

[texte](#)

[article](#)

Toucher vaginal, examen clinique : nos pratiques à l'épreuve de la dignité et de la responsabilité du médecin

"Le toucher vaginal comme le toucher rectal constitue un geste pour le moins intrusif et, réalisé sur une personne consciente, il peut être vécu comme très humiliant. Humiliant en ce qu'il touche à l'intime, au corps, à nos rapports avec les autres. Si certaines femmes ne sont pas intimidées plus que cela par cet examen clinique, d'autres vivent un véritable calvaire à chaque visite chez un médecin où il s'avèrerait nécessaire. Cela souligne que nous avons chacun notre façon de considérer les choses, la vie, la maladie, les examens que l'on subit."

Par: Franck Rolland, Étudiant en 6ème année de médecine, faculté de médecine Paris-Sud / Paris-Saclay, président de l'association Les Penseurs de Plaies /

Publié le : 18 Février 2015

Partager sur :

- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [LinkedIn](#)
- [Imprimer cet article](#)
- [Enregistrer en PDF](#)

Poursuivre la réflexion

Bonjour. Je suis Franck, étudiant en 4^{ème} année de médecine. Je ne sais pas qui vous êtes, mais je suis ravi qu'on puisse discuter un peu? » Ce message concerne le scandale des touchers vaginaux sur les patientes endormies au bloc opératoire, que des étudiants en médecine seraient encouragés à effectuer dans le cadre de leur formation. J'en parle avec émotion, rage également, et autant que possible, avec un peu de réflexion. Les effets secondaires sont, pour vous, de partager mon avis, en totalité ou non. D'être radicalement contre, ému(e), énervé(e), agacé(e), ennuyé(e), désintéressé(e), blessé(e) même pour quoi pas, voir même, révolté(e). Peut-être ne terminerez-vous pas votre lecture, peut-être en voudrez-vous davantage. Peut-être n'arrivera-t-on pas à se comprendre. Vous pourriez avoir envie d'en rediscuter, de commenter, de critiquer, de répondre, ce que je vous encourage à faire. Avant de commencer, vous le savez, vous pouvez ne pas lire cet article si vous le souhaitez. Vous pouvez réfléchir et revenir le lire plus tard? ou pas. Vous pouvez même relire ce paragraphe pour être certain d'avoir bien compris mon intention. Alors, si vous êtes

d'accord pour me lire, je vous propose ma réflexion ?

Renoncer au fondement de l'éthique médicale

Un document de 2010, en ligne sur le site de la faculté de médecine de Lyon, met le feu aux poudres. Cette fiche d'objectifs pédagogiques stipule que dans le cadre de leur stage en gynécologie, les étudiants en médecine doivent effectuer un toucher vaginal sur les patientes au bloc opératoire. Le document est désormais introuvable, mais l'affaire a repris de l'ampleur dernièrement, dans le contexte des débats relatifs à la loi de santé discutable qui fait des remous, ainsi que de la remontée de nombreux scandales touchant au monde de la santé (l'affaire de la fresque entre autre). Qu'il y ait ou non un usage politique renforçant la mise en lumière médiatique de ces tâches sur les blouses des médecins, ces tâches sont révélées, et le fait qu'elles « tombent mal » ne change rien aux situations mises aujourd'hui à l'index : elles perdurent pourtant depuis de nombreuses années. Par ailleurs, on n'a pas attendu la controverse politique relative à la loi santé pour savoir que certaines pratiques immondes noircissaient les blouses blanches des professionnels de santé. Dans cette histoire, il est question de pratiquer un toucher vaginal sur des patientes endormies, dont rien ne précise si elles étaient informées et consentantes pour contribuer à cette forme d'apprentissage. De là éclate la polémique et le sacro-saint corps médical, connu pour sa tolérance et son extraordinaire capacité à se remettre en question, nie bien évidemment tout en bloc. Citons les deux personnages publics rendus célèbres par cette affaire : j'ai nommé le président du collège national des gynécologues obstétriciens, et la doyenne de la faculté de médecine de Lyon. Le premier, dans une interview du nouvel obs répond au tollé provoqué par la découverte de ces documents que le gynécologue amené à opérer une patiente, pratique un toucher vaginal juste avant l'opération pour vérifier l'emplacement d'un kyste par exemple, et que, parfois, un étudiant peut être amené à pratiquer ce geste sous surveillance du médecin référent. Il explique que la patiente a auparavant signé « énormément de choses » avant son opération, et qu'il n'est pas explicitement précisé qu'elle subira un nouveau toucher vaginal. Lorsqu'on lui demande s'il ne serait pas normal de lui demander son consentement, le président du collège national des gynécologues obstétriciens répond : « C'est aller trop loin dans la pudibonderie ! Après 40 ans d'expérience, je ne pense pas qu'il soit nécessaire de faire signer un papier avant cet examen. Le corps médical est très respectueux des patients. » Quant à la doyenne de la faculté de Lyon, ses propos rapportés dans le metronews dans lequel elle justifie ces pratiques sont : « On pourrait effectivement demander à chaque personne l'accord pour avoir un toucher vaginal de plus mais j'ai peur qu'à ce moment-là, les patientes refusent. » A leur côté, nombreux médecins et étudiants crient au scandale médiatique en niant l'existence de telles pratiques, ou en se déroband sous l'argument du « il faut bien apprendre » ; ou encore « c'est dans l'intérêt du patient » ? Entre le déni, et des justifications très mauvaises sur le plan éthique auxquelles se mêlent des protestations à l'égard de la manipulation politique dans une tentative de déstabilisation du corps médical du fait de ses positions critiques à l'encontre de la loi santé, on semble oublier les fondements même de la médecine, mis à mal par ces pratiques : le consentement, le droit de refuser des soins, le droit de participer activement à sa propre prise en charge, le respect de la personne, la transparence, le droit d'être informé, l'humilité ?

Faire confiance à l'autre qui nous demande de choisir

Quand on pose une question, on s'attend la plupart du temps à une réponse. Quand cette

question concerne une décision à prendre, un choix à faire, une confirmation, une infirmation ou un engagement, elle revêt parfois un caractère plus crucial, plus « important ». Elle est souvent fermée, attendant de la part de l'intéressé une réponse par « oui », « non » ou « je ne sais pas ». Et souvent, ce genre de question peut apparaître, dans certains contextes, comme parmi les plus délicates, rendant difficile la formulation d'une réponse. D'autant plus lorsque nous n'avons pas suffisamment d'éléments pour y répondre en toute connaissance de cause. Il semble parfois plus simple d'accepter ou de refuser une proposition lorsqu'on pense avoir compris les tenants et aboutissants. On n'accepte pas forcément un travail sans avoir au moins posé quelques questions sur son contrat : nature du travail, conditions, horaires, rémunération éventuelle?

L'engagement, surtout lorsqu'il est important (en termes émotionnel, temporel ou « sacrificiel » par exemple) nous incite nécessairement à nous poser des questions. Certains appellent cela des choix de vie, d'autres à assumer la responsabilité de sa destinée. Il semble toujours y avoir un moment où il faut trancher. Oui ou non. Ceci ou cela. Elle ou lui. Être ou ne pas être. Exister ou bien mourir. Nos espoirs se projettent dans notre réponse. On essaie de faire confiance, à notre choix, à la vie, à l'autre qui nous demande de choisir.

Pendant longtemps, en médecine, le médecin avait les « pleins pouvoirs » sur le corps, l'esprit et la vie d'une personne. Garant d'un savoir bien gardé (sacré et secret), le médecin décidait de qui pouvait être sauvé, et de ce qui ne pouvait pas l'être, faute de moyens de guérison. Il mirait les urines pour diagnostiquer et ainsi déterminer le sort de l'individu, pratiquait quelques saignées, des interventions ou prodiguait les traitements qu'il jugeait utiles et pertinents. Que pouvait donc dire l'homme du commun qui ne comprenait pas le moindre mot de cette science complexe qu'était la médecine ? Il s'en remettait au « bon docteur » et à la chance. C'était l'apogée du paternalisme médical. Aujourd'hui, le paternalisme a la vie dure, mais il résiste. Aujourd'hui, on est sorti de l'époque d'obscurantisme à la suite des Lumières, prônant liberté, partage du savoir et raison. On est sorti de l'idéologie des médecins tortionnaires des camps de la mort en érigeant le Code de Nuremberg et par la suite avec l'affirmation des grands principes éthiques guidant le soin et la recherche médicale. Le Rapport Belmont a défini de grands principes unanimement reconnus (principes éthiques fondamentaux, respect de la personne, autonomie, justice, bienveillance, non-malfaisance?). Suivront la Déclaration d'Helsinki, les lois de bioéthique, l'*evidence-based-medicine* (EBM). Le paternalisme prend du plomb dans l'aile, et la relation soignant/soigné vise à un équilibre qui doit servir l'intérêt supérieur de la personne malade. Le médecin devrait s'installer sur une chaise légèrement plus basse que le lit sur lequel est installé son malade, à son juste niveau. Il est à son service, à son écoute, à sa disposition pour lui apporter l'information dont il a besoin, le soutien, la connaissance actualisée, afin de le soigner au mieux. Des lois ont imposé aux pratiques de nouveaux principes. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a pour intitulé de son chapitre premier : « Information des usagers du système de santé [des patients notamment] et expression de leur volonté. ». L'article L1111-6 de ce chapitre concerne spécifiquement la polémique portant sur certaines pratiques du toucher vaginale, indiquant dès lors qu'il s'agit bien de préserver les droits de la personne : « L'examen d'une personne malade dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informés de la nécessité de respecter les droits des malades énoncés au présent titre. » Il faut informer, demander au malade son accord, respecter ses droits. La relation de soin est un partenariat, un partage, et ceci implique nécessairement de la confiance. Sans quoi quel crédit donner aux informations du médecin ? Pourquoi accorder crédit à la parole de la personne, notamment lorsqu'elle témoigne d'une douleur pour que nous puissions y apporter nos soins ? Le consentement doit être libre et éclairé, révocable à tout moment et toujours recherché.

Libre, car si la liberté consiste à pouvoir choisir ce qui dépend de nous (relisons le 1^{er} chapitre du *Manuel d'Épictète* si la philosophie nous tente), alors l'expression de la liberté dans le soin doit passer par cette nécessité de choisir, d'accepter ou de refuser les traitements proposés dans le but de nous soulager. Oui, choisir librement implique de pouvoir accepter ou refuser. Eclairé, car, comme dit plus haut, choisir sans savoir est équivalent à « science sans conscience » : ce n'est « que ruine de l'âme » (Rabelais). Et pour être informé, il faut bénéficier d'une information loyale, claire et appropriée. Tout cela est repris dans le code de déontologie médicale, article 35 : les médecins doivent transposer dans leurs pratiques les principes qu'ils ont considéré essentiels. Loyale, claire et appropriée. Il est donc impératif de prévenir avant l'intervention la patiente qu'elle risque de subir un toucher vaginal après l'anesthésie, lui précisant la finalité de ce geste qu'un étudiant pourra, si elle en est d'accord, réaliser. Faire signer de multiples documents de consentement à des personnes qui ne les lisent pas nécessairement car ils font confiance à leurs médecins, ne dispense pas de la responsabilité et du courage d'aborder les questions délicates dans le cadre d'un dialogue confiant. Se dissimuler derrière des papiers impersonnels est une posture lâche.

Alors oui, bien entendu le consentement n'est pas systématiquement recherché. Il semble difficile d'imaginer communiquer avec un patient retrouvé inanimé sur la voie publique après un accident qu'il faut réanimer d'urgence, intuber, ventiler et perfuser, alors qu'on ne le connaît pas, et que personne ne s'est fait connaître et reconnaître comme un proche. Oui, dans certains cas très précis et encadrés par la loi, le consentement ne peut tout simplement techniquement pas être recueilli. Mais qu'on n'aille pas jusqu'à dire qu'il est impossible de toujours rechercher le consentement dans la pratique quotidienne ! C'est justement ce qu'il faut faire. Ne nous cachons pas derrière des excuses minables, comme la notion de perte de temps (perdez-vous du temps à informer vos patients ? A entretenir une relation de confiance avec eux ?), d'impossibilité (ça ne semble pas si compliqué de solliciter un accord, au pire, que se passe-t-il ? Il ou elle refuse ? Et alors ? S'ils sont bien informés, combien refusent en fait ? Combien d'autres accepteront ?). Le consentement est la base de toute médecine. Quand le patient nous confie sous condition son corps et remet en quelque sorte sa vie entre nos mains, la moindre des choses est de le respecter, dans la réciprocité d'un échange digne et loyal.

Faut-il demander le consentement pour tout acte ? Et pourquoi pas ? Une simple prise de sang nécessite un consentement que bien des infirmier(e)s demandent tout naturellement. La seule difficulté est que parfois le patient demande à ce que l'on puisse lui expliquer l'objet de l'investigation. Et comme le médecin ne l'a même pas informé des prises de sang qu'il allait prescrire, cette question bien légitime trouve quelque difficulté à être accueillie. Tout comme la remarque agacée de certains patients prenant souvent la forme de « encore une prise de sang ? Mais vous cherchez quoi au juste ? C'est la 5^{ème} en 3 jours ! »

Un autre exemple, celui de l'électrocardiogramme (ECG). Examen paraissant banal qui consiste à disposer une série d'électrodes sur le torse du patient, ses bras et ses jambes afin de mesurer l'activité électrique du cœur et de détecter d'éventuels dysfonctionnements. Bien souvent, c'est la corvée impartie à l'externe qui en réalise un à chaque nouveau patient admis dans le service. Beaucoup entrent dans la chambre, posent les électrodes, impriment l'ECG et s'en vont sans autre forme ! Est-il si compliqué de frapper à la porte, demander si on ne dérange pas avant d'ouvrir complètement, laisser la machine dans le couloir, de se présenter, d'expliquer le principe de l'ECG et pourquoi on le réalise, cela de façon loyale, claire et appropriée, de solliciter le consentement du patient (« vous êtes d'accord ? »), d'aller chercher la machine, de pratiquer l'acte, de rassurer la personne sur les résultats avant de sortir ? C'est gagner en fait du temps et de la qualité relationnelle pour la prochaine visite, et comprendre que dès lors que la confiance est installée il est plus simple d'interroger sur les

antécédents, notamment intimes à la recherche d'une éventuelle exposition à la drogue ou aux maladies sexuellement transmissibles par exemple. Combien de patients correctement informés des explorations à réaliser n'auront pas commencé leur petit déjeuner pourtant servi, alors qu'une prise de sang nécessitant d'être à jeun était prévue le matin, parce qu'ils ne sont plus passifs dans leur prise en charge mais partenaires informés et impliqués ?

Bafouer les droits et les principes fondamentaux de la médecine

Le toucher vaginal comme le toucher rectal constitue un geste pour le moins intrusif et, réalisé sur une personne consciente, il peut être vécu comme très humiliant. Humiliant en ce qu'il touche à l'intime, au corps, à nos rapports avec les autres. Si certaines femmes ne sont pas intimidées plus que cela par cet examen clinique, d'autres vivent un véritable calvaire à chaque visite chez un médecin où il s'avèrerait nécessaire. Cela souligne que nous avons chacun notre façon de considérer les choses, la vie, la maladie, les examens que l'on subit. Cette diversité de conception est à prendre en compte dans la relation de soin. Tout le monde, tous les malades, sont différents et réagissent différemment. Il semble primordial de se poser la question du sens que l'on peut accorder à un geste, les conséquences d'un acte tout particulièrement lorsqu'il n'est pas anodin. Je réfute ainsi l'argument, trop souvent entendu de la part de certaines étudiantes en médecine notamment, que puisque, à titre personnel, elles ne sont pas dérangées par un toucher vaginal, il n'est dès lors pas nécessaire « de s'offusquer pour si peu ». Même une prise de sang peut devenir une réelle épreuve pour certaines personnes fatiguées et vulnérables, et il est insupportable de les voir jugées si durement par celles et ceux qui sont sensés les soigner. Oui, c'est difficile. Oui, cela suppose de s'arranger pour obtenir les résultats d'examens indispensables. Oui, il faut s'adapter à son malade, et non pas adapter la personne malade à nos pratiques. Sans quoi on suscite son opposition et nos actes sont ressentis comme malveillants.

Beaucoup d'étudiants se sont inquiétés, craignant du fait de cette polémique qu'on voulait leur interdire l'apprentissage clinique. Est-il question d'interdire l'apprentissage clinique ? La recherche du consentement n'est-elle pas prérequis indispensable à toute clinique de bonne qualité ? Apprendre le toucher vaginal est effectivement nécessaire (surtout selon la spécialité que l'on envisage d'exercer), mais doit s'envisager dans le respect de l'autre et de ses droits. Qu'un chef de clinique se permette de demander aux 15 étudiants de son service de bénéficier du fait qu'une personne dont il ignore parfois même le nom soit endormie pour venir palper ce « kyste extraordinaire » au fond de son vagin et « puisque de toute façon, ses muscles sont bien relâchés donc elle ne sentira rien et ne s'en souviendra même pas », me semble inacceptable. Car en tant que chef, que professeur responsable de la validation des stages des étudiants, non seulement il ne leur montre pas un bel exemple de médecine humaine, mais de plus, il les soumet à son autorité pour bafouer les droits et les principes les plus fondamentaux de la médecine. Alors que fort probablement, en dialoguant avec la patiente en présence d'un seul étudiant, celle-ci n'aurait vu aucune objection à ce que l'étudiant puisse apprendre en bénéficiant de son concours. En bons partenaires dans l'enseignement et le soin ! Car transmettre, apprendre, n'est-ce pas déjà soigner ? Et les patients n'ont-ils pas aussi énormément de choses à nous apprendre ?

Des cliniciens ont le souci de l'autre. Rendons leurs un hommage mérité, ils se distinguent de ceux dont je dénonce les pratiques. Des médecins ont même beaucoup travaillé pour que l'apprentissage de l'exercice clinique soit optimisé. Simulation, jeux de rôle, mannequins haute fidélité ? Des centaines d'outils démultiplient les possibilités d'apprentissage, les « premiers gestes », afin de pouvoir les pratiquer correctement dans la « vraie vie ». J'ai

personnellement appris la ponction lombaire sur un mannequin, avant de la réaliser pour la première fois aux urgences sur une patiente à laquelle j'ai demandé si elle acceptait que je la lui pratique. Je me suis présenté comme étudiant en 4^{ème} année de médecine. Et fort de cette expérience de simulation, j'ai pu effectuer ce geste en l'expliquant au préalable, pendant et ensuite, sur une patiente consentante.

Une pétition circule. Elle demande notamment une intégration de disciplines diverses telles que l'éthique, le droit, la philosophie et les sciences humaines dans le cursus médical. Pourquoi pas. Je suis très loin d'être contre, ayant choisi de suivre un master d'éthique en parallèle de mes études. Je crains cependant que cela ne soit perçu que comme des matières rébarbatives auxquelles les étudiants ne seront pas correctement sensibilisés. L'importance est de les transmettre par l'exercice pour qu'elles se dévoilent et se cultivent dans et par l'exercice. La nouvelle UE 1 « apprentissage de l'exercice clinique et coopération interprofessionnelle », obligatoire, met déjà au programme de l'ECN une vingtaine d'items consacrés à l'éthique, l'EBM, la communication. Mal perçue par bon nombre d'étudiants, elle paraît décentrée de l'exercice car entre ce que nous y apprenons (qui fait presque rêver) et la réalité de l'exercice (pratiqué par des médecins qui ne sont pas nécessairement sensibilisés à tout ce qu'on y apprend), il y a un fossé. Et malheureusement, certains étudiants font le raccourci rapide pour en conclure que cette matière est donc inutile.

Tirer des enseignements de nos erreurs

La relation de soin pose l'enjeu essentiel de la confiance. L'histoire a fait émerger des droits pour les patients, des devoirs pour les médecins/soignants. Parmi ces principes que les soignants ont choisis eux-mêmes de s'appliquer, la question du consentement du patient apparaît comme essentielle au maintien et à l'entretien de cette confiance dans la relation soignant-soigné. Toutefois, l'acquisition du savoir médical se complexifie, autant que la médecine devient plus complexe, plus technique, et semble parfois oublier les principes sur laquelle elle repose. Le soignant risque de se défaire de son humanité, à l'origine de la vocation de son métier, dans le souci de devenir meilleur technicien. Cela passe notamment par l'acquisition de la clinique chez le jeune médecin, qui implique d'apprendre à repérer des millions de signes par des actes d'examens physiques plus délicats. La pression de la compétence est parfois si grande que le sens de la compétence clinique en sa dimension humaine passe, pour certains, au second plan. Pourtant ? Apprendre la clinique, n'est-ce pas aussi, et même essentiellement, partir à la découverte de l'autre, du sens qu'il donne à la médecine, de sa façon d'être et de concevoir les choses ? N'est-ce pas avant tout apprendre à respecter l'autre ? N'est-ce pas pratiquer dans le plus strict respect des principes éthiques essentiels que l'histoire, entre autre, nous a permis d'ériger ? Être médecin ou soignant, n'est-ce pas sans cesse s'interroger sur ses pratiques, apprendre de son histoire, et se remettre en question ? Car en observant aujourd'hui les réactions de certains professionnels de santé, j'ai seulement envie de m'enterrer tellement j'ai honte de faire partie de leur corps de métier. Le déni, la fuite, la tangente, l'esquive. Plutôt que d'accepter que de telles pratiques aient pu exister, plutôt que de faire en sorte d'y remédier, plutôt que de reconnaître les vices qui ont été commis, de s'en excuser sincèrement et de réfléchir à ce qu'ils ne se reproduisent plus, on se cache derrière sa fierté et des mots compliqués. Et on sert du « pudibonderie » à qui voudra l'entendre, on bafoue des principes essentiels comme celui du consentement, ou, pire encore, on rend le ministère de la Santé responsable de manipulation politique. Est-ce que cela excuse ces comportements ? Est-ce que cela fait avancer les choses ? Est-ce là une attitude digne venant d'un soignant et d'un

corps de soignants ? A quoi bon les revues de morbi-mortalités, les réflexions éthiques, la redéfinition de la médecine (du paternalisme à l'EBM) si c'est pour rester enfermé dans un traditionalisme ancien et irrespectueux ?

Les gens ne veulent pas de responsable. Je ne veux pas de responsable dans cette histoire. Je souhaiterais seulement qu'on essaye d'apprendre. De nos erreurs. De nos pratiques. De nos doutes. Des autres. Car j'ai peur, incommensurablement peur, de pratiquer la médecine, si la médecine qui se dit tant préoccupée par sa dimension humaine ne confirme pas, dans sa pratique, la valeur de ses affirmations.

- [Page precedente](#)
- [Page 1/2](#)
- [Page suivante](#)

Partager sur :

- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [LinkedIn](#)
- [Imprimer cet article](#)
- [Enregistrer en PDF](#)

Sommaire