. Il n’y avait pas de questions sur l’orientation hétérosexuelle ou homosexuelle dans nos questionnaires. L’étude exclut donc toute une population qui pourtant est elle aussi touchée par cette DS.
- La décision de ne pas utiliser de critère de temps précis pour le diagnostic d’EP peut en être un. En effet le ressenti du patient était privilégié avec l’accent mis sur un RS jugé trop court pour être satisfaisant et à l’origine d’une souffrance

personnelle ou interpersonnelle. D'où l'utilisation du score PEDT lors de l'inclusion et à 4 semaines de celle-ci. Les auteurs ont pris parti de se centrer sur la spécificité du rôle du MG et de sa relation spécifique avec le patient, en effet d'après la WONCA(15) le MG développe " *une approche centrée sur la personne*" et insiste sur le fait qu'il est " *aussi important de comprendre comment le patient fait face à sa maladie et comment il l'envisage, que de s'occuper de la maladie elle-même. Le dénominateur commun est la personne avec ses croyances, ses peurs, ses attentes et ses besoins*". Dans le cas de l'EP la souffrance du patient et son intensité existent indifféremment de l'IELT, et celui-ci ne présente a priori pas de corrélations avec la présence de répercussions négatives. " *La notion de contrôle de l'éjaculation influe de façon plus importante que l'IELT sur la satisfaction sexuelle et la souffrance personnelle en lien avec l'EP*" (51).

- Représentativité de la médecine générale : l'échantillonnage des investigateurs majoritairement représenté par des MSU qui peuvent être plus sensibles et plus habitués à la recherche en médecine générale " *mais également régulièrement sollicités, ce qui peut engendrer un désinvestissement face à certaines études*". (51). Ici 80% de l'échantillon était représenté par des MSU, soit nettement plus que la moyenne nationale (environ 8% en 2014). Ce biais de recrutement aurait pu induire également un biais d'inclusion et surestimer les résultats. Cela n'a pas été le cas. Des études montrent que les MSU sont représentatifs de l'ensemble des médecins généralistes. D'autant plus que leur nombre augmente d'années en années (53,54)
- Représentativité de l'échantillon (51) : le Dr Rannou Vincent a comparé l'échantillon de Get Up à l'étude ECOGEN(55) qui donne un aperçu de la population consultant en médecine générale en France. Il en ressort quelques différences notamment une surreprésentation des ouvriers dans le GI par rapport à la population générale (18.84% vs 3.95%). Plusieurs études montrent que les patients au niveau éducatif bas se plaignent plus d'EP que ceux à haut niveau d'étude. Cela a pu entraîner une majoration de la prévalence de l'EP dans le GI.

- Le biais d'enquêteurs ou subjectivité avec un biais de de suspicion de diagnostic : les généralistes non aveugles dans le GI constituent une limitation majeure. L'intervention étant basée sur la formation aux stratégies de lutte contre l'EP, il était impossible de les laisser ignorants de l'objectif principal de l'étude. De plus, l'évaluation du diagnostic d'EP sera faite par le MG. Cette limitation est contrebalancée par le PEDT envoyé après un mois contribuant également à l'établissement du diagnostic positif ou négatif d'EP.
- De plus l'invitation des investigateurs sélectionnés par courrier électronique mentionnait une étude sur le «dysfonctionnement sexuel» lors de la première étape de l'étude. Nous voulions les informer sur le sujet abordé lors de l'intervention. Les omnipraticiens du GT savaient que l'étude portait sur le dysfonctionnement sexuel : cela pourrait conduire à une prise de conscience accrue du dysfonctionnement sexuel, y compris de l'EP, et donc à une augmentation du nombre de consultations pour EP. Néanmoins c'est la seule fois lors de l'étude que nous avons mentionné le sujet du dysfonctionnement sexuel lors de l'étude au GT.

Biais de sélection :

- Le biais de recrutement sur la base du volontariat : les MG spontanément volontaires peuvent présenter des caractéristiques différentes de MG décidant de ne pas participer à l'étude. (56)
- Biais de recrutement en relation avec le faible taux d'inclusion : 131 patients recrutés sur les 600 attendus.
- Biais de sélection géographique : atténué en partie par le caractère multicentrique de l'étude Get Up choisi afin d'augmenter la représentativité de la population (investigateurs et patients).
- Le biais de recrutement dû à la méthode de contact : refus plus fréquent par mail que par téléphone ou démarchage au cabinet.

- Double tranchant de la signature d'un contrat avec le promoteur à l'origine d'une augmentation de l'implication de certains médecins et réticence voir refus de s'engager officiellement.
- Biais de recrutement de la part des promoteurs de l'étude : inclusion après randomisation de cinq médecins dans le groupe témoin. (51)
- Recrutement identique pour les 2 groupes avec recueil prospectif contrairement à l'étude pilote qui autorisait aux médecins témoins un recueil rétrospectif, augmentant le taux d'inclusion de ce groupe.

Biais de la formation :

- L'insuffisance d'une formation à six techniques de communication à acquérir en peu de temps imparti est partiellement palliée par la mise à disposition du support commun audiovisuel à réécouter à la demande.
- La totalité des powerpoints et supports de formation étaient les même pour l'ensemble de l'étude nationale afin de réduire les biais au maximum, avec enregistrement vocal et écrit du discours à avoir auprès des investigateurs formés afin d'uniformiser au maximum notre message.
- La qualité du formateur: nous avons créé le support de formation du GI avec l'aide de mon co interne et notre directeur de thèse ,alors que j'étais interne de médecine générale en fin de cursus et dernière année de DIU de Sexologie à l'époque.
- Malgré les échanges multiples avec l'équipe nationale de Get Up et l'avis recueilli auprès d'un spécialiste, l'intervention d'un sexologue lors de la formation initialement prévue n'a pas pu être réalisée car difficilement réalisable en pratique. En effet la moitié des formations ont été individuelles, et il aurait fallu plus de temps et de disponibilité de la part de chacun des protagonistes. Et de d'autant plus que les lieux d'intervention s'étendent sur plusieurs départements.
- La technique de formation différait de l'étude pilote car les médecins y étaient formés en groupe par session plus longue (1h30) avec notamment une partie

brainstorming et une partie pratique avec cas cliniques après le powerpoint de formation. Ceci afin de les mettre plus à l'aise dans l'acquisition et la pratique des 6 techniques de communication et de permettre les échanges entre praticiens sur les inquiétudes éventuelles. Nous n'avons pas pu mettre en place la même démarche à cause du manque de disponibilité et de l'étendue géographiques citées ci dessus. Peut être est ce une des raisons à l'origine du manque d'adhésion des investigateurs au recrutement de patients?

Biais de mémoire : rédaction de la thèse plus de 2 ans après le début du projet Get Up.

2- Difficulté personnelles rencontrées :

- **Sentiment d'illégitimité :** formation seule face aux généralistes (pallié par le fait d'avoir créé soi même le document de support dans notre cas). Au départ les médecins devaient être formés en groupe avec présence d'un des médecins de l'équipe de l'étude nationale mais les contraintes de chacun (démographique, organisationnelle, et temps) ont rendu cette démarche impossible.
- **Timidité :** Au début gêne à expliquer à des médecins expérimentés plus âgés, et parfois de genre différent, un sujet tabou pour certain bien qu'il ne le soit pas pour moi. Les entretiens étaient tous individuels pour ma part, auprès de médecins que je ne connaissais pas dans leur lieu d'exercice ou à leur domicile.
- Gestion de la concentration labile des médecins au cours de la formation pouvant ébranler la motivation du formateur.
- **Sentiment de trahir ou piéger** le médecin du GI par rapport au message de recrutement initial.
- **Chronophage :** Étalement géographique des investigateurs avec multiples déplacements (4h de trajet parfois) pour les formations individuelles à dispenser.
- **Sentiment d'intrusion :** Frontière mince entre motivation par relances régulières et agacement pour relances intrusives. Nous n'avons d'ailleurs pas mis en

évidence d'efficacité des différentes relances : pas d'augmentation des inclusions après celle ci. Cela pousse donc à se poser la question de la motivation réelle des investigateurs qui peut éventuellement étioiler celle de l'équipe.

- Sentiment d'échec : contraste entre l'enthousiasme initial et l'investissement personnel de chaque protagoniste de l'étude Get up et le faible taux d'inclusion final.

3- Difficultés rencontrées par les médecins :

Dès la formation et tout au long de l'étude certains investigateurs du GI ont fait part des éventuels obstacles à leur participation active :

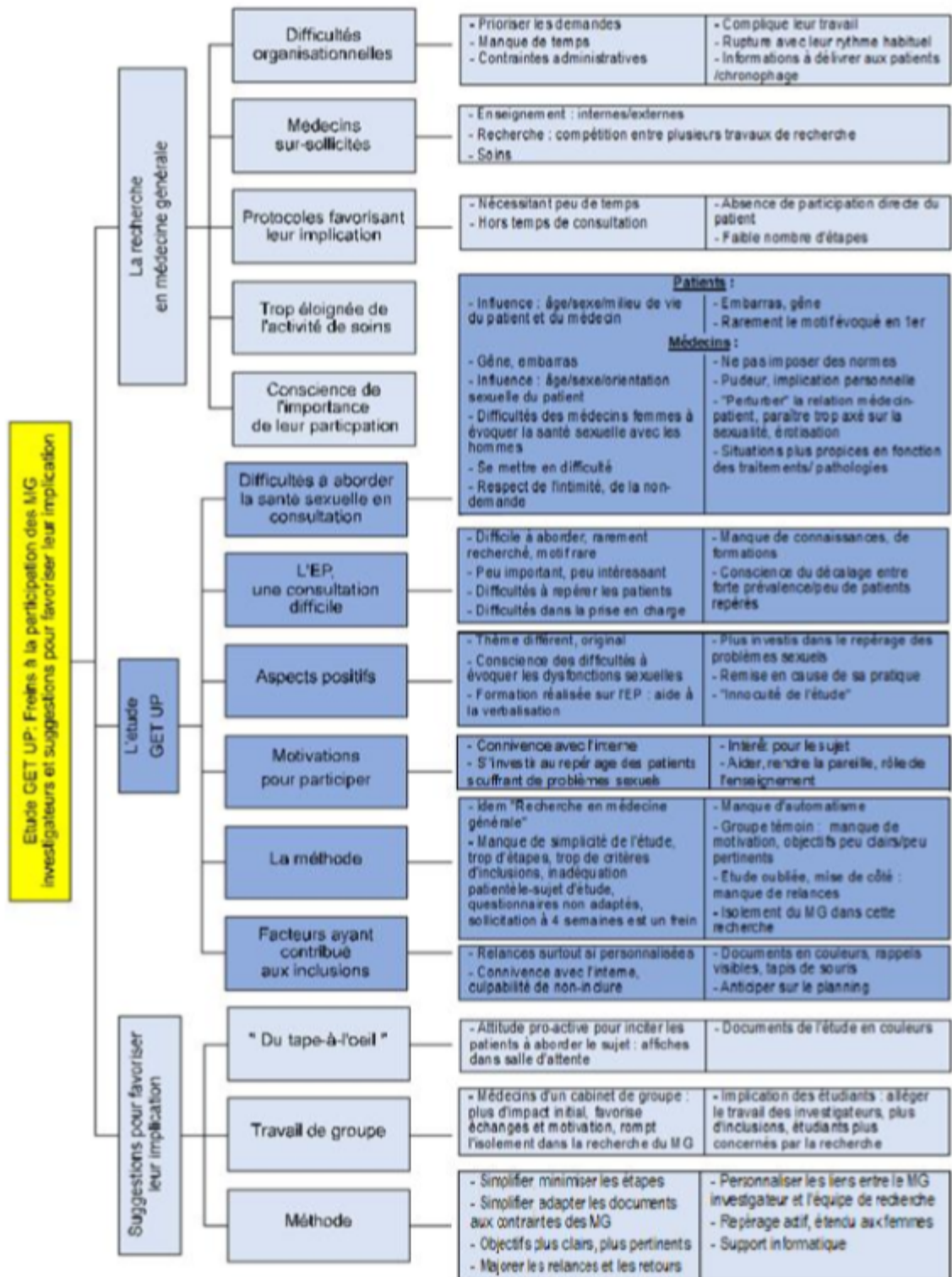
- Sentiment d'incompétence : retrouvé dans une étude anglaise (57) (aborder les dysfonctions sexuelles en consultation revenait à « ouvrir une boîte de Pandore » (« opening a can of worms ») soit la crainte de soulever un problème sans pouvoir assurer la prise en charge adéquate). Une étude suisse (58) mettait en évidence que seulement 8% des médecins généralistes qualifiaient leur capacité à discuter de problématiques sexuelles de « très bonnes », 0% concernant leur capacité à les prendre en charge. Seulement 10,42% d'entre eux rapportent interroger de façon proactive leur patient au sujet des troubles sexuels.
- Nous avons insisté sur la non obligation de prise en charge et la possibilité de confier le patient à un spécialiste avec dans mon cas possibilité de les adresser à une liste de médecins sexologues remise lors de la formation.
- Sentiment d'illégitimité : gêne à s'immiscer dans l'intimité des patients, assimilé à du voyeurisme, accompagnée d'un sentiment d'illégitimité et l'anticipation d'une réaction péjorative ou peur d'embarrasser le patient. Où s'arrête le rôle du médecin ?
- Compatibilité et accessibilité de la sexologie en milieu rural. D'où l'importance des réseaux de soins.

- Difficultés matérielles: les contraintes administratives avec de nombreux documents à remplir, chronophages avec protocole fastidieux pour certains ainsi que pour le patient à inclure. Parfois participation à plusieurs études concomitantes. Pourtant le médecin ayant le plus inclus dans mon cas est celui qui participait à 2 autres études simultanées.
- Manque de temps avec consultations qui s'enchaînent, imprévus du quotidiens. Nous avons proposés aux MSU de faire participer leurs internes en stage mais en vain.
- Oubli et désintérêt pour le sujet : malgré les différentes stratégies de relances mises en oeuvre, certains médecins ne pensaient tout simplement pas à l'étude lors de la consultation.
- Manque de patient correspondant aux critères d'inclusion : un des médecins nous a confié n'avoir trouvé aucun patient correspondant aux critères d'inclusion, ce qui paraît surprenant au vu des motifs larges d'inclusion sur une population large elle aussi. Ce dernier a finalement avoué ne plus vouloir participer à l'étude. Il avait cependant été informé au début de la formation qu'il pouvait à tout moment se retirer de l'étude.
- Place du MG dans la recherche : la motivation des MG à participer à la recherche semble ébranlée par des protocoles loins de leurs quotidiens. Quelle est la place du médecin généraliste en recherche ? Comment le motiver à participer sans l'agacer tout en s'adaptant à sa pratique professionnelle?

4- Conclusions et propositions

La mise en œuvre des stratégies dans un contexte de pratique réel constitue la principale valeur ajoutée de cet étude. L'utilisation de stratégies de dépistage en cabinet, d'après les résultats de l'étude pilote de 2011, semble permettre d'identifier plus de patients souffrant d'EP par rapport à la pratique courante. Ces premiers résultats devaient être confirmés par une étude de plus grande envergure à laquelle nous avons participé. L'étude GETUP est une des rares études interventionnelles multicentrique en soin primaire en France. Elle a permis de mobiliser 80 MG, dans 4 régions, autour d'un problème génital et sexologique. Le nombre d'inclusions inférieur aux estimations, malgré la prolongation de l'étude, a entraîné une diminution de sa puissance statistique. Seulement 32 des 80 médecins (40,00%) ont inclus un total de 131 patients (contre 600 attendus). Ce défaut d'inclusion se retrouve dans d'autres études françaises interventionnelles en médecine générale : l'étude CANABIC (Cannabis and Young Users-A Brief Intervention to Reduce Their Consumption) (59) rapportait une participation de 39,5% des médecins participants tandis que l'étude ETIC (Éducation Thérapeutique des patients Insuffisants Cardiaques) (60) avait un taux de participation de 64,3%.

Outre la déception des protagonistes de l'étude, il en ressort une réelle volonté de comprendre l'origine de ce constat. Une étude française qualitative semble répondre à cet objectif : l'étude menée par le Dr Montalvo Camille. Elle explore les difficultés rencontrées par les praticiens à inclure les patients dans l'étude GetUP et les améliorations suggérées pour favoriser leur implication. Elle a été menée auprès d'une partie des MG participants à l'étude GET UP par entretiens semi dirigés (61). Ses résultats sont résumés au sein d'une mind map synthétique :



Mind map résumant les résultats de l'étude du Dr Montalvo Camille

Elle permet aussi de voir un peu plus clair dans l'ambivalence des médecins qui acceptent initialement de participer à l'étude, mais qui finalement n'incluent pas de patients. Parmi les freins en rapport direct avec la recherche, on relève la peur de se sentir contrôlé dans sa pratique quotidienne, d'être jugé par ses pairs ou encore d'une mauvaise utilisation des données du patients (51,61). Pour Get Up, le sujet lui-même peut représenter un frein important car l'EP reste de nos jours un sujet tabou, y compris pour le corps médical. Abordée dans 24.62% des consultations, elle est le trouble le moins représenté dans l'étude Get Up. Le sujet de la sexualité est difficile à aborder pour les MG.

La directive de l'ISSM indique que les MG ont un rôle important à jouer dans le diagnostic et la prise en charge de l'EP. Cet essai fournit un moyen pragmatique d'aider les généralistes à le faire. En partant de leur efficacité présumée, pourquoi ne pas réfléchir à une généralisation de la formation dispensée aux groupes investigateurs, au reste des MG, via la formation continue? Peut être en validant une partie de la FMC des MG qui assistent ou participent à ce genre de formation. C'est en partie pourquoi la formation dispensés aux médecins investigateurs a été enregistrée vocalement et est disponible à ces fins. Cela permettrait aux MG de prendre conscience de l'impact potentiel de ces pathologies sur la QDV des patients et la place donnée au médecin par les patients. Une étude portugaise montre que les MG sont demandeurs de formation dans le domaine des DS (24). L'apprentissage de techniques de communication apparaît comme un outil pertinent à la prise en charge des DS (57,62). Malheureusement la sexologie n'est que brièvement abordée au cours de la formation des MG (63). Les paraphilies sont exposées dans le programme de psychiatrie en 3^e année de médecine, la dysfonction érectile dans le programme d'urologie, la dyspareunie féminine dans celui de gynécologie. Ces données contrastent avec la formation beaucoup plus complète des sages femmes par exemple.

Les stratégies d'abord exposées ne sont pas exclusives à l'EP et peuvent être utiles pour lancer une discussion sur d'autres questions cruciales liées à des sujets

sensibles. Nous voulions faire le lien entre la recherche et la pratique afin de rendre les conclusions utiles aux patients. Si l'étude s'attèle à modifier le comportement des MG, il serait pertinent et intéressant de rechercher des solutions favorisant l'abord du sujet par le patient lui-même. En d'autres termes comment les amener à consulter ? Menarini a mis au point une affiche sur l'EP incitant les patients à aborder le sujet avec leur MG, ainsi qu'un outil d'autodiagnostic en ligne accessible à tout patient : <http://www.garderlecontrole.fr/test-ejaculation-precoce/>.

Les industries pharmaceutiques s'intéressent de plus en plus au développement de nouvelles molécules dans le domaine de la sexualité. Après le viagra est apparu bien plus tard la dapoxétine dans le traitement de l'EP (AMM en 2013). Le Dr Naji-Lugez Ibtissam a mené une étude quantitative descriptive prospective (17) auprès de 103 MG français et a montré que le nombre de consultations pour EP a augmenté de façon significative suite à la sortie de la dapoxétine. Dans 81% des cas il s'agissait d'une augmentation de l'abord de l'EP par les patients (probablement incités par les médias). 71% des MG déclarait attendre que le patient évoque le sujet. La levée du frein thérapeutique n'est pas suffisante pour inciter les MG à être plus proactif. *“Si cette commercialisation n'a pas permis aux MGs d'être à l'initiative de l'abord de la pathologie, elle aura permis de faire appel à leur réflexivité face à l'émergence d'une nouvelle demande et de diminuer ainsi leur sentiment de manque de compétence et de temps. Nous avons en effet constaté une augmentation de la formation des MGs dans ce domaine confirmant par ailleurs leur intérêt pour la pathologie et leur souhait de la prendre en charge.”* Cette étude met en évidence que si les MGs estiment l'EP être de leur ressort, ils restent ambivalents quant à son abord avec le patient et adoptent une attitude attentiste. Si les médecins paraissent insuffisamment formés aux sujets de santé sexuelles, il semblerait qu'ils ne le soient pas plus aux techniques de communication qui pourraient toutefois faciliter leur exercice quotidien.

Lors de notre étude aucun budget pour la rémunération des médecins investigateurs n'a pu être dégagé. Peut être serait il profitable de prévoir une prime financière à l'inclusion afin de pallier au temps pris par la participation active à l'étude et majorer l'investissement des investigateurs.(60)

Au total, faire de la recherche pragmatique dans la pratique réelle est assez inhabituel pour les MG français et difficile à concilier avec leur emploi du temps. Ce sont les acteurs principaux du soins primaire et des interlocuteurs facilement accessibles pour les patients. “Ils agissent et impactent sur la continuité des maladies chroniques, sont plus susceptibles de faire appel à une démarche intellectuelle qu’à une intervention technique dans le cadre de leur exercice en soins primaires, et enfin leur prise en charge et généralement centrée sur la personne et l’individu que représente chaque patient” (15). Il serait donc intéressant de stimuler leur intérêt pour la recherche en valorisant leur rôle afin de favoriser leur participation active et redéfinir leur place au sein de la recherche médicale. Celle-ci reste encore dans les esprits associée aux praticiens hospitaliers alors que la recherche en médecine générale est essentielle pour évaluer et améliorer la qualité des soins primaires.

Un travail intéressant à mener serait de recontacter les MG ayant participé à l’étude afin de savoir s’ils comptent participer à un autre protocole de recherche en médecine générale; s’ils se servent des différents outils présentés et mis à disposition lors de l’étude; et si leur pratique courante a changé depuis la formation aux techniques de communication. Peut être les utilisent ils malgré le faible taux d’inclusion. Enfin, nous pourrions noter une éventuelle modification du nombre de consultations où le sujet de la sexualité est abordé. En d’autres termes : est ce que la participation à cette étude a changer leur pratique ?

BIBLIOGRAPHIE

1. Solano C. La sexualité au masculin. Comment augmenter le plaisir? Comment le faire durer? Marabout. France; 2000.
2. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. JAMA. 10 févr 1999;281(6):537-44.
3. Nicolosi A, Laumann EO, Glasser DB, Moreira ED, Paik A, Gingell C, et al. Sexual behavior and sexual dysfunctions after age 40: the global study of sexual attitudes and behaviors. Urology. nov 2004;64(5):991-7.
4. Lopès P, Poudat F-X. Manuel de sexologie. In: Manuel de sexologie. elsevier masson; p. 125.
5. 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. mars 2007;51(3):816-23; discussion 824.
6. Rosen RC, Althof S. Impact of premature ejaculation: the psychological, quality of life, and sexual relationship consequences. J Sex Med. juin 2008;5(6):1296-307.
7. Simonelli C. Premature ejaculation and dysregulation of emotions: Research and clinical implications. Sexologies [Internet]. [cité 20 mai 2019]; Disponible sur: https://www.academia.edu/4662958/Premature_ejaculation_and_dysregulation_of_emotions_Research_and_clinical_implications
8. Hartmann U, Schedlowski M, Krüger THC. Cognitive and partner-related factors in rapid ejaculation: differences between dysfunctional and functional men. World J Urol. juin 2005;23(2):93-101.
9. Colson M-H. Troubles de la sexualité, l'étude EMOI lève le voile sur l'impact de l'éjaculation précoce. juill 2015;
10. Nuyts GD, Hill K, Jones MP. Current practice and resource utilisation in men diagnosed with premature ejaculation. Int J Clin Pract. oct 2008;62(10):1533-40.
11. Aschka C, Himmel W, Ittner E, Kochen MM. Sexual problems of male patients in family practice. J Fam Pract. sept 2001;50(9):773-8.
12. Costa P, Avances C, Wagner L. Dysfonction érectile : connaissances, souhaits et attitudes. Résultats d'une enquête française réalisée auprès de 5.099 hommes âgés de 18 ans à 70 ans [Internet]. 2003 [cité 26 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.urofrance.org/base-bibliographique/dysfonction-erectile-connaissances-souhaits-et-attitudes-resultats-dune-enquete>
13. Kokel C, Aubrege A. Place du médecin généraliste dans la prise en charge des difficultés sexuelles masculines [Doctorat de médecine générale]. [Nancy]: Université Henri Poincaré; 2011.
14. Humphery S, Nazareth I. GPs' views on their management of sexual dysfunction. Fam Pract. oct 2001;18(5):516-8.
15. France - La Definition Europeenne de la Medecine Generale – Medecine de Famille | WONCA Europe [Internet]. [cité 24 févr 2019]. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org/content/france-la-definition-europeenne-de-la-medecine-generale-%E2%80%93-medecine-de-famille>
16. Press Y, Menahem S, Shvartzman P. [Sexual dysfunction--what is the primary physicians role?]. Harefuah. oct 2003;142(10):662-5, 719.

17. Naji-Lugez I. Thèses d'exercice > Naji-Lugez Ibtissam [Internet]. 2015 [cité 24 mai 2019]. Disponible sur: http://pepite.univ-lille2.fr/thematic-search.html?menuKey=these_ex&submenuKey=authors&id=naji_lugez_ibtissam
18. Pernin C. Clémence Pernin - Évaluation de stratégies pour aborder l'éjaculation prématurée en médecine générale : étude pilote - Université de Poitiers [Internet]. 2012 [cité 17 févr 2019]. Disponible sur: <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/12482>
19. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM IV. 4^e, test rev éd. Washington, DC; 2000.
20. Symonds T, Perelman M, Althof S, Giuliano F, Martin M, Abraham L, et al. Further evidence of the reliability and validity of the premature ejaculation diagnostic tool. *Int J Impot Res.* oct 2007;19(5):521-5.
21. Symonds T, Perelman MA, Althof S, Giuliano F, Martin M, May K, et al. Development and validation of a premature ejaculation diagnostic tool. *Eur Urol.* août 2007;52(2):565-73.
22. Gandek B, Ware JE, Aaronson NK, Apolone G, Bjorner JB, Brazier JE, et al. Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. *International Quality of Life Assessment. J Clin Epidemiol.* nov 1998;51(11):1171-8.
23. McMahon CG, Althof SE, Waldinger MD, Porst H, Dean J, Sharlip ID, et al. An evidence-based definition of lifelong premature ejaculation: report of the International Society for Sexual Medicine (ISSM) ad hoc committee for the definition of premature ejaculation. *J Sex Med.* juill 2008;5(7):1590-606.
24. Waldinger MD, Schweitzer DH. Changing paradigms from a historical DSM-III and DSM-IV view toward an evidence-based definition of premature ejaculation. Part II--proposals for DSM-V and ICD-11. *J Sex Med.* juill 2006;3(4):693-705.
25. Vahia VN. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5: A quick glance. *Indian J Psychiatry.* 2013;55(3):220-3.
26. Kempeneers P, Deseilles M. Le « trouble » de l'éjaculation précoce : le critère d'une minute maximum de pénétration en question. *Sexologies.* 1 juill 2014;23(3):101-6.
27. Poudat F-X, Aubin S, de Carufel F, de Sutter P, Jarousse N, Trudel G. Ejaculation prématurée. In: *Sexualité, couple et TCC; les difficultés sexuelles.* elsevier masson. 2011. p. 104.
28. Good Sexual Intercourse Lasts Minutes, Not Hours, Therapists Say [Internet]. *ScienceDaily.* [cité 26 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.sciencedaily.com/releases/2008/03/080331145115.htm>
29. Porto R. Aspects psychologiques de l'éjaculation prématurée. *Sexologies.* 1 janv 2008;17(1):9-17.
30. Lahyani M, Karmouni T, Elkhader K, Koutani A, Andaloussi AIA. Éjaculation précoce : approche psychosomatique et prise en charge. *Can Urol Assoc J.* 2015;9(5-6):E349-51.
31. Segraves RT. Rapid ejaculation: a review of nosology, prevalence and treatment. *Int J Impot Res.* sept 2006;18(1):S24.
32. Carufel F de, Bonierbale-Branchereau M, Debray Q. L'éjaculation prématurée: compréhension et traitement par la thérapie sexofonctionnelle. Louvain, Belgique: UCL Presses universitaires de Louvain; 2008. 352 p.
33. Priligy, premier traitement indiqué dans l'éjaculation précoce [Internet]. [cité 6 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.medscape.fr/voirarticle/3523337>

34. Cormio L, Massenio P, La Rocca R, Verze P, Mirone V, Carrieri G. The Combination of Dapoxetine and Behavioral Treatment Provides Better Results than Dapoxetine Alone in the Management of Patients with Lifelong Premature Ejaculation. *J Sex Med.* juill 2015;12(7):1609-15.
35. Sangkum P, Badr R, Serefoglu EC, Hellstrom WJG. Dapoxetine and the treatment of premature ejaculation. *Transl Androl Urol.* 24 déc 2013;2(4):301-11.
36. Éjaculation précoce : pas de dapoxétine (Priligy°) [Internet]. [cité 26 févr 2019]. Disponible sur: <http://www.prescrire.org/fr/3/31/48533/0/newsdetails.aspx>
37. Gajjala SR, Khalidi A. Premature ejaculation: A review. *Indian J Sex Transm Dis AIDS.* 2014;35(2):92-5.
38. Althof SE. Psychosexual therapy for premature ejaculation. *Transl Androl Urol.* août 2016;5(4):475-81.
39. Henry N, Rouprêt M. prise en charge de l'éjaculation prématurée adulte [Internet]. UROFRANCE. 2008 [cité 7 août 2015]. Disponible sur: <http://www.urofrance.org/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/prise-en-charge-de-lejaculation-prematuree-chez-le-sujet-adulte.html>
40. Collier F. La femme de l'éjaculateur rapide. *Sexologies.* 1 janv 2008;17(1):24-9.
41. Fugl-Meyer KS, Fugl-Meyer AR. Sexual disabilities are not singularities. *Int J Impot Res.* déc 2002;14(6):487.
42. Byers ES, Grenier G. Premature or rapid ejaculation: heterosexual couples' perceptions of men's ejaculatory behavior. *Arch Sex Behav.* juin 2003;32(3):261-70.
43. Rowland D, McMahon CG, Abdo C, Chen J, Jannini E, Waldinger MD, et al. Disorders of orgasm and ejaculation in men. *J Sex Med.* avr 2010;7(4 Pt 2):1668-86.
44. Isidori AM, Pozza C, Esposito K, Giugliano D, Morano S, Vignozzi L, et al. Development and validation of a 6-item version of the female sexual function index (FSFI) as a diagnostic tool for female sexual dysfunction. *J Sex Med.* mars 2010;7(3):1139-46.
45. Trudel G, Laurin F. The effects of bibliotherapy on orgasmic dysfunction and couple interactions: An experimental study. *Sex Marital Ther.* 1 juill 1988;3:223-8.
46. Kempeneers P, Andrienne R, Bauwens S, Georis I, Pairoux J-F, Blairy S. Clinical outcomes of a new self-help booklet for premature ejaculation. *J Sex Med.* sept 2012;9(9):2417-28.
47. Kempeneers P, Andrienne R, Bauwens S, et al. L'étude bibliothEP : évaluation d'une nouvelle bibliothérapie de l'éjaculation précoce. Reims; 2010.
48. Définition de la santé sexuelle et génésique [Internet]. Europe: OMS (Organisation mondiale de la santé); Disponible sur: <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/Life-stages/sexual-andreproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition>
49. Annon JS. The PLISSIT Model: A Proposed Conceptual Scheme for the Behavioral Treatment of Sexual Problems. *J Sex Educ Ther.* 1 avr 1976;2(1):1-15.
50. Sadovsky R. The Role of the Primary Care Clinician in the Management of Erectile Dysfunction. *Rev Urol.* 2002;4(Suppl 3):S54-63.
51. Rannou V, Barais M. Etude GETUP : étude interventionnelle multicentrique randomisée en grappes pour l'évaluation de six stratégies d'abord de l'éjaculation prématurée en médecine générale [Doctorat de médecine générale]. [Quimper]: Université de Bretagne occidentale; 2018.
52. Barais M, Vaillant Roussel H, Costa D, Derriennic J, Pereira B, Cadier S. Premature ejaculation in primary care: communication strategies versus usual care for male patients consulting for a sexual, urogenital or psychological reason - GET UP: study protocol for a cluster randomised controlled trial. *Trials.* 12 nov 2018;19(1):622.

53. CP CNGE - L'augmentation du nombre de MSU va permettre la mise en place de la 4e année du DES de médecine générale - Avril 2019 [Internet]. [cité 19 mai 2019]. Disponible sur:
https://www.cnge.fr/le_cnge/adherer_cnge_college_academique/cp_cnge_laugmentation_du_nombre_de_msu_va_permettre/
54. Continue FM. Les MSU sont-ils des super-MG? [Internet]. FMC DINAN. [cité 19 mai 2019]. Disponible sur:
<http://www.fmcadinan.org/2015/06/portrait-robot-des-generalistes-maitres-de-stage-les-msu-sont-ils-des-super-mg.html>
55. Etude ECOGEN [Internet]. [cité 25 mai 2019]. Disponible sur:
https://www.cnge.fr/la_recherche/etude_ecogen/
56. Almont T. Les Biais en Épidémiologie. :2.
57. 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.* oct 2004;21(5):528-36.
58. Platano G, Margraf J, Alder J, Bitzer J. Frequency and focus of sexual history taking in male patients--a pilot study conducted among Swiss general practitioners and urologists. *J Sex Med.* janv 2008;5(1):47-59.
59. Laporte C, Vaillant-Roussel H, Pereira B, Blanc O, Eschalié B, Kinouani S, et al. Cannabis and Young Users—A Brief Intervention to Reduce Their Consumption (CANABIC): A Cluster Randomized Controlled Trial in Primary Care. *Ann Fam Med.* 3 janv 2017;15(2):131-9.
60. Pantera E. Difficultés de recrutement de médecins investigateurs en soins primaires : exemple de l'étude ETIC. 2011.
61. Montalvo C, Barais M. 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 précoce en médecine générale ? Étude qualitative par entretiens semi-dirigés [Internet] [Doctorat de médecine]. [Brest]: Université de Bretagne occidentale - BREST Faculté de Médecine & des Sciences de la Santé; 2018 [cité 17 févr 2019]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01937649/document>
62. Alarcão V, Ribeiro S, Miranda FL, Carreira M, Dias T, Garcia e Costa J, et al. General practitioners' knowledge, attitudes, beliefs, and practices in the management of sexual dysfunction-results of the Portuguese SEXOS study. *J Sex Med.* oct 2012;9(10):2508-15.
63. Vallée J. Enseigner la prise en charge de la plainte sexuelle. 2008;19(81):49-51.

ANNEXES

Annexe 1 : Classification CISP 2 : les motifs génitaux, urinaires et psychiques

MOTIFS GENITAUX – 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 indét. 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 2 : lettre d'information et formulaire de consentement écrit du patient

Protocole Get Up

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 des 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.

¹ Letrilliart L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M, Guerin MH MA: **ECOGEN : étude des Éléments de la Consultation en médecine GÉNérale**. *exercer* 2014, 114:148–157.

Paraphes patient

Paraphes investigateur

Version 1.2 du 27 Mai 2015

Protocole Get Up

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

Paraphes patient

Paraphes investigateur

Version 1.2 du 27 Mai 2015

Protocole Get Up

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 11 Août 2015.

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.
--

Paraphes patient

Paraphes investigateur

Version 1.2 du 27 Mai 2015

Annexe 3 : Questionnaire SF12

Etude GETUP

Nom : _____ Prénom : _____

Date de remplissage : __/__/__

Visite inclusion

Visite à 4 semaines

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 4 : score PEDT

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

IDRCB : 2015-A00054-45
 RB 15.003
 Consultations pour motif génital, urinaire ou psychique chez l'homme en médecine générale
Investigateur coordonnateur
 Nom : Baub Mate.
 Adresse : 22 avenue Camille Desmoulins CS 93837 29036 Brest Cedex 3.
Investigateurs associés
 Hélène Villert-Roussel pour Clément Ferrand, David Costa pour Montpellier Nîmes, Sébastien Cadier pour Bordeaux,
 Promoteur
 CHRU de Brest – 2 avenue Foch – 29603 Brest Cedex 3.

Cher patient,

Vous avez consulté votre médecin généraliste le mois dernier, il/elle vous a proposé de participer à l'étude « Consultations pour motif génital, urinaire ou psychique chez l'homme en médecine générale GET UP ».
Nous vous remercions sincèrement d'avoir accepté. Vous trouverez ci-dessous deux questionnaires à remplir et à envoyer dans l'enveloppe pré-timbree ci-jointe.

Cordialement,
 L'équipe GET UP

Questionnaire Numéro 1

Ce premier questionnaire permet d'identifier les hommes souffrant d'une éjaculation trop rapide pendant l'acte sexuel. Même si vous n'avez pas de difficulté, merci de répondre à toutes les questions.
 Merci d'entourer le chiffre qui représente le mieux votre réponse pour chaque question ci-dessous.
 Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse à ces questions.
 Vos expériences sont peut-être variables en fonction du temps, nous voulons connaître votre sentiment général vis-à-vis de vos rapports sexuels.

Date de remplissage des 2 questionnaires : ___/___ - ___/___ - ___/___/___

	Pas difficile	Peu difficile	Assez difficile	Difficile	Très difficile
1) <u>A quel point vous est-il difficile de retarder votre éjaculation ?</u>	0	1	2	3	4
2) <u>Vous arrive-t-il d'éjaculer avant que vous ne le souhaitiez ?</u>	Jamais	Rarement	La moitié du temps	Souvent	Toujours
	0%	25%	50%	75%	100%
3) <u>Une très légère stimulation suffit-elle à vous faire éjaculer ?</u>	Jamais	Rarement	La moitié du temps	Souvent	Toujours
	0%	25%	50%	75%	100%
4) <u>Vous sentez-vous frustré d'éjaculer avant de l'avoir décidé ?</u>	Pas du tout	Légèrement	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
	0	1	2	3	4
5) <u>A quel point vous sentez-vous préoccupé par l'insatisfaction de votre partenaire liée à votre délai avant éjaculation ?</u>	Pas du tout	Légèrement	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
	0	1	2	3	4

Annexe 5 : Fiche de renseignements investigateurs

Fiche de renseignements

Nom, Prénom :

Date de naissance

N° D'ordre :

Année d'obtention de la thèse :

Type d'exercice : Seul Cabinet de groupe uni disciplinaire

Cabinet de groupe pluri disciplinaire

Lieu d'exercice : rural urbain

Adresse :

Téléphone :

Email :

Travaux de recherche :

Formation complémentaire : (DU, autres..)

Principales publications :

Date et Signature

Annexe 6 Cahier de recueil de données du groupe interventionnel

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 :

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

Si éjaculation précoce abordée
Stratégie(s) utilisée(s) :

- Questionnement systématique
- Humour
- Approche fonctionnaliste
- Attention intacte
- Évocation de signes
- Aide à la verbalisation
- Autre(s) stratégie(s) utilisée(s)

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

Signature : |

**ATTESTATION DE PARTICIPATION A LA
FORMATION AU PROTOCOLE GET UP**

**Je soussigné (Nom – Prénom)..... interne associé à
l'étude intitulée : « Consultations pour motif GÉnital, Urinaire ou Psychique
chez l'homme en médecine générale – Étude GET UP » atteste avoir donné une
formation le (Date) au :**

Docteur

Médecin Généraliste

Adresse du cabinet :

Date et Signature de l'interne

Annexe 8 Cahier de recueil du groupe témoin

**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 :

Trouble Génital

Trouble sexuel abordé : Oui Non

Insuffisance érectile abordée : Oui Non

Ejaculation précoce abordée (éjaculation rapide + absence de contrôle + souffrance) : Oui Non

Trouble Urinaire

Dysurie abordée : Oui Non

Incontinence urinaire abordée : Oui Non

Trouble Psychique

Sensation anxiété, nervosité, tension abordée : Oui Non

Sensation de dépression abordée : Oui Non

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

Signature :

Annexe 10 : Tapis de souris et courrier joint lors de son envoi

Chère consœur, Cher confrère,

Merci beaucoup pour votre participation à l'étude Get UP. Pour vous aider et faciliter le recrutement des patients, nous vous offrons ce support pour votre souris d'ordinateur.

L'étude a lieu dans 4 régions françaises (Bretagne, Aquitaine, Occitanie et Massif Central). Les premiers résultats sont encourageants ! Le financement provient d'un budget alloué à la recherche en médecine générale par l'Agence Régional de Santé Bretagne.

Nous sommes à votre disposition pour répondre à toutes vos questions concernant l'inclusion et les documents à remplir.

(rappel des coordonnées de chaque interlocuteur régional)

Nous vous remercions chaleureusement pour votre investissement,

Bien cordialement,

L'équipe Get UP

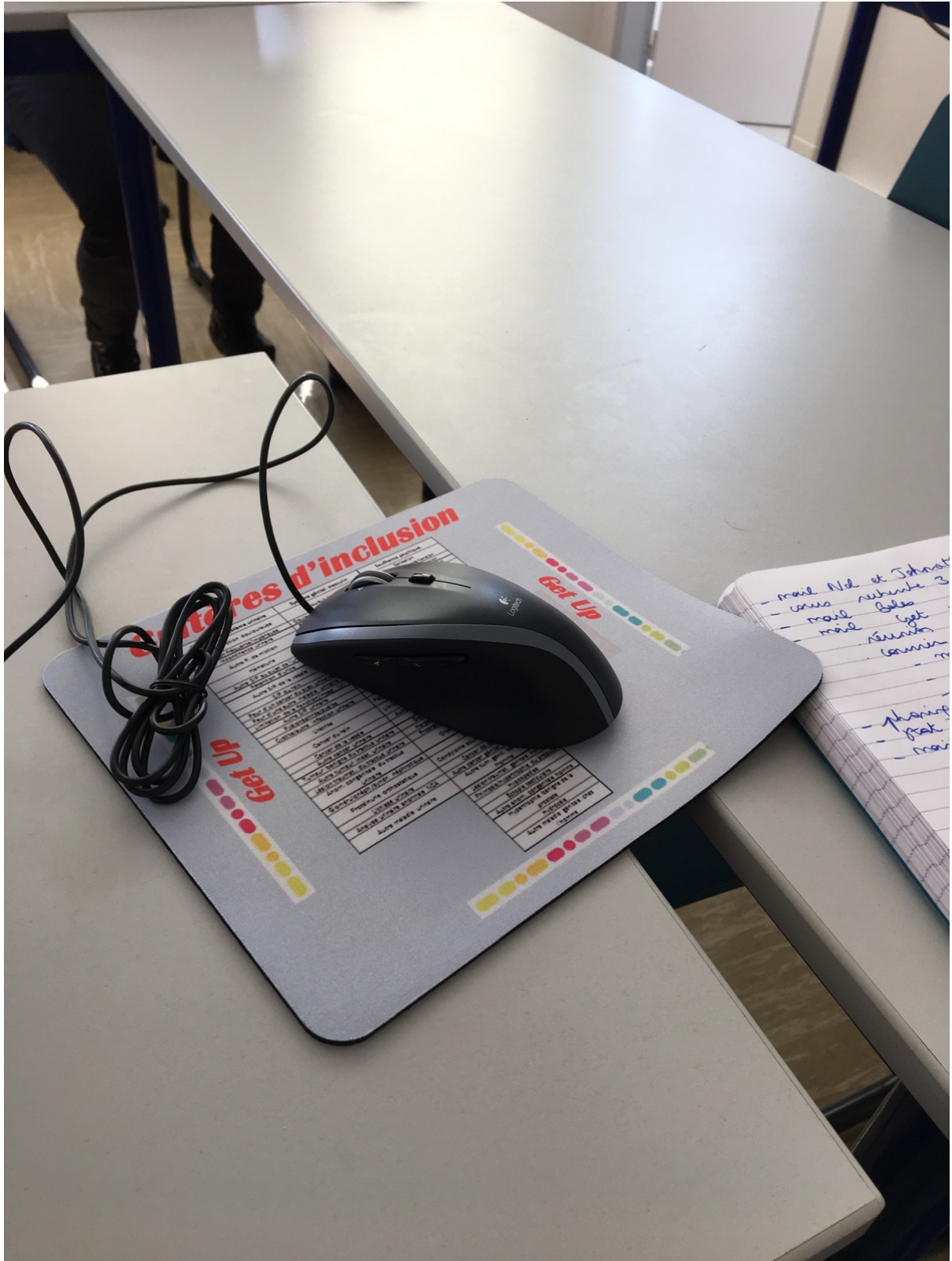
Critères d'inclusion

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	Écoulement 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 PP 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/incapacité	
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 indé. 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	
	Phimosis/hypertrophie du prépuce	
	Hypospadias	
	Ectopie testiculaire	
	Autre anom. congénitale homme	
	Hypertrophie bénigne de la prostate	
	Hydrocèle	
	Autre maladie génitale chez l'homme	

Get Up

Get Up

**Vous abordez
l'un de ces motifs
avec un homme de
+ de 18 ans ?
Vous pouvez lui
présenter l'étude
Get Up !**



Annexe 11 : Powerpoint de formation groupe interventionnel

Définition de
l'**é**jaculation
précoce

1 homme sur 3



Seulement $\frac{1}{4}$ des éjaculateurs
prématurés en parlent



« J'attends qu'il
m'en parle »



« J'attends qu'il
m'en parle »

Les patients disent que le MG
est dans **son rôle** en
recherchant 1 EP







Il existe **3 critères** à rechercher

 **Brièveté**

 **Absence de contrôle**

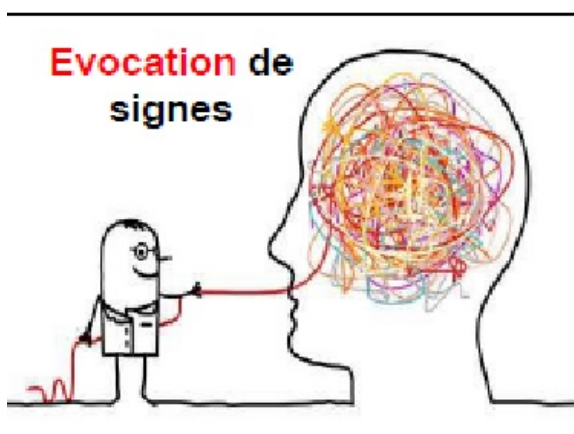
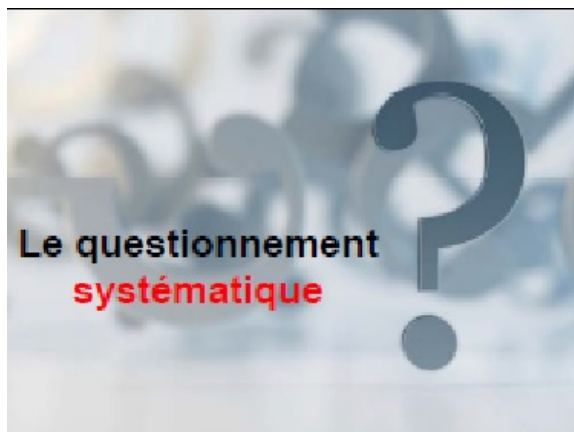
 **Souffrance**

Le couple se plaint de la **brièveté**



L'homme **ne contrôle pas** la survenue de l'éjaculation







Etude **Get Up**

Évaluer l'efficacité de
6 stratégies de communication
sur le repérage en consultation de MG
de patients souffrant d'EP
en comparaison avec les soins habituels

Motif **général** (1)

Douleur du pénis	Stérilisation
Douleur des testicules, du scrotum	Autre PF
Écoulement urétral	S/P du sein
Autre S/P du pénis	Peur dysfonction sexuelle
Autre S/P des testicules/du scrotum	Peur d'une MST
S/P de la prostate	Peur d'un cancer génital
Impuissance sexuelle NCA	Peur autre maladie génitale
Autre S/P fonction sexuelle	Limitation de la fonction/incap. (Y)
Stérilité, hypofertilité	Autre S/P génitale
	Syphilis

Motif **général** (2)

Hypospadias	Gonococcie
Ectopie testiculaire	Herpes génital
Autre anom. congénitale	Prostatite / vésiculite séminale
Hypertrophie bénigne de la prostate	Orchite/épididymite
Hydrocèle	Balanite
Autre maladie génitale	Condylome acuminé
Cancer de la prostate	Phimosis/hypertrophie du prépuce
Autre cancer génital	
Autre tum. génit. bénin/mal.	
Lésion traumat. génitale	

Motif **urologique** (1)

Dysurie/miction douloureuse
Miction fréquente/impérieuse
Incontinence urinaire
Autre P. de miction
Hématurie
Autre S/P au sujet de l'urine
Rétention d'urine
Autre S/P de la vessie
S/P du rein
Peur d'un cancer du syst. urinaire

Motif urologique (2)

Peur d'une autre maladie urinaire	Cancer de la vessie
Limitation de la fonction/incap. (U)	Autre cancer urinaire
Autre SiP urinaire	Tumeur bénigne du tractus urinaire
Pyélonéphrite/pyélie	Autre tumeur indét. urinaire
Cystite/autre infection urinaire	Lésion traumat. du tractus urinaire
Urétrite	Atres. congénitale du tractus urinaire
Cancer du rein	Glomérulonéph. syndr. néphrotique
Lithase urinaire	Protéinurie orthostatique
Analyse urinaire anormale NCA	
Autre maladie urinaire	

SiP = Symptôme/Pathologie

Motif psychique

Sensation anxiété / nervosité / tension
 Sensation de dépression
 Diminution du désir sexuel
 Diminution accomplissement sexuel
 Trouble anxieux/état anxieux
 Trouble somatoforme
 Dépression

Qui inclure ?

Homme de 18 à 80 ans
 Consultant pour l'un de ces motifs
 15 patients successifs
 sur 1 an maximum



Quoi remplir ? (1)

Questionnaire médecin

Nom et prénom du médecin : _____

ADRESSE DU MÉDECIN : _____

RECHERCHÉ PAR MOI : _____ (Recherché par l'Institut des Sciences de la Santé)

Sexe du consultant : Homme Femme

Profession : _____

Motif (Symptôme) : _____

Pathologie (ou symptômes, affection(s) ou condition médicale) (s) (à compléter si nécessaire) : _____

Symptôme(s) (à compléter) (à compléter) (à compléter)	Motif (Symptôme) (à compléter) (à compléter)	Motif Psychique (à compléter) (à compléter)
--	--	---

© Institut des Sciences de la Santé

Date de consultation : _____

Quoi remplir ? (2)

Questionnaire patient SF 12 qualité de vie

QUESTIONNAIRE DE QUALITE DE VIE SF-12
1. Nom et Prénom : _____
2. Adresse : _____
3. Date de naissance : _____
4. Sexe : _____
5. Profession : _____
6. Niveau d'études : _____
7. Niveau de revenu : _____
8. Niveau de santé : _____
9. Niveau de douleur : _____
10. Niveau de fatigue : _____
11. Niveau de douleur : _____
12. Niveau de douleur : _____
13. Niveau de douleur : _____
14. Niveau de douleur : _____
15. Niveau de douleur : _____
16. Niveau de douleur : _____
17. Niveau de douleur : _____
18. Niveau de douleur : _____
19. Niveau de douleur : _____
20. Niveau de douleur : _____

Envoyer à qui ?

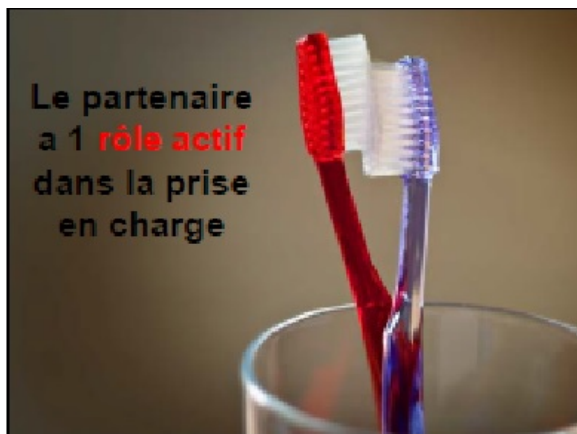
Enveloppe T
Consentement patient
Questionnaire médecin
Questionnaire patient



Et après ?

- 4 semaines après la consultation
- Le patient reçoit
- A nouveau le SF12
- Et questionnaire PEDT
- Envoie avec enveloppe T à Brest

Prise en charge



Le partenaire
a 1 **rôle actif**
dans la prise
en charge



Psycho – éducation

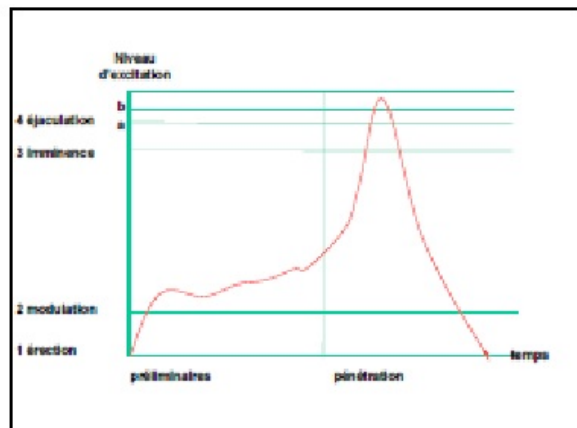
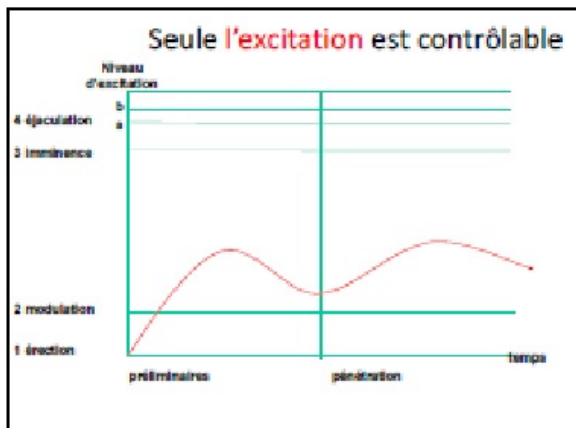
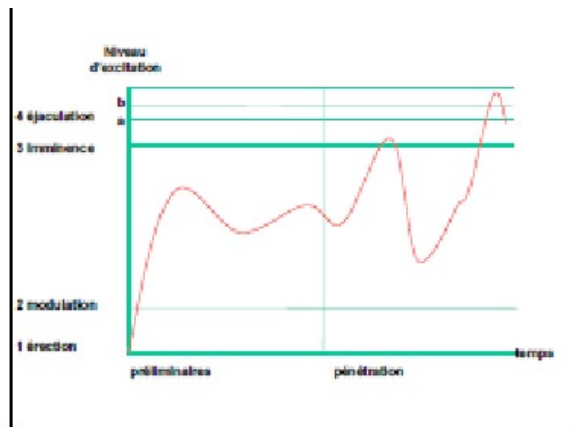
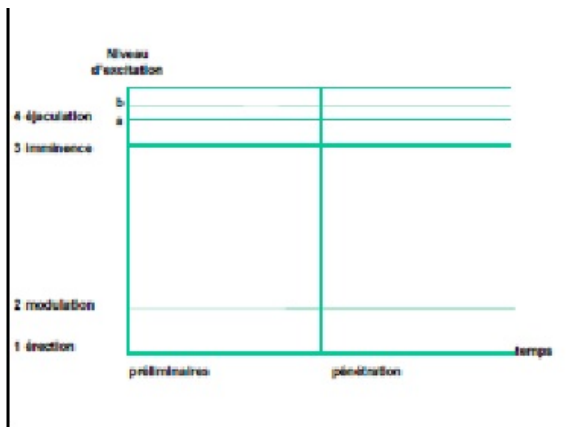
Comprendre son fonctionnement
est la première étape du changement

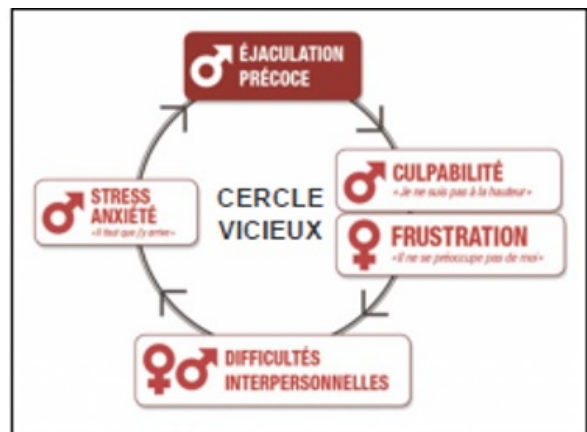
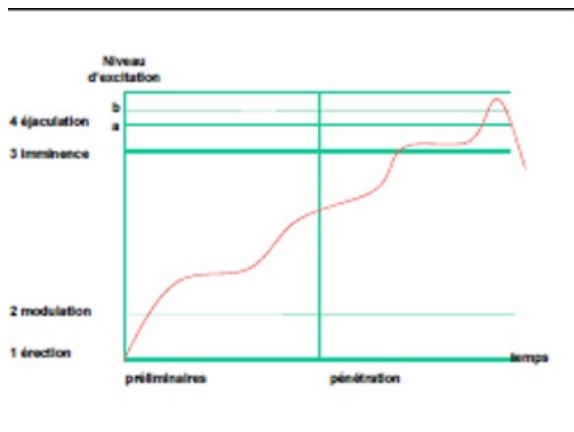


Nos ancêtres
étaient
programmés
pour éjaculer
rapidement



La durée idéale d'un RS
serait de **3 à 7 min**





Prescrire un livre



Prise en charge Comportementale









Résultats de l'étude

Vous serez informé des résultats finaux de l'étude
Une question ? Un problème ?

Commentaires oraux du diaporama de la formation du groupe interventionnel

D1. Accord CPP Paris Île de France

Accord ANSM

Indépendante des laboratoires

Investigateurs randomisés en 2 groupes: Témoin x Intervention

Groupe témoin: doit rester ignorant de l'intervention pour ne pas modifier leur comportement

D'où la divulgation ce jour du vrai motif d'étude (à garder secret)

Vous allez repérer des patients souffrant d'éjaculation prématuré donc nous allons vous donner quelques éléments de prise en charge en médecine générale afin que vous soyez à l'aise avec eux.

D3. A la fin de la formation sur la prise en charge en MG des patients souffrants d'EP, vous serez capables de:

(=objectifs de la formation)

Citer les 3 critères définissant l'éjaculation prématurée dans l'étude Get up

Expliquer au patient la physiologie de l'éjaculation

Expliquer au patient les mécanismes d'entretien de l'éjaculation prématurée

Donner au patient des conseils pour gérer son niveau d'excitation

Prescrire de la biblio thérapie

Prescrire un traitement médicamenteux

Adresser le patient à un spécialiste

D5 Il existe de multiples définitions : c'est une éjaculation qui arrive avant que l'homme le souhaite sans qu'il puisse la retarder et qui est à l'origine d'une souffrance.

C'est une définition subjective qui dépend du ressenti du patient.

D6. L'éjaculation prématurée concerne 1 homme sur 3 (5-30% selon les études)

Prévalence stable avec l'âge. C'est donc le trouble sexuel masculin le plus fréquent

Mais elle est sous diagnostiquée et sous médicalisée.

Pourtant c'est un enjeu de santé publique (la santé sexuelle fait partie de la définition de la santé par l'OMS) (48)

Rosen RC et al (2004) The Premature Ejaculation Prevalence and Attitudes (PEPA) Survey: A Multi-National Survey. J. Sex Med 1 (Supp 1): 57-58.

Laumann et al (2005). Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors (GSSAB) Int J Impot Res. 17:39-57

D7. Trop peu de patients en parlent à leur médecin.

Dunn KM, Croft PR, Hackett GI. Sexual problems: a study of the prevalence and need for health care in the general population. Fam Pract. 1998;15(6):519-24

52 % des patients souffrant d'un trouble sexuel aimeraient de l'aide de la part de leur médecin généraliste.

1/10 seulement l'obtiennent.

Le médecin généraliste est, d'après les patients, un interlocuteur privilégié dans ce type de situation.

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(4):387-91

Pourtant les études montrent qu'un nombre important de patients souffrant d'EP se documentent à ce sujet .

La souffrance est donc probablement présente.

Les freins à la consultation sont le sentiment de honte, la difficulté d'en parler, le sentiment d'incurabilité, l'absence de partenaire régulière, l'absence de plainte de la partenaire,...

D9. Le cheval de Troie : un motif prétexte visant à tester l'attitude du médecin vis-à-vis de la sexualité: IST, troubles génitaux-urinaires, troubles psychiques (fatigue, anxiété, troubles du sommeil, dépression)

Demande de traitement ou renouvellement d'ordonnance pour un autre trouble sexuel.

Syndrome de la poignée de porte, en fin de consultation : « Au fait Docteur....? »

D10. L'EP masquée par une plainte de dysfonction érectile. Le patient se plaint d'une DE alors qu'en fait quand il était plus jeune il avait un 2ème RS tout de suite après son éjaculation prématurée. A un certain âge, le temps entre 2 érections augmente et l'homme ne peut pas enchaîner 2 RS, ce qui est normal: il se plaint de DE alors qu'en fait il a une EP.

Diapo 11 : L'éjaculation prématurée peut entraîner une souffrance du patient, du partenaire et du couple : Perte de confiance, Résignation, Inhibition relationnelle, Syndrome dépressif, Anticipation de l'échec : anxiété+++

D 12 : Au début : elle est compréhensive voir flattée.

Puis rapidement apparaissent :trouble du désir, dysorgasmie, développement d'une image négative de la sexualité, Sentiment d'abandon, Jalousie, Voir agressivité;Diminution intimité générale, Infidélité afin de confirmer sa féminité ou obtenir une satisfaction sexuelle, Reproches faits au partenaire : « c'est un égoïste » « il ne se laisse pas aller » « il pense à autre chose pendant les rapports » « scénarios répétitifs »

D13 La satisfaction du couple en est diminuée. Elle est source de mécontentement conjugale et impacte sur la vie affective. Les relations sexuelles s'espacent, la vie conjugale se détériore.

Peur de faire de la peine au partenaire, Culpabilité, évitement des rapports et de l'intimité, conflits, séparation, Insatisfaction sexuelle, Détresse

Certains hommes évitent les nouvelles relations intimes de peur de ne pas être à la hauteur

D14 L'éjaculation prématurée n'est pas mieux expliquée par une autre pathologie mentale, par usage de substances illicites ou de médicaments, ou par une autre

pathologie organique (DSM V). Ces trois critères doivent être présents pour pouvoir parler d'éjaculation prématurée.

D15 Pas de définition universelle.

Au moins un des partenaires se plaint de la brièveté de la pénétration

1-2min selon DSM4

<1min selon le DSM5

Il existe de nombreuses autres définitions : nombre de poussées pelviennes, nombre de va et vient intra vaginaux, fréquence orgasmique de la femme, capacité d'éjaculer au moment désiré,... Ce qui compte c'est la plainte du patient et/ou du couple.

D16 Elle survient avant qu'il ne le souhaite et il ne parvient pas à la retarder.

La capacité de contrôle n'augmente pas avec l'âge. L'éjaculation prématurée se caractérise par l'absence de maîtrise du réflexe éjaculatoire que l'on s'accorde à rattacher à une mauvaise gestion de l'excitation et du plaisir.

D19. Entretiens auprès de médecins généralistes qui avaient adressé des patients à un sexologue pour éjaculation prématurée .Ces entretiens ont permis d'identifier 6 stratégies de communication qui ont été utilisées par les médecins interrogés pour aborder le sujet en consultation :

3 stratégies d'investigation et 3 stratégies d'attitudes validées dans une étude pilote, préliminaire à la nôtre, réalisée à Poitiers(I) et Bordeaux(T) :

La prévalence d'homme souffrant d'EP était de 6,5% en pratique courante contre 30% après formation aux 6 stratégies.

Nous allons vous présenter les stratégies d'investigation puis les stratégies d'attitude.

Vous pouvez utiliser une ou plusieurs de ces stratégies au sein d'une même CS ou d'une CS à une autre.

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

RÉSUMÉ

RÉSUMÉ

Introduction :

L'éjaculation prématurée (EP) est un des troubles sexuels masculins les plus fréquents : de 5 à 30 % selon les études et définitions. Elle altère la qualité de vie globale du patient concerné, ainsi que de son/sa/ses partenaire(s). Le médecin généraliste (MG) est considéré par les patients comme un interlocuteur privilégié; mais peu d'entre eux reçoivent l'aide attendue. Une étude qualitative (2008) identifie 6 stratégies de dépistage de l'EP : 3 d'investigation (questionnement systématique, aide à la verbalisation, évocation de signes); et 3 d'attitude (humour, attitude intacte et approche fonctionnaliste). Une étude préliminaire (2011) quantitative de 2 groupes de médecins (pratique courante et intervention) a retrouvé que l'utilisation de stratégies de dépistage en médecine générale permettrait d'identifier plus de patients souffrant d'EP. Un protocole de recherche pour la validation des stratégies est proposé et mené dans quatre centres.

Objectifs : Évaluer l'efficacité des stratégies de communication dans le repérage actif des patients souffrant d'EP avec détermination de leur incidence dans les deux groupes.

Méthode : Étude quantitative prospective interventionnelle multicentrique avec randomisation en grappe de 80 MG recrutés : un groupe formé aux 6 stratégies, l'autre non. Le support de formation ayant été créé par les référents du centre Occitanie à partir de techniques de communication et après analyse de la littérature.

Résultats : 131 patients inclus par 32 MG versus 600 attendus d'avril 2016 à mars 2018. Le groupe intervention a repéré significativement plus de cas d'EP que le groupe témoin (29 vs 3, $p < 0,001$).

Conclusion : La formation des MG aux 6 stratégies d'abord de l'EP permet d'après les résultats de repérer plus de cas que les soins usuels. L'origine du défaut d'inclusion reste à déterminer pour l'évolution de la recherche en médecine générale.

Mots clés : Ejaculation prématurée, dépistage, médecine générale, Occitanie, stratégies de communication