

Consultations gynécologiques : « Nous devons être plus actif·ive·s dans la recherche du consentement »

Entretien avec Caroline Reiniche,

sage-femme dans un centre de santé de Seine-Saint-Denis où elle assure des consultations gynécologiques, suivis de grossesse, interruptions volontaires de grossesse (IVG), membre de l'association Pour une meuf (Pour une médecine engagée, unie et féministe).

La Santé en action : **Comment le consentement prend-il du sens dans votre pratique professionnelle ?**

Caroline Reiniche : En santé, le consentement a d'abord une définition légale depuis le début des années 2000 : il doit être « libre et éclairé ». Concrètement, il s'agit d'obtenir d'un·e patient·e son accord sur ce qui lui est proposé dans son parcours de soins : les gestes qu'on pose sur son corps, les prescriptions, etc. Cela nécessite une adaptation de notre posture. Nous pourrions nous dire qu'il suffit de demander : « Voilà le déroulé des soins que l'on va mettre en œuvre, qu'en pensez-vous ? », « Est-ce que je peux vous examiner au niveau du vagin ? » Or il faut tenir compte d'un fait important : la personne n'osera pas toujours s'opposer, parce qu'il existe un sentiment de respect des soignant·e·s qui représentent quelqu'un qui a fait des études et à qui on doit faire confiance. De plus, le consentement passe parfois par des questions qui n'en sont pas : « D'accord, hein ? » ou « Ça vous va ? » Dans la pratique, nous devons être plus actif·ive·s dans la recherche du consentement et nous assurer réellement qu'il est le plus libre possible, en expliquant ce qu'on va faire et en rappelant qu'il est possible – à chaque étape – de dire non. En tant

que professionnel·le de santé, cela implique de se mettre davantage à la hauteur de la personne soignée, de chercher à réduire le rapport de pouvoir entre soignant·e et patient·e, sans tricher sur le fait qu'il ne s'agit pas d'une relation d'égal à égal malgré tout.

S. A. : **Quelle est la place du consentement dans la formation initiale de sage-femme ?**

C. R. : Le consentement est surtout abordé d'un point de vue théorique, même si maintenant, dans certains cursus, on utilise aussi des jeux de rôle. Pendant les études de sage-femme, c'est surtout la question du consentement écrit qui est abordée, notamment pour des actes considérés hors normes, comme l'interruption volontaire de grossesse (IVG) ou la stérilisation. Cependant, il faut bien voir que 80 % de la formation sont effectués par les pairs, pendant les stages ; mais en parallèle sur le terrain, on ne peut pas dire que la recherche du consentement soit effective dans l'enseignement de la pratique. Voilà un exemple typique : demander à la personne l'autorisation que l'étudiant·e assiste à la consultation, en n'insistant pas sur le fait qu'elle peut refuser. Autre grand conseil classique qui remet en question le consentement : « Ne dis pas que c'est ta première perfusion, sinon la patiente ne voudra pas que tu la fasses. » Or pour avoir un consentement éclairé, il faudrait donner une information éclairante ! C'est-à-dire complète et honnête. Beaucoup de soignant·e·s pensent que si on dit la vérité aux patient·e·s, ces dernier·ère·s vont dire « non ». Or ils et elles sont globalement plutôt compréhensif·ive·s avec les étudiant·e·s, et bienveillant·e·s

L'ESSENTIEL

■ **Le consentement n'est pas forcément recueilli par les soignant·e·s dans leurs actes au cours des consultations gynécologiques. Une sage-femme souligne que pour parvenir à un consentement vraiment libre et éclairé, il faut changer le système, réformer les formations, mais aussi que les soignants prennent leurs responsabilités.**

avec les élèves mal à l'aise, parce qu'ils et elles manquent de pratique. Même si l'idée du consentement est partagée par beaucoup sur le papier, il y a un conservatisme de base parmi les professions médicales, qui rend malaisée sa mise en application dans la réalité. Il faut sortir de l'automatisme du soin, prendre conscience de ce que l'on fait et des mots que l'on emploie qui peuvent ne pas prendre en compte intégralement ce consentement, tels : « je vais faire un petit toucher vaginal », « ça ne va pas faire mal ». Changer nos réflexes, c'est un long travail de détricotage. Et plus on a d'années de métier, plus les plis pris sont compliqués à défroisser.

S. A. : **Y-a-t-il une spécificité du consentement propre à la consultation de gynécologie ?**

C. R. : La question du consentement des patient·e·s dans le domaine médical – et la question des violences pouvant être administrées dans ce cadre – n'est pas propre à la gynécologie. En gynécologie obstétrique, la question du sexisme est omniprésente, les violences y sont peut-être plus nombreuses que dans d'autres sphères du soin, parce que ce sont



principalement des femmes qui sont concernées. Comme elles bénéficient d'un suivi, la répétition des consultations multiplie les occasions. Par ailleurs, lorsque le traitement relève d'une question de vie ou de mort, il est difficile d'aborder en détail la question du consentement et difficile pour les patient-e-s de s'opposer aux décisions médicales. Toutefois, en gynécologie, de façon générale, peu d'actes médicaux relèvent de l'urgence ; donc, en tant que soignant-e, on ne peut pas se dédouaner de ne pas solliciter le consentement en disant : « *On n'a pas pu faire autrement.* »

S. A. : Quelles évolutions observez-vous sur le terrain ?

C. R. : Le centre de santé dans lequel je travaille reçoit principalement des femmes précaires, dépendantes, économiquement et dans leur couple. Malheureusement, auprès de ce public, je n'observe pas de changement ni une plus grande facilité à dire – y compris à verbaliser leur non-consentement – lorsqu'elles n'accepteraient pas tel ou tel geste médical. C'est peut-être chez les jeunes sages-femmes que je vois une évolution

plus marquée. Elles me paraissent plus ouvertes d'esprit ; les formations qu'elles ont suivies, davantage intégrées aux universités, les formatent un peu moins qu'auparavant, quand l'école de sages-femmes était un milieu uniquement intégré aux services hospitaliers. Une sage-femme ayant plusieurs années de métier a forcément commis des violences, et ce dès ses études, parce qu'elle aura pratiqué des touchers vaginaux non consentis : il nous était demandé de le faire, et quand on est élève, on n'ose pas refuser¹. C'est au cœur du problème, il s'agit d'une pratique quotidienne et banale qui n'est pas verbalisée ni même perçue comme des violences ni par les patient-e-s, ni par les soignant-e-s. Ces actes non consentis regroupent ceux pour lesquels un refus a été exprimé et n'a pas été pris en compte, mais surtout tous ceux pour lesquels le consentement n'est pas demandé explicitement. La prise de conscience des violences obstétricales est un long cheminement, il faut se regarder en face et ce n'est pas confortable, cela constitue un obstacle pour avancer. Parce que cela m'avait été enseigné à l'école, j'ai

conseillé à nombre de patientes en suite de couches : « *Il ne faut pas trop attendre pour reprendre des rapports sexuels.* » J'ai porté cette parole. Et il m'a fallu quelques années de pratique, et un cheminement militant, pour réaliser que c'était légitimer une vision hétéro-patriarcale, que j'incitais mes patientes, par cette petite phrase qui se voulait un conseil bienveillant, à accepter de se faire violence pour jouer leur rôle attendu dans leur couple sans se demander quelles pouvaient être leurs envies ou non de sexualité, et sous quelle forme. Quand on sait la fréquence des viols conjugaux – voir à ce propos l'enquête Virage de l'Institut national d'études démographiques (Ined) [1] –, c'est effarant d'avoir transmis à ces patientes, avec tout le poids de mon statut de soignante, de sachante, que leur conjoint avait une légitimité à réclamer des rapports sexuels, quoi qu'elles ressentent à ce sujet. Au-delà du contexte de soin, j'ai participé à leur faire comprendre le peu de valeur de leur consentement. Or, pour que le consentement soit vraiment libre et éclairé, il faut changer le système, réformer les formations, mais aussi prendre nos responsabilités individuelles en tant que soignant-e-s. ■

Propos recueillis
par Yaëlle Amsellem-Mainguy
et Lisa Carayon, retranscrits
par Nathalie Quéruef.

1. Le rapport du Haut Conseil à l'égalité de 2017 reprend nombre de ce type de témoignages. En ligne : https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_les_actes_sexistes_durant_le_suivi_gynecologique_et_obstetrical_20180629.pdf

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

[1] Debauche A., Lebugle A., Brown E., Lejbowicz T., Mazuy M., Charruault A. *et al.* *Enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles*. Ined, coll. Documents de travail, 2017, n° 229 : 67 p. En ligne : <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/document-travail/enquete-virage-premiers-resultats-violences-sexuelles/>