

Consentement, éthique et santé

Yaëlle Amsellem-Mainguy,

sociologue, chargée de recherche,
Institut national de la jeunesse
et de l'éducation populaire, Paris,

Lisa Carayon,

maîtresse de conférences en droit,
université Sorbonne-Paris Nord, laboratoire
Iris, UMR 8156 CNRS – 723 Inserm,
EHESS – UPSN.

Le terme « consentement » est particulièrement d'actualité en France depuis la vague du mouvement #MeToo à partir de la fin de l'année 2017, vague dans laquelle s'inscrivent les #balanceton... visant à dénoncer les violences sexistes et sexuelles (VSS) dans des contextes spécifiques. Ce mot d'ordre, libérant la parole des victimes d'agressions et de harcèlements sexuels, a rapidement pris une dimension virale sur les réseaux sociaux et a fait trembler les lignes des rapports de genre. À l'époque, il s'agissait essentiellement de rappeler que dans ce domaine, « non, c'est non » ; mais au-delà, ce mouvement a remis en lumière la question des « zones grises », de ces expériences sexuelles qui ne sont pas toujours punissables par la justice, mais qui peuvent, d'une part, s'avérer traumatisantes, d'autre part, poser des problèmes moraux et politiques. Ceci étant posé, la complexité de la notion de consentement s'étend bien au-delà du champ de la sexualité et ce dossier sera également l'occasion de parler de consentement dans la relation de soins et dans plusieurs autres domaines. Il s'agit ici de comprendre combien le consentement participe, de façon générale, au fait « de tisser les relations sociales [1, p. 6] », y compris dans le domaine de la santé.

À y regarder de plus près, le fait que le consentement soit une notion présente dans divers univers – politique, amoureux, sexuel, social, médical, etc. [2 ; 3] – conduit à ce qu'il en existe toute une palette de définitions. Traçons donc rapidement quelques grandes lignes de réflexion qui pourraient traverser les divers domaines abordés.

Consentir : un acte individuel et collectif

La notion de consentement pourrait être définie comme un « acte par lequel quelqu'un donne à une décision, dont un autre a eu l'initiative, l'adhésion personnelle nécessaire pour passer à l'exécution¹ ». Cependant, cette première acception demande à être largement précisée.

Tout d'abord, dans cette définition large, l'acte même de consentir peut s'exprimer de multiples façons. Il ne s'agit pas seulement de consentir par oral ou par écrit : on peut exprimer un consentement par le corps, par un simple acquiescement, un sourire, un geste ; mais aussi par un silence ou par une inaction. Dans ce cas, le consentement nécessite une interprétation, nécessairement subjective, avec toutes les difficultés que cela implique.

Par ailleurs, le consentement est le résultat à la fois d'une délibération avec l'autre et d'une décision intérieure. Or, que l'acte de consentir soit le fruit d'une réflexion préalable ou d'un mouvement spontané, il comprend parfois des zones d'ombre, liées à l'intimité du consentement (« suis-je sûr de ce que je souhaite réellement ? ») en rapport à l'acquiescement à une proposition extérieure (« quelle influence a sur moi la proposition de l'autre ? »). Consentir peut aussi, parfois, consister à faire un choix de compromis : accepter quelque chose que l'on souhaite en contrepartie d'un tout qui peut nous convenir ou non, dans le but d'accomplir un objectif personnel. Si consentir suppose souvent une réflexion, c'est parce qu'on est parfois face à un dilemme [3, p. 24]. Le consentement renvoie donc à des tensions entre liberté et contraintes, entre adhérer et supporter. Il ne peut, par conséquent, être détaché des caractéristiques sociales des individus concernés ni des rapports de pouvoir et de hiérarchie qui les lient aux autres.

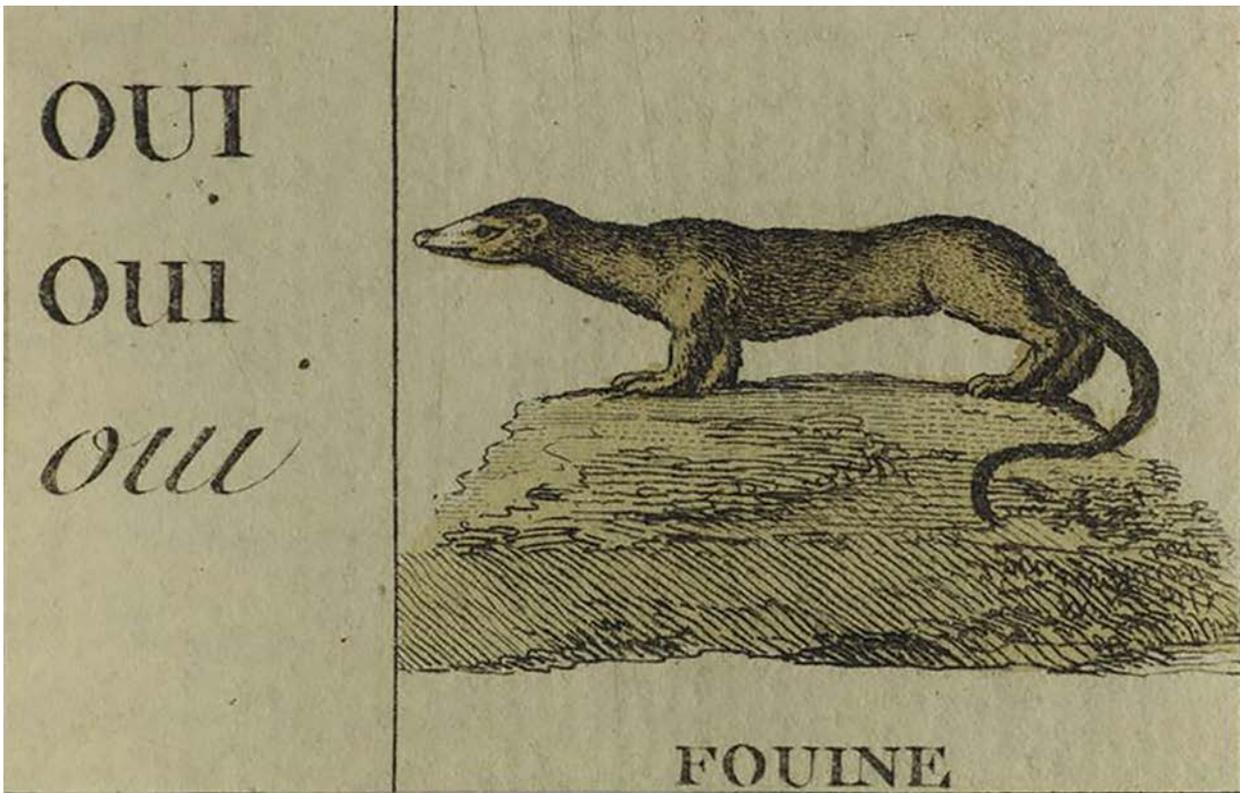
Puisqu'il s'inscrit dans le cadre d'une relation entre des individus, dans des interactions, le consentement est donc autant individuel qu'il est collectif. Or, dans cet aspect

relationnel se glisse nécessairement une dimension politique, morale et sociale : faire un choix personnel et raisonné est en réalité un acte soumis à un ensemble de normes et au contexte social dans lequel on consent. On peut ainsi s'interroger : « consentir à la domination, est-ce y adhérer ou bien la supporter comme un lot quotidien, plus ou moins fatal et plus ou moins modifiable ? [2, p. 5] ». On comprend ici que la dimension individuelle ne peut suffire pour comprendre et travailler la question du consentement, car celle-ci s'inscrit nécessairement dans des rapports de force et des rapports sociaux qui peuvent s'avérer inégalitaires.

Distinguer le fait de refuser et le fait de ne pas accepter

Si le consentement n'est pas une question strictement individuelle, il n'est pas non plus une notion spécifique à la sexualité, pas davantage qu'il ne concerne que les personnes touchées par des vulnérabilités spécifiques (âge, validité, sexe, état de santé, etc.) [4]. La question de la relation de soins permet d'en saisir toute la complexité.

De l'émergence des mouvements de patient-e-s atteint-e-s du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) à l'édiction de normes juridiques sur la participation des patient-e-s à la prise de décision médicale, la question du consentement à la relation de soins n'est pas nouvelle. Cependant, là aussi, les interrogations méritent d'être constamment retravaillées. En effet, comme en matière de sexualité, on pourrait penser un peu rapidement qu'apprendre à « respecter le consentement », en tant que soignant-e serait simplement respecter le « non » de la personne prise en charge. Or, qu'il s'agisse des consultations gynécologiques ou andrologiques, en institution ou en libéral, que le soin concerne la sphère sexuelle ou celle de la santé mentale, considérer le consentement sous le seul prisme du système « oui/non », c'est tomber dans un piège. En effet, moins que de respecter le « non », la question est davantage



d'accompagner la construction d'un vrai « oui ». Entendre les hésitations de la personne dont on recherche le consentement et les prendre en compte, parvenir à faire évoluer sa proposition en tant que spécialiste, expert-e, professionnel-le exige de chercher en permanence à comprendre ce qui a été compris et accepté par l'autre, de s'arrêter, d'accepter la réponse comme l'absence de réponse.

Des travaux de philosophie, de sociologie, de droit, et d'histoire mettent en évidence, d'une part, que le consentement exige certes d'être exprimé (supposant une logique relationnelle, duelle et communicationnelle), mais aussi d'être reçu. Dans la réalité des relations quotidiennes, il est rare qu'une question soit clairement posée et que le « oui » du consentement soit aussi clair. De la même façon, le non-consentement n'est pas toujours évident. Tous les exemples développés dans ce dossier montrent une réalité bien plus nuancée, tant le consentement est lié aux rapports de pouvoirs ; hiérarchies renforcées dans un contexte médical ou médico-social.

Face à la complexité de la question du consentement, la tentation est parfois, un peu rapidement, de se tourner vers l'arsenal juridique : mieux définir la notion, mieux sanctionner ses transgressions, etc.

Toutefois, les travaux sur ce point montrent qu'existent déjà quantité de normes autour de la question du consentement. Outre la question de leur application effective se pose surtout celle de l'intégration, par les professionnel-le-s, d'une réflexion sur le consentement dans la relation de soins, tout au long de leur activité et, en amont, dans leur formation. Apprendre à intégrer le consentement – et le non-consentement – des personnes à toutes les étapes de la consultation est indispensable, dans un contexte marqué notamment par la position de puissance induite par la blouse blanche et par l'expertise, face à la potentielle vulnérabilité induite par les motifs de consultation. Derrière cette question se cache bien sûr celle, centrale, du temps : pouvoir prendre le temps de la construction du consentement, dès le début et tout au long de la consultation, est aujourd'hui un luxe, alors que cela devrait être la norme. En embuscade surgit alors le problème des moyens, humains et donc financiers, accordés aux soins : comment prendre le temps d'informer, de parler, de différer, de se revoir ? Comment pouvoir offrir des choix de soins, de pratiques, de lieux qui soient de vraies options réalistes ? Finalement, ce dossier dresse le constat que la notion de consentement demande forcément du temps

dont les acteurs du soin ne disposent plus. Il s'agit peut-être pour ces professionnels de dire « non », c'est-à-dire de s'opposer à cette confiscation du temps de la relation, qui marque si durement le champ du soin. » Mais à lui seul le soignant ne peut agir : c'est l'ensemble du système de soins qu'il convient d'adapter à cette exigence éthique. ■

1. Foulquié, 1962, cité par Fraisse, 2007, p. 22.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Jaunait A., Matonti F. L'enjeu du consentement. *Raisons politiques*, 2012, vol. 2, n° 46 : p. 5-11. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-raisons-politiques-2012-2-page-5.html>

[2] Perdoncin A. Consentement des femmes et politique. Note sur *Du Consentement* de Geneviève Fraisse. *Tracés*, mai 2008, n° 14. En ligne : https://www.researchgate.net/publication/304389899_Consentement_des_femmes_et_politique_Note_sur_Du_Consentement_de_Genevieve_Fraisse

[3] Fraisse G. *Du consentement*. Paris : Seuil, 2007 : 160 p.

[4] Garcia M. *La Conversation des sexes. Philosophie du consentement*. Paris : Flammarion, coll. Climats, 2021 : 300 p.