



# LE RESPECT DANS LES SOINS GYNÉCOLOGIQUES : QUELLES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ?

Valérie LOOTVOET	Directrice de l'Université des Femmes
Sophie PEREIRA	Chargée de projets à l'Université des Femmes

Entretien avec Julie Belhomme, gynécologue, responsable de l'unité des grossesses à haut risques au CHU Saint-Pierre et Yannick Manigart, gynécologue, référent IVG au CHU Saint-Pierre.

Qu'est-ce que les femmes peuvent attendre d'une consultation gynécologique et obstétrique qui soit à la fois respectueuse et qui garantisse une sécurité sanitaire à laquelle tant de femmes n'ont pas accès dans le monde ?

Nous avons rencontré, pour tenter de dégager quelques pistes de réflexion, deux praticiens progressistes, qui, s'ils ne sont pas spécialisés en féminisme, s'y inscrivent très concrètement dans leur pratique. Et leur avons demandé de nous en parler...

## LE CHOIX D'UNE SPÉCIALITÉ

Le choix d'une telle spécialité n'est pas anodin, dans la mesure où il est effectué par des praticien-ne-s eux-mêmes sexué-e-s, parce qu'il se place dans un engagement pour et auprès des femmes, - du moins pour les deux gynécologues que nous avons rencontrés.

Pour Julie Belhomme (gynécologue, responsable de l'unité des grossesses à haut risques au CHU Saint-Pierre), la gynécologie ne relevait pas du premier choix : « Jamais on ne m'a posé la question de pourquoi j'avais choisi ce métier. Je me destinais initialement à la médecine interne parce qu'intellectuellement elle m'intéressait, et puis j'ai fait un stage de gynéco et j'ai adoré ça. »

Yannick Manigart (gynécologue, référent IVG au CHU Saint-Pierre) - qui relate que le fait d'être un « homme gynéco » intrigue souvent les autres hommes ou les femmes -, pose cette orientation comme une volonté de travailler auprès de patientEs : « Je caricature, mais

mes années de médecine avec des hommes, travailler aux urgences, avec des hommes, la violence qui y a cours, c'était un peu dur pour moi. Alors que quand je travaillais avec des femmes, j'avais plutôt l'impression d'aider. De prendre leur parti, elles qui sont socialement davantage du côté des victimes ».

Cette médecine comprend aussi, à leurs yeux, un aspect satisfaisant : dans leur pratique, elle concerne des femmes en bonne santé. « C'est une spécialité qui rencontre des domaines médicaux très différents ; qui touche à la contraception, la fertilité, l'accouchement et concerne en fait... des femmes qui ne sont pas souvent malades, sauf si on fait de la cancérologie, par exemple », explique Yannick. « Une spécialité qui ne traite pas des femmes malades *a priori*, mais qui peuvent se trouver en difficulté, lors des grossesses. »

Julie en témoigne : « J'ai choisi une médecine qui est, disons, davantage du côté de la vie que de la mort. C'était ça qui me faisait vibrer : les naissances, l'accompagnement des grossesses. Et, étrangement, dans ce rapport à ce « côté obstétrique de la vie », je me suis spécialisée dans les grossesses à hauts risques... et je dirais que maintenant je suis spécialiste de grossesses qui se terminent mal. Dans lesquelles je suis dans un versant de mort et ça me convient pourtant bien. J'aime ça. »

## FAVORISER L'AUTONOMISATION DES PATIENTES

Mais venons-en à la question que nous leur avons soumise, à la fois en entretien et lors

de la table-ronde de notre première journée de colloque :

Qu'est-ce que vous essayez de mettre dans votre pratique qui fait que les patientes se sentent bien, ou à votre avis qu'est-ce qu'il faut faire pour avoir une prise en charge 'idéale' ?

### ...Lors de la consultation gynécologique

Pour nos deux gynécologues, le premier élément d'une consultation favorable aux femmes est l'écoute - fortement liée, voire conditionnée, par le temps qu'il leur est possible d'y consacrer.

Julie l'exprime en ces termes : « La première phase c'est d'écouter, c'est d'être en face de quelqu'un. Je demande toujours ce que je peux faire pour la patiente, et j'écoute. Je pense aussi que le fait de poser une question ouverte ne prend pas plus de temps que de poser une question fermée, à laquelle la patiente ne peut répondre que par oui ou par non. Avec une question ouverte, la réponse sera ou courte ou longue, mais me rendra plus à même de répondre à chaque fois adéquatement à la demande qui m'est présentée. J'essaie de faire du cas par cas. (...) Le bel exemple, c'est la contraception. Je ne pourrais jamais me prononcer à l'avance sur ce que chaque femme va préférer. Et je suis toujours un peu surprise de la diversité de leurs demandes... celles qui disent 'je ne veux pas ne plus avoir de règles', celles qui disent 'vous me donnez n'importe quoi, je veux plus mes règles'... c'est toujours amusant de voir les différences. »

Cela implique que du côté du praticien, pour faire une bonne consultation, il faut avoir du temps : « Et du temps dans les hôpitaux, on n'en a pas toujours, mais on le prend ! Et donc moi je termine toujours mes consultations en retard parce qu'il n'y a pas moyen de faire autrement... J'ai choisi d'être docteur, pas vétérinaire. » décline Julie.

Yannick renchérit : « C'est vrai que si on faisait ce métier juste pour faire les examens techniques, ça n'aurait absolument aucun intérêt... et c'est fondamental qu'on crée des liens, à la manière d'un médecin généraliste. Je dis toujours que nous sommes les médecins généralistes des femmes. » Il complète : « A côté de cet aspect de l'écoute, j'ajouterais qu'il me semble essentiel de prendre le temps d'expliquer tout ce que nous faisons, et de le faire avec douceur. Ça, c'est pour moi constitutif d'une consultation 'idéale'. »

Il développe : « Des gens comme Martin Winckler<sup>1</sup>, qui ont beaucoup changé ma pratique, plaident par exemple pour un examen gynécologique sur le côté. Mais est-ce uniquement une question de position de la femme, ou d'attitude ? Je me pose la question, - surtout en tant que praticien homme -, et j'explique à mes étudiant-e-s, qui sont souvent aussi des hommes, que nos attitudes sont un aspect fondamental dans le cadre d'une consultation. Je m'explique en prenant un exemple : cela peut sembler bizarre, mais je n'ai jamais vu les fesses de mes patientes. J'explique à mes étudiant-e-s, que chaque fois qu'une patiente monte sur la table, ou la quitte, ils doivent détourner le regard et le poser ailleurs : la patiente ne peut pas penser une seconde que le praticien ait pu regarder ses fesses. C'est inadmissible ». Il explique que tout le rapport à l'intime, à la nudité face à un médecin, peut conférer aux femmes un grand sentiment de vulnérabilité, et doit faire l'objet d'un profond respect de la part du praticien.

Selon nos deux praticiens, le toucher vaginal à chaque consultation est aujourd'hui considéré comme absolument superflu : « Nous, on ne le fait plus. »

Les jeunes femmes qui viennent pour leur première consultation, généralement pour une contraception ou des vaccins, ne sont plus systématiquement examinées : « Je leur dis 'écoute, je veux bien t'examiner si tu penses que tu as quelque chose de bizarre, si tu veux être rassurée, si tu veux que je te dise que tout est bien, que tout est normal', mais il n'y a aucune raison d'examiner ces jeunes filles », expose Yannick.

Lorsqu'il s'agit de discuter de l'éventualité d'actes chirurgicaux, Yannick considère qu'il existe une évolution positive du métier : « car lorsqu'une patiente est dans cette situation, je ne vais pas lui dire 'Madame, j'ai décidé, nous allons enlever par exemple vos fibromes - qui sont des tumeurs bénignes de l'utérus - , mais je discute avec elle des avantages et des inconvénients des différentes options. Je propose toujours plusieurs solutions, nous en discutons et finalement nous décidons ensemble laquelle est la plus indiquée pour cette patiente, et je la note ensuite. Je trouve que c'est ce qui rend la consultation démocratique, de la même manière que j'encourage toujours les patientes à demander un deuxième avis ». Julie confirme : « être conscient de ses limites, ça contribue vraiment au climat de confiance avec la patiente, et c'est plus rassurant pour nous. » Yannick conclut : « Et puis, terminer juste par dire toujours, 'est-ce que vous avez des questions ?'. C'est la phrase de la fin de chaque consultation ».

#### ...Lors de l'accouchement

Julie a beaucoup de choses à dire sur l'accouchement !

« La tendance actuelle, c'est l'accouchement dit 'naturel'. Je parle, par exemple, des femmes qui choisissent d'accoucher à domicile, dans cette mouvance de volonté de réappropriation totale des choses.

Je comprends très bien que des voix se soient élevées pour dénoncer l'hyper médicalisation de l'accouchement à un moment donné. Le fait que les femmes ne s'appartenaient plus à ce moment crucial de leur vie, que c'est le gynécologue qui choisissait quand ou comment elles accoucheraient, et qu'on se soit questionné là-dessus. Le problème, c'est que maintenant, on en arrive de nouveau à une espèce de croisée des chemins où on veut la 'nature', mais où cette démarche en vient parfois à nier l'aspect pathologique des choses. Une hémorragie de la délivrance sur deux est imprévisible malgré le profil à risques de la femme, par exemple. Hier, sur ma journée de travail, il y a eu au moins deux patientes, ou en tout cas deux bébés qui auraient pu perdre la vie s'ils avaient été en dehors de l'hôpital. C'est notre quotidien : un accouchement peut très bien commencer, et puis mal tourner en deux minutes. Ignorer cette réalité des faits sous le couvert d'informations souvent puisées sur des blogs extrêmement partisans, ou avec le concours de médias véhiculant une vision très manichéenne, ça me pose question ».

Un des points polémiques est par exemple l'usage, suspecté d'être généralisé, de l'épisiotomie. Or, selon Julie, on pratique à présent peu d'épisiotomies dans les hôpitaux : « J'enseigne mes étudiant-e-s en ce sens. Mais rien ne peut empêcher qu'il subsiste l'un ou l'autre mauvais praticien de la vieille école, et puis une mauvaise expérience d'une femme traumatisée, dont on parle, et que l'on entendra toujours davantage que toutes celles qui sont satisfaites du déroulement de leur accouchement. Mais nous sommes on les premiers défenseurs d'une manière respectueuse de pratiquer l'obstétrique... ».

Elle ajoute : « Je trouve vraiment qu'il faut 'dédiaboliser l'hôpital', où les pratiques ont aussi fortement évolué chez nous : c'est fini cet hôpital où on déclenchait tout le monde, où on rompaient les poches, où on fourrait nos doigts dans les vagins des femmes sans leur demander l'autorisation, où on expliquait rien !

L'hôpital reste un outil formidable, qui a permis de sauver des vies et qui en sauve encore tous les jours. Pourquoi ne pas se battre pour que les accouchements puissent continuer à bénéficier de cette sécurité médicale, tout en revenant à un projet qui soit en effet plus individuel, plus adapté aux désirs des femmes ? Pour ma part, c'est ce que je souhaite faire.

Aujourd'hui déjà, à l'hôpital, on peut utiliser un ballon, on peut mettre de la musique, on peut avoir une césarienne et pousser symboliquement son bébé dehors, et on peut accoucher dans la pénombre, ou mettre la musique dont on a envie, monsieur peut couper le cordon, ... et nous sommes ravi-e-s de contribuer à ces projets-là. »

## L'IMPORTANCE DU CONTEXTE

### L'ÉVOLUTION DE LA RELATION ENTRE SOIGNANT-E-S ET SOIGNÉ-E-S

Selon Julie, l'évolution récente de la relation entre patient-e-s et médecins constitue une autre dimension qui intervient fortement dans ces questions :

« Ce que j'ai remarqué comme évolution dans ma pratique, c'est qu'il y a une beaucoup plus grande méfiance envers le médecin en général qu'auparavant, où le médecin avait quasiment un statut de messie, de détenteur de vérité incontesté et incontestable. Mais aujourd'hui, en tant que praticien-ne, tu dois faire tes preuves tout de suite dans ton lien thérapeutique avec les gens. Il y a des personnes avec qui tu as l'occasion de construire

une relation thérapeutique de longue durée, avec lesquels les échanges permettent l'instauration de l'indispensable confiance. Mais quand tu travailles dans le contexte hospitalier, il arrive que tu débarques dans la vie des patient-e-s comme ça, en cinq minutes, et là on ne part pas d'une position neutre envers le médecin, parfois il faut même dépasser un sentiment négatif, une méfiance, une forme de suspicion, et je sens souvent que je dois d'abord prouver que je suis quelqu'un de bien.

La confiance est la pierre angulaire de notre travail, et dans une certaine mesure, je trouve normal qu'il n'y ait pas un postulat de base quand il s'agit de l'accorder, car tout le monde n'en est pas digne, y compris dans le monde médical. Mais en même temps, ce serait bien de pouvoir se dire qu'il y a encore des médecins chouettes, et à l'écoute, qui méritent vraiment la confiance des patient-e-s. Nous, on a parfois l'impression qu'on est presque dans des démarches militantes pour le prouver, qu'on est obligé de se lancer dans une opération de séduction et de déploiement de compétences, pour pouvoir arriver au point où on est dans un lien thérapeutique fort et efficace. »

## LA QUESTION DE LA RESPONSABILITÉ

Cette évolution du rapport, dans le passé très hiérarchisé entre soignant-e-s et soigné-e-s, a un impact sur un autre aspect fondamental, celui de la responsabilité.

Julie développe : « On est donc passé à un rapport beaucoup plus égalitaire avec nos patientes, et c'est tant mieux. Mais on se retrouve maintenant à un point où j'essaie d'informer la patiente, avec mes compétences et mes possibilités, afin qu'elle puisse poser ses choix elle-même, dans un cadre médical où on ne fait pas d'erreur ou de bêtise. Le problème c'est que quand la patient-e, choisit, elle se responsabilise aussi par rapport à ses propres choix. Or, nous sommes encore dans une médecine où toute la responsabilité reste sur les épaules du médecin. Et donc, je suis parfois en questionnement par rapport à cette évolution, parce que si mon rôle est de me mettre au service de la patiente pour qu'elle puisse poser ses choix, je pense qu'elle devrait partager avec moi la responsabilité de ces choix.

Donc, il faut encore travailler sur la responsabilité partagée si on veut un rapport médecin-patient plus égalitaire de ce côté-là. Finalement, si les soignant-e-s portent toute la responsabilité, cela les empêche aussi

d'être totalement au service de la patiente. Etant donné que si la patiente pose un choix qui ne nous semble pas, médicalement parlant, le plus judicieux... dans cette logique d'autonomisation nous ne devrions pas nous y opposer. Et là, je suis en questionnement par rapport à cette situation ».

## LE CLIVAGE PUBLIC/PRIVÉ

Mais il y a encore autre chose. Nos gynécologues travaillent au CHU Saint-Pierre, c'est-à-dire, dans un centre hospitalier universitaire, qui est aussi un hôpital public. Tous deux considèrent qu'il s'agit là d'une circonstance qui influence notablement leur pratique professionnelle - dans le bon sens.

Julie s'en explique en ces termes : « Moi je crois vraiment que le clivage privé/public est déterminant, surtout dans notre profession. Le gynécologue privé fait ce qu'il veut, comme il veut, en demandant le prix qu'il veut, - et il y en a qui travaillent très bien. Mais c'est vrai, que c'est un monde différent. Déjà, nous n'exerçons pas notre profession dans un but lucratif puisque notre salaire n'est pas modifié par notre activité, ou par le nombre d'accouchements et ça change tout, car c'est un biais énorme. » Yannick est du même avis : « Effectivement, ça change quand même nettement la pratique ».

Julie ajoute : « Par rapport à cette évolution de la médecine où l'on essaie de coller davantage au projet individuel, j'ai l'impression qu'elle est plus nette dans les hôpitaux publics, ou non publics comme certaines cliniques, que dans les cabinets des praticien-ne-s, - même si certain-e-s sont aussi dans cette démarche depuis des années. Mon impression est en tous cas qu'elle se généralise peut-être plus facilement dans les milieux où il y a un peu plus de rigueur scientifique. J'ai, par exemple, de plus en plus de patientes qui viennent du privé me demander un deuxième avis, parce qu'elles ont besoin d'un-e spécialiste du problème qui les concerne, et qu'elles se rendent bien compte qu'un-e gynéco 'tout venant' ne peut pas forcément leur offrir cette expertise.

Et au CHU Saint-Pierre, nous nous trouvons aussi dans un hôpital universitaire, où tous les jeunes sont formés dans ce modèle de la prise en considération de la patient-e. Ce n'est plus comme dans « La maladie de Sachs » justement, où le médecin décrit par Martin Winckler apparaît comme un original complet... Ce sont maintenant des bonnes pratiques courantes, en tous cas dans notre contexte. »

## DES GYNÉCOLOGUES FÉMINISTES ?

Yannick tempère : « Je ne suis pas certain que nous soyons des représentants classiques de la profession médicale. C'est vrai que dans le monde plus large de la gynécologie, - je m'en rends compte quand je vais à des congrès par exemple -, j'ai pu parfois être surpris par la manière de voir les choses de certain-e-s. Mais il est possible de s'informer... Je pense que pour les personnes qui ont envie de rencontrer des médecins un peu plus ouverts, elles peuvent trouver des endroits où, *a priori*, elles seront mieux reçues. » Alors, peut-on pratiquer une gynécologie respectueuse des femmes, et de qualité, sans être féministe, aujourd'hui ? Comment nos praticiens se qualifient-ils de ce point de vue ?

Yannick l'affirme : « Chaque semaine, je suis bouleversé par l'histoire d'une patiente au minimum. Je sens profondément qu'il y a encore beaucoup de boulot à faire, qu'il faut encore beaucoup se battre pour améliorer la condition des femmes dans notre société. Et je me sens profondément féministe - sans rentrer ici dans les détails de ce que pourrait être le féminisme ».

Pour Julie, « Si être féministe signifie défendre le droit des femmes, se battre pour qu'elles soient moins victimes de violences, évidemment, et cent mille fois oui, je me sens féministe. Par contre, pour toutes les questions relatives à la pression sociale à la maternité par exemple, j'éprouve moins le besoin d'être militante, parce que je trouve qu'il y a eu des progrès importants de ce côté-là, même si ce n'est sans doute pas encore parfait. Mais c'est vrai que parfois, je serre les dents quand j'ai devant moi une patiente enceinte de son cinquième enfant, épuisée, avec des cernes jusque là, hospitalisée parce qu'elle a des contractions, qui a toutes les peines du monde à joindre les deux bouts... et que le père râle parce qu'il doit s'occuper des enfants pendant quelques jours. D'un autre côté, comment parvenir à impliquer des hommes, des pères, sans que ceci ne devienne une 'reprise à leur compte' de cet enfant, ou en tout cas, rentre dans quelque chose qui soit de l'ordre de la surveillance, ou de l'emprise, sur la grossesse et sur l'accouchement ? Je pense vraiment qu'il peut parfois y avoir une forme d'appropriation, et certaines patientes finissent par dire « Et ho, c'est quand même moi qui le subis dans ma chair ! ». ■

1 Martin Winckler, *La maladie de Sachs* (roman), P.O.L., 1998.