

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2017

N°

THÈSE
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
Spécialité : Médecine générale

Présentée et soutenue publiquement

Le 18 Octobre 2017

Par Monsieur Jérémy BERTONCINI

Né le 26 Janvier 1987 à Vitry sur Seine (94)

Thèse dirigée par Madame Le Docteur SIDORKIEWICZ Stéphanie
et Monsieur Le Docteur BLOEDE François

**PRISE EN CHARGE D'UN SYMPTÔME SEXUEL PAR LES MEDECINS GENERALISTES :
L'EJACULATION PREMATUREE**

Jury :

Président : Monsieur Le Professeur THIOUNN Nicolas

Monsieur Le Professeur GIULIANO François

Madame Le Docteur SIDORKIEWICZ Stéphanie

Monsieur Le Docteur BLOEDE François

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur THIOUNN, vous me faites l'honneur de présider cette soutenance de thèse et je vous en suis grandement reconnaissant.

À Monsieur le Professeur GIULIANO, pour avoir immédiatement accepté de faire partie de mon jury. C'est un honneur pour moi, de compter parmi les membres de mon jury, un des spécialistes qui a œuvré pour la compréhension et la prise en charge des troubles sexuels chez l'homme.

À Madame le Docteur Stéphanie SIDORKIEWICZ, qui a tout de suite accepté la codirection de cette thèse. Je te remercie de nous avoir, tous les quatre, accompagnés, guidés, toujours dans la bonne humeur, dans la réalisation de ce travail passionnant. Merci pour ta disponibilité et tes précieux conseils. J'espère m'être montré à la hauteur de tes attentes. Trouve ici, l'expression de ma gratitude et de ma reconnaissance.

À Monsieur le Docteur François BLOEDE, qui m'a proposé ce sujet de thèse original et captivant. Je te remercie, de m'avoir accompagné, supporté, d'avoir été patient, bienveillant et ce depuis le début de mon internat. Je n'aurais pas imaginé une thèse, sans toi à mes côtés, c'était logique que tu sois mon directeur de thèse, tant j'apprécie ton côté philosophe et humaniste, la justesse et la pertinence de tes réflexions. J'ai grandi, intellectuellement et humainement grâce à toi, et je t'en remercie. Le médecin que je serai plus tard sera riche de ce que tu m'as enseigné, et j'essaierai modestement de transmettre ces valeurs.

À la Société de Formation Thérapeutique du Généraliste, pour son aide et son soutien logistique, sans qui cette thèse n'aurait pu aboutir.

À Chloé CLOPPET, ma partenaire dans ce travail, sans qui je n'aurais pu mener ce projet à terme. Merci pour ton soutien, ton énergie, ton aide immense. Ça a été un vrai plaisir de te connaître et de travailler à tes côtés. Je te souhaite, même si tu n'en n'as pas besoin car j'ai toute confiance en toi et tes capacités, une brillante carrière médicale.

À Charlotte LEMELLE et François CHERPIN, on a formé une sacrée équipe. Je me souviendrai toujours de nos fous rires, nos debriefs, ces moments entremêlés d'espoir et de désespoir. Je veux vous dire « un grand merci » mes compagnons de galère, ça a été une joie de travailler avec vous. Je vous souhaite « bonne route » dans la suite de votre carrière.

Aux 80 médecins généralistes qui ont accepté de participer à notre étude et qui nous ont montré la diversité et la richesse de cette profession.

À tous mes maîtres en médecine. Une pensée particulière au **Dr Philippe PRASTEAU**, qui m'a transmis sa passion de la médecine générale et m'a conforté dans mon projet professionnel. Un grand merci à toi Philippe pour tous ces moments passés ensemble. Tu es l'un des meilleurs ambassadeurs de la médecine générale.

A tous mes co-externes et co-internes, pour avoir grandi ensemble.

À l'ensemble de l'équipe de rééducation digestive de l'hôpital Albert Chenevier, pour leur énergie et leur accueil si chaleureux, leur bonne humeur, je suis heureux de faire partie de votre équipe.

• Au quatuor de ma vie et plus encore :

À Juliette, la femme de ma vie, je suis fier d'être ton mari, je te remercie pour tout ce que tu m'as apporté. Tu es le pilier central de ma vie. Si j'aime ma vie, c'est grâce à toi ! Tu m'as permis de réaliser tous mes rêves. Tu es une femme rayonnante, par ta beauté, ton intelligence et ton humour (et trouver une telle perle c'est rare dans ce monde !). Il t'arrive parfois d'être embêtante... Mais bon, c'est exceptionnel ! J'ai de la chance de t'avoir. Je t'aime ma puce.

À Valentin, mon fils. Tu es mon rayon de soleil ! Que je t'aime « mon fils » ! Il me suffit de t'imaginer sourire ou rigoler, pour dissiper toute pensée négative. J'ai toujours voulu avoir un petit gars et te voilà. Je n'aurais pas pu imaginer meilleur fils. Je te souhaite que du bonheur pour ta vie future, « mon fils ». Et je serais toujours là pour t'accompagner.

À Chloé, ma fille, ma petite puce aux yeux azur, ma « fleur de nerfs ». Que tu es belle. Après avoir eu Valentin, je ne pensais pas pouvoir aimer autant un autre enfant. Eh bien, saches que tu m'as prouvé le contraire. Je suis fou de toi, ma douce. J'aime la façon dont tu me regardes, et plus largement : Je t'aime ! Papa sera toujours à tes cotés pour réaliser tes rêves.

Aux prochains ? Oui, je ne compte pas vous oublier mes prochains enfants ! Donc, voici quelques mots pour vous : je vous aime (déjà) et je ferai de mon mieux pour être le meilleur des pères.

• **À ma belle-famille** merci de m'avoir accueilli dans votre si belle famille. Je suis fier d'être des vôtres :

À toi Annie, ma « belle-mère préférée », la personne probablement la plus empathique et bienveillante au Monde. Je t'aime comme une mère. Ne change pas, tu es parfaite !

À toi Michel, mon beau papa, qui a su m'accueillir comme Robert De Niro... Je veillerais sur la famille, n'aie crainte ! Je t'embrasse.

À toi ma Gatou, ma petite belle-sœur que j'ai vu grandir, et qui est aujourd'hui, une jolie jeune femme épanouie : geek, bricoleuse, pantouflarde... J'arrête là, les compliments... Tu es surtout, une femme brillante, avec un grand sens de l'humour (je crois que c'est de famille).

À toi Rapha, ma belle-sœur à la détermination de fer, tu es pour moi : Raphaëlle de la Maison Badie, première du nom, Reine de Meereen, Reine des Andals, de Rhoynar et des Premiers Hommes, Suzeraine des Sept Couronnes et Protectrice du Royaume, Khaleesi de la Grande Mer Herbeuse, Mère des Dragons,

l'Imbrûlée, Mhysa. Tu ne laisses personne indifférent. Pour ma part, j'ai ployé le genou.

À mes deux petits neveux d'amour, Samuel et Eva, qui m'ont donné l'envie d'avoir des enfants aussi mignons.

À Jacqueline, cette femme géniale, qui symbolise l'essence de la bonté, qui est aussi une cuisinière hors pair qui m'a fait découvrir la pkaïla !

À chacun des membres de la HAÏ family, que j'apprécie énormément. Vous êtes une famille charmante et accueillante. J'ai appris beaucoup à vos côtés, j'aime votre sagesse. Spéciale dédicace à Hugo, mon cousin, je t'aime ! Tu es un jeune homme bourré de qualités, j'espère te compter un jour parmi mes confrères.

À la famille Badie, Jean, Vicky, Pierre, Kattalin, merci de m'avoir fait découvrir le pays basque et de toujours m'avoir bien accueilli.

• **À ma tribu**, ma petite famille, que j'aime sans (demi) mesure :

- Maman, mon petit canard, mon sucre d'orge. Je t'aime de tout mon cœur. Tu as toujours été là pour moi. Tu es un modèle d'amour. Tu m'as transmis la culture du travail, de la rigueur, des valeurs comme l'impartialité. Encore aujourd'hui, je t'admire. Tu es la meilleure des mamans, la plus aimante et la plus douce. Je t'aime maman.

- Papa, mon petit père poule. Tu n'imagines même pas à quel point tu m'as servi et encore aujourd'hui, tu me sers de modèle. Tu es un père formidable, et j'essaie chaque jour de donner autant d'amour à mes enfants, que tu m'en as donné. Tu es aussi un excellent philosophe à tes heures perdues (JCVD n'a qu'à bien se tenir). Je t'aime papa.

- Flo et Julia, je suis fier d'être votre grand frère.

Florent, que serait Batman sans Robin ? Probablement rien... Tu es la personne qui me connais le mieux. Quand je pense à nous, pas un seul mauvais souvenir me vient en tête. Je t'aime, Makouba.

Ma petite Julia d'amour, ma petite ado rebelle, je t'aime de tout mon cœur. Toi et moi, on se ressemble énormément, des fois bien plus que tu l'imagines. Nos seules différences, la quantité et la longueur des cheveux ! Je t'aime Looseuse.

En tant que grand frère, sachez que vous pourrez toujours compter sur moi !

- A ma belle-sœur, Mathilde, qui rend mon frère heureux, je te remercie et je suis content de compter parmi nous.

- A Tata Patou, ma tata'rtiste, et Juju et Marine, mes grandes cousines, je vous adore ! Le point de départ de notre amour, le Calvados.

- A Tonton Marc et Florence, grâce à vous j'ai pu découvrir et apprécier le luxe et le raffinement.

- A Tata Catherine, la femme de 85 ans la plus dynamique et la plus vive intellectuellement que je connaisse. Une pensée également à toute la famille Forster.

- A mes papys partis trop vite. J'espère que de là-haut, vous êtes fiers de moi. Gros bisous à vous deux, votre petit fils qui vous aime.

- A mes mamies, je vous aime ! Mamie Suzanne, tu es une sacrée mamie, avec un fort caractère, tu as toujours cru en moi et tu m'as toujours soutenu dans les moments difficiles. Au-delà de ça, tu es et resteras à jamais ma mamie gâteau ! Je t'aime mamie. Cara nonna Cécile, voglio dirti che ti amo, ci hai dato la cultura gastronomica dell'italia. Sei una sacra donna, mi ricordo i momenti insieme a filosoficare bevendo un tè. Baci.

• **À mes amis :**

À mon poto-frérot, Jean Loup. Mec, je te kiffe. On a traversé ensemble, ces dix années d'études, et tu sais quoi, c'est passé hyper vite, en ta présence. L'un des meilleurs souvenirs que j'ai avec toi, c'est lorsqu'on s'est retenu d'exploser de rire, dans la chambre d'un patient en gériatrie, quand un de nos chefs nous faisait un topo pendant que le patient, sans vergogne évacuait ses flatulences.

À mes amis Camille et Alex, Michael et Ashley, David et Laura. Vous êtes une team incroyable. On se connaît depuis tellement longtemps, on s'est vu devenir des « Hommes ». Moi je dis, les Power Rangers n'ont qu'à bien se tenir. Je vous aime.

• Et pour finir, encore un grand merci à toutes les personnes que j'ai oubliées !!

TABLE DES MATIERES

<u>Liste des figures et tableaux</u>	8
<u>Liste des abréviations</u>	9
<u>I/ Introduction</u>	10
<u>II/ Prérequis sur l'éjaculation précoce</u>	11
A/ Définition	11
B/ Classification	11
C/ Physiopathologie	12
D/ Diagnostic	15
E/ Prise en charge, traitements	17
F/ Données socio-culturels, épidémiologiques et économiques.....	23
<u>III/ Matériel et méthodes</u>	25
A/ Type d'étude	25
B/ Investigateurs	26
C/ Financement.....	26
D/ Ecriture du scénario.....	26
E/ Population étudiée	28
F/ Recueil des données	29
G/ Analyse statistique	33
H/ Aspects éthiques	34
<u>IV/ Résultats</u>	35
A/ Population étudiée	35
B/ Déroulement de la consultation	38
C/ Interrogatoire des médecins	39
D/ Histoire sexuelle	42
E/ Sexualité actuelle.....	43
F/ Sexualité dans le couple	44
G/ Caractéristiques du symptôme sexuel.....	44
H/ Exploration de l'environnement	45
I/ Examen clinique.....	45
J/ Prise en charge	46

K/ Diagnostic.....	53
L/ Comparaison des résultats en fonction du sexe du patient et du médecin .	53
<u>VI/ Discussion</u>	57
A/ Résultats principaux	57
B/ Limites de l'étude	61
C/ Forces de l'étude	63
D/ Proposition d'un outil pour le dépistage et l'exploration de l'éjaculation précoce, sigle « PRECOCES »	64
<u>VI/ Conclusion</u>	66
<u>VII/ Bibliographie</u>	67
<u>VII/ Annexes</u>	73
A/ Annexe 1 : Scénario « Ejaculation précoce »	73
B/ Annexe 2 : Variables étudiées	76
C/ Annexe 3 : Echelle CARE.....	79
D/ Annexe 4 : Questionnaire « Premature Ejaculation Profile »	81
E/ Annexe 5 : Questionnaire « MHSQ ».....	82
F/ Annexe 6 : Mail de recrutement envoyé aux médecins	90
G/ Annexe 7 : Lettre de révélation de l'identité du patient simulé	91
<u>Résumé/ Abstract</u>	92

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

• Liste des figures :

1/ Figure 1 : Effets des traitements pharmacologiques sur le délai pour éjaculer chez les patients souffrant d'EP	21
2/ Figure 2 : Principes explicatifs de prise en charge thérapeutique de l'EP...21	
3/ Figure 3 : Algorithme de prise en charge de l'éjaculation prématurée	22
4/ Figure 4 : Diagramme de flux (recrutement)	35

• Liste des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins recrutés	38
Tableau 2 : Déroulement des consultations	39
Tableau 3 : Interrogatoire des médecins.....	42
Tableau 4 : Histoire sexuelle	43
Tableau 5 : Sexualité actuelle	43
Tableau 6 : Sexualité dans le couple	44
Tableau 7 : Caractéristiques du symptôme sexuel	44
Tableau 8 : Exploration de l'environnement	45
Tableau 9 : Examen clinique	45
Tableau 10 : Prise en charge	52
Tableau 11 : Comparaison des résultats en fonction du sexe du patient	54
Tableau 12 : Comparaison des résultats en fonction du sexe du médecin	55
Tableau 13 : Comparaison des données entre patient/médecin de même sexe et patient/médecin de sexe différent	56

LISTE DES ABREVIATIONS

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
AFU : Association Française d'Urologie
CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants
CSF : Contexte de la Sexualité en France
DEI : Délais éjaculatoire intra vaginal
DS : Dysfonction sexuelle
DSM-IV: Diagnostic Mental Standard IV
DSM-V: Diagnostic Mental Standard V
ECBU: Examen Cyto-Bactériologique des Urines
EP : Ejaculation prématurée/ précoce
GP : General practitioner
HAS : Haute Autorité de Santé
IDF : Ile-de-France
IPDE5 : Inhibiteur de la PhosphoDiEstérase 5
ISRS : Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine
ISSM: International Society for Sexual Medicine
IST : Infection Sexuellement Transmissible
MG : Médecins généralistes
MSHQ : Male Sexual Health Questionnaire
MSU : Maître de Stage Universitaire
NFS : Numération de la Formule Sanguine
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PCR : Polymerase Chain Reaction
PE : Premature ejaculation
PEP : Premature Ejaculation Profile
SFTG : Société de Formation Thérapeutique du Généraliste
T3 : Triiodothyronine
T4 : Thyroxine
TSH : Thyroid Stimulating Hormon
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine
WHO: World Health Organization

I/ Introduction

La sexualité fait partie intégrante de la vie des patients. Ainsi une bonne santé sexuelle, définie par « l'intégration des aspects somatiques, affectifs, intellectuels et sociaux de l'être sexué, par des voies positivement épanouissantes et qui valorisent la personnalité, la communication et l'amour » contribue à une bonne santé globale (1). Les médecins généralistes sont donc en première ligne pour la prise en charge d'éventuels troubles sexuels.

L'éjaculation précoce est la dysfonction sexuelle masculine la plus répandue, elle touche environ 5% des hommes sexuellement actifs (2).

Pourtant certaines études suggèrent que, malgré sa fréquence et son retentissement (psychologique, social, économique), l'éjaculation précoce reste souvent méconnue et négligée par les praticiens (3, 4).

En France, il n'existe actuellement aucun recueil de données sur la réalité de la prise en charge d'un trouble sexuel par les médecins généralistes.

L'objectif de cette thèse est de décrire la prise en charge d'une dysfonction sexuelle, en particulier l'éjaculation précoce, par les médecins généralistes libéraux, en Ile-de-France.

L'accueil du patient, la prise en charge et les thérapeutiques proposées sont autant de paramètres qu'il nous semble intéressant d'étudier.

II/ PRE-REQUIS SUR L'ÉJACULATION PRÉCOCE

A/ Définition

L'éjaculation précoce (ou éjaculation prématurée) répond à certains critères qui ont été récemment redéfinis par l'International Society for Sexual Medicine (2)

Le diagnostic d'éjaculation précoce ne peut être posé que si la difficulté du patient répond à ces trois critères (2, 6) :

- **Critère de temps** : c'est le délai entre le début de la pénétration vaginale et l'éjaculation, le plus souvent inférieur à 1 minute, toujours inférieur à 3 minutes (à noter que lors d'une relation sexuelle dite « normale », le délai médian d'éjaculation n'est que de 5 min).
- **Critère d'absence de contrôle** : c'est l'inaptitude à retarder l'éjaculation, à contrôler ce réflexe lors de toutes (ou presque toutes) les pénétrations vaginales. L'homme ne décide pas du moment auquel il va éjaculer, bien au contraire : l'éjaculation le surprend et il n'arrive pas à maîtriser son apparition.
- **Critère de désarroi personnel** : en effet, les éjaculations précoces réitérées induisent fréquemment des conséquences personnelles négatives (perte de confiance en soi, souffrance, gêne, frustration et/ou évitement des rapprochements sexuels) et peuvent amener à des perturbations de la relation conjugale.

B/ Classification

On peut différencier deux grands types d'éjaculation précoce selon le mode d'apparition :

- **L'éjaculation précoce primaire** : quand cette difficulté existe depuis le début de la vie sexuelle
- **L'éjaculation précoce secondaire ou tardive ou acquise** : lorsqu'elle apparaît après une période de sexualité satisfaisante

La prise en charge est très différente selon le type d'EP. Il est donc fondamental de connaître les différentes formes cliniques de cette dysfonction pour déterminer la stratégie à adopter. Malheureusement la distinction entre EP primaire et EP acquise est rarement faite, il est difficile de connaître les prévalences respectives de l'EP primaire et de l'EP acquise, car les études ne précisent pas toujours le type d'EP des populations étudiées.

D'autre part, on distingue également l'**EP constante** (quelle que soit la partenaire ou le contexte) de l'**EP relative** (dépendant de la partenaire ou de la situation).

Enfin, on différencie l'**EP simple** (isolée) de l'**EP compliquée** (associée à une autre dysfonction sexuelle) (7,8,9)

C/ Physiopathologie

1/ Mécanisme psychorelationnel

Il reflète la relation complexe existant entre les composantes cognitive, affective et psychologique du contrôle de l'éjaculation (10).

Certaines théories psychanalytiques classiques reconnaissent un comportement sadique ou narcissique dans l'EP (l'homme atteint d'EP, en raison de sa haine de la femme, vole son orgasme à sa partenaire). (11)

Pour d'autres, l'EP survient chez des hommes n'ayant pas pu, lors de leurs premières expériences sexuelles, reconnaître les sensations qui précèdent l'orgasme, les empêchant ensuite de garder sous contrôle volontaire leur réflexe éjaculatoire (« défaut d'apprentissage »). (12)

Par ailleurs, le rôle joué par l'anxiété (en particulier l'anxiété de performance) est fréquemment évoqué, celle-ci bloquant les sensations pré éjaculatoires. Si cette anxiété peut être l'origine de l'EP, elle peut également en être le résultat (13)

Enfin, l'EP peut être en rapport avec les conflits d'intérêt et de pouvoir dans le couple et les facteurs inhérents à la partenaire : troubles caractériels, possessivité, attitude

castratrice, critique permanente, personnalité pathologique, dysfonction sexuelle féminine (14).

2/ Mécanisme neurobiologique

Les études portant sur le contrôle central de l'éjaculation sont peu nombreuses et sont principalement menées sur le modèle animal. Le système sérotoninergique est un supprimeur du réflexe éjaculatoire. Ainsi, les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRSS) et les agonistes de la sérotonine prolongent le délai avant éjaculation. Inversement la voie dopaminergique stimule l'éjaculation, par l'intermédiaire des récepteurs D2. Les nerfs somatiques responsables de l'éjaculation prennent naissance au niveau de la moelle sacrée (de S2 à S4), empruntent la voie parasympathique jusqu'au nerf pudendal et entraînent des contractions cloniques des fibres musculaires striées de l'appareil génital mâle. Rares sont les neuropathies périphériques à l'origine de l'EP, on retiendra toutefois la sclérose multiple, le spina-bifida et les tumeurs de la moelle épinière. Le rôle d'un frein du prépuce trop court, d'une hypersensibilité du pénis ou encore d'une hyper excitabilité du réflexe ont été évoquées dans plusieurs études (7, 15). Waldinger défend l'idée que l'EP ne serait pas un problème psychologique, mais un problème neurobiologique et résulterait en réalité d'une hypo-activité chronique du système sérotoninergique (16,17). L'efficacité des IRSS démontre l'implication d'un contrôle central de l'éjaculation, mais ne prouve pas qu'une hypo-activité sérotoninergique est en cause.

3/ Mécanisme urologique

La prévalence plus élevée de prostatite chronique parmi les éjaculateurs précoces par rapport à des hommes du même âge fait supposer le rôle d'une inflammation de la prostate dans l'étiopathogénie de l'EP. Ainsi certains auteurs recommandent, au moment du bilan d'une EP, une échographie transrectale de prostate ainsi qu'un massage prostatique (7, 18).

4/ Mécanisme hormonal

Il a été montré que les patients en hyperthyroïdie sont plus à risque d'avoir une EP, cette EP est réversible et régresse une fois l'euthyroïdie obtenue. Le mécanisme d'action des hormones thyroïdiennes sur l'éjaculation est inconnu et trois cibles

possibles sont identifiées : le système nerveux sympathique, le système sérotoninergique et le système endocrine. Les effets de l'hyperthyroïdie et ceux d'une activation du système sympathique sont identiques en plusieurs points, ce qui peut suggérer une action similaire de ces deux systèmes sur l'éjaculation, réflexe sous influence du tonus sympathique (3, 4, 7). Les taux sérique et urinaire de catécholamines sont normaux chez les hyperthyroïdiens. Les hormones thyroïdiennes augmentent la sensibilité aux β -adrénergiques en accroissant la densité en récepteur β , augmentant le tonus sympathique malgré des taux de catécholamines normaux (3, 4, 7). L'élévation du tonus sympathique chez l'hyperthyroïdien peut entraîner une EP ou une dysfonction érectile, en agissant sur la relaxation des fibres musculaires lisses et sur le niveau d'anxiété du patient. Ainsi chez ce patient, l'EP serait une conséquence non spécifique de sa maladie endocrinienne.

5/ Mécanisme andrologique

L'EP est souvent le seul symptôme évoqué lors de la consultation, certains patients considérant ce symptôme plus facile à admettre que tout autre dysfonction sexuelle, la dysfonction érectile notamment (9, 19). Cela doit toujours conduire à rechercher une dysfonction sexuelle associée. L'EP et la dysfonction érectile partagent un cercle vicieux où l'homme qui essaye de contrôler son éjaculation diminue son niveau d'excitation, ce qui peut provoquer une dysfonction érectile et celui qui essaye d'obtenir une meilleure érection essaye d'augmenter son excitation, ce qui peut provoquer une EP (19, 20). Certains patients éjaculent tôt, afin de cacher une érection instable ou faible, d'autres peuvent identifier la détumescence survenant après l'éjaculation comme une perte d'érection, une dysfonction érectile. Le manque de contrôle de l'éjaculation et les faibles performances sexuelles associées sont générateurs d'anxiété et donc, bien souvent, de dysfonction érectile.

D/ Diagnostic

1/ Présentation clinique

Lors d'une étude menée en 2011 par le département de médecine générale de l'UFR de Brest (21), le diagnostic d'EP était évoqué dans 3 situations :

- **Motif principal de consultation** : le patient évoque d'emblée son problème d'éjaculation précoce
- **Motif dissimulateur ou « cheval de Troie »** : le patient oriente la discussion vers la sphère génitale, la sexualité grâce à un symptôme comme un trouble urinaire, une demande de dépistage du VIH. Comme si le patient testait le médecin avec un sujet à la fois facile à aborder et légitime sur le plan médical.
- **Exploration d'une souffrance psychique** : découverte après cheminement autour d'une symptomatologie dépressive.

2/ Stratégies diagnostiques

Dans cette même étude (21), les déclarations des médecins interrogés ont permis de dégager 6 stratégies pour aborder l'éjaculation prématurée.

- Trois stratégies d'investigation avec un entretien volontairement orienté vers les dysfonctions sexuelles :
 - o **Le questionnement systématique** : lors d'une consultation de prévention, « *pour les hommes je profite souvent des consultations de sport pour savoir si tout va bien parce que je leur demande l'autorisation de vérifier les testicules. Donc, s'ils disent oui, ben après j'embraye pour savoir si sexuellement il n'y a pas de souci, s'il y a bien une protection et... [...] j'interviens sur les problèmes de préservatifs ou autres lors des changements de partenaires et puis pendant un certain temps et je leur demande s'il n'y a pas de problème non plus pendant les rapports, ou avant les rapports, donc je ne parle pas forcément de*

l'éjaculation précoce mais je leur demande si y'a un problème au moment des rapports sexuels... ».

- **L'évocation de signes** que le patient pourrait avoir : *« vous avez quand même des signes de dépression, la dépression ça donne une fatigue physique, morale, parfois même sexuelle... ».*
 - **L'aide à la verbalisation** en posant des questions sur le contexte personnel du patient : *« je lui ai posé beaucoup de questions sur sa vie, sur ses rapports, comment ça se passait avec sa copine [...] On se dit qu'il y a un substrat psychologique très important, enfin qu'il y a quelque chose, ça part de, enfin oui : ça part du fait que se raconter, enfin on dit des choses qu'on dirait pas, enfin qui n'est pas le motif principal... ».*
- Trois stratégies d'attitude permettant de révéler le problème :
- **L'humour** : *« on plaisante, sans être graveleux pour essayer de, voilà pour essayer d'ouvrir un petit peu la conversation ».*
 - **L'attention** intacte jusqu'aux derniers moments de la consultation, notamment lorsque le médecin était sur le point d'ouvrir la porte afin de laisser au patient une circonstance pour aborder le sujet librement : souvent à la toute fin de l'entretien, *« Donc, c'est un type que j'avais vu, c'était pour une vaccination et juste à la fin de la consultation il m'a dit : est-ce que vous avez le médicament pour l'éjaculation ? ».*
 - **La vision « fonctionnaliste »** dédramatisant la sexualité, *« c'est un organe comme un autre, qui a ses travers ».* Insister sur la fonction mécanique et naturelle de la sexualité permettait d'alléger le caractère dramatique du sujet. Le praticien pouvait ainsi évoquer la sexualité sans contrainte, et justifier son intervention.

3/ Outils de dépistage

Le dépistage des dysfonctions sexuelles masculines peut être facilité par l'utilisation d'auto-questionnaires validés (22).

Le **Premature Ejaculation Profile** (4 questions) permet de caractériser l'éjaculation prématurée dans les dimensions suivantes : délai pour éjaculer, contrôle de l'éjaculation, niveau de gêne.

Le **Men Health Sexual Questionnaire** (25 questions) permet une approche plus complète de la sexualité masculine, il comprend les domaines suivants : érection, éjaculation, désir et satisfaction.

E/ Prise en charge, traitements (23)

1/ Prise en charge psychosexologique

Les objectifs des traitements psycho-sexologiques sont d'enseigner les techniques de contrôle éjaculatoire, d'améliorer la confiance, l'estime de soi et les habiletés sexuelles, de réduire l'anxiété de performance, de résoudre les facteurs relationnels pouvant entretenir ou aggraver la dysfonction, d'améliorer la communication du couple, de modifier le répertoire érotique trop rigide du couple, d'éliminer les obstacles à l'intimité.

Il s'agit d'un modèle psychothérapique intégratif psychodynamique, systémique et cognitivo- comportemental qui vise à permettre au patient non seulement de comprendre le sens du symptôme et son contexte de survenue, mais surtout d'acquérir un certain contrôle éjaculatoire.

a) Méthodes comportementales :

- **La technique du « squeeze »** de Masters et Johnson (24) : compression du gland au moment de l'imminence éjaculatoire.
- **La technique de « Stop-Start » de Semans** (25) : arrêt de la stimulation à chaque imminence éjaculatoire
- **Le « sensate focus »** (SF) de Masters & Johnson : à tour de rôle, durant 15 à 30 minutes, chaque partenaire caresse l'autre dans le seul but du plaisir sensuel réciproque, d'abord sans (SF I) puis avec contact génital (SF II). En généralisant et « dégénitalisant » les sensations érotiques, ce procédé contribue à atténuer

l'impétuosité éjaculatoire, introduisant une sorte de thermostat dans le circuit réflexe.

- **L'approche sexo-corporelle** de J.-Y. Desjardins : l'approche sexo-corporelle propose aux hommes d'apprendre à gérer leur excitation en se basant sur la prise de conscience des réactions physiologiques de l'excitation sexuelle. Il y a un travail sur la respiration et les mouvements, pour diminuer les tensions musculaires des zones génitales, afin de contrôler l'éjaculation. Encadré par un sexothérapeute, ou un praticien formé à cette approche, le patient apprend pas à pas à contrôler son excitation.
- **La musicothérapie** : qui permet une rééducation du réflexe éjaculatoire en conditionnant le sujet à n'éjaculer qu'à l'écoute d'une musique rapide, survenant de plus en plus tardivement après une séquence de musique lente rythmant les mouvements coïtaux.
- **La relaxation** : autorise un déconditionnement progressif en augmentant la tolérance du patient au plaisir.
- **L'hypnose** : grâce à laquelle on peut agir soit directement sur le symptôme, soit indirectement en modifiant la perception temporelle, la charge émotionnelle du patient ou bien à l'aide de métaphores selon la méthode de Milton Erickson.

Ces méthodes peuvent être employées, seules ou en association (cf. figure 1).

Employées seules, ces méthodes ont une efficacité à moyen terme de 50 à 75 %.

Malheureusement, ces différentes méthodes prennent du temps et ne sont possibles que si la relation est stable car cela peut être frustrant pour la partenaire dont la collaboration est nécessaire. De plus, les résultats nécessitent pour perdurer des sessions de renforcement.

b/ Psychothérapie

La psychothérapie et la psychanalyse visent à mettre à jour et à résoudre la problématique inconsciente du patient (névrose, conflit œdipien...) :

- **Thérapie d'affirmation de soi** : renforce la confiance en lui du patient
- **Thérapie de couple** : améliore la communication affective et sensuelle et l'adéquation sexuelle.

c/ Résultats des prises en charge psycho-sexologiques (23)

Dans les faits, la plupart des études sur les résultats des traitements psycho-sexologiques manquent de groupes témoin, portent sur des petits effectifs avec des renseignements concernant l'évolution de la symptomatologie limités ou absents.

Peu d'études réunissent les critères de l'evidence-based medicine.

Sur 186 patients souffrant d'EP, traités par thérapie combinée associant le Sensate Focus, la technique du squeeze, la psychothérapie individuelle et une thérapie de couple ; Masters et Johnson ont obtenu 97 % de succès, maintenus à cinq ans grâce à des séances périodiques d'entretien que négligent de nos jours patients et thérapeutes car trop contraignantes. C'est ainsi que Hawton et al., ont obtenu 64 % succès en fin de traitement, mais 75 % de rechutes à long terme.

Le yoga entraînerait une amélioration significative comparable à la fluoxétine mais retardée, à la huitième semaine versus la quatrième.

Dix séances de 30 minutes de biofeedback avec contractions de la musculature striée sur sonde rectale et suivi sur écran améliorent l'IELT de 1,5 à 2,3 minutes chez 98 % des sujets et la satisfaction sexuelle chez 78 %.

Au total, il existe un niveau de preuve faible concernant le fait que tout patient demandeur de traitement pour l'EP devrait recevoir des conseils psychosexuels.

Un conseil du patient et du couple, des recommandations et/ou une thérapie relationnelle seuls ou idéalement associés à un traitement pharmacologique devraient être proposés comme option thérapeutique aux hommes consultant pour EP (Recommandation C).

2/ Traitements pharmacologiques (cf. figure 1)

- Les **antidépresseurs (ISRS)** en prise quotidienne : paroxétine, sertraline, citalopram, fluoxétine et de l'antidépresseur tricyclique et inhibiteur de recapture de la sérotonine la clomipramine (Recommandation A). Les effets secondaires les plus fréquents sont la fatigue, la somnolence, la sécheresse

buccale. Il existe un niveau de preuve fort pour le traitement de l'EP à la demande avec la clomipramine. Mais ces prescriptions sont hors AMM. Il s'agit de traitements au long cours uniquement « palliatifs », car le plus souvent l'EP réapparaît plus ou moins rapidement à l'arrêt du médicament (d'où l'intérêt d'associer le traitement pharmacologique à une prise en charge psychosexologique cf figure 2). En outre, l'arrêt brutal des ISRS peut entraîner un syndrome de manque, il faut donc ne les arrêter que très progressivement.

- La **dapoxétine** ou Priligy® (ISRS à demi-vie courte en comparaison des ISRS antidépresseurs) est le premier médicament autorisé en France dans cette indication (AMM obtenue en 2012). Il existe en deux dosages (30 et 60 mg). Le comprimé est à prendre à la demande, 1 à 3 heures avant l'activité sexuelle. Le traitement, délivré uniquement sur prescription, a cependant un coût non négligeable puisque le comprimé de 30 mg vaut 8 euros en moyenne. Il donne des résultats satisfaisants, en multipliant par trois ou quatre le délai de l'éjaculation (2). Les effets secondaires (nausées, vertiges, céphalées, diarrhée, somnolence, fatigue) sont dose dépendants (26, 27) Il existe un niveau de preuve fort, concernant l'efficacité et la sécurité d'emploi de la dapoxétine à la demande pour le traitement de l'EP (Recommandation A) (26,27)
- Le **tramadol**, analgésique opioïde d'action centrale, à la demande, retarde également l'éjaculation aux posologies de 62 et 89 mg (28, 29).
- L'**anesthésie locale** du gland avec une crème de lidocaïne + prilocaïne, retarde l'éjaculation, par diminution de la sensibilité (30, 31). Il existe un niveau de preuve fort, concernant l'efficacité et la sécurité d'emploi de l'usage d'anesthésiques locaux à la demande (Recommandation B). **L'utilisation du préservatif « retardateur »** peut également être recommandée pour limiter la sensibilité du gland.
- Ni les inhibiteurs de phosphodiesterase 5, ni les antagonistes 1 adrénergiques n'ont fait preuve de leur efficacité dans le traitement de l'EP isolée.

Effets des traitements pharmacologiques sur le délai pour éjaculer chez les patients souffrant d'EP.					
Composé		Dose	Multiplication du DEI	Effets secondaires les plus fréquents	Statut
<i>Oral</i>					
Dapoxétine	À la demande	30–60 mg	2,5–3	Nausées, céphalées	AMM France fin 2012
Paroxétine	Quotidien	10–40 mg	8	Fatigue,	Hors AMM
Clomipramine		12,5–50 mg	6	bâillements,	
Sertraline		50–200 mg	5	nausées,	
Fluoxétine		20–40 mg	5	diarrhée,	
Citalopram		20–40 mg	2	diminution	
Paroxétine	Quotidien pendant 30 jours	10–40 mg	11,6	libido,	
Paroxétine	puis à la demande	10–40 mg	1,4	dysfonction	
Clomipramine		12,5–50 mg	4	érectile	
<i>Traitement local</i>					
Lidocaïne/prilocaine	À la demande	2,5%/2,5%	4–6	Engourdissement pénien/périnéal partenaire	Hors AMM

DEI : délai d'éjaculation intravaginale.

Figure 1 - Effets des traitements pharmacologiques sur le délai pour éjaculer chez les patients souffrant d'EP (R. Porto, F. Giuliano, L'éjaculation prématurée - Progrès en Urologie, Volume 23, 647-656)

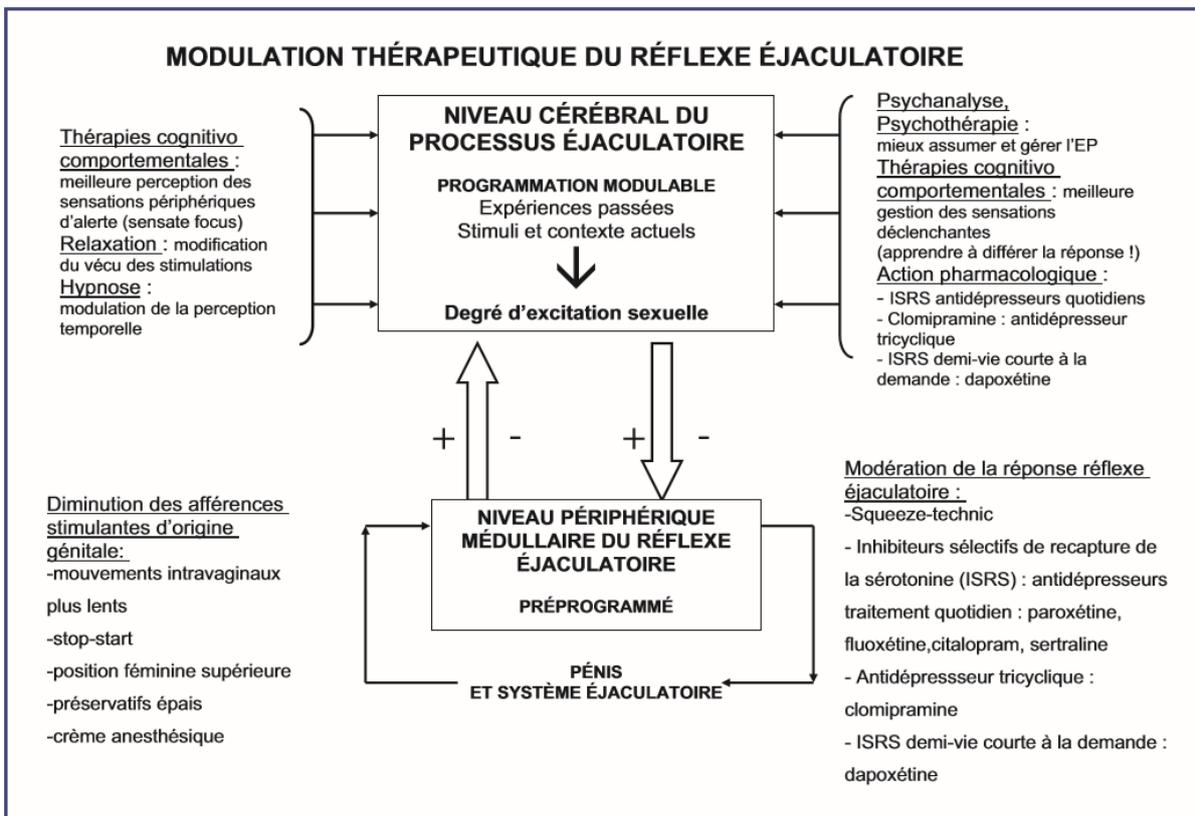


Figure 2 - Principes explicatifs de prise en charge thérapeutique de l'EP (R. Porto, F. Giuliano, L'éjaculation prématurée - Progrès en Urologie, Volume 23, 647-656)

3/ Stratégie de prise en charge (cf. figure 3)

Devant un patient se présentant en consultation pour une éjaculation précoce, la stratégie de prise en charge consiste en interrogatoire précis du patient (antécédents, début et durée des symptômes, délai d'éjaculation, degré de contrôle éjaculatoire, gêne ressentie, retentissement...) et un examen clinique orienté permettant de différencier :

- Les pseudo EP et EP variables qui seront prises en charge par réassurance, éducation et thérapie comportementale
- Les EP primaires que l'on traitera par thérapie combinée pharmacologique et comportementale (hypnose, yoga...)
- Les EP acquises que l'on pourra améliorer à l'aide de psychothérapie, thérapie de couple, sexothérapie, médicaments, traitement combiné...
- Les EP secondaires à une dysfonction érectile ou autre dysfonction sexuelle, pour lesquelles il faudra avant toute chose traiter la cause initiale

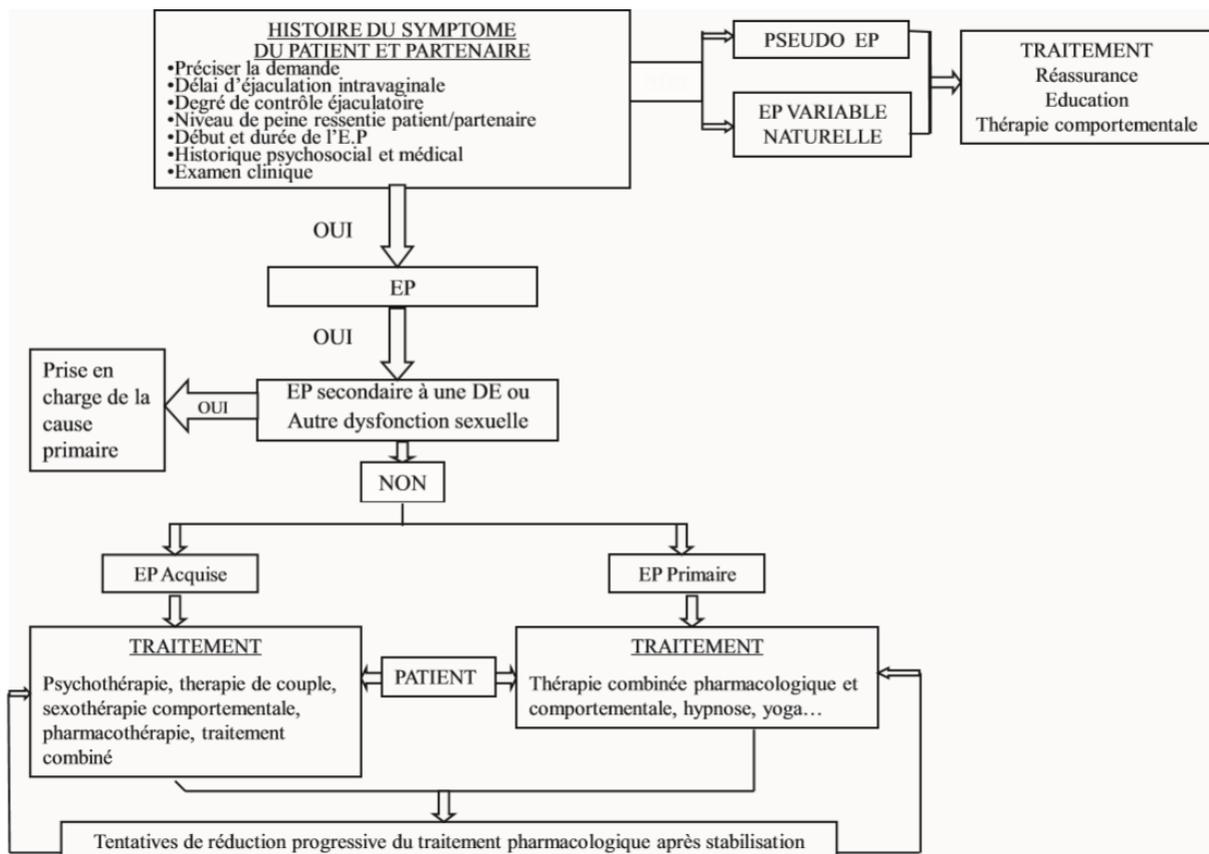


Figure 3 - Algorithme de prise en charge de l'éjaculation prématurée (R. Porto, F. Giuliano L'éjaculation prématurée - Progrès en Urologie, Volume 23, 1647-656)

F/ Données socio-culturelles, épidémiologiques et économiques

1/ Aspects socio-culturels

Suivant les époques et les cultures, l'éjaculation précoce est tantôt valorisée, tantôt stigmatisée.

En effet, jusqu'à la première moitié du XX^{ème} siècle, s'inscrivant dans la logique d'une sexualité purement reproductive (ou tournée vers le plaisir de l'homme), l'éjaculation prématurée était parfaitement admise (32).

Mais depuis les années 1960, on assiste à une véritable « révolution sexuelle », notamment grâce à la loi Neuwirth (1967) qui autorise la contraception orale. En effet, libérées de la crainte d'une grossesse non désirée et des méthodes contraceptives archaïques, les femmes s'émancipent et dissocient le rapport « procréateur » du rapport « récréatif » (32). Elles écoutent davantage leurs désirs et recherchent leur propre plaisir. L'homme éjaculateur précoce est alors stigmatisé, considéré comme un égoïste qui ne « prend pas le temps » de satisfaire sa partenaire (32).

2/ Aspects épidémiologiques

L'éjaculation prématurée représente actuellement la plus fréquente des dysfonctions sexuelles chez l'homme (33).

Différentes études épidémiologiques rapportent que 20 à 30 % des hommes âgés de 18 à 59 ans souffrent d'une diminution ou d'une perte du contrôle de leur éjaculation (9, 34).

Mais en réalité, selon le comité International Society for Sexual Medicine (ISSM), « seulement » 5% de la population masculine souffrent réellement d'éjaculation précoce, permanente ou acquise (2), ce qui reste un chiffre important.

Or, parmi ces hommes, seulement un sur dix recherche un avis professionnel ou une aide thérapeutique (2).

3/ Aspects économiques

Sur le plan économique, les répercussions de la pathologie sont non négligeables.

D'après une étude américaine de 2008 (35), dans l'année précédant la mise en évidence d'une éjaculation prématurée, les patients consultaient deux fois plus leur médecin traitant. Du fait d'une errance diagnostique, le surcoût des consultations et des prescriptions médicamenteuses était estimé à près de 873 dollars par patient.

Selon cette même étude (35), dans l'année qui suit le diagnostic d'éjaculation précoce, le coût lié aux prescriptions a diminué de près de 24%, principalement en raison de la réduction du nombre de visites chez le médecin.

III/ MATÉRIEL ET MÉTHODES

A/ Type d'étude

Pour décrire la prise en charge d'un symptôme sexuel par les médecins généralistes, nous avons décidé de réaliser une étude observationnelle, en utilisant la méthode du patient standardisé.

1/ Description de la méthode du patient standardisé

Le patient standardisé simule l'histoire d'un patient, reproduit les signes cliniques, la personnalité et les réactions d'après un scénario travaillé en amont. Il consulte plusieurs médecins en présentant toujours le même motif de consultation et la même situation standardisée.

L'utilisation du patient standardisé a débuté en 1963, aux États-Unis, en Californie du sud. Elle est créée par le Dr Howard Barrows, neurologue, à des fins d'enseignement (36).

Depuis, cette méthode est utilisée plus largement pour la formation des étudiants et des professionnels de santé. Elle a pour buts le transfert de compétence, l'évaluation de l'impact de la simulation sur la formation *versus* la formation classique, l'intérêt de la simulation pour améliorer la sécurité des soins et la validation de protocoles standardisés de prise en charge (37)

Cette méthode trouve aussi une application dans la recherche (38,39,40)

2/ Justification du choix de cette méthode

Cette méthode est « innovante » car elle n'a pas encore été utilisée pour traiter notre sujet (prise en charge d'un symptôme sexuel par les médecins généralistes en ville).

Elle a comme principal avantage de garder intact le « cadre » de la consultation.

En effet, les enquêtes réalisées de façon classique, comme les études transversales à base de questionnaires, présentent souvent comme principales limites des biais de réponse de la part des médecins (tels que le biais de désirabilité sociale et les artefacts de questionnement), en surestimant les "bonnes pratiques" par rapport à la réalité effective du terrain. Très souvent, le médecin sait répondre à toutes les

interrogations des patients. La difficulté est de choisir d'apporter une réponse et de la formuler.

B/ Les investigateurs

Cette étude, portant sur la prise en charge d'une dysfonction sexuelle par les médecins généralistes, a été réalisée en binôme avec Chloé Cloppet.

L'intérêt était d'avoir un investigateur de sexe féminin pour explorer la prise en charge d'une dysfonction sexuelle féminine (le vaginisme) et un investigateur de sexe masculin pour observer la prise en charge d'un trouble sexuel masculin (l'éjaculation précoce).

Cette dualité avait également pour but de rechercher l'existence d'une différence de prise en charge selon le sexe du patient et du médecin.

C/ Le financement de l'étude

Après avoir sollicité en vain quelques organismes et associations pour subventionner notre thèse (déplacements, consultations...), nous avons finalement décidé de l'auto-financer.

D/ L'écriture du scénario (cf. annexe 1)

Après une analyse de la littérature, nous avons dégagé les thèmes importants à aborder lors d'une consultation pour une dysfonction sexuelle.

Nous nous sommes également inspirés d'histoires de patients recueillies en consultations ou sur des forums Internet pour la construction des personnages.

Lors de la création de notre scénario, nous avons décidé de garder nos propres identités (nom, prénom, date de naissance) et nos véritables coordonnées (téléphone, adresse) afin d'éviter les erreurs.

Nous avons décidé que le patient n'avait ni antécédent, ni facteur de risque de fragilité (antécédent de violence/abus sexuel, consommation de toxiques, pathologie psychiatrique), pour que la consultation soit centrée sur le problème sexuel, évitant ainsi les digressions.

1/ Première « phase pilote »

- Création d'un scénario avec un ensemble de dialogues prédéfinis.
- Scénario joué entre investigateurs et directeurs de thèse.
- Les limites du scénario, constatées lors de cette première phase, étaient :
 - Le patient mène la consultation
 - Absence de spontanéité des 2 parties
 - Non adapté à la multitude de prises en charge possibles proposées par les médecins.
 - Non reproductible

2/ Seconde « phase pilote »

- Création d'un scénario évolutif en fonction des questions du médecin. Il est composé d'une trame directrice identique à chaque consultation :
 - Pour l'éjaculation précoce : « ben en fait c'est un peu compliqué, avec mon épouse en ce moment ça ne se passe pas très bien, parce que je... je craque trop vite ».
 - Pour le vaginisme : « je viens vous voir pour un problème qui dure depuis pas mal de temps, et pour lequel je n'ai jamais osé consulter, mais en fait j'ai des difficultés à avoir des rapports sexuels avec mon compagnon ».
- Écriture de réponses et relances standardisées pour nourrir la consultation.

L'ensemble a été écrit pour un maximum d'anticipation, de reproductibilité. Il a été nourri par les nombreuses répétitions du scénario entre investigateurs et directeurs de thèse, toujours dans un souci d'anticipation, de reproductibilité et d'adaptabilité en fonction du médecin.

E/ Population étudiée

1/ Critères d'inclusion

Les critères d'inclusions étaient :

- Médecins généralistes libéraux (secteur 1 ou 2)
- Hors orientation (acupuncture, homéopathie, angiologie, SOS médecin, médecin du sport...)
- Exerçant en Île-de-France
- Ayant donné leur consentement pour participer à la thèse

2/ Critères de non inclusion

Les critères de non inclusion étaient :

- Le refus de participer à la thèse
- La pratique d'une médecine générale avec orientation (acupuncture, homéopathie, allergologie)

NB : L'inclusion uniquement des médecins généralistes hors orientation est justifiée car leur prise en charge n'est pas l'objet de notre thèse.

3/ Recrutement

- Nous étions 4 internes à travailler sur la prise en charge de problèmes sexuels par les médecins généralistes, avec la méthode du patient simulé : 2 internes (Chloé Cloppet et moi-même) sur la prise en charge d'une dysfonction sexuelle (le vaginisme pour Chloé, l'éjaculation précoce pour moi) et 2 internes (Charlotte Lemelle et François Cherpin) sur la prise en charge d'une conduite sexuelle à risque
- Nous souhaitions recruter 20 médecins généralistes chacun, soit 40 médecins pour les 2 thèses portant sur la prise en charge des dysfonctions sexuelles et 40 médecins pour les 2 thèses portant sur la prise en charge d'une conduite sexuelle à risque, soit un total de 80 patients pour les 4 thèses.
- Nous avons donc débuté notre recrutement en démarchant par appels téléphoniques et envois de mails, à partir d'une liste de médecins généralistes présents sur le site ameli.fr.

- N'ayant pas pu recruter un nombre suffisant de médecins via la liste ameli.fr, nous avons utilisé la « mailing list » fournie par la Société de formation thérapeutique du généraliste (SFTG).
- Le mail envoyé (ANNEXE 6) comportait toutes les informations sur notre étude : méthode utilisée, anonymisation des données, proposition de participer à une réunion pour échanger sur les résultats
- Il permettait également au médecin de donner son accord pour la participation à notre thèse et pour l'enregistrement de la consultation.
- En revanche, il ne renseignait pas les médecins ni sur le sujet de la thèse, ni sur la date de la consultation simulée.

4/ La SFTG, Société de formation thérapeutique du généraliste

Nous sommes venus présenter notre projet de thèse lors d'une soirée de travail fin 2015, dans les locaux de la SFTG. Au terme de cette soirée, nous avons pu revoir l'objectif de notre travail thèse, et notamment l'importance de la concevoir comme une étude observationnelle des pratiques actuelles et non comme une étude visant à confronter les pratiques à d'éventuelles recommandations.

Par ailleurs, nous avons été conviés à participer, Chloé Cloppet et moi-même, à un séminaire portant sur la prise en charge des dysfonctions sexuelles, et notamment du vaginisme et de l'éjaculation précoce. Ce séminaire, nous a permis d'avoir accès aux dernières recommandations, de nourrir nos différents scénarii, mais surtout d'échanger avec des intervenants de qualité et avec les participants sur leurs pratiques et expériences.

Pour finir, la SFTG nous a grandement aidé dans notre recrutement, en diffusant notre projet de thèse sur sa mailing liste d'Ile de France.

F/ Recueil de données

1/ Déroulement de la consultation

- La consultation se faisait avec ou sans rendez-vous (selon le médecin).
- Elle se déroulait selon le scénario préétabli.

- Si le médecin avait donné son accord préalable, la consultation était enregistrée discrètement grâce à la fonction « dictaphone » de nos téléphones portables.
- Concernant l'examen clinique, nous avons décidé d'accepter l'auscultation cardio-pulmonaire, la palpation abdominale, la mesure de la tension artérielle, du poids et de la taille. Mais nous avons convenu de refuser tout examen clinique « intrusif » (examen urologique ou gynécologique), en prétextant pour ma part que j'avais déjà été examiné par un urologue la semaine précédente aux urgences, et pour Chloé, qu'elle était en période de menstruation.
- En fin de consultation, nous avons réglé celle-ci, sans présenter notre carte vitale. Les feuilles de soins remises en fin de consultation étaient immédiatement détruites après la consultation.

2/ Variables étudiées (cf. annexe 2)

- Quels étaient les caractéristiques initiales des médecins recrutés ?
 - Age
 - Sexe : féminin ou masculin
 - Lieu d'exercice : Paris intra-muros vs banlieue
 - Mode d'exercice : cabinet seul, cabinet de groupe, maison de santé, centre de santé
 - Secteur : secteur 1 ou 2
 - Formation : MSU, SFTG, CNGE
 - Recrutement : via SFTG, via Ameli
 - Enregistrement accepté : oui ou non
- Déroulement de la consultation
 - Heure de la consultation
 - Durée de la consultation en minutes
 - Durée d'ouverture du dossier (administratifs, antécédents...)
 - Phrase d'ouverture du dossier
 - Phrase d'introduction
 - Phrase de conclusion
 - Position de la question portant sur le motif de consultation

- Façon de mener l'entretien médical ?
 - Temps de parole laissé au patient (ratio nombre de mots patient / nombre de mots patient)
 - Nombre de questions ouvertes
 - Empathie : mesurée par l'échelle CARE (Consultation and Relational Empathy Measure). Il s'agit d'un questionnaire proposé par Mercer SW et al pour mesurer l'empathie lors d'une consultation de médecine générale. Il est centré sur le patient, adapté au praticien, à l'étudiant et de très bonne validité (26). Cf ANNEXE 3.
 - Valorisation du patient
 - Vocabulaire utilisé par le médecin (niveau de langage : familier/courant/scientifique)
 - Stress du médecin
 - Recherche de ce que sait déjà le patient

- Éléments recueillis lors de l'interrogatoire
 - Histoire sexuelle : orientation sexuelle, 1^{er} rapport, expérience(s) sexuelle(s), pratiques sexuelles, éducation, rapport aux parents, violences subies
 - Sexualité actuelle : désir, plaisir, orgasme, préliminaire, masturbation, imaginaire érotique et fantasme, perception de la sexualité
 - Sexualité dans le couple : fréquence, initiative, désir de grossesse/d'enfant, troubles somatiques/psychologiques associés, place du partenaire dans la démarche, trouble(s) sexuel(s) chez le/la partenaire,
 - Caractéristiques du symptôme sexuel : primaire/secondaire, total/partiel, généralisé/situationnel, douleur associée
 - Exploration de l'environnement : couple, famille, travail, comorbidités psychiatriques, consommation de toxiques

- Réalisation d'un examen clinique
 - Tension Artérielle
 - Examen cardiopulmonaire
 - ECG
 - Poids, taille
 - Proposition d'un examen gynécologique/urologique
 - Détail de l'examen clinique

- Le diagnostic était-posé ?
 - Ejaculation précoce/vaginisme vs autres
 - Si autres : à préciser

- Prise en charge proposée
 - Réalisation d'examen complémentaires
 - Traitement proposé : médical non médicamenteux, médical médicamenteux, chirurgical, paramédical
 - Conseils
 - Banalisation
 - Adressage précis
 - 2^{ème} consultation proposée

3/ La retranscription et la cotation

Après chaque consultation, l'enregistrement était retranscrit, les données étaient recueillies, cotées et anonymisées dès la retranscription terminée.

Nous remplissions ensuite un tableau d'indicateurs, avec l'ensemble des données de chaque consultation retranscrite.

Chaque consultation était analysée deux fois, de façon indépendante par deux investigateurs (sans connaître la cotation de l'autre pour ne pas être influencé) : une première fois par l'investigateur qui était présent lors de la consultation, une seconde fois par son binôme de thèse.

S'il y avait une trop grande différence entre les 2 cotations, chacun expliquait sa position et nous trouvions un consensus. Le but était que le recueil des données des

40 consultations soit effectué de façon similaire, homogène, le plus objectivement et le plus précisément possible afin de comparer, au mieux, l'ensemble des données.

Seule l'échelle CARE n'a pas été cotée en double lecture car c'est une échelle d'empathie que nous avons complétée au sortir de la consultation, et qu'il n'est pas possible d'évaluer sur l'enregistrement de la consultation sans le vécu émotionnel (le non verbal).

4/ Retours téléphoniques, électroniques ou par courrier postal

Après chaque consultation, nous avons contacté le médecin soit par téléphone, soit par mail, soit par courrier pour le remercier d'avoir participé à notre travail. Cela nous a également permis de nous présenter et donc de lever le voile sur l'identité du patient « mystère », d'échanger avec le praticien sur son ressenti et enfin de lui rappeler que la consultation était anonymisée et la feuille de soins détruite.

G/ Analyse statistique

Nous avons décrit les variables obtenues pour l'ensemble des médecins recrutés pour notre thèse (N = 40) ainsi que les résultats obtenus pour les médecins recrutés pour la prise en charge de l'éjaculation précoce (N = 20).

Les variables quantitatives (comme l'âge du médecin ou la durée des consultations) étaient décrites en moyenne et écart type, ou en médiane et interquartile.

Les variables qualitatives (comme le sexe du médecin ou le mode d'exercice) étaient décrites en effectifs et pourcentages.

Puis nous avons comparé les variables obtenues en fonction du sexe du patient et du médecin (patient féminin versus patient masculin, médecin féminin versus médecin masculin, patient/médecin du même sexe versus patient/médecin de sexe différent). Les valeurs qualitatives ont été comparées en utilisant le test du Chi 2. Les valeurs quantitatives nous avons utilisé le test de Wilcoxon ou le test de Student.

Les analyses ont été réalisées avec le logiciel Excel pour Mac version 2011.

H/ Aspects éthiques

1/ Recueil du consentement

Il ne nous paraissait pas éthique d'imposer à des médecins de participer à notre étude.

De plus, le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Paris a fortement déconseillé de réaliser une étude avec la méthode du patient standardisé sans recueillir le consentement préalable des médecins (41).

Dans ce contexte nous avons recueilli l'ensemble des consentements des médecins par mail.

2/ Financement

Nous avons payé chaque consultation sans présenter notre carte vitale et nous avons détruit les feuilles de soins, pour éviter que notre étude ne soit financée par la sécurité sociale et les mutuelles, à leur insu.

Nous n'avons reçu aucune subvention de laboratoire, afin d'éviter tout conflit d'intérêt.

3/ Respect de la confraternité

La finalité de cette étude n'était en aucun cas de juger ou de critiquer nos confrères et leurs pratiques, mais de favoriser l'échange des pratiques et de confronter les recommandations avec ce qui est fait et ce qu'il est possible de faire en pratique, lors d'une consultation.

IV/ RESULTATS

A/ Population étudiée

1/ Recrutement

Au total, 1627 médecins généralistes ont été contactés pour participer à cette étude : 400 par téléphone (coordonnées téléphoniques obtenues sur ameli.fr, 100 médecins contactés par interne), 1227 par courrier électronique (« mailing list » fournie par la SFTG) (Figure 4).

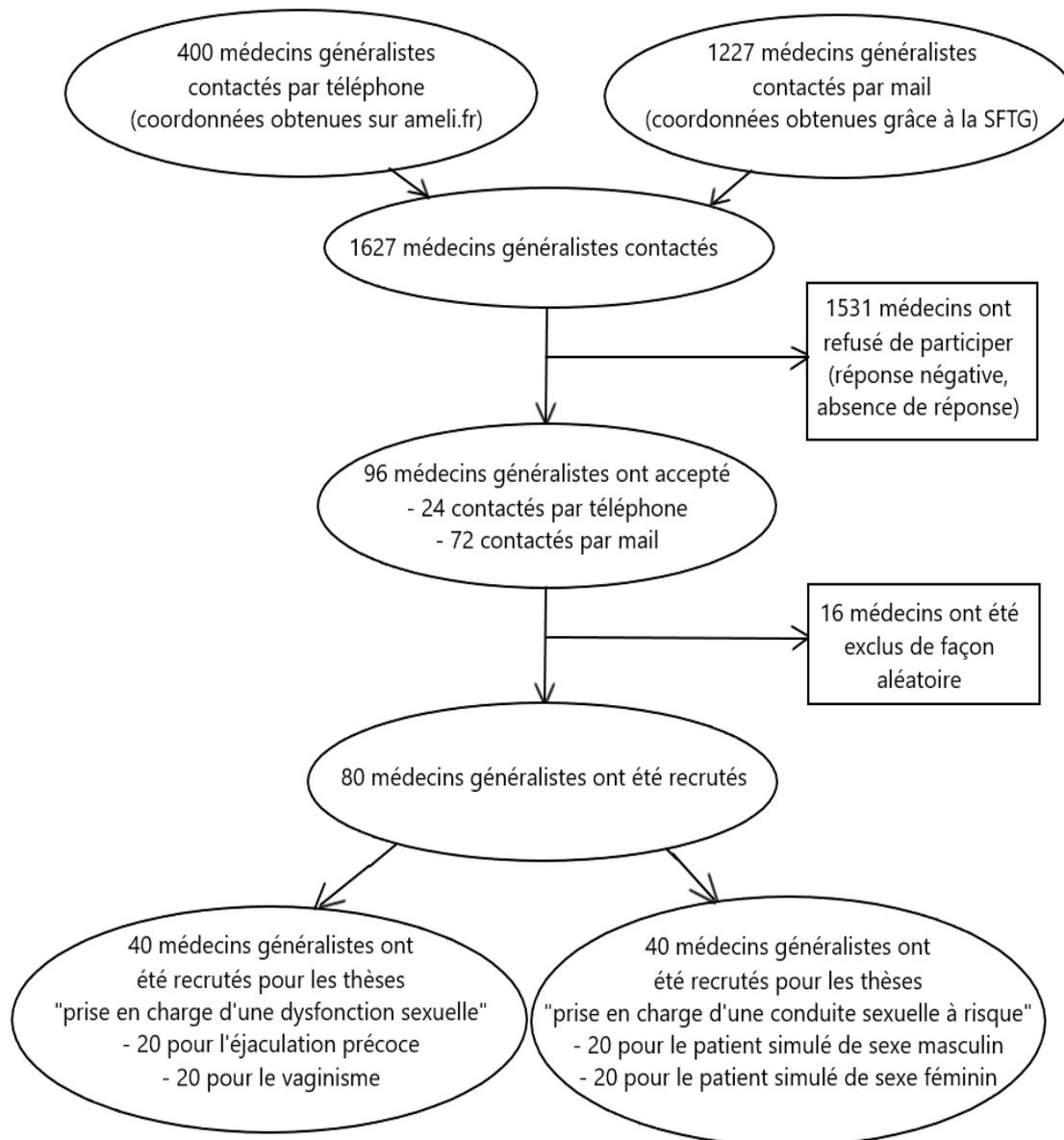


Figure 4. Diagramme de flux (recrutement)

Un total de 96 médecins a finalement accepté de participer (24 contactés par téléphone et 72 par mail), soit seulement 6% des médecins sollicités.

Sur ces 96 médecins, 16 ont été exclus de façon aléatoire pour ne garder que les 80 médecins requis pour la réalisation des 4 thèses prévues (20 médecins par interne ou « patient simulé »).

Pour les 2 thèses portant sur la prise en charge d'une dysfonction sexuelle par les médecins généralistes, nous avons donc recruté 40 médecins (20 pour l'éjaculation précoce, 20 pour le vaginisme).

2/ Caractéristiques initiales de la population (Tableau 1)

a/ Age

L'âge médian des médecins généralistes recrutés était de 40 ans (8 données manquantes).

b/ Sexe

Un total de 23 (58%) des médecins consultés pour dysfonction sexuelle étaient des femmes (55% dans le sous-groupe EP).

c/ Localisation géographique

Un total de 23 (58%) des médecins consultés pour dysfonction sexuelle exerçaient dans Paris intra-muros (50% dans le sous-groupe EP).

d/ Mode d'exercice

Sur l'ensemble des 40 médecins, 13 (33%) exerçaient seuls, 14 (35%) en cabinet de groupe, 6 (15%) en maison de santé et 7 (18%) en centre de santé

La distribution était sensiblement la même dans le sous-groupe EP, avec 6 (30%) médecins exerçant seuls, 9 (45%) en cabinet de groupe, 3 (15%) en maison de santé, et 2 (10%) en centre de santé.

e/ Secteur

Un total de 38 (95%) médecins était conventionné en secteur 1.

f/ Formation

Vingt-six (65 %) des 40 médecins recrutés (70% des médecins du sous-groupe EP) avaient un rôle de formation (Maitres de Stage Universitaire) et/ou faisaient partie de sociétés savantes (Société de Formation Thérapeutique des Généralistes, Collège National des Généralistes Enseignants).

h/ Enregistrement

Parmi les 40 médecins recrutés, 92% ont pu être enregistrés (95% dans le sous-groupe EP). 2 médecins avaient refusé l'enregistrement (1 dans le sous-groupe « éjaculation précoce, 1 dans le sous-groupe « vaginisme »), 1 médecin l'avait accepté mais l'enregistrement a échoué.

Tableau 1. Caractéristiques des médecins recrutés.

	Groupe dysfonctions sexuelles (DS) N = 40	Sous-groupe éjaculation précoce (EP) N = 20
Age médian (Q1-Q3)	40 (30-50)	42,5 (30-50)
Sexe féminin, n (%)	23 (58)	11 (55)
Paris intra-muros, n (%)	23 (58)	10 (50)
Mode d'exercice :		
- cabinet seul n (%)	13 (33)	6 (30)
- cabinet de groupe n (%)	14 (35)	9 (45)
- maison de santé n (%)	6 (15)	3 (15)
- centre de santé n (%)	7 (18)	2 (10)
Secteur 1, n (%)	38 (95)	19 (95)
Formation, n (%)		
- MSU	4 (10)	1 (5)
- SFTG	26 (65)	14 (70)
- CNGE	1 (2,5)	0 (0)
Recrutement, n (%)		
- SFTG	28 (70)	14 (70)
- internes	12 (30)	6 (30)

B/ Déroulement des consultations (Tableau 2)

Les consultations ont duré en moyenne 19,9 minutes (23,6 minutes dans le sous-groupe EP), la consultation la plus courte ayant duré 6 minutes, la plus longue 47 minutes.

Parmi les 40 médecins recrutés, 92% ont pu être enregistrés (95% dans le sous-groupe EP). 2 médecins avaient refusé l'enregistrement (1 dans le sous-groupe « éjaculation précoce, 1 dans le sous-groupe « vaginisme »), 1 médecin l'avait accepté mais l'enregistrement a échoué.

La question sur le motif de consultation arrivait en moyenne entre la 5^{ème} et la 6^{ème} position dans le groupe « dysfonction sexuelle » et dans le sous-groupe « EP ».

Tableau 2. Déroulement des consultations.

	Groupe dysfonctions sexuelles (DS) N = 40	Sous-groupe éjaculation précoce (EP) N = 20
Durée de la consultation en minutes, moyenne (écart type)	19,9 (8,89)	23,55 (10,99)
Motif de consultation : numéro de la question, moyenne (écart type)	5,53 (6,24)	5,90 (4,81)
Enregistrement, n (%)	37 (92)	19 (95)

C/ Interrogatoire des médecins

L'ensemble des résultats est résumé dans le Tableau 3.

1/ Ratio nombre de mots patient/médecin

Le ratio nombre de mots patient/médecin moyen était de 34,9% (36,7% dans le sous-groupe EP).

2/ Nombre de questions ouvertes

Les médecins posaient approximativement 3 questions ouvertes au cours de la consultation.

3/ Empathie mesurée par l'échelle CARE

Le score moyen obtenu par l'échelle CARE, s'élevait à 32,6 sur l'ensemble des consultations et à 36,6 dans le sous-groupe EP.

4/ Valorisation

Vingt-deux médecins (56%) ont exprimés des phrases valorisantes pour l'ensemble des consultations, et 10 (53%) dans le groupe EP.

Par exemple beaucoup de médecins valorisaient le fait d'avoir consulté et d'oser en parler :

- « *En tout cas, je vous félicite d'avoir fait la démarche, d'en parler* »,
- « *Déjà ce n'est pas tabou d'en parler. Alors c'est très, très bien d'en parler à quelqu'un. Alors, nous on ne se connaît pas, donc c'est vrai que pour vous c'est difficile. Ce qui est très, très rassurant, chez vous, c'est que ça a déjà fonctionné !* »,
- « *En tout cas c'est courageux d'être venu.* »,
- « *Justement, vous êtes jeune, ça va s'arranger. Parce que vous avez dû travailler. Vous avez fait la démarche de venir. Ce qui n'est vraiment pas facile. Parce que c'est très difficile de venir parler de son intimité, avec quelqu'un. Bon.... C'est peut-être, plus facile avec quelqu'un qu'on ne connaît pas. Mais quand même, malgré tout, ce n'est pas facile. Vous avez fait cette première démarche. Vous avez quand même perçu certaines choses. Et donc quand on arrive déjà à faire le premier pas, à décrypter certaines choses, et ben vous avez 90 % du boulot qui est déjà fait ! Donc prenez confiance déjà par rapport à ça* »,
- « *Si vous arrivez à en discuter, c'est déjà un bon départ* ».

Certains se montraient rassurants :

- « *Je suis plutôt cliniquement rassuré.* »,
- « *la seule chose que j'ai à vous dire c'est que déjà ce n'est pas grave* »,
- « *Mais ne vous inquiétez pas, ce sont des choses qui vont s'améliorer* »,
- « *Il faut positiver. Je pense qu'elle peut se dire que vous avez identifié la difficulté que vous aviez et que vous faites en sorte que les choses puissent s'améliorer. C'est positif, c'est valorisant.* »

Dans la phrase de conclusion, « la phrase de porte », les médecins se sont montrés très disponibles pour une prochaine consultation :

- « *N'hésitez pas à passer un coup de fil ... Allez, merci beaucoup ! Au revoir !* »,
- « *Je vous en prie. Bon courage. Au revoir Monsieur et puis à Mardi !* »,
- « *D'accord ! Comme ça on verra les analyses, ensemble. Allez, bonne journée.* ».

Fréquemment, les médecins concluaient sur une note positive :

- « *Bon courage Monsieur.* »,
- « *Il faut déjà essayer les petites choses simples. Et puis, ça va aller. Vraiment. Au revoir !* »,
- « *Voilà. Vous dites simplement... C'est ça, ça marche.* »,
- « *Mais ne vous inquiétez pas ce sont des choses qui vont s'améliorer.* ».

5/ Vocabulaire

Le niveau de langage utilisé était du vocabulaire courant par 37 (92%) médecins (19 (95%) dans le sous-groupe EP).

Seulement, 3 (8 %) médecins (1(5%) dans le sous-groupe EP) utilisaient un langage familier. Par exemple :

- « *Et puis la nana, si elle n'a pas 10 contractions vagi... euh... du périnée lors d'un orgasme, « Pchtt », ce n'était pas un bon orgasme ! Bon, ben là, enfin...* »,
- « *Enfin ça après, il y a tout un tas de champs, de choses à explorer, hein ? Mais, voilà. Evidement le bonhomme, il est soumis à un devoir de résultats. Ça veut dire qu'il doit bander suffisamment longtemps... euh, et ... se maîtriser suffisamment longtemps pour que... Alors que la nana, euh ...* ».

6/ Recherche des connaissances du patient

Quinze (38%) médecins ont recherché ce que savait déjà le patient durant la consultation et 9 (45%) médecins dans le sous-groupe EP.

Tableau 3. Interrogatoire des médecins

	Groupe DS N = 40	Sous-groupe EP N = 20
Ratio nombre de mots patient/médecin, moyenne (écart type)	34,9 (0,13)	36,7 (0,1)
Nombre de questions ouvertes, moyenne (écart type)	2,8 (1,7)	2,63 (1,9)
Score de l'échelle CARE, moyenne (écart type)	32,6 (6,3)	36,6 (9,6)
Valorisation, n (%)	22 (56)	10 (53)
Vocabulaire, n (%)		
<i>Courant</i>	37 (92)	19 (95)
<i>Familier</i>	3 (8)	1 (5)
<i>Scientifique</i>	0 (0)	0 (0)
Recherche de ce que sait le patient, n (%)	15 (38)	9 (45)

D/ Histoire sexuelle

Le tableau 4 détaille les questions qui ont été abordées par les médecins pour explorer l'histoire sexuelle du patient : éducation, rapport aux parents, premier rapport sexuel, question des pratiques sexuelles, exploration des expériences sexuelle, orientation sexuelle, question sur les violences sexuelles.

Tableau 4. Histoire sexuelle

	Groupe dysfonctions sexuelles (DS) N = 40	Sous-groupe éjaculation précoce (EP) N = 20
Education n (%)	3 (8)	1 (5)
Rapport aux parents n (%)	1 (3)	1 (5)
Premier rapport n (%)	9 (23)	2 (11)
Pratiques sexuelles n (%)	4 (10)	3 (16)
Expérience n (%)	27 (68)	17 (89)
Orientation sexuelle n (%)	1 (3)	0 (0)
Violences n (%)	14 (35)	0 (0)

E/ Sexualité actuelle

Le tableau 5 détaille les questions qui ont été abordées pour explorer la sexualité actuelle du patient :

Tableau 5. Sexualité actuelle

	Groupe dysfonctions sexuelles (DS) N = 40	Sous-groupe éjaculation précoce (EP) N = 20
Désir n (%)	12 (31)	3 (16)
Plaisir n (%)	16 (41)	7 (37)
Orgasme n (%)	4 (10)	3 (16)
Préliminaire n (%)	8 (20)	5 (25)
Masturbation n (%)	14 (35)	10 (50)
Imaginaire érotique et fantasme, n (%)	2 (5)	1 (5)
Perception de la sexualité n (%)	6 (15)	1 (5)

F/ Sexualité dans le couple :

Le tableau 6 détaille les questions qui ont été abordées pour explorer la sexualité dans le couple :

Tableau 6. Sexualité dans le couple

	Groupe dysfonctions sexuelles (DS) N = 40	Sous-groupe éjaculation précoce (EP) N = 20
Fréquence n (%)	7 (18)	5 (25)
Initiative n (%)	1 (3)	1 (5)
Désir d'enfant n (%)	12 (31)	2 (11)
Place du partenaire dans la démarche n (%)	12 (30)	8 (40)

G/ Caractéristiques du symptôme sexuel

- La notion du caractère primaire a été recherchée dans 38 (97%) des consultations (18 (95%) des consultations pour EP), le caractère total ou partiel dans 12 (31%) des cas (11% pour l'EP), l'intensité dans 38 % des cas (32% pour l'EP).
- La douleur a été recherchée dans 35% des consultations pour dysfonction sexuelle (2% pour l'éjaculation précoce, 68% pour le vaginisme)

Tableau 7. Caractéristiques du symptôme sexuel

	Groupe dysfonctions sexuelles (DS) N = 40	Sous-groupe éjaculation précoce (EP) N = 20
Primaire/Secondaire, n (%)	38 (97)	18 (95)
Total/Partiel, n (%)	12 (31)	2 (11)
Généralisé/Situationnel, n (%)	13 (33)	2 (11)
Douleur, n (%)	14 (35)	2 (10)
Intensité, n (%)	15 (38)	6 (32)

H/ Exploration de l'environnement

Le tableau 8 détaille les thèmes qui ont été abordés par les médecins dans l'exploration de l'environnement du patient :

Tableau 8. Exploration de l'environnement

	Groupe dysfonctions sexuelles (DS) N = 40	Sous-groupe éjaculation précoce (EP) N = 20
Couple n (%)	29 (73)	18 (90)
Famille n (%)	1 (3)	1 (5)
Travail n (%)	8 (21)	2 (11)
Comorbidité psychiatriques, n (%)	10 (26)	7 (37)
Consommation de toxiques, n (%)	18 (45)	7 (35)

I/ Examen clinique

Le tableau 9 détaille la réalisation ou non d'un examen clinique et ses composantes :

Tableau 9. Examen clinique

	Groupe dysfonctions sexuelles (DS) N = 40	Sous-groupe éjaculation précoce (EP) N = 20
Examen clinique, n (%)	17 (43)	10 (50)
Tension artérielle, n (%)	14 (36)	8 (42)
Poids/Taille, n (%)	6 (15)	3 (10)
Proposition d'examen gynécologique/urologique, n (%)	12 (30)	2 (10)
Autres, n (%)	2 (5)	1 (5)

J/ Prise en charge

Concernant l'éjaculation précoce (uniquement) :

- **Des examens complémentaires** ont été prescrits par 5 (25%) médecins.
 - 20% ont prescrit un bilan biologique standard, comportant une NFS, plaquettes, ionogramme sanguin, urée, créatinine : « *On va commencer, je vais vous donner une prise de sang avant que vous n'alliez le voir et vous lui ramenez en consultation* ».
 - 15% ont prescrit un bilan hormonal :
 - 10% testostérone : « *Donc effectivement une anomalie hormonale avec une baisse de testostérone, ça peut jouer.* »
 - 15% Hormones thyroïdiennes (TSH, T3, T4) : « *Après la thyroïde peut jouer un peu.* », « *Avec même, tout ce qui est thyroïde* »
 - 10% ont prescrit un bilan d'IST :
« *Donc on va faire tout ce qui est MST... Vérifier ! On va faire un examen avec tout ce qui est recherche un peu sur les... PCR chlamydiae trachomatis sur les urines.* »
« *On va faire : hépatite B, hépatite C, le VIH évidemment !*».
 - Autres : 10% ont prescrit un bilan lipidique avec cholestérol « *On va faire le cholestérol* », 10% la glycémie à jeun « *On fait le sucre, on ne sait jamais, je n'y crois pas mais s'il y a un petit diabète ça peut expliquer ce genre de chose* », 10% un ECBU.

- **Un traitement médicamenteux** a été proposé dans 55 % des cas :
 - Sept (35%) médecins ont prescrit de la Dapoxétine seule :
 - « *On va déjà essayer un traitement. Hein ? C'est le Priligy. C'est à prendre avant les rapports. Hein ! Deux trois heures avant, hein ?... Avant votre ébat* »
 - « *Après, il y a des solutions, qui sont le Priligy qui est un traitement médicamenteux. En gros, le mode d'action est via le récepteur de la sérotonine. En fait le récepteur à la sérotonine, ce*

sont des récepteurs qui sont activés dans l'éjaculation. Donc c'est là-dessus qu'on joue »

- *« Après, il y a le traitement miracle-miracle, il y a ça ! Qui est un médicament, dernière génération ... »*
- *« Donc, encore une fois, ça ne va pas retarder l'éjaculation, mais ça va permettre d'avoir, une deuxième éjaculation après ! De diminuer la période réfractaire ! Donc faut pas essayer de repousser la première éjaculation, mais une fois qu'elle est partie, continuez les caresses... en attendant la deuxième, d'accord ? »*
- Un médecin a prescrit un inhibiteur de la phosphodiesterase 5 seule :
 - *« Il n'y a pas de solutions pour retarder l'éjaculation... Mais... ça veut dire que malheureusement, le trouble reste. Par contre on peut vous faire maintenir une éjaculation après... Donc on essaye le viagra »*
 - *« Souvent c'est compliqué... Euh ... dans un premier temps, les choses les plus simples qu'on peut conseiller, c'est essayer du Viagra et du Cialis. Ça ne va pas empêcher l'éjaculation, mais par contre, favoriser, des rapports successifs. ».*
- Deux (10%) médecins ont prescrit un IPDE 5 en première intention, puis Dapoxétine si échec :
 - *« Il y a deux grands types de médicaments : un médicament qui est fait spécialement pour ça, pour l'éjaculation prématurée, en retardant ... Ensuite vous avez des médicaments qui agissent comme la famille du Viagra. Ils ne sont pas faits rigoureusement pour ça mais qui peuvent aider sur la confiance en soi. Car l'éjaculation prématurée c'est une peur de ne pas avoir un rapport sexuel qui tienne. Alors je vous fais une ordonnance pour le Cialis et le Priligy sur une autre, au cas où. »*
 - *« Euh, comme c'est un médicament assez récent, il n'y a pas de recommandation très nette, dans sa prescription ... euh ... donc ça, je le mettrais plutôt, peut être en dernier recours entre guillemets. »*
- Un médecin a prescrit un antidépresseur :

« Bon, alors, je vais vous aider, je vais vous donner un petit comprimé. On va essayer le médicament. Si ça ne marche pas, bon, il faudra aller chercher de manière un peu plus compliquée, si vous avez de soucis, du ... Alors vous allez prendre, la Paroxétine. Alors, c'est un ... C'est dans la famille des antidépresseurs mais ça agit sur les nerfs. Sur certaines commandes nerveuses, hein... Voilà donc, un demi-comprimé pendant 8-10 jours, ensuite, un par jour, le soir. »

- De l'homéopathie a été évoquée sans précision :

« Il y a de l'homéopathie aussi, vous pouvez essayer... Il y a des choses ! »

- **Un traitement chirurgical** a été proposé lors d'une consultation :

« Il y en a qui parlent de circoncision en parlant d'opération, entre guillemets, c'est ça ! C'est en fait, la circoncision a pour but de, après, rendre le gland un petit moins sensible. ».

- **L'hypnose** m'a été proposé par deux (10 %) médecins :

- *« On peut commencer peut-être par des thérapies à base d'hypnose... »*
- *« C'est une prise en charge non médicamenteuse, que je peux vous dispenser. Il y a, entre autres, un travail sur l'attention, l'hypnotique. On sait que ça fonctionne. »*

- Sept (35 %) médecins m'ont prodigué des **conseils** :

- **Techniques pour retarder l'éjaculation** :

- *« Voilà, bon. Si vous arrivez à la pénétration. Là quand vous sentez que ça monte, Hop, il faut arrêter de bouger. Alors, il y a aussi, se retirer et serrer le gland, à la base du gland... Pourff Ne plus bouger, pour faire baisser la pression. »*
- *« J'imagine que vous sentez que ça monte ? Vous arrêtez ! Vous vous stoppez. Même si elle dit « continue ». Non ! On attend 2 minutes, vous risquez... Vous n'êtes pas obligé de sortir de son vagin. Mais vous restez en elle. Vous pouvez faire des bisous*

des câlins. Mais, calmez-vous ! Respirez lentement, calmement. Et vous reprenez d'accord ? »

- *« C'est en se contrôlant, en disant "Stop", "Je respire calmement", "Ben on reprend". En ayant aussi des rapports rapprochés. Plus c'est rapproché, plus ça dure ! »*
- *« Enfin quand vous êtes dans la pénétration, et que vous sentez que l'éjaculation arrive, essayez de stopper, puis de vraiment serrer les fesses. »*

- **Augmenter les préliminaires :**

- *« Avec les doigts, la langue, et je me dis est ce que si vous la faisiez jouir d'un point de vue préliminaires, au niveau du clitoris et vaginal, avant de la pénétrer... »*
- *« Vous la faites jouir ! Et au niveau vaginal, c'est plus compliqué. Surtout par pénétration. Ça dépend des positions. Et puis c'est beaucoup plus compliqué. Par contre avec votre doigt si vous vous mettez dans la bonne position, en 30 secondes vous lui donnez. »*
- *« Est-ce que vous avez pensé à développer un peu plus les préliminaires ? »*

- **Trouver d'autres façons d'obtenir du plaisir :**

« C'est un jeu, donc il existe des godemichets et d'autres outils pour qu'une femme puisse avoir un orgasme, sans forcément qu'il y ait pénétration. »

- **Se centrer sur la partenaire :**

« Vous, occupez-vous de votre partenaire mais elle, il faut qu'elle ne fasse rien quoi, vous n'avez pas besoin. Déjà ça, ça va arranger les choses ! »

- **La masturbation avant les rapports :**

« Après il y a des exercices à faire tout seul, que l'on conseille. Donc de faire de la masturbation, deux trois fois par semaine. Et puis lors des exercices de masturbation, se retenir, essayer de bien ressentir le moment où ... enfin... Ne pas attendre le dernier moment pour se retenir. Il faut essayer de faire des pauses ! »

- **Discuter avec sa compagne :**

- « *Faut que vous lui en parliez, vous lui dites qu'il y a trop d'émotion et qu'il ne faut pas qu'elle vous touche de trop et que voilà, »*, « *Après, je pense que c'est important d'en discuter avec votre compagne. Parce que ça va être, finalement, une prise en charge du couple ! On va essayer des choses, petit à petit. Mais il faut qu'elle soit d'accord »* »
- « *Il faut effectivement en parler et ... et... Mais savoir être... Qu'est-ce qu'elle veut, elle, dans un rapport ? C'est quoi avoir un rapport.... Il faut parler d'orgasme »* »
- **Une thérapie de couple :**
 - « *Et après si lui, il détermine, que peut être, après tout ça ne serait pas mal qu'elle vienne, vous en parlerez à ce moment-là ! »* »
- Un médecin semblait avoir banalisé le problème :
 - « *C'est un peu plus complexe pour moi, parce que tout se joue là-haut dans le cerveau »*. »
- **Une 2^{ème} consultation** a été proposée dans 30% des cas, pour approfondir le sujet :
 - « *On va se donner un rendez-vous, tout de suite... Alors jeudi prochain, ça vous va ? »* »
 - « *Voilà et donc vous venez me revoir avec les résultats. »* »
- **Un adressage précis** (avec nom du spécialiste et courrier) a été proposé dans 50% des cas :
 - A un urologue par 20% des médecins ; principalement pour éliminer dans un 1^{er} temps une cause organique : « *Il faut d'abord voir un urologue ou un sexologue et pas un Médecin généraliste. Il faut d'abord faire le bilan de tout ça et évaluer la situation »*, « *Donc je vais vous amener à quelqu'un, un urologue, un spécialiste de la chose, qui, peut-être pourra vous donner des conseils. Pour l'urologue, il y en a un, à la Varenne, près de chez vous »*. »

- À un sexologue dans 10% des cas : *« Il y a la prise en charge d'accompagnement et il ne faut pas la sous-estimer celle -là ! En fait, c'est de voir un spécialiste, d'accord ? Pour essayer de retrouver ... retracer un petit peu l'histoire ; votre histoire sexuelle ... D'accord ? C'est un sexologue. Psychologue spécialiste en ... Spécialiste en éjaculation précoce », « Ensuite, la deuxième chose, c'est une prise en charge, vraiment avec quelqu'un qui est spécialiste. Un sexologue. ».*
- A un urologue spécialisé en sexologie dans 20% des cas.
- Adressage évoqué :
 - A un urologue dans 15% des cas : *« Alors après il y a des spécialistes. Des andrologues, des urologues -andrologues, sexologues ! »*
 - A un sexologue dans 35 % des cas.
 - A un psychologue dans 10 % des cas : *« Peut-être qu'en parallèle il faudra travailler sur vous. La maîtrise de vos émotions. Avec un psychologue. », « Parce qu'en fait, c'est une problématique qui est assez compliquée à prendre en charge. Souvent, qui associe, à la fois, une prise en charge urologique...Et psycho thérapeutique, on va dire. C'est juste la technique psychologique, plus comportementale pour essayer de plus retarder ça. Et essayer de reprendre le contrôle ! »*
 - A un autre généraliste spécialisé dans l'hypnose dans 5% des cas
 - Aucun médecin ne m'a adressé vers un kinésithérapeute.

Les différents types de prise en charge proposées, sont résumés dans le tableau 10.

Tableau 10. Prise en charge proposée par les médecins

	Groupe dysfonctions sexuelles (DS) N = 40	Sous-groupe éjaculation précoce (EP) N = 20
Examens complémentaires n (%)	10 (26)	5 (25)
• Biologie standard, n (%)	4 (10)	4 (20)
• Bilan hormonal, n (%)	3 (7,5)	3 (15)
- Testostéronémie	2 (5)	2 (10)
- Bilan thyroïdien	3 (7,5)	3 (15)
• Bilan IST, n (%)	3 (7.5)	2 (10)
• ECBU, n (%)	2 (5)	2 (10)
• Autres, n (%)	6 (15)	5(25)
- BHC	1 (2,5)	1 (5)
- Glycémie à jeun	2 (5)	2 (10)
- Cholestérol	2 (5)	2 (10)
Traitement médicamenteux n (%)	16 (40)	11 (55)
• Dapoxétine seule		7 (35)
• IPDE5 seul		1 (5)
• IPDE 5 + Dapoxétine		2 (10)
• Antidépresseur		1 (5)
Traitement chirurgical , n (%)	1 (2,5)	1 (5)
Hypnose , n (%)	2 (5)	2 (10)
2^{ème} consultation , n (%)	18 (46)	6 (30)
« Petits conseils » , n (%)	16 (40)	7 (35)
Banalisation , n (%)	4 (10)	1 (5)
Adressage précis , n (%)		
- urologue/gynécologue	11 (27,5)	2 (10)
- urologue-sexologue	4 (20)	4 (20)
- sexologue	11 (28)	2 (10)
- autre généraliste	1 (2,5)	0 (0)
- kinésithérapeute	2 (5)	0 (0)
- psychologue/psychiatre	1 (2,5)	0 (0)

Tableau 10 bis. Prise en charge (suite)

	Groupe dysfonctions sexuelles (DS) N = 40	Sous-groupe éjaculation précoce (EP) N = 20
Adressage évoqué, n (%)		
- urologue/gynécologue	7 (18)	3 (15)
- psychologue/psychiatre	2 (5)	2 (10)
- sexologue	8 (20)	7 (35)
- généraliste	0 (0)	1 (5)

K/ Diagnostic

Sur l'ensemble des consultations pour dysfonction sexuelle, 25 (64%) médecins ont posé et énoncé le bon diagnostic.

Dans le sous-groupe EP, 80 % des médecins ont énoncé le diagnostic d'éjaculation précoce (« *En fait la précocité est liée, on parle d'éjaculation précoce parce que c'est précoce par rapport à une sorte de standard et par rapport au plaisir eu ou pas eu* », « *ça s'appelle éjaculation précoce* », « *Du coup, vous avez une éjaculation précoce, c'est ça ?* »).

Cinq (20%) médecins semblent avoir fait le bon diagnostic, mais ne l'ont pas énoncé clairement (« *une éjaculation trop rapide* »).

L/ Comparaison des résultats en fonction du sexe du patient et du médecin

1/ Comparaison des résultats en fonction du sexe du patient

Le tableau 11 compare certaines variables en fonction du sexe du patient.

L'expérience sexuelle, la masturbation et la relation de couple étaient significativement plus abordées chez le patient de sexe masculin.

En revanche, les violences sexuelles, le désir de grossesse, le caractère total ou partiel du trouble et le caractère généralisé ou partiel du trouble étaient significativement plus recherchés chez la patiente de sexe.

L'examen urologique/gynécologique était significativement plus proposé à la patiente de sexe féminin (50 % vs 10%, $p = 0,01$).

Les médecins se sont montrés plus empathiques avec la patiente de sexe féminin (score de l'échelle CARE à 38 vs 29, $p = 0,01$).

Tableau 11. Comparaison des résultats en fonction du sexe du patient

	Patient de sexe féminin (N = 20)	Patient de sexe masculin (N = 20)	P value*
Expérience sexuelle, n (%)	10 (50)	19 (95)	0,01
Violences sexuelles, n (%)	14 (70)	0 (0)	0,000003
Masturbation, n (%)	4 (20)	10 (50)	0,047
Désir de grossesse, n (%)	10 (50)	3 (15)	0,02
Total/Partiel, n (%)	10 (50)	2 (11)	0,008
Généralisé/situationnel, n (%)	11 (55)	3 (15)	0,008
Douleur, n (%)	12 (60)	1 (5)	0,0002
Couple, n (%)	11 (55)	18 (90)	0,01
Examen gynécologique/ Urologique, n (%)	10 (50)	2 (10)	0,01
Score de l'échelle CARE médiane (Q1-Q3)	38 (29,5-43,5)	29 (23-35,5)	0,01

* Les variables qualitatives ont été comparées en utilisant le test du Chi 2, et pour les valeurs quantitatives, les tests de Wilcoxon ou de Student.

2/ Comparaison des résultats en fonction du sexe du médecin

Le tableau 12 compare certaines variables en fonction du sexe du médecin.

Dans notre étude, les médecins de sexe féminin étaient significativement plus empathiques avec une échelle de CARE à 36 (vs 31). Elles proposaient significativement plus souvent la réalisation d'un examen clinique (proposé dans 57% dans cas versus 24%, $p = 0,04$).

En revanche, les médecins de sexe masculin étaient plus précis sur l'interrogatoire : ils interrogeaient significativement plus sur les pratiques sexuelles (29% vs 4%, $p = 0,03$), sur la masturbation (53% vs 22%, $p = 0,04$) et sur les préliminaires (35% vs 4%, $p = 0,01$).

Tableau 12. Comparaison des résultats en fonction du sexe du médecin

	Médecin femme (N = 23)	Médecin homme (N = 17)	P value*
Pratiques sexuelles, n (%)	1 (4)	5 (29)	0,03
Violences sexuelles, n (%)	9 (39)	5 (29)	0,5
Préliminaires, n (%)	1 (4)	6 (35)	0,01
Masturbation, n (%)	5 (22)	9 (53)	0,04
Examen clinique, n (%)	13 (57)	4 (24)	0,04
Score de l'échelle CARE, médiane (Q1-Q3)	36 (25,5-41)	31 (25-37)	0,04

* Les variables qualitatives ont été comparées en utilisant le test du Chi 2, et pour les valeurs quantitatives, les tests de Wilcoxon ou de Student.

3/ Comparaison des données entre patient/médecin de même sexe et patient/médecin de sexe différent

Le tableau 13 présente la comparaison de données jugées pertinentes entre les couples patients/médecins de même sexe et les couples patients/médecins de sexe différent.

Les seules variables significativement différentes étaient :

- Le caractère généralisé ou situationnel du symptôme était recherché dans 52% des consultations « médecin et patient du même sexe » versus 16% des consultations « médecin et patient de sexe différent » ($p = 0,02$).
- La présence d'une douleur était recherchée dans 48% des consultations des consultations « médecin et patient du même sexe » versus 16% des consultations « médecin et patient de sexe différent » ($p = 0,03$).

Tableau 13. Comparaison des données entre patient/médecin de même sexe et patient/médecin de sexe différent

	Médecin et patient du même sexe (N = 21)	Médecin et patient de sexe différent (N = 19)	P value*
Violences sexuelles, n (%)	9 (43)	5 (26)	0,27
Désir de grossesse, n (%)	9 (43)	4 (21)	0,21
Caractère généralisé/situationnel, n (%)	11 (52)	3 (16)	0,02
Douleur, n (%)	10 (48)	3 (16)	0,03
Echelle CARE, médiane (Q1-Q3)	37 (24-42)	31 (25,5-37)	0,78
Examen gynécologique/urologique, n (%)	8 (38)	3 (16)	0,11
Valorisation, n (%)	15 (71)	9 (47)	0,12

* Les variables qualitatives ont été comparées en utilisant le test du Chi 2, et pour les valeurs quantitatives, les tests de Wilcoxon ou de Student.

V/ DISCUSSION

A/ Résultats principaux

1/ Attitude des médecins

Lors de la consultation pour prise en charge d'une dysfonction sexuelle, les médecins généralistes se sont globalement montrés :

- Disponibles : la durée moyenne de consultation était de 23 minutes (contre 16 minutes en moyenne pour une consultation de médecine générale), la plus longue ayant durée 47 minutes.
- A l'écoute : Le temps de parole accordé au patient était supérieur à 30% ce qui est largement supérieur au temps de parole habituellement, accordé aux patients, par les médecins généralistes, estimé à 10% dans une thèse de médecine générale (42).
- Accessibles : 37 (92%) utilisaient du vocabulaire courant.
- Empathiques : Score de l'échelle Care à 32,6 sur l'ensemble des consultations pour DS, 36,6 dans le sous-groupe EP.
- Bienveillants : 22 (56%) médecins ont eu une attitude valorisante.

2/ Exploration du trouble sexuel

Certains aspects de la sexualité étaient peu explorés notamment :

- L'orientation sexuelle, abordée dans seulement une consultation pour dysfonction sexuelle et jamais abordée lors des consultations pour éjaculation précoce.
- Les violences sexuelles, recherchées dans 35% des consultations pour DS, 70% des consultations pour vaginisme, mais jamais recherchées lors des consultations pour EP.
- La masturbation, abordée dans 35% des consultations pour DS, 50% des consultations pour EP, seulement 20% des consultations pour vaginisme.

Concernant les violences :

- Pour les sexologues, il semble essentiel d'aborder la question des violences dans une consultation concernant un problème sexuel que ce soit chez l'homme ou la femme (43). Car près de 5% des hommes et 16% des femmes déclarent avoir subi des viols ou des tentatives de viols au cours de leur vie.
- Or la question des violences subies n'a été posée par aucun médecin lors des consultations effectuée par le patient simulé de sexe masculin. Alors que près de 70% des médecins vus lors des consultations avec un patient simulé de sexe féminin ont abordé le thème de la violence. Comment expliquer un tel fossé ? Comment y remédier ?
- Il est vrai que les femmes sont trois fois plus souvent victimes de violences sexuelles que les hommes. Et le travail, ces dernières années, sur la sensibilisation au dépistage des violences subies par les femmes, semblent avoir porté ses fruits et permis une augmentation de leur repérage en consultation.
- Néanmoins il semble important de dépister des violences subies chez les hommes.

Concernant la masturbation :

- Dix (50%) médecins ont recherché la pratique de la masturbation pour le patient simulé masculin contre 20% des médecins pour le patient simulé féminin.
- Or, près de 48% des femmes et 74% des hommes déclarent pratiquer la masturbation (44).
- Comment expliquer alors une telle différence ? Doit-on y voir une représentation erronée ? Un sujet tabou ? Nos représentations historiques sont-elles en cause ?
- Il serait bénéfique de travailler sur nos à priori et oser davantage parler de masturbation avec les femmes.

Concernent la réalisation d'un examen clinique :

- Il était significativement plus souvent proposé par les médecins de sexe féminin (57% des consultations versus 24% des consultations)
- On peut s'interroger sur l'intérêt d'un examen clinique car le diagnostic était évident à l'interrogatoire.
- Néanmoins la réalisation d'un examen des organes génitaux peut permettre d'éliminer un diagnostic différentiel, de rassurer le patient sur sa normalité, d'expliquer voire de montrer aux femmes souffrant de vaginisme notamment, leur anatomie.
- Un examen clinique peut être proposé mais n'est pas obligatoire lors d'une première consultation, il pourra être réalisé ultérieurement, quand le patient sera disposé à être examiné.

3/ Prise en charge

Pour ce qui est de la prise en charge de l'éjaculation prématurée, plus spécifiquement, 80 % des médecins ont fait le bon diagnostic, dans le groupe EP et la notion du caractère primaire a été demandée dans 95% des consultations.

Des examens complémentaires ont été prescrits par 25% des médecins et notamment 15% qui ont prescrit un bilan hormonal.

L'adressage a été proposé à un urologue dans 15% des cas, et dans 35% des cas à un sexologue.

Un traitement médicamenteux a été proposé par 55 % des médecins. Avec 35% des médecins qui ont prescrit de la Dapoxétine seule, et 10% des médecins qui ont prescrit, de la Dapoxétine et un inhibiteur de la Phosphodiésterase 5.

Par ailleurs, 35 % des médecins ont donné des petits conseils. Et une deuxième consultation a été proposée dans 30% des cas pour approfondir le sujet.

Notre étude nous a permis de mettre en évidence une certaine hétérogénéité dans la prise en charge.

Pourtant l'EP est pathologie responsable d'une grande souffrance qui bénéficie d'une prise en charge médicale et/ou psychosexologique qui est désormais bien codifiée (23).

4/ Difficultés pour aborder la sexualité en consultation

Aborder l'éjaculation prématurée s'inscrit pleinement dans l'ensemble des fonctions de la médecine générale. Comment expliquer alors le fait que l'éjaculation prématurée soit aussi peu évoquée en consultation ?

a/ Les freins du côté médical

Les « priorités » en matière de prévention relative à la sphère sexuelle sont nombreuses en médecine générale : information et détection des infections sexuellement transmissibles, conseils contraceptifs, frottis cervico-vaginal. Les dysfonctions sexuelles sont considérées comme secondaires et les médecins évoquent difficilement ce sujet chronophage (45,46). L'expertise insuffisante, le sentiment d'incompétence des professionnels face aux problèmes de sexualité, constituent également un frein (47, 48, 49).

Avec certaines populations, le sujet est plus facile à aborder : médecins comme patients sont plus à l'aise pour évoquer le sujet avec des personnes du même sexe et sensiblement du même âge (45,47). Les problèmes de sexualité sont également moins abordés avec les personnes d'origine ethnique différente (47).

À partir de 40 ans, la sexualité est considérée comme personnelle, et le sujet est perçu comme plus sensible et potentiellement plus offensant si le problème est soulevé (45).

Une étude (50) a montré que la majorité des hommes interrogés anonymement dans la salle d'attente de leur médecin généraliste considérait qu'il était important de parler des dysfonctions sexuelles avec son médecin. La moitié d'entre eux préférait qu'une telle discussion soit initiée par le médecin.

b/ Les freins du côté patient

Les croyances, les freins, les tabous font que les patients craignent d'en parler (moins d'un sur quatre le font) mais la majorité d'entre eux souhaitent que le médecin les interroge systématiquement sur le sujet (51). Or les médecins évitent d'aborder les problèmes sexuels par manque d'information et de formation. Seuls environ 10 % des médecins questionnent systématiquement leurs patients chroniques sur ce sujet.

B/ Limites de l'étude

1/ Taille de l'échantillon

Du fait de la petite taille de notre échantillon (40 médecins généralistes au total), les résultats qui en découlent sont difficilement généralisables (52).

Néanmoins compte tenu des difficultés de recrutement (seuls 6% des médecins contactés ont accepté de participer à l'étude), du temps nécessaire à la réalisation des consultations standardisées (prise de RDV, consultations, retranscription, cotation) et du coût engendré par ces mêmes consultations (déplacements et honoraires à notre charge), nous avons choisi de nous limiter à cet échantillon, pour des raisons de faisabilité.

2/ Représentativité de notre population

La population de médecins généralistes recrutés dans notre étude n'était pas tout à fait représentative de l'ensemble des médecins généralistes français :

- 58% des médecins de notre population étaient des femmes, alors que seulement 44% des médecins généralistes sont des femmes (53).

- La moyenne d'âge de notre population (41,5 ans) était inférieure à celle des médecins généralistes français (51,5 ans) (54).
- Pour des raisons logistiques, la totalité des médecins recrutés exerçait à Paris intra-muros ou région parisienne.
- La majorité des médecins qui ont accepté de participer à notre étude (70%) étaient membres de la SFTG et participaient à la formation médicale continue (contre seulement 7% en moyenne en France (55)). On peut supposer que ces médecins ont davantage de recul sur leurs pratiques et sont davantage sensibilisés aux nouvelles recommandations.
- Enfin, nous n'avons pu inclure que les médecins qui avaient donné leur consentement. Mais ceci constitue potentiellement un biais important : en effet, on peut supposer que les médecins qui ont accepté de nous recevoir sont ceux qui ne craignent pas d'être observés voire d'être critiqués dans leur pratique.

3/ Scénario

Nous avons choisi d'explorer uniquement l'éjaculation précoce primaire. Nous nous sommes donc limités à étudier, conformément au scénario, l'éjaculation précoce chez un homme jeune, hétérosexuel, ayant des rapports intra vaginaux, souffrant d'une éjaculation précoce primaire, secondairement problématique.

4/ Biais « situationnels »

- 1^{ère} consultation : pour des sujets aussi intimes que la sexualité, on peut légitimement penser que le fait d'avoir établi une relation de confiance avec un patient que l'on connaît et que l'on suit depuis longtemps peut favoriser le dialogue et faciliter la prise en charge
- Moment de la journée : selon le moment de la journée, le médecin consulté peut être plus ou moins attentif, patient ou au contraire pressé, agacé... Nous avons essayé de limiter au maximum ce biais en consultant des médecins à différents moments de la journée.

5/ Absence de comparaison possible avec d'autres études

Il n'existe pas, à l'heure actuelle, d'études comparables sur la réalité de la prise en charge de l'éjaculation précoce en médecine générale. Nous ne pouvons donc pas comparer nos résultats avec ceux d'autres études.

C/ Forces de l'étude

1/ Thème « original »

La sexualité est un domaine médical insuffisamment abordé, et, l'éjaculation prématurée, bien que fréquente, une pathologie peu enseignée.

Il existe à l'heure actuelle peu de données scientifiques sur la prise en charge de l'éjaculation précoce par les médecins généralistes. Il était donc intéressant d'apporter un travail supplémentaire sur la réalité de sa prise en charge.

2/ Choix de la méthode du patient simulé

« Chaque jour, l'expérience montre que des personnes qui sont en possession de connaissances ou de capacités ne savent pas les mobiliser de façon pertinente et au moment opportun, dans une situation de travail. L'actualisation de ce que l'on sait dans un contexte singulier [...] est révélatrice du " passage " à la compétence. Celle-ci se réalise dans l'action » (Le Boterf, 1994).

En France, à l'heure actuelle, l'évaluation des pratiques professionnelles repose essentiellement sur des données déclaratives, avec une surestimation des « bonnes pratiques » par rapport à la « réalité du terrain ».

La méthode du patient simulé permet donc d'avoir accès à la « boîte noire » de la consultation, c'est-à-dire d'observer et d'analyser le comportement des praticiens, dans les conditions réelles d'exercice (57,58).

3/ Richesse des données recueillies

Grâce à l'enregistrement et à la retranscription des consultations, nous avons pu recueillir une quantité conséquente de données sur la prise en charge de troubles sexuels, en cabinet de ville.

4/ Qualité du scénario

Il est à noter qu'aucun médecin ne s'est rendu compte lors des 40 consultations réalisées que le patient était un « acteur », ce qui laisse supposer que les personnages joués et le scénario présenté étaient crédibles.

D/ Proposition d'un outil pour le dépistage et l'exploration d'une dysfonction sexuelle

Avec les données de la littérature et grâce aux données recueillies lors de ce travail de thèse, nous avons tenté d'élaborer une proposition d'outil pour le dépistage et l'exploration d'une dysfonction sexuelle en prenant en compte l'attitude à adopter et les items clés à aborder.

1/ Attitude à adopter

Durant les consultations et notamment celles qui abordent le thème de la sexualité, il semble fondamental, pour le médecin d'adopter une attitude empathique, rassurante avec une écoute active, cherchant à déterminer ce que le patient attend.

Il est également, important d'informer le patient, si le thème n'est pas abordé directement, que le médecin est un interlocuteur possible, s'il a des questions portant sur la sexualité.

2/ Items clés à aborder

L'utilisation du sigle « PRECOCES » pourrait être un outil permettant d'aider les praticiens dans l'exploration des troubles éjaculatoires, et plus largement des dysfonctions sexuelles :

P	Plaisir : satisfaction des rapports, orgasmes, imaginaire érotique
R	Rapports sexuels : <ul style="list-style-type: none"> • Fréquence • Couple/groupe • Pratiques • Masturbation • Préliminaires
E	Evolution de la sexualité : <ul style="list-style-type: none"> • Puberté • 1^{er} rapport • Rapports suivants • Nombre de partenaires
C	Couple : place du partenaire, recherche d'un trouble chez le partenaire, vécu du partenaire, dynamique du couple, place de la sexualité/tabou/interdits, déterminer qui est à l'origine de la consultation, relations extra-conjugales
O	Orientation sexuelle : hétérosexualité / homosexualité / bisexualité
C	Critères de fragilité : <ul style="list-style-type: none"> • Traumatismes dans l'enfance • Violence • Evénement(s) de vie marquant(s) • Trouble(s) psychiatrique(s)
E	Environnement : exploration de l'environnement socio-culturel-religieux <ul style="list-style-type: none"> • Education • Religion • Famille • Travail
S	Symptômes : <ul style="list-style-type: none"> • Intensité • Existence d'une douleur localisée/ diffuse • Caractère primaire/secondaire • Caractère généralisé/situationnel • Impact sur la vie personnelle/couple/famille/travail

VI/ CONCLUSION

La sexualité faisant partie intégrante de la vie quotidienne des patients, le médecin généraliste joue un rôle essentiel dans la prise en charge des problématiques liées à la sexualité.

Nous avons pu grâce à la méthode du patient « standardisé », observer dans la pratique, comment était pris en charge un patient consultant pour une dysfonction sexuelle, auprès de 40 médecins généralistes exerçant en île de France.

Les résultats de notre étude mettent en lumière le professionnalisme des médecins, qui se sont montrés disponibles (avec un temps d'écoute et des consultations plus longues que la moyenne) et empathiques.

Par ailleurs, ils confirment les données de la littérature sur la difficulté des médecins généralistes à traiter les problèmes liés à la sexualité et en particulier à poser les questions qui touchent à l'intimité des patients, comme l'orientation sexuelle, les pratiques sexuelles et l'exploration de l'aspect psychologique de la sexualité.

Parmi les pistes de réflexion pour améliorer la prise en charge d'un symptôme sexuel en médecine générale, la réforme du contenu des études médicales avec augmentation du nombre d'heures d'enseignement sur le thème de la sexualité, le développement de jeux de rôles dans les facultés, seraient autant d'outils qui permettraient aux étudiants d'appréhender au mieux ce type de consultation et amélioreraient la prise en charge et l'orientation des patients consultant pour une dysfonction sexuelle.

Ce projet constitue un premier travail exploratoire, qu'il serait intéressant d'approfondir en réalisant de nouvelles études avec un plus grand nombre de consultations standardisées.

VII/ BIBLIOGRAPHIE

- (1) Organization WH, Geneva) M on E and T in HS (1974 : Education and treatment in human sexuality : the training of health professionals, report of a WHO meeting [held in Geneva from 6 to 12 February 1974]. 1975
- (2) Althof SE, McMahon CG, Waldinger MD, Serefoglu EC, Shindel AW, Adaikan PG, Becher E, Dean J, Giuliano F, Hellstrom WJG, Giraldi A, Glina S, Incrocci L, Jannini E, McCabe M, Parish S, Rowland D, Seagraves RT, Sharlip I, and Torres LO. An update of the International Society of Sexual Medicine's guidelines for the diagnosis and treatment of premature ejaculation (PE). *J Sex Med* 2014;11:1392–1422.
- (3) Waldinger MD. Premature ejaculation: definition and drug treatment. *Drugs* 2007;67:547—68
- (4) Giuliano F. Premature ejaculation: definition and drug treatment. *Drugs* 2007;67:1629—30.
- (5) Abraham Ejaculation praecox in selected papers on psychoanalysis. London: Hogarth Press ; 1949.p.280—31
- (6) <http://www.aius.fr/v2/data/Thematiques/sexualitemasculine/PEpmv.pdf>
- (7) Waldinger MD. Premature ejaculation: state of the art. *Urol Clin North Am* 2007;34:591—9.
- (8) Glina S, Abdo CH, Waldinger MD, Althof SE, Mc Mahon C, Salonia A, et al. Premature ejaculation: a new approach by James H. Semans. *J Sex Med* 2007;4:831—7.
- (9) Giuliano F, Patrick DL, Porst H, La Pera G, Kokoszka A, Merchant S, et al. Premature ejaculation: Results from a Five-Country European Observational Study. *Eur Urol* 2008;53(5):1048—57.
- (10) Bieber I. The psychoanalytic treatment of sexual disorders. *J Sex Marital Ther* 1974;1:5—15.

- (11) Abraham Ejaculation praecox in selected papers on psychoanalysis. London: Hogarth Press ; 1949.p.280—31
- (12) Kaplan HS. The evaluation of sexual disorders. New York Brunner Mazel;1983.
- (13) Dhikav V, Karmarkar G, Gupta M, Anand KS. Yoga in premature ejaculation: a comparative trial with fluoxetine. J Sex Med, 2007;4:1726—32.
- (14) Kaplan HS. The new sex therapy. New York: Brunner Mazel;1974.
- (15) Xin ZC, Chung WS, Choi YD, Seong DH, Choi YJ, Choi HK. Penile sensitivity in patients with primary premature ejaculation. J Urol 1996;156:979—81
- (16) Peeters M, Giuliano F. Central neurophysiology and dopaminergic control of ejaculation. Neurosci Biobehav Rev 2007
- (17) Waldinger MD. The neurobiological approach to premature ejaculation. J Urol 2002;168:2359—67.
- (18) Screponi E, Carosa E, Di Stasi SM, Pepe M, Carruba G, Jannini EA. Prevalence of chronic prostatitis in men with premature ejaculation. Urology 2001;58:198—202.
- (19) Seftel AD, Miner MM, Kloner RA, Althof SE. Office evaluation of male sexual dysfunction. Urol Clin North Am 2007;34:463—82.
- (20) Droupy S, Ponsot Y, Giuliano F. How, why and when should urologists evaluate male sexual function ? Nat Clin Pract Urol 2006;3:84—94
- (21) Marie Barais, Sébastien Cadier, Benoît Chiron, Pierre Barraine, Patrice Nabbe, Jean-Yves Le Reste. Éjaculation prématurée : stratégies pour aborder le sujet en médecine générale. Exercer 2011;95:10-5.
- (22) F. Giuliano. Les questionnaires recommandés en médecine sexuelle. Prog Urol, 2013, 23, 9, 811-821
- (23) R. Porto, F. Giuliano L'éjaculation prématurée - Progrès en Urologie, Volume 23, Issue 9, Pages 647-656
- (24) Masters WH, Johnson VE. Human sexual inadequacy. Boston: Little Brown; 1970.

- (25) Semans JH. Premature ejaculation: a new approach. *South Med J* 1956; 49:353_8.
- (26) Anderson KE, Mulhall JP, Wylie MG. Pharmacokinetic and pharmacodynamic features of dapoxétine, a novel drug for "on-demand" treatment of premature ejaculation. *BJU Int* 2006; 97:311_5.
- (27) McMahon CG, Althof S, Kaufman JM, Buvat J, Levine SB, Aquilina JW, et al. Efficacy and safety of dapoxetine for the treatment of premature ejaculation: integrated analysis of results from five phase 3 trials. *J Sex Med* 2011; 8: 524-39
- (28) Bar-Or D, Salottolo KM, Orlando A, Winkler JV, Tramadol ODT Study Group. A randomized double-blind, placebo controlled multicenter study to evaluate the efficacy and safety of two doses of tramadol orally disintegrating tablet for the treatment of premature ejaculation within less than 2 minutes. *Eur Urol* 2012; 61: 736_43
- (29) Giuliano F. Tramadol for the treatment of premature ejaculation. *Eur Urol* 2012; 61:744_5
- (30) Berkowitch M, Keresteci A, Koren G. Efficacy of Prilocaine-Lidocaine cream in the treatment of premature ejaculation. *J Urol* 1995; 154:1360_1.
- (31) Busato W, Galindo CC. Topical anesthetic use for treating premature ejaculation: results of small-scale-study. *Sex relation Ther* 2008; 23:365_76
- (32) M-H Colson. Santé sexuelle au masculin. Fédération Française de Sexologie et de Santé Sexuelle FFS3 (article web : http://www.ff3s.fr/v2/data/sante_sexuelle_au_masculin/ejaculation_precoce/ep01.asp)
- (33) Moreira ED, Glasser DB, Nicolosi A, Duarte FG, Gingell C for the GGSAB Investigators' Group. Sexual problems and help seeking behaviour in adults in the United Kingdom and continental Europe. *BJU Int* 2008;101:1005-11.
- (34) Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States. *JAMA* 1999;281:537-44.
- (35) Nuyts G, Hill K, Jones MP. Current practice and resource utilization in men diagnosed with premature ejaculation. *Int J Clin Pract* 2008;62:1533-40.

- (36) Barrows HS. An overview of the uses of standardized patients for teaching and evaluating clinical skills. AAMC. Acad Med J Assoc Am Med Coll. juin 1993;68(6):443-451-453.
- (37) Quenon J-L, Gaudel M. Évaluation des pratiques des professionnels de santé avec des patients standardisés incognito: une méthode à développer en France ? Risques Qual En Milieu Soins. 2014;11(3):71-8.
- (38) Lorenzo A, Schildt P, Lorenzo M, Falcoff H, Noel F. Acute low back pain management in primary care: a simulated patient approach. Fam Pract. août 2015;32(4):436-41.
- (39) Alte D, Weitschies W, Ritter CA. Evaluation of consultation in community pharmacies with mystery shoppers. Ann Pharmacother. juin 2007;41(6):1023-30.
- (40) CATRICE M. Elaboration of a standard design for studies based on the standardized patient method [Internet]. [cité 28 août 2017]. Disponible sur : http://www.bichat-larib.com/publications.documents/5214_173-82_exercer126_catrice_1.pdf
- (41) MAZEL A-E. Évaluation de l'accès à l'IVG en médecine de ville par la méthode du patient standardisé - document [Internet]. 2015 [cité 28 août 2017]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01152545/document>.
- (42) STEPHAN H. ANALYSE DU DEROULEMENT D'UNE CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE. A propos de la retranscription de 47 consultations chez 5 médecins généralistes. [Internet]. 2012 [cité 10 juill 2017]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/413/1/2012TOU31076.pdf>
- (43) L'anamnèse DIU de Sexologie 28 Janvier 2005 Dr Marie Hélène Colson Directeur d'Enseignement DIU Sexologie Marseille et Montpellier [Internet]. [cité 20 juin 2017]. Disponible sur: <http://sfms.free.fr/cube/2008-sfms-Colson01.pdf>
- (44) Cynthia L. Robbins, MD; Vanessa Schick, PhD; Michael Reece, PhD, MPH; et al. Prevalence, Frequency, and Associations of Masturbation With Partnered Sexual Behaviors Among US Adolescents. Arch Pediatr Adolesc Med. 2011;165(12):1087-1093. doi:10.1001/archpediatrics.2011.142.

- (45) Gott M, Galena E, Hinchliff S, Elford H. Opening a can of worms: GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Fam Pract* 2004;21:528-36.
- (46) Temple-Smith MJ, Mulvey G, Keogh L. Attitudes to taking a sexual history in general practice in Victoria, Australia. *Sex Transm Infect* 1999;75:41-4
- (47) Humphery S, Nazareth I. GPs' views on their management of sexual dysfunction. *Fam Pract* 2001;18:516-8.
- (48) Temple-Smith M, Hammond J, Pyett P, Presswell N. Barriers to sexual history taking in general practice. *Aust Fam Phys* 1996;25:S71-4
- (49) 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* 2008;5:47-59
- (50) Aschka C, Himmel W, Ittner E, Kochen MM. Sexual problems of male patients in family practice. *Fam Pract* 2001;50:773-8.
- (51) Laumann EO, Glasser DB, Neves RCS, Moreira E. A population based survey of sexual activity, sexual problems and associated help-seeking behavior patterns in mature adults in the United States of America. *Int J Imp Res* 2009; 21:171_8
- (52)
http://commonweb.unifr.ch/artsdean/pub/gestens/f/as/files/4665/9547_143528.pdf
- (53) Repères statistiques - Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes [Internet]. [cité 4 juill 2017]. Disponible sur: <http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/violences-de-genre/reperes-statistiques-79/>
- (54) Cristofari. Démographie médicale : généralistes en baisse, spécialistes en hausse [Internet]. Syndicat MGFrance. [cité 4 juill 2017]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/index.php/actualite/profession/545-demographie-medicale-generaliste-en-baisse-specialistes-en-hausse>
- (55) DUHAMEL A. Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins [Internet]. 2008 [cité 10 juill 2017]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/084000751.pdf>

(56)

http://commonweb.unifr.ch/artsdean/pub/gestens/f/as/files/4665/9547_143528.pdf

(57) Rethans JJ, van Boven CP. Simulated patients in general practice: a different look at the consultation. *Br Med J Clin Res Ed.* 28 mars 1987;294(6575):809-12.

(58) Rethans JJ, Sturmans F, Drop R, van der Vleuten C. Assessment of the performance of general practitioners by the use of standardized (simulated) patients. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* mars 1991;41(344):97-9

ANNEXE 1 : SCENARIO « EJACULATION PRECOCE »

1) Le patient simulé

a) Identité :

- Jérémy Bertoncini
- Homme
- Né en 1987

b) Situation familiale :

- Issu d'une famille de classe moyenne.
- Aîné de la famille.
- Un frère 28 ans, militaire de profession, une sœur de 16 ans au collège.
- Pas de problèmes familiaux.
- Pas de problème avec la belle famille.
- En couple depuis 7 ans, mariés, 3 ans de vie commune.
- Relation de couple conflictuelle depuis 2 ans (aggravation progressive).
- Un enfant né en 2014.

c) Situation professionnelle :

- Préparateur de commande en grande surface (choix de la grande surface, en fonction du lieu de la consultation).
- Bonne ambiance.
- Un peu de stress.

d) Mode de vie :

- Tabac et alcool occasionnel
- Pas d'autres toxiques
- Absence de violence subie

e) Antécédents :

- Personnels : aucun antécédent médical, psychiatrique, chirurgical, absence d'allergie
- Familiaux : Aucun

2) La consultation

a) Choix du médecin :

- Proximité géographique du médecin par rapport au lieu de travail
- Choix d'en parler à un médecin « neutre », autre que le médecin de famille, le sujet de la consultation étant délicat

b) Motif de consultation :

- Ejaculation jugée trop rapide lors des rapports sexuels, avec un retentissement sur la vie de couple.

c) Histoire de la maladie :

- Trouble de l'éjaculation primaire d'aggravation secondaire :
 - Les rapports ont toujours été assez brefs mais n'ont jamais posé de problème a priori.
 - Ce n'est que depuis deux ans que cela pose un problème dans le couple, avec une amplification du phénomène.
 - La raison de l'aggravation serait liée à un jeu de séduction qui s'est déroulée il y a près de deux ans lors de vacances aux sports d'hiver entre le moniteur de ski et son épouse.
- Examiné par un urologue, aux urgences, le weekend ayant précédé la consultation, suite à un coup reçu dans les parties génitales lors d'un match de rugby entre amis. L'examen clinique et paraclinique n'a rien retrouvé (examen OGE complet, BU négative, échographie testiculaire normale)

d) Sexualité :

- Hétérosexuel.
- Plusieurs partenaires sexuelles différentes, auparavant.

- Existence d'imaginaire érotique et fantasmes.
- Visualisation de sites internet à caractère pornographique.
- Pratique de la masturbation.
- Pratique des préliminaires.
- Sexualité jugée actuellement insatisfaisante.

e) Partenaire sexuel :

- Frustration.
- Absence de dysfonction sexuelle.

f) Solutions tentées :

- Augmenter les préliminaires.
- Masturbation avant rapport sexuel.
- Préservatifs plus épais (retardant).
- Anesthésiant local (crème anesthésiante).

g) Discours tenu en consultation :

« Bonjour Docteur, si je viens vous voir c'est parce que je suis victime d'éjaculation précoce depuis à peu près deux ans. Le problème est le suivant, dès que je m'approche de ma femme, parfois même lors de préliminaires ou au moment de la pénétrer j'éjacule trop vite, sans comprendre pourquoi. Cette situation exaspère déjà ma femme car elle ne parvient pas à pleinement profiter de nos rapports. Je suis sûr qu'au fond elle est frustrée même si elle me dit que ce n'est pas grave. Je tiens à ma femme et à mon fils, vous comprenez ? J'ai donc décidé de mettre un terme à cette situation.

J'ai essayé la masturbation, les préservatifs retardant, mais rien n'y fait, ça ne marche pas ! »

Puis discours orienté, adapté en fonction des questions du médecin, en respectant les caractéristiques du « personnage »

ANNEXE 2 : Variables étudiées

- Quels étaient les caractéristiques initiales des médecins recrutés ?
 - Age (médiane, écart type)
 - Sexe : sexe féminin = 1, sexe masculin = 0 (n, %)
 - Lieu d'exercice : Paris intra-muros = 1, banlieue = 0 (n, %)
 - Mode d'exercice : cabinet seul, cabinet de groupe, maison de santé, centre de santé (n, %)
 - Secteur : secteur 1 = 1, secteur 2 = 0 (n, %)
 - Formation : MSU, SFTG, CNGE (n, %)
 - Recrutement : via SFTG = 1, via Ameli = 0 (n, %)
 - Enregistrement accepté : oui = 1, non = 0 (n, %)

- Quel était le déroulement de la consultation ?
 - Heure de la consultation
 - Durée de la consultation en minutes (moyenne, écart type)
 - Durée d'ouverture du dossier (administratifs, antécédents...)
 - Phrase d'ouverture du dossier
 - Phrase d'introduction
 - Phrase de conclusion
 - Position de la question portant sur le motif de consultation (moyenne, écart type)

- De quelle façon l'interrogatoire était-il mené ?
 - Temps de parole laissé au patient (ratio nombre de mots patient / nombre de mots patient)
 - Nombre de questions ouvertes
 - Empathie : échelle CARE (Cf ANNEXE 3).
 - Valorisation du patient
 - Vocabulaire utilisé par le médecin (niveau de langage familier/courant/scientifique)

- Stress du médecin
- Recherche de ce que sait déjà le patient
- Quels éléments étaient recueillis lors de l'interrogatoire ?
 - Histoire sexuelle : orientation sexuelle, 1^{er} rapport, expérience(s) sexuelle(s), pratiques sexuelles, éducation, rapport aux parents, violences subies
 - Sexualité actuelle : désir, plaisir, orgasme, préliminaire, masturbation, imaginaire érotique et fantasme, perception de la sexualité
 - Sexualité dans le couple : fréquence, initiative, désir de grossesse/d'enfant, troubles somatiques/psychologiques associés, place du partenaire dans la démarche, trouble(s) sexuel(s) chez le/la partenaire,
 - Caractéristiques du symptôme sexuel : primaire/secondaire, total/partiel, généralisé/situationnel, douleur associée
 - Exploration de l'environnement : couple, famille, travail, comorbidités psychiatriques, consommation de toxiques
- Quel examen clinique était réalisé ?
 - Tension Artérielle
 - Examen cardiopulmonaire
 - ECG
 - Poids, taille
 - Proposition d'un examen gynécologique/urologique
 - Détail de l'examen clinique
- Le diagnostic était-posé ?
 - Ejaculation précoce/vaginisme = 1, autres = 0
 - Si autres : à préciser

- Quelle était la prise en charge proposée ?
 - Réalisation d'examen complémentaires ?
 - Traitement proposé : médical non médicamenteux, médical médicamenteux, chirurgical, paramédical ?
 - Conseils ?
 - Banalisation ?
 - Adressage précis ?
 - 2^{ème} consultation proposée ?

ANNEXE 3 : Echelle CARE en français :

The CARE Measure

© Stewart W Mercer 2004

1. S'il vous plaît, veuillez remplir le questionnaire concernant la consultation que vous venez de passer. Veuillez cocher au moins une case pour chaque question et remplir chaque question.

	insuffisant	moyen	bon	Très bon	excellent	Sans objet
le médecin stagiaire :						
1. Vous a mis à l'aise..... <i>(chaleureux vis à vis de vous , avec respect Ni froid, ni cassant)</i>	<input type="radio"/>					
2. Vous a laissé exposer votre problème <i>(laissé du temps pour décrire vos maux avec votre vocabulaire, Sans vous interrompre ou vous perturber)</i>	<input type="radio"/>					
3. Etait à votre écoute ... <i>(Attentif à ce que vous dites, sans regarder ses notes ou l'ordinateur pendant que vous parliez)</i>	<input type="radio"/>					
4. S'est intéressé à vous dans votre globalité. <i>(a demandé et cherché à connaître les détails pertinents de votre vie, votre situation,</i>	<input type="radio"/>					

sans vous prendre pour un "numéro »)

5. A pleinement compris vos problèmes

ü ü ü ü ü ü

(montré qu'il avait pleinement compris vos problèmes sans en écarter aucun)

**6 A montré de l'attention et
de la compassion.**

ü ü ü ü ü ü

(a semblé personnellement concerné par vous, humain, sans être indifférent ou détaché)

7. A été positif.....

ü ü ü ü ü ü

(avoir une approche et une attitude positive;

Être honnête et objectif sur vos problèmes)

8. A expliqué clairement les choses...

ü ü ü ü ü ü

(répondu à toutes vos questions expliqué clairement

donné une information claire sans être flou),

9. Vous a aidé à l'autonomie.....

ü ü ü ü ü ü

(exploré avec vous ce que vous pouvez faire pour améliorer votre santé plutôt que vous faire la leçon)

10. A élaboré un plan d'action avec vous

ü ü ü ü ü ü

(discuté les choix possibles, vous a impliqué dans les décisions sans négliger votre point de vue)

ANNEXE 4 : Premature Ejaculation Profile (PEP)

Veillez répondre aux questions en pensant à votre activité sexuelle actuelle

Q1 En qui concerne vos rapports sexuels au cours du dernier mois, vous diriez que votre satisfaction a été :

- 1 = Très mauvaise
- 2 = Mauvaise
- 3 = Correcte
- 4 = Bonne
- 5 = Très bonne

Q2 Au cours du dernier mois votre contrôle de l'éjaculation au cours de vos rapports sexuels a été :

- 1 = Très mauvais
- 2 = Mauvais
- 3 = Correct
- 4 = Bon
- 5 = Très bon

Q3 Au cours du dernier mois, la rapidité avec laquelle vous avez éjaculé lors de vos rapports sexuels avec pénétration vous-a-t-elle contrarié ?

- 1 = Pas du tout
- 2 = Un peu
- 3 = Modérément
- 4 = Beaucoup
- 5 = Extrêmement

Q4 Au cours du dernier mois, la rapidité avec laquelle vous avez éjaculé lors de vos rapports sexuels avec pénétration a-t-elle compliqué vos relations avec votre partenaire ?

- 1 = Pas du tout
- 2 = Un peu
- 3 = Modérément
- 4 = Beaucoup
- 5 = Extrêmement

ANNEXE 5 : Men Health Sexual Questionnaire (MHSQ)

Introduction : Les questions suivantes portent sur différents aspects de vos capacités à avoir des rapports sexuels. Ces questions portent sur toutes les activités sexuelles que vous avez eues avec votre partenaire habituel(le), avec d'autres partenaires ou en vous masturbant. Par activité sexuelle, nous entendons tout type d'activité sexuelle que vous avez eu, y compris la pénétration, les caresses buccales ou toute autre activité sexuelle qui peut conduire à une éjaculation.

Il peut être difficile de répondre à certaines de ces questions. Merci de répondre au plus de questions possibles et de rester aussi sincère que possible en y répondant. Nous vous rappelons que toutes vos réponses resteront confidentielles.

Les premières questions portent sur vos érections, autrement dit sur la façon dont vous « bandez ».

Au cours du dernier mois, avez-vous pris des médicaments pour des problèmes d'érection ?

Oui Non

Erection

Q1. Au cours du dernier mois, sans l'aide de médicaments, combien de fois avez-vous réussi à avoir une érection quand vous en aviez envie ?

5 Tout le temps

4 La plupart du temps

3 À peu près la moitié du temps

2 Moins de la moitié du temps

1 Jamais

0 J'ai utilisé des médicaments pour l'érection lors de chaque rapport sexuel

Q2. Au cours du dernier mois, si vous avez pu avoir une érection, sans l'aide de médicaments, combien de fois avez-vous pu rester rigide aussi longtemps que vous le souhaitiez ?

5 Tout le temps

4 La plupart du temps

3 À peu près la moitié du temps

2 Moins de la moitié du temps

1 Jamais

0 J'ai utilisé des médicaments pour l'érection lors de chaque rapport sexuel

Q3. Au cours du dernier mois, si vous avez pu avoir une érection, sans utiliser de médicaments, comment évaluez-vous la rigidité de vos érections ?

5 Complètement rigides

4 Presque complètement rigides

3 Plutôt rigides, mais pouvant se ramollir

2 Un peu rigides, mais facilement ramollies

1 Pas rigides du tout

0 J'ai utilisé des médicaments pour l'érection lors de chaque rapport sexuel

Score total sur l'érection (0-15)

Gêne (problèmes d'érection)

Q4. Au cours du dernier mois, si vous avez eu des difficultés à ce que votre verge devienne rigide ou reste rigide sans l'aide de médicaments pour l'érection, avez-vous été gêné par ce problème ?

5 Pas du tout gêné/Je n'ai pas eu de problème d'érection

4 Un peu gêné

3 Moyennement gêné

2 Très gêné

1 Extrêmement gêné

Score sur la gêne (*Problèmes d'érection*) (0–5)

Ejaculation

Introduction : La section suivante concerne votre éjaculation et le plaisir associé à votre éjaculation. L'éjaculation correspond à l'expulsion de sperme lors de l'orgasme sexuel. Les questions suivantes concernent les éjaculations que vous avez lors d'activités sexuelles. Nous vous demandons de penser aux éjaculations que vous avez eues avec votre partenaire habituel(le), d'autres partenaires ou en vous masturbant.

Q5. Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous été capable d'éjaculer lors d'une activité sexuelle ?

5 Tout le temps

4 La plupart du temps

3 À peu près la moitié du temps

2 Moins de la moitié du temps

1 Jamais/Je ne pouvais pas éjaculer

Q6. Au cours du dernier mois, lorsque vous aviez une activité sexuelle, combien de fois avez-vous eu l'impression que l'éjaculation mettait trop de temps à venir ?

- 5 Jamais
- 4 Moins de la moitié du temps
- 3 Environ la moitié du temps
- 2 La plupart du temps
- 1 Chaque fois
- 0 Je ne pouvais pas éjaculer

Q7. Au cours du dernier mois, combien de fois, lors d'une activité sexuelle, avez-vous eu l'impression d'éjaculer alors qu'il n'y avait pas de sperme ?

- 5 Jamais
- 4 Moins de la moitié du temps
- 3 Environ la moitié du temps
- 2 La plupart du temps
- 1 Chaque fois
- 0 Je ne pouvais pas éjaculer

Q8 Comment évaluez-vous la force ou la puissance des éjaculations que vous avez eues au cours du dernier mois ?

- 5 Aussi fortes qu'elles ont toujours été/pareilles ou inchangées
- 4 Un peu moins fortes
- 3 Moins fortes
- 2 Beaucoup moins fortes
- 1 Considérablement moins fortes
- 0 Je ne pouvais pas éjaculer

Q9. En vous basant sur le dernier mois, comment évaluez-vous le volume ou la quantité de sperme lorsque vous éjaculez ?

- 5 Aussi abondant qu'il a toujours été/pareil ou inchangé
- 4 Un peu moins abondant
- 3 Moins abondant
- 2 Beaucoup moins abondant
- 1 Considérablement moins abondant
- 0 Je ne pouvais pas éjaculer

Q10. Par comparaison à il y a UN mois, diriez-vous que le plaisir physique que vous avez ressenti en éjaculant a...

- 5 Beaucoup augmenté
- 4 Augmenté moyennement
- 3 Pas de changement
- 2 Moyennement diminué
- 1 Beaucoup diminué
- Je ne pouvais pas éjaculer

Q11. Au cours du dernier mois, avez-vous ressenti une douleur physique ou de la gêne pendant l'éjaculation ? Diriez-vous que vous avez eu...

- 5 Aucune douleur
- 4 Un peu de douleur ou d'inconfort
- 3 Une douleur ou un inconfort modéré(e)
- 2 Une grande douleur ou un grand inconfort
- 1 Énormément de douleur ou d'inconfort
- 0 Je ne pouvais pas éjaculer

Score sur l'éjaculation (1–35)

Gêne (Problèmes d'éjaculation)

Q12. Au cours du dernier mois, si vous avez eu des difficultés pour éjaculer ou si vous n'avez pas pu éjaculer, cela vous a-t-il gêné ?

- 5 Pas du tout gêné
- 4 Un peu gêné
- 3 Moyennement gêné
- 2 Très gêné
- 1 Extrêmement gêné

Score sur la gêne (Problèmes d'éjaculation) (1–5)

Satisfaction

Les quelques questions suivantes portent sur votre relation avec votre partenaire habituel(le) au cours du dernier mois. Certaines de ces questions portent sur vos relations sexuelles, alors que d'autres portent sur vos relations en général.

Q13. En général, dans quelle mesure êtes-vous satisfait des relations sexuelles que vous avez avec votre partenaire habituel(le) ? (ne cocher qu'une seule case)

- 5 Extrêmement satisfait
- 4 Moyennement satisfait
- 3 Ni satisfait ni insatisfait
- 2 Moyennement insatisfait
- 1 Extrêmement insatisfait

Q14. En général, dans quelle mesure êtes-vous satisfait de la qualité de votre vie sexuelle avec votre partenaire habituel(le) ?

- 5 Extrêmement satisfait
- 4 Moyennement satisfait
- 3 Ni satisfait ni insatisfait
- 2 Moyennement insatisfait
- 1 Extrêmement insatisfait

Q15. En général, dans quelle mesure êtes-vous satisfait de la fréquence de vos rapports sexuels avec votre partenaire habituel(le) ?

- 5 Extrêmement satisfait
- 4 Moyennement satisfait
- 3 Ni satisfait ni insatisfait
- 2 Moyennement insatisfait
- 1 Extrêmement insatisfait

Q16. En général, dans quelle mesure êtes-vous satisfait des signes de tendresse que vous et votre partenaire habituel(le) montrez lors des rapports sexuels ?

- 5 Extrêmement satisfait
- 4 Moyennement satisfait
- 3 Ni satisfait ni insatisfait
- 2 Moyennement insatisfait
- 1 Extrêmement insatisfait

Q17. En général, dans quelle mesure êtes-vous satisfait de la façon dont vous et votre partenaire habituel(le) parlez de sexualité ?

- 5 = Extrêmement satisfait
- 4 = Moyennement satisfait
- 3 = Ni satisfait ni insatisfait
- 2 = Moyennement insatisfait
- 1 = Extrêmement insatisfait

Q18. Sans tenir compte de vos relations sexuelles, dans quelle mesure êtes-vous satisfait des autres aspects de votre relation avec votre partenaire habituel(le) ?

- 5 = Extrêmement satisfait
- 4 = Moyennement satisfait
- 3 = Ni satisfait ni insatisfait
- 2 = Moyennement insatisfait
- 1 = Extrêmement insatisfait

Score sur la satisfaction (6–30)

Activité et désir sexuels

Introduction : Les questions suivantes portent sur votre activité sexuelle au cours du dernier mois. Ces questions portent sur toutes les activités sexuelles que vous avez eues avec votre partenaire habituel(le), avec d'autres partenaires ou en vous masturbant. Par activité sexuelle, nous entendons tout type d'activité sexuelle que vous avez eu, y compris la pénétration, les caresses buccales ou toute autre activité sexuelle qui peut conduire à une éjaculation.

Q19. Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous eu une activité sexuelle, à savoir vous masturber, des rapports sexuels, des caresses buccales ou toute autre sorte d'activité sexuelle ?

- 5 = Chaque jour ou presque chaque jour
- 4 = Plus de 6 fois
- 3 = 4 à 6 fois
- 2 = 1 à 3 fois
- 1 = 0 fois

Si votre réponse à la question 19 est « 0 », veuillez répondre aux questions suivantes :

Quand avez-vous eu des rapports sexuels pour la dernière fois ?

- 5 = Il y a 1 à 3 mois
- 4 = Il y a 4 à 6 mois
- 3 = Il y a 7 à 12 mois
- 2 = Il y a 13 à 24 mois
- 1 = Il y a plus de 24 mois

Pour quelle raison n'avez-vous pas eu de rapports sexuels ?

Je n'ai pas pu avoir de rapports sexuels car je ne pouvais pas avoir d'érection :

OUI NON

Je n'ai pas pu avoir de rapports sexuels car je ne pouvais pas éjaculer :
OUI NON

Je n'ai pas pu avoir de rapports sexuels car je n'avais pas de partenaire :
OUI NON

Autre raison (précisez) : _____

Q20. Par comparaison à il y a UN mois, la fréquence de votre activité sexuelle a-t-elle augmenté ou diminué ?

- 5 = Beaucoup augmenté
- 4 = Augmenté moyennement
- 3 = Pas de changement
- 2 = Moyennement diminué
- 1 = Beaucoup diminué

Q21 Au cours du dernier mois, avez-vous été gêné par les modifications de fréquence de votre activité sexuelle ?

- 5 = Pas du tout gêné
- 4 = Un peu gêné
- 3 = Moyennement gêné
- 2 = Très gêné
- 1 = Extrêmement gêné

Introduction : Les questions suivantes portent sur votre envie ou désir d'avoir des rapports sexuels avec votre partenaire habituel(le). Les questions suivantes portent sur les envies ou désirs sexuels que vous avez éprouvés pour votre partenaire habituel(le), et non pas si vous avez effectivement eu des rapports sexuels.

Avez-vous un(e) « partenaire habituel(le) » ? Oui Non

Si vous n'avez pas de partenaire habituel(le), veuillez répondre à toutes les questions sans vous référer à un(e) « partenaire habituel(le) ».

Q22. Au cours du dernier mois, avec quelle fréquence avez-vous ressenti une envie ou un désir de faire l'amour avec votre partenaire habituel(le) ?

- Tout le temps
- 4 La plupart du temps
- 3 À peu près la moitié du temps
- 2 Moins de la moitié du temps
- 1 Jamais

Q23. Comment décririez-vous les envies ou désirs d'avoir des rapports sexuels que vous avez-eus au cours du dernier mois avec votre partenaire habituel(le) ?

5 Très forts

4 Forts

3 Modérés

2 Faibles

1 Très faibles ou absents

Q24. Au cours du dernier mois, avez-vous été gêné par le niveau de votre désir sexuel ? Avez-vous été...

5 Pas du tout gêné

4 Un peu gêné

3 Moyennement gêné

2 Très gêné

1 Extrêmement gêné

Q25. Par comparaison à il y a UN mois, votre envie ou désir d'avoir des rapports sexuels avec votre partenaire habituel(le) ont-ils augmenté ou diminué ?

5 Beaucoup augmenté

4 Augmenté moyennement

3 Pas de changement

2 Moyennement diminué

1 Beaucoup diminué

ANNEXE 6 : Mail de recrutement envoyé aux médecins

Chère consœur, cher confrère,

Nous sommes 4 internes du Département de Médecine Générale de Paris V qui allons étudier, sous la direction de Stéphanie Sidorkiewicz (Chef de clinique, stephanie.sidorkiewicz@gmail.com) et François Bloede (MCA, francois.bloede@orange.fr) la prise en charge d'un thème spécifique à la médecine générale.

Nous avons choisi la méthode du patient simulé, méthode de référence qui garantit la plus grande objectivité. L'objectif n'est pas de juger nos pratiques généralistes mais de les comparer aux recommandations actuelles, de repérer ce qui est pertinent et réalisable dans le temps d'une consultation.

Il s'agira pour vous, si vous acceptez, de recevoir ce patient simulé. La consultation vous sera réglée, et la feuille de soins détruite. La consultation sera enregistrée pour permettre une double lecture et les informations seront anonymisées.

Nous vous contacterons dès la fin de l'étude pour vous informer de l'identité du patient simulé et du sujet de la thèse et vous convierons à une réunion d'échange sur le sujet au cours de laquelle nous vous présenterons les résultats de notre travail.

Merci, si vous acceptez de recevoir un patient « simulé-standardisé » de donner votre accord via ce lien en quelques clics :

<http://app.evalandgo.com/s/?id=JTIDbCU5QW0IOUI=&a=JTICbyU5NW8IOTY=>

Merci d'avance de votre réponse

Bien cordialement.

ANNEXE 7 : Lettre de révélation de l'identité du patient simulé

Cher Docteur XXX,

Je me présente, je suis Jérémy Bertoncini, actuellement interne en TCEM4 à la faculté de médecine Paris Descartes. Je suis venu en consultation, dans votre cabinet, pour un problème d'Ejaculation précoce.

Je reviens vers vous afin de vous remercier et vous témoigner ma gratitude d'avoir participer à l'élaboration de notre thèse portant sur la prise en charge d'un symptôme sexuel en ville (thèse encadrée par le Dr F. BLOEDE et le Dr S. SIDORKIEWICZ, avec l'accord de l'Ordre des médecins pour la méthode du patient simulé) en acceptant de recevoir durant ces six derniers mois, un patient simulé.

Grâce à vous, j'ai pu apprendre sur le temps que vous passiez, l'écoute que vous accordiez, la prise en charge que vous proposiez pour ces consultations difficiles et chronophages.

Votre rôle a été fondamental, car à l'heure actuelle il n'existe pas de réelles recommandations sur la prise en charge de ce type de problème et c'est là tout l'enjeu.

Et bien sûr, sans votre participation, mon travail de thèse n'aurait pu aboutir.

Je reviens très rapidement vers vous, afin de vous communiquer les premiers résultats issus de l'ensemble des quatre-vingt consultations.

Je vous remercie encore une fois et reste à votre entière disposition, si vous avez la moindre question.

Cordialement

Jérémy Bertoncini
Etudiant TCEM 4, à la faculté de médecine Paris Descartes (V)
jerembertoncini@hotmail.fr
06.33.70.55.98

PRISE EN CHARGE D'UN SYMPTÔME SEXUEL PAR LES MEDECINS GENERALISTES : L'EJACULATION PREMATUREE

Introduction : Les médecins généralistes (MG) sont en 1^{ère} ligne pour le dépistage et la prise en charge des dysfonctions sexuelles (DS). Bien que fréquente, l'éjaculation précoce (EP) est souvent méconnue ou négligée. L'objectif de cette thèse est de décrire la réalité de la prise en charge d'un trouble sexuel, plus particulièrement l'EP, par les MG.

Matériel et méthodes : Entre juin 2016 et juin 2017, nous avons mené une étude observationnelle auprès de 40 MG exerçant en Ile-de-France, avec la méthode du patient simulé. Nous avons réalisé 40 consultations pour DS, dont 20 pour EP (20 pour vaginisme exploitées dans une autre thèse). Nous avons étudié différentes variables concernant les médecins, la consultation, la prise en charge proposée.

Résultats : Les médecins étaient majoritairement disponibles (durée moyenne de consultation de 19,9 minutes pour les DS, 23,55 pour les EP) et empathiques (échelle CARE à 32,6 pour les DS, 36,6 pour les EP). Mais certains aspects de la sexualité étaient peu explorés comme l'orientation sexuelle (3% des consultations pour DS, 0% des EP), la perception de la sexualité (15% des consultations pour DS, 5% des EP). Les violences sexuelles étaient recherchées dans 35% des consultations pour DS, 0% des EP. La masturbation était abordée par 35% des MG consultés pour DS, 50% des EP. Concernant l'EP, 80% des médecins ont posé le diagnostic, 95% ont recherché le caractère primaire, 25% ont prescrit des examens complémentaires, 55% ont prescrit un médicament (35% la Dapoxétine seule), 50% ont adressé le patient à un spécialiste, 30% ont proposé une 2^{ème} consultation.

Conclusion : Malgré des difficultés pour aborder en profondeur l'intimité des patients, les MG ont fait preuve de professionnalisme dans la prise en charge des dysfonctions sexuelles.

Mots clés : dysfonction sexuelle, éjaculation précoce, médecins généralistes, patient standardisé

MANAGEMENT OF SEXUAL SYMPTOMS BY GENERAL PRACTITIONERS: PREMATURE EJACULATION

Introduction: General practitioners (GPs) are in the front line for the detection and management of sexual dysfunctions (SD). Although frequent, premature ejaculation (PE) is often misunderstood or neglected. The aim of this study is to describe the reality of the management of a sexual disorder, more particularly the PE, by the GPs.

Material and methods: Between June 2016 and June 2017, we conducted an observational study of 40 Gps in Paris, using the simulated patient method. We carried out 40 consultations for SD, among which 20 for PE (and 20 for vaginismus used in another thesis). We studied numerous variables about doctors, consultation and proposed therapy.

Results: Physicians were mostly available (average duration of consultation 19.9 minutes for SD, 23.55 for PE) and empathic (CARE scale at 32.6 for DS, 36.6 for PE). However, sexual orientation was rarely explored (3% of consultations for DS, 0% of PE), and so was perception of sexuality (15% of consultations for DS, 5% of PE). Sexual violence was sought in 35% of consultations for SD, 0% of PE. Masturbation was tackled by 35% of the GPs consulted for DS, 50% of the PE. 80% of physicians found the diagnosis, 95% sought the primary endpoint, 25% prescribed complementary examinations, 55% prescribed a drug (35% Dapoxetine alone), 50% referred the patient to a specialist, 30% proposed a second consultation.

Conclusion: In spite of difficulties in dealing with patients' intimacy, GPs have shown professionalism in the management of sexual disorder.

Keywords: sexual dysfunction, premature ejaculation, general practitioners, simulated patient

Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'École de Médecine
75270 Paris cedex 06