

# Toucher rectal : une nécessité de renforcer la culture du consentement

**Louis Braverman,**  
maître de conférences, laboratoire d'études  
et de recherche en sociologie – Labers  
(EA 3149), université de Bretagne  
occidentale (UBO).

Le toucher rectal consiste à introduire un doigt ganté et lubrifié dans le rectum du patient. Cet examen intervient lors du dépistage, du diagnostic et du suivi du cancer masculin le plus fréquent : le cancer de la prostate. Le toucher rectal permet notamment de mesurer approximativement le volume de la prostate, son poids, sa consistance, et il peut aussi parfois permettre de déceler la présence de nodules. Le plus souvent, cet examen est réalisé lors d'une consultation médicale, par un médecin généraliste ou un spécialiste. Ce geste clinique ne dure que quelques secondes et n'est pas censé être douloureux.

Il s'agit pourtant d'un examen qui touche à l'intimité. Le patient doit se dévêtir partiellement, exposer son corps au regard d'autrui et accepter une pénétration digitale des voies ano-rectales. Comme tout examen touchant à l'intimité [1], le toucher rectal entraîne des réticences potentielles du fait de la nature des gestes qu'il implique. Sa négociation est bien plus délicate que la prise de tension par exemple.

Cet article prolonge les réflexions féministes qui ont permis de porter dans le débat public la question du non-consentement au cours des examens touchant à l'intimité de la personne. À partir d'une recherche sociologique qui articule des observations au sein du milieu médical avec des entretiens auprès de patients

atteints d'un cancer de la prostate, il vise à montrer la nécessité de renforcer la culture du consentement.

## Un examen qui met mal à l'aise

Le toucher rectal met parfois les hommes mal à l'aise. Le risque de détecter une anomalie, la pudeur, le questionnement face à l'hygiène ou encore l'inconfort de l'examen sont à considérer comme des obstacles à sa réalisation [2 ; 3]. À ces différents facteurs s'ajoute une question de virilité ou de masculinité. En effet, la pénétration ano-rectale digitale subie est peu compatible avec la représentation d'une masculinité hégémonique [4]. Cet acte est contradictoire avec la norme hétéro-patriarcale selon laquelle le corps masculin ne saurait être pénétré et il peut, dès lors, susciter des résistances, de l'inconfort ou de la gêne. « *Avoir un doigt où il ne faut pas, moi, je n'apprécie pas* », dit par exemple un homme en entretien. « *C'est une question masculine* » qui fait du toucher rectal un acte « *un peu gênant* », ajoute-t-il.

Au-delà de la gêne exprimée par les patients, les résistances masculines au toucher rectal peuvent conduire à des renoncements aux soins [5]. La menace que fait planer le toucher rectal sur la performance de masculinité peut ainsi amener des hommes à ne pas faire cet examen ou à le repousser dans le temps. « *Il n'y a jamais rien qui est entré par là !* », s'est ainsi défendu un homme rencontré.

La question du consentement est d'autant plus sensible pour cet examen que celui-ci est rarement à l'initiative du patient : on ne « vient » pas « pour » un toucher rectal ; le plus souvent, c'est le médecin qui le propose dans une démarche de

## L'ESSENTIEL

■ **Un consentement libre et éclairé ne peut intervenir que si la question posée est accompagnée d'une véritable information.**

**Le toucher rectal en prévention du cancer de la prostate est un geste médical qui touche à l'intimité. Et le consentement du patient n'est pas forcément recueilli par le médecin avant d'effectuer ce geste clinique.**

prévention ou dans le cadre d'un suivi. La recherche du consentement est alors aussi une question d'adhésion au soin.

## Pour une recherche du consentement au-delà de l'implicite

Les médecins ont l'habitude d'annoncer leur geste à l'oral afin d'informer le patient et de le préparer. Cependant, tous ne parlent pas de la même façon à leurs patients. « *Ne vous inquiétez pas, ça va bien se passer, vous allez vous allonger, etc.* » sont des paroles qui visent à s'assurer de la coopération du patient. « *Ça ne fait pas mal* », « *vous ne ressentirez rien* », « *dites-moi si je vous fais mal* », « *vous n'allez rien sentir* », « *c'est juste désagréable* », « *ce n'est rien* » sont également les formules que les médecins adressent aux patients afin de désamorcer la transgression symbolique dont est porteur le toucher rectal. La réalisation d'un toucher rectal est aussi généralement précédée par une indication orale : « *je vais vous examiner* », « *allongez-vous et enlevez votre pantalon* », « *je vais vous faire un toucher rectal* », « *je vais voir votre prostate* », etc. Les médecins peuvent



aussi tout simplement se lever et enfiler un gant. De tels signes seront immédiatement déchiffrés par un patient qui est habitué à cet examen.

Plus rarement, le consentement est recherché de manière explicite avec une question dont la formulation est pourtant tout aussi simple : « *êtes-vous d'accord pour que je vous examine ?* », « *puis-je vous faire un toucher rectal ?* », « *souhaitez-vous bénéficier d'un toucher rectal ?* », etc. Des informations sur l'utilité et l'intérêt du toucher rectal pour le patient sont également peu fréquentes alors que les controverses sur le dépistage du cancer de la prostate sont nombreuses [6]. Or, un consentement libre et éclairé ne peut intervenir que si la question posée est accompagnée d'une véritable information.

À première vue anodine, la différence entre « *je vais vous examiner* » et « *êtes-vous d'accord pour que je vous examine ?* » est en réalité de taille. La première formulation repose sur une affirmation sans questionnement et peut être vécue comme une imposition en raison de l'asymétrie de la relation thérapeutique, alors que la seconde relève d'une recherche active de consentement.

### **Agir sur les obstacles relationnels et organisationnels**

Lever les obstacles relationnels et organisationnels est une priorité pour faire entrer la pratique du toucher rectal dans une culture du consentement. La communication est un élément important de la relation de soin. Toutefois, d'autres facteurs participent à construire la relation

médecin-patient : les représentations de la santé et de la maladie, le rapport au corps et à la pudeur, la présence de proches ou d'étudiant-e-s, les antécédents médicaux, etc.

La littérature nous amène à considérer le poids des normes de genre dans la relation médecin-patient. Ainsi, les femmes médecins évoquent davantage une gêne à l'égard de la pratique du toucher rectal [7]. Du côté des patients, la majorité ne fait pas de différences entre les médecins selon leur sexe, considérant qu'il s'agit de professionnel-le-s de santé avant tout, mais une part significative d'entre eux préfèrent que l'examen soit réalisé par un homme. Une hypothèse mérite d'être avancée : la pudeur, la honte et le sentiment d'infériorité sont plus prononcés lorsque le médecin est une femme, car pour de nombreux hommes toute interaction avec une femme est susceptible d'être porteuse d'enjeux sexuels.

Il est aussi important d'insister sur les liens, parfois forts, qui existent entre un patient et son médecin pour appréhender les attitudes à l'égard du toucher rectal. De façon peut-être contre-intuitive, le fait de bien connaître son soignant n'est pas forcément un élément facilitant l'examen. Un patient a par exemple déclaré au cours de l'enquête qu'il voyait mal son médecin traitant lui réaliser un toucher rectal : « *Il m'aurait dit il y a deux ans "on fait un toucher pour voir"... Je le connais depuis plus de vingt ans, c'est le médecin de famille, il suit nos filles, tout ça* ».

Enfin, l'intensification des cadences de travail est sans aucun doute un facteur qui pèse sur le

consentement au toucher rectal et plus généralement sur son vécu. Informer un patient sur un examen et répondre à ses questions prend du temps, tout comme se dévêtir lorsqu'on est âgé. De même, tous les espaces de consultation ne permettent pas de se dévêtir et de se rhabiller sans exposer son intimité au regard des professionnels présents. Réfléchir collectivement sur les conditions qui nous permettent d'entrer dans une culture du consentement est donc impératif. ■

## **RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

- [1] Comité consultatif national d'éthique (CCNE). « Consentement et respect de la personne dans la pratique des examens gynécologiques et touchant à l'intimité ». CCNE, avis 142, 2023. En ligne : <https://www.ccne-ethique.fr/node/539>
- [2] Nagler H. M., Gerber E. W., Homel P., Wagner J. R., Norton J., Lebovitch S. *et al.* Digital rectal examination is barrier to populations-based prostate cancer screening. *Urology*, 2005, vol. 65, n° 6 : p. 1137-1140. DOI : 10.1016/j.urology.2004.12.021.
- [3] Vorilhon P., Mounsier B., Cambon B., Tanguy G., Guy L. Les obstacles au toucher rectal dans le cadre du dépistage individuel du cancer de la prostate en médecine générale. *Exercer*, 2012, n° 104 : p. 196-202. En ligne : <https://www.exercer.fr/article/download/455?save=1>
- [4] Braverman L. « *Il n'y a jamais rien qui est entré par là !* ». Résistances et malaises masculins face au toucher rectal. *Recherches sociologiques & anthropologiques*, 2017, vol. 48, n° 1 : p. 45-64. En ligne : <https://journals.openedition.org/rsa/1808>
- [5] Desprès C. Significations du renoncement aux soins : une analyse anthropologique. *Sciences sociales et Santé*, 2013, vol. 31, n° 2 : p. 71-96. En ligne : <https://doi.org/10.3917/sss.312.0071>
- [6] Kollmann Y. *Obstacles au toucher rectal en médecine générale lors du dépistage individuel du cancer de la prostate*. [Thèse de médecine] Pr Hubert, université de Lorraine, Nancy, 11 octobre 2018. En ligne : <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03297441/document>
- [7] Bodergat E. *Enquête sur la pratique du toucher rectal chez les médecins généralistes de Basse-Normandie*. [Thèse de médecine] Pr Enghard, université de Caen-Normandie, 13 octobre 2021. En ligne : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03577379>