

la Santé en action

PRÉVENTION/PROMOTION/ÉDUCATION



Consentement, éthique, soins et santé

Juin 2023 / Numéro 464

La Santé en action : à lire désormais sur téléphones portables et tablettes.

Vous êtes habitué à lire vos revues sur votre Smartphone ou sur votre tablette ? Depuis le premier trimestre 2019, *La Santé en action* est disponible en format spécifiquement adapté à ces supports.

La Santé en action – la revue trimestrielle de Santé publique France – est consacrée exclusivement à la prévention, l'éducation et la promotion de la santé. Elle est destinée à l'ensemble des professionnels concernés (éducation, santé, social, etc.).

Il suffit de télécharger une application compatible

avec la lecture de ce format (epub) pour bénéficier en particulier :

- ➔ d'un sommaire interactif qui permet d'accéder de manière sélective à l'article choisi ;
- ➔ d'une ergonomie adaptée au plus grand nombre ;
- ➔ de nombreux liens qui facilitent la navigation vers les ressources.

La Santé en Action :

- ➔ est disponible gratuitement en format numérique, en version pdf téléchargeable depuis le site de Santé publique France.
- Il est possible de consulter à tout moment l'ensemble

des numéros et des articles parus depuis 2000

ou le dernier numéro paru ;

- ➔ est accessible en abonnement. Il suffit de quelques clics sur la page du site de Santé publique France pour recevoir dans sa boîte mail la revue trimestrielle dès sa parution ;
- ➔ existe en version papier gratuite. Celle-ci reste cependant réservée aux professionnels exerçant dans des lieux collectifs (établissements scolaires, centres de santé, hôpitaux, communes et collectivités, bibliothèques, etc.).

la Santé en action

est éditée par :

Santé publique France

12, rue du Val d'Osne

94415 Saint-Maurice Cedex – France

Tél. : 01 41 79 67 00

Fax : 01 41 79 67 67

www.santepubliquefrance.fr

Santé publique France est l'agence nationale de santé publique. Établissement public administratif sous tutelle du ministère chargé de la Santé, l'agence a été créée par le décret n° 2016-523 du 27 avril 2016 et fait partie de la loi de modernisation du système de santé (loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016).

Directrice de la publication :

Laetitia Huiart

RÉDACTION

Rédacteur en chef :

Yves Géry

Assistante de rédaction :

Danielle Belpaume

PHOTOS :

Couverture : Graffiti De la série : IV L'Amour. Vers 1935-1950, Brassai (dit), Halasz Gyula (1899-1984) © Estate Brassai – RMN-Grand Palais Paris, Centre Pompidou – Musée national d'art moderne – Centre de

création industrielle. Photo © Centre Pompidou, MNAM-CCI, Dist. RMN-Grand Palais / Adam Rzepka.

Page 5 : Jeu abécédaire (titre d'usage) Marseille, MuCEM, Musée des Civilisations de l'Europe et de la Méditerranée. Photo © RMN-Grand Palais (MuCEM) / Franck Raux.

Page 11 : Un autre regard pour d'autres rapports. Commande de la ville de Montreuil. Maquette d'affiche. Design graphique Cieslewicz Roman (1930-1996). © ADAGP, Paris Paris, Centre Pompidou – Musée national d'art moderne – Centre de création industrielle. Photo © Centre Pompidou, MNAM-CCI, Dist. RMN-Grand Palais / Bertrand Prévost.

Page 18 : Cour de promenade du quartier d'isolement, prison de la Santé, 14^e arrondissement, Paris. Aubert Olivier. © Droits réservés Paris, musée Carnavalet. Photo © Paris Musées, musée Carnavalet, Dist. RMN-Grand Palais / image ville de Paris.

Page 20 : Femme enceinte 1896-1911. Fondateur : A.A. Hébrard. Degas Edgar (dit), Gas Hilaire-Germain Edgar de (1834-1917) Paris, musée d'Orsay. Photo © RMN-Grand Palais (musée d'Orsay) / Hervé Lewandowski. Agence Photographique de la Réunion des musées nationaux.

Page 22 : Figures antropomorphes, Marseille, musée d'Arts africains, océaniques, amérindiens. © Ville de Marseille, Dist. RMN-Grand Palais / Claude Almodovar / Michel Vialle

Page 26 : Le Pleurer : deux têtes de face et une de profil. Album Le Brun Charles -1-Folio 30 rapporté au recto. Tête faisant partie de la série des « Diagrammes ». Le Brun Charles (1619-1690), Paris, musée

du Louvre, D.A.G. Photo © Musée du Louvre, Dist. RMN-Grand Palais / Martine Beck-Coppola

Page 28 : Mechanischer Kopf (Tête mécanique). Titre attribué : Der Geist unserer Zeit (L'esprit de notre temps). Marotte de coiffeur en bois et divers objets fixés dessus : gobelet télescopique, un étui en cuir, tuyau de pipe, carton blanc portant le chiffre 22, un morceau de mètre de couturière, un double décimètre, rouage de montre, un rouleau de caractère d'imprimerie Hausmann Raoul (1886-1971). © ADAGP, Paris Paris, Centre Pompidou – Musée national d'art moderne – Centre de création. Industrielle. Photo © Centre Pompidou, MNAM-CCI, Dist. RMN-Grand Palais / Philippe Migeat

Page 32 : Statue : allégorie de la Vie et de la Mort. Ecoen, musée national de la Renaissance. Photo © RMN-Grand Palais (musée de la Renaissance, château d'Ecoen) / Stéphane Maréchal.

FABRICATION

Conception graphique : **offparis.fr**

Secrétariat de rédaction : **Entre Guillomet**

Réalisation graphique : **Desk**

Impression : **Imprimeries La Galiote Prenant**

ADMINISTRATION

Gestion des abonnements :

Marie-Josée Bouzidi (01 71 80 16 57)

sante-action-abo@santepubliquefrance.fr

N° ISSN : 2270-3624

Dépôt légal : 2^e trimestre 2023

Tirage : 7 000 exemplaires

Les titres, intertitres et chapeaux sont de la responsabilité de la rédaction.

CONSENTEMENT, ÉTHIQUE, SOINS ET SANTÉ

Dossier coordonné par

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

La coordination de ce dossier a été réalisée dans le cadre du projet ANR-21-CE27-0026 ConSent soutenu par l'Agence Nationale de la Recherche.

avec la collaboration de **Delphine Rahib**, chargée d'étude en santé sexuelle, Direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France.

Introduction

4 _ Yaëlle Amsellem-Mainguy, Lisa Carayon

UNE QUESTION PHILOSOPHIQUE, POUR LES FEMMES UN LIBRE-CHOIX NON QUESTIONNÉ SUR LES MODALITÉS D'IVG, UN CONSENTEMENT NON PRIS EN COMPTE POUR LE SUIVI GYNÉCOLOGIQUE DES PERSONNES HANDICAPÉES

Comment la philosophie se saisit-elle de la notion de consentement ?

6 _ Entretien avec Maxence Christelle

Consentement et IVG : les modalités doivent être librement choisies par les femmes

8 _ Carine Favier, Caroline Rebhi, Véronique Séhier

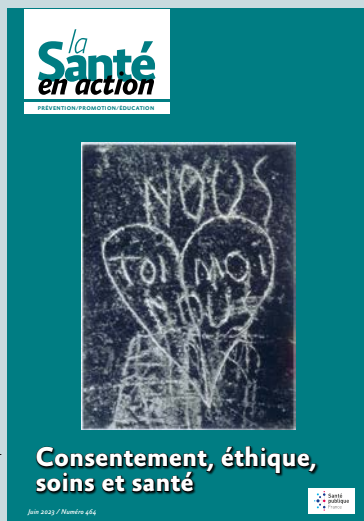
« Pour s'assurer du consentement d'une personne handicapée, il faut connaître le handicap »

10 _ Entretien avec Béatrice Idiard-Chamois

ÉTABLISSEMENTS PSYCHIATRIQUES, USAGERS DE DROGUES, PRISONS, QUAND UNE OBLIGATION SE SUBSTITUE AU CONSENTEMENT POUR LES SOINS EN MILIEU FERMÉ

La psychiatrie : domaine d'exception au principe de consentement des personnes ?

12 _ Delphine Moreau



Usagers de drogues soumis à une obligation de soins : « Nouer une alliance thérapeutique avec le patient »

14 _ Entretien avec David Saint Vincent

Les soins dans un établissement fléché pour les auteurs de violences sexuelles : quelle place pour le consentement ?

16 _ Juliette Pfender, Charlotte Démonté

TOUCHER VAGINAL, TOUCHER RECTAL : UN CONSENTEMENT NON QUESTIONNÉ, UNE ABSENCE DE RÈGLES ÉTHIQUES QUI EMPÊCHE LE PATIENT DE SE DÉTERMINER

Consultations gynécologiques : « Nous devons être plus active-s dans la recherche du consentement »

19 _ Entretien avec Caroline Reiniche

Toucher rectal : une nécessité de renforcer la culture du consentement

21 _ Louis Braverman

ÂGES DU CONSENTEMENT, PROTECTION DES MINEURS, CONSENTEMENT AU SEIN D'UN COUPLE

Les âges du consentement dans le droit criminel canadien

23 _ Jean Bérard, Nicolas Sallée

Crimes sexuels : un pas en avant avec la loi de 2021, mais la protection des mineurs demeure insuffisante

25 _ Entretien avec Catherine Le Magueresse

Couple et sexualité en droit : la place du consentement

27 _ Julie Mattiussi

POPULATIONS VULNÉRABLES : LORSQUE LE CONSENTEMENT N'EST PAS FORCÉMENT RECUEILLI

Accès aux soins pour les migrants : Comment consentir si l'on ne comprend pas ?

29 _ Yves Géry

Consentir à mourir ?

31 _ Entretien avec Nicolas Foureur

RESSOURCES DOCUMENTAIRES

Pour en savoir plus

33 _ Laetitia Haroutunian

Rubriques

Faire face au deuil en période de pandémie

36 _ Covid-19 : « *Seule une psychothérapie individuelle de 16 séances a fait la preuve de son efficacité de manière robuste sur le trouble de deuil prolongé* »

Entretien avec T. H. Éric Bui

Prévention du surpoids chez les enfants

39 _ **Expérimentation d'un programme de prévention de l'obésité : « Pour environ un tiers des enfants, une amélioration de la corpulence a été constatée »**

39 _ Entretien avec Laura Ovide, Isabelle Vincent, Cécile Doghmane

Permanence d'accès aux soins de santé

41 _ **Permanence d'accès aux soins mobile de Marseille : « Un lieu de confiance où les demandeurs d'asile peuvent parler de leur santé »**

Entretien avec Jérémie Khouani

43 _ **Permanences d'accès aux soins de santé – Pass : une prise en charge et un accompagnement des personnes en situation de précarité**

Yves Géry

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.

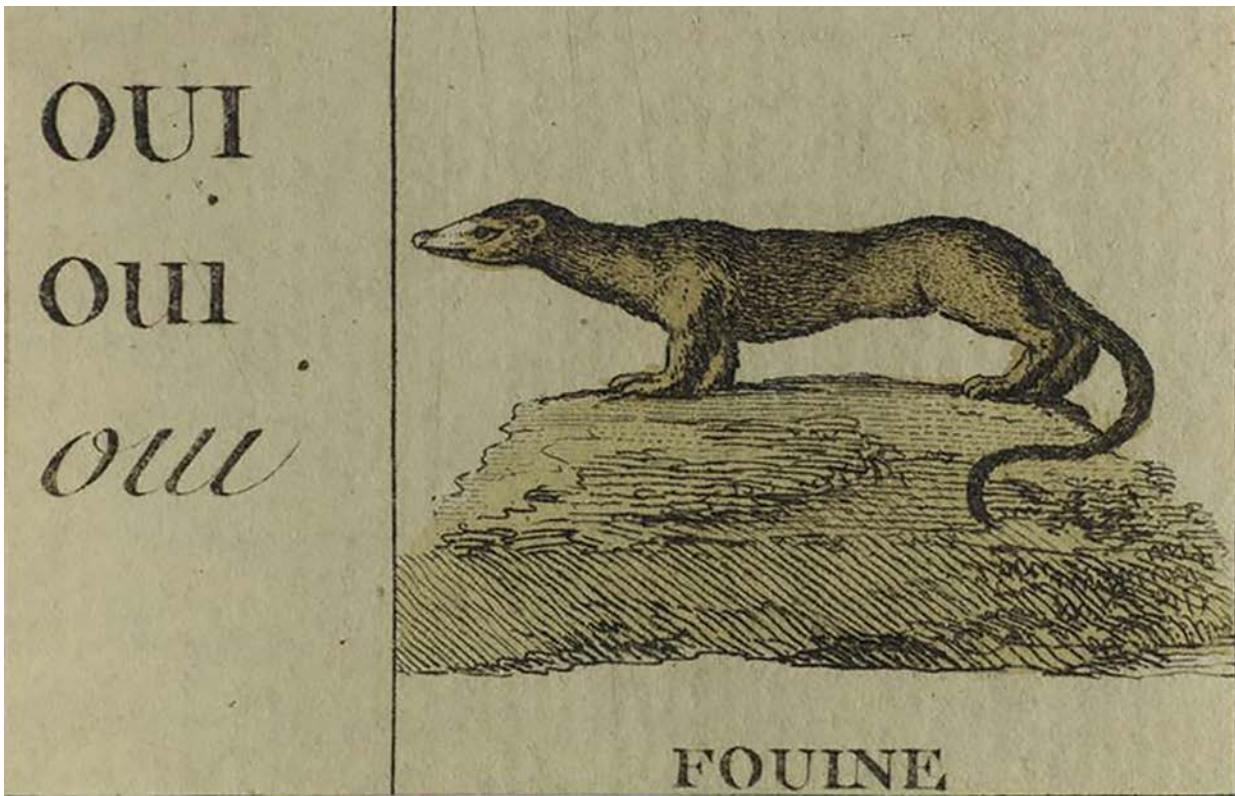
Puisqu'il s'inscrit dans le cadre d'une relation entre des individus, dans des interactions, le consentement est donc autant individuel qu'il est collectif. Or, dans cet aspect

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.

Comment la philosophie se saisit-elle de la notion de consentement ?

Entretien avec Maxence Christelle,

maître de conférences en droit public,
université Picardie – Jules-Verne.

L'ESSENTIEL

► Dans une société patriarcale fondée sur un système historiquement construit de domination des femmes par les hommes, les femmes peuvent-elles toujours être considérées suffisamment libres pour pouvoir consentir ? C'est l'une des questions qu'examine le juriste Maxence Christelle. Plus largement, il remet en perspective la notion de consentement, fortement déterminée par les normes sociétales.

La Santé en action : **Comment la philosophie appréhende-t-elle la notion de consentement ?**

Maxence Christelle : Du point de vue individuel, la philosophie s'intéresse à cette notion de multiples façons, et notamment en tant qu'élément du processus par lequel nous décidons et agissons (existe-t-il un consentement en arrière-plan de chacune de nos actions ? Et si oui, quelle est sa fonction ?). Elle envisage également le consentement dans une relation de l'individu à lui-même, ce que Pascal qualifiait de « *dialogue avec soi-même* », comme lorsque nous nous demandons : « *Est-ce vraiment cela que je souhaite ou désire ?* ». Enfin, la philosophie interroge la signification et les facultés nécessaires pour pouvoir exprimer un consentement. Sur le plan collectif, là encore, le consentement est pensé de manière variée. Il peut être mobilisé pour fournir une réponse à la question des origines de l'État. Selon les théories dites du contrat social (Hobbes, Locke,

Rousseau par exemple), l'État est le fruit d'un contrat passé entre des individus isolés pour garantir notamment leur sécurité. Dès lors, puisqu'est en cause un « contrat », le concept de consentement est naturellement utilisé. De même, le consentement est aussi un moyen d'interroger les valeurs d'une société : selon les limites qu'elle reconnaît à ce qu'il est possible de faire par l'usage d'un consentement (p. ex. : peut-on consentir à exercer une activité prostitutionnelle ? à refuser des soins médicaux vitaux ?). À cet égard, l'évaluation morale d'un consentement exprimé permet de lier la dimension individuelle et la dimension collective : ce qui a été consenti par la personne est ensuite confronté à la manière dont la société approuve ou désapprouve moralement cet acte.

S. A. : **Pourquoi peut-on se sentir lésé lorsqu'on consent ?**

M. C. : On peut émettre l'hypothèse que la perception du consentement comme un mouvement négatif trouve son origine dans au moins deux principes. Le premier tient à ce que les premières utilisations du terme dans la philosophie grecque en font un instrument visant à qualifier moralement un comportement, et à en tirer les conséquences juridiques adéquates : gratifications s'il est bon, punitions s'il ne l'est pas. Ensuite, cette négativité trouve une partie de son origine en droit. En effet, de façon générale, le consentement sert juridiquement à céder, même temporairement, certains droits. Ainsi, lorsque je consens à une intervention médicale, je consens à faire cesser la protection dont je bénéficie, à

savoir justement le fait qu'il n'est pas possible de toucher à mon corps sans mon consentement. De même, certaines utilisations célèbres en droit du consentement ont pu montrer qu'il était davantage envisagé comme un risque (rendre n'importe quelle action admissible au seul motif qu'elle serait consentie) que comme un moyen d'émancipation. En réalité, ce n'est qu'une certaine idée du consentement ! En effet, la manière dont les stoïciens ont pu penser ce qui deviendra le consentement, à savoir le concept d'assentiment, est bien un consentement positif. Celui-ci consiste notamment dans le fait d'accepter l'ordre du monde et de la nature et, ainsi, notre place en son sein. Il ne s'agit pas de s'y résigner, mais plutôt d'apprendre à vouloir ce qui est conforme à notre nature, et ce qui ne l'est pas, positivement.

S. A. : **Un consentement réfléchi permet-il de mieux comprendre notre pouvoir et ses limites ?**

M. C. : Le fait de comprendre le consentement comme pouvant exprimer une forme d'adhésion qui engage l'ensemble de la personne permet de rendre plus perceptibles certains éléments. Tout d'abord, il semble que pendant longtemps, le consentement, particulièrement le consentement juridique, a été envisagé comme l'expression de facultés purement intellectuelles. C'est ainsi qu'un individu atteint d'une altération importante de ses facultés se trouvait dans une situation aboutissant à ce que ses possibilités de consentir juridiquement soient quasiment inexistantes (p. ex. : pendant très longtemps,

la personne placée sous le régime de tutelle était frappée d'une interdiction quasi générale de consentir. À ce titre, elle ne pouvait pas consentir à se marier, ni même refuser de consentir à un mariage organisé par son représentant légal). Pour autant, qu'en est-il de ses émotions, de ce qu'elle éprouve ? Si le consentement est bien un acte qui met en mouvement tant l'esprit que le cœur, alors il reste possible de continuer à reconnaître juridiquement un droit au consentement à celles et ceux dans cette situation. C'est cela qui explique, en partie, le fait qu'il existe désormais des actes pour lesquels seule la personne elle-même peut, en principe, exprimer un consentement. L'exemple du droit de la santé est éclairant sur ce point. Alors que le droit désigne pourtant sous le nom « d'incapables » les personnes bénéficiant d'une mesure de protection, le principe, en ce qui concerne les soins, est que leur consentement doit systématiquement être recherché si elles sont aptes à exprimer leur volonté. Ensuite, considérer le consentement non comme une résignation, mais comme une acceptation permet de nous faire prendre conscience de notre liberté. Plus précisément, de réaliser que même dans un monde dans lequel nous devons céder devant certaines choses qui s'imposent à nous (le temps, les limites de notre corps, etc.), il subsiste néanmoins un espace pour la liberté. Nous ne sommes pas condamnés à n'être que des particules ballottées par les événements. Toutefois, ce pouvoir d'action qui est le nôtre est, dans le même temps, une responsabilité : celle de parvenir à déterminer ce avec quoi nous sommes au diapason, car, comme nous le suggère l'étymologie latine, consentir, c'est « sentir avec » (*cum-sentire*) !

S. A. : Quels sont les questionnements philosophiques et les débats militants actuels autour de la notion de consentement ?

M. C. : Les réflexions contemporaines sur le consentement semblent se positionner autour de deux axes qui recoupent ce qui a été évoqué plus tôt : individuel et collectif. Individuellement, au travers d'une recherche de ce que signifie consentir, et des conditions de possibilité de cet acte. Sommes-nous

véritablement capables de formuler des consentements libres et éclairés ? Dans quelle mesure sommes-nous conditionnés à subir certaines influences, par exemple des émotions, sur nos processus de décision ? Quelles sont les caractéristiques et les attributs de ce que nous appelons rationalité ? Ce sont des questions qui traversent de nombreux champs disciplinaires, à des degrés divers : la philosophie, le droit, la sociologie, l'économie, la science politique, etc. Sur le plan collectif, la réflexion est particulièrement abondante, notamment en philosophie politique et en droit. On peut évoquer ici le consentement comme outil de revalorisation du citoyen dans les affaires publiques : démocratie participative, recours accru au référendum, procédure de révocation des élus, etc. Plus généralement, il est l'occasion d'une redéfinition des rapports sociaux entre individus, mais aussi par rapport au pouvoir politique. Ce n'est donc pas étonnant de constater que le consentement est extrêmement présent dans les discussions autour de la citoyenneté numérique et des technologies de surveillance (données personnelles, reconnaissance faciale, etc.). Au titre des rapports inter-individuels, la réflexion vise à déterminer à quel point la société dans laquelle nous vivons influence notre liberté de consentir. C'est dans ce sillage que s'inscrit notamment une part significative des études féministes récentes en langue française (Geneviève Fraisse, Manon Garcia, Nicole-Claude Mathieu, Catherine Le Magueresse, etc.). Il n'est évidemment pas possible d'en présenter ici la diversité et la richesse, mais l'on peut toutefois évoquer deux points. Le premier concerne spécifiquement les violences sexuelles et sexistes, et ce qu'il est demandé aux femmes de prouver à l'occasion d'un procès pour établir cette réalité. Ainsi, là où le système français demande à la personne qui se présente comme victime de prouver qu'elle n'a pas consenti, d'autres systèmes font peser la charge de cette preuve sur celui désigné comme agresseur. Or le choix d'un modèle plutôt qu'un autre traduit, selon certaines auteures, une idée particulière des rapports entre les hommes et les femmes. D'un point de vue plus général, la pensée féministe s'est également trouvée être la principale

instigatrice d'une réflexion sur la thématique de la liberté et de l'égalité en droit. En effet, dans une société patriarcale fondée sur un système historiquement construit de domination des femmes par les hommes, les femmes peuvent-elles toujours être considérées comme suffisamment libres pour pouvoir consentir ? De plus, le fait que les mêmes règles juridiques s'appliquent aux hommes comme aux femmes n'implique pas nécessairement qu'ils seraient égaux en pratique. C'est en ce sens que les études féministes permettent d'évoquer à nouveau la faculté, inhérente au droit, d'opérer des distinctions (distinguer entre les hommes et les femmes, les êtres humains et les animaux, etc.), et surtout de nous poser une question fondamentale : pour qui les règles juridiques et sociales sont-elles conçues ? Afin de servir quels intérêts ? En somme, elles nous interpellent en nous demandant : cette figure désincarnée de l'homme dans l'expression « droits de l'homme » représente-t-elle bien tout être humain ou seulement un certain groupe (biologique, social, etc.) en particulier ?

S. A. : Y a-t-il des enjeux encore non explorés dans la question du consentement ?

M. C. : Sans pouvoir développer ici, l'on peut simplement souligner que pour le moment, le consentement, dans son appréhension juridique, est particulièrement hétérogène. Pour prendre un exemple, un mineur de 16 ans peut consentir à avoir une relation sexuelle avec un adulte majeur, mais dans le même temps, il ne peut consentir à l'achat ou au visionnage de contenus pornographiques. Ce faisant, c'est bien ce qui fonde le pouvoir de consentir chez un individu qui est en question. À cet égard, il sera probablement nécessaire de préciser davantage ce qui fonde le choix de permettre ou d'interdire de consentir à tel ou tel acte. ■

Propos recueillis par Yaëlle Amsellem-Mainguy et Lisa Carayon.

Pour en savoir plus

Christelle M. *Le Consentement*. Paris : PUF, coll. Que sais-je ?, 2023 : 128 p.

Consentement et IVG : les modalités doivent être librement choisies par les femmes

**Carine Favier, Caroline Rebhi
et Véronique Séhier,**
anciennes co-présidentes du Planning
familial.

L'ESSENTIEL

▣ **Les femmes qui demandent à accéder à une interruption volontaire de grossesse (IVG) n'ont pas toujours le choix de la méthode qui est souvent déterminée par la volonté des soignant-e-s. Ceci les prive ainsi d'un choix éclairé et d'un réel consentement à la façon dont cette IVG est réalisée. Consentir n'est pas seulement dire oui, c'est pouvoir le dire dans les conditions qui respectent le choix des personnes, même mineures, sans contrainte ni dépendance.**

De 1975, date de la première loi sur l'interruption volontaire de grossesse (IVG), jusqu'à la loi Gaillot¹ en 2022, visant à renforcer le droit à l'avortement, des avancées législatives indéniables ont eu lieu ces dernières années pour renforcer l'accès à l'IVG : suppression de la notion de détresse² inscrite dans la loi Veil (2014), prise en charge à 100 % des frais liés à l'IVG pour toutes les femmes, allongement des délais d'IVG instrumentales (par aspiration avec ou sans anesthésie générale) de 12 à 14 semaines de grossesse, obligation d'un répertoire des lieux pratiquant les IVG, etc. La crise sanitaire de 2020 et les mesures de confinement ont rendu possibles les interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses jusqu'à 9 semaines d'aménorrhée en ville, notamment par les médecins libéraux pouvant les prescrire via une téléconsultation (mais cette mesure de téléconsultation ne concerne toujours pas l'hôpital à ce jour). Cette mesure

allongeant les délais à 9 semaines d'aménorrhée en ville a été pérennisée en juin 2021, facilitant l'accès à l'interruption volontaire de grossesse hors du contexte hospitalier pour les femmes qui le souhaitent. Pour rappel, l'hôpital pratique des IVG médicamenteuses jusqu'à 9 semaines d'aménorrhée et des IVG instrumentales jusqu'à 16 semaines d'aménorrhée. La place des sages-femmes dans l'interruption volontaire de grossesse a été renforcée, avec la possibilité de pratiquer des IVG instrumentales, pour le moment encore dans un cadre expérimental (décret du 29 décembre 2022 [1]). L'ensemble de ces mesures s'inscrivent dans une simplification du parcours et une « normalisation » de cet acte. Cependant, la clause de conscience spécifique à l'interruption volontaire de grossesse que le praticien peut exercer, qui s'ajoute à la clause de conscience générale pour tout acte médical, est maintenue, avec ses conséquences en termes d'accès sur les territoires et de stigmatisation de cet acte pourtant fréquent dans la vie des femmes. En effet, une femme sur trois aura recours à l'IVG dans sa vie : c'est donc un acte qui s'inscrit dans leur parcours de santé sexuelle. Ainsi, 223 300 IVG ont été réalisées en France en 2021, dont les deux tiers sous forme médicamenteuse et majoritairement avant 8 semaines d'aménorrhée. À cet égard, la Haute Autorité de santé (HAS) rappelle qu'« en l'absence de contre-indication médicale et dans la limite des délais autorisés pour l'IVG, les femmes doivent pouvoir recourir à la méthode de leur choix, médicamenteuse ou chirurgicale, et recevoir une information détaillée sur ces interventions » en conformité

avec la loi du 4 mars 2022 relative aux droits des malades, qui impose aux soignants de donner aux personnes toutes les informations leur permettant de faire un choix éclairé [2]. En parallèle, la baisse du nombre des IVG en établissement de santé se poursuit. Cette baisse ne semble pas seulement traduire un choix délibéré des femmes elles-mêmes, selon les témoignages recueillis dans le cadre des appels du Numéro Vert national 0800 08 11 11 sur plusieurs territoires.

Difficultés persistantes d'accès à l'IVG

Pourtant, on observe toujours des difficultés d'accès sur le terrain, et une difficile reconnaissance de ce droit à l'interruption volontaire de grossesse comme un droit fondamental. Un rapport parlementaire de 2020 [3] révèle que les avortements réalisés en ville l'ont été par 2,9 % des généralistes et des gynécologues et par 3,5 % des sages-femmes : c'est peu. C'est un acte peu valorisé et peu valorisant. L'allongement des délais a en outre réactivé des résistances fortes parmi les professionnels : pour refuser d'appliquer la loi, nombreux sont ceux qui invoquent ne pas être formés aux nouvelles techniques, ne pas avoir les canules appropriées ; un frein à l'accès aux soins, une double peine pour les femmes qui vivent dans des zones peu médicalisées. En Occitanie par exemple, dans 6 départements sur 13, aucun établissement n'applique les nouveaux délais ; dans les Hauts-de-France, seuls 11 établissements sur 30 appliquent la loi, et à Paris, ils ne sont que trois. De façon générale, 17,2 % des avortements sont réalisés hors du département de résidence des femmes [4].

Absence de consentement sur la façon dont l'IVG est réalisée

Les femmes n'ont pas toujours le choix de la méthode qui est déterminée par la volonté des soignant-e-s, les privant ainsi d'un choix éclairé et d'un réel consentement à la façon dont l'interruption volontaire de grossesse est réalisée.

De plus, la bienveillance dans l'accueil n'est pas toujours au rendez-vous : échographie avec écoute du cœur, remarques culpabilisantes sur l'échec de contraception (« *vous auriez pu faire attention* »), sur les interruptions volontaires de grossesse tardives ou multiples, etc., comme en témoignent les femmes reçues au Planning familial ou sur le Numéro Vert national.

La simplification du parcours de l'avortement et la suppression du délai de réflexion ont permis aux femmes de se réapproprier leur corps, de faire valoir leurs droits, d'être en capacité de faire face à des soignants souvent peu formés, voire malveillants. Une nouvelle étape pourrait être de proposer aux femmes qui le souhaitent d'exprimer leur demande d'IVG par consentement écrit, sous forme d'auto-attestation signée, remplaçant le premier rendez-vous auprès d'un-e professionnel-le, et facilitant le parcours d'IVG. C'était la recommandation 10 du rapport sur l'IVG du Haut Conseil à l'égalité (HCE) en 2013 [5]. Et cela doit s'appliquer également pour les mineures sans obligation d'être accompagnées.

L'accès à l'IVG des mineures sans le consentement des parents : un enjeu de santé publique

Même si la baisse des taux de recours à l'interruption volontaire de grossesse chez les plus jeunes se poursuit, il reste beaucoup de résistances sur la sexualité des jeunes, de tabous liés à l'avortement et de difficultés d'accès à une information fiable, freins au recours à ce droit.

Toutefois, depuis la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, les mineures qui le souhaitent peuvent avoir recours à une IVG sans autorisation parentale.

Persiste pour elles une consultation préalable, occasion d'un échange pour recueillir leur choix hors de toute pression familiale. Cet accès sans contrôle parental répondait à deux besoins identifiés sur le terrain : la confidentialité est essentielle pour garantir l'accès, ainsi que la possibilité pour elles de prendre leur décision et d'effectuer les démarches en toute autonomie vers les lieux ressources (espaces vie affective, relationnelle et sexuelle – Evars³, centres de santé sexuelle, infirmeries scolaires, centres d'interruption volontaire de grossesse – CIVG) où elles peuvent rencontrer des professionnel-le-s à l'écoute (centres de conseil familial – CCF, infirmier-ère-s), d'autant plus dans le cadre de violences intrafamiliales. Le cadre éthique mis en œuvre au sein de l'Éducation nationale, permettant que l'absence liée à une IVG ne soit pas signalée aux parents (pour respecter l'anonymat du parcours d'accès à l'IVG comme le prévoit la loi) doit être respecté partout, car souvent l'IVG se fait sur le temps scolaire. Beaucoup de mineures ne veulent pas en parler avec leurs parents, d'où l'importance de leur garantir l'anonymat pour leur éviter un parcours de la jeune combattante. Pendant le confinement, cette confidentialité a été malmenée : le dispositif de téléconsultation a été difficile d'accès pour les mineures

(surveillance des parents), et certaines pharmacies n'ont pas voulu leur délivrer les médicaments.

En conclusion, l'IVG est un droit et un soin qui doit être accessible à toute personne avec toutes les informations nécessaires et dans de bonnes conditions. Cela nécessite de bénéficier d'un accompagnement de qualité tout au long de ce parcours pour consentir aux conditions dans lesquelles ce droit va s'exercer : facilité d'accès, choix des méthodes et des lieux, disponibilité des produits abortifs, confidentialité, absence de menaces, etc. Consentir n'est pas seulement dire oui, c'est pouvoir le dire dans les conditions qui respectent le choix des personnes, même mineures, sans contrainte ni dépendance. C'est là un apport important de l'analyse féministe. ■

1. Loi Gaillot. Outre la mesure-phare qui est l'allongement du délai légal de recours à l'IVG de 14 à 16 semaines d'aménorrhée (ou 12 à 14 semaines de grossesse), la loi prévoit également de pérenniser l'allongement du délai de recours à l'IVG médicamenteuse en ville de 7 à 9 semaines d'aménorrhée (ou 5 à 7 semaines de grossesse). En ligne : <https://www.vie-publique.fr/loi/276586-loi-2-mars-2022-renforcer-droit-avortement-delai-porte-14-semaines>

2. Loi Veil : L. 162-1. La femme enceinte que son état place dans une situation de détresse peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000700230/>

3. <http://ivg.gouv.fr/annuaire-des-espaces-vie-affective-relationnelle-et-sexuelle-evars>

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Ministère de la Santé et de la Prévention. Arrêté du 30 décembre 2022 fixant une seconde liste des établissements de santé autorisés à participer à l'expérimentation permettant la réalisation d'interruptions volontaires de grossesse instrumentales par les sages-femmes en établissement de santé. *Journal officiel*, 31 décembre 2022, n° 303. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2022/12/30/SPRH223774A/vo/texte>

[2] Dhénain M. *Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse* – Mise à jour. Paris : Haute Autorité de santé, 11 mars 2021 : 13 p. En ligne : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-03/reco406_recommandations_ivg_medicamenteuse_mel.pdf

[3] Battistel M.-N., Muschotti C. *Rapport d'information fait au nom de la délégation aux droits des*

femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes, sur l'accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG). Assemblée nationale, n° 3343, 16 septembre 2020. En ligne : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/ega/115b3343_rapport-information

[4] Vilain A. Interruptions volontaires de grossesse : la baisse des taux de recours se poursuit chez les plus jeunes en 2021. *Études & Résultats*, n° 1241, septembre 2022. En ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-09/er1241.pdf>

[5] Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes. *Rapport relatif à l'accès à l'IVG. Volet 2, Accès à l'IVG dans les territoires*. Rapport n° 2013-1104-SAN-009, 7 novembre 2013. En ligne : https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_ivg_volet2_v10-2.pdf

« Pour s'assurer du consentement d'une personne handicapée, il faut connaître le handicap »

Entretien avec Béatrice Idiard-Chamois, sage-femme, responsable des consultations gynécologie-handicap et parentalité-handicap au sein du département Mère-Enfant de l'Institut mutualiste Montsouris (IMM) à Paris.

L'ESSENTIEL

► **Comment recueillir le consentement d'une femme qui n'est pas en situation de l'exprimer du fait d'un handicap ? L'éclairage d'une sage-femme responsable de consultations de gynécologie. Prendre le temps nécessaire pour intégrer la personne handicapée à l'échange et instaurer un rapport de confiance avec elle : c'est le premier pas pour essayer d'obtenir un consentement réel. Pour Béatrice Idiard-Chamois, la violence commence dès que le corps médical contraint une personne.**

La Santé en action : Comment la question du consentement en santé se pose-t-elle pour les femmes en situation de handicap ?

Béatrice Idiard-Chamois : C'est un problème majeur quand nous recevons en consultation des patientes « non verbales », qui ne sont pas en mesure d'exprimer un refus ou une acceptation des actes médicaux proposés, quels qu'ils soient. C'est le cas, par exemple, des femmes qui souffrent d'autisme ou de troubles psychiatriques importants, dont beaucoup sont placées en institution. Dans ma pratique, la question ne se pose pas pour les personnes sourdes, puisque je parle la langue des signes, ce qui me permet de communiquer avec elles. Depuis la loi de février 2005, les patients ayant une

déficience auditive peuvent recourir à un interprète et il existe environ 14 unités d'accueil et de soins des sourds (UASS) dans des centres hospitaliers en France. Les femmes vivant avec un lourd handicap mental viennent en consultation accompagnées d'une tierce personne, soit un membre de la famille, soit un membre de l'institution (aide-soignante, auxiliaire, infirmière, éducatrice spécialisée). Et l'échange qui passe par ce tiers est extrêmement complexe concernant la consultation de gynécologie, quelle que soit la question médicale abordée : un traitement à cause de règles douloureuses ou trop abondantes, une opération chirurgicale pour un fibrome ou pour des polypes, un dépistage des cancers, une contraception, etc., sachant que pour une personne placée sous tutelle, nous devons avoir un retour du tuteur légal. Ceci implique parfois une autre consultation, si l'accompagnateur n'est pas le tuteur au premier rendez-vous. La mise sous contraception, cristallise toute notre attention : si la demande de pilule contraceptive se justifie parce que c'est un traitement curatif adapté, elle est légitime et nous y répondons ; si au contraire, elle relève d'une requête de l'institution qui cherche à se préserver de certains problèmes pendant le séjour de la patiente dans ses murs, nous refusons de la prescrire, car elle ne correspond à aucune indication médicale. Il faut se montrer très vigilant avec les demandes portant sur la stérilisation de patientes handicapées mentales ; il y a une problématique actuellement sur la stérilisation forcée de ces femmes.

S. A. : **Comment assurer le consentement des patientes qui ne peuvent pas verbaliser leur accord ou leur désaccord ?**

B. I.-C. : Nos consultations, où j'interviens en binôme avec le gynécologue, durent au minimum une heure. La première chose est d'accueillir la personne « non verbale », de se présenter en s'adressant à elle, et de lui expliquer que n'ayant pas la capacité de nous répondre, l'échange va passer par son accompagnateur. Ensuite, c'est moi qui mène la première partie de cette consultation. Si la patiente est nouvelle, je recueille des informations sur l'histoire de son handicap et sur son parcours médical. Si besoin, quand le tiers n'est pas en mesure de nous donner des renseignements précis, nous appelons l'institution d'accueil pour disposer d'éléments concrets sur le dossier médical. En outre, je m'intéresse à son milieu de vie, ses relations familiales, ses centres d'intérêts, etc. Puis, le gynécologue prend la main quand on aborde le motif spécifique de la consultation gynécologique. Préalablement à tout examen, ce temps est nécessaire pour intégrer la personne handicapée à notre échange et instaurer un rapport de confiance avec elle ; c'est le premier pas pour essayer d'obtenir un consentement réel. Chaque geste médical est expliqué. Pour une palpation des seins par exemple, dans le cadre d'un dépistage du cancer, nous lui proposons de s'installer habillée sur le lit ou sur la table d'examen ; nous lui demandons si nous pouvons enlever son haut et son soutien-gorge. Ce n'est pas l'accompagnateur qui la déshabille et qui la rhabille ;

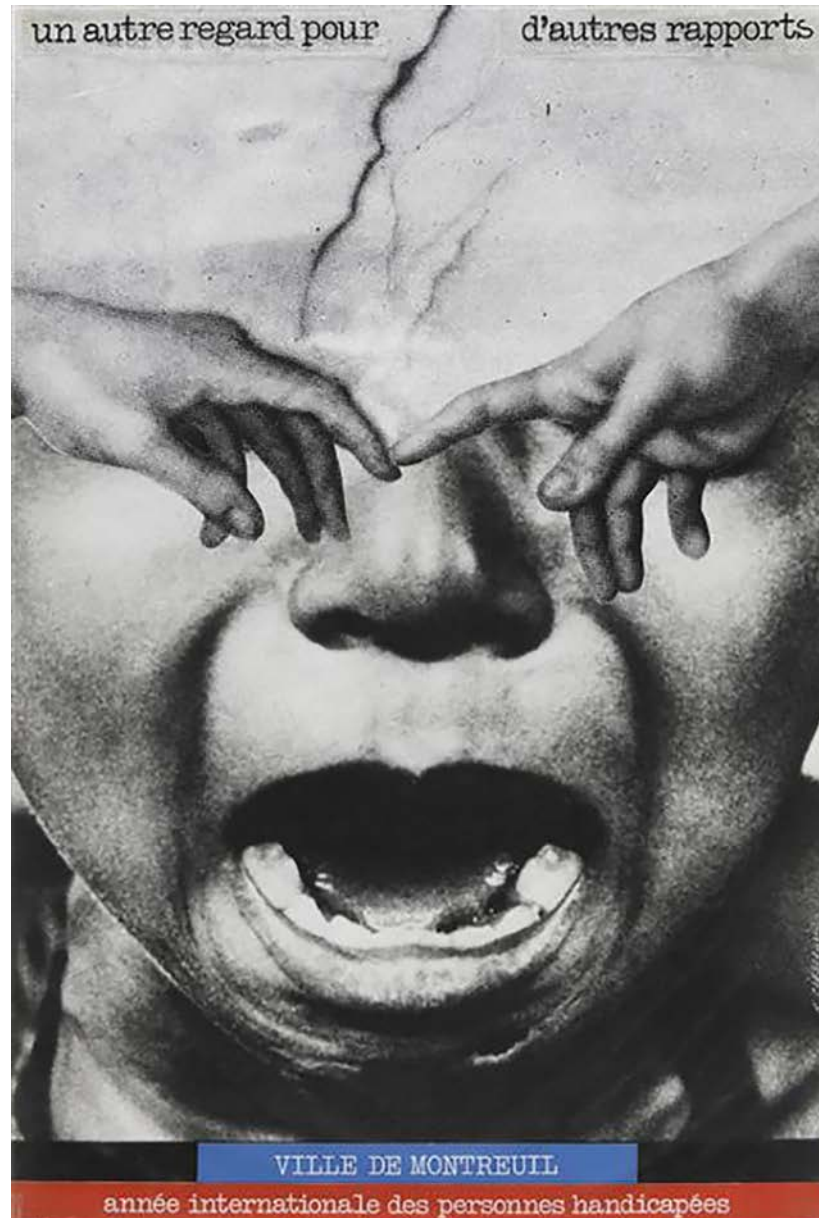
d'un point de vue éthique, c'est essentiel que ce soit nous qui accomplissons ces gestes pour marquer que nous sommes dans le soin. Et cela va jusqu'à remettre une couche pour les femmes incontinentes. D'autre part, nous ne pratiquons pas de toucher vaginal lorsque la femme n'a pas eu de relations sexuelles.

S. A. : Des formations sur le consentement sont-elles proposées au personnel médical ?

B. I.-C. : Je n'ai pas connaissance qu'il y ait eu des formations spécifiques par rapport au consentement dans l'établissement où je travaille, rien n'apparaît dans les bilans d'activité. S'il y a une thématique qui monte, c'est celle, plus générale, sur le respect de la pudeur des patientes. Je me suis personnellement formée à l'haptonomie, créée par un médecin hollandais, Frans Veldman, qui permet d'être avec une personne et de l'aborder par sa présence et par le contact affectif. Cette pratique permet, d'une part, de sécuriser la personne qui reçoit le soin, et d'autre part, de la rassurer en ouvrant un espace pour obtenir son consentement, en la préparant à un toucher abdomino-pelvien ou de la poitrine, etc. Pour résumer, le corps médical connaît les pathologies du handicap, mais il n'entend pas grand-chose au handicap. Or pour s'assurer du consentement d'une personne handicapée, il faut connaître le handicap. Cela s'avère indispensable pour ne pas en avoir peur et pour poser les bonnes questions, et aussi afin d'apporter des réponses qui soient en phase avec les attentes ou les besoins de la personne. La toute-puissance du médecin, la connaissance des organes et des pathologies au détriment des sciences humaines restent bien ancrées ; et cette culture peut encore aujourd'hui faire obstacle au consentement libre et éclairé.

S. A. : Comment prévenir les violences gynécologiques, en particulier celles subies par les femmes en situation de handicap ?

B. I.-C. : Ces violences médicales ont toujours existé, et elles sont une catastrophe pour les personnes handicapées, plus vulnérables parce



qu'elles ont moins de moyens de défense. Ces dernières sont déjà souvent victimes de violences physiques, psychiques, sexuelles dans leur milieu familial, mais aussi dans les institutions où elles sont placées. Depuis la création de la consultation handicap en 2015, nous avons reçu près de 700 patientes, dont un tiers environ ont été victimes de violences institutionnelles¹. Ce n'est pas d'instituer des lois qui changera cette situation. Il faut en revanche des condamnations assorties de peines sévères pour les auteurs des faits de violences médicales. Il y a eu quelques condamnations pour viols. Cependant, la violence commence dès que le corps médical contraint une personne. Il est indispensable que dans les cursus de formation universitaires soit abordée cette

question fondamentale : comment est-ce que le patient reçoit un soin ? Comment vit-il le geste médical porté sur son corps ? Il faut donner des clés de compréhension à l'ensemble des médecins et des soignants pour qu'ils puissent se dire qu'en pratiquant leur métier de telle façon, ils sont « bien-traitants ». ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

1. « La violence institutionnelle recouvre un champ large, comportant aussi bien des actions que des omissions, elle se définit par ses conséquences sur le bien-être de la personne accueillie dans l'établissement. Elle vise aussi bien les violences en "creux", les discontinuités et les mini-ruptures de la vie quotidienne que les brutalités avérées. » Source : Michèle Créoff, Les maltraitements institutionnels, ADSP, n° 31, juin 2000. En ligne : <https://www.hcsp.fr/docspdf/adsp/adsp-31/ad312025.pdf>

La psychiatrie : domaine d'exception au principe de consentement des personnes ?

Delphine Moreau,

sociologue, enseignante-chercheuse à l'École des hautes études en santé publique (EHESP), laboratoire Arènes (UMR 6051).

La loi française du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé reconnaît explicitement la nécessité du consentement aux soins du patient (un principe déjà reconnu dans des déclarations et des décisions de justice antérieures), ainsi que son droit de refuser des soins. La psychiatrie continue de faire exception puisque des dispositions autorisant des soins sous contrainte pour des troubles psychiques persistent, reconduites par la loi du 5 juillet 2011, selon trois modalités : les soins sans consentement sur décision du représentant de l'État (SDRE), sur décision de la direction de l'établissement à la demande d'un tiers (SDT), et, en cas de danger immédiat pour la santé de la personne et en l'absence de tiers demandeur, les soins dits en péril imminent (SPI)¹. Ces soins sont initiés par une hospitalisation de minimum 72 heures, et ils peuvent être poursuivis soit dans le cadre d'une hospitalisation ainsi prolongée, soit par un programme de soins, lequel peut se dérouler en ambulatoire [1].

Soins sans consentement

Le nombre de personnes prises en charge dans le cadre de ces soins contraints tend à augmenter (+ 3 % de personnes hospitalisées sans leur consentement en 2021 par rapport à 2013, en dépit d'une légère inflexion

en 2020 dans le contexte du début de l'épidémie de Covid), notamment en lien avec ces mesures facilitées que sont les soins en péril imminent (SPI) et avec la prolongation des mesures en programme de soins ambulatoires, atteignant 95 500 personnes soignées en soins sans consentement en 2021 [2]. Les hommes représentent 60 % des personnes suivies au moins une fois en soins sans consentement, plus de 80 % des personnes en soins sur décision du représentant de l'État (SDRE), alors qu'ils ne représentent que 46 % des personnes suivies exclusivement en soins libres. Les personnes avec des faibles revenus sont surreprésentées : ainsi « *les personnes hospitalisées à temps plein sans leur consentement sont près de deux fois plus fréquemment bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S) que les personnes hospitalisées librement à temps plein en psychiatrie* [2] ».

L'incapacité à consentir liée aux troubles psychiques reste au cœur de ce régime d'exception au principe du consentement, même si les mesures de soins sous contrainte exigent d'autres conditions, comme le fait que l'état de la personne doit nécessiter des soins immédiats et une surveillance soignante constante ou régulière en milieu hospitalier pour les SDT et les SPI. Les troubles psychiques sont en effet jugés susceptibles d'affecter la capacité de la personne à décider pour elle-même, et plus précisément d'altérer différentes capacités mobilisées dans la décision ou des attentes sociales qui y sont associées : la capacité à appréhender la réalité et notamment son propre état, à apprécier les conséquences

L'ESSENTIEL

La loi reconnaît que le patient ne peut être soigné sans son consentement, et qu'il peut refuser des soins. La psychiatrie fait exception : des soins peuvent être imposés sous contrainte au patient, au motif de son incapacité à consentir, liée aux troubles psychiques. Toutefois depuis 2016, les différentes formes de contrainte et de restriction des libertés en psychiatrie font l'objet d'une vigilance renforcée des formes de contrainte intra-hospitalière que sont l'enfermement dans une chambre (isolement) ou l'usage de sangles (contention). Ce contrôle accru ne semble pas, à lui seul, suffire à diminuer le recours à la contrainte ni à assurer le respect des droits des personnes. La persistance de formes de disqualifications et d'une stigmatisation contribuent à des formes de tolérance envers un traitement différencié des personnes avec un trouble psychique. L'on constate cependant un nouvel accent mis sur l'importance de tenir compte de ce que les personnes peuvent exprimer pour elles, tant sur le plan du respect de leurs droits fondamentaux, que dans la perspective de trouver un mieux-être et une vie qui a du sens.

de ses actes, à maintenir une décision dans le temps, et à donner une cohérence – du moins identifiable par d'autres – à ses actions.

Une reconnaissance des droits

Pour autant, cette altération n'est pas nécessairement inhérente aux troubles ni permanente dans le temps. Le droit des personnes à pouvoir participer à la définition de leur soin et de leur accompagnement fait l'objet d'une reconnaissance accrue, tant au niveau national qu'au niveau international. La Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) [3] de l'Organisation des Nations unies (ONU) – adoptée en 2006, ratifiée par la France en 2010 – exige ainsi la pleine reconnaissance de la capacité juridique des personnes (art. 12) et établit qu'un handicap ne peut justifier une privation de liberté (art. 14). Cette convention ne se réfère pas à une définition administrative du handicap, mais elle s'attache à préciser les droits des personnes concernées par des restrictions de participation sociale à l'interface de leurs caractéristiques personnelles, dont leur état de santé, et de l'environnement social dans lequel elles évoluent. Les différentes formes de contrainte et de restriction des libertés en psychiatrie font de plus l'objet d'une vigilance renforcée avec l'encadrement par la loi, depuis 2016, des formes de contrainte intra-hospitalière que sont l'enfermement dans une chambre (isolement) ou l'usage de sangles (contention), suite à plusieurs décisions du Conseil constitutionnel, et l'instauration d'un contrôle par le juge des libertés et de la détention en 2022, comme cela existe pour les soins sans consentement depuis la loi de 2011. Ce contrôle accru ne semble pas, à lui seul, suffire à diminuer le recours à la contrainte ni à assurer le respect des droits des personnes – comme l'indiquent la persistance de chiffres élevés de recours à ces mesures et les différents rapports du Contrôleur général des lieux de privation de liberté. La persistance de formes de disqualifications et celle d'une stigmatisation contribuent à des formes de tolérance envers un traitement différencié des personnes avec un trouble psychique. L'on constate cependant un nouvel accent mis sur l'importance de tenir compte de ce que les personnes peuvent exprimer pour elles, tant sur le plan du respect de leurs

droits fondamentaux, que dans la perspective de trouver un mieux-être et une vie qui a du sens.

Reconnaître les personnes comme sujets de leur vie

Le paradigme du rétablissement, qui se diffuse depuis une dizaine d'années en France, contribue à revivifier l'enjeu de la reconnaissance des personnes comme sujets de leur vie et citoyennes à part entière, de leur légitimité à se déterminer malgré ou avec leurs troubles² [4]. Issu de mobilisations de patients et ex-patients de la psychiatrie en Amérique du Nord, ce paradigme s'est ensuite diffusé auprès des professionnels de la santé mentale cherchant à réformer leurs pratiques – même si certains usages peuvent en affaiblir la dimension critique [5]. Cette reconnaissance y apparaît cruciale pour reconstruire de nouveaux équilibres face à la maladie, mais aussi pour désamorcer les effets potentiellement aliénants d'un traitement social différencié et disqualifiant. Cette perspective s'inscrit dans une conception de l'autonomie qui n'est pas auto-détermination d'un individu rationnel isolé des autres, mais qui est rendue possible, pour tout un chacun, par les étayages créés dans des solidarités avec d'autres et qui n'est pas contradictoire avec la présence de vulnérabilités. Différents outils ont été développés pour constituer les supports de cette forme d'autonomie, comme les directives anticipées [6] ou les plans de crise conjoints [7], qui peuvent constituer les supports d'une réflexion partagée avec l'entourage et les professionnels, et permettre l'expression d'une volonté nourrie des expériences passées et anticipant sur de potentiels moments de vulnérabilité future. Par-delà la question du consentement à une proposition de soin ou d'accompagnement, cela invite à penser la place de la personne dans la construction de ce qu'elle souhaite dans une temporalité. ■

1. Pour en savoir plus : Service-Public.fr: Soins pour troubles psychiatriques. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F761>

2. Selon Shery Mead et Mary Ellen Copeland : « L'objectif ultime de l'expérience de rétablissement n'est pas nécessairement de retrouver la santé en termes de rémission de symptômes. Il s'agit plutôt pour

une personne de parvenir à l'utilisation optimale de ses ressources personnelles et environnementales afin d'atteindre un état de bien-être et d'équilibre dans les conditions de vie qu'elle-même aura choisies. »

Pour en savoir plus

Dossier : Du consentement. *Pratiques en santé mentale*, 2021, n° 4. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2021-4.htm>

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Moreau D., Marques A. Programmes de soins : quand la contrainte se déploie hors des murs de l'hôpital. *L'Information psychiatrique*, 15 avril 2020, vol. 96, n° 3 : p. 177-184. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2020-3-page-177.htm>

[2] Coldefy M., Gandré C., Rallo S. Les soins sans consentement et les pratiques privatives de liberté en psychiatrie : un objectif de réduction qui reste à atteindre. *Questions d'économie de la santé*, juin 2022, vol. 6, n° 269 : 8 p. En ligne : <https://www.irdes.fr/recherche/2022/qes-269-les-soins-sans-consentement-et-les-pratiques-privatives-de-liberte-en-psychiatrie.html>

[3] Organisation des Nations unies. *Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) et protocole facultatif*. ONU, 2006 : 38 p. En ligne : <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-f.pdf>

[4] Mead S., Copeland M. E. What recovery means to us: consumers' perspectives. *Community Mental Health Journal*, 2000, vol. 36, n° 3 : p. 315-328. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10933247/>

[5] Linder A. De la contestation à la collaboration : tensions et luttes de pouvoir entre usagers et professionnels de la psychiatrie. Le cas du rétablissement en santé mentale. *Sociologie*, 2022, vol. 13, n° 1 : p. 43-61. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-sociologie-2022-1-page-43.htm>

[6] Tinland A., Loubière S., Mougeot F., Jouet E., Pontier M., Baumstarck K. et al. Effect of psychiatric advance directives facilitated by peer workers on compulsory admission among people with mental illness: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 6 juin 2022, vol. 79, n° 8 : 752-759. En ligne : <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2793222>

[7] Condemine M., Canceil O. « Mon GPS » : anticiper pour mieux consentir. *Pratiques en santé mentale*, 2021, n° 4 : p. 83-92. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2021-4-page-83.htm>

Usagers de drogues soumis à une obligation de soins : « *Nouer une alliance thérapeutique avec le patient* »

Entretien avec

David Saint Vincent,

psychologue, coordonnateur Formation, Recherche et Développement, Unité d'Addictologie, CHU Rouen-Normandie, administrateur de la Fédération Addiction et référent sur l'obligation de soins.

L'ESSENTIEL

► **Comment se pose la question du consentement pour les usagers de substances psychoactives auxquels la justice impose une « obligation de soins » ? L'enjeu est de nouer une alliance thérapeutique avec le patient qui ne peut consentir puisqu'il est contraint de se soigner.**

*La Santé en action : **Que devient la notion de « consentement » quand un usager de drogues ayant commis un délit est contraint à une « obligation de soins » ?***

David Saint Vincent : La loi du 31 décembre 1970 structure la réponse pénale et son articulation avec le soin en France. Elle prévoit la répression de l'usage de substances illicites. Les produits licites sont aussi concernés et peuvent également constituer une infraction, comme typiquement la conduite automobile sous l'empire d'un état alcoolique supérieur 0,5 g/l de sang.

Le fait de commettre un délit laissant apparaître une consommation de substances psychoactives peut entraîner une mesure judiciaire comme l'obligation de soins (OS). En vertu du principe juridique d'individualisation de la réponse pénale, les mesures de soins obligés sont généralement prononcées à l'encontre de personnes dont la consommation apparaît problématique

ou pour lesquelles d'autres sanctions (amendes par exemple) n'ont pas empêché la réitération. On ne peut pas donc dire que le magistrat s'appuie sur une décision arbitraire et unilatérale. Il s'appuie soit sur les éléments du dossier (réitération de faits) ou sur les résultats de ses entretiens avec le justiciable qui fait état de difficultés liées à ses consommations. Le consentement n'est donc pas toujours totalement absent de l'équation, même s'il prête naturellement à débat.

La qualification du niveau de dépendance revient en revanche au soignant. L'objectif de l'OS du côté du soignant est de déterminer avec la personne si elle est ou non en difficulté avec le produit, et, si elle l'est, d'assurer l'accompagnement adapté. Les deux démarches ne sont liées mais indépendantes.

Par ailleurs, très rares sont les personnes s'adressant à l'addictologie (hors contexte judiciaire) qui ont un consentement « pur » : pressions maritales, familiales, professionnelles (sans vouloir les dénigrer ici) sont souvent des motifs de premières consultations. L'addictologie s'exerce donc très souvent dans un contexte de consentement biaisé. C'est pour cette raison qu'au-delà de la question du consentement, nous cherchons à créer une alliance thérapeutique.

S. A. : Vous ne parlez pas consentement mais alliance thérapeutique, qu'est-ce que cela signifie ?

D. S. V. : Lors de leur première rencontre, le professionnel du soin va chercher à créer une « alliance

thérapeutique » avec l'utilisateur condamné à une OS. C'est ensemble qu'ils vont déterminer l'accompagnement adapté. Il ne s'agit donc pas réellement d'un consentement aux soins tel qu'on l'envisage classiquement. La personne en OS doit composer avec ses propres limites, par exemple lors des délits répétés liés aux consommations.

Ce qui intéresse l'addictologue est surtout de comprendre si les actes commis résultent d'une perte de contrôle de ses consommations. En effet il nous faut à la fois comprendre les faits qui l'ont amené là, qu'est ce qui s'est imposé à lui, il nous faut explorer avec lui la place qu'occupent les produits consommés et dans quelle mesure ils deviennent un problème, malgré ses tentatives de régulation.

S. A. : Comment accompagner l'utilisateur pour tisser cette alliance thérapeutique ?

D. S. V. : D'une façon générale le consentement à se faire soigner est a priori complexe dans les addictions : il y a toujours une part du sujet (surtout lorsqu'il y a dépendance) qui a envie ou besoin de poursuivre les consommations : parce qu'il en a trouvé un bénéfice, parce que sa consommation a été une stratégie efficace pour équilibrer sa vie – au moins un temps donné dans sa vie.

S'arrêter ou modifier sa consommation signifie certes modifier des processus physiologiques, mais aussi des habitudes de vie et des modalités d'adaptation auxquels il est attaché. Le

défi pour l'usager est donc de parvenir à prendre des habitudes différentes, à trouver un nouvel équilibre en dehors des consommations, ou de façon moins dommageable pour lui. C'est donc tout ce travail que nous menons nous addictologues avec l'usager, qu'il soit ou non en obligation de soins.

Proposer un changement ne peut donc s'envisager qu'avec la personne concernée en prenant en compte son désir de changement, mais aussi l'ambivalence qui y est associée et de trouver différentes voies de substitution des fonctions positives du produit.

S. A. : *Comment un soignant arrive à un point d'équilibre entre d'un côté la prise en compte du délit et de la mise en danger d'autrui et de l'autre sa mission qui est de soigner la personne, de l'aider à être moins dépendante afin de lui permettre d'aller mieux ?*

D. S. V. : Tout d'abord, nous avons un devoir éthique de nous dégaier de toute posture morale quand on aborde une personne qui est consommatrice de produits, qu'ils soient licites ou illicites. En effet, le premier frein à la relation d'aide est le sentiment de stigmatisation, de faute et de culpabilité. Ces sentiments ont trop souvent comme conséquences d'enfermer la personne dans des consommations dommageables.

Au cours de l'accompagnement, différents outils sont mobilisés comme l'entretien motivationnel. Notre but est de parvenir à cheminer avec la personne vers un projet de soins qui sera le sien. Ce projet, s'il peut passer par l'abstinence, n'est pas pour autant l'objectif indépassable tel qu'on se l'imagine trop souvent.

J'irai même plus loin : notre démarche de soignants est moins que les personnes ne consomment plus de produits que de leur permette de soutenir leur liberté et leur pouvoir d'agir. Nous sommes donc là pour permettre de retrouver une liberté par rapport à leur consommation ; celle-ci peut donc passer par la poursuite d'une consommation en se centrant davantage sur la qualité que la quantité (sans toutefois la balayer) : conduisent-elles à des mises en danger ? À une « vulnérabilisation » de la personne ? Les conséquences de

la consommation sont-elles le fruit d'un choix ou vient-elle s'imposer ? En quelque sorte, nous participons à restituer à la personne sa responsabilité.

S. A. : *Ce n'est donc plus la question du consentement mais de l'exercice du libre-arbitre ?*

D. S. V. : Exactement : pour réhabiliter le libre-arbitre, il s'agit de mettre la personne en situation de « capacité de » prendre des décisions et à agir pour son bien, pour le bien qu'elle aura elle-même déterminé.

La limite de ce principe – pouvant rompre cette alliance thérapeutique – reste la mise en danger de la personne ou de son entourage, en particulier si cet entourage inclut des personnes vulnérables ; ce type de situation peut limiter l'action du soignant voire le conduire à faire un signalement, OS ou pas.

S. A. : *L'usager dépendant n'étant donc pas en situation de pouvoir consentir, c'est ce libre-arbitre que vous tentez de reconstruire avec lui ?*

D. S. V. : Effectivement pour consentir il faut être en capacité de faire un choix ; or par définition quand on est dépendant – ce n'est qu'une partie des personnes que nous accompagnons – la personne n'est pas en situation de choisir de s'abstenir ; la consommation vient s'imposer malgré les effets négatifs que la personne constate et regrette.

L'enjeu est donc de parvenir à favoriser des situations lui permettant progressivement d'être en capacité de choisir, de reprendre le contrôle à la fois sur le produit, sur certains aspects de sa vie et de faire des choix les moins contraints possible.

En résumé : la contrainte pénale n'exclut la possibilité d'une rencontre !

S. A. : *Que peut apporter la « justice résolutive de problèmes » ?*

D. S. V. : La « justice résolutive de problèmes » est une piste porteuse d'espoirs, l'objectif du suivi est de favoriser la résolution des problèmes rencontrés par la personne, ce qui suppose une approche pluridisciplinaire centrée sur la personne et adaptée à ses besoins et son accord pour chaque étape d'un travail partenarial entre acteurs des champs judiciaire, médical et social.

Elle est inspirée de modèles nord-américains et a été transposée en France à partir de 2015 avec le dispositif « l'ouvrage » à Bobigny et s'essaie progressivement sur d'autres juridictions, comme par exemple, à Lille (dispositif Trampoline) : c'est une approche très intégrée, qui implique un changement de posture fort de chacun des acteurs, et en particulier des magistrats (qui sont alors systématiquement formés à l'entretien motivationnel).

La communication entre professionnels se concentre sur l'appréciation de ces objectifs et plus globalement de la dynamique à l'œuvre. Elle se traduit par des échanges d'informations respectueux du secret médical et professionnel, centrés sur le parcours de la personne et en lien avec la personne elle-même, et sur sa capacité ou non à atteindre les objectifs définis préalablement avec elle (est-elle venue à l'atelier ? a-t-elle rencontré la mission locale ? si les objectifs définis avec elle n'ont pas été atteints, pourquoi et comment l'aider à les atteindre ?, etc.). Le magistrat évalue l'inscription de la personne dans le soin, en en faisant un sujet de son insertion et de la prévention de la récidive parmi d'autres. L'inscription dans un projet professionnel, social, familial peut être également révélatrice d'un ancrage dans le parcours de soins.

Nombreux sont les détenus qui ont des problématiques addictives et qui, dans beaucoup de cas, risquent de voir leur situation se dégrader, tant sur le plan social, personnel, psychique et donc des consommations. Ce type de dispositif offre probablement une réponse plus efficace en termes de prévention de la récidive comme de soins. ■

Propos recueillis par Yves Géry, rédacteur-en-chef

Pour en savoir plus

Fédération Addiction. *Santé, justice : les soins obligés en addictologie [Guide]*. Paris : Fédération Addiction, coll. Pratiques, 2022 : 77 p. En ligne : https://www.federationaddiction.fr/wp-content/uploads/2022/08/gp_sante_justice_web-compressé.pdf

Les soins dans un établissement fléché pour les auteurs de violences sexuelles : quelle place pour le consentement ?

Juliette Pfender,

psychologue au Dispositif de soins pour auteurs de violences sexuelles (DSAVS) du centre de détention de Toul et au Dispositif de soins psychiatriques (DSP) d'Écrouves,

Charlotte Démonté,

psychologue sexologue au Dispositif de soins pour auteurs de violences sexuelles (DSAVS) et au centre ressource pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (CRIAVS) Lorraine.

L'ESSENTIEL

► Lors d'une incarcération, le principe de l'incitation aux soins par la justice questionne particulièrement le recueil du consentement du patient dans le cadre d'une prise en charge psychothérapique. Les professionnels soulignent la complexité des enjeux et la nécessité de travailler l'adhésion aux soins afin de permettre au patient de s'inscrire dans une démarche qui lui sera personnelle et pas uniquement imposée par l'extérieur, par l'autre.

La question de la prise en charge spécifique des auteurs de violences sexuelles (AVS) est assez récente. Depuis 2012, l'administration pénitentiaire a fait le choix de désigner 22 établissements fléchés pour l'accueil d'auteurs d'infractions à caractère sexuel (AICS) incarcérés. Auparavant, l'offre de soins, très inégale selon l'établissement d'affectation de la personne détenue, ne permettait pas toujours une prise en charge à la hauteur des besoins des patients.

Le Dispositif de soins pour auteurs de violences sexuelles (DSAVS) du centre de détention de Toul est une unité spécifique composée d'une équipe pluridisciplinaire (psychologues, infirmiers, psychiatres, secrétaire) qui dépend du centre psychothérapique de Nancy (CPN). Celle-ci vient renforcer l'offre de soins existante (unité sanitaire de niveau 1 consacrée aux activités ambulatoires, consultations et activités de groupes somatiques ou psychiatriques) depuis le 1^{er} septembre 2012.

Elle a pour objectif de permettre à la personne détenue pour des faits de cette nature de s'engager dans des soins de façon librement consentie, en correspondance avec la notion d'incitation aux soins telle qu'elle est évoquée dans les articles 717-1 et 763-7 du Code de procédure pénale.

Des soins librement consentis ?

Les services de soins en milieu pénitentiaire doivent assurer « aux détenus une qualité et une continuité de soins équivalents à ceux de la population générale » (loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale). Ainsi, en détention comme en milieu ouvert, toute personne peut faire l'objet de soins psychiatriques sans son consentement (soins sur décision d'un représentant de l'État)¹. En dehors de cette situation, le principe du consentement libre et éclairé du patient prévaut, y compris pour les

personnes condamnées pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire² (SSJ) est encouru.

À l'extérieur de la détention (à la levée d'écrou ou en parallèle d'une condamnation sans peine d'incarcération), les personnes placées sous main de justice (PPSMJ) peuvent être condamnées à des soins pénalement ordonnés (SPO). Il s'agit là de mesures de soins comprenant l'injonction de soins (IS), l'obligation de soins (OS) et l'injonction thérapeutique³ [1]. Ces mesures ne prennent donc pas en compte la question du consentement du patient.

Pour les personnes détenues condamnées à des SPO, ceux-ci s'appliquent donc à la fin de la peine d'incarcération, à la sortie de l'établissement pénitentiaire. En détention, la loi prévoit une incitation aux soins ; mais paradoxalement, le refus de soins par les détenus peut avoir des conséquences aux niveaux judiciaire et pénitentiaire, par exemple l'impossibilité d'accéder à des permissions de sortir, à un aménagement de peine, ou encore d'obtenir des réductions de peines supplémentaires (articles 721, 721-1 et 729 du Code de procédure pénale). Autrement dit, si les détenus ne s'engagent pas dans une démarche de soin, ils ont le sentiment de faire l'objet d'une sanction déguisée et se sentent donc « obligés d'être suivis ». Par ailleurs, le principe d'incitation aux soins est particulièrement marqué auprès des personnes placées sous main de justice, dont le motif d'incarcération est

concerné par un suivi socio-judiciaire, ce qui est le cas des auteurs d'infractions à caractère sexuel (AICS).

Si le principe de l'incitation aux soins par la justice questionne la notion du consentement aux soins, cela permet néanmoins de motiver la rencontre avec les professionnels de la psychiatrie pour des personnes qui n'ont pas souvent fait l'objet d'une prise en charge par le passé. Et elle prend tout son sens concernant les auteurs de violences sexuelles (AVS). En effet, ceux-ci sont généralement en grande difficulté pour formuler des attentes personnelles vis-à-vis d'une prise en charge, étant en difficulté pour identifier une problématique qui leur serait propre. C'est en cela que réside l'intérêt d'une posture active chez le thérapeute lors de la rencontre avec ces patients.

Travailler ensemble sur la demande de soins

S'il n'y a pas de profil type chez les AVS, nous retrouvons tout de même des traits de personnalité communs : difficultés d'introspection et d'élaboration, d'identification de leurs émotions, à entrer en relation avec l'autre, troubles de l'attachement (bien souvent à mettre en lien avec l'environnement dysfonctionnel dans lequel ils ont pu grandir), antécédent de psychotraumatisme, etc. Ceci a pour conséquence un fonctionnement psychique qui grève les possibilités de s'inscrire dans une psychothérapie.

Si, en détention, les patients formulent de prime abord une demande de soins motivée par l'incitation aux soins de la justice, il s'agira pour les professionnels du DSAVS de leur permettre d'identifier peu à peu leurs difficultés, une problématique personnelle, de mettre en mots leurs souffrances, de travailler sur les passages à l'acte et ainsi de favoriser leur investissement dans leur démarche de soins. C'est là tout l'enjeu du temps d'évaluation de la demande de soins des patients afin d'en identifier les objectifs : personnels ou judiciaires ? Les deux ? Il s'agira pour le thérapeute d'évaluer finement la demande, d'y travailler avec eux afin qu'ils puissent se l'approprier et qu'elle ne soit plus simplement à l'origine d'un tiers judiciaire, mais au minimum subjectivée.

Il est important pour le thérapeute de se détacher de la question des enjeux judiciaires et pénitentiaires. La question des bénéfices secondaires ne doit pas influencer sa conception de la prise en charge à proposer au patient. Ainsi, après une étape d'évaluation et de construction de la relation thérapeutique (qui varie d'un patient à l'autre), si la demande de soins est uniquement sous-tendue par la demande de la justice, le patient ne se verra pas proposer de prise en charge. Néanmoins, cette posture n'étant pas immuable, il sera régulièrement contacté par le DSAVS afin de réévaluer sa situation et d'envisager à nouveau une éventuelle prise en charge.

Les soins concernent également les traitements médicamenteux. Tout comme en milieu ouvert, certains patients présentant une pathologie psychiatrique refusent tout traitement lors de la détention, alors que celui-ci est indiqué. Nous pensons notamment aux patients psychotiques, en particulier schizophrènes, qui n'arrivent pas toujours à identifier leurs troubles, et qui refusent de ce fait de bénéficier d'un traitement médicamenteux.

Parmi les traitements qui peuvent être mis en place, il en est un qui serait plus spécifique aux auteurs de violences sexuelles : le traitement d'aide à la maîtrise pulsionnelle. Ce traitement n'est pas systématiquement indiqué chez les auteurs de violences sexuelles, bien au contraire, il concerne seulement de 10 % à 15 % des patients et il n'est pas à réduire à une méthode de « castration chimique » qui ferait disparaître toute forme de libido. Les patients concernés présentent une fantasmagorie à ce point envahissante qu'elle ne leur permet plus d'investir les autres sphères de leur vie. Le traitement a pour objectif de réduire la souffrance en lien avec cet envahissement pulsionnel, d'améliorer la qualité de vie des patients, de leur permettre de s'investir dans un travail thérapeutique et ainsi, de réduire le risque de récidive.

Traitement médicamenteux : parvenir à un choix libre et éclairé

Ce traitement, au même titre que les autres, nécessite le consentement des patients. Ils doivent être informés

des indications pour lesquelles on leur propose celui-ci, des objectifs poursuivis, des effets secondaires éventuels afin de leur permettre de faire un choix libre et éclairé.

Cela peut générer certains questionnements, en particulier concernant les patients qui présentent une déficience intellectuelle. Sont-ils en capacité d'appréhender les enjeux des traitements ? D'en identifier les bénéfices, les risques ? Qu'en est-il des patients dont l'expertise psychiatrique (effectuée à la demande d'un magistrat) vient poser l'indication de ce traitement ?

S'il est impossible d'imposer au patient la mise en place du traitement pendant son incarcération, qu'en est-il de sa mise en place une fois qu'il est sorti de détention, dans le cadre de son injonction de soins (IS) ? Peut-il le refuser alors que les professionnels de santé en identifient la nécessité ? Le patient soumis à une IS encourt des sanctions judiciaires, y compris une réincarcération, en cas de non-respect de son suivi socio-judiciaire. Ainsi, nous soulignons la difficulté de recueillir le consentement du patient, qu'il soit question d'un traitement ou non, lorsqu'il s'agit de soins pénalement ordonnés. Il nous apparaît nécessaire de travailler l'adhésion aux soins pour permettre au patient de s'inscrire dans une démarche qui lui sera personnelle et pas uniquement imposée par l'extérieur, par l'autre.

L'incitation aux soins en détention et ses conséquences en termes d'enjeux dans la rencontre thérapeutique notamment dans le cadre du Dispositif de soins pour auteurs de violences sexuelles vient donc questionner la notion primordiale du consentement chez le patient⁴. Après plus de dix années d'exercice au sein de ce service, nous pouvons identifier son intérêt, mais aussi ses écueils, afin de parvenir à s'en dégager. Lorsque les professionnels parviennent à rencontrer le patient, que l'alliance thérapeutique se crée, un travail d'élaboration et de changement peut naître. Il est primordial de proposer une prise en charge holistique et adaptée afin de répondre au mieux aux besoins des patients. Ainsi, nous proposons aux auteurs de violences sexuelles une prise en charge qui va bien au-delà



© Aubert Olivier

de leur motif d'incarcération, même si c'est cela qui occasionne cette rencontre et qui occupe la scène thérapeutique. L'accompagnement proposé aux patients peut être individuel, en

groupe, avec ou sans support. Il peut s'agir notamment de prise en charge du psychotraumatisme, sexologique, d'un travail centré sur les émotions, les compétences psychosociales, etc.

Il s'agit avant tout de considérer les patients dans leur globalité et dans leur individualité. ■

OBLIGATION ET INJONCTION DE SOINS : DÉFINITIONS

L'obligation de soins consiste à enjoindre une personne à « se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation ». Il s'agit de la mesure de soins pénalement ordonnés (SPO) la plus fréquemment prononcée (article 132-45 du Code Pénal). Cadre légal : Pas d'obligation d'expertise psychiatrique préalable. Pas d'interface Santé / Justice. Les modalités de soins incombent exclusivement au médecin, psychiatre ou psychologue en charge des soins. Notons que, dans les services psychiatriques, il est admis que le suivi soit conjoint avec un autre soignant (infirmier, psychomotricien, etc.) sur prescription médicale, dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire. Mesure non spécifique pour tout type d'infraction ordonnée à n'importe quel moment de la procédure.

L'injonction de soin a été créée par la loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs, elle est initialement une mesure de soins ordonnée dans le cadre du suivi socio-judiciaire (SSJ) et à l'origine s'adressait uniquement aux délinquants sexuels. Depuis 1998, l'évolution de l'injonction de soin est marquée par plusieurs étapes :

- L'élargissement du champ d'application du SSJ.
- L'élargissement du prononcé de l'injonction de soins hors du cadre du suivi sociojudiciaire :
 - au placement sous surveillance judiciaire (Loi 2007-297 du 5 mars 2007),
 - à la liberté conditionnelle (Loi 2007-297 du 5 mars 2007),
 - à la surveillance de sûreté (Loi 2008-174 du 25 février 2008).
- L'élargissement de l'IS dans le cadre de la contrainte pénale (Loi 2014-896 du 15 août 2014).

Cadre légal :

- Mesure uniquement post-sententielle,
- expertise psychiatrique préalable obligatoire afin de déterminer si le sujet est « susceptible de faire l'objet d'un traitement »,
- soins prodigués par un médecin psychiatre traitant (MT) ou psychologue traitant (PT), sous le contrôle du médecin coordonnateur (MC) qui assure l'interface avec le juge d'application des peines (JAP),
- le condamné est informé par le juge qu'en cas de non-respect des soins proposés, une réincarcération est possible.

Source : FFCRIAVS. Les soins pénalement ordonnés, voir référence bibliographique ci-avant.

1. Les soins à la demande d'un tiers sont inapplicables en détention.
2. Mesure judiciaire qui entraîne l'obligation pour un condamné de se soumettre à des obligations de surveillance et d'assistance, destinées à prévenir la récidive.
3. Cette dernière est peu utilisée par les magistrats et s'adresse aux PPSMJ toxicodépendantes.
4. Obligation légale dans le soin.

Pour en savoir plus

- Fédération française des centres ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (FFCRIAVS). *Auteurs de violences sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge.* [Audition publique] Paris, 14-15 juin 2018. En ligne : <https://www.ffcriavs.org/nos-actions/audition-publique/>
- Ministère de la Santé et des Sports, ministère de la Justice. *Guide de l'injonction de soins.* En ligne : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_injonction_de_soins.pdf

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

- [1] Fédération française des centres ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (FFCRIAVS). Les soins pénalement ordonnés. *Les Mementos.* En ligne : https://www.ffcriavs.org/media/filer_public/6e/75/6e755892-10c9-4291-9428-825b3c21d2d9/plaquette_spo.pdf

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'automaticisme 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 Quéruel.

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/>

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>

Les âges du consentement dans le droit criminel canadien

Jean Bérard,

historien, maître de conférences, École normale supérieure (ENS) Paris-Saclay, Institut supérieur de préparation aux grandes écoles (ISP),

Nicolas Sallée,

sociologue, professeur, département de sociologie, université de Montréal, Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales (Cremis).

Le consentement dans une justice patriarcale

En 1892, le Code criminel canadien définit le viol comme une relation sexuelle sans consentement. Il détermine aussi un âge en deçà duquel la question du consentement n'entre pas en considération, en interdisant les relations sexuelles avec les jeunes filles de moins de 14 ans. Toutefois, ces deux principes sont alors dominés par un cadre juridique patriarcal qui articule le consentement avec le genre, le statut marital, les pratiques et l'orientation sexuelle. Le viol est ainsi défini comme l'acte d'un homme contre une femme. Il ne s'applique pas aux couples mariés, où les épouses sont à la disposition sexuelle de leur époux. Il ne concerne pas non plus les relations entre hommes, qui sont interdites d'une manière générale. Les relations entre femmes ne sont pas abordées par la loi. L'âge en deçà duquel aucun consentement n'est possible n'est défini que pour les jeunes filles. Ainsi, si le consentement joue un rôle important dans ce droit, il n'a de sens que pris dans des institutions qui protègent plus fondamentalement la stabilité des mariages, la virginité des jeunes filles et l'hétérosexualité des jeunes hommes. La position sociale des victimes est également centrale pour comprendre leur capacité à se plaindre de relations sexuelles contraintes. La plainte est

impossible, nous l'avons vu, dans le cadre du mariage. Et plus largement, la réputation des femmes est scrutée, car tout écart aux normes de comportement qu'on leur assigne les discrédite : avoir une vie sexuelle en dehors du mariage, fréquenter seule l'espace public ou pire se prostituer forment des stigmates déterminants pour l'appréciation des juges. L'ensemble produit, en pratique, une impunité presque générale des agresseurs [1].

Ce cadre légal est transformé dans les années 1980, en réponse aux mobilisations contre les violences sexuelles, mais aussi contre la répression de l'homosexualité, organisées dès les années 1970. Ces mobilisations ont conduit à des réformes importantes, dont la plus remarquable est celle qui, en 1983, a complètement redéfini les violences sexuelles autour de la qualification d'agression sexuelle, en prévoyant plusieurs niveaux de gravité selon les circonstances. Ce faisant, la loi a éliminé les références au sexe, à l'orientation sexuelle, à la réputation et au statut marital des victimes. La décriminalisation des relations entre hommes est cependant longtemps restée incomplète : si celles-ci ont été partiellement décriminalisées par une réforme de 1969, elles demeuraient interdites pour les mineurs, créant un écart entre la majorité sexuelle hétérosexuelle et la majorité sexuelle homosexuelle. La jurisprudence de la plupart des cours supérieures provinciales a rendu cette discrimination caduque dans les décennies 1990 et 2000, avant qu'elle ne soit définitivement abrogée dans le droit criminel fédéral en 2018. La grande transformation du droit des violences sexuelles a donc unifié les frontières des interdits autour de deux

L'ESSENTIEL

■ **Comment la notion de consentement détermine-t-elle les frontières entre ce qui est permis et ce qui est interdit en matière sexuelle ? La question est ici abordée dans une perspective historique, à partir de l'exemple canadien.**

principes : au-dessus d'un âge légal de consentement, fixé à 14 ans et porté à 16 ans en 2008, les relations non consenties sont interdites ; et en deçà de cet âge, sauf pour les jeunes d'âges jugés suffisamment proches (nous y reviendrons plus loin), le consentement est impossible et les relations sexuelles toujours prohibées. La loi dit dans ce cas qu'en cas de procès : « ne constitue pas un moyen de défense le fait que le plaignant a consenti aux actes à l'origine de l'accusation¹ ».

Rapports d'âge et rapports de pouvoir

Toutefois, cette transformation du droit ne fait pas disparaître la puissance de l'héritage patriarcal dans l'appréhension des violences sexuelles par les institutions pénales. En France, où des réformes conduites à la même période ont construit un dispositif légal comparable (voir article Crimes sexuels : un pas en avant avec la loi de 2021, mais la protection des mineurs demeure insuffisante dans ce dossier central), des travaux ont montré que l'absence de consentement, dénoncée par les femmes victimes, demeurait interprétée par les policiers au prisme de leurs catégories morales sur la vie sexuelle [2]. Les policiers mettent en doute l'absence de consentement si la situation ne

correspond pas à leurs représentations des violences sexuelles, en particulier si la plainte n'est pas déposée immédiatement après les faits ou si la victime a déjà entretenu des relations avec celui qu'elle dénonce : la plainte est-elle rapide et spontanée ? La victime a-t-elle déjà eu des relations sexuelles avec celui qu'elle accuse ?

Par ailleurs, le nouveau dispositif légal déplace pour une part la question du consentement vers la limite d'âge. Or, en mentionnant un âge, nous avons jusqu'ici simplifié une norme plus nuancée. Dans un cadre législatif dont le principe est l'autorisation des relations sexuelles consenties, la détermination d'une limite n'est pas évidente. Elle vise moins à saisir un âge qui serait, pour une raison mystérieuse, un passage décisif, qu'elle ne cherche à repérer un déséquilibre dans la relation entre deux personnes, déséquilibre qui peut être créé par un écart d'âge, mais qui peut également être issu d'une autre relation d'autorité, qu'elle soit scolaire, sportive ou professionnelle. Dans le droit canadien, l'âge est donc relatif. Si l'âge général de la majorité sexuelle est désormais fixé à 16 ans, une personne de 14 ans ou de 15 ans peut consentir à des activités sexuelles dans la mesure où son partenaire est de moins de cinq ans son aîné. C'est le cas pour des jeunes de 12 ans ou 13 ans si l'écart d'âge est de moins de deux ans. En revanche, une personne de moins de 18 ans ne peut pas consentir à des activités sexuelles si son partenaire sexuel est en situation d'autorité vis-à-vis d'elle (par exemple son enseignant ou son enseignante). La participation à des activités pornographiques est autorisée à partir de la majorité légale seulement (18 ans) et non à partir de la majorité sexuelle. Il en va de même pour la prostitution, la loi interdisant l'achat de services sexuels avant 18 ans.

La norme qui définit les frontières du consentement est donc en réalité très complexe. Elle doit

en effet articuler la liberté sexuelle des personnes, y compris mineures, et leur protection contre des relations inscrites dans des rapports de force trop déséquilibrés pour que le consentement soit considéré valide. Par ailleurs, la question du consentement n'est pas absente de l'appréciation, par la justice, des relations interdites : l'infraction à la norme d'âge n'a pas la même gravité si les relations sont considérées consenties que si elles relèvent plus brutalement de l'agression sexuelle. Un autre rapport au temps doit enfin être considéré : celui qui sépare les actes du moment de la plainte. Les violences sexuelles subies par les enfants, en particulier celles qui se déroulent dans un cadre de proximité (par exemple le cadre familial), sont souvent dénoncées plusieurs années voire plusieurs décennies après les faits. La justice doit alors se prononcer à la fois sur l'établissement des faits en l'absence de preuves tangibles ou de traces matérielles, et sur la qualification de violence d'actes qui sont parfois présentés par leurs auteurs comme ayant été consentis au moment où ils se sont déroulés. Depuis les années 1990, la jurisprudence canadienne, considérant notamment qu'« *il faut beaucoup de courage et de force de caractère aux victimes d'abus sexuels pour révéler ces secrets personnels et ouvrir d'anciennes blessures*² », a fermement établi qu'une telle défense de la part des accusés n'était pas recevable.

Le droit du consentement a été profondément réformé, mais il s'applique toujours dans des sociétés traversées par des déséquilibres de pouvoir entre hommes et femmes, adultes et enfants. Il demeure donc un enjeu de lutte, à deux titres au moins : dans l'écriture même du droit tout d'abord, notamment par la fixation des seuils d'âge du consentement pour savoir où doit passer la ligne qui sépare la liberté sexuelle de la protection des personnes vulnérables ; dans

sa pratique ensuite, pour établir comment les institutions pénales doivent recevoir et qualifier les récits des victimes qui disent n'avoir pas consenti à des actes sexuels. ■

1. Code criminel, article 150.1. En ligne : [https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/c-46/page-21.html#:~:text=150.1%20\(1\)%20Sous%20r%C3%A9serve%20des,pas%20un%20moyen%20de%20d%C3%A9fense](https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/c-46/page-21.html#:~:text=150.1%20(1)%20Sous%20r%C3%A9serve%20des,pas%20un%20moyen%20de%20d%C3%A9fense)
2. Cour suprême du Canada : R. c. L. (W.K.), [1991] 1 R.C.S., 1091. En ligne : <https://www.canlii.org/fr/ca/csc/doc/1991/1991canlii54/1991canlii54.html>

Pour en savoir plus

- Bérard J., Sallée N. Jeunesse et sexualité. In Juliette Rennes éd., *Encyclopédie critique du genre*. Paris : La Découverte, Hors collection Sciences humaines, 2021 : p. 403-414. En ligne : <https://www.cairn.info/encyclopedie-critique-du-genre--9782348067303-page-403.htm>
- Bérard J., Sallée N. Revenir sur les silences. Les violences sexuelles familiales (Québec, 1950-1980) et leur jugement des décennies après les faits. *Genèses*, 2020, vol. 3, n° 120 : p. 91-111. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-geneses-2020-3-page-91.html>
- Bérard J., Sallée N. Les âges du consentement. Militantisme gai et sexualité des mineurs en France et au Québec (1970-1980). *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, 2015, n° 42. En ligne : <https://journals.openedition.org/clio/12778>

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Macfarlane B., Historical development of the offence of rape. In: *100 years of the criminal code in Canada; essays commemorating the centenary of the Canadian criminal code*. Wood and Peck, 1993. En ligne : <https://ia800405.us.archive.org/29/items/413655-hist-devel-of-offence-of-rape/413655-hist-devel-of-offence-of-rape.pdf>
- [2] Pérona O., La police du consentement. La qualification policière des récits de violences sexuelles. *Sociétés contemporaines*, 2022, vol. 1, n° 125 : p. 147-173. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-societes-contemporaines-2022-1-page-147.htm>

Crimes sexuels : un pas en avant avec la loi de 2021, mais la protection des mineurs demeure insuffisante

Entretien avec

Catherine Le Magueresse,

juriste, docteure en droit, chercheuse associée à l'Institut des sciences juridique et philosophique de la Sorbonne, Paris 1.

La Santé en action : **Que dit la loi de 2021 posant des conditions d'âge dans la définition des violences sexuelles ?**

Catherine Le Magueresse : La loi du 21 avril 2021 visant à protéger les mineurs des crimes et délits sexuels et de l'inceste a posé un interdit, énoncé à l'article 222-23-1 du Code pénal. Désormais est un viol « tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, ou tout acte bucco-génital commis par un majeur sur la personne d'un mineur de quinze ans [NDLR : 15 ans et moins] ou commis sur l'auteur par le mineur » – par exemple lorsque c'est l'adulte qui prend le sexe du mineur dans sa bouche. Une disposition équivalente est prévue pour les agressions sexuelles (art. 222-29-2 du Code pénal). L'âge limite est porté de 15 ans à 18 ans en cas d'inceste. Cela signifie que les débats juridiques sur un éventuel « consentement » de la personne mineure de moins de 15 ans, ou de 18 ans en cas d'inceste sont désormais exclus : le seul constat de l'âge de la personne mineure entraînera la qualification du fait comme viol ou agression sexuelle¹ sans qu'il faille prouver, comme c'était le cas auparavant, que le mis en cause a imposé le contact sexuel par « violence, contrainte, menace ou surprise ». Cet interdit, exigé depuis longtemps par les associations², n'est toutefois pas absolu. En effet, une

clause, indûment appelée « clause Roméo et Juliette » en référence aux âges des personnages de l'œuvre de Shakespeare³, introduit une dérogation : l'interdit ne s'applique qu'à la condition qu'il y ait une différence d'âge d'au moins cinq ans entre le ou la majeur-e et le ou la mineur-e. Le texte prévoit également une dérogation à la clause Romeo et Juliette visant les mineur-e-s en situation de prostitution : « la condition de différence d'âge prévue au premier alinéa du présent article n'est pas applicable si les faits sont commis en échange d'une rémunération, d'une promesse de rémunération, de la fourniture d'un avantage en nature ou de la promesse d'un tel avantage. »

S. A. : **Qu'induisent ces âges limites en termes de conception juridique du consentement à l'acte sexuel ?**

C. L. M. : Les dispositions pénales relatives aux violences sexuelles reposent implicitement sur une présomption de consentement des femmes à une activité sexuelle. Ce qui signifie qu'elles sont considérées *a priori* consentantes. Autrement dit, par défaut, il y aurait consentement. Cette présomption ne s'efface qu'en présence du recours à une « violence, contrainte, menace ou surprise ». En d'autres termes, le refus exprimé par la victime, l'absence manifeste de consentement n'ont pas de conséquence juridique – c'est-à-dire qu'ils ne suffisent pas à constituer le fait de viol – s'il n'y a pas « violence, contrainte, menace ou surprise » objectivant l'absence de consentement. La Cour de cassation l'a affirmé en 1857, et la formule est toujours reprise : « le

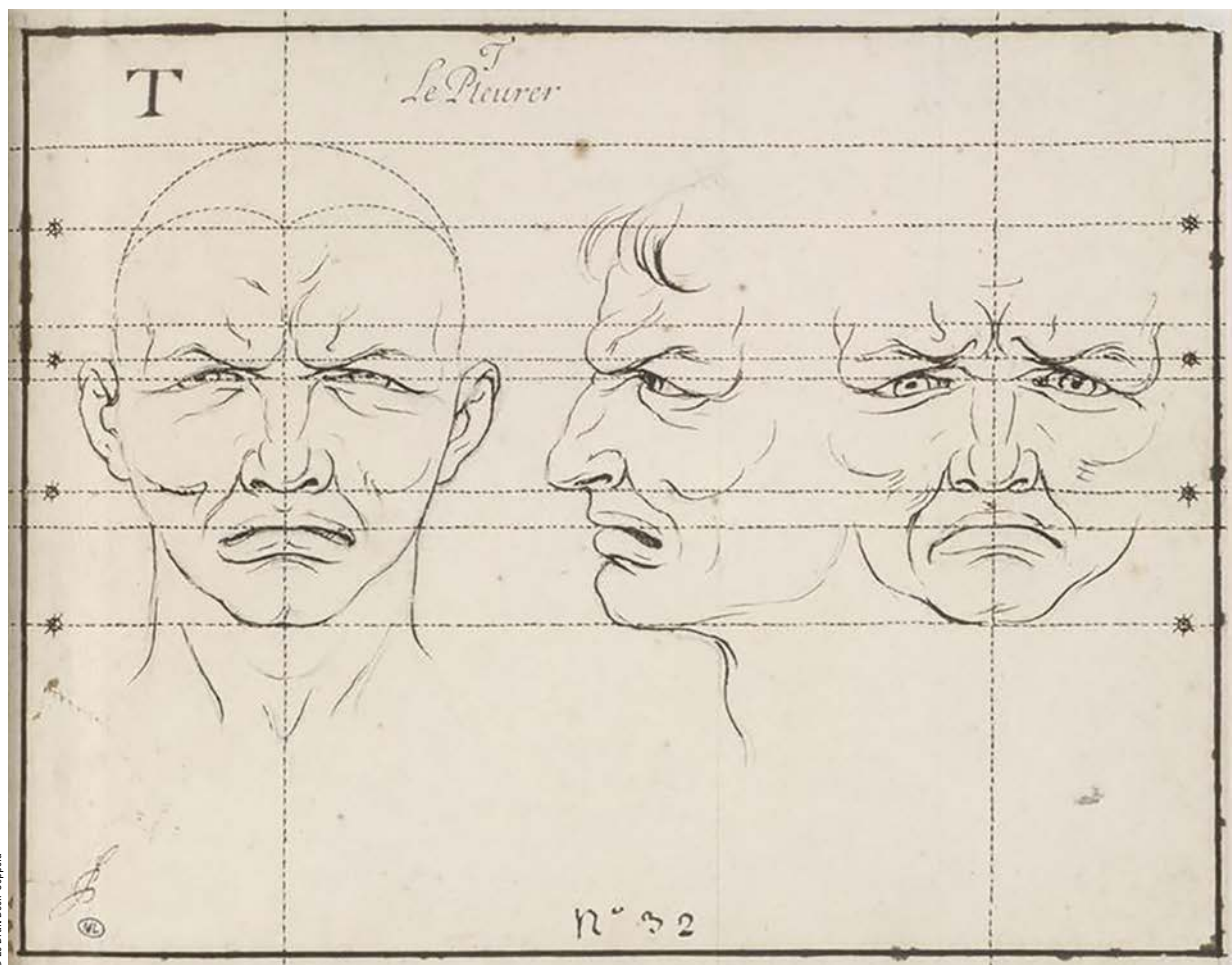
L'ESSENTIEL

▣ La loi du 21 avril 2021 visant à protéger les mineurs des crimes et délits sexuels et de l'inceste supprime la présomption de consentement dans de nombreux cas. Elle permet aussi de mettre en cause la responsabilité pénale d'un-e adulte qui atteint à l'intégrité d'un-e mineur-e de 15 ans (ou de 18 ans s'il y a un lien d'autorité) sans qu'il soit nécessaire de prouver qu'il y a eu recours à l'une des quatre circonstances suivantes : violence, contrainte, menace ou surprise.

défaut de consentement résulte de la violence physique ou morale [ou] de tout autre moyen de contrainte ou de surprise pour atteindre, en dehors de la volonté de la victime, le but que se propose l'auteur de l'action⁴. » Politiquement, cette présomption est inacceptable pour les adultes, elle l'est donc *a fortiori* pour les enfants. Nous ne pouvons donc que saluer sa suppression les concernant, si toutefois, ils ne relèvent pas de l'exception légale, c'est-à-dire s'ils sont agressés par une personne de plus de cinq ans leur aînée.

S. A. : **Quels sont les effets indésirables de ce dispositif ?**

C. L. M. : Cette « clause Roméo et Juliette », introduite par un amendement du gouvernement en Commission des lois (n° CL76), a été défendue par Éric Dupond-Moretti, garde des Sceaux, ministre de la Justice, lors des débats parlementaires aux motifs qu'il fallait préserver les « amours adolescentes », et ne pas « s'ériger en censeur



de [la] *vie sexuelle* » des mineur-e-s. Cette approche a orienté les échanges entre les député-e-s qui se sont focalisé-e-s sur ce cas de figure au détriment de la réalité des violences sexuelles entre jeunes majeur-e-s et mineur-e-s (ou entre mineur-e-s). Un-e mineur-e de 13 ans ou de 14 ans, élève au collège, est une personne vulnérable, en pleine construction et en plein développement psycho-affectif. Un-e majeur-e de 18 ans ou de 19 ans commence sa vie d'adulte. Cette asymétrie, source de pouvoir et de manipulation au détriment de l'adolescent-e, rend la « relation amoureuse » au minimum suspecte. Cette clause ouvre donc une brèche dans le régime protecteur mis en place par cette loi et nuit à la lisibilité de l'interdit posé. Elle est d'autant plus malvenue que les statistiques des violences sexuelles concernant ce public sont préoccupantes⁵ [1]. Elle réintroduit la présomption de consentement dénoncée ci-avant : dans l'hypothèse d'un contact sexuel non désiré, il faudra de nouveau prouver qu'il a été imposé par violence,

contrainte, menace ou surprise pour le qualifier d'agression sexuelle ou de viol. À défaut de pouvoir prouver qu'il y a eu « *violence, contrainte, menace ou surprise* », dans une situation où le ou la mineur-e est resté-e sidéré-e, c'est-à-dire dans l'incapacité totale de réagir par exemple, le délit d'atteinte sexuelle prévu à l'article 227-25 du Code pénal n'est pas considéré comme une agression sexuelle ou un viol. Cela vaut donc si un mineur de 14 ans est victime d'actes d'un majeur de 18 ans (donc qu'il a moins de cinq ans d'écart d'âge)⁶. En conclusion, la loi du 21 avril 2021 permet de mettre en cause la responsabilité pénale d'un-e adulte (de 20 ans et plus) qui atteint à l'intégrité d'un-e mineur-e de 15 ans (ou de 18 ans s'il y a un lien d'autorité) sans qu'il soit nécessaire de prouver qu'il y a eu recours à l'une des quatre circonstances suivantes : violence, contrainte, menace ou surprise. ■

Propos recueillis
par Yaëlle Amsellem-Mainguy
et Lisa Carayon.

1. Il reste bien sûr à prouver l'acte de pénétration pour le viol ou le contact sexuel pour l'agression sexuelle.
2. Voir notamment les travaux du Collectif pour l'enfance.
3. Cette terminologie détourne l'attention du champ des violences sexuelles entre mineur-e-s.
4. Cass. crim. 25 juin 1857.
5. Les affaires de violences sexuelles traitées par les parquets en 2016 ont concerné près de 33 000 personnes mises en cause dans des affaires de viol (38 %), d'agression sexuelle (60 %) ou de harcèlement sexuel (2 %). Les données de 2016 montrent que près de quatre affaires de violences sexuelles sur dix sont des agressions sexuelles sur mineurs.
6. « *Hors les cas de viol ou d'agression sexuelle [...], le fait, pour un majeur, d'exercer une atteinte sexuelle sur un mineur de quinze ans est puni de sept ans d'emprisonnement et de 100 000 € d'amende.* »

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

Juillard M., Timbart O. Violences sexuelles et atteintes aux mœurs : les décisions du parquet et de l'instruction. *Infostat justice*, n° 160, mars 2018.
En ligne : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/stat_infostat_160.pdf

Couple et sexualité en droit : la place du consentement

Julie Mattiussi,
maîtresse de conférences en droit,
université de Haute-Alsace.

Le couple composé d'un homme et d'une femme, marié et ayant un projet d'enfants n'est plus, depuis longtemps, l'unique cadre légitime de la sexualité. Pourtant, dans les représentations collectives, couple et sexualité semblent unis par un lien indéfectible ; le couple sans sexualité serait nécessairement triste, anormal ou dysfonctionnel. Cela se traduit, en droit, dans la définition de la vie de couple.

« Si [les relations sexuelles] ne sont pas imposées, elles sont présumées¹ ». Ainsi, le commentaire officiel de la décision du Conseil constitutionnel de 1999 sur le Pacte civil de solidarité (Pacs) résume-t-il la notion de vie de couple². L'affirmation s'étend aux trois formes d'union reconnues par le droit : le Pacs donc, défini comme un « *contrat conclu par deux personnes physiques majeures, de sexe différent ou de même sexe, pour organiser leur vie commune*³ », mais aussi le concubinage, « *union de fait, caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple*⁴ », et le mariage, à savoir l'institution par laquelle deux personnes s'unissent conformément à la loi française, devant l'officier d'état civil, en vue d'organiser leur vie commune. Dans le mariage, les rapports sexuels ne sont d'ailleurs pas seulement présumés, puisque les époux sont tenus à une communauté de vie, ce que la doctrine juridique a défini comme la réunion d'une « *communauté de toit et de lit* [1 ; 2] ».

L'interdiction générale de rapports sexuels imposés

Dès le Code pénal de 1810, les violences sexuelles et plus particulièrement le viol sont interdits par la loi. Aujourd'hui encore, les rapports sexuels tombent sous le coup de l'interdiction en cas de « *violence, contrainte, menace ou surprise*⁵ ».

Toutefois, pendant longtemps, le viol entre époux n'était pas pénalisé. Consentir au mariage revenait à donner un consentement pérenne à tout ce qui en découlerait, y compris aux relations sexuelles⁶. Ce n'est que le 11 juin 1992 que la Cour de cassation a infléchi sa position en considérant que « *la présomption de consentement des époux aux actes sexuels accomplis dans l'intimité de la vie conjugale ne vaut que jusqu'à preuve contraire*⁷ ». Il devenait alors possible de démontrer qu'une violence, contrainte, menace ou surprise avait altéré le consentement de celui ou de celle qui s'était vu imposer des rapports sexuels.

La loi du 4 avril 2006 renforçant la répression des violences conjugales⁸ a depuis interdit explicitement les viols et les agressions sexuelles entre époux, mais aussi entre partenaires de Pacs et entre concubins⁹. Il s'agit même de circonstances de nature à aggraver la peine encourue¹⁰. Cela n'empêche pas de présumer l'existence de relations sexuelles consenties au sein des couples.

La sexualité présumée dans les couples

Concubins, partenaires de Pacs et époux ont en commun une « vie de couple », à savoir un mode de vie distinct des autres modes de relations en raison de l'existence d'une sexualité partagée. S'il s'agit d'une norme sociale étudiée [3], la traduction de cette perception du couple en droit n'est pas neutre. Prescriptive, la norme

L'ESSENTIEL

■ **S'il est anachronique, le devoir conjugal est toujours inscrit dans la loi sur le mariage. Il en résulte une véritable obligation de consentir aux rapports sexuels. Dans un contexte où l'importance du consentement libre aux relations sexuelles est acquise et ne fait plus débat, il apparaît comme une forme de négation du consentement.**

juridique décrit aussi ce qui « doit être », ce qui relèverait du « naturel », de la normalité sociale [4]. En l'occurrence, être en couple, ce serait consentir à partager sa sexualité.

La dimension symbolique d'une telle définition du couple est forte. Toutefois, aucun effet juridique ne s'y attache dans le cadre du Pacs ou du concubinage. La Cour de cassation a ainsi cassé et annulé une décision selon laquelle il devait être fait obstacle à la conclusion d'un Pacs à deux personnes qui déclaraient avoir l'un envers l'autre des sentiments filiaux, de père à fils, alors même qu'ils n'étaient liés par aucune relation familiale¹¹.

Pour les couples mariés, en revanche, la sexualité partagée ne fait pas seulement partie de la définition du couple : il s'agit d'une obligation.

La sexualité obligée dans le mariage

L'article 215, alinéa 1^{er}, du Code civil indique que « *les époux s'obligent mutuellement à une communauté de vie* ». Ce texte est communément interprété comme obligeant à une communauté de toit et de lit, laquelle implique l'existence de relations sexuelles entre époux [5] : il s'agit du devoir conjugal.

Les époux qui refusent de s'y soumettre ne peuvent pas être forcés à s'exécuter, car cela relèverait de viols ou d'agressions sexuelles conjugales.

Le refus est toutefois considéré comme une faute cause de divorce¹² et peut entraîner une condamnation au versement de dommages-intérêts à l'épouse ou à l'époux insatisfait¹³. Le refus des relations sexuelles peut néanmoins être considéré comme justifié par des motifs dits légitimes, tels que l'âge, l'état de santé [6], ou encore par le comportement adultère du conjoint ou de la conjointe¹⁴.

En pratique, si le devoir conjugal est régulièrement invoqué en instance de divorce, il est rarement caractérisé en raison de difficultés de preuve. Lorsqu'une violation du devoir conjugal est identifiée, elle n'est que très rarement la seule cause du divorce. Cela arrive néanmoins, en témoigne un arrêt de la cour d'appel de Versailles du 7 novembre 2019 qui prononce le divorce aux torts exclusifs de l'épouse pour manquement au devoir conjugal.

Il en résulte une véritable obligation de consentir aux rapports sexuels en mariage, qui, si elle se traduit rarement par une sanction, n'en demeure pas moins anachronique dans un contexte où l'importance du consentement libre aux relations sexuelles est mise en avant. La Cour européenne des droits de l'homme a été saisie du sujet au début de l'année 2021 : il s'agira peut-être du début de la fin pour l'anachronique devoir conjugal. ■



© Hennemini/ADAGP/Migat

1. Cahiers du Conseil constitutionnel, n° 8.

2. Conseil constitutionnel, 9 novembre 1999, DC.

3. Code civil, art. 515-1.

4. Code civil, art. 515-8.

5. Code pénal, art. 222-22 et 222-23. Des dispositions spécifiques sont applicables dans diverses situations impliquant des personnes mineures, (Voir article : Crimes sexuels : un pas en avant avec la loi de 2021, mais la protection des mineurs demeure insuffisante, dans ce dossier central).

6. Michèle-Laure Rassat, *JCP G* 1991, II, 21629, note sous Cass. crim. 5 septembre 1990.

7. Cass. crim., 11 juin 1992, n° 91-86346.

8. Loi n° 2006-399 du 4 avril 2006 renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs.

9. Code pénal, art. 222, al. 2.

10. Code pénal, art. 222-24 (viol) et 222-28 (agression sexuelle).

11. Cass. 1^{re} civ. 8 mars 2017, n° 16-18665, Inédit. Un commentateur s'est ému d'y voir la possible validation d'un « Pacs sans couple », Antoine Gouézel, « Le Pacs sans couple, une hérésie », *D.* 2017. 2038.

12. Code civil, art. 242.

13. Code civil, art. 1240.

14. Code civil, art. 245.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Courbe P., Jault-Seseké F. *Droit des personnes, de la famille, et des incapacités*. Paris : Dalloz, 2018 : p. 90.

[2] Terré F., Goldie-Génicon C., Fenouillet D. *Droit civil. La famille*. Paris : Dalloz, 2018.

[3] Kauffman J.-C. *Sociologie du couple*. PUF, coll. Que sais-je, chap. IV : le cycle conjugal – Jalons d'étapes. 2021 : p. 58-83. En ligne : <https://www.cairn.info/sociologie-du-couple--9782715406568-page-58.htm>

[4] Lochak D. *Droit, normalité et normalisation*. In J. Chevallier, Lochak D., Draï R., Kremer-Marietti A.,

Dupire P., Bourcier D. et al. *Le Droit en procès*. Paris : PUF, 1983, p. 51, spéc. p. 52. En ligne : <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k3407622c>

[5] Mattiussi J. Le devoir conjugal : de l'obligation de consentir. In Garcia M., Mazaleigue J., Mornington A.-D. *Envers et revers du consentement*. Paris : Mare et Martin, pour l'étude d'une centaine de décisions relatives au devoir conjugal jusqu'en 2019. À paraître en 2023.

[6] Garrigues J. *Droit de la famille*. 2^e édition. Paris : Dalloz, 2018.

Accès aux soins pour les migrants : Comment consentir si l'on ne comprend pas ?

Comme le rappelle la Haute Autorité de Santé (HAS) dans son référentiel « Interprétariat dans le domaine de la santé » (1) dans une optique de respect de l'autonomie des personnes, le consentement aux soins est formulé à l'article L. 1111-4 du Code de la santé publique en ces termes : « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. (...) Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrite dans le dossier médical du patient ».

Qu'en est-il du consentement aux soins pour les migrants ? La Haute Autorité de Santé (HAS) considère que « seul le recours à un interprète professionnel permet de garantir d'une part, aux patients/usagers, les moyens de communication leur permettant de bénéficier d'un égal accès aux droits, à la prévention et aux soins de manière autonome et, d'autre part, aux professionnels, les moyens d'assurer une prise en charge respectueuse du droit à l'information, du consentement libre et éclairé du patient et du secret médical ».

L'interprétariat dans le domaine de la santé

L'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé est défini par la loi de santé publique de janvier 2016 (article D1110-6 du code de santé publique) et le décret de mai 2017. Il « désigne la fonction d'interface, reposant sur des techniques de traduction orale » entre professionnels et patients. Il garantit aux professionnels de santé les moyens « d'assurer

la prise en charge de ces personnes qui ne maîtrisent pas ou imparfaitement la langue française dans le respect de leurs droits, notamment du droit à l'information, du droit au consentement libre et éclairé, du droit au respect de leur vie privée et au secret des informations les concernant ».

« Accueillir la personne dans sa singularité »

Pour recueillir le consentement de façon optimale, analyse Nadia Perez dans son mémoire de diplôme inter-universitaire (DIU) (3), « l'accent doit être mis sur la communication et cela passe par l'intervention d'interprètes qui feront le lien entre le migrant et le soignant. Comment consentir si on ne comprend pas ? La culture peut également avoir une incidence et mérite qu'elle soit pointée si cela devient nécessaire pour la compréhension mutuelle. Il semble important également d'accorder du temps à la personne pour l'accueillir dans sa singularité et accorder la temporalité nécessaire à une prise de décision. La relation de confiance est primordiale, comme dans toute relation soignant/soigné (...) Une solution serait aussi d'inciter les institutions à intégrer dans leurs équipes des médiateurs de santé afin d'améliorer les relations avec les usagers. Il n'y aurait pas, d'un côté les équipes de soin et de l'autre les usagers du système. Différents interlocuteurs dont les cultures peuvent rendre difficile la mise en œuvre des soins et de la prévention. La médiation interviendrait donc pour faciliter la compréhension mutuelle, qui est souvent freinée par des pratiques et des recours aux soins différents selon que l'on soit soignant, ou migrant soigné. Ces exemples doivent nous inciter à réfléchir à notre posture de professionnels de santé, lors de la recherche du consentement, que ce soit en santé publique, hospitalière ou en médecine de ville. Combien de praticiens de santé peuvent-ils être certains de n'avoir jamais soigné un patient sans son consentement éclairé ? »

L'ESSENTIEL

▣ **Le consentement du patient n'est pas forcément recueilli par le professionnel quand il s'agit de patients migrants, du fait essentiellement de la barrière de la langue et de la culture. L'accès aux soins s'en trouve dégradé pour ces populations.**

Dans son rapport sur l'interprétariat linguistique en santé publié en 2019 (2), L'IGAS rappelle l'exigence posée par la charte du patient hospitalisé : « Les établissements (de soins NDLR) doivent veiller à ce que l'information médicale et sociale des personnes hospitalisées soit assurée et que les moyens mis en œuvre soient adaptés aux éventuelles difficultés de communication ou de compréhension des patients, afin de garantir à tous l'égalité d'accès à l'information [...] Le médecin doit, au cours d'un entretien individuel, donner à la personne une information accessible, intelligible et loyale [...] aucun acte médical ne peut être pratiqué sans le consentement de l'intéressé ».

Effets délétères d'une absence de communication sur la qualité des soins

L'IGAS insiste aussi sur les effets délétères d'une absence de communication sur la qualité des soins. L'Inspection cite en particulier le chercheur S. Chaaban, dont les travaux font référence dans le domaine ; en s'appuyant pour l'essentiel sur deux études publiées en Europe et en France, il « relève un nombre important de facteurs de non qualité, démontrés dans la littérature scientifique et médicale, en l'absence d'interprète, lorsque le patient et les soignants qui le prennent en charge ne pratiquent pas la même langue ».

Parmi ces facteurs de non qualité figure « *le non-respect des principes de confidentialité ou de consentement éclairé.* »

Comme le souligne le Comede (Comité pour la santé des exilé-e-s) dans son guide 2023 (4) dans une logique de prévention, toute proposition de dépistage et de bilan de santé repose sur le consentement éclairé de la personne, si besoin avec un interprète comme l'indique l'instruction de la Direction générale de la santé (DGS) du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants : « *La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande, en outre, que le recours à l'interprétariat professionnel soit systématique pour les personnes non francophones. Il importe que soit prêtée une attention particulière aux explications préalables fournies sur les éléments du bilan de santé, de manière à ce que soit recueilli le consentement libre et éclairé des personnes à qui ces examens sont proposés et à ce que soit assurée une information de qualité.* ».

Mais dans la pratique, ces exigences éthiques ne sont pas toujours respectées, comme le concluent de nombreuses études scientifiques et rapports d'experts. Ainsi, par exemple, une étude menée en 2022 auprès des professionnels de 19 établissements de santé dont 13 Pass, du Comede et d'autres associations et de 4 centres d'hébergement pour migrants (5) établit que le consentement avant un soin ou une prise en charge n'est souvent pas recueilli auprès des patients migrants ne maîtrisant pas ou peu la langue française. L'étude pointe la barrière de la langue qui rend complexe l'accès aux droits et aux soins.

« Pas de soins sans échanges malades/soignants »

Plus largement, l'avis du Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE) sur la santé des migrants publié en 2017 (6) liste plusieurs « exigences éthiques » majeures. L'une d'entre elle se focalise sur l'établissement d'une communication entre le patient et le professionnel, condition première et *sine qua non* du recueil du consentement : « *La troisième exigence éthique réside dans la mise en pratique d'un mode pertinent de communication, linguistique et culturelle, avec les personnes pour mieux comprendre leurs attentes dans le cadre de leur prise en charge soignante. La compréhension est d'abord celle de la langue. "Il n'y a pas de médecine sans récit". Il n'y a pas de soins sans échanges entre malades et soignants. Les dotations versées aux hôpitaux au titre des Pass comprennent la totalité de leurs dépenses prévisionnelles, y compris celles*

d'interprétariat (selon la circulaire DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013). Mais, à cet égard, les difficultés peuvent être fortes. La variété des flux amène en France des ressortissants de pays dont les langues sont peu parlées (par exemple le tigré ou le nara des Erythréens). Des antagonismes d'origine, ou bien la fragilité résultant d'expériences vécues, douloureuses et partagées, doivent rendre prudent le recrutement de personnes originaires de la même région comme "traducteurs", ou "interprètes", ou encore "médiateurs" ».

« Comprendre le ressenti des patients »

La CCNE poursuit : « *Mais, la compréhension est aussi celle du contexte culturel ; si la médecine peut avoir besoin d'une traduction littérale, par exemple pour l'identification des signes cliniques, elle a surtout besoin de médiateurs culturels pour comprendre les conditions dans lesquelles le corps et les soins sont pensés et ressentis par les patients. Ce besoin est particulièrement crucial en psychiatrie. Les solutions mises en œuvre à la fois par les associations et les pouvoirs publics sont diverses, parfois heureuses comme à la Croix-Rouge française qui dispose d'un vivier de personnes redevables et volontaires, parfois beaucoup moins dans d'autres associations caritatives fort dépourvues de moyens. Le recours aux*

communications téléphoniques de services comme ISM-interprétariat ne peut être regardé comme satisfaisant, sauf pour des nécessités exceptionnelles de courte durée. Force est de signaler que les témoignages concordent pour indiquer que les moyens budgétaires prévus à cet effet de communication avec les migrants sont trop souvent insuffisants, mais aussi que les choix des personnes sollicitées s'avèrent insatisfaisants. Des principes généraux en la matière devraient être édictés à la lumière de l'expérience et s'imposer. ». Ce qui a été fait avec la publication du référentiel de la HAS en 2017. « *La confiance entre le médecin et le malade passe ici par des solutions exigeantes et concrètes* », conclut le CCNE. ■

Yves Géry,
rédacteur-en-chef

Pour en savoir plus

La médiation en santé : un nouveau métier pour lever les obstacles aux parcours de soin et de prévention [Dossier]. *La Santé en action*, juin 2022, n° 460 : 52 p.
<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-juin-2022-n-460-la-mediation-en-sante-un-nouveau-metier-pour-lever-les-obstacles-aux-parcours-de-soin-et-de-prevention>

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Haute Autorité de Santé. *Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé. Référentiel de compétences, de formation, et de bonnes pratiques*. Paris : HAS, 2017 : 57 p. En ligne : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/interpretrariat_dans_le_domaine_de_la_sante_-_referentiel_de_compétences...pdf

[2] Burnel P., Calmette P. *Le modèle économique de l'interprétariat linguistique en santé [Rapport]*. Paris : IGAS, 2019 : 65 p. En ligne : <https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2018-128R.pdf>

[3] Perez N. *Le recueil du consentement aux soins des migrants. Le malaise en miroir*. Mémoire du Diplôme Inter-Universitaire (DIU) « Santé, société et migration », 2021-2022. En ligne : <https://orspere-samdarra.com/2022/le-recueil-du-consentement-aux-soins-des-migrants-le-malaise-en-miroir/>

[4] Guide COMEDE. *Prévention soins accompagnement personnes étrangères vulnérables. 16.2 Bilan de santé. Prévention et promotion de la santé*. Article mis à jour le 12 avril 2023. En ligne : <https://guide.comede.org/bilan-de-sante/>

[5] Sampers A., Geng A. *L'accès aux soins des migrants en Bourgogne – Franche-Comté : quels enjeux éthiques ? Étude 2019-2020*. Dijon : Observatoire des pratiques au regard de l'éthique, 2021 : 81 p. En ligne : https://www.gisti.org/IMG/pdf/rapport_ethique_sante_des_migrants.pdf

[6] Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé. *Santé des migrants et exigence éthique. Avis n° 127*. Paris : CCNE : 2017 : 26 p. En ligne : <https://www.gironde.fr/sites/default/files/2019-08/Ethique%20et%20sant%C3%A9%20migrants.pdf>

Consentir à mourir ?

Entretien avec Nicolas Foureur, médecin, directeur du Centre d'éthique clinique de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP).

La Santé en action : Quelle est votre position face à la notion de « consentement » dans le cadre de la relation de soin ?

Nicolas Foureur : La notion de consentement est surtout utilisée pour s'assurer que les soignant·e·s n'interviennent pas « contre » la volonté des patient·e·s. Cependant, il y a un pas entre le fait de ne pas aller à l'encontre et le fait de rechercher si la personne a exprimé une réelle volonté, authentique, qui reflète son autonomie. On fait comme s'il suffisait que les patients « consentent » à un traitement spécifique pour que leur autonomie soit respectée. La question est plutôt de savoir quel objectif on souhaite atteindre *pour* et *avec* le patient, sans pour autant savoir *comment* atteindre ce but. Si un patient demande à être opéré pour aller mieux, mais qu'en pratique il met en échec tout ce qui est fait par les soignants pour y arriver, faut-il penser qu'il préfère baisser les bras et le laisser mourir, ou faut-il l'aider à se surpasser quitte à le contraindre ? La logique médicale suit bien souvent un chemin en ligne droite : faire la balance « bénéfices-risques » – au mieux en collégialité –, informer la personne du résultat de la réflexion et enfin recueillir son consentement à ce qui lui est proposé. Si cette démarche respecte en apparence le droit des patient·e·s (consentir, et de façon éclairée), elle reste une logique très médicale qui ne s'intéresse pas nécessairement à l'autonomie des personnes.

S. A. : Vous semble-t-il possible qu'une personne consente à mourir sans que ce soit la manifestation d'un trouble psychique ?

N. F. : Les psychiatres, précisément parce qu'ils peuvent penser que leur rôle est dans l'évitement de la mort,

sont pris dans une certaine contradiction lorsqu'il s'agit de s'interroger sur le fait, pour un patient, de vouloir mourir. Même si cela ne fait pas consensus parmi les psychiatres, je pense qu'on peut demander à mourir sans être dans la pathologie psychiatrique. Je comprends leur position, leur rôle est aussi d'éviter les suicides : que la volonté de mourir les alerte me semble normal. Bien sûr, l'équipe psychiatrique a sa place dans l'évaluation des demandes à mourir, notamment parce qu'elle peut travailler sur le soulagement de la souffrance psychique et voir si la demande se maintient après un traitement. Cependant, il ne faut pas se limiter à une appréciation psychiatrique – ou neuropsychiatrique – de ces demandes. Autrement dit, on peut être déprimé voire dépressif sans que cela ne remette systématiquement en question le désir de mourir. Certaines situations interrogent les limites de la psychiatrie. C'est par exemple le cas des personnes qui vivent sous des « influences » qu'elles ont librement choisies, telles que des croyances religieuses. Le Centre d'éthique clinique de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) est ainsi régulièrement consulté à propos de personnes témoins de Jéhovah qui refusent des transfusions sanguines lors d'interventions chirurgicales, ce qui peut conduire à leur mort par défaut de traitement. Face à ces personnes, nous comprenons toute l'ambiguïté de la notion de consentement aux soins. Certaines, les plus engagées dans leur communauté, sont catégoriques dans leur choix, jusqu'à la mort qu'elles voient comme une continuité de leur vie. D'autres énoncent très rapidement leur préférence pour la vie et consentent à un soin qui leur est indispensable en mettant de côté leur convictions. Dans ce contexte, un certain nombre de personnes sont prises de façon très violente dans un conflit de valeurs. Comment par

L'ESSENTIEL

■ **En éthique clinique, il faut chercher à savoir si la personne exprime ou a exprimé une réelle volonté, authentique, qui reflète son autonomie. La logique médicale respecte en apparence les droits des patient·e·s (consentir, et de façon éclairée), mais elle ne s'intéresse pas nécessairement à l'autonomie des personnes. Le consentement à mourir s'inscrit dans un questionnaire particulièrement complexe : il ne s'agit pas seulement de vivre ou de mourir, mais de se demander comment on va vivre. Et même pour les personnes qui ne sont plus capables d'exprimer leur avis, il convient de décider en fonction de ce que la personne a été, voire de ce qu'elle aurait voulu.**

exemple, face à la décision de refuser les transfusions, être à la fois un bon parent (continuer à vivre pour s'occuper de ses enfants encore mineurs) et un bon croyant (accepter la mort) ? Ces personnes ne savent pas comment refuser le soin, mais elles ne savent pas davantage comment y consentir. Parfois, la décision se prend à l'extérieur d'elles-mêmes, comme si elles pouvaient ainsi être soulagées du poids de devoir consentir.

S. A. : Pensez-vous que les demandes d'arrêt des traitements disparaîtraient si les soins palliatifs étaient généralisés ?

N. F. : Il faut d'abord rappeler que n'importe quel soignant, n'importe quel service devrait être capable de gérer des soins dits palliatifs. Dans certaines situations particulièrement complexes, il peut être pertinent de disposer de services experts qui sachent gérer toutes ensemble les souffrances physiques, psychiques et « existentielles ». C'est cette



souffrance existentielle qui est souvent la plus difficile à percevoir et à traiter. Toutefois, quand bien même ces différents aspects de la souffrance seraient pris en compte, le consentement à mourir s'inscrit dans un questionnement plus complexe : il ne s'agit pas seulement de vivre ou de mourir, mais de se demander comment on va vivre. Quelles sont les conséquences sociales de la vie ou de la mort pour les personnes qui nous entourent ? Dans quel temps va-t-on mourir ? La question est donc moins : est-ce que les personnes cesseraient de demander à mourir si elles ne souffraient plus ?, mais plutôt : en quoi cette demande à mourir particulière s'inscrit-elle dans un parcours de soins, dans un parcours de vie ?

S. A. : *Quelles méthodes permettent de réfléchir aux souhaits impossibles à formuler par certaines personnes en fin de vie ?*

N. F. : La situation que vous évoquez est très courante. Cependant, en réalité, cette difficulté à savoir ce que la personne veut vraiment se rencontre aussi chez les patient-e-s parfaitement conscient-e-s. En réalité, les demandes – demandes d'arrêt des

traitements, mais aussi demandes de soins – sont rarement parfaitement claires, elles s'expriment de façon équivoque. Les personnes sont très liées à leur entourage et aux soignant-e-s qui les accompagnent. Comment dès lors distinguer ce qui, dans leurs demandes, est lié à leur désir pour elles-mêmes et ce qui vient de leur préoccupation pour les autres ? Pour les personnes conscientes, le consentement vient en réalité dans un second temps, lorsqu'on a pris le temps de travailler avec la personne sur une proposition qui lui convient, dans tous les aspects de sa décision : les aspects médicaux et les aspects psychosocio-familiaux. En éthique clinique, nous travaillons sur le respect de l'autonomie de la personne, y compris lorsqu'elle n'est pas consciente. Cette notion d'autonomie n'est pas univoque. Nous parlons en réalité de divers types d'autonomie : « autonomie-authenticité » (biographique), « substituée » (à la place du patient), « reliée » (en symbiose avec un être cher), etc. Il s'agit ici de se demander, grâce à la parole des proches (famille, ami-e-s, mais aussi éventuellement soignant-e-s), ce que la personne a

dit de la situation par le passé, de s'interroger sur la façon dont elle a vécu sa vie afin de s'interroger sur la façon dont elle aurait voulu sa mort. À ce stade, il est possible de prendre des décisions en considérant aussi les proches : à la fois pour leur éviter des souffrances psychiques (longue agonie de leur proche par exemple), mais aussi parce que les protéger de ces souffrances aurait pu être un désir de la personne elle-même. Même en présence de directives anticipées, qui restent rares, décider en fonction de l'autonomie de la personne reste évidemment un pari. Cette recherche de ce à quoi la personne aurait consenti si elle avait été consciente est un outil qui permet de donner une couleur, une humanité à des décisions qui se prennent aussi sur d'autres arguments, notamment les principes de bienfaisance et de non-malfaisance pour les patient-e-s, et un principe de justice qui s'interroge sur l'inscription de la situation dans un cadre plus large (situation familiale, cadre juridique, etc.). ■

Propos recueillis par Yaëlle Amsellem-Mainguy et Lisa Carayon.

Pour en savoir plus

Littérature relative au dossier

33

Afin d'enrichir ce numéro spécial qui aborde la question du consentement, cette bibliographie propose une sélection de ressources organisée en huit catégories. Ces catégories sont les suivantes : textes de référence (lois, rapports et avis), aspects éthiques et juridiques liés à la notion de consentement, consentement et sexualité, consentement des populations vulnérables, consentement aux soins et consentement aux soins en psychiatrie, outils et ressources, littérature. À l'intérieur de chaque partie thématique, les références bibliographiques ont été ordonnées par ordre chronologique inversé. Les liens ont été vérifiés le 12 juin 2023.

Laetitia Haroutunian,

documentaliste,
direction scientifique et international,
Santé publique France

TEXTES DE RÉFÉRENCE

TEXTES LÉGISLATIFS

• **Loi n° 2021-478 du 21 avril 2021 visant à protéger les mineurs des crimes et délits sexuels et de l'inceste.** JORF n° 0095 du 22 avril 2021. *En ligne* : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000043403203/2023-05-30/>

• **Ordonnance n° 2020-232 du 11 mars 2020 relative au régime des décisions prises en matière de santé, de prise en charge ou d'accompagnement social ou médico-social à l'égard des personnes majeures faisant l'objet d'une mesure de protection juridique.** JORF n° 0061 du 12 mars 2020. *En ligne* : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000041712000>

• **Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 sur la modernisation du système de santé.** *En ligne* : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641>

Voir notamment :

– article L4151-1 : exigence d'une formation à la pratique des interruptions volontaires de grossesse (IVG) médicamenteuses pour les sages-femmes, intégrée dans la formation initiale, dont le contenu sera déterminé par décret en Conseil d'État ;
– article L2212-1 : compétence de la sage-femme pour la réalisation d'IVG, auparavant réservée aux seuls médecins.

• **Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.** JORF du 5 mars 2002. *En ligne (version en vigueur au 30/05/2023)* : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT00000227015/>

• **Loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain.** JORF n° 175 du 30 juillet 1994. *En ligne* : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000549619>

AVIS, RAPPORTS, NOTES DE CADRAGE

• **Comité consultatif national d'éthique (CCNE). Consentement et respect de la personne dans la pratique des examens gynécologiques et touchant à l'intimité.** Avis n° 142. Paris : CCNE, 2023. *En ligne* : <http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2023-03/Avis%20142%20Finalis%C3%A9.pdf>

• **Comité consultatif national d'éthique (CCNE). Questions éthiques relatives aux situations de fin de vie : autonomie et solidarité.** Avis n° 139. Paris : CCNE, 2022. *En ligne* : <http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2022-09/Avis%20139%20Enjeux%20%C3%A9thiques%20relatifs%20aux%20situations%20de%20fin%20de%20vie%20-%20autonomie%20et%20solidarit%C3%A9.pdf>

• **Peintre C. Vie affective et sexuelle dans le cadre de l'accompagnement en Établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS).** Saint-Denis : HAS, mai 2022. *En ligne* : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-06/note_de_cadrage_vie_affective_et_sexuelle_dans_le_cadre_de_l'accompagnement_en_essms_vas.pdf

• **Gouvernement de la République Française. Comment garantir le consentement aux soins pendant la période d'évaluation de la minorité et de l'isolement ? À quel moment l'accompagnement par un professionnel est-il nécessaire ?** In : **Guide de bonnes pratiques. Première évaluation des besoins de santé au cours de la période d'accueil provisoire d'urgence des personnes se déclarant comme mineures et privées de la Protection de leur famille.** Paris : Gouvernement de la République Française, 2022 : a p. 11-2. *En ligne* : https://www.infomie.net/IMG/pdf/guide_-_evaluation_-_sante_-_mie.pdf

• **Comité consultatif national d'éthique (CCNE). L'évolution des enjeux éthiques relatifs au consentement dans le soin.** Avis n° 136. Paris : CCNE, 2021. *En ligne* : <http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2021-07/Avis%20136.pdf>

• **Falorni O. (prés.), Fiat C. (rapp.), Martin D. (rapp.). Rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux d'une mission d'information sur l'évaluation de la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.** Paris : Assemblée nationale, mars 2023. *En ligne* : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/rapports/cion-soc/116b1021_rapport-information

• **Défenseur des droits. Les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD.** Paris : Défenseur des droits, 2021. *En ligne* : <https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rap-ehpad-num-29.04.21.pdf>

• **Amsellem-Mainguy Y. Entrée dans la sexualité des adolescent.e.s : la question du consentement. Enquête en milieu scolaire auprès des jeunes et des intervenant.e.s en éducation à la sexualité.** Paris : INJEP, 2015. *En ligne* : <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bc6p06xm1z5/f1.pdf>

NOTION DE CONSENTEMENT : DÉFINITIONS, ASPECTS PHILOSOPHIQUES, ÉTHIQUES ET JURIDIQUES

• **Christelle M. Le consentement.** Paris : PUF, coll. Que-sais-je ?, 2023 : 128 p.

• **Bass M. Pouvoir, soumission et consentement. L'emprise comme norme.** *Cahiers de l'enfance et de l'adolescence*, 2022, vol. 1, n° 7 : p. 67-84.

Dossier

Consentement, éthique, soins et santé

- Sicard D. Le consentement. In : Sicard D. L'éthique médicale et la bioéthique. Paris : PUF, 2022 : p. 72-77.
- Bouquet B., Gardien E., Jaeger M. (dir.). Consentement et contraintes (numéro thématique). *Vie sociale*, 2021, n° 33 : 256 p.
- Garcia M. La conversation des sexes. Philosophie du consentement. Paris : Flammarion, coll. Climats, 2021 : 300 p.
- La justice de l'intime (numéro thématique). *Les Cahiers de la Justice*, 2021, n° 4 : 162 p.
- Le Magueresse C. De la centralité du consentement. *Les cahiers de la justice*, 2021, vol. 4, n° 4 : p. 613-23.
- Le Margueresse C. Les pièges du consentement. Donnemarie-Dontilly : Éditions iXe, 2021 : 228 p.
- Leguil C. Céder n'est pas consentir : une approche clinique et politique du consentement. Paris : PUF, 2021 : 224 p.
- Merlier P. Philosophie et éthique en travail social. Rennes : Presses de l'EHESP, coll. Politiques et interventions sociales, 2020 : 192 p.
- Fraisse G. Du consentement. Paris : Seuil, col. Sciences humaines, 2017 : 160 p.
- Burawoy M., Ravelli Q. (trad.). Produire le consentement. Montreuil : La Ville brûle, coll. Mouvement réel, 2015 : 303 p.
- Mathieu N.-C., L'Anatomie politique. Catégorisations et idéologies du sexe. Donnemarie-Dontilly : Éditions iXe, 2013 : 266 p. Voir en particulier le chapitre 5 : « Quand céder n'est pas consentir : des déterminants matériels et psychiques de la conscience dominée des femmes, et de quelques-unes de leurs interprétations en ethnologie ».
- Jaunait A., Matonu F. L'enjeu du consentement. *Raisons politiques*, 2012, vol. 2, n° 46 : p. 5-11.
- Marzano M. Je consens, donc je suis... Paris : PUF, 2006 : 274 p.
- Guillaume B. Démocratie et consentement sexuels. *Raison publique*, 2017, n° 1 : p. 175-183.
- Amsellem-Mainguy Y., Cheynel C., Fouet A. Entrer dans la sexualité à l'adolescence : le consentement en question. *La Santé en action*, 2016, n° 438 : p. 38-40. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-decembre-2016-n-438-sante-sexuelle-travailler-en-reseau-au-plus-pres-des-populations>
- Mazaleigue J. Les déséquilibres de l'amour. La genèse du concept de perversion sexuelle, de la Révolution française à Freud. Paris : Éditions Ithaque, 2014 : 296 p.
- Bajos N., Bozon M., Equipe CSF. Les violences sexuelles en France : quand la parole se libère. *Population & Sociétés*, 2008 ; n° 445 : 4 p. En ligne : https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19113/pop_soc445.fr.pdf

CONSENTEMENT DES POPULATIONS VULNÉRABLES

- Martineau I., Ummel D., Fortin G. Quelques réflexions éthiques autour du respect de l'autonomie et du consentement, dans le contexte de l'aide médicale à mourir en situation de handicap. *Intervention*, 2023, n° 156 : p. 85-96.
- Garcia M., Mornington A.-D., Mazaleigue-Labaste J. Envers et revers du consentement, la sexualité, la famille et le corps, entre consentement, contraintes et autonomie. Paris : Mare & Martin, 2023.
- Véron P. Le consentement vaccinal des plus vulnérables en période de pandémie. *Droit, Santé et Société*, 2022, n° 2-3 : p. 32-36.
- Poirot-Jarot I. Le consentement. Principe d'accompagnement de l'enfant en situation de handicap. Lyon : Chronique sociale, 2021 : 127 p.
- Grisard C., Depaux D. Liberté, égalité, intimité. Personnes handicapées intellectuelles et vies affective et sexuelle. Paris : Unapei, 2019 : 53 p. En ligne : https://www.unapei.org/wp-content/uploads/2019/12/Guide_VAS_INTERACTIF-1.pdf
- Lefebvre des Noettes V. Enjeux éthiques du consentement à l'entrée en Ehpad. *Rhizome*, 2019 ; vol. 74, n° 4 : p. 7-9.
- Pérona O. Médecins légistes et policiers face aux expertises médico-légales des victimes de violences sexuelles. *Déviance et Société*, 2017, vol. 41, n° 3 : p. 415-443.
- Lechevalier Hurard L., Vidal-Naquet P.A., Le Goff A., Béliard A., Eyraud B. Construire le consentement. Quand les capacités des personnes âgées sont altérées. *Revue française des affaires sociales*, 2017, n° 1 : p. 41-60.
- Scelle R. Handicap : l'éthique dans les pratiques cliniques. Toulouse : Erès, coll. Connaissances de la diversité, 2008 : 296 p.
- Baranska V., Landry S. L'éducation à la sexualité. Respect, égalité, altérité. Paris : In press, 2021 : 149 p.
- Brown E., Debauche A., Hamel C. (dir.). Violences et rapports de genre. Enquête sur les violences de genre en France. Paris : Ined, 2021 : 528 p.
- Le Margueresse C. Les pièges du consentement. Pour une redéfinition pénale du consentement sexuel. Donnemarie-Dontilly : Editions IXE, 2021 : 228 p.
- Froideveaux-Metterie Camille. Le Corps des femmes : la bataille de l'intime. Paris : Points, 2021 : 160 p.
- Boucherie A. Troubles dans le consentement. Du désir partagé au viol, ouvrir la boîte noire des relations sexuelles. Paris : François Bourin, collection Genre !, 2019 : 176 p.
- Achin C., Albenga V., Andro A., Delage P., Ouardi S., Rennes J., et al. Révoltes sexuelles après #MeToo. *Mouvements*, 2019, vol. 3, n° 99 : 156 p.
- Bajos N., Rahib D., Lydié N. Baromètre santé 2016. Genre et sexualité. Saint-Maurice : Santé publique France, 2018 : 6 p. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/documents/enquetes-etudes/barometre-sante-2016.-genre-et-sexualite>
- Quéré L. Un corps à nous. Lutttes féministes pour la réappropriation du corps. Paris : Presses de Sciences Po, 2023 : 248 p.
- Shanks M. Le dernier consentement. Thèse de droit, université McGill, Montréal, 2022 : 146 p. En ligne : <https://escholarship.mcgill.ca/downloads/x346d9433?locale=en>
- Paricard S. Le consentement à l'acte médical. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, 2023, vol. 51, n° 4 : p. 212-16.

- Condat A., Mendes N., Cohen D. Variations du développement génital, identités de genre et consentement aux soins. *Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie (JDSAM)*, 2022, n° 32 : p. 58-64.
- Girer M. À la recherche du juste consentement en matière de soins. *Les Cahiers de la Justice*, 2021, vol. 4, n° 4 : p. 635-46.
- Rozée V., Schantz C. Les violences gynécologiques et obstétricales. Construction d'une question politique et de santé publique. *Santé Publique*, 2021, vol. 33, n° 5 : p. 629-34.
- Drunat O., Peterka N., Romdhani M., Caron Déglise A. Le consentement à l'épreuve de la vaccination contre la COVID-19. Paris : Espace éthique Île-de-France, décembre 2020. *En ligne* : <https://www.espace-ethique.org/ressources/article/le-consentement-lepreuve-de-la-vaccination-contre-la-covid-19>
- Quéré L. Les formes ordinaires du consentement. *Consciences du droit dans la consultation gynécologique. Droit et société*, 2019, vol. 2, n° 102 : p. 413-32.
- Marzano M. Éthique et consentement : la place de l'autonomie au sein des relations médicales. *Contraste*, 2019, vol. 2, n° 50 : p. 39-54.
- Grimaud D., Erny I. (coord.) Recommandation, obligation et consentement en santé. (Dossier). *ADSP*, 2018, n° 105 : p. 8-49. *En ligne* : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=167>
- Debarre J.-M. Consentement à l'acte médical en droit. Un état des lieux. *Médecine & Droit*, 2017, n° 144 : p. 57-69.

CONSENTEMENT AUX SOINS EN PSYCHIATRIE

- Coldefy M., Gandre C. Les soins sans consentement et les pratiques privatives de liberté en psychiatrie : un objectif de réduction qui reste à atteindre. *Questions d'économie de la santé*, 2022, n° 269 : 8 p. *En ligne* : <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/269-les-soins-sans-consentement-et-les-pratiques-privatives-de-liberte-en-psychiatrie.pdf>
- Du consentement (numéro thématique). *Pratiques en santé mentale*, 2021, n° 4 : 116 p.
- Horn M., Frasca J., Amad A., Vaiva G., Thomas P., Fovet T. Soins psychiatriques sans consentement : une enquête auprès des juges des libertés et de la détention. *L'Encéphale*, 2019, vol. 45, n° 6 : p. 522-4.
- Velpy L., Vidal-Naquet Pierre A., Eyraud B. Contrainte et consentement en santé mentale. Rennes : Presses Universitaires de Rennes, coll. Le sens social, 2018 : 204 p. *En ligne* : <https://books.openedition.org/pur/149492?lang=fr>
- Coldefy M., Fernandes S., Lapalus D. Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011. *Questions d'économie de la santé*, 2017, n° 222 : p. 1-8.
- Coldefy M., Nestrigue C., Paget L.-M., Younès N. L'hospitalisation sans consentement en psychiatrie en 2010 : Analyse et déterminants de la variabilité territoriale. *Revue française des affaires sociales*, 2016, n° 2 : p. 253-73.
- Dupont M., Laguerre A., Volpe A. Soins sans consentement en psychiatrie : comprendre pour bien traiter. Rennes : Presses de l'EHESP, 2015 : 420 p.
- Bacqué M.-H., Biewener C. *L'Empowerment, une pratique émancipatrice ?* Paris : La Découverte, 2013 : 175 p.

OUTILS ET RESSOURCES

LITTÉRATURE JEUNESSE

- Hancock J., MacAree F. *Le consentement : on en parle ?* Paris : Gallimard Jeunesse, 2022 : 160 p.
- Chavez Perez I., Coursaud J.-B. (trad.), Palmgren A. (ill.). *Respect. Comment embrasser, aimer et faire l'amour quand on est un garçon ?* Paris : JC Lattès, coll. Essais et documents, 2019 : 215 p.

CAMPAGNES, SITES D'INFORMATION, RESSOURCES POUR LES PROFESSIONNELS

- Centre Ressources pour Intervenants d'Auteurs de Violences Sexuelles Île-de-France (CRIAIVS), Santé publique France. *Aider à exprimer et à entendre le consentement : séances de sensibilisation auprès d'adolescents*. Saint-Maurice : Santé publique France, 2023 : 44 p. *En ligne* : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/documents/brochure/aider-a-exprimer-et-a-entendre-le-consentement>
- Santé publique France. *Ok, ou pas ok ? On sexprime*. [site web]. *En ligne* : <https://www.onsexprime.fr/la-sexualite/ok-ou-pas-ok>
Voir notamment :
– Majorité sexuelle : avec qui je peux avoir des rapports sexuels ?
– Ok, pas ok : le consentement, c'est obligatoire
- Centre régional d'information et de prévention du sida et pour la santé des jeunes (Crips) Île-de-France. *Qu'est-ce que le consentement ?* [page web]. Dernière mise à jour le 27/03/2023. *En ligne* : <https://www.lecrips-idf.net/consentement-sexuel>
Voir notamment « Consentement tasse de thé ». *En ligne* : https://www.youtube.com/watch?v=S-50iVx_yxU&t=1s
- *Ok not ok ? le jeu de rôle du consentement* [jeu éducatif]. Plus d'informations : <https://playtopla.com/collections/sexploration/products/ok-not-ok-le-jeu-de-role-du-consentement>
- Fédération des centres pluralistes de planning familial ASBL. *Consentement t'en dis quoi ?* Outil pédagogique sur les différentes dynamiques du consentement. FCPPF, 2019. Plus d'informations : <https://www.fcppf.be/portfolio/items/consentement-ten-dis-quoi/>
- Fédération Wallonie-Bruxelles. *#Arrête. C'est de la violence* [site web]. *En ligne* : <https://arrete.be/>

COURTS MÉTRAGES / DOCUMENTAIRES

- Dhilly D., Grosjean B. *Sexe sans consentement* [documentaire]. 2018, 52 min.
- Habchy V. *Je suis ordinaire* [court-métrage]. 2017, 2 min. *En ligne* : <https://www.dailymotion.com/video/x313smi>

LITTÉRATURE

- Springora V. *Le consentement*. Paris : Le Livre de poche, 2021 : 216 p.
- Kouchner C. *La familia grande*. Paris : Seuil, coll. Cadre rouge, 2020 : 208 p.
- Despentès V. *King Kong théorie*. Paris : Grasset, coll. Essais et Documents, 2006 : 162 p.
- Lafon L. *Chavirer*. Paris : Actes Sud, 2020 : 352 p.

Covid-19 : « Seule une psychothérapie individuelle de 16 séances a fait la preuve de son efficacité de manière robuste sur le trouble de deuil prolongé »

Entretien avec

T. H. Éric Bui,

professeur de psychiatrie,
université de Caen-Normandie,
centre hospitalier universitaire (CHU)
de Caen,
directeur du centre régional
Psychotraumatisme Normandie.

La Santé en action : **Comment le processus de deuil fonctionne-t-il ?**

T. H. Éric Bui : La mort d'un proche est l'une des expériences les plus douloureuses qu'il est donné de vivre au cours de son existence. Pour la plupart des endeuillés, les réactions au deuil – telles que des ruminations autour du décès, nostalgie et sentiments de manque intense de l'autre, douleur émotionnelle intense et persistante, retrait social et perte d'intérêt – s'estompent dans les mois suivant la perte. Il s'agit d'une réaction tout à fait normale. Il n'existe pas de « bonne manière » de faire son deuil ; cependant, il est important de savoir qu'à partir d'un moment, les réactions de deuil peuvent ne pas s'estomper, et que la personne endeuillée peut être « bloquée ».

Ainsi, pour une partie de ces personnes endeuillées – environ 7 % –, cette réponse de deuil va se chroniciser, devenant une source de détresse et de handicap majeur pouvant perdurer des années après la mort de l'être cher. Il s'agit alors de ce qu'on appelait antérieurement deuil pathologique, deuil compliqué ou deuil traumatique, et que l'on appelle maintenant de manière consensuelle trouble de deuil prolongé. Les recherches des deux dernières

décennies ont mis en évidence que les personnes souffrant d'un trouble de deuil prolongé présentaient des caractéristiques particulières au niveau des pensées, des émotions, mais aussi de la biologie. Par exemple, une étude récente que nous avons menée met en évidence que les personnes souffrant de trouble de deuil prolongé présentent des taux sanguins d'ocytocine (hormone de l'attachement) plus élevés que des personnes endeuillées avec une dépression et que celles endeuillées, mais sans aucun trouble psychiatrique.

S. A. : **Comment se définit le trouble de deuil prolongé ?**

T. H. E. B. : Le trouble de deuil prolongé est une réaction de deuil qui perdure dans le temps. Il peut être diagnostiqué au plus tôt un an après le décès d'un être cher. Il se définit par un sentiment de manque quotidien et intense de la personne décédée et/ou par une préoccupation pour des pensées ou des souvenirs de celle-ci, associés à au moins trois symptômes parmi ceux-ci : la confusion identitaire, l'incrédulité, l'évitement des souvenirs de la perte, une douleur émotionnelle intense, la difficulté à s'engager avec les autres et avec la vie, l'anesthésie émotionnelle, le sentiment que la vie n'a pas de sens sans le défunt, et un sentiment de solitude intense sans le défunt. Même si la durée d'un an peut sembler courte, les études révèlent qu'une psychothérapie est déjà efficace à partir de six mois après le décès. Cela ne veut pas dire que le deuil ne

L'ESSENTIEL

▣ **La santé mentale des Français a été – et continue d'être – durablement altérée par les décès de proches, dus à la Covid-19. Le Pr Éric Bui, spécialiste du deuil, a exercé aux États-Unis et a travaillé sur les deuils traumatiques (entre autres sur les vétérans de guerre). Aujourd'hui directeur du centre régional Psychotraumatisme Normandie, il explique pourquoi le deuil prolongé n'est pas une fatalité, mais que la prise en charge doit être spécifique. Il souligne qu'à ce jour, seule une psychothérapie individuelle de 16 séances a fait la preuve de son efficacité de manière robuste sur le trouble de deuil prolongé, par le biais de trois larges essais randomisés. *A contrario*, prévient-t-il, aucun médicament n'a fait la preuve de son efficacité dans le trouble de deuil prolongé. En particulier, les antidépresseurs souvent prescrits ne font pas mieux que le placebo pour diminuer les symptômes de deuil.**

peut pas continuer à se faire « tout seul » après un an, mais ces études démontrent qu'à partir de 6 à 12 mois, une thérapie spécifique permettra à la personne de se sentir mieux plus vite que sans thérapie. Le trouble de deuil prolongé a été inclus tout récemment – en mars 2022 – dans le *Diagnostic and Statistical Manual (DSM)*, la référence répertoriant les troubles mentaux. Auparavant, il avait été inclus dans

la Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 2018. Cette inclusion permet notamment, aux États-Unis, que les patients souffrant de ce trouble puissent recevoir des soins pris en charge par les mutuelles.

S. A. : En quoi la pandémie de Covid-19 a-t-elle généré un processus de deuil particulier ?

T. H. E. B. : La crise sanitaire de la Covid-19 réunit trois types de facteurs de risques d'un trouble de deuil prolongé, c'est-à-dire d'être bloqué.e dans son processus de deuil. Tout d'abord, les circonstances du décès augmentent les ruminations et le risque d'être bloqué dans son processus de deuil. Ces circonstances peuvent être l'impossibilité d'effectuer les rites funéraires et de rendre hommage, mais aussi la culpabilité d'avoir potentiellement contaminé le défunt, ou la soudaineté du décès (par la gravité de la maladie, mais aussi par le manque de communication effective entre médecins et proches du fait des mesures de distanciation). Ensuite, les facteurs de stress intercurrents peuvent entraîner une difficulté à réguler ses émotions et entraver le processus de deuil. La crise sanitaire de la Covid-19, de par l'incertitude socio-économique engendrée, la peur d'être soi-même contaminé, mais aussi par la désorganisation des modes de vie (p. ex. : devoir travailler en gardant ses enfants au domicile), a augmenté le niveau de stress ambiant pendant la pandémie, comme l'ont souligné de nombreuses études à ce jour. Enfin, un deuil est une expérience des plus douloureuses de l'existence humaine, et il ne peut pas se faire seul. Le manque de soutien social est ainsi un facteur de risque majeur de trouble de deuil prolongé. Les mesures de distanciation sociale ont augmenté l'isolement des endeuillés par la Covid-19 au moment où ils en avaient le plus besoin, sans compter qu'elles ont aussi favorisé des comportements d'évitements.

S. A. : Comment les professionnels peuvent-ils accompagner les personnes en deuil ?

T. H. E. B. : Je crois que la première étape est d'établir un diagnostic pour ce trouble. La seconde est de proposer à tous une psycho-éducation sur le

processus de deuil, sur le trouble de deuil prolongé et sur les facteurs de risques de développer ce trouble. La troisième est de former du personnel à la thérapie du trouble de deuil prolongé¹. L'OMS n'a pas rédigé de préconisations spécifiques ; donc, les recommandations pour faire face au deuil en lien avec la Covid-19 résultent d'un consensus international et reposent sur le fait de réduire les trois types de facteurs de risques cités ci-avant. Il est à noter que ces règles simples ne sont pas spécifiques au deuil par Covid-19, et qu'elles s'appliquent donc à tout type de décès.

Premièrement, même s'il n'a pas été possible de faire un rituel traditionnel d'obsèques en temps et en heure, il reste primordial de prendre le temps d'honorer le défunt avec des moyens commémoratifs alternatifs. Il s'agit par exemple de planter un arbre, de créer un livre d'or, etc. tout en mettant les proches à contribution. Deuxièmement, il est important de ne pas s'isoler et de garder contact avec les proches en utilisant tous les moyens à sa disposition : téléphone, visites, réseaux sociaux, etc. À défaut, on peut aussi rester connecté.e à un groupe de personnes, à une communauté. Je pense, par exemple, à l'équipe de sport, à la paroisse, ou à tout autre groupe d'individus avec qui on a des contacts. Troisièmement, il est tout aussi important de prendre soin de soi et de ne pas hésiter à demander de l'aide auprès des proches, des cercles de connaissances, voire d'un professionnel de la santé mentale.

S. A. : Qu'avez-vous mis en place au centre régional Psychotraumatisme Normandie ?

T. H. E. B. : Il est tout d'abord important de souligner qu'aucun médicament n'a fait la preuve de son efficacité dans le trouble de deuil prolongé. En particulier, les antidépresseurs souvent prescrits ne font pas mieux que le placebo pour diminuer les symptômes de deuil. À ce jour, seule une psychothérapie individuelle de 16 séances a fait la preuve de son efficacité de manière robuste sur le trouble de deuil prolongé, par le biais de trois larges essais randomisés.

Depuis l'ouverture du centre régional Psychotraumatisme Normandie fin 2021, nous développons cette thérapie. En particulier, les premiers patients

français ont pu être soignés, et déjà plusieurs membres de notre centre se sont formés à cette thérapie. Bien que très efficace, celle-ci requiert une formation spécifique et du temps de thérapeute. Nous sommes ainsi en train de développer une formation pour augmenter nos capacités de traitement sur le territoire normand, et à terme au niveau national. Nous aimerions aussi développer de nouvelles thérapies plus efficaces, et nous sommes sur le point de lancer une étude-pilote testant l'efficacité d'une thérapie en groupe, fondée sur la méditation de pleine conscience, afin d'étayer l'éventail de traitements disponibles du trouble de deuil prolongé. Il n'existe pas encore de recommandations internationales pour le traitement du trouble de deuil prolongé, mais en ce qui concerne le trouble de stress post-traumatique, nous utilisons au centre régional Psychotraumatisme Normandie les deux thérapies figurant en première ligne sur les recommandations internationales, dont celle de l'*International Society for Traumatic Stress Studies*, que j'ai présidée de 2020 à 2021. Ces deux thérapies – l'exposition prolongée² et la thérapie des processus cognitifs³ – ont été déployées à grande échelle dans de nombreux pays, comme dans tous les centres de soins pour vétérans aux États-Unis.

S. A. : Peut-on se remettre d'un deuil en 16 séances de thérapie ?

T. H. E. B. : C'est une question majeure. La thérapie pour le trouble de deuil prolongé, qui consiste en 16 séances, vise à débloquent un processus de deuil qui s'est enrayé. Au bout de 16 séances, on arrive à ramener le ou la patient.e sur une trajectoire « normale » de travail de deuil. Au sujet de la durée de traitement, ces dernières années, une innovation majeure en psychothérapie et dans le domaine de la santé mentale en général est de proposer des psychothérapies intensives, c'est-à-dire quotidiennes plutôt qu'hebdomadaires. Nous avons ainsi créé des programmes intensifs – sur deux semaines – de délivrance de la thérapie du trouble de stress post-traumatique et du trouble de deuil prolongé. Nous observons une réduction drastique des symptômes, qui est maintenue trois mois et même douze mois après. C'est particulièrement notable de voir

des patients qui souffraient depuis parfois des années être « guéris » en deux semaines.

Bien sûr, pour proposer ces modèles de délivrance quotidienne intensive de psychothérapie, notamment en France, il faudra repenser un peu l'organisation des soins. Nous sommes en train de chercher les financements pour piloter un programme intensif au centre régional Psychotraumatisme Normandie. En effet, 16 séances, c'est déjà probablement trop long pour un système de soin. Il faut savoir qu'un psychothérapeute formé à la thérapie, faisant cette thérapie à temps plein, ne pourra probablement pas prendre en soin plus de 40 patients par an.

Comme vous pouvez le voir, les besoins vont être énormes. Nous avons besoin de traitements plus efficaces, et d'une organisation des soins structurée pour améliorer l'efficacité du système de soins d'une manière générale. C'est l'une des missions du centre régional Psychotraumatisme Normandie. ■

Propos recueillis par Yves Géry, rédacteur en chef.

1. Formation en français en cours d'élaboration au centre régional Psychotraumatisme Normandie. Formation dispensée par le *Center for Prolonged Grief Disorder* aux États-Unis.
2. La thérapie par exposition prolongée s'appuie sur trois piliers : l'exposition en imagerie ou par imagerie – exposition *in vitro* –, le débriefing de

l'exposition *in vitro*, l'exposition en situations réelles – exposition *in vivo*. (D'après un article de Pierre Orban). En ligne : <https://www.cairn.info/psychotherapies-pour-trouble-stress-post-traumatique-9782100836451-page-77.htm> (NDLR.)

3. La thérapie des processus cognitifs (TPC) est un traitement cognitif comportemental centré sur les traumas, structuré et manualisé. L'accent est mis sur les pensées et les croyances qui ont été modifiées par les traumas, lesquelles alimentent les symptômes du trouble de stress post-traumatique (TSPT) et constituent des points de blocage qui empêchent le rétablissement. (D'après un article de Wissam El-Hage. En ligne : https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=RHIZ_069_0010&download=1 (NDLR.)

Pour en savoir plus sur le deuil en période de pandémie :
<https://www.rencontresantepubliquefrance.fr/wp-content/uploads/2022/06/BACQUE.pdf>

COVIDEUIL : EFFETS DE LA PANDÉMIE COVID-19 SUR LE DEUIL D'UN PROCHE

Dans un avis publié en juin 2023¹, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) rappelait que « la pandémie de Covid-19 a fait de nombreuses victimes. Outre le chagrin que représente la mort pour les familles, les mesures de précaution liées à l'état d'urgence sanitaire ont conduit à une impossibilité d'accompagner les défunts selon les rites funéraires pré, péri et post mortem habituels. Or, les rites funéraires sont, d'un point de vue socio-anthropologique, une « nécessité en ce qu'ils donnent aux vivants les moyens de continuer à vivre ». Par ailleurs, ils auraient également une fonction psychologique en ce qu'ils aideraient les proches du défunt à faciliter le travail de deuil ».

Depuis 2021, la Professeure Marie-Frédérique Bacqué, du laboratoire Subjectivité, lien social et modernité (SuLiSoM)-UR 3071 de l'Université de Strasbourg, coordonne avec l'appui d'une équipe de chercheurs la recherche « Covid-euil – Mort et Deuil sous Covid-19. Deuil et santé mentale en situation restrictive de l'accompagnement des malades et des rites »². Cette étude prospective, financée par l'ANR (appel à projet Covid-19, édition 2020), évalue les effets de l'épidémie et du confinement sur le deuil d'un proche en France à partir de mars 2020. Dans leur présentation les chercheurs soulignent que « l'interdiction, puis la restriction drastique des visites et des rituels d'adieu aux malades et aux défunts peut compliquer le processus du deuil (...) Que leur proche soit mort de la Covid ou pas,

l'expérience d'un deuil sans ritualité peut affecter la santé mentale (...) Or, la mort est dans toutes les cultures humaines. Les rites accompagnent tout changement de place, d'état, de situation sociale et d'âge. Chaque rite est formé d'une succession d'étapes symboliques qui transcendent le sujet pour l'inscrire dans une suite d'individus. Le rite est social, fondamentalement. Pourtant, il a un impact profond sur l'inconscient individuel. Par l'utilisation de symboles ; par la répétition de gestes connus des générations antérieures ; par l'accès à des émotions archaïques. Il donne place à des représentations mentales enfouies qui vont se combiner avec des émotions, des affects et des sentiments. Tous les rites ont en commun : la reconnaissance du groupe quitté et du groupe rejoint (les vivants et les morts) ; le ralentissement et même l'arrêt du temps pendant le rituel ; la prise de conscience du temps avant et après le passage ; le « lâcher-prise » avec la matérialité des choses ; la reconnaissance du changement par la communauté. Plus spécifiquement, qu'apportent les rites funéraires ? Accepter la rupture de l'attachement ; reconnaître la désagrégation du lien du mort avec le cercle social ; permettre la réagrégation du groupe après la séparation, donner au défunt un statut d'ancêtre bienveillant ».

Les premiers résultats de Covid-euil ont été présentés lors des Rencontres de Santé publique France en juin 2022. En voici des extraits : À partir de mars 2020, les proches de malades ne peuvent non seulement plus approcher leur

malade, mais ils ne peuvent plus se réunir autour du défunt. Les morts de la Covid sont concernés mais aussi tous les autres, morts pendant la période de mars à mai 2021 (pour le nombre de personnes à la cérémonie). Pour l'année 2020, 669 192 décès se sont produits dans des conditions de limitations rituelles. En 2021, 661 042 personnes sont mortes en France. Si l'on extrapole le nombre d'endeuillés à deux par défunt, on arrive à une quantité d'endeuillés qui dépasse deux millions. Covid-euil constate « des effets de l'absence d'accompagnement des malades de la Covid et des autres malades pour qui les restrictions des rites funéraires ont aussi été mises en place. Ces familles se sont retrouvées seules avec une faible communication des soignants, des professions funéraires surchargées, des psychologues sur place accaparées. Les services d'écoute téléphonique non suivis de présence ont été peu utilisés pendant la maladie terminale du membre de la famille. Les services numériques ont été peu employés et ce d'autant que les endeuillés étaient âgés (illettrisme). L'espoir de refaire une cérémonie disparaît avec le temps. La demande de soutien apparaît clairement pendant la recherche. »

Yves Géry, rédacteur-en-chef

1. AVIS Relatif à la prise en charge du corps d'une personne décédée et infectée par un virus à tropisme respiratoire (incluant la mise à jour des avis publiés dans un contexte d'épidémie de SARS-CoV-2), Haut Conseil de la santé publique, 16 juin 2023.

2. Voir référence Covid-euil dans l'article ci-avant.

Expérimentation d'un programme de prévention de l'obésité : « Pour environ un tiers des enfants, une amélioration de la corpulence a été constatée »

Entretien avec

Laura Ovide,

diététicienne, chargée de projets en santé nutritionnelle « périnatalité, enfance, parentalité » au service de Santé publique de la ville de Saint-Denis, diététicienne dans les quatre centres municipaux de santé de la ville de Saint-Denis (93),

Isabelle Vincent,

médecin, responsable adjointe, département Prévention et Promotion de la santé, Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam),

Cécile Doghmane,

chargée de prévention, département Prévention et Promotion de la santé, Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam).

La Santé en action : Pourquoi avoir déployé ce programme expérimental sur votre territoire ?

Laura Ovide : Dès 2014, la ville de Saint-Denis a proposé des consultations de diététique ciblées pour les enfants, car les indicateurs interpellaient notre service de santé publique. Le bilan de santé des 4 ans¹ montre un taux d'obésité moyen entre 2016 et 2021 de 5,4 % chez les enfants, bien au-dessus de la moyenne nationale (3,5 % selon la Direction régionale de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques – Drees, 2013) et de la moyenne observée en zone d'éducation prioritaire – ZEP (4,1 % selon l'observatoire régional de la santé – ORS, 2009). Et alors que le rebond d'adiposité² se situe autour de l'âge de 5 ans, je constatais chez les enfants que je suivais qu'il survenait parfois dès 2 ans. Avec seulement une diététicienne exerçant dans la ville en libéral, sachant que le prix de la consultation s'élève à environ 50 euros et compte tenu de la précarité des ménages dans notre commune, l'accès au soin diététique était pratiquement impossible. Donc, nous étions très intéressés par cette expérimentation qui pour la première fois contribuerait à l'entrée de l'accompagnement diététique dans le droit commun. Elle permettait de promouvoir une prise en charge beaucoup plus précoce, en ciblant les enfants dès l'âge de 3 ans, alors

que nous constatons que l'entrée en soin se faisait généralement autour de 8 ans. Et cela nous permettait de mener un travail pluridisciplinaire avec les psychologues.

S. A. : Ce dispositif permet-il de lutter contre les inégalités sociales de santé ?

L. O. : Ce dispositif permet de lever les freins financiers du recours aux soins diététique et psychologique. Le programme fonctionne sans avance de frais, et ce quel que soit le régime d'assurance maladie. Les ménages bénéficiant de l'aide médicale d'État (AME) peuvent également en bénéficier.

Isabelle Vincent et Cécile Doghmane : Les trois territoires ont été choisis sur la base d'une prévalence élevée de l'obésité infantile, de leurs caractéristiques socio-économiques défavorables et d'une offre de prise en charge insuffisante. L'expérimentation cherchait aussi à répondre aux besoins des médecins en matière de soutien dans la prise en charge des enfants et de leur famille. Pour les professionnels, il n'est pas toujours évident d'engager le dialogue sur ce sujet en consultation, notamment à cause des représentations culturelles et sociales sur l'alimentation et sur le poids. Pour certaines familles, quand l'enfant a un peu de surpoids, c'est un signe de bonne santé. Or il est essentiel de proposer une prise en charge précoce pour éviter la constitution d'une obésité persistante à l'âge adulte et la survenue de complications métaboliques.

S. A. : Combien d'enfants sont concernés à Saint-Denis ?

L. O. : Près de 120 enfants habitant la commune ont été suivis pendant les trois ans de mise en œuvre du dispositif, et 12 enfants le sont encore. Au niveau de la ville de Saint-Denis, le bilan de santé des 4 ans comptabilise un peu plus de 5 % de petits en obésité et 12 % en excès de poids sur les 1 550 enfants dépistés en moyenne chaque année. Cent vingt, c'est donc peu par rapport à l'importance des besoins. Cependant, ce premier pas a permis

L'ESSENTIEL

■

► **Le programme Mission : retrouve ton cap (MRTC), expérimenté pendant trois ans, apporte une prise en charge précoce, pluridisciplinaire et gratuite aux enfants de 3 à 8 ans en surpoids ou à risque d'obésité. Focus sur le programme déployé sur la commune de Saint-Denis (93), et au-delà dans trois territoires-pilotes (Nord-Pas-de-Calais, La Réunion et Seine-Saint-Denis).**

de mettre en avant des points positifs. En premier lieu, l'efficacité d'une action qui articule un accompagnement diététique avec un soutien psychologique ; en effet, un tiers des enfants souffraient de difficultés dans leurs relations aux autres à l'école. Ensuite, l'activité physique apparaît comme un facteur aidant. Néanmoins, son développement se heurte à des problèmes financiers. Malgré les aides de la Caisse d'allocations familiales (Caf), il n'est pas toujours possible pour les enfants de pratiquer un sport qui les motive, mais qui est un peu coûteux. Le nombre de séances – comprenant à la fois un bilan sur les plans diététique, psychologique et de pratique d'activité physique et des consultations de suivi diététique et/ou psychologique – est apparu souvent insuffisant ; 18 séances au total, c'est trop peu dans le cas où un double accompagnement diététique et psychologique est nécessaire.

S. A. : Quels ont été les effets sur la santé d'un tel accompagnement ?

L. O. : Pour environ un tiers des enfants, une amélioration de la corpulence a été constatée. Un tiers d'entre eux n'ont ni perdu, ni gagné en corpulence, et cette stabilisation peut

être considérée comme un signe prometteur. Et pour un autre tiers, celle-ci a continué à augmenter. Un des facteurs de succès est l'investissement de la famille, quand elles disposent de temps à consacrer à cet enjeu et qu'elles vivent dans des conditions qui permettent un changement de mode de vie. Le dispositif peut moins bien fonctionner auprès des ménages en grande précarité, par exemple quand il n'y a pas de logement stable, que les repas sont des paniers fournis par les Restaurants du cœur ; c'est plus compliqué, car le surpoids de l'enfant n'est pas la priorité. Pour d'autres, ce n'est pas toujours aisé de faire un pas de côté, de se faire à l'idée que le surpoids peut être le symptôme d'un problème chez l'enfant, de se dire qu'il a besoin de consulter un diététicien ou un psychologue. D'autant que comme les professionnels, les familles ont souvent des représentations assez marquées. Donc, il faut du temps pour investir avec la famille ses représentations afin que les changements de comportement mis en place par la suite soient pérennes.

S. A. : L'expérimentation a-t-elle été évaluée par des experts ?

I. V. et C. D. : Effectivement, une évaluation a été réalisée par un prestataire externe, encadrée par le dispositif d'innovation en santé prévu par l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018, et publiée en juin 2021. Les principaux résultats : 2 000 enfants ont été inclus dans l'expérimentation, orientés par 1 150 médecins et pris en charge par 47 structures. 52 % des enfants ont vu leur corpulence diminuer, 8 % l'ont stabilisée et 40 % l'ont vue augmenter. Au-delà de la question du poids, plusieurs points positifs sont à relever : 83 % des enfants ont amélioré au moins une habitude alimentaire ; 53 % mangent moins souvent entre les repas ; 45 % prennent moins souvent de boissons sucrées pendant les repas. D'autre part, 52 % ont augmenté le temps d'activité physique hebdomadaire et 42 % ont réduit le temps passé devant les écrans les jours de classe. Cette évaluation s'est appuyée sur une approche quantitative et qualitative, fondée sur l'analyse des données extraites d'un système de gestion d'étude, des entretiens et des questionnaires auprès des familles et des professionnels de santé. Ses résultats ont été jugés encourageants, et ce malgré la survenue de la pandémie de

Covid-19. En effet, les confinements faisaient craindre une évolution peu favorable chez les enfants suivis notamment à cause de la sédentarité forcée. Les structures qui ont mis en place le dispositif ont continué à suivre les enfants à distance pendant la crise sanitaire, en lien avec les médecins. Les conclusions du rapport d'évaluation ont conforté l'intérêt du programme pour la prévention du surpoids et de l'obésité infantile et elles ont recommandé sa généralisation.

S. A. : Ce programme a-t-il été ajusté après cette évaluation ?

I. V. et C. D. : Pendant l'expérimentation, les médecins ont beaucoup prescrit l'accompagnement à des enfants déjà en situation d'obésité – quelque 70 % des prescriptions – alors que le programme, à l'origine, est davantage orienté sur la prévention de l'obésité avec la volonté d'inclure surtout les enfants en surpoids ou à risque d'obésité. Ce décalage est certainement la conséquence d'une offre insuffisante de prise en charge adaptée pour les situations d'obésité de deuxième et troisième recours³ dans les territoires-pilotes. Depuis, le dispositif a été élargi aux enfants en obésité non complexe. En revanche sont exclus ceux souffrant d'obésité importante ou complexe. En outre, alors que l'expérimentation portait sur les 3-8 ans, le dispositif concerne désormais les enfants jusqu'à 12 ans révolus afin de couvrir toute la période jusqu'à l'adolescence. Les médecins scolaires peuvent également prescrire un accompagnement. La possibilité est donnée aux structures d'adapter le nombre de séances de suivi, car les médecins prescripteurs, s'ils sont conscients de la nécessité d'un accompagnement, ne sont pas forcément en capacité d'évaluer précisément les besoins. Le parcours de soin reste identique, se déroulant sur une durée de deux ans, avec trois bilans – diététique, psychologique, activité physique – et six séances de suivi psychologique et/ou nutritionnel (renouvelable deux fois). Le terme « nutritionnel » a été substitué à « diététique » afin d'avoir une approche plus large, comprenant les sujets de la sédentarité et de l'exposition aux écrans. Enfin, Mission : retrouve ton cap se généralise progressivement dans la France entière depuis fin 2022. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

1. La Ville de Saint-Denis organise tous les ans un dépistage pour les enfants scolarisés en moyenne section de maternelle (audition, vue, langage, etc.). Ceci complète le dossier médical de liaison. Si nécessaire, l'enfant peut être orienté vers une ou des consultations spécialisées.

2. Remontée brutale de l'indice de masse corporelle (IMC) avant l'âge de 6 ans, qui reflète une reconstitution trop précoce de graisse corporelle et qui peut être le signe annonciateur d'une future obésité.

3. Premier recours : soins dispensés auprès des personnes en surpoids ou en obésité sans complication. Prise en charge de proximité coordonnée par le médecin habituel, éventuellement complétée par un autre professionnel de proximité. Deuxième recours : soins dispensés auprès des personnes en situation d'obésité. Prise en charge multidisciplinaire à l'échelle du territoire, coordonnée par le médecin habituel et/ou par une équipe spécialisée. Troisième recours : soins dispensés auprès des personnes en situation d'obésité relevant de situations plus complexes. Prise en charge organisée à une échelle régionale et coordonnée par un médecin et une équipe spécialisés (centres spécialisés d'obésité). Sources : Haute Autorité de santé (HAS). *Recommandations sur le surpoids et l'obésité de l'enfant et de l'adolescent*. 2011 ; ministère de la Santé et de la Prévention. *La prise en charge graduée de l'obésité*. 23 mai 2022. En ligne : https://www.has-sante.fr/jcms/c_964941/fr/surpoids-et-obesite-de-l-enfant-et-de-l-adolescent-actualisation-des-recommandations-2003

<https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/obesite/article/la-prise-en-charge-graduee-de-l-obesite-430295>

Permanence d'accès aux soins mobile de Marseille : « Un lieu de confiance où les demandeurs d'asile peuvent parler de leur santé »

Entretien avec Jérémy Khouani,

médecin généraliste à la maison de santé pluridisciplinaire Peyssonnel à Marseille, praticien contractuel au sein de la Permanence d'accès aux soins de santé (Pass) mobile de l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille (AP-HM), chef de clinique au département universitaire de médecine générale d'Aix-Marseille Université.

La Santé en action : Pourquoi avoir ouvert aux demandeurs d'asile la permanence d'accès aux soins de santé (Pass) mobile ?

Jérémy Khouani : La Pass mobile existe depuis 2018, et c'est en 2020 que s'est déployée une action plus spécifique d'aller vers les demandeurs d'asile venant d'arriver sur le territoire français. Elle répondait à deux textes législatifs clés en la matière. En 2019, le gouvernement français a fixé par décret un délai de carence de trois mois avant que les adultes étrangers en demande d'asile puissent s'affilier à la protection universelle maladie (PUMA) ; or les malades qui n'ont pas de couverture maladie ont un accès difficile aux soins ambulatoires. Par ailleurs, la circulaire du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants identifie les Pass, dont l'objectif est de proposer aux personnes précaires une prise en charge médico-sociale avant qu'elles intègrent le droit commun, comme des structures-pivots dans la mise en place du parcours santé des migrants primo-arrivants. Nous avons constaté qu'il y avait, sur le territoire, peu d'actions d'« aller-vers » ces populations. D'où

l'engagement de la Pass mobile qui se déplace une à deux fois par semaine dans le 15^e arrondissement de Marseille, là où est située la plateforme d'accueil des demandeurs d'asile, portée par l'association Forum réfugiés. Cette dernière accompagne les migrants venant de quatre départements de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca), soit quelque 6 000 personnes par an. Notre dispositif a été financé par un appel à projets du programme d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes démunies de l'agence régionale de santé (ARS) Paca.

S. A. : Comment allez-vous à la rencontre de ces migrants ?

J. K. : La Pass mobile est équipée d'un camion, portant le logo de l'hôpital, avec un espace pour les entretiens et un autre pour les examens médicaux. Il se poste près des locaux de l'association, visible de tous les demandeurs d'asile qui s'y rendent. Ces derniers peuvent s'y présenter spontanément ou être orientés par le personnel de la plateforme d'accueil. C'est alors leur premier contact avec le système de soins en France. L'approche de notre équipe médico-sociale, composée d'un médecin, d'une infirmière et d'une assistante sociale, c'est d'être à l'écoute et de répondre à leurs besoins de santé. Et pour ce faire, nous nous servons de l'interprétariat téléphonique, selon la recommandation de la Haute Autorité de santé (HAS) de 2017. Il ne faut pas hésiter à utiliser cet outil, financé par l'État et par les agences régionales de santé (ARS), et souvent sous-utilisé par les services de soins. Trois possibilités s'offrent à nous selon l'état de santé

L'ESSENTIEL

■ **À Marseille, une permanence d'accès aux soins de santé (Pass) mobile accueille des publics en précarité ; parmi eux, les demandeurs d'asile. Dans une démarche d'« aller-vers », le camion qui porte le logo de l'hôpital permet à l'équipe médico-sociale – médecin, infirmière, assistante sociale – de réaliser des entretiens, des examens médicaux et de dispenser des soins. Ce dispositif permet une intervention précoce et une prise en charge immédiate par les acteurs du soin de premier recours. L'équipe oriente si nécessaire vers les hôpitaux. La Pass mobile est un lieu-ressource de confiance, où les demandeurs d'asile peuvent se poser et parler de leur santé. Pour la première fois de leur vie, pour certains.**

des personnes : nous les adressons aux urgences en cas de besoin, mais ce cas est rare (< 2 % des cas) ; si nous diagnostiquons une pathologie chronique lourde nécessitant un accès au plateau technique hospitalier (examens d'imagerie, consultation spécialisée, etc.), comme un diabète décompensé ou des pathologies néoplasiques¹, nous les envoyons à la Pass fixe de l'hôpital pour une prise en charge plus complète ; sinon, nous assurons leur suivi médical dans le camion, car nous pouvons délivrer des traitements. Nous travaillons également en coopération avec les partenaires institutionnels que sont la protection maternelle et infantile (PMI), les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), les centres de planification et d'éducation

familiale (CPEF), les centres de lutte antituberculeuse (Clat). Puis, lorsqu'ils accèdent à la couverture maladie, les demandeurs d'asile sont accompagnés par d'autres structures, comme les maisons de santé pluridisciplinaires ou les centres de santé communautaires de l'hexagone.

S. A. : Quel est l'état de santé des demandeurs d'asile venant à la Pass mobile ?

J. K. : Ces demandeurs d'asile présentent un état de santé dégradé qui – s'il n'est pas pris en charge rapidement et en proximité – risque de déboucher sur des ruptures de parcours de soins. Parmi 419 demandeurs d'asile majeurs accueillis initialement par la Pass mobile, 88 % avaient des symptômes psychiques, souffrant de stress post-traumatique, d'anxiété ou de dépression. En comparaison en Europe, la prévalence de la détresse psychique a été estimée à 11 % en 2020 [1]. La prévalence pour le VIH est de 0,5 %, soit deux fois plus que la population générale ; celle de l'Hépatite B active est de 5 %, soit dix fois plus [2].

S. A. : Que vous disent les migrants sur ce dispositif ?

J. K. : Nous n'avons pas étudié précisément ce sujet, mais une étude – que nous avons conduite notamment avec ma collègue Maeve Jego-Sablier, médecin généraliste à la maison de santé – a été menée sur les représentations qu'ont les demandeurs d'asile de la consultation avec le médecin généraliste, et pas seulement ceux qui exercent dans les Pass [3]. Ce premier rapport avec la pratique occidentale de la médecine est plutôt bien vécu. Pour ces personnes qui ont souvent une histoire traumatique : tortures, sévices, viols – 75 % des femmes ont subi des violences sexuelles avant d'arriver en France –, la Pass mobile apparaît comme un lieu-ressource de confiance, où elles peuvent se poser et parler de leur santé. C'est la première fois de leur vie, pour certaines. Le revers de la médaille, c'est qu'elles pensent que nous avons répondu à leurs nombreuses difficultés, concernant leur statut administratif, leur hébergement, etc. Cela crée parfois des frustrations. C'est le cas aussi quand on leur explique que la santé se

construit petit à petit. Toutefois, notre savoir-faire nous permet de gérer ces situations de déception.

S. A. : Quels sont les atouts et les freins de votre action ?

J. K. : Notre point fort est l'« aller-vers », permettant une intervention précoce et une prise en charge immédiate par des acteurs du soin spécialistes du premier recours, à savoir les médecins généralistes. 74 % des demandeurs d'asile en souffrance psychique et 57 % de ceux ayant des problèmes somatiques sont suivis uniquement par la Pass mobile jusqu'à ce qu'ils accèdent à la complémentaire santé solidaire (CSS). Ceci ne pourrait pas être possible sans que ces projets soient portés et effectués par des spécialistes des soins premiers. Le fait de pouvoir dépister et prescrire sans avoir à orienter les demandeurs d'asile vers d'autres dispositifs permet d'éviter une rupture dans le parcours santé. D'ailleurs, quand ils obtiennent la PUMA et la CSS et qu'ils doivent se tourner vers une autre structure ou un généraliste de ville, nous les sentons perturbés par ce changement d'aiguillage. Par ailleurs, le projet Premendata [2] avait pour objectif de recueillir des données sur la prévalence des pathologies mentales et somatiques chez les demandeurs d'asile se présentant à la structure de premier accueil des demandeurs d'asile (Spada) de Marseille. Or, ce projet montre que près de 39 % de ces derniers ont été perdus de vue après l'évaluation initiale de leur état de santé et que moins de 5 % d'entre eux se sont rendus au centre de lutte antituberculeuse (Clat), malgré une proposition d'adressage systématique. Ce constat plaide pour une présence plus régulière sur les lieux de vie et de passage des demandeurs d'asile. Or nous ne sommes pas en mesure de le faire actuellement, faute de moyens supplémentaires ; en effet, en parallèle, la Pass mobile s'occupe aussi d'autres publics en situation de précarité (personnes se prostituant, populations vivant en squatt et en bidonville, etc.), tout aussi éloignés du soin. Par ailleurs, nous sommes confrontés à certaines difficultés logistiques avec le camion (pour le faire nettoyer ou réparer le chauffage et la climatisation), l'administration hospitalière ne considérant pas toujours les

problématiques que nous soulevons. Au-delà de ces questions logistiques, je vois l'impact des problématiques de gouvernance à l'hôpital en comparant avec notre projet de maison de santé en ville, où les professionnels de santé ont la responsabilité des décisions qui concernent leur pratique – y compris la responsabilité financière. Les liens avec le secteur de la psychiatrie sont également compliqués, car celui-ci dispose de peu de moyens pour répondre à nos requêtes concernant les patients atteints de troubles sévères. Enfin, nous intervenons dans un environnement législatif et réglementaire dessinant un parcours de soins qui pose des questions éthiques aux praticiens. Si les primo-arrivants avaient accès à une couverture maladie sans délai de carence et à des hébergements pérennes, nous risquerions moins de constater ces prises en charge médico-sociales en pointillés ; alors que tout retard peut être préjudiciable en termes de santé, et se traduire *in fine* par des surcoûts. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

1. Qui concernent une tumeur cancéreuse (NDLR).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] The Organisation for Economic Co-operation and Development. *Health at a Glance: Europe 2020 – State of health in the EU Cycle*. Paris : OCDE, 2020 : 237 p. En ligne : https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020_82129230-en
- [2] Khouani J., Blatrix L., Tinland A., Jego M., Gentile G., Fond G. *et al.* Health status of recently arrived asylum seekers in their host country: results of a cross-sectional observational study. *BMC Public Health*, 2022 Sep 6; 22(1):1688. En ligne : doi: 10.1186/s12889-022-14095-8. PMID: 36068557; PMCID: PMC9450400.
- [3] Taffin M., Boudet-Girard A., Gentile G., Khouani J., Jego-Sablier M. Représentations et attentes autour de la consultation avec le médecin généraliste par les demandeurs d'asile. *Exercer*, 2022, n° 182 : p. 155-160.

Permanences d'accès aux soins de santé – Pass : une prise en charge et un accompagnement des personnes en situation de précarité

La permanence d'accès aux soins de santé (Pass) de Marseille – voir article ci-avant – s'intègre dans un dispositif national qui, depuis peu, favorise l'aller-vers. Le fondement des Pass est le principe d'équité : L'article L. 6111-1-1 du code de la santé publique précise que « les établissements de santé doivent garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible ». Les permanences d'accès aux soins de santé (Pass) hospitalières ont été créées par la loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. Elles sont spécialisées dans la prise en charge et l'accompagnement des personnes en situation de précarité. Elles sont à l'interface de l'hôpital, de la médecine de ville et des dispositifs sociaux et médicosociaux.

Depuis plusieurs années, en lien avec le service social hospitalier, leur rôle central dans l'ouverture des droits à l'assurance maladie ainsi que leur expertise dans la prise en charge et l'accompagnement des personnes en situation de précarité ont été confortés et reconnus par l'ensemble des acteurs de la lutte contre la précarité.

Renforcées depuis 2020

Face à des constats de situations d'isolement, de ruptures de droits et de soins qui aggravent l'état de santé des publics précaires, une mesure spécifique a été mise en place en 2020 dans le cadre du Ségur de la santé (mesure 27) en réponse aux conséquences de la crise sanitaire Covid-19, qui a mis en évidence le rôle et l'expertise des équipes Pass dans la prise en charge des publics précaires. Il s'agit de « mieux prendre en compte les problématiques sanitaires et sociales des populations précaires ou vulnérables afin de leur garantir une prise en charge adaptée, à l'hôpital, en ville, ou en structures sociales ou médicosociales. Cette mesure intègre également des démarches d'aller-vers en direction de ces publics éloignés du soin et du système de santé afin de leur proposer une prise en charge et un accompagnement adaptés », en créant de nouveaux dispositifs (exemple : équipe mobile sociale et de santé)

ou en renforçant des dispositifs existants (Pass et équipes mobiles psychiatrie précarité – EMPP notamment). « Elle s'est traduite par un renforcement des crédits Pass en 2021 à hauteur totale de 14,7 M€ ».

Les Pass doivent conserver une vocation généraliste avec un accès direct – si besoin – au plateau technique hospitalier et aux traitements. Elles peuvent, par ailleurs, développer des activités complémentaires, comme par exemple des activités mobiles, conformément aux orientations portées par la mesure 27 du Ségur de la santé.

Une alternative aux urgences

En miroir du Pacte de refondation des Urgences, l'instruction du 12 avril 2022 rappelle l'importance de la coordination entre les structures des urgences et les Pass pour éviter que des patients : renoncent aux soins en ne se rendant pas aux urgences ; ou au contraire reviennent aux urgences de manière itérative. La Pass doit être connue de la structure des urgences, visible pour les patients et les soignants et facilement accessible à partir des urgences.

Les publics cibles des Pass sont des personnes en situation de précarité, qui ont besoin de soins ambulatoires et qui ne peuvent y accéder pour diverses raisons : « en raison de l'absence d'une couverture sociale ou de son incomplétude ; parce qu'ils sont dans l'impossibilité d'honorer les frais du reste à charge ; pour d'autres raisons : forte désocialisation, difficultés à s'orienter dans le système de santé. On pense en particulier aux personnes allophones, aux personnes souffrant de troubles psychiques ou psychiatriques, aux personnes marginalisées et devant être accompagnées dans leur parcours de soins par la Pass, le temps nécessaire à un relais pérenne par un autre dispositif de droit commun. »

Un accès aux soins sans coûts pour le patient

La Pass permet un accès aux soins au sens large – sans facturation pour le patient – à une consultation médicale généraliste et/ou spécialisée, au plateau technique, aux soins infirmiers, à la délivrance de médicaments. Comme tout service hospitalier, elle doit

pouvoir recourir à des services d'interprétariat professionnel pour les patients qui le nécessitent.

Des Pass périnatalité

Parmi les plus récentes créées, une Pass périnatale a été ouverte, en janvier 2023, à La Réunion au Groupe Hospitalier Est Réunion – GHER « afin de répondre aux besoins de prise en charge des femmes enceintes en situation de grande précarité. » Elle assure la gratuité des soins en proposant des consultations anténatales et post-natales, avec délivrance de médicaments, et examens complémentaires. La prise en charge est médicale, sociale et psychologique. Les femmes concernées font face à une difficulté socioéconomique majeure : absence de couverture sociale, absence de logement, de ressources, isolement social. Cette Pass se fixe pour objectif d'« améliorer simultanément l'accès au droit, aux soins et l'accompagnement psychosocial, afin de permettre aux parents en situation précaire de mieux assumer leurs responsabilités, notamment la protection de leur enfant ». La Réunion compte ainsi 4 Pass généralistes et 2 Pass périnatales. ■

Yves Géry,
rédacteur-en-chef

Sources :

- Les permanences d'accès aux soins de santé (Pass), ministère de la santé, mis à jour 13/07/2023
<https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-de-sante-vos-droits/modeles-et-documents/article/les-permanences-d-acces-aux-soins-de-sante-pass>
- Instruction N° DGOS/R4/2022/101 du 12 avril 2022
[instruction_cdc_des_pass_12_avril_2022_101.pdf](https://sante.gouv.fr/instruction_cdc_des_pass_12_avril_2022_101.pdf) (sante.gouv.fr)
- Webinaire du 26 mai 2023 à destination des équipes des Pass hospitalières, direction générale de l'offre de soins (DGOS), ministère de la santé et de la prévention
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/webinaire_pass_du_26_mai_2023.pdf
- Pass périnatalité La Réunion
<https://www.gher-reunion.fr/la-pass>



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

*Liberté
Égalité
Fraternité*



QUESTIONSEXUALITÉ
QUESTIONSEXUALITÉ
QUESTIONSEXUALITÉ
QUESTIONSEXUALITÉ
QUESTIONSEXUALITÉ
QUESTIONSEXUALITÉ
QUESTIONSEXUALITÉ
QUESTIONSEXUALITÉ
QUESTIONSEXUALITÉ
QUESTIONSEXUALITÉ

//
**Comment
savoir si elle a
toujours envie
quand on fait
l'amour? //**

BABEL



Toutes les réponses à vos questions sont sur

QuestionSexualite.fr