

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/46054430>

La spécialisation informelle des médecins généralistes: L'abord de la sexualité

Article · February 2010

Source: OAI

CITATIONS

12

READS

45

1 author:



Alain Giami

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale French Institute of Health and Medical Research

244 PUBLICATIONS 1,720 CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Health care, human rights and citizenship: Issues faced by trans people in Mexico [View project](#)



Trans health and citizenship in Norway [View project](#)



Giami, A. La spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la sexualité. In G. Bloy, Schweyer, F.X. (Ed.), *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale* (pp. 147-167). Rennes: EHESP, 2010.

CHAPITRE 8

La spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la sexualité

Alain Giami

INTRODUCTION¹

Depuis 2004, les médecins généralistes peuvent devenir des médecins titulaires d'une spécialité médicale à part entière. Pour autant, en dehors de cette spécialisation que l'on peut qualifier de formelle, on a peu étudié la façon dont les médecins généralistes construisent leur pratique professionnelle et l'organisent comme une forme de spécialisation informelle. Nous avons choisi le thème de la place de la sexualité dans la pratique de la médecine générale pour comprendre comment les médecins généralistes construisent et organisent de façon sélective leur pratique professionnelle, et en particulier dans un domaine d'activité pour lequel ils n'ont pas reçu de formation spécifique et qui ne constitue pas une spécialité médicale reconnue officiellement par l'institution hospitalo-universitaire. Partant d'une étude des représentations de la sexualité chez des médecins généralistes, nous souhaitons montrer comment l'abord de la sexualité s'inscrit de façon sélective dans le cadre de la pratique actuelle de la médecine générale et comment cette sélectivité est fondée sur des critères psychosociaux plus que sur des critères de rationalité médicale ou de santé publique. Cette sélectivité peut être construite à partir de différentes postures qui vont de l'évitement, ou au moins de l'expression de réticences à aborder la sexualité, à l'obtention d'une formation dans ce domaine, en passant par des modes d'investissement intermédiaire. Au-delà de l'exemple de l'abord de la sexualité, on pourra s'interroger sur la généralisation du phénomène de la spécialisation informelle.

1. Ce texte présente une partie des résultats de la recherche : *Les médecins généralistes face à la sexualité : représentations et pratiques*, qui a bénéficié d'un contrat de recherche auprès de l'Agence nationale de recherches sur le sida (ANRS) au titre de l'année 2003. L'équipe de recherche était composée de Charlotte Le Van, Sharman Levinson, Gonzague de Larocque ainsi que de Pierre Moulin qui ont contribué au recueil et à l'analyse des entretiens auprès des médecins généralistes. Les interprétations proposées dans ce texte sont sous ma seule responsabilité.

L'abord des problèmes liés à la sexualité ne constitue pas un cas isolé de spécialisation informelle en médecine générale. Une récente enquête menée pour le compte du Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) illustre les difficultés à conceptualiser la manière dont s'organise la consultation de médecine générale. L'enquête du CNOM a mis en évidence que seuls 62 % des médecins généralistes inscrits au conseil de l'Ordre exercent exclusivement la médecine générale, 24 % ne la pratiquent « pas du tout », et 14 % « pratiquent la médecine générale à temps partiel avec une autre pratique ». Les « autres pratiques » mentionnées dans cette enquête incluent la médecine du travail, la psychiatrie, la gériatrie, l'allergologie, l'angéiologie, l'acupuncture et l'homéopathie soit toute une série de pratiques qui renvoient à des spécialités médicales plus ou moins reconnues. Les auteurs de l'enquête ne donnent pas d'information sur les médecins généralistes qui ne pratiquent « pas du tout » la médecine générale, ni sur le fait que les généralistes aient acquis une spécialité médicale dûment validée par une formation ou non (CNOM, 2006)².

Il est ainsi difficile de savoir si les médecins généralistes qui ont déclaré pratiquer la médecine générale à temps partiel en combinaison avec « une autre pratique » abandonnent complètement la pratique de la médecine générale au profit de cette « autre pratique » ; s'ils continuent à mener en parallèle leur pratique de médecine générale et cette « autre pratique », ou si l'on est confronté à une « autre façon de pratiquer » la médecine générale enrichie par cette « autre pratique » qui n'occupe qu'une place relative dans leur exercice professionnel. En d'autres termes, peut-on penser que l'inclusion de pratiques relevant des domaines de la psychiatrie, de la psychanalyse ou de la psychologie, ou des médecines dites alternatives ou douces (telles que l'homéopathie ou l'acupuncture) n'exerce pas d'influence « en retour » sur la pratique quotidienne de la médecine générale en modifiant celle-ci en profondeur, dans sa globalité ? Par ailleurs, l'enquête du CNOM ne s'interroge pas sur les 62 % de médecins qui « pratiquent exclusivement la médecine générale ». Peut-on penser que ces deux tiers des médecins généralistes font tous les mêmes choses, abordent de la même façon tous les problèmes médicaux ? Inversement, abordent-ils seulement une partie des problèmes médicaux ou bien expriment-ils des préférences envers tel ou tel groupe de la population (les enfants, les personnes âgées, les femmes, les classes défavorisées), ou des préférences envers tel ou tel type de prescription ou de technique médicale (Letourmy, 1985) ? Dans ce cas, c'est la logique qui sous-tend ces choix que nous avons tenté de qualifier de « spécialisation informelle » ?

L'abord de la sexualité dans la pratique des médecins généralistes nous fournit un exemple pertinent pour analyser la spécialisation informelle qui peut s'incarner dans des postures différentes. L'idée d'une spécialisation informelle dans le domaine de la sexualité s'impose d'autant plus que la sexologie ne constitue pas une « spécialité médicale » *stricto sensu*, validée par

2. Le rapport 2007 de l'ONDPS consacré à la médecine générale apporte des informations détaillées sur ces questions.

un diplôme³. En France, quelques centaines de médecins généralistes, seulement, ont suivi une formation et obtenu un diplôme en sexologie, et même dans ce cas, la sexologie ne constitue qu'une très faible partie de leur exercice professionnel (Giami, de Colomby, 2001). On peut aisément supposer que l'ensemble des médecins généralistes sont confrontés dans leur pratique à des demandes et à des problèmes concernant de près ou de loin la sexualité, l'activité sexuelle et ses conséquences. La question se pose alors de savoir si les médecins généralistes préfèrent éviter – ou même refuser – d'avoir à répondre à ces problèmes, s'ils ont le sentiment de « subir » ces questions ou s'ils souhaitent y répondre activement, selon quelles modalités sont-ils en mesure d'y répondre et éventuellement de s'engager dans des formations dans ce domaine ?

La notion de spécialisation informelle qui permet de comprendre cette situation, se situe donc à deux niveaux d'analyse différents. Il s'agit tout d'abord du niveau institutionnel, marqué par un début de reconnaissance officielle de la pratique de la sexologie qui n'a pas (encore ?) atteint le niveau de sa reconnaissance comme spécialité médicale. C'est en ce sens que la sexologie est une « spécialité informelle » en cours d'évolution et de reconnaissance institutionnelle. Par ailleurs, il s'agit du niveau de l'expérience professionnelle des médecins généralistes caractérisé par la gestion quotidienne des demandes et des problèmes des patients, par le développement d'attitudes psychologiques et de dispositions techniques et relationnelles et, par la structuration et l'organisation de la pratique quotidienne en relation avec les confrères. C'est à ce niveau que se situe notre interrogation.

La place de la sexualité dans la médecine

Le rapport de la sexualité et de la médecine est abordé habituellement sous l'angle de la « médicalisation de la sexualité » (Giami, 2005a ; Tiefer, 1996). En reprenant les concepts de Ph. Conrad, on peut considérer que le processus de la médicalisation de la sexualité consiste à « définir un problème en termes médicaux, d'utiliser un langage médical pour le décrire, d'adopter un cadre de pensée médical pour le comprendre, et d'utiliser des formes d'interventions médicales pour le traiter » (Conrad, 1992). On est tout à fait au cœur de la construction médicale de la réalité et des interventions sur ces réalités. Ce rapport est plus rarement abordé sous l'angle de l'appropriation de la sexualité par les médecins eux-mêmes, dans leur pratique quotidienne, qui est tenue pour acquise. On s'est plus intéressé à la façon dont les savoirs médicaux ont élaboré et incorporé la sexualité plutôt qu'à celle dont les

3. En juin 1995, le CNOM a défini la sexologie comme une « pratique psycho-médicale nécessitant une approche globale de l'homme, suivie souvent d'une prise en charge pluridisciplinaire : la sexologie s'inscrit dans l'évolution de nos sociétés ». Lors de sa session d'avril 1997, le Conseil national de l'Ordre des médecins a reconnu « en tant que titre le diplôme interuniversitaire de sexologie ». Mais pour le moment, ce diplôme « n'est ni une qualification, ni une capacité ». Les circulaires du CNOM (n° 98.009 et 98.018) autorisent les médecins titulaires d'un diplôme interuniversitaire de sexologie, à utiliser le titre de sexologue « sur leurs ordonnances et leurs plaques ». Cette disposition vaut aussi pour l'inclusion dans l'annuaire téléphonique professionnel.

médecins eux-mêmes se sont approprié ce corpus, ce langage scientifique et les pratiques qui peuvent en découler.

L'approche historique de la médicalisation nous permet de mieux distinguer comment la place de « la sexualité » pourrait être envisagée dans le cadre de la spécialisation informelle. Foucault montre comment la médicalisation de la sexualité s'est développée sur la base de la distinction entre d'une part, le « dispositif de sexualité », qui concerne la mise en parole de la sexualité et s'inscrit dans la continuité des dispositifs religieux et juridiques de la sexualité, et, d'autre part, le « sexe » renvoyant aux dimensions proprement anatomiques et physiologiques qui sont l'objet de la médecine avant de développer l'idée de la bio-politique (Foucault, 1976)⁴. Davidson approfondit le point de vue de Foucault en précisant que le concept de « sexualité », apparu au milieu du XIX^e siècle, reste inscrit dans « le style de raisonnement de la psychiatrie », alors que « le sexe » est bien inscrit dans « le style de raisonnement de la médecine » (Davidson, 1987). De son côté Lanteri Laura a mis en évidence comment la médecine s'est *approprié* des conduites sexuelles déjà considérées comme déviantes par « les bonnes mœurs », en les reformulant, sous la forme des « perversions sexuelles », à l'aide des éléments de la science et de la psychiatrie de cette époque. Lanteri Laura met ainsi en évidence les fondements idéologiques d'un découpage de l'objet sexualité en autant de domaines justiciables des approches médicales, sous l'angle du traitement de la déviance et/ou de la pathologie, c'est-à-dire dans le langage dominant de la médecine de cette époque (Lanteri Laura, 1979).

En nous fondant sur la distinction établie par Foucault et Davidson entre la « sexualité » et le « sexe », nous avons tenté de distinguer deux dimensions du processus d'appropriation de la sexualité, et de spécialisation des médecins généralistes dans ce domaine. La première de ces dimensions consiste en l'acquisition et la maîtrise d'un ensemble de connaissances et de pratiques médicales concernant des organes, des fonctions et des traitements, le « sexe », et en la capacité à les aborder dans la consultation médicale. Il s'agit de la conception médicale de la sexualité. La seconde réside dans l'acquisition de la maîtrise des processus de communication qui se déroulent notamment au sein des consultations (relation médecin/patient), dans la maîtrise du langage scientifique et médical de la sexologie et des disciplines médicales, et dans l'intégration d'un certain nombre d'éléments psychologiques dans la pratique médicale (dans la représentation des troubles aussi bien que dans la conduite de l'entretien médical). Il s'agit d'une conception médicale, mais holistique de la sexualité.

La médicalisation de la « sexualité » est donc entendue ici comme le processus selon lequel les médecins généralistes s'approprient un objet social, aux contours mal définis, et le transforment en un objet médical. Par ailleurs, l'appropriation du « sexe » par les médecins consiste à fragmenter cet objet global aux contours flous et mal définis en une série d'objets (de concepts)

4. Pour le débat posé par la confrontation entre les travaux de Michel Foucault et Georges Lanteri Laura, voir Giami (2005b).

entrant dans le registre, les structures et les modes d'organisation de la connaissance et de la pratique médicale. Il va s'agir par exemple de la contraception, de l'IVG, de la prévention du VIH, des traitements des troubles sexuels, ou du dépistage et du signalement des abus sexuels. Les médecins s'approprient préférentiellement l'un ou l'autre aspect du « sexe » en fonction de différents critères liés à leur formation, à l'orientation donnée à leur pratique, aux caractéristiques de leur clientèle, à leur identité de genre et aux valeurs morales auxquelles ils adhèrent. Cette appropriation des différents aspects du « sexe » n'exclut pas la présence et la permanence d'un discours global de type holistique sur la sexualité à propos duquel des auteurs comme Freud ou Foucault n'ont pas manqué de construire et d'approfondir le lien avec la vérité du sujet et l'identité de la personne (Weeks, 2005).

Le processus de la spécialisation informelle peut ainsi être pensé, soit comme un processus d'appropriation dans lequel la sexualité est absorbée et fragmentée dans le dispositif de la médecine générale sans modifier celui-ci, soit au contraire comme l'introduction de changements plus importants dans la construction de la pratique et de l'activité médicale.

Spécialisation et spécialisation informelle

L'analyse du concept de spécialisation en médecine fait apparaître que la question de la spécialisation informelle n'est pas réductible à celle de la spécialisation médicale. Celle-ci est construite en référence principale à l'institution médicale et à l'organisation sociale et politique de la médecine, qui constitueraient le foyer principal d'un phénomène surdéterminé par des facteurs scientifiques, techniques, économiques, sociaux et politiques, et par des domaines d'activité des médecins qui débordent du cadre de la consultation. Reprenant l'histoire du concept, Weisz rappelle qu'au XIX^e siècle, la recherche et l'enseignement médical étaient considérés comme une forme de spécialisation de l'activité du médecin par rapport à la pratique médicale *stricto sensu*, et ce n'est qu'à partir du début du XX^e siècle que la spécialisation entendue comme segmentation et apparition des disciplines médicales s'est instaurée comme la forme dominante de la pratique médicale (Weisz, 2006). Pinell fait apparaître la relative complexité des processus socio-historiques de la spécialisation médicale : « La spécialisation est un processus de division du champ médical en sous-ensembles de pratiques susceptibles au départ de revêtir des formes variées et aboutissant ou non à la constitution d'une spécialité instituée et reconnue comme légitime par les institutions dominant le champ. (...) Les facteurs qui déterminent l'émergence d'un sous-espace spécialisé ou qui interviennent sur son développement pour en modifier le cours peuvent être de tous ordres (scientifiques, techniques, économiques, politiques, etc..) et différents selon les sous-espaces. (...) Le processus de division en sous-espaces spécialisés est en partie déterminé par l'état existant des connaissances, des techniques, des institutions et de la structure des rapports de position des agents au sein du champ médical. » (Pinell, 2005)

L'étude réalisée par Herzlich et son équipe sur les carrières et les pratiques des médecins français soulignait les difficultés liées à l'établissement

de différences claires entre les médecins généralistes et les spécialistes (Herzlich *et al.*, 1993). La notion de « poly-exercice » a été développée pour décrire les processus d'évolution des carrières professionnelles des médecins en fonction de différents cadres et modes d'exercice professionnel. Concrètement, le « poly-exercice » concerne principalement l'articulation dynamique de l'activité médicale de ville, l'activité hospitalière, l'obtention d'une spécialité médicale et la participation à l'enseignement universitaire, au cours de la carrière des médecins. La spécialisation reste traitée dans le travail de Herzlich *et al.* comme liée à l'obtention d'une spécialité médicale reconnue et à l'appartenance et la participation à des réseaux associés à l'université, elle est ainsi envisagée comme l'une des étapes d'une trajectoire de constitution des élites médicales (Herzlich *et al.*, 1993, p. 107). Elle n'est pas pensée comme une organisation ou une construction à l'intérieur de la pratique médicale quotidienne, une segmentation de la pratique quotidienne, c'est-à-dire comme le choix de travailler préférentiellement sur tel ou tel aspect de la médecine ou auprès d'une catégorie de la population, tel que cela a été observé dans l'enquête du CNOM. Ainsi, la spécialisation médicale est traditionnellement pensée dans le cadre de la sociologie de la médecine comme la segmentation hiérarchisée du groupe professionnel des médecins, voire même comme l'une des étapes d'une trajectoire de constitution des élites médicales. Elle n'est pas envisagée comme une organisation ou une construction à l'intérieur même de la pratique médicale quotidienne. Mais, par ailleurs, la spécialisation informelle peut être considérée comme le premier moment du processus décrit par Pinell (2005)⁵.

On connaît mal le processus de la spécialisation informelle tel qu'il peut être vécu par des médecins généralistes, les dimensions qu'il peut revêtir, ses contenus et les différentes postures qui en sont constitutives, ainsi que son influence sur l'organisation de la pratique quotidienne en médecine générale. Les différentes approches que nous avons évoquées n'ont pas pris en compte ce processus et c'est pourquoi nous proposons d'utiliser une approche psychosociale de la spécialisation informelle, qui permettra d'insister davantage sur des éléments qui sont propres au domaine d'activité lui-même tel qu'il est interprété par les médecins généralistes. L'expérience, et les représentations des médecins sont ici considérées comme éléments à part entière du phénomène social. L'approche psychosociale de la spécialisation informelle, permet d'insister davantage sur des éléments qui sont propres au domaine d'activité lui-même tel qu'il est interprété par les médecins généralistes, plutôt que sur les trajectoires des médecins au sein de différentes institutions qui encadrent la pratique et la profession médicale.

5. Par ailleurs, l'approche économique des activités quotidiennes des médecins généralistes réalisée par Letourmy ouvre la réflexion sur la construction sélective de la pratique des médecins généralistes en fonction de critères économiques. Letourmy analyse comment l'organisation spécifique du travail des généralistes peut leur permettre, ou non, de réaliser leurs aspirations socio-économiques. Cet auteur analyse le déroulement des consultations, les types de patients reçus, les pathologies abordées, les types de prescription et la collaboration avec des spécialistes ou avec l'hôpital et construit une typologie des types de pratique des médecins généralistes qui met bien en évidence comment ceux-ci organisent leur activité en fonction de finalités non exclusivement médicales (Letourmy, 1985).

Une enquête auprès de médecins généralistes

Méthodologie

Ce travail prend appui sur une enquête qualitative par entretiens semi-directifs visant à explorer les représentations de la sexualité chez les médecins généralistes, ainsi que les relations médecin-patient qui se déroulent à propos de ces questions. Il s'agissait d'une enquête de terrain réalisée entre 2002 et 2004. Trente-cinq médecins généralistes (20 hommes et 15 femmes) exerçant dans les régions Ile-de-France, Pays de la Loire, Normandie, ont été interviewés⁶. Les entretiens, qui ont été recueillis dans les cabinets des médecins interrogés, ont démarré avec une consigne de départ : « *Pouvez-vous me parler de tout ce qui a trait de près ou de loin à la sexualité dans votre pratique de médecin généraliste ?* » Concrètement, l'idée était d'ouvrir l'entretien au maximum sur la question de la sexualité, sans en donner de définition préalable et en laissant volontairement ce thème dans une position indéfinie, afin de laisser justement le soin à chacun des médecins interrogés de le définir à sa façon. On a cherché à encourager les médecins généralistes à nous parler de leur expérience en la matière sans cadrer le sujet *a priori*, et sans plus de précision. Cette stratégie d'interview a ainsi permis à chacun des médecins interrogés d'élaborer et parfois d'élucider ses représentations de la sexualité au cours de l'entretien. Ces entretiens ont été analysés à l'aide d'une approche classique d'analyse de contenu thématique et discutés par les membres de l'équipe, ainsi que par un médecin généraliste ayant reçu une formation de sexologue.

Vers une spécialisation informelle ? Quatre postures possibles

L'analyse du matériel recueilli dans cette enquête a permis d'identifier quatre postures qui donnent une esquisse du processus de spécialisation informelle des médecins généralistes, en ce qui concerne l'abord de la sexualité. Ces quatre postures renvoient à des ensembles d'attitudes professionnelles et personnelles, de représentations médicales, scientifiques ou de sens commun des médecins généralistes à l'égard de la sexualité et à l'égard des types de patients qui sont évoquées par les médecins généralistes dans leurs propos. Elles portent sur leurs pratiques médicales aussi bien que sur leurs façons de gérer la relation médecin-patient. Par ailleurs, l'analyse que nous avons faite de ces postures n'est pas fondée sur l'idée selon laquelle elles constitueraient une progression pour les médecins généralistes en route vers la spécialisation. Ces différentes postures expriment une diversité d'attitudes et de pratiques des médecins à l'égard de la sexualité, et on peut aussi en inférer qu'elles sous-tendent des formes différentes de la pratique en médecine générale.

6. Ces médecins ont été sélectionnés de façon aléatoire à partir de l'annuaire téléphonique. Un courrier postal leur a été envoyé pour leur présenter les objectifs de l'enquête, suivi d'un contact téléphonique en vue de la prise d'un rendez-vous avec l'un des chercheurs de l'équipe. On a obtenu un taux de réponse de moins de 20 %. Les refus ont été justifiés, dans la plupart des cas, par le manque de temps et/ou le manque d'intérêt pour le thème de l'étude. Les taux de réponse les plus élevés ont été observés parmi les médecins en exercice dans le voisinage de l'hôpital (CHU) auquel l'équipe de recherche est rattachée.

L'évitement de l'abord de la sexualité

Cette première posture ne constitue pas une démarche positive d'appropriation médicale de la sexualité, à proprement parler, mais permet de mettre en évidence que le processus de spécialisation informelle comprend une dimension d'exclusion sélective et d'expression de réticences qui peut aller jusqu'à l'évitement actif d'un domaine potentiel de l'activité médicale. La spécification de cette posture a pour principal mérite de faire apparaître que certains aspects de la santé pouvant entrer dans le domaine de la médecine générale, peuvent faire l'objet de processus d'évitement de la part des médecins généralistes. Mais parallèlement, les médecins qui ont été regroupés sous cette posture d'évitement et de réticence ont parfois marqué leur intérêt pour d'autres domaines de la pratique médicale tels que la pédiatrie, la gériatrie, ou la gynécologie comme cela nous a été parfois déclaré au cours de l'enquête. Inversement, les mêmes processus d'évitement peuvent s'exprimer à l'encontre de la psychiatrie et du traitement des dépressions, des problèmes gynécologiques.

L'évitement des problèmes et des plaintes liés à la sexualité fait l'objet d'un constat de la part de ces médecins qui reconnaissent et, on pourrait même dire dans certains cas, qui découvrent tout simplement ne pas traiter ce type de situations, comme s'ils considéraient que la sexualité ne fait pas partie du champ d'activité des médecins généralistes :

« C'est intéressant parce que... parce que, justement, c'est très peu... très, très peu abordé. C'est incroyable parce que ça fait 23 ans que je suis... que je suis là et que je suis un... un vieux médecin de famille... que je passe beaucoup trop de temps avec tous les... trop de temps, je plaisante parce que je vais pas changer ma manière de faire, mais je passe entre... Quand je vais très vite, je vois cinq patients en deux heures. En allant très vite. Donc, je... je veux dire, je passe plutôt trente à quarante à cinquante minutes avec chacun de mes patients. Et ils me connaissent bien et je... et je plaisante et j'ai... j'ai des gens de tous les âges et... et ils abordent jamais, jamais, jamais avec Tonton G. les problèmes de... de sexualité ou ce qui s'y rapporte. Mais alors ce qui s'appelle vraiment jamais... » (H1, RP, 52 ans)

Certains évoquent alors l'argument du manque de temps, dans le cadre d'une consultation déjà bien remplie avec les motifs de consultation de la routine de la médecine générale.

« Si vous avez déjà passé 20 à 25 minutes avec la personne, si vous lui dites ben ! Maintenant on va s'occuper de faire l'appareil génital, vous repassez 20 minutes de plus, remarquez, il y aurait la possibilité de dire "revenez, et puis on va faire... parce que vous n'avez jamais été examiné là-dessus, il faut qu'on fasse un examen" mais... elle peut... soit, vous allez passer un temps énorme et la salle d'attente ne va pas l'accepter. » (H, Loire, 55 ans)

Mais l'explication principale qui est avancée par les médecins consiste presque en une tautologie : ils n'abordent pas ces questions avec leurs patients dans la mesure où ceux-ci ne les abordent pas eux-mêmes et n'expriment pas de demande à ce sujet. Dans la mesure où ni le médecin ni le patient ne souhaitent aborder ces questions, il est donc possible de ne pas le faire. D'autant plus que les médecins ressentent l'abord de ces questions comme

une violation de l'intimité et de la pudeur de la personne. Ces médecins construisent ainsi un système en boucle dans lequel ils justifient leur refus d'aborder ces problèmes par le fait que ce sont les patients eux-mêmes qui ne les abordent pas.

« Parce que les personnes sont relativement pudiques, parlent assez peu facilement de leur sexualité quand elles n'ont pas de questions qui touchent... enfin quand c'est pas amené, quoi, par un symptôme ou autre, elles vont pas en parler spontanément (...) Je veux dire que pour moi quand on ne sait pas trop quelle est la sexualité des patients, s'ils souffrent de ça ou pas, c'est parce qu'on n'a pas envie d'en parler. » (F, Normandie, 52 ans)

Certains de ces médecins ont même déclaré ne pas faciliter l'expression des patients sur ce sujet.

« Objectivement, je... n'encourage pas spécialement les gens... qui s'étendent, bon... a fortiori le samedi, je... de consultation... faut quand même me voir pour ça. Là, donc on peut creuser. Je suis un petit peu plus ouvert à la discussion, sans quoi, effectivement, je... je laisse pas trop de portes ouvertes à des... discussions sur ce sujet... Le problème, c'est que je... je vais pas... je... leur laisserai pas trop la possibilité de... Parce que ça... si vous voulez, d'une certaine façon... tabou contre eux. Peut-être mal à l'aise, d'un coup, ils se rapprochent. Même dans ce cas, ça m'intéresse pas vraiment, quoi. C'est bon, sur un plan pratique, ça va pas changer les choses pour moi, bon. C'est-à-dire que, pour moi, c'est un petit peu... je sais pas quel sens il faut... ça sera des... ça serait du temps perdu, quoi, en fait. Du temps, que... ça va pas me donner des éléments. » (H2, RP, 52 ans)

L'absence de formation est considérée par l'ensemble des médecins interrogés comme la cause principale attribuée à cette situation et qui génère de l'ignorance, de l'absence d'intérêt et de la gêne personnelle éprouvée face aux situations liées à la sexualité. Cependant, les médecins qui se situent dans la posture de l'évitement attribuent à cette absence de formation leur désintérêt et leur incapacité à traiter ces questions :

« La sexualité, honnêtement, j'ai pas une seule minute de cours de mes études. Je voudrais pas dénigrer l'enseignement que j'ai eu, mais ça remonte à quelque temps parce que j'ai fini en 75. Ça remonte à quelques années, mais c'est quelque chose qu'on n'a pas du tout enseigné et qui ne manquait pas, puisque effectivement il y avait pas de demande à l'époque. Mais c'est sûr et certain que je suis moins qualifié que des problèmes de tension, de diabète, de cholestérol. » (H2, RP, 52 ans)

Au-delà de l'attribution de l'évitement des questions liées à la sexualité à une absence de formation médicale, ces médecins se sont aussi exprimés sur leurs conceptions de la sexualité qui contribuent à ces dispositions. Les conceptions psychologiques et les conceptions strictement médicales et organicistes de la sexualité fournissent des arguments dans ces deux registres pour aboutir aux mêmes conclusions : du fait que ces médecins considèrent que la sexualité relève principalement d'une approche psychologique, ils se sentent autorisés à exclure ce domaine du champ de la médecine générale :

« Parce que, en médecine générale, on ne peut pas être quand même on peut pas intéresser... sans être bon sur tout... sur la psychologie... Je dis la psychologie, mais enfin je suis pas... ça m'intéresse pas, donc c'est pas... Vous voyez ?

Alors bon, donc les choses comme ça... on peut pas... on peut pas tout faire, donc il y a un problème, y'a des domaines où on ne peut pas prendre... guère plus de trucs donc je suis un peu plus clair dans le domaine de... d'hématologie et puis bon, je ne suis pas assez psychologue. Si c'est une demande forte, ben on va... je vais orienter les gens. Moi-même, j'ai pas à faire toute une psychothérapie, des consultations de... psychologie... ça va pas trop mais enfin... » (H1, RP, 52 ans)

Mais le fait d'attribuer un fondement psychologique à la sexualité ne constitue pas la seule dimension de la posture de l'évitement qui porte aussi sur des aspects organicistes de la pratique médicale, et notamment la pratique de certains examens cliniques, réalisables en cabinet de ville. Les médecins hommes ont déclaré ne pas – ou ne plus – pratiquer les examens génitaux chez les femmes, et les médecins femmes, éviter de pratiquer les touchers rectaux chez les hommes.

« Tout ça, leurs petits problèmes de vagin, les machins, les trucs... J'y comprends rien moi, bien sûr j'y comprends forcément rien, je suis un mec j'y comprends rien. D'ailleurs les histoires de nanas on se raconte ça, ça dépend. Mais il y a des nanas avec qui je m'entends très bien et qui me parlent de leurs problèmes, voyez ce que je veux dire. ça dépend du relationnel, quoi. Bon, alors ça c'est... Et puis après il y a les contraintes culturelles, les nanas maghrébines elles veulent pas se faire voir par un... par un bonhomme, quoi. Bon puis moi je suis pas à l'affût de ce genre de... je m'en fous, parce que ça m'emmerde plutôt de... d'examiner, c'est compliqué, il y a tout un... enfin oui. Enfin bon, je suis pas très gynécologue. » (H, Paris, 59 ans)

« Comme moi j'ai les doigts assez courts, pour aller voir la prostate j'y arrive pas, donc de toute façon je règle mes problèmes comme ça. Mon associé me dit "Michèle, tu..." Je dis, ben oui (elle montre d'un air dubitatif la longueur de ses doigts) pff... (rire) il a les doigts deux fois plus longs que les miens, bon, je lui dis "tu sais je ne peux pas faire de toucher prostatique, c'est les emmerder pour pas grand chose, parce que j'arrive à peine au bas de la prostate". Je dis "bon, alors si j'ai vraiment un souci, je te les envoie". Et voilà, donc... Donc déjà, c'est vrai que je suis limitée physiquement pour aller vérifier la prostate, donc c'est pas la peine non plus de... de... Voilà. » (F, Normandie, 43 ans)

On constate ici, à propos des examens génitaux (frottis vaginaux ou touchers rectaux), un élément qui influence de façon extrêmement importante le choix d'avoir ou de ne pas avoir telle ou telle pratique. La mobilisation de cet argument souligne l'influence que peut avoir le sexe du médecin dans l'interaction avec des patients de même sexe ou de sexe différent. Le genre, et les représentations et dispositions qui y sont associées, constitue l'un des principaux facteurs non médicaux qui exerce une influence sur la pratique des médecins généralistes, qui oriente l'évitement de certaines pratiques, et la mise en œuvre de stratégies de résolution des problèmes liés aux interactions avec des patients de sexe différent (Giuffrè, Williams, 2000). Dans cette situation ce n'est pas tant la dimension génitale ou sexuelle des organes ou des pathologies qui sont en cause, c'est bien plutôt les risques d'érotisation de la relation médecin-patient à travers certains actes cliniques, et les conséquences qui pourraient en découler, qui fondent le plus fortement les réticences de ces médecins.

Finalement, certains médecins justifient leurs réticences à aborder les questions liées à la sexualité, en affirmant que c'est parce que la sexualité n'entre pas dans le champ médical.

« C'est vrai qu'à la fin de notre conversation, je m'aperçois que je mets la sexualité sur un plan plus psychique, je dirais, que corporel. Ce qui est complètement idiot d'ailleurs dans ma position. Non mais je pense qu'on réagit en fonction de ce qu'on est, c'est-à-dire qu'on voit les choses en fonction de ce qu'on est d'abord. Après on arrive à élargir à travers, par exemple une discussion comme ça ou un truc comme ça. Mais c'est vrai que spontanément, je m'aperçois que c'est... c'est tout con, je veux dire, bon enfin parce que je vous parle de moi là, mais je crois que... mes rapports sexuels passent par des rapports amoureux, quoi. Mais du coup, c'est vrai que je me limite à ça, quoi. Je pense que... je pense qu'on aborde toujours les sujets en fonction aussi de notre propre façon de fonctionner. » (H, Paris, 56 ans)

Il est important de rappeler qu'une grande partie des médecins interrogés, qui va au-delà de ceux qui se caractérisent principalement par cette posture, ont exprimé à un moment ou un autre, et à des degrés divers, un sentiment ou une attitude d'évitement de ces questions. Seule une minorité des praticiens interrogés a exprimé dès le départ un fort intérêt pour ces questions, alors que tous ont été volontaires pour participer à l'enquête. Ce qui différencie les médecins situés dans la posture d'évitement des autres médecins, c'est le fait que partant d'un fonds commun d'absence de formation initiale ou ultérieure, ceux-ci se servent de ce constat pour justifier leur manque d'intérêt et leur évitement de ces questions. Alors que les médecins qui ont été regroupés sous les autres postures et qui sont logés à la même enseigne en matière de formation, ont tenté de répondre aux sollicitations de la patientèle de différentes façons qui s'inscrivent dans le cadre de leur exercice médical.

Entre appropriation médicale des problèmes de la sexualité et évitement relatif

L'appropriation médicale de la sexualité consiste à traiter les problèmes liés de façon plus ou moins directe à la sexualité comme de « simples » problèmes médicaux : diagnostiquer un problème ou une pathologie, donner des conseils, adresser à un spécialiste, demander des examens biologiques et écrire une prescription dans le minimum de temps. Ce type de pratique fait entrer la sexualité dans le moule de la pratique médicale sous l'angle de la « pathologie sexuelle » et notamment sous l'angle des problèmes physiologiques, fonctionnels ou infectieux qui concernent les organes génitaux et les conduites sexuelles et reproductives. Aborder les problèmes de cette façon nécessite cependant déjà une capacité à communiquer sur ces problèmes et la maîtrise du langage médicalisé de la sexualité, ou plutôt, la capacité à retraduire des demandes exprimées par les patients en termes « sexuels », en prestations médicales. Ce processus est classique dans la consultation médicale où un patient se plaignant de maux de tête, ressort de chez son médecin avec une « céphalée » et un tube d'aspirine. La maîtrise de ce langage facilite la gestion de la communication et de la relation médecin/patient et permet au médecin de se mouvoir sur un terrain balisé dans lequel il a une certaine légitimité.

« De sexualité au sens... au sens gynéco, oui, des pertes, des choses comme ça, oui, ça arrive. Mais au sens, je sais pas enfin je pense à l'orgasme, des choses comme ça, enfin je sais pas si c'est à ça que vous faites allusion, enfin, si c'est ça que vous demandez, bon, j'en ai pas le souvenir, non. » (H, Normandie, 46 ans)

L'interprétation des demandes des patients en termes médicaux permet à un des médecins qui s'est situé principalement dans la posture de l'évitement d'intervenir auprès d'un patient au nom de la gravité et de la contagiosité d'une pathologie. Dans cet extrait, il n'est plus question de « conduite », de « comportement » ou de « vécu » du patient, mais de circulation de bactéries et de problème « épidémiologique ». Le médecin se retrouve ainsi en territoire familial.

« Quand la maladie se déclare, ben ! c'est évident, oui. Ah ben oui ! oui, mais enfin... oui enfin, c'est quand même une certaine discrétion enfin je veux dire que... effectivement, on peut être amené à le faire parce que... pour les questions de contagiosité... si quelqu'un est allé s'exposer à un milieu particulièrement... contagieux ou s'il risque d'être contagieux lui, pour d'autres, là bien sûr il faut se mêler, faut se mêler de sa sexualité, là ça devient, ça devient un impératif, ouais, ouais complètement... Il faut poser la question... parce que... il y a une mesure... comment dire... épidémiologique. » (H, Loire, 63 ans)

L'adoption de cette posture médicalisée semble, en outre, rencontrer les attentes des patients qui n'apprécieraient pas qu'on explore leur vie sexuelle plus en détail. Ici encore le médecin fonde son attitude sur une symétrie et une similitude entre des dispositions des médecins et celles qui sont attribuées ou projetées sur les patients.

« Alors chez les jeunes femmes, quand je prescris la pilule. Elles ont pas... envie d'en parler en fait, hein souvent. ça m'arrive de tendre la perche, mais (rire)... excusez-moi, c'est pas du tout un jeu de mots. (rire) Eh oui. Mais vous savez généralement elles accrochent pas quoi, donc. Ben... je sais pas, quand je leur demande ça, je demande si il y a pas de problème, si... si elles se protègent, bon en gros c'est "oui, tout va bien, hein, vous savez je veux la pilule, point", quoi et puis voilà. Alors je... j'insiste, je dis surtout là... sur la protection contre les MST, les préservatifs, c'est tout, quoi. Après... j'avoue que je sais pas quoi dire. » (H, Normandie, 43 ans)

L'existence de normes et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles permet de cadrer les interventions des médecins généralistes qui peuvent ainsi se conformer à des prescriptions normatives à l'aide desquelles ils vont pouvoir tracer les limites entre ce qui est du registre médical et ce qui reste du registre de « la sexualité », c'est-à-dire ce qui peut être exclu du champ médical :

« Elles viennent, elles demandent la pilule, bien sûr elles placent ça à ce niveau-là, dans un rapport strictement médical, donc finalement je leur donne des conseils, par... pour se préserver, pour ça voilà, pour... contre les maladies, et la façon d'utiliser leur contraceptif... et les accidents qui peuvent arriver et tout ce qui s'ensuit après dans la surveillance obligatoire après la prise de la pilule et les effets indésirables, les effets secondaires et les complications si elles fument. Mais ça reste du domaine strictement médical. Mais on passe pas à... comment dirais-je, à... à une autre... à un autre stade, qui est une relation où on va parler de la sexualité. » (H, Normandie, 54 ans)

La possibilité de se situer à l'intérieur des prescriptions normatives permet au médecin de ne pas avoir à engager une communication sur ces questions. Le traitement de ces « maladies » ne consiste pas à parler de la sexualité. La médicalisation des troubles sexuels permet ainsi aux médecins de traiter de ces problèmes selon une approche classique en médecine organiciste. La prescription d'un médicament du traitement des troubles érectiles permet de couper court à toute conversation qui pourrait être embarrassante pour le médecin et pour le patient et surtout consommer un temps précieux. Ainsi, contrairement au discours publicitaire de l'industrie pharmaceutique qui propose aux médecins, aux patients et même aux partenaires de ceux-ci d'en « parler », la prescription des médicaments contre les troubles érectiles permet justement d'éviter d'avoir à « parler » de la sexualité. La citation suivante émane pourtant d'un médecin qui a déclaré avoir suivi une formation personnelle à la psychanalyse. La consultation médicale semble ainsi être le lieu où le problème va être résolu rapidement grâce à la prescription d'un médicament.

« L'homme ne parle jamais de sa sexualité et nous, en fonction de l'expérience, on se rend compte par exemple que les âgés, des rares cas où les patients voudraient avoir par exemple du Viagra, que jamais ils vont vous poser la question de façon frontale et directe. Qu'ils commencent à tourner autour du pot, que vous vous apercevez et comme je déteste de perdre du temps je pose la question de façon directe : "vous bandez mal et vous avez besoin d'un médicament, c'est ça que vous voulez?". C'est comme ça que la chose se passe. »
(H, Paris, 59 ans)

Adresser un patient à un correspondant considéré comme plus compétent ou plus spécialisé sur ces questions constitue une autre stratégie d'évitement relatif. L'exploration de ces problèmes et l'établissement du diagnostic semblent poser problème, par contre, le renouvellement d'une prescription qui ne nécessite pas d'examen ni d'exploration poussée et qui reste fondé sur le travail effectué par un autre médecin apparaît plus facilement acceptable et réalisable.

« C'est vrai aussi que quand ils ont fait toutes les campagnes pour le Viagra, je... moi je suis très... c'est la nature, hein, (rire) par rapport à ça. J'ai eu un patient une fois qui est venu me demander, donc que j'ai adressé effectivement à M. L. là-bas pour qu'il fasse bien la part des choses, parce que je suis pas très à l'aise avec ça, qu'il fasse bien la part des choses entre les demandes qui sont d'ordre mécanique et qui sont d'ordre vraiment psychologique. et les vrais problèmes... Je dois avoir deux patients sous Viagra, et c'est pas moi qui les ai institués. Je renouvelle et là par contre, je fais pas d'histoires. »
(F, Normandie, 43 ans)

L'abord des troubles sexuels semble nécessiter une certaine empathie de la part du médecin. L'identité de genre et notamment l'appartenance à la même identité que le patient apparaît comme un moyen qui favorise l'abord des problèmes liés à la sexualité. Dans la posture de l'évitement, on a pu observer que les médecins généralistes considéraient que le genre du patient pouvait être un obstacle à la prise en charge. On observe ici, au contraire, que l'appartenance commune de genre peut faciliter l'écoute d'une part, et ensuite la prise en charge des patients du même sexe, surtout quand il s'agit

de médecins femmes confrontées à des femmes. De même que l'appartenance de genre du médecin (qu'il s'agisse du masculin ou du féminin) était apparue comme à la source des réticences exprimées à l'égard de l'abord des problèmes liés à la sexualité, on observe ici la situation inverse où l'identification du médecin au patient permet le développement d'une empathie, et presque d'une connivence fondée sur une similitude d'expérience liée à l'appartenance de genre. Mais c'est cependant le même processus qui est à l'œuvre, c'est-à-dire l'influence d'un facteur non médical sur l'organisation de la pratique médicale.

« Évidemment la contraception, les soins contre les cancers, les infections, les douleurs, les cancers. Et puis aussi les... les difficultés relationnelles, les difficultés sexuelles. Je dirais que je fais beaucoup de consultations de gynécologie. Donc je crois que la gynécologie et la sexualité sont liées, c'est... ça me paraît... c'est toujours là. C'est toujours là avec soit les... soit en effet la vie qui... qui va très bien, soit des personnes qui ont la peur, la grossesse désirée, non désirée, l'enfant qui arrive ou n'arrive pas. Et donc chaque fois que je vois une femme, il y a aussi derrière... il y a sa vie sexuelle, sa relation, éventuellement ce qu'elles vivent, de façon plus ou moins heureuse ou souffrante. » (F, RP, 44 ans)

Les médecins généralistes arrivent ainsi à médicaliser la sexualité, c'est-à-dire à intégrer les questions posées par les patients, en la découpant en autant d'entités médico-cliniques bien cadrées dans des protocoles d'intervention médicale et pouvant faire l'objet d'examens et de prescriptions.

Une approche « globale », « holistique » des problèmes de la sexualité

Cette posture est fondée sur une conception de la sexualité qui prend en compte ses dimensions physiologiques et fonctionnelles ainsi que ses dimensions psychologiques et relationnelles dans le cadre d'une approche qui se veut « globale » ou « holistique » de la personne. Les médecins qui s'inscrivent dans cette posture manifestent un intérêt pour la sexualité, entendue dans ses dimensions psychologiques et relationnelles, mais cet intérêt dépasse le cadre de la sexualité et porte sur une approche plus globale, et plus psychologique avec parfois une ouverture au contexte social dans lequel les patients se trouvent.

« Comme généraliste, je peux pas suivre de façon pointue toutes les pistes que prennent les malades, mais c'est mon travail d'en avoir une vue la plus globale possible et donc d'essayer de veiller sur eux. J'ai une espèce de sentiment de Saint-Bernard quelquefois (rire). Et ça marche pas toujours, et puis des fois, j'en ai ras le bol, je peux plus les supporter. Quand... j'ai l'impression de les avoir trop écoutés, je suis pas capable de mesurer sagement le temps que je leur donne, dans la mesure où c'est vrai qu'il y a une personne qui m'attend à la maison, alors je vais leur donner plein de temps et puis à l'épuisement, et en me disant à chaque fois c'est pas la peine, tu peux limiter les entretiens, tu peux... Et puis ça repart de façon un peu... Bon maintenant, je sais que c'est ma façon de faire et c'est pas si mal. Voilà. Je crois que... je crois que c'est pas la sexualité qui m'intéresse, mais les gens. Et... ben la sexualité ça fait partie de leur vie. Mais... oui, je crois que c'est ça. Oui, quand on approche les gens, il y a... on trouve toujours cette dimension... cette dimension-là, qui fait partie d'eux, qui est importante, qui va bien ou qui va pas bien. » (F, Normandie, 51 ans)

L'intérêt pour ce type d'approche des questions de sexualité peut être soutenu par une satisfaction associée à la pratique professionnelle. Cette satisfaction tranche avec l'embarras exprimé par les praticiens chez qui l'évitement domine.

« On va très très loin dans l'intimité des gens, très très loin, vous ne pouvez pas imaginer, très très loin. (...). Ah oui, c'est quelque chose d'assez plaisant. C'est quelque chose de plaisant. On a un peu un rôle de voyeur. Il y a quelque chose... peut-être on y trouve notre compte, sans doute, nous. On passe tellement de temps à notre boulot, il faut bien qu'on ait des satisfactions. Moi je crois qu'on a un petit peu un côté voyeur. Bon c'est vrai que c'est quelquefois un peu croustillant, c'est plaisant, tout bonnement. Mais je crois qu'il y a une réelle demande. Je crois que les gens ont besoin de parler, et si ils parlent, ils parlent vrai. Quand ils parlent vrai, ils vont très loin quelquefois. » (H, Loire, 57 ans)

Ce type d'abord « holistique » de la sexualité est concrétisé par des approches qui associent l'examen somatique et l'écoute soutenue des patients. Les médecins qui se situent dans cette posture considèrent que les actes médicaux sont aussi des supports de la communication avec le patient et ils sont en mesure de décrypter les demandes sous-jacentes des patients. Cette posture leur permet d'associer la prescription de médicaments avec une écoute et un abord plus psychologique dans le cadre d'une prise en charge qui ne se limite pas au traitement du symptôme :

« Les messieurs qui ont des pannes, bon donc comme je disais les trois-quarts du temps c'est psychogène, donc y faut un petit peu leur faire comprendre qu'ils ont peut-être besoin d'aide psychologique [plus] que de médicament, mais il faut leur donner confiance une ou deux fois, en leur donnant un ou deux comprimés de Viagra. » (F, Loire, 35 ans)

De la même manière, les examens génitaux qui suscitaient de l'embarras chez les médecins des postures précédentes, deviennent un moyen d'ouvrir et d'approfondir le dialogue avec certains patients, et de remplir des fonctions qui vont au-delà de l'objectif clinique ou biologique :

« Les hommes d'un certain âge, de 50 ans et plus, souvent plutôt 60 à 75 ans qui ont des problèmes d'érection. Et donc, et de prostate. Je fais systématiquement un dosage de PSA [Prostatic specific antigen] pour les cinquantenaires, tous les ans, et un toucher rectal tous les ans ou 18 mois, ça dépend de leur accord. Et donc à partir de là on est amené à parler de trouble de l'érection,...et aussi du désir. » (F, Normandie, 50 ans)

Contrairement à la posture de l'appropriation médicale, où la pratique des examens, du diagnostic ou de la prescription avait pour objectif de clore la communication, les médecins qui adoptent cette posture utilisent les moyens médicaux pour ouvrir le dialogue et explorer les dimensions subjectives et/ou sociales des problèmes présentés par les patients. Cette posture semble permettre au médecin de dépasser les limitations imposées par l'identité de genre qui contribuait grandement à faire obstacle aux examens cliniques et génitaux chez les patients de l'autre sexe que celui du médecin :

« Elles savent que... que j'en fais, parce que j'en ai toujours fait, donc ça se sait un petit peu. Que j'ai pas l'impression... on peut faire aussi un frottis dans le cadre d'un laboratoire d'analyses médicales, hein, ça chez nous on peut le

faire, hein, mais c'est... c'est pas demandé beaucoup ce genre de situation. Donc je pense qu'on s'adresse à nous quand il y a une anxiété, une inquiétude, quand... quand on se dit "bon, si il y avait quelque chose je vais pas attendre mon rendez-vous, je vais aller voir le généraliste et puis on... il va me faire un frottis ou un examen pour voir s'il y a rien de grave", quoi, c'est un peu ça. Je crois que c'est ça. » (H, Normandie, 52 ans)

Cet extrait d'entretien permet d'illustrer comment un médecin de sexe masculin peut en arriver à pratiquer des examens génitaux sans l'embarras et les appréhensions exprimées dans les autres postures. On se trouve ici dans le cas de figure inverse de celui qui est exprimé dans la posture d'évitement. Les médecins considèrent que leur attitude correspond aux attentes et aux dispositions de leurs patients. On comprend ainsi que l'attribution de certaines attentes aux patients constitue un élément important de la construction de la spécialisation.

Si ces médecins manifestent un intérêt et une sensibilité aux dimensions psychologiques de la plainte des patients, ils sont aussi très attentifs aux manifestations de leurs propres dispositions et attitudes à l'égard des patients et à la dynamique de la communication. Ils ont conscience des difficultés de communication sur ces sujets, et ont développé une attitude réflexive à cet égard, ce qui leur permet de ne pas subir leurs difficultés mais d'essayer d'en tenir compte et de les surmonter, le cas échéant.

« C'est pas toujours moi qui avance le sujet, hein, je vous ai dit que c'était... pour moi c'était pas tout simple. Si je sens que c'est possible, je... j'en parle. En fait j'essaie de rester attentive à la façon dont les gens vivent leur maladie et parfois ça peut être un moyen aussi de parler de ça. C'est pas toujours moi qui avance. Non, je pense que je passe à côté de pas mal de choses aussi. Enfin j'en suis pratiquement sûre. Ben non, ça m'ennuie pas, si je sais pas en parler. J'ai pas envie d'en parler n'importe comment. Si je... si je... si je sens que c'est possible je peux le faire. Si, ce qui m'ennuierait, c'est que quelqu'un ne puisse pas du tout m'en parler, mais je pense pas que ce soit comme ça que ça se passe. Je pense que ça se passe plutôt par omission et... mais ça arrive tout le temps, je veux dire qu'il y a des gens qui somatisent et qui auraient envie de parler d'autre chose avec leur médecin. » (F, Loire, 52 ans)

Le thème de la sexualité fonctionne ici comme un indicateur d'une pratique médicale moins strictement centrée sur les dimensions médicales des traitements et de la relation avec le patient. Cette posture est beaucoup plus fréquente chez les médecins qui ont une expérience ou une formation en psychothérapie, qui ont participé à des groupes Balint, chez ceux qui ont développé un intérêt pour la sexualité, lié à leur expérience personnelle (relations conjugales, divorces, abus sexuel dans l'enfance, etc.) ou qui ont eu une expérience de type militant (participation au planning familial ou aux luttes en faveur de la libéralisation de l'avortement, engagement dans la lutte contre le sida).

« Des jeunes garçons je leur remets souvent les petites brochures éditées par Tampax sur la puberté qui sont très très bien faites et c'est vrai que je leur parle des éjaculations spontanées, par exemple, nocturnes ou des choses comme ça. Et puis, ça je dirais plus que on fait un travail au sein du collectif santé qui est sur le quartier, qui a des... C'est vrai que c'est plus dans le cadre

de la Maison pour Tous, de l'école qu'il y a des infos. Parce qu'ils sont... les garçons à la limite sont beaucoup plus mal à l'aise pour en parler. Ils ont une espèce de terrorisme de la performance qui fait que... et puis ben, ils disent bien quand ils se trouvent pour la première fois à poil devant une fille à poil, ben ouh la la, c'est bien difficile. Quand en plus il faut mettre un préservatif. Là aussi je leur dis, les garçons je leur dis « mais bon, entraînez-vous à mettre des préservatifs tous seuls, hein. Parce que si vous faites ça la première fois ben dites donc, c'est pas évident, hein. Vaut mieux être un pro en arrivant, quoi. » (F, Loire, 48 ans)

Ce type d'expérience semble avoir permis à ces médecins de développer une certaine maîtrise de la relation médecin-patient et du langage technique de la sexualité et de s'intéresser aux dimensions psychosociales de leur patientèle. Cette posture est ainsi déterminée par des éléments non médicaux qui entrent dans la biographie sociale de ces médecins et qui transcendent les limitations liées à l'identité de genre que l'on avait pu observer dans les postures précédentes.

Devenir sexologue : quel type de spécialisation ou de spécialité ?

Seulement deux des médecins qui ont été interrogés⁷ ont exprimé cet intérêt très poussé pour les questions liées à la sexualité. Deux autres médecins ont évoqué leur intérêt pour la sexologie, mais il s'agissait de deux internes qui participaient à un DU de sexologie et qui avaient été interrogés au moment de la pré-enquête afin de nous aider à mieux comprendre les attitudes des médecins pour affiner le guide d'entretien.

Cette dernière posture porte sur la tentation de devenir sexologue, c'est-à-dire ici de considérer qu'on s'est « spécialisé » dans ce domaine, ou au moins qu'on est en train d'acquérir une certaine forme d'intérêt, de sensibilisation ou de spécialisation dans ce domaine qui peut aller jusqu'à la participation à des enseignements spécialisés (diplôme universitaire). On peut aussi noter la tentation de modifier l'exercice médical, soit en accordant une place plus importante à la prise en charge de la sexualité au sein d'une pratique de médecine générale, soit en donnant la priorité à la sexologie et en abandonnant le cadre de la médecine générale. Cette posture est en fait fondée sur le fait que ces médecins ont pris conscience de leur intérêt personnel et professionnel pour les questions liées à la sexualité et qu'ils se sentent déjà, intérieurement, porteurs d'une forme de spécialisation. L'entrée dans une formation ou l'engagement dans des transformations de la pratique constitue pour l'instant des possibilités sur lesquelles ces médecins s'interrogent. On est là au cœur de l'idée de la spécialisation informelle dans la mesure, où contrairement à la posture précédente de l'approche globale de la sexualité qui s'inscrit dans le cadre d'une approche globale du patient en médecine générale et qui reste fondée, selon ces médecins, sur un intérêt pour le patient plus que par un intérêt pour la sexualité, on se trouve ici face à des

7. L'un de ces deux médecins n'avait pas été contacté pour être interviewé, et c'est quand je suis arrivé dans le cabinet qu'il partage avec un confrère qui l'avait informé des raisons de ma venue qu'il s'est proposé spontanément pour participer à l'enquête. L'autre a été recrutée de façon aléatoire à partir de l'annuaire téléphonique.

médecins qui considèrent que la sexualité est une dimension centrale de la santé et du bien-être et qu'elle constitue l'une des clés de la compréhension des humains (Giami, 2005a). Ces médecins n'hésitent pas à aborder les questions liées à la sexualité, et ils en prennent même l'initiative. Ils ont le sentiment général de pratiquer une autre médecine :

« C'est chronophage, complètement. En général, je donne des rendez-vous toutes les demi-heures, voyez ? Pour donner du temps aux gens de pouvoir dire les choses. De toute façon je suis lent... en consultation (rires). Je suis pas rentable à ce niveau-là, donc... ça prend du temps. Je dirais, dès qu'on aborde des problèmes humains, pas forcément sexuels, je dirais, bon, des problèmes de la vie quotidienne, ça prend du temps. Je dirais que mes consultations font plus souvent 20 à 30 minutes que 10 minutes. » (H, RP, 51 ans)

Leur « spécialisation » dans le domaine de la sexualité, leur apporte une bonne réputation qui incite les patients à les recommander à leurs proches. Ainsi, leurs initiatives et leur intérêt se voient récompensés et de nouveaux patients porteurs d'une demande en matière de sexualité viennent consulter, ce qui a pour effet de renforcer encore leur type de pratique et leur abord de la sexualité.

« Il y a aussi un sujet qui m'est pas du tout difficile à aborder, c'est l'homosexualité. Pour moi, il y a aucune difficulté. Et alors (rire), j'ai un petit groupe de patients homosexuels, parce que par hasard, une fois, il y en a eu un, et puis qu'il a vu à quel point j'étais à l'aise et... eh ben c'est un milieu où ils sont quand même assez souvent ensemble et j'ai donc maintenant un bon petit groupe de petits mecs jeunes. (...) J'en ai un qui est venu spontanément là, que je connaissais pas, il y a quelques mois, pour des condylomes de l'anus. Et donc bon, quand j'ai vu ça, bon, il était un peu efféminé mais sans trop. Et alors spontanément je lui ai dit : "Vous êtes homosexuel ?", mais voilà, comme ça quoi. Il me dit oui, et je dis : "Et votre partenaire, préservatif ou pas ?", enfin voilà, donc... Et en fait après, à la fin de la consultation, il m'a dit : "Je viens de la part d'untel". Ah j'ai dit : "Bon d'accord". Donc il savait que j'allais être à l'aise par rapport à ça. Je pense que ça joue aussi ça. » (F, Normandie, 46 ans)

Cette « spécialisation » bénéficie ainsi d'une reconnaissance officieuse de la part de leur clientèle, ce qui contribue au développement et à la mise en pratique de ces compétences et de ces pratiques. Cependant cette « spécialisation » n'est pas fondée sur un enthousiasme sans limites. La compétence dans ce domaine s'accompagne du respect de règles déontologiques et d'une certaine prudence, compte tenu du climat de « judiciarisation » des questions sexuelles. L'abord des questions de sexualité reste possible dans la mesure où il est encadré par des règles reconnues et partagées dans la communauté médicale. Mais contrairement aux médecins ayant exprimé des réticences à l'égard des questions de sexualité qui auraient probablement renvoyé ces enfants chez un pédiatre ces médecins n'hésitent pas à aborder ces problèmes eux-mêmes plutôt que de chercher des explications à la nécessité de les éviter ou d'adresser les patients à d'autres confrères, et ils trouvent une certaine protection ou au moins de la réassurance dans le respect de règles communes.

« J'ai un certain nombre de parents qui m'envoient leurs enfants tout seuls, et c'est vrai que j'apprécie leur confiance. ça peut être des jeunes, ça peut être 8 ans, 10 ans, 12 ans, je dirais, ils peuvent me les envoyer, peut-être pas en dessous de 10 ans, je sais pas, enfin des jeunes en tout cas, des jeunes jeunes, et...

Et c'est vrai que... quand on voit toutes les histoires de pédophilies et autres qui peuvent se passer, je me dis que les parents ont raison de me faire confiance (rire), mais on se dit toujours que si, enfin moi je me dis, un gamin peut raconter n'importe quoi, enfin je veux dire : "Tiens, le docteur, il m'a appuyé sur le ventre" ou n'importe quoi, "Il m'a fait des choses", bon, c'est toujours à double tranchant. Moi je sais euh, jusqu'où je peux aller et ce que je fais, mais c'est vrai que je suis pas à l'abri d'une euh... et c'est sûr pour tous les examens de problèmes des testicules chez les gamins ou autres, je préfère que les parents soient là, qu'il y ait pas d'ambiguïté possible, donc c'est vrai que je dirais que toutes ces choses-là rentrent en jeu dans les consultations.» (H, RP, 51 ans)

Enfin, ces médecins reconnaissent sans hésitation que leur intérêt pour la sexualité est aussi lié à des motifs personnels et parfois à des motifs douloureux, tels que l'expérience traumatique d'abus sexuel subi dans l'enfance et l'entrée dans une psychothérapie personnelle. Dans un autre cas, c'est l'expérience d'un divorce et la « redécouverte » de la sexualité qui a facilité le développement professionnel.

Il est difficile d'évaluer le poids sociologique des médecins qui partagent cette posture, mais les propos recueillis auprès de ces médecins sont tout à fait cohérents avec les données recueillies au cours de l'enquête sur la profession de sexologue (Giami, Colomby [de], 2001). On y retrouve notamment, toutes les nuances entre l'expression d'une identité de sexologue, de médecin généraliste, ou de spécialiste ; la nécessité d'une formation et d'une reconnaissance par les pairs ; la place relative occupée par la sexologie dans le cadre de la pratique et même la durée prolongée des consultations. On avait observé lors de cette enquête que plus de la moitié de ces « médecins généralistes sexologues » ne consacrent pas plus du quart de leur activité professionnelle à la sexologie. à l'instar de leurs confrères sexologues patentés, ces médecins généralistes tentés par la sexologie continuent d'exercer une médecine générale, certes modifiée par l'intérêt pour la sexualité.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Les analyses qui viennent d'être développées ont permis d'identifier quatre postures qui participent du processus de spécialisation informelle en médecine générale, entendu comme un processus de construction et d'orientation sélective de la pratique professionnelle des médecins généralistes. Dans une première posture, les médecins généralistes revendiquent en quelque sorte leurs stratégies d'évitement de la prise en charge des problèmes liés à la sexualité qu'ils attribuent à leur ignorance, leur absence de formation et aux difficultés liées à leur gêne pour aborder ces questions. Dans la seconde posture, les médecins généralistes traitent les problèmes liés à la sexualité selon le modèle de l'appropriation médicale, à partir de l'approche par la nosographie et les traitements médicaux. Dans la troisième posture, les médecins généralistes abordent la sexualité en prenant en compte la dimension psychologique et relationnelle – aussi bien en ce qui concerne la vie sexuelle des patients, que les dimensions de la relation médecin-patient. Enfin, un petit groupe de médecins généralistes « tout-venant » qui placent la sexualité au centre de leur pratique en médecine générale et considèrent

qu'elle constitue une dimension du bien-être ont été regroupés sous la quatrième posture. Dans ce dernier groupe, les médecins ont par ailleurs suivi des formations en sexologie, montrent un intérêt poussé pour la psychologie en général – avec notamment l'expérience d'une psychanalyse ou d'une psychothérapie personnelle –, et ont eu des expériences personnelles qui les ont amenés à s'interroger sur ces questions et à tenter de les résoudre pour eux-mêmes.

La spécialisation informelle, telle que nous l'avons étudiée ici, est en grande partie influencée par des dimensions psychosociales, c'est-à-dire la gestion de la relation médecin-patient et notamment avec des patients de sexe différent. L'appartenance de genre et les rapports sociaux de sexe influencent aussi très fortement l'orientation de la pratique des MG et nous avons pu montrer qu'une spécialisation informelle plus positive pouvait faciliter la pratique des médecins généralistes dans ce domaine en dépassant les limitations liées à l'appartenance de genre. La gestion sélective de l'activité se fait dans le cadre d'un processus complexe qui est fondé sur l'absence de procédures et de protocoles précis pouvant codifier la prise en charge de ces problèmes. Cette absence de formation, d'attribution de rôles et de procédures laisse ainsi la place à des improvisations ou des interprétations plus personnelles et fondées sur des dispositions psychosociales et non médicales : les sentiments personnels, les rapports sociaux de sexe, l'identité de genre, et les valeurs morales et idéologiques liées à la sexualité. C'est en mobilisant des ressources extérieures à la médecine que les médecins généralistes évitent de prendre en charge, ou bien au contraire sélectionnent des dimensions particulières de la sexualité pour les aborder. L'analyse des représentations de la sexualité par les médecins généralistes a ainsi permis de rappeler que les médecins généralistes n'ont pas de pratique « généraliste » au sens strict du terme et que leur activité professionnelle est fondée sur des choix sélectifs.

Ces différentes postures ne constituent pas des jalons à l'intérieur d'une trajectoire biographique professionnelle orientée vers une appropriation progressive de la sexualité et finalisée dans l'acquisition d'une spécialisation, plus ou moins formalisée, en sexologie. Elles constituent des modes de construction de l'activité professionnelle en réponse à des problèmes et des situations pour lesquels les médecins généralistes n'ont pas reçu de formation universitaire.

Nous avons souvent observé, au cours des entretiens que nous avons recueillis, que pour justifier leur absence d'intérêt pour l'abord des problèmes de la sexualité, certains médecins généralistes nous ont déclaré avoir focalisé leur activité sur la pédiatrie ou sur la gériatrie. En d'autres termes, une spécialisation en chasse une autre, et c'est paradoxalement sous une forme négative que certains médecins reconnaissent que l'abord de la sexualité pourrait s'inscrire dans le cadre d'une spécialisation informelle au même titre que leur intérêt pour la médecine centrée sur les enfants ou sur les personnes âgées, pratique qui semble requérir, aux dires de ces médecins, une certaine forme de spécialisation marquée au moins par la prédominance d'une catégorie de clientèle et par le recours à des savoirs et des pratiques spécifiques.

Au-delà d'une analyse centrée sur la question de la sexualité, on pourra s'interroger sur les processus qui influencent la construction et l'organisation de l'activité du médecin généraliste et qui l'amènent à inclure ou exclure tel ou tel domaine de la santé ou de la médecine de son champ de pratique. Un tel processus de spécialisation informelle pourrait alors être considéré comme le processus fondamental qui sous-tend la construction de la pratique quotidienne du médecin généraliste.

BIBLIOGRAPHIE

- Conrad Ph. (1992), « Medicalization and social control », *Annual Review of Sociology*, vol. 18, p. 209-232.
- Conseil national de l'Ordre des médecins (2006), *Enquête sur l'activité des médecins généralistes*. Madame le Docteur Irène Kahn-Bensaude. Paris, communiqué de presse.
- Davidson A. (1987), « Sex and the emergence of sexuality », *Critical Inquiry*, vol. 14, p. 16-48.
- Foucault M. (1976), *Histoire de la sexualité. La volonté de savoir*, Paris, Gallimard, vol. 1.
- Giami A. (2005a), « Santé sexuelle : la médicalisation de la sexualité et du bien-être », *Comprendre (revue de philosophie et de sciences sociales)*, vol. 11, p. 97-115 (PUF).
- (2005b), « La médicalisation de la sexualité. Foucault et Lantéri-Laura : un débat qui n'a pas eu lieu », *L'évolution psychiatrique*, n° 70, p. 283-300.
- Giami A., Colomby P. (de) (2001), « Profession sexologue ? », *Sociétés Contemporaines*, n° 41-42, p. 41-63.
- Giuffrè P., Williams C. (2000), « Not just bodies. Strategies for desexualizing the physical examination of patients », *Gender & Society*, vol. 14 (3), p. 457-482.
- Herzlich C., Bungener M., Paicheler G., Roussin P., Zuber M.-C. (1993), *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France. Carrières et pratiques des médecins français 1930-1980*, Paris, INSERM, Doin.
- Lanteri Laura G. (1979), *Lecture des perversions. Histoire de leur appropriation médicale*, Paris, Masson.
- Letourmy A. (1985), « An economic approach to the daily activities of private general practitioners », *Social Science & Medicine*, vol. 20 (2), p. 173-180.
- Levinson S., Giami A. (2006), « From sexuality to sexual health : the use of history in psychosocial training programmes for physicians », *Sexual and Relationship Therapy*, vol. 21, (3), p. 347-357.
- Pinell P. (2005), « Champ médical et processus de spécialisation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 156-157, p. 4-36.
- Tiefer L. (1996), « The medicalization of sexuality: conceptual, normative and professional issues », *Annual Review of Sex Research*, vol. 7, p. 252-282.
- Weeks J. (2005), « Remembering Foucault », *Journal of the History of Sexuality*, vol. 14, (1/2) p. 186-201.
- Weisz G. (2006), *Divide and Conquer. A comparative history of medical specialization*. Oxford, Oxford University Press.

