« Dans le cabinet du médecin, la dimension affective et sexuelle du patient est un continent caché »

Entretien avec Catherine Chaumié, médecin généraliste à Paris, membres de plusieurs réseaux professionnels¹.

La Santé en action : Quel est le rôle du médecin généraliste face à ses patients en matière de vie affective et sexuelle ?

Catherine Chaumié : Les patients viennent nous voir pour des demandes de soins, des consultations sur des thèmes très biomédicaux, à partir de leurs préoccupations corporelles et/ou de leur souffrance. Ils ne viennent pas – ou très rarement – pour nous parler d'emblée de leur vie affective et sexuelle. Ainsi, par exemple, les hommes viennent pour des infections sexuellement transmissibles (IST) avec des conduites à risques, parfois des difficultés sexuelles; les femmes, parce qu'elles ont besoin d'un moyen de contraception, qu'elles viennent demander la pilule, qu'elles ont un retard de règles, à 15 ans par exemple, qu'elles entrent en ménopause ou/et ont des bouffées de chaleur.

S.A. : Ils ne vous consultent que pour des questions concrètes et immédiates ?

C.C. : Ce qu'ils nous explicitent, c'est une dimension corporelle, somatique. La dimension affective et sexuelle est un continent caché derrière ces demandes somatiques auxquelles nous répondons. Notre première mission est d'entendre et de répondre correctement à ces demandes somatiques, ce qui permettra peut-être au patient de s'exprimer et au médecin de l'orienter en conséquence. Pour eux, le rôle du médecin est très clair : ils sont porteurs de symptômes ou d'une souffrance morale pouvant

relever d'un traitement médical, ils vont voir le médecin généraliste pour bénéficier d'un diagnostic et, surtout, d'un traitement. Ils viennent donc chercher chez nous une solution de type médical.

S.A. : C'est seulement après que les questions relevant de la vie affective et sexuelle peuvent être abordées ?

C.C. : Effectivement, la relation entre le médecin généraliste et le patient va évoluer au fil du temps. Dans certains cas, le patient se rend compte qu'il peut préciser sa demande, être entendu dans d'autres dimensions de ses interrogations, que le médecin généraliste va pouvoir peut-être l'aider, l'orienter. Ceci vient dans un second temps. Par exemple, chez les hommes, il y a beaucoup de problématiques autour de la sphère génitale ou des manifestations somatiques variées qui vont cacher des inquiétudes sexuelles que l'on va pouvoir aborder. Donc le rôle et l'approche du médecin généraliste sont de bien maîtriser toutes les étapes qui correspondent à la vie sexuelle (contraception, grossesse, fécondité chez la femme), mais aussi au chemin de vie des personnes. Le médecin doit être, non seulement très bien formé par rapport à ce champ (gynécologie/contraception pour la femme, problématiques urogénitales chez les hommes, infections sexuellement transmissibles), mais aussi être disponible pour répondre à l'ensemble de ces questions. De mon point de vue, le médecin généraliste ne doit pas de suite amener le dialogue sur ce champ de la vie affective et sexuelle, car c'est un domaine personnel, humain, que l'on va respecter sans être intrusif ou

normatif. L'enjeu est d'entendre une souffrance affective ou sexuelle.

S.A. : N'y a-t-il pas un décalage entre ce que le médecin pense devoir apporter au patient et ce que le patient attend du médecin ?

C.C. : Le professionnel a dans l'idée que, derrière les demandes somatiques, peuvent se cacher des difficultés affectives et sexuelles, mais en la matière il n'a pas de compétences spécifiques, si ce n'est de dialoguer avec son patient et de l'orienter – ce qui n'est déjà pas si mal. Je constate qu'en face, le patient est encore plus dans une demande strictement somatique. Quand ils viennent nous voir, les patients sont souvent en situation d'urgence, ils expriment une demande et attendent qu'on les écoute avec empathie et non avec un jugement. Une jeune femme qui vient dans mon cabinet formuler une demande d'IVG médicamenteuse est confrontée à une situation très angoissante, vit peut-être une période de crise car elle a été confrontée à un échec de contraception et que cet échec concerne aussi sa sexualité, son implication affective. C'est souvent un moment de remise en cause et les patientes ont très rarement une demande d'analyse de leur situation relationnelle. Soyons clairs : le médecin est là tout d'abord pour bien s'occuper de son corps et de cette interruption de grossesse en toute sécurité. Ce que la patiente attend le plus, c'est que l'on soit efficace et qu'on l'assure qu'elle ne va pas se faire de mal. Et c'est, si j'ose dire, le « plus » que l'on peut lui apporter par rapport à sa vie sexuelle.

S.A. : N'y a-t-il pas trop peu de temps pour une réflexion psychologique dans cet échange médecin-patient ?

C. C. : L'important, c'est la manière dont on accompagne le patient dans ces moments-là et c'est ce qu'il attend du médecin généraliste. La réflexion psychologique, c'est la personne elle-même qui la mène, elle est sous-jacente, plus ou moins verbalisée. Le médecin généraliste doit être là au bon moment, pour répondre de manière adaptée à la demande. Ainsi, toujours avec l'exemple d'un cas de demande d'IVG, nous allons nous assurer que cette personne n'est pas exposée à une IST qu'il faudrait soigner, qu'elle n'a pas subi de violences, etc. Cela fait partie des éléments que le médecin peut détecter, en posant ou non des questions directes. Le médecin se préoccupe de tous les éléments qui concernent la sécurité du corps de la personne : faire en sorte que la patiente ne souffre pas, garantir son intégrité pour qu'elle puisse continuer sa vie comme elle le souhaite. *Idem* pour une demande de contraception : nous avons toutes sortes de petits signaux qui s'allument pour vérifier que cette personne est bien en sécurité, ne se met pas en danger ultérieurement pour sa vie de femme, qu'elle n'est pas exposée à une IST, à des violences, que la contraception que l'on va lui proposer sera la moins nocive et la plus adaptée à ses besoins, qu'elle pourra la maîtriser et la comprendre. Bien sûr, au cours de ces consultations, les conflits et les souffrances psychologiques vont s'exprimer ; le médecin généraliste a une position privilégiée pour accompagner cette élaboration et être passeur vers des solutions ou prises en charge adaptées.

Plus globalement, le médecin généraliste est dans une position tout à fait privilégiée de suivi dans le temps du patient, ce qui lui permet d'aborder divers problèmes. Mais certains patients ont des problèmes qu'ils ne vont jamais nous exposer et que l'on va tout à coup découvrir après de longues années de consultation.

S.A. : Comment renforcer le rôle et l'efficacité du médecin généraliste ?

C. C. : Il faut – au-delà du seul médecin généraliste – que nous disposions des moyens de travailler en équipe,

L'ESSENTIEL

■ **☒ Ce qu'attend le patient du médecin généraliste, c'est avant tout une prise en charge médicale efficace, dans un climat d'écoute et d'empathie.**

■ **☒ Le premier rôle du médecin généraliste est donc de bien maîtriser toutes les étapes qui correspondent à la vie sexuelle (contraception, grossesse, fécondité, etc.), mais aussi au chemin de vie de ses patients.**

■ **☒ Le médecin doit être très bien formé par rapport à ce champ, et également être disponible afin de répondre à l'ensemble de ces questions.**

■ **☒ Il doit pouvoir orienter ses patients vers d'autres professionnels et travailler en réseau, deux objectifs qui se heurtent toutefois à d'importantes difficultés.**

pour pouvoir plus facilement orienter les patients, afin qu'ils puissent parler, se confier. Cela signifie améliorer l'accès au psychologue, au psychiatre, au professionnel compétent en sexologie, que cet accès soit aisé et pris en charge financièrement. En effet, dans bon nombre de cas, le recours à un professionnel sur un temps court permet au patient de cheminer, de résoudre ses problèmes. S'il travaille seul, le médecin généraliste est démuné pour orienter. L'idéal est qu'il soit par exemple connecté à un réseau ou à un centre de santé où il pourra aussi trouver des professionnels du social, où le patient pourra plus facilement consulter un psychologue ou un psychiatre. Les adolescents et les jeunes adultes ont particulièrement besoin de ces interventions plus légères qu'une longue prise en charge. Je les oriente souvent vers des psychologues, mais la prise en charge n'est pas toujours adaptée à la demande.

S.A. : Avec quels professionnels souhaiteriez-vous travailler si une structure de type « centre de santé » vous permettait d'orienter vos patients ?

C. C. : Avec des assistants sociaux, des psychologues, des infirmiers, des diététiciens. Ce type de structure permet d'œuvrer en réseau. Car le médecin généraliste doit travailler le plus possible en réseau. Or cette pratique n'est pas ancrée dans la culture des profession-

nels en France ; on travaille souvent en partenariat, mais chacun a tendance à rester dans son pré carré. Et le contexte réglementaire et budgétaire n'est pas favorable : les financements manquent et sont peu adaptés pour mettre en place et faire fonctionner des réseaux.

Il serait aussi intéressant de créer du lien entre les lieux-ressources existants (centres de planification et d'éducation familiale, établissements d'information, de consultation et de conseil familial, etc.)² et les médecins, afin que ces derniers puissent s'informer et adresser leurs patients. En d'autres termes, des pôles de référence sur la vie affective et sexuelle pourraient être constitués de psychologues, d'infirmières, de sexologues, de travailleurs sociaux, des centres de planification et d'éducation familiale dont le Planning, auxquels j'adresse pas mal de patients. Le médecin pourrait se former à leur contact. Enfin, il convient de modifier le système de rémunération du médecin généraliste, car la rémunération à l'acte ne permet pas le travail en équipe, lequel prend du temps. Des consultations pourraient être créées et dotées d'un financement spécifique, pour des moments clés : contraception, préparation de la grossesse. La situation actuelle n'est pas satisfaisante en la matière.

S.A. : Que préconisez-vous en matière de formation ?

C. C. : La formation, tant initiale que continue, des médecins généralistes demeure insuffisante sur la thématique vie affective et sexuelle. Dans la formation initiale, il y a un module « santé de la femme » qui est obligatoire, mais il n'inclut pas la dimension de la vie sexuelle et ce dernier enseignement reste optionnel. D'une manière générale, les questions affectives et sexuelles requièrent chez le médecin généraliste une réflexion plus vaste, anthropologique et sociologique, un savoir peu ou pas abordé lors des études et de la formation. ■

Propos recueillis par Yves Géry

1. Catherine Chaumié a participé à la création du tout premier réseau de professionnels sur le VIH en France. Actuellement, elle fait partie du Réseau de santé Paris-Nord, d'un réseau périnatal qui s'occupe du suivi de grossesse et de Solipam (femmes en situation de précarité).

2. Pour les lieux-ressources existants, voir « Pour en savoir plus » à la fin de ce dossier.