



**LES VIOLENCES GYNÉCOLOGIQUES ET
OBSTÉTRICALES : LA FRANCE FAIT-ELLE
SUFFISAMMENT POUR LUTTER CONTRE CE
PHÉNOMÈNE ?**

Mémoire rédigé et soutenu par Pauline FANNEAU DE LA HORIE sous la direction de Madame la professeure Johanne SAISON.

Ce travail de recherche a été effectué dans le cadre de l'obtention du grade de Master Droit de la Santé, parcours Droit et Politiques de Santé.

Année Universitaire 2021-2022
Soutenu le 15 Septembre 2022 à Lille

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué d'une manière ou d'une autre à la rédaction de ce mémoire.

Je voudrais dans un premier temps témoigner toute ma gratitude et ma reconnaissance à ma directrice de mémoire et responsable de promotion, Madame SAISON Johanne, qui m'a éclairé et guidé pendant toute la rédaction de ce mémoire. Madame Saison m'a également encouragé à poursuivre mon rêve de faire médecine, et m'a autorisé à réaliser des stages en hôpitaux ainsi qu'en maternité pendant mes deux années de master, ce qui, j'en suis sûre, a fait la différence pour le jury de la passerelle qui a accepté de me faire passer en deuxième année de médecine. Pour cela, je lui en suis par conséquent tout particulièrement redevable.

Par ailleurs, ce sont ces mêmes stages en hôpitaux qui m'ont incité à rédiger un mémoire sur les violences gynécologiques et obstétricales. Je tiens à remercier notamment Mme POUILLY Pascale, sage-femme de profession, mais également Directrice des Services et Soins Infirmiers à l'Hôpital Privé Le Bois à Lille (HPLB), pour sa disponibilité et son généreux accueil au sein de l'équipe de la direction lors de mon premier stage à l'hôpital mais aussi pour sa proposition de stage au sein de la maternité de ce même hôpital.

Je souhaite également remercier toute l'équipe de la maternité de l'HPLB qui m'a énormément éclairé sur le sujet de ce mémoire, mais aussi pour avoir partagé avec moi des témoignages et des vécus sur le sujet. Je remercie tout particulièrement Sylvie, infirmière de bloc opératoire, de m'avoir si bien intégrée et d'avoir toujours pris le temps de m'expliquer ce qu'elle faisait, quand elle le faisait.

Je tenais par ailleurs à remercier les différents professeurs et enseignants-chercheurs du Master « *Droit de la Santé, parcours Droit et Politiques de Santé* » dispensé à l'Université de Lille, pour la qualité de leur intervention qui a conduit à nourrir mes réflexions, mais aussi car

ils m'ont permis d'acquérir de nombreuses compétences dans de multiples domaines du droit et de la santé.

Merci à mes amis et mon compagnon pour leur patience et leur soutien, ainsi qu'à mes camarades de master. Je remercie tout particulièrement trois d'entre eux : Juliette, Paul et Orane, qui ont toujours été présents pour moi et qui m'ont soutenu dans tous mes projets et dans la rédaction de ce mémoire.

Enfin je remercie du fond du cœur ma famille et en particulier ma maman, Lucie, pour son soutien indéfectible. Je ne serais sûrement pas là aujourd'hui sans tous ses conseils et son aide. Merci d'avoir relu ce mémoire et de me pousser toujours plus loin dans tout ce que j'entreprends.

« Les opinions exprimées dans ce travail ne sont propres qu'à leur auteur et n'engagent en rien ni les enseignants de la faculté, ni l'université de Lille. »

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	2
TABLES DES PRINCIPALES ABBRÉVIATIONS	7
INTRODUCTION	8
PARTIE 1 : CONSTRUCTION DES VIOLENCES GYNÉCOLOGIQUES ET OBSTÉTRICALES ET LEUR CONSÉQUENCES	12
I. LES VIOLENCES GYNECOLOGIQUES ET OBSTETRIQUES : MISE EN CONTEXTE ET EVOLUTION	12
A. L'origine de la notion des violences gynécologiques et obstétricales : entre domination patriarcale, sexisme et pouvoir institutionnel	13
1. Le corps des femmes, un « objet » au cœur de la domination masculine depuis des siècles	13
2. Le pouvoir médical et les institutions, historiquement au cœur de la domination sur le corps des femmes...	14
B. De l'émergence des violences gynécologiques et obstétricales en Amérique Latine à l'entrée dans les débats publics en Europe et en France	18
1. Le Venezuela et l'Argentine, acteurs majeurs et pionniers dans la lutte contre les violences gynécologiques et obstétricales	18
2. Une libération de la prise de parole plus tardive en France notamment relayée grâce aux réseaux sociaux ..	21
II. LES DIFFERENTES FORMES DE VIOLENCES GYNECOLOGIQUES ET OBSTETRIQUES : ENTRE ATTEINTES PHYSIQUES ET TRAUMATISMES PSYCHOLOGIQUES	25
A. Classifications et définitions des différents types de violences gynécologiques et obstétricales	25
1. Violences gynécologiques	26
2. Violences obstétricales	28
B. Conséquences et impacts des violences gynécologiques et obstétricales sur la femme	31
1. Les conséquences physiques.....	31
2. Les conséquences psychologiques.....	33
3. Autres conséquences notables	34
PARTIE 2 : UN SYSTÈME DE SANTÉ EN CRISE QUI PEUT ÊTRE GÉNÉRATEUR DE NOMBREUX OBSTACLES QUANT À L'ACCÈS AU DROIT DE SOINS DES FEMMES	36
I. LE SYSTEME DE SANTE FRANÇAIS A L'ORIGINE DE NOMBREUSES SOURCES DE MALTRAITANCES	37
A. Non-respect de principes fondamentaux relatifs à l'accès favorisé aux soins	37
1. Non-respect du principe de droit à l'information et au consentement libre et éclairé.....	38
2. Refus de soins	40
B. La maltraitance des soignants et des aidants dans le parcours gynécologique et obstétricale des femmes	42

1.	Violences institutionnelles et structurelles : quand le profit prend le dessus sur l'humain	42
2.	Des soignants maltraitants contre leur gré en raison du manque de personnel, de moyens et de temps	44
3.	Existe-t-il une corrélation entre violences subies pendant les études de santé et violences engendrées ?	46
II.	SEXISME SYSTEMIQUE DANS LA PROFESSION DE GYNECOLOGIQUE/OBSTETRIQUE	47
A.	<i>Une faible considération des femmes en matière de maltraitance gynécologique : injonctions sexistes et discriminations</i>	48
1.	Non prise en compte de la gêne et de la douleur chez la femme	49
2.	Lesbophobie, transphobie et grossophobie : quand la différence devient une source de discrimination gynécologique.....	51
B.	<i>Le patriarcat médical et ses conséquences sur les femmes ainsi que sur leur suivi gynécologique et obstétrical.....</i>	54
1.	Une sur numérisation des hommes dans le domaine de la gynécologie/obstétrique pendant de nombreuses années	55
2.	La volonté des femmes souvent rendue invisible au profit du savoir médical	58
PARTIE 3 : LES VIOLENCES GYNÉCOLOGIQUES ET OBSTÉTRICALES : ÉTAT DES LIEUX JURIDIQUE ET PISTES D'AMÉLIORATION POUR LUTTER CONTRE CE PHÉNOMÈNE..... 60		
I.	LES VIOLENCES GYNECOLOGIQUES ET OBSTETRIQUES SOUS LE PRISME DU DROIT FRANÇAIS	60
A.	<i>Les difficultés relevées dans la mise en place actuelle du droit français ayant pour objectif la lutte contre les violences gynécologiques et obstétricales</i>	61
1.	Absence de consensus sur la définition des violences gynécologiques et obstétricales	62
2.	Les expertises médicales à la suite de violences.....	64
3.	Quand le risque médico-légal pèse plus dans la décision thérapeutique : l'exemple de la césarienne et de l'épisiotomie	66
II.	PROPOSITIONS D' ACTIONS ET PISTES DE REFLEXIONS POUR LUTTER CONTRE L'AMPLIFICATION DES VIOLENCES GYNECOLOGIQUES ET OBSTETRIQUES	69
A.	<i>Réformer la pratique des soins pour rendre au milieu de la santé son humanité</i>	69
1.	Favoriser les qualités humaines et la diversité de la sélection des professionnels à leur exercice	70
2.	Renforcer la formation continue des professionnels et encourager les bonnes pratiques	72
3.	Limiter l'asymétrie entre le médecin consulté pour ses connaissances médicales et le patient pour réduire la vulnérabilité du patient	74
B.	<i>Repenser le système de santé et le système juridique pour limiter de telles violences</i>	75
1.	Mise en place de véritables démocratie sanitaire et politique de santé publique	75
2.	Donner plus de moyens financiers et humains à l'hôpital	76
3.	Améliorer la prévention dans le cadre des violences gynécologiques et obstétricales.....	78
CONCLUSION		80
ANNEXES		84
BIBLIOGRAPHIE		91

TABLES DES PRINCIPALES ABBRÉVIATIONS

AG : Anesthésie Générale

CIANE : Collectif Inter Associatif Autour de la Naissance

CNCDH : Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CNOSF : Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes

DIU : Dispositif Intra-Utérin

HCE : Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes

IMG : Interruptions Médicales de Grossesse

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médical

IRASF : Institut de Recherche et d'Action pour la Santé des Femmes

IVG : Interruptions Volontaires de Grossesse

IST : Infection Sexuellement Transmissible

LGBTQ : lesbiennes, Gays, Bisexuels, Trans, Queers

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SF : Sage-Femmes

TV : Touché Vaginal

VGO : Violences Gynécologiques et Obstétricales

INTRODUCTION

« *Primum non nocere* »¹

« *Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.*

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.² »

Le serment d'Hippocrate, traditionnellement prêté par les médecins nouvellement diplômés, suppose que ces derniers respectent le patient, tant dans son intégrité physique et mentale, que dans la garantie d'une complète information sur les soins qui leur seront prodigués.

Si les médecins sont donc tenus déontologiquement de respecter ces principes généraux, ils le sont aussi légalement³, mais la réalité est souvent bien différente.

La crise sanitaire de la COVID-19 a mis en lumière le courage et la dévotion d'une majorité de professionnels de santé mais il existe encore aujourd'hui une part relativement conséquente de médecins, sage-femmes et autres professionnels de santé qui ne témoigne malheureusement pas de la même éthique dans l'exercice de leurs fonctions.

¹ « *En premier, ne pas nuire* » - Premier principe de prudence appris aux étudiants en médecine

² Passages du Serment d'Hippocrate ; <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate>

³ Ces principes généraux de déontologie médicale figurent aux articles R4127-1 à R4127-112 du code de la santé publique

La maltraitance médicale a été définie par le conseil de l'Europe en 1992, puis reprise par l'Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Établissements et services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM) en 2008 comme étant « l'ensemble des violences, abus ou négligences commis par les professionnels envers les usagers »⁴.

Dans le domaine de la gynécologie/obstétrique, ces violences sont d'autant plus frappantes. Si les violences gynécologiques et obstétricales existent depuis de nombreuses années, en France il aura fallu attendre 2014 et l'hashtag #PayeTonUtérus sur *twitter* pour constater l'ampleur concrète du phénomène. En moins de 24h, plus de 7 000 témoignages avaient été recueilli sur le réseau social⁵. Depuis, ce sont des dizaines de scandales qui ont éclatés dans l'hexagone et qui ont ainsi fait état de professionnels de santé abusant de leur autorité. C'est notamment le cas du gynécologue Emile Daraï, exerçant à l'hôpital Tenon à Paris, contre qui plus de 20 plaintes pour viols ont été déposées⁶ mais qui exerce cependant encore toujours aujourd'hui.

L'exemple d'un gynécologue que ses collègues surnomment, « *le boucher d'Antony* », peut également être soulevé : des pratiques d'un autre âge, absence de consentement, suture à vif, propos sexistes... Ce sont au total plus d'une trentaine de femmes qui ont témoigné à l'encontre de ce médecin, et envers qui au moins une plainte pour « viol et torture » a été déposée.⁷

Les violences engendrées par ces deux gynécologues ne sont malheureusement pas des cas isolés car tous les jours ce sont des dizaines de femmes qui témoignent de violences qu'elles subissent lors de consultations gynécologiques, ou à la suite d'un accouchement.

Ces maltraitances, tant verbales que physiques, sont très souvent le résultat d'un sexisme, c'est-à-dire de l'ensemble des comportements individuelles ou collectifs qui perpétuent et légitiment

⁴ HAS ; « *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance* »

⁵ HCE ; « *Rapport sur les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical* »

⁶ *Le Parisien* ; « *Violences gynécologiques : une information judiciaire ouverte à l'encontre du professeur Daraï* »

⁷ *Causette* ; « *32 femmes dénoncent des violences obstétricales et gynécologiques dans une clinique privée d'Antony* »

la domination des hommes sur les femmes⁸, et qui semble subsister, voir même avoir atteint son paroxysme dans le milieu de la gynécologie/obstétrique.

Marie-Hélène LAHAYE, juriste Belge et auteure du blog « *marieaccouchela* », est aujourd'hui devenue une référence dans la lutte contre les violences gynécologiques et obstétricales (VGO). Cette dernière définit ces violences comme « tout comportement, acte, omission ou abstention commis par le personnel de la santé, qui n'est pas justifié médicalement et/ou qui est effectué sans le consentement libre et éclairé de la femme enceinte ou de la parturiente »⁹. Grâce à sa définition, Marie-Hélène Lahaye a permis de donner un sens juridique aux violences gynécologiques et obstétricales.

Même si les questions de VGO sont désormais encrées dans les débats grâce notamment à l'ancienne secrétaire d'État en charge de l'égalité entre les femmes et les hommes, Marlène Schiappa, qui avait chargé le *Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes* de rédiger un rapport sur le sujet en 2017, les nombres de VGO n'ont eu de cesse que d'augmenter et qui plus est pendant la pandémie de COVID-19¹⁰.

De ce qui précède se pose la question de savoir dans quelle mesure le droit français peut faire face aux violences gynécologiques et obstétricales ? Quelles sont les améliorations pouvant être apportées tant sur le plan légal que sur le plan sociétal et hospitalier ? Telles sont les questions auxquelles ce mémoire tente de répondre sans prétendre à une exhaustivité.

La première partie de ce travail de recherche retracera l'histoire et la construction des violences obstétricales en exposant leur origine et leur évolution, tout en dressant un tableau des différentes conséquences que celles-ci peuvent avoir sur les femmes, tant d'un point de vue physique que psychologique.

⁸ Définition du terme « *sexisme* » sur <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr>

⁹ Marie-Hélène Lahaye ; « *Qu'est-ce que la violence obstétricale ?* » ; <http://marieaccouchela.net>

¹⁰ Collectif TCVOG, « *Enquête Nationale sur la Naissance pendant la pandémie de Covid 19* » ; https://www.google.com/maps/d/embed?mid=1H6GwHGd2EfzBlrNDVBl_obtyv2oPb2pe&ehbc=2E312F

Il y sera démontré comment la domination masculine et le patriarcat ont conduit au fil des siècles à l'objectification du corps des femmes et comment la parole s'est libérée progressivement de l'Amérique à la France.

La deuxième partie aura pour objectif de mettre en avant les différentes failles de notre système de santé qui semble, dans une certaine mesure, être générateur de violences gynécologiques et obstétricales et pouvant présenter des obstacles quant à l'accès au droit aux soins des femmes. Il conviendra ici d'expliquer en quoi le système de santé français peut être à l'origine de maltraitance et en quoi l'organisation même de l'hôpital a pu faire émerger une médecine basée principalement sur le rendement et la technique en s'attardant plus particulièrement sur un des principaux problèmes : le sexisme systémique dans la profession de gynécologie/obstétrique.

Enfin, la troisième partie traitera des violences gynécologiques et obstétricales sous le prisme du droit français et la question d'une fatalité pouvant être améliorable se posera. Cette dernière partie permettra de mettre en évidence les multiples difficultés relevées dans la mise en place actuelle du droit français dans un objectif de lutte contre les VGO, et d'ouvrir la réflexion sur des pistes de solutions à apporter pour lutter contre ce phénomène.

PARTIE 1 : CONSTRUCTION DES VIOLENCES GYNÉCOLOGIQUES ET OBSTÉTRICALES ET LEUR CONSÉQUENCES

*« Je rêve d'une société où les mères sont reconnues
comme les héroïnes qu'elles sont. »
Denis Mukwege*

Si de plus en plus de scandales sur les violences gynécologiques et obstétricales éclatent aujourd'hui, il n'en demeure pas moins que celles-ci existent pourtant depuis des centaines d'années.

Cette première partie permettra dans un premier temps de pouvoir mettre en contexte les violences gynécologiques et obstétricales ainsi que leur évolution **(I)** puis s'intéressera dans un second temps aux différentes formes de violences gynécologiques et obstétricales allant de l'atteinte physique au traumatisme psychologique **(II)**.

I. Les violences gynécologiques et obstétricales : mise en contexte et évolution

En France en 2022, les VGO sont largement couvertes par les médias, mais l'origine de la notion même de VGO n'est pas toujours connue : domination patriarcale, sexisme et pouvoir institutionnel semblent être les premières pierres à l'origine de ce phénomène **(A)**. Par ailleurs, il sera ensuite question de la diffusion internationale de la notion de VGO ayant pour point de départ l'Amérique Latine et plus particulièrement le Venezuela et le Brésil puis de l'importation de ce terme et de sa reconnaissance en France au cours des années 2010 **(B)**.

A. L'origine de la notion des violences gynécologiques et obstétricales : entre domination patriarcale, sexisme et pouvoir institutionnel

Les violences gynécologiques et obstétricales tels qu'elles sont dénoncées aujourd'hui témoignent de la persistance de la domination masculine (1), qui se traduit également par un contrôle poignant de la médecine et des institutions sur la vie des femmes, de leur naissance à leur mort, en passant aussi par la grossesse (2).

1. Le corps des femmes, un « objet » au cœur de la domination masculine depuis des siècles

La domination masculine existe depuis la nuit des temps. De nombreux auteurs allant d'Aristote à Pierre Bourdieu, en passant par l'anthropologue Françoise Héritier, ont tenté, au fil du temps, de comprendre les fondements de la domination masculine ainsi que l'objectivisation du corps féminin et d'en comprendre sa provenance.

Selon Françoise Héritier, la domination masculine trouverait sa source dans une volonté de contrôle de la reproduction de la part de ceux qui ne disposent pas de ce pouvoir si particulier. Il deviendrait alors nécessaire pour les hommes de s'approprier les utérus pour se reproduire, les femmes devenant ainsi une sorte de « marmite » dans laquelle ils pourraient se reproduire¹¹.

Dès la période du paléolithique moyen et pendant des millénaires à suivre, les hommes n'ont eu de cesse que de penser qu'ils étaient les seuls créateurs de leur progéniture et que les femmes n'étaient en fait que des réceptacles dans lesquels ils venaient déposer leurs graines. Françoise Héritier explique que si le coït est primordial pour la fécondation, les hommes en avaient conclu que c'était eux, et seulement eux, qui étaient à l'origine de toute vie, étant donné qu'ils étaient

¹¹ *Le Monde ; Françoise Héritier : « Ce rapport entre les sexes est le problème politique majeur »*

ceux qui mettaient les enfants dans les femmes¹². Il leur fallait donc des femmes à leur disposition pour assurer un prolongement de leur espèce, tout en s'appropriant le corps féminin et l'utérus pour ne pas qu'on puisse leur voler le fruit qu'ils y avaient mis dedans. C'est ici qu'à débiter cette société parfaitement inégalitaire où la mainmise sur les corps et les destins des femmes a été assurée, par des privations tant d'accès au savoir qu'au pouvoir¹³.

Ce n'est seulement qu'au XX^{ème} siècle, avec les avancées de la génétique, que les Hommes ont compris que la femme avait un rôle tout aussi important dans la reproduction, et que sans elles et leurs ovules, il ne pouvait y avoir fécondation¹⁴.

Ces découvertes scientifiques auraient dû permettre un changement dans les mœurs, mais en réalité, ces avancées scientifiques n'ont rien changé puisque les hommes n'ont toujours pas d'autres moyens pour se reproduire que de s'approprier les utérus¹⁵.

2. *Le pouvoir médical et les institutions, historiquement au cœur de la domination sur le corps des femmes*

Simone de Beauvoir écrivait qu'on ne naît pas femme, on le devient, mais il en va de même pour les hommes. Les institutions de socialisation, que cela soit la famille, l'école, les groupes de pairs ou bien la religion joue un rôle primordial dans la construction de l'homme et son développement social. L'État, l'Église, et l'Hôpital n'y échappent pas et ont contribué de manière significative à la perpétuation du sexisme et des violences faites sur les femmes au fil du temps.

¹² Martine Fournier ; « *Les origines de la domination masculine* » ; Éditions Sciences Humaines, 2014

¹³ Sandra Lorenzo, « *Comment Françoise Héritier faisait remonter les origines de la domination masculine à la préhistoire* »

¹⁴ Agnès Fine, « *Masculin, Féminin. La pensée de la différence* », Paris, 1996.

¹⁵ Françoise Héritier ; « *La différence des sexes* », édition Bayard, 2019

Associées au symbole de la fécondité et considérées comme responsables de la reproduction, les femmes ont acquis tout un savoir concernant la grossesse, l'accouchement, les fausses-couches, la contraception ou bien encore l'avortement. Pendant plusieurs siècles, et ce jusqu'à la Renaissance, elles étaient les premières intervenantes dans la santé de la population¹⁶. D'abord considérées comme les dépositaires d'un savoir empirique transmis oralement de mères en filles, les femmes maîtrisaient l'usage et les vertus des plantes médicinales dont certaines sont toujours aujourd'hui à la base de produits pharmaceutiques contemporains¹⁷.

Il est important de se rappeler qu'à l'époque, et plus particulièrement au moyen âge, l'Église catholique occupait une place prépondérante dans la société, c'est elle qui avait les pleins pouvoirs, et on ne pouvait remettre en question le sexisme présent de manière abondante dans ses discours : « *Une femme qui pense seule pense au mal* » écrivait-elle¹⁸. Ce principe de l'Église, contribua majoritairement à l'oppression faite aux femmes notamment car c'est de ces propos que découlèrent la *chasse aux sorcières* qui fut le fruit d'une association entre l'Église, l'État et le corps médical¹⁹.

Cette chasse aux sorcières est intervenue au moment même où l'État entreprit les débuts d'une politique de reproduction intensive mais aussi dans le but de couper les femmes de tout contrôle sur leur corps et la reproduction²⁰. Ainsi, les sages-femmes, infirmières - qualifiées de sorcières - furent marginalisées ou tuées par milliers²¹, et remplacé par des médecins hommes, qui s'emparèrent de la gynécologie. L'État et les hommes s'emparèrent ainsi des normes

¹⁶ DÉCHALOTTE, « *Le livre noir de la gynécologie. Maltraitements gynécologiques et obstétricaux : libérer la parole des femmes* », Paris, First Editions, 2017, pp. 151 à 154

¹⁷ « *Santé : Femmes sachantes* » ; Paru dans *Femmes ici et ailleurs* #22, novembre-décembre 2017

¹⁸ Mona Chollet ; « *Sorcières. La puissance invaincue des femmes* », Paris, 2018, 240 pages.

¹⁹ Barbara Ehrenreich & Deirdre English : « *Sorcières, sages-femmes et infirmières, une histoire des femmes et de la médecine* » 1972

²⁰ Barbara Ehrenreich & Deirdre English : « *Sorcières, sages-femmes et infirmières, une histoire des femmes et de la médecine* » 1972

²¹ « *Au fil des siècles, la chasse aux sorcières a fait des milliers de victimes* » ; <https://www.nationalgeographic.fr>

reproductives et contrôlèrent la procréation, notamment en criminalisant certains comportements, tels que l'avortement et la contraception²².

Cette monopolisation des salles d'accouchement par les hommes s'est également accentuée dans le temps par la généralisation de l'usage d'instruments obstétricaux tels que le forceps qui sont devenus un symbole de la puissance masculine, dans la mesure où l'utilisation de ces objets fut interdite à l'usage féminin²³. C'est dans un tel contexte que la grossesse et l'accouchement furent progressivement un objet d'étude pour les scientifiques masculins²⁴, et que les femmes furent placées en tant qu'objet et non en tant que sujet pensant, les excluant ainsi et de manière paradoxale du processus de l'accouchement.

Au 19^{ème} siècle, après des siècles de persécutions et d'exécutions, l'image qu'on peignait de la femme, et plus particulièrement de la femme enceinte, était celle d'une personne fragilisée, nécessitant protection et surveillance de la part des médecins masculins²⁵. Les femmes étaient considérées comme inférieures aux hommes, et se virent de plus en plus imposées une surmédicalisation de leur suivi obstétrical.

L'invention par les hommes de l'hystérie a également été une excuse pour les hommes pour contrôler les femmes.

En effet, l'hystérie, aussi appelée « maladie de l'utérus », a longtemps été diagnostiquée comme une névrose chez des femmes, dont les comportements ne correspondaient pas à ce que la société patriarcale attendait de celles-ci²⁶. Le terme « hystérie », du Grec pour « utérus » était donc une maladie spécifiquement féminine dont la théorie, à l'époque, voulait que la maladie mentale féminine soit causée par l'utérus qui se serait déplacé jusqu'au cerveau dont il aurait

²² M.-H. Lahaye, « Accouchement. Les femmes méritent mieux », p. 82.

²³ Ovidie, « Tu enfanteras dans la douleur », 2019 (reportage)

²⁴ B. Cascales & L. Négrié, « L'accouchement, une question clivante pour les mouvements féministes », *Travail, genre et sociétés*, n° 39, 2018, p. 145.

²⁵ Françoise Héritier, « Masculin, Féminin. La pensée de la différence », Paris, O. Jacob, 1996

²⁶ Nicole Edelman, « Métamorphoses de l'hystérique » *La Découverte*, 23 Janvier 2003

attaqué les cellules, rendant ainsi les femmes folles²⁷. Afin de pouvoir soigner et contrôler cette maladie, les médecins masculins ont eu recours à différentes procédures comme par exemple la clitoridectomie²⁸, ou l'hystérectomie²⁹ mais pratiquaient également des massages génitaux à leurs patientes dans le but de leur faire avoir des orgasmes afin de faire redescendre l'utérus à sa place. Toutes ses pratiques ont été réalisées pendant des années sans le consentement des intéressés, mais seulement avec l'accord du père ou du mari, et constituent les prémices des violences gynécologiques et obstétricales. L'ablation comme traitement sera quant à elle utilisée jusque dans les années 60.

Si l'hystérie a été officiellement retirée de la classification internationale des maladies en 1952³⁰, le terme persiste et est devenu une insulte sexiste commune dont les femmes font l'objet lorsque leurs comportements ne correspondent pas aux attentes de la société patriarcale.

In fine, au fil des siècles, c'est un véritable partenariat entre l'Église, l'État et la profession médicale qui s'est noué, ou chacun participa à un déclasserment des femmes dans la médecine et plus particulièrement dans la gynécologie. L'histoire montre bien que les femmes ont non seulement été écartées en tant que sujet mais également réduite à un objet, y compris jusque dans les salles d'accouchements. Les femmes ont, au fil de l'histoire et sur tous les continents, été victimes d'une oppression qui continue de se manifester à leur égard par le sexisme des institutions et leur surmédicalisation par le pouvoir médical. A termes, cela a conduit à de nombreuses violences, et notamment des violences gynécologiques et obstétricales, à leur rencontre.

²⁷ « *Hystérie : une histoire de femmes ?* », Allô Docteurs, 2018

²⁸ *Ablation du clitoris*

²⁹ *Ablation de l'utérus*

³⁰ « *Histoire de l'hystérie, cette excuse pour contrôler les femmes* », 2017

B. De l'émergence des violences gynécologiques et obstétricales en Amérique Latine à l'entrée dans les débats publics en Europe et en France

Les violences gynécologiques et obstétricales existent donc depuis des millénaires, mais les femmes ont mis énormément de temps à témoigner des sévices qu'elles ont si longtemps enduré. Le terme de violences gynécologiques et obstétricales n'a d'ailleurs émergé que très récemment sur la scène publique, en particulier grâce aux actions de plusieurs pays d'Amérique Latine, pionniers en la matière (1) et qui ont favorisé par la suite un mouvement de libération de la parole en France notamment grâce à l'essor des réseaux sociaux (2).

1. Le Venezuela et l'Argentine, acteurs majeurs et pionniers dans la lutte contre les violences gynécologiques et obstétricales

Depuis les années 2000 et partout dans le monde, une intensification de la médicalisation de l'accouchement est constatée.

Entre 1990 et 2014, le taux mondial d'accouchements assistés par un personnel soignant qualifié est passé de 59% à 71%³¹.

Cette médicalisation de la grossesse et de l'accouchement a incontestablement participé à la baisse significative du nombre de décès maternelle et néonatale mais a par ailleurs favorisé un certain nombre de VGO et de pratiques dites « abusives », c'est-à-dire non-médicalement justifiées ou nécessaires.

C'est à partir du milieu des années 2000 que l'on assiste progressivement à l'émergence de la notion de « violence obstétricale ».

Ce terme est premièrement apparu en Amérique du Sud, dans un contexte de recherche d'humanisation de la naissance et d'une remise en cause de l'accouchement hyper médicalisé,

³¹ Nations Unies, « Objectifs du Millénaire pour le développement », Rapport 2015.

dans le but de répondre à une volonté grandissante de progrès social des divers gouvernements en place³².

C'est donc majoritairement sous la pression d'associations féministes militantes et d'ONG en 2006, que le Venezuela a été le premier pays au monde à inscrire les violences obstétricales dans sa loi nationale, dite « *Loi organique sur le droit des femmes à une vie sans violence* », loi ayant pour objectif de garantir aux femmes une vie sans violence et à créer les conditions pour éradiquer la violence envers ces dernières³³.

Ainsi, pour désigner les actes sexistes les plus graves commis lors du suivi gynécologique et obstétrical, les « *violencia obstetrica* » sont définies par le texte de loi comme : « *l'appropriation du corps et des processus reproductifs des femmes par le personnel de santé, qui s'exprime par un traitement déshumanisant, un abus de médicalisation et une pathologisation des processus naturels, conduisant ainsi pour les femmes à une perte d'autonomie et de capacité à décider librement de leur corps et de leur sexualité, aboutissant ainsi à un impact négatif sur leur qualité de vie* »³⁴.

D'autres pays d'Amérique du Sud ont ensuite légiféré précisément sur les violences obstétricales dans le but de les combattre.

C'est le cas notamment de l'Argentine qui à partir des années 2000, dans un contexte de crise économique, politique et sociale important, a instauré de nombreuses mesures dans le but de redresser l'économie du pays et son climat social³⁵.

³² *Gaceta Oficial No. 40.548 de la República Bolivariana de Venezuela, Ley Orgánica Sobre el Derecho de Las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Caracas, Venezuela, April 23, 2007.*

³³ *Rogelio Pérez D'Gregorio, « Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela », International Journal of Gynecology and Obstetrics, Novembre 2010, p. 205.*

³⁴ *República Bolivariana de Venezuela, Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia [Organic Law on the Rights of Women to a Life Free of Violence]. 2007, Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela Caracas*

³⁵ *Albert Broder, « Argentine : inflation, dette et crise Le modèle inversé », 2012, Outre-Terre, n° 31, p. 35-50*

Par conséquent, en août 2004, une première loi³⁶ connue comme « *la loi de la naissance humanisée* » est promulguée. Cette législation argentine régleme et établit les droits dont jouissent les femmes pendant leur grossesse, l'accouchement et le post-partum³⁷. Elle pousse également les hôpitaux ainsi que tous les professionnels de santé à appliquer des mesures et à mettre en œuvre les changements nécessaires pour assurer le bon respect de cette loi.

En 2009, la législation a été complétée par la loi 26.485 « *pour la protection intégrale des femmes* »³⁸. Cette loi viendra à son tour définir en son 6^{ème} article les violences gynécologiques et obstétricales comme : « *le traitement exercé par le personnel de santé sur le corps des femmes et leurs processus reproductifs, qui s'exprime par un traitement déshumanisé, un abus de médicalisation et la pathologisation des processus naturels, conformément aux droits établis dans la précédente loi de Naissance Humanisée 25.929* »³⁹.

Les VGO sont également punissables avec le soutien de l'article 89 du Code Pénal National, qui punit d'emprisonnement quiconque cause à autrui, des dommages au corps ou à la santé qui ne sont pas prévus dans une autre disposition de ce code. Par ailleurs, il semble pertinent de souligner que le concept d'atteinte à la santé comprend aussi bien la santé du corps que la santé mentale, de sorte que l'altération du psychisme constitue également un délit de lésion.⁴⁰ Ainsi, dans le cadre de VGO, sont punissables par la loi Argentine, toutes les violences physiques mais aussi mentales et psychiques.

³⁶ *Ley 25.929 de Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento. Declaración sobre difusión del Parto Humanizado*

³⁷ UNICEF « *Rights of the woman and the newborn baby in Argentina* »

³⁸ *LEY DE PROTECCION INTEGRAL A LAS MUJERES, Ley 26.485 ;*
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>

³⁹ *Ley nacional N.o 26.485 - Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, 1 April 2009.*
https://www.oas.org/dil/esp/Ley_de_Proteccion_Integral_de_Mujeres_Argentina.pdf

⁴⁰ *Soler, Sebastián, « Argentine Criminal Law III », Buenos Aires, 2004, TEA. p. 120.*

Plusieurs pays d'Amérique Latine ont suivi le mouvement dès 2010, comme le Brésil et plusieurs états Mexicain⁴¹, mais il faudra attendre près de 10 ans après la première apparition du terme « violences gynécologiques et obstétricales » pour que celui-ci fasse son entrée sur la scène publique en France.

2. *Une libération de la prise de parole plus tardive en France notamment relayée grâce aux réseaux sociaux*

En France, la question des maltraitances sexistes et des violences lors du suivi gynécologique et obstétrical a récemment fait son apparition dans la sphère publique grâce à plusieurs événements marquants, particulièrement relayés dans les médias et sur les réseaux sociaux.

En mars 2014, une chroniqueuse relaie sur son blog un article d'une sage-femme libérale intitulé « *Le point du mari* »⁴², dans lequel la lanceuse d'alerte met en lumière une pratique enseignée dans certaines écoles de sages-femmes, qui consiste à recoudre par quelques points supplémentaires une épisiotomie⁴³, afin de « resserrer » le vagin de la femme, dans le but supposé d'améliorer la sexualité du partenaire masculin lors de la pénétration. Suite à la publication de ce témoignage, un grand nombre d'articles de presse ont été publiés sur le sujet, et de nombreux échanges et témoignages de patientes et de personnels de santé ont été relayés sur les réseaux sociaux, si bien que le président du Syndicat National des Gynécologues-Obstétriciens de France (SNYGOF) de l'époque, Jean Marty, avait d'ailleurs réagi en niant

⁴¹ EL KOTNI Mounia, « La place du consentement dans les expériences de violences obstétricales au Mexique », *Autrepart*, 2018, n°85, pages 39 à 55

⁴² « *Point du mari* » : la chroniqueuse Isabelle Alonso reproduit sur son blog un texte de la sage-femme libérale et auteure Agnès Ledig ; <http://www.isabelle-alonso.com/le-point-du-mari/>

⁴³ L'épisiotomie est une intervention chirurgicale qui consiste à inciser le périnée lors de l'accouchement, pour faciliter la sortie du bébé et éviter les déchirures graves spontanées.

l'existence d'un tel acte au sein de la profession⁴⁴. Interrogé sur le sujet par une journaliste du monde, voici ce qu'il rapporte : « *C'est surtout "dans la tête des femmes". La chirurgie est du domaine de l'art, on peut penser que certains médecins ont eu l'idée qu'en modifiant un peu leur façon de suturer, ils amélioreraient un peu la sexualité, et ça, ça ne nous choque pas. Vous avez aussi des femmes qui sont bien dans la victimologie, qui se retrouvent dans une forme de souffrance parce qu'elles arrivent à susciter l'intérêt* »⁴⁵.

Le Collectif Interassociatif autour de la naissance (CIANE)⁴⁶ créé quelques années auparavant avait publié une enquête nationale en 2012 sur le vécu des femmes lors de l'accouchement afin de pouvoir rapporter leur parole auprès des professionnels de santé. Cette enquête, dont les résultats sont déclinés en plusieurs thématiques comme le respect du consentement dans les soins ou bien encore la prise en charge de la douleur, a permis de rendre compte de manière objective du ressenti des femmes face à leur prise en charge périnatale⁴⁷. Ainsi, tout le bruit ayant découlé de la publication de l'article sur le point du mari a permis au CIANE de gagner en visibilité, et a favorisé son implantation permanente dans la lutte contre les VGO dans notre pays, notamment avec la publication en 2016 de sa bibliographie sur les « violences obstétricales »⁴⁸ permettant une approche scientifique et juridique du sujet.

En novembre 2014, une étudiante en pharmacie, publie sur Twitter le message suivant : « *Ça vous dit pas qu'on fasse un hashtag pour parler de l'accès aux soins des gens qui ont un utérus* »

⁴⁴ Diane Jeantet, « Derrière le « point du mari », le traumatisme de l'épisiotomie », *Le Monde.fr*, 18.04.2014 ; https://www.lemonde.fr/sante/article/2014/04/18/derriere-le-point-du-mari-le-traumatisme-de-l-episiotomie_4403470_1651302.html

⁴⁵ *Ibid.*

⁴⁶ Collectif français ayant pour ambition de faire entendre les droits des femmes et d'améliorer les conditions de la naissance dans notre pays. Il vise à faire évoluer les attitudes et les pratiques entourant la maternité, de manière à les rendre plus respectueuses.

⁴⁷ CIANE, « Enquête accouchement », 2012 ; <https://ciane.net/publications/enquete-accouchement/>

⁴⁸ CIANE, « Bibliographie sur la violence obstétricale », 2016 ; <https://ciane.net/2016/04/bibliographie-violence-obstetricale>

? » puis « *Allons-y, tweetez sur #PayeTonUterus pour raconter vos galères médicales.* » Plus de 7000 témoignages seront publiés en moins de 24 heures⁴⁹ :

« *Quand j'ai acheté une pilule du lendemain, leçon de morale de la pharmacienne. Quand mon mec l'a acheté, elle l'a félicité* » #PayeTonUtérus ;

« *Quand je mentionne ma copine, la gynéco me dit « Je vais vous prescrire la pilule pour quand vous aurez une vraie relation »* » #PayeTonUtérus ;

« *Quand tu vas chez la gynéco à causes de tes douleurs menstruelles insupportables et qu'elle te dit que t'as un problème de poids* » #PayeTonUtérus ;

« *Vous n'allez pas lui faire ça ?!* » : je proposais à ma gynéco d'utiliser plutôt le préservatif que la pilule avec mon mari. #PayeTonUtérus ⁵⁰

Contrairement au point du mari qui semblait à l'époque être une procédure à laquelle le personnel de santé n'avait que peu recours, le nombre de témoignages relayés sur les réseaux montrent bien la fréquence et la diversité des actes sexistes et violents endurés par les femmes ainsi que leur exaspération concernant leur prise en charge médicale, particulièrement dans le domaine gynécologique. L'utilisatrice à l'origine de l'hashtag avait d'ailleurs déclaré à une journaliste que « *les galères avec le corps médical ne sont pas des dysfonctionnements sporadiques mais un réel problème sociétal, d'où le fait que tout le monde avait quelque chose à dire sur le sujet*⁵¹ ».

⁴⁹ HCE, « *Actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : reconnaître et mettre fin à des violences longtemps ignorées* », Rapport n° 2018-0-26 SAN-034, Paris, 26 juin 2018, p.51

⁵⁰ Sélection de tweets sous l'hashtag « #payetonuterus », <https://twitter.com/hashtag/payetonuterus>

⁵¹ Margaux Duguet, « #PayeTonUterus : les dessous d'un buzz », Europe 1, Novembre 2014 ; <https://www.europe1.fr/societe/PayeTonUterus-les-dessous-d-un-buzz-694418>

À ce jour, l'hashtag « *PayeTonUtérus* », ainsi que la page facebook « *PayeTonGynéco*⁵² », créé en Janvier 2017 sont toujours très actifs en France.

En février 2015, une série de documents dénombrant des acquis à valider par des étudiants de la Faculté de médecine de l'Université Lyon-Sud est diffusée sur Twitter. Parmi ces acquis, figure « *apprentissage du bloc sur patiente endormie* », incluant des touchers vaginaux effectués sous anesthésie générale (« TV/AG ») et sans consentement au préalable des patientes. L'affaire des TV/AG suscite à nouveau une forte polémique et est massivement relayée sur les réseaux sociaux ainsi que dans les médias. Le 6 février 2015, Marie-Hélène Lahaye, juriste Belge et autrice du blog « *Marie accouche là* » publie une tribune intitulée « *Le consentement, point aveugle de la formation des médecins* »⁵³, et lance avec des associations et mouvements féministes la pétition « *Non aux touchers vaginaux non consentis*⁵⁴ ». Cette dernière étant directement adressée à la ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, Marisol Touraine, c'est la première fois que la question entre dans la sphère politique. Le gouvernement demande par la suite la réalisation d'une enquête sur les conditions d'apprentissage de l'examen clinique aux étudiants en médecine, dont le rapport final sera jugé « *très préoccupant* » par la ministre.

Marisol Touraine ne sera pas le seul membre du gouvernement à réagir aux nombreux scandales et témoignages sur la question des violences gynécologiques et obstétricales. En 2017, Marlène Schiappa, Secrétaire d'État chargée de l'Égalité entre les femmes et les hommes, déclare avoir commandé un rapport au Haut Conseil à l'Égalité sur les violences obstétricales pour rendre compte, de manière effective, de la situation en France. Le HCE lui remettra, le 29 juin 2018,

⁵² Page du réseau social Facebook regroupant des témoignages de sexisme et/ou de violences gynécologiques /obstétricales

⁵³ Marie-Hélène Lahaye, « *Le consentement, point aveugle de la formation des médecins* », *Marie Accouche Là*, 6 février 2015

⁵⁴ Pétition « *Non aux touchers vaginaux non consentis !* » ; <https://www.change.org/p/marisol-touraine-ministre-de-la-sant%C3%A9-non-aux-touchers-vaginaux-non-consentis>

le rapport « *Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical* », contenant 26 recommandations pour des pistes d'amélioration⁵⁵.

Depuis 2014, c'est donc par la question des actes pratiqués sur des femmes sans leur consentement qu'a émergé la question des VGO lors du suivi médical des femmes. Ces dénonciations ont donné lieu au fil des années à un afflux important de témoignages de femmes sur les réseaux sociaux ainsi que dans les médias. Cependant, les violences gynécologiques et obstétricales restent encore aujourd'hui un phénomène mal appréhendé et mal défini, tant d'un point de vue juridique que sociétal.

II. Les différentes formes de violences gynécologiques et obstétricales : entre atteintes physiques et traumatismes psychologiques

Depuis plusieurs années maintenant, le champ de la santé publique s'investit dans la lutte contre la violence quelle qu'elle soit, dans le but limiter et lutter contre celles-ci. Comme ont pu en témoigner les parties précédentes, les violences gynécologiques et obstétricales ne sont pas des cas isolés mais sont nombreuses et peuvent être physiques et/ou verbales. Dans le cadre de ce mémoire, il semblera alors pertinent de classer et définir les différents types de violences gynécologiques et obstétricales **(A)**, puis de tirer les conséquences et les impacts que ces violences ont sur les femmes **(B)**.

A. Classifications et définitions des différents types de violences gynécologiques et obstétricales

Étymologiquement, le terme « *violence* » provient du latin « *violencia* » issu du verbe « *vis* » (volere), signifiant « *vouloir* » et découlant du mot grec « *bia* », renvoyant à la « *force en action* » ou la « *force exercée contre quelqu'un* »⁵⁶. Elle est définie par l'Organisation

⁵⁵ HCE, « *Actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : reconnaître et mettre fin à des violences longtemps ignorées* », Rapport n° 2018-0-26 SAN-034, Paris, 26 juin 2018

⁵⁶ Étymologie violence : <https://sites.google.com/site/etymologielatingrec/home/v/violence>

mondiale de la santé (OMS) comme étant « *l'utilisation intentionnelle de la force physique ou de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès*⁵⁷ ». La gynécologie et l'obstétrique sont, quant à elles, deux spécialités médicales qui s'intéressent toutes deux à la prise en charge de la femme mais qui restent caractérisées par des rôles différents, malgré leur complémentarité. Ainsi, il existe donc une distinction entre violences gynécologiques (1) et violences obstétricales (2).

1. Violences gynécologiques

La gynécologie, du grec « *gyneaikos* » qui signifie « *femme* », est une spécialité exercée par des gynécologues médicaux qui vont accompagner les femmes tout au long de leur vie. Ils assurent ainsi le suivi de leur vie intime, ainsi que le diagnostic et le suivi des maladies touchant à l'appareil génital féminin. Le gynécologue est également compétent pour participer au suivi de leur grossesse, mais ne pratique pas d'acte chirurgicale relatifs à la grossesse.

Les violences gynécologiques représentent donc toutes les violences dont peuvent être victimes les femmes lors de consultations gynécologiques. Souvent en situation de vulnérabilité, les femmes peuvent être victimes de sexisme, d'humiliations ou de violences physiques lors de ces examens.

Dans son rapport « *Actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : reconnaître et mettre fin à des violences longtemps ignorées* », le HCE classe les VGO en six groupes non exhaustifs⁵⁸ :

- Non-prise en compte de la gêne de la patiente, liée au caractère intime de la consultation

⁵⁷ OMS, « *Global Consultation on Violence and Health - Violence: a public health priority* », 1996, Genève

⁵⁸ HCE, « *Actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : reconnaître et mettre fin à des violences longtemps ignorées* », 2018, p32

- Propos porteurs de jugements sur la sexualité, le poids, l'âge, la volonté ou non d'avoir un enfant et qui renvoient à des injonctions sexistes
- Remarques et injures sexistes
- Actes (interventions médicales, prescriptions, etc) exercés sans recueillir le consentement ou sans respecter le choix ou la parole de la patiente
- Actes ou refus d'actes non justifiés médicalement
- Violences sexuelles : harcèlement sexuel, attentat à la pudeur et viol

Dans le cadre des violences gynécologiques en particulier et suivant cette typologie voici plusieurs exemples de violences courantes :

- Imposition de toucher vaginal ou toute autre pénétration (vaginale ou anale) sans recueillir/contre le consentement, et/ou pratiqué en dehors des nécessités médicales posées par l'article 16-3 du code civil, ce qui en la matière constitue un viol, soit un crime dont l'infraction est définie à l'article 222-23 du Code Pénal par « *Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise*⁵⁹ ».
- Les violences gynécologiques peuvent également être des examens cliniques invasifs et non consentis, qui sont faits en dehors de toute explication sur leur utilité, comme par exemple le retrait de dispositifs contraceptifs sous cutanés sans anesthésie.
- Un mauvais accompagnement dans le choix libre et éclairé d'une contraception constitue également une violence gynécologique. De nombreux messages dénoncent par exemple le refus de pose de stérilet ou DIU (Dispositif Intra-Utérin) sur les nullipares⁶⁰ alors que la HAS affirme qu'il n'existe aucune contre-indication à l'utilisation d'un tel dispositif chez ces femmes.
- Les propos porteurs de jugements et les injures sexistes constituent à eux seuls une large partie des violences gynécologiques et sont moralisateur voir contre-productif (cf. témoignages en annexes).

⁵⁹ Article 222-23 du Code Pénal ; https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043409305/

⁶⁰ Patientes n'ayant pas eu d'enfants

- Enfin la non prise en charge de la douleur constitue une violence. En effet, celle-ci est un droit du patient qui lui est garanti par la loi : « *toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée*⁶¹ ». De nombreux témoignages mettent en avant une infantilisation des femmes de la part du personnel soignant quant à leur capacité à emmagasiner la douleur : « encore une hystérique en train de feindre des douleurs pour rien ⁶²».

2. Violences obstétricales

L'obstétrique est la spécialité médico-chirurgicale qui prend en charge la grossesse et l'accouchement. L'obstétricien assure donc la prise en charge de la mère et de l'enfant à naître, et gère les suites de couches. Généralement secondé par la sage-femme qui gère les grossesses "normales", l'obstétricien, assure le suivi des grossesses dites pathologiques. C'est lui qui réalise les accouchements « assistés » comme les césariennes ou bien les accouchements nécessitant l'utilisation d'instruments obstétricaux comme les forceps.

Les violences obstétricales sont donc liées aux violences dont peuvent être victimes les femmes lors de leur accouchement :

- Refuser de procéder à une anesthésie/péridurale lors d'un acte chirurgical (césarienne en urgence, ou recoudre à vif une épisiotomie) est une violence obstétricale. L'argument de l'urgence vitale est systématiquement utilisé pour justifier que les femmes subissent ces actes sans anesthésie. Pourtant à titre comparatif, il semblerait qu'aucun patient souffrant d'une péritonite ne soit opéré à vif, et pourtant cette opération souvent faite en urgence, relève de l'urgence vitale.
- Culpabiliser une femme de ne pas vouloir un accouchement standardisé et ne pas respecter son projet de naissance (ex. refus d'allaitement, pas de césarienne) quand

⁶¹ Article L1110-5, code de la santé publique

⁶² Violence gynécologique : témoignage d'une femme pour Konbini , vidéo disponible ici : <https://www.konbini.com/news/violences-gynecologiques-hysterique-train-de-feindre-douleurs/>

celui-ci est réalisable et sans contre-indications avérées, constitue une violence obstétricale.

- Procéder à des pratiques proscrites par les recommandations⁶³, telle que l'expression abdominale⁶⁴ est une violence obstétricale.
- Pratiquer des déclenchements, des césariennes ou des épisiotomies de manière systématique par gain de temps ou d'argent, sans recueillir le consentement de la patiente, constitue une violence obstétricale.
- Les mutilations en tout genre tel que « le point du mari » très souvent effectué sans le consentement de la patiente, sont des violences obstétricales.
- Interdire à la patiente de boire et de manger pendant l'accouchement constitue une violence obstétricale.

En effet, dans plusieurs maternités en France, les femmes se voient refuser de boire ou manger pendant plusieurs heures dans le but de prévenir le risque d'inhalation bronchique du liquide gastrique⁶⁵, notamment pendant l'anesthésie générale, mais ce principe a été démantelé à multiples reprises et la HAS recommande à l'inverse une hydratation conséquente pendant l'accouchement⁶⁶.

- Se voir retirer son nouveau-né pendant plusieurs heures à la suite de l'accouchement sans être informé des raisons constitue une violence obstétricale. Une femme témoigne : *« on ne me l'a pas montré, on me l'a enlevé, on n'a pas cherché à faire en sorte que je puisse le voir, le toucher. Je ne l'ai vu – à travers une vitre – qu'au bout de deux jours. Je ne l'ai pris dans mes bras – sans peau à peau - qu'au bout de 4 ou 5 jours... Personne dans l'équipe médicale n'a rien fait pour que je rencontre mon enfant. L'excuse était : j'avais eu une césarienne, je ne pouvais pas marcher. J'ai pu ensuite me déplacer en*

⁶³ Haute Autorité de Santé, *L'expression abdominale durant la 2^e phase de l'accouchement, recommandations professionnelles, consensus formalisé, Janvier 2007*

⁶⁴ *Acte consistant à appliquer une forte pression sur le fond de l'utérus, donc sur le ventre de la parturiente au niveau des côtes, afin d'accélérer l'expulsion fœtale*

⁶⁵ *Syndrome de Mendelson*

⁶⁶ HAS, *« Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales » Rapport et recommandations, 2017*

fauteuil roulant – donc JE me suis déplacé derrière la vitre pour le voir.... De loin – et ... mon fauteuil n'était pas stérile donc interdiction de rentrer ! Il me manque À VIE plusieurs jours. Comme à lui certainement. D'où peut-être ce « besoin » que nous avons tous les deux de nous faire autant de câlins et lui ce rejet de fêter son « anniversaire »... ».

- Refus de pratiquer une IVG ou une ligature des trompes sans orienter la patiente vers un/une confrère est une violence obstétricale.

Par ailleurs, avec la COVID 19, nous avons vu apparaître de nouvelles formes de violence au sein des maternités. En effet de nombreuses patientes se sont vu refuser un accompagnement pendant l'accouchement or le droit à être accompagnée par la personne de son choix lors du suivi de grossesse, de l'accouchement et des suites de la naissance est reconnu par l'OMS comme l'un des piliers fondamentaux pour le droit de toute femme à une expérience positive et sans risques de l'accouchement.⁶⁷

Le 18 mars 2020, l'OMS a d'ailleurs rappelé que ce droit devait être respecté pour « toutes les femmes enceintes, y compris celles dont l'infection par le virus de la COVID-19 est confirmée ou soupçonnée ». Malheureusement, de nombreux témoignages rapportent que ce ne fut pas le cas, constituant ainsi une violence obstétricale.

Par ailleurs, d'autres femmes se sont également vu imposer le port du masque obligatoire pendant plusieurs heures de travail, ce qui a conduit à de moins bonnes poussées et donc à une plus grande utilisation de forceps et ventouse et à de nombreuses gênes et malaises pendant l'accouchement⁶⁸.

Ces actes de violences sont tous réalisés par un personnel soignant qui a pourtant bel et bien connaissance du statut légal de la personne enceinte, qui en l'espèce, peut être qualifiée de «

⁶⁷ (WHO, 2016, 2018).

⁶⁸ Tou.te.s Contre les Violences Obstétricales et Gynécologiques, « enquête nationale sur la grossesse, l'accouchement et le post-partum pendant l'épidémie de Covid-19 », 20 juillet 2020, 66 p.

personne vulnérable ». Bien évidemment, comme à la suite de toutes violences, ces actes ont des impacts plus ou moins lourds de conséquences sur ces dernières.

B. Conséquences et impacts des violences gynécologiques et obstétricales sur la femme

Ces violences qu'elles soient gynécologiques ou obstétricales peuvent avoir de lourdes conséquences à court et/ou à long terme, sur la santé physique des femmes (1), mais aussi sur leur santé psychique (2) ainsi que sur leur vie professionnelle et dans leur rapport aux soins (3).

Peu connu et reconnu, l'impact de ces manifestations fait encore peu l'objet d'un accompagnement approprié et la prise en charge s'avère encore insuffisante.

1. Les conséquences physiques

À la suite de VGO (plus souvent physiques que verbales dans ce premier point abordé), les femmes vont souffrir de séquelles plus ou moins invalidantes qui auront des répercussions à court, moyen et long terme sur la qualité de leur vie. Par exemple, l'épisiotomie lors de l'accouchement, qui n'a rien d'anodin, peut avoir de lourdes conséquences physiques post-accouchement. En effet, l'épisiotomie, qui pour rappel consiste à inciser le périnée pour l'élargir et faciliter le passage du bébé, touche à une zone extrêmement sensible et douloureuse ayant déjà été affaiblie par neuf mois de grossesse. Marie Hélène Lahaye en vient même à comparer la pratique de l'épisiotomie à l'excision : « *Cette mutilation inclut la section définitive de nerfs de ce muscle et d'une partie profonde du clitoris dont on sait maintenant qu'il se prolonge de part et d'autre du vagin. Les conséquences de l'épisiotomie ressemblent pour beaucoup de femmes à celles de l'excision : douleurs intenses pendant plusieurs semaines, perte d'estime de soi, souffrance pendant les relations sexuelles, chute de libido, dépression...* »⁶⁹

⁶⁹ Marie-Hélène Lahaye, « *Episiotomie, excision, ce sexe féminin qui effraye* », disponible sur son blog *marieaccouchela*, Janvier 2014

De plus, l'épisiotomie génère ce que l'on appelle des lésions périnéales qui entraînent douleurs quotidiennes et contraignantes pouvant aller jusqu'à empêcher la femme de s'asseoir ou de marcher⁷⁰.

Par ailleurs, il semblerait que l'épisiotomie cicatrise plus difficilement qu'une déchirure naturelle, et favoriserait paradoxalement les déchirures lors des accouchements suivants⁷¹.

Enfin, les fuites urinaires et les descentes d'organes (prolapsus) sont favorisés par les accouchements difficiles⁷², et la femme peut également souffrir de dyspareunie (persistante), une pathologie caractérisée par des douleurs vives pendant les rapports sexuels.

En effet, si la dyspareunie est un phénomène couramment observé chez une majorité de femmes après l'accouchement, les symptômes ne persistent que rarement après quelques mois. Cependant, plusieurs études mettent en avant le fait que des femmes ayant déclaré souffrir de dyspareunie à six mois postpartum en souffrait toujours au bout de 18 mois⁷³. Ils précisent par ailleurs que « *les femmes qui avaient le plus tendance à souffrir d'une dyspareunie persistante étaient celles chez qui l'on avait dû recourir à une césarienne ou à l'utilisation de forceps ou de ventouses obstétricales*⁷⁴ ».

Pour beaucoup de femmes qui témoignent, la réalité de ces séquelles physiques est trop souvent ignorée voire niée par le corps médical et la prise en charge des celles-ci quasi inexistante.

⁷⁰ HCE., *opt. cit.*, p. 44.

⁷¹ Périnée Shop, « Déchirures périnéales et épisiotomie : quelles incidences sur le périnée ? », 2014

⁷² Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, « Descente d'organes (prolapsus): 5 vérités »

⁷³ EA McDonald, D Gartland, R Small, SJ Brown, « Dyspareunia and childbirth: a prospective cohort study », BJOG: International Journal of Obstetrics & Gynaecology, Janvier 2015

⁷⁴ Le quotidien du médecin, « Césarienne et violences sexuelles, les deux causes principales de la dyspareunie persistante », Janvier 2015

2. Les conséquences psychologiques

Les violences gynécologiques et obstétricales, sont l'une des causes principales du syndrome de stress post-traumatique après un accouchement. En effet, entre 10 et 20% des femmes victimes de VGO souffrent d'un état de stress post-traumatique (ESPT)⁷⁵. Ce dernier est défini comme « *un trouble anxieux sévère, qui se développe à la suite d'un événement ayant entraîné une détresse intense. Ce trouble s'installe de manière durable, perturbe profondément la vie quotidienne et peut, s'il n'est pas soigné, se compliquer de dépression*⁷⁶ ».

La personne atteinte d'ESPT revit en permanence l'événement sous forme de flash-backs et éprouve également un certain sentiment d'anesthésie émotionnelle : « *Les gens me disent : « vous êtes en bonne santé, votre bébé est en bonne santé, de quoi vous vous plaignez ? » Mais moi clairement, ils m'ont tué à l'intérieur. Ils ont tué mon âme. Quand je suis sortie de mon accouchement, j'étais en stress post-traumatique, je pleurais tout le temps, crises de panique, de larmes, y a les images en boucle de l'accouchement qui reviennent. C'est la mort, c'est comme si on était mort, dans une enveloppe vivante.*⁷⁷ »

De nombreux autres témoignages de femmes en ESPT expliquent avoir connu un détachement émotionnel avec leur nouveau-né car celui-ci pouvait amener les femmes à se rappeler de l'accouchement qui pour la plupart d'entre elles fut compliqué⁷⁸. Les VGO peuvent donc être une des causes à la dépression post-partum, qui nécessite, comparé au Baby-Blues, un traitement et des soins adaptés.

La gynécologie et l'obstétrique sont des domaines dans lesquels le consentement est primordial, de par le caractère intimidant de la profession. Ainsi, lorsque ces actes, aussi médicaux soient-

⁷⁵ Marie Ferrer-Ferrer, « *Les violences obstétricales : état des lieux des pratiques associées à un mauvais vécu de l'accouchement en CHU à Marseille* », 2019

⁷⁶ Définition de l'Etat de stress post traumatique (ESPT) sur le site VIDAL.fr

⁷⁷ Témoignage d'Elise, « *Un podcast à soi (n°6)* »

⁷⁸ Elmir R, « *Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta-ethnography* », Blackwell Publishing Ltd, 2010

ils, sont effectués sans consentement ou sous la contrainte, les femmes peuvent alors développer des séquelles psychologiques comparables à celle de l'agression sexuelle, comme par exemple un sentiment de culpabilité ou une perte d'estime de soi. Les femmes se reprochent de n'avoir pas su repousser un geste ou répondre à une remarque humiliante. Anne Evrard, co-présidente du CIANE témoigne : « *une femme avocate que j'accompagne suite à un accouchement traumatique m'a dit : "mon métier est de défendre des personnes toute la journée, et je n'ai même pas su me défendre moi-même".*⁷⁹ »

3. Autres conséquences notables

À la suite de VGO, la vie professionnelle de la femme peut également être impactée. Le CIANE, à travers une étude réalisée sur les conséquences pour les femmes à la suite de VGO, a constaté un grand nombre d'arrêt de travail qui s'avèrent être : « *soit consécutifs au congé maternité, soit éloignés de ce congé, car les femmes peuvent ne pas penser à leur traumatisme tout de suite. Les femmes vont s'effondrer plus tard, justement quand elles reprennent le travail, car elles pensaient échapper aux réminiscences en reprenant le travail et se rendent compte que ce n'est pas le cas.*⁸⁰ ». Cependant, il est pertinent de souligner qu'obtenir des arrêts de travail post-natal pathologique à la fin d'un congé maternité, s'avère relativement compliqué⁸¹, dans la mesure où les VGO et leurs conséquences peuvent parfois être ignorées par les soignants. Ainsi, la reprise du travail prématurée pour les femmes victimes de VGO et souffrant souvent d'ESPT peut se traduire par un abandon de poste ou une démission, qui engendre, par conséquent, une potentielle baisse de ressources⁸².

Enfin, les femmes victimes de VGO ayant subi un traumatisme auront souvent par la suite un mauvais rapport aux soins et seront susceptibles de ne plus faire confiance aux équipes

⁷⁹ HCE., *opt. cit.*, p. 43.

⁸⁰ Anne EVRARD, « Audition par le HCE », 2 février 2018

⁸¹ IRASF, « *Violences obstétricales et gynécologiques : un impact sur la vie des femmes* »

⁸² IRASF, « *Préconisations provisoires de l'IRASF contre les violences obstétricales et gynécologiques* », 2017

soignantes. Ainsi, certaines femmes pourront ne plus consulter aucun professionnel de santé pendant plusieurs d'années de peur de subir à nouveau des injures ou des violences.

Pour celles qui consulteraient encore à la suite de VGO, elles seront davantage susceptibles de mentir ou de ne pas oser poser de questions, ce qui peut compliquer la détermination du bon diagnostic.

Après avoir fait l'état de la construction des violences gynécologiques et obstétricales et d'en avoir conclu que celles-ci sont loin d'être des cas isolés et que leurs conséquences sur la vie des femmes sont d'autant plus nombreuses, il conviendra dans une seconde partie de comprendre pourquoi les VGO perdurent encore dans notre société et de déterminer en quoi un système de santé en crise peut être à l'origine de ces nombreuses maltraitances.

PARTIE 2 : UN SYSTÈME DE SANTÉ EN CRISE QUI PEUT ÊTRE GÉNÉRATEUR DE NOMBREUX OBSTACLES QUANT À L'ACCÈS AU DROIT DE SOINS DES FEMMES

« Dans cette culture médicale franco-française, le médecin aura toujours eu raison de sortir les ciseaux pour une épisiotomie⁸³ »

Même si le système de santé français est réputé pour être l'un des plus performants au monde, celui-ci est loin d'être sans faille et peut même être à l'initiative de nombreuses violences gynécologiques et obstétricales. Selon Marie-Hélène Lahaye, les VGO sont ancrées dans un contexte de violences institutionnelles et de violences de genre. Les violences institutionnelles ont fait l'objet d'un rapport en 2009 par la HAS qui les a qualifiés de « maltraitance ordinaire » c'est-à-dire des violences involontaires, effectuées par un individu sans pour autant qu'il soit motivé par la haine mais tout simplement parce qu'il suit des ordres et reproduit le schéma établi par l'institution, comme ce fut le cas avec l'expérience de Milgram dans les années 1960⁸⁴. Ces violences intentionnelles englobent donc les mauvais traitements occasionnés en raison de l'organisation des services médicaux et des hôpitaux étant souvent en quête d'une meilleure rentabilité. Ainsi, le système de santé français semble être à l'origine de nombreuses sources de maltraitances **(I)**.

Par ailleurs, les VGO en tant que violences de genre sont, quant à elles, des violences exercées contre les femmes, du fait de préjugés, d'une inégalité historique hommes/femmes et des violences basées sur des stéréotypes de genre. Il existe donc un sexisme systémique dans la profession de gynécologique/obstétrique **(II)**, celui-ci entraînant de nombreuses violences.

⁸³ Citation de Chantal Ducroux-Schouwey, présidente du CIANE

⁸⁴ L'expérience de Milgram permet d'étudier le processus de soumission à l'autorité. Dans l'expérience, le volontaire obéit à des ordres simples, en administrant des chocs électriques à une personne, uniquement dans le but de faire correctement le travail qui lui a été demandé. Les résultats de Milgram ont montré que 62 % des volontaires ont administré les chocs, au risque de blesser ou de tuer la personne. Il démontre ainsi que toute personne est capable d'effectuer les pires atrocités si l'autorité qui donne l'ordre de le faire est, à ses yeux, légitime : <https://www.youtube.com/watch?v=4RTgW15ff3Q>

I. Le système de santé français à l'origine de nombreuses sources de maltraitances

Les VOG ne font, à ce jour, pas l'objet d'une définition légale, et sont souvent dues à une violation de droits généraux applicables aux patients. La notion de « *droit du malade* » apparaît pour la première fois dans l'arrêt Teyssier de 1942 qui affirme l'obligation, pour le médecin, de recueillir le consentement du patient. Cet arrêt s'inscrit dans une volonté d'évolution générale du droit français, à la faveur du malade, et dans un contexte d'abolition du paternalisme médical⁸⁵, qui disparaîtra progressivement grâce à la loi Kouchner de 2002 venant renforcer le droit des usagers de santé.

Cependant, malgré la mise en place d'une telle loi, il existe encore aujourd'hui un grand nombre de professionnel de santé qui ne respectent pas les principes fondamentaux relatifs à l'accès aux soins des usagers (A) favorisant ainsi de nombreuses violences gynécologiques et obstétricales. Par ailleurs, le système de santé français connaît depuis plusieurs années maintenant un manque de personnel et de moyens conséquent, renforçant ainsi la maltraitance des soignants et des aidants notamment au sein des maternités et dans la spécialisation de la gynécologie/obstétrique (B).

A. Non-respect de principes fondamentaux relatifs à l'accès favorisé aux soins

Dans l'histoire du système de santé, la loi Kouchner du 4 mars 2002 a permis de mieux prendre en compte les droits des malades. En favorisant les relations patients-médecins, cette réforme a placé le malade au centre des soins et a permis de renforcer la participation des usagers dans leur propre santé. Cette loi donne également des droits individuels aux patients comme par exemple le droit de choisir librement son médecin, le droit à l'information (accès au dossier médical, information sur les traitements et leurs risques) mais aussi le consentement

⁸⁵ *Le paternalisme médical met en avant le fait que le consentement du malade n'est pas une donnée médicalement pertinente et ne doit pas, à cet égard, être considéré comme norme de référence de la décision*

aux soins. Cependant, même si l'accès aux soins est un droit fondamental, certains praticiens (sage-femmes, gynécologues/obstétriciens) ne respectent pas plusieurs principes fondamentaux des patients dont le droit à l'information et au consentement libre et éclairé (1). Par ailleurs, même si la clause de conscience du médecin lui permet de refuser de réaliser certains actes médicaux comme l'IVG, il a été constaté que les conditions dans lesquelles certains refusent de promulguer des soins ne sont pas toujours conformes (2).

1. *Non-respect du principe de droit à l'information et au consentement libre et éclairé*

Depuis l'entrée en vigueur de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite loi Kouchner, le Code de la santé publique, en son article L1111-2, dispose que : « *Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus*⁸⁶. » Ce devoir d'information « *incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables*⁸⁷ » et seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. Par ailleurs, ce droit est identique quel que soit le professionnel qui délivre l'information (médecin généraliste, gynécologue, sage-femme), et quel que soit l'acte.

En effet, depuis un arrêt de la Cour de cassation du 23 janvier 2019, les accouchements par voie basse, même s'ils constituent un processus naturel et non un acte médical au sens strict « *ne dispense pas les médecins de l'obligation de porter, le cas échéant, à la connaissance de la femme enceinte les risques qu'il est susceptible de présenter eu égard notamment à son état de santé, à celui du fœtus ou à ses antécédents médicaux, et les moyens de les prévenir*⁸⁸ ». Ainsi,

⁸⁶ Article L1111-2, code de la santé publique

⁸⁷ Article L1111-2, code de la santé publique

⁸⁸ Conseil d'État, 5^{ème} - 4^{ème} chambres réunies, 27/06/2016, 386165, Publié au recueil Lebon

tout professionnel de santé est soumis au devoir d'information prévu à l'article L1111-2 du Code de la santé publique même en cas d'accouchement par voie basse.

Cependant, de nombreuses femmes victimes de VGO témoignent d'un manque conséquent d'information dans leur prise en charge gynécologique et obstétricales.

À titre illustratif, en cas de césarienne, 1 femme sur 10 juge les informations fournies insuffisantes et 1 sur 20 inexistantes⁸⁹. Il a aussi été mis en avant qu'une femme sur 2 déplore un manque, ou l'absence totale d'explication sur le motif de l'épisiotomie réalisée⁹⁰.

À l'origine de nombreuses VGO se trouve le **non-respect du recueil du consentement libre et éclairé**, pourtant obligatoire depuis la loi Kouchner de 2002. La loi encadre précisément le caractère obligatoire du consentement. L'article L.1111-4 du code de la santé publique précise ainsi « *qu'aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment* ».

Par ailleurs, l'article 16-3 du Code civil renforce d'autant plus la nécessité de rechercher le consentement des patients à tous moments : « *Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hormis le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir* ».

Bien que le principe de consentement « libre et éclairé » soit connu de tous les soignants, certains n'ont pas suffisamment conscience de la nécessité de recueillir celui-ci.

Une enquête menée par le CIANE révèle que 85% des femmes ayant subi une épisiotomie déclarent que leur consentement n'a pas été demandé au préalable⁹¹.

L'absence de consentement est le nœud qui constitue toutes formes de violence. Même si le Code de déontologie médicale ne définit pas le consentement, il indique qu'il « *doit être*

⁸⁹ HCE, « Actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : reconnaître et mettre fin à des violences longtemps ignorées », Rapport n° 2018-0-26 SAN-034, Paris, 26 juin 2018, p.69

⁹⁰ HCE., *opt. cit.*, p. 69

⁹¹ CIANE, « Episiotomie : taux en baisse, mais tout reste à faire en matière de consentement et de transparence des établissements », Novembre 2013

recherché dans tous les cas » et que « lorsque le malade refuse le traitement proposé, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé les patientes de ses conséquences⁹²».

2. Refus de soins

*L'article R4127-47 du code de la santé publique dispose que « Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée. Hormis le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, **un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins** ».*

Cependant, les refus de soins, sans réorientation, sont encore trop nombreux en France, alors même qu'ils enfreignent à l'article R4127-47 du CSP.

Le cas du choix de la non-maternité est un parfait exemple, ce dernier étant encore difficilement accepté par un certain nombre de professionnels de la santé. En effet, beaucoup de femmes n'ayant pas eu d'enfants se voient refuser de se faire stériliser, et sont souvent critiqués pour leur choix, voir manipuler, dans le but de les faire changer d'avis, en appuyant notamment sur le fait que l'envie d'avoir des enfants peut se déclencher plus tard.

Le refus de soins s'applique également de manière régulière dans le cadre du refus de pose de DUI sur les nulliparts, ou encore dans le refus de pratiquer une IVG.

Même si la clause de conscience permet au médecin de refuser de réaliser certains soins, il se doit de toujours renvoyer la patiente vers un confrère qui accepterait de réaliser l'acte en question. Malheureusement, de nombreuses femmes témoignent de cette non-réalité.

Des étudiants de l'université de médecine Pierre et Marie Curie à Paris, ont réalisé en 2016, une vidéo mettant en scène des exemples de bons ou mauvais accueils d'une femme désirant procéder à une IVG, basés sur des réalités du milieu, dans laquelle l'intrusion de certain

⁹² Code de déontologie médicale, Article 36 - Consentement du patient

médecin dans la vie des femmes mais aussi la culpabilité qu'ils peuvent faire peser sur elles, est mis en avant⁹³.

Par ailleurs, l'article L1110-3 du CSP rappelle « *qu'aucune personne ne peut faire l'objet de discrimination dans l'accès à la prévention et aux soins* ». Cependant, le refus de soins pour motif discriminatoire est une maltraitance très courante qui incite les patientes à renoncer à leur droit aux soins⁹⁴. Le cas des soins gynécologiques des lesbiennes est particulièrement parlant : le taux d'infections sexuellement transmissibles est plus important chez cette population que chez les femmes hétérosexuelles puisqu'elles renoncent aux visites gynécologiques à la suite de refus de soins⁹⁵. En 2018, elles étaient 12% à avoir contracté une IST au cours des dernières années²⁹, contre seulement 3% pour les femmes hétérosexuelles⁹⁶.

Les femmes en situation de handicap connaissent également une forte discrimination et rencontrent de nombreux obstacles pour accéder à la prévention et aux soins gynécologiques et obstétricaux en raison notamment d'une accessibilité limitée. Dans « *Le livre noir de la gynécologie* », Mélanie Dechalotte fait état de l'accueil des femmes handicapées dans les maternités et cabinets gynécologiques : « *les lieux ne sont pas adaptés, elles sont donc exclues d'emblée et maltraitées (elles sont posées sur la table par d'autres personnes, ne sont pas examinées si elles ne peuvent pas écarter les jambes...)*. Elles ne peuvent pas choisir leur praticien. ne parce qu'il n'y a que 3 services adaptés à Paris⁹⁷ ».

⁹³ Lien vers la vidéo : <https://www.youtube.com/watch?v=PgaowpPQrRQ>

⁹⁴ « *Résoudre les refus de soins* », rapport annuel sur le respect des droits des usagers du système de santé adopté en séance plénière de la Conférence nationale de santé le 10 juin 2010.

⁹⁵ Clotilde Genon, Cécile Chartrain et Coraline Delebarre, « *Pour une promotion de la santé lesbienne : état des lieux des recherches, enjeux et propositions* » dans *Genre, sexualité & société*, 2009.

⁹⁶ Cécilia Giles, « *Le suivi gynécologique des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes. Déterminants, enjeux, perspectives* ». *Gynécologie et obstétrique*, 2018, dumas-01925322.

⁹⁷ Dechalotte Mélanie, « *Le livre noir de la gynécologie* », 2017

B. La maltraitance des soignants et des aidants dans le parcours gynécologique et obstétricale des femmes

Avec la loi n° 2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants, la maltraitance a enfin une définition juridique et est définie comme suit : « *La maltraitance vise toute personne en situation de vulnérabilité lorsqu'un geste, une parole, une action ou un défaut d'action compromet ou porte atteinte à son développement, à ses droits, à ses besoins fondamentaux ou à sa santé et que cette atteinte intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement. Les situations de maltraitance peuvent être ponctuelles ou durables, intentionnelles ou non. Leur origine peut être individuelle, collective ou institutionnelle* »⁹⁸.

De manière générale, la maltraitance des soignants dans le parcours de soins gynécologique et obstétricale se traduit par des violences institutionnelles et structurelles dues à une recherche de profit de la part de l'institution prenant ainsi le dessus sur l'humain **(1)**. Le concept philosophique d'Hannah Arendt sur la « *banalité du mal* » illustre parfaitement le fait que des soignants peuvent également devenir maltraitant contre leur gré en raison d'un manque de moyens, de personnel ou de temps **(2)**. Enfin, il est intéressant de se demander si la maltraitance provenant des soignants n'est pas étroitement liée aux violences qu'ils peuvent avoir eux-mêmes subis pendant leurs études de santé **(3)**.

1. Violences institutionnelles et structurelles : quand le profit prend le dessus sur l'humain

Comme l'indique le rapport Compagnon de 2009 « *la maltraitance est avant tout le fait d'un système et non pas d'un individu* »⁹⁹. Dans le contexte de la maternité, la plupart des hôpitaux sont organisés de manière à rentabiliser au maximum les accouchements, à la limite

⁹⁸ Article L119-1, Code de l'action sociale et de la famille

⁹⁹ *Ibid.*, opt. cit., p. 85.

du fordisme¹⁰⁰. Les institutions hospitalières standardisent de plus en plus les gestes, et par conséquent, standardisent le corps des femmes. Les protocoles médicaux établissent des durées pour toutes les phases de l'accouchement et les différents actes médicaux que les professionnels doivent effectuer à chacune de ces phases sont régis selon un temps bien précis et chronométré¹⁰¹. Si certaines patientes ne rentrent pas dans ces « normes standardisées », elles se verront infligées de nombreux gestes médicaux afin d'accélérer la procédure. C'est le cas par exemple du déclenchement de l'accouchement¹⁰², qui hormis les cas où celui-ci relève d'une indication médicale justifiée, restent, pour la majorité, décidés par convenance en faveur du gynécologue ou de la sage-femme.

La perfusion d'ocytocine et la rupture artificielle de la poche des eaux employées pour accélérer le travail, lorsque celui-ci est jugé trop long, ont pourtant des répercussions loin d'être anodines¹⁰³. Ainsi, force est de constater que ces protocoles sont mis en place surtout dans un souci de rentabilité des hôpitaux plutôt que de bienveillance et de prise en compte des besoins des patientes.

Par ailleurs, les professionnels sont rémunérés à l'acte et non pas par rapport au temps ni à la qualité des soins apportés aux patientes¹⁰⁴. Les objectifs financiers des hôpitaux amènent donc les professionnels à privilégier les techniques les plus efficaces en termes de temps et d'argent. De ce fait, le recours aux déclenchements, aux forceps et aux ventouses ainsi qu'aux

¹⁰⁰ Marie-Hélène Lahaye « On impose aux femmes un accouchement "fordiste", au détriment de l'accompagnement », Février 2018

¹⁰¹ Diane Roman, « Les violences obstétricales, une question politique aux enjeux juridiques », RDSS, 2017, p.867

¹⁰² Le déclenchement de l'accouchement consiste à provoquer les contractions de manière artificielle, sans attendre que le travail s'amorce naturellement. Plusieurs méthodes sont utilisées : décollement des membranes, introduction dans le vagin de gel de prostaglandines, rupture artificielle de la poche des eaux et perfusion d'ocytocine de synthèse.

¹⁰³ Le déclenchement rend les contractions plus intenses et douloureuses, l'utilisation des forceps plus fréquente, rallonge le temps de travail et augmente le risque de souffrance fœtale.

¹⁰⁴ HCE., opt. cit., p. 138.

césariennes sera souvent favorisé par rapport à l'accouchement physiologique qui est, lui, effectué sans interventions médicale et prend plus de temps¹⁰⁵.

Entre une hausse de fermeture des maternités depuis quelques années, une baisse de la durée de séjour en hôpital après accouchement et hausse du nombre de césariennes non médicalement justifiées, la Fédération hospitalière de France estime que l'optimisation des coûts par rapport à la qualité des services, cache un profond mal-être du système de santé français dont la cause principale de ce dysfonctionnement semble venir de la T2A¹⁰⁶.

Ainsi, de nombreuses VGO sont engendrées par des violences institutionnelles et structurelles.

2. *Des soignants maltraitants contre leur gré en raison du manque de personnel, de moyens et de temps*

En novembre 2020, Anna Roy, sage-femme, avait dénoncé sur son compte Instagram la maltraitance dont elle était involontairement complice. Elle témoigne de toutes les fois où elle estime avoir été maltraitante avec ses patientes, toutes les fois où faute de temps, de moyens, de personnel, elle n'a pas pu être correctement présente pour ces femmes qui accouchent.

Suite à une urgence dans une de ses salles d'accouchement, pour qu'un enfant survive : « *Je laisse une femme sans péri qui hurle de douleur faute d'accompagnement. Elle est venue seule et elle comptait sur moi. Son conjoint l'a quitté pendant la grossesse. **Maltraitance.** Je laisse une femme dont le travail n'avance pas, je ne la posture pas, je n'administre pas ce que je devrais injecter, je ne fais rien de ce que je devrais. Je majore son risque de césarienne faute de temps. **Maltraitance.***

*Je laisse des femmes désespérées en salle d'attente dont une qui vient parce que son bébé ne bouge plus. **Maltraitance.***

¹⁰⁵ M.-H. Layahe « Accouchement. Les femmes méritent mieux », p. 154

¹⁰⁶ Senat.fr « Refonder la tarification hospitalière au service du patient », 2017

*Je ne peux pas passer la main à mes collègues, elles peinent tout autant que moi à gérer leurs patientes, à sauvegarder la vie. **Maltraitance.***¹⁰⁷ »

La sage-femme réalise la majorité des accouchements. En 2016, 58,6 % des accouchements sont réalisés par des sages-femmes contre 41,3 % par des gynécologues/obstétriciens. Si l'accouchement est réalisé par voie basse sans instruments ce sont alors 87,4 % d'entre eux qui sont réalisés par des sages-femmes¹⁰⁸. Pour autant, les sage-femmes ne sont que très peu considérées, ce qui se remarque notamment par leur très faible salaire¹⁰⁹. La profession attire peu, conduisant ainsi à une pénurie certaine de sage-femmes. Anna Roy, comme toutes les sages-femmes, déplore ce manque de moyen et de personnel qui conduit l'hôpital et les maternités à ne pas être dans le respect des vœux des femmes qui accouchent : manque d'accompagnement, manque d'empathie, manque de prise en charge, manque de considération humaine. Le fait de ne pas reconnaître les sage-femmes pour leur vraie valeur, de rendre invisible la profession a un impact considérable sur la santé de toutes les femmes, et plus particulièrement des parturientes.

Selon Hannah Arendt, la « *banalité du mal* » est la théorie selon laquelle chaque Homme peut un jour devenir un maltraitant sans pour autant être dans une optique de haine ou de destruction, mais tout simplement en suivant des ordres préétablis dans un système défini. Ainsi, le sujet ne serait pas la source même du mal, mais seulement un de ses lieux de manifestation¹¹⁰.

Dans le contexte des violences gynécologiques et obstétricales et dans une optique de responsabilisation des institutions, cette théorie s'applique parfaitement, puisqu'elle justifie la maltraitance involontaire du personnel soignant par un manque de moyens et de personnel induit notamment par la recherche de rentabilité de l'établissement.

¹⁰⁷ *Témoignage d'Anna Roy sur son compte Instagram :*
https://www.instagram.com/p/CHckbupFJE7/?utm_source=ig_embed&utm_campaign=loading

¹⁰⁸ *Enquête nationale périnatale, INSERM/DREES, rapport 2016.*

¹⁰⁹ *En milieu hospitalier, le traitement de base indiciaire d'une sage-femme en début de carrière s'établit à 1 707,21€ bruts mensuels pour un temps complet*

¹¹⁰ *Hannah Arendt, « Eichmann à Jérusalem : rapport sur la banalité du mal », 1963*

3. *Existe-t-il une corrélation entre violences subies pendant les études de santé et violences engendrées ?*

La maltraitance dans le domaine de la santé, et en particulier dans le milieu de la gynécologie/obstétrique est un phénomène trop récurrent qui ne devrait pas arriver, et pourtant, les professionnels semblent s’y être habitué. La question d’une potentielle corrélation entre violences engendrées et violences subies pendant les études de santé est pertinente, et permet d’expliquer (sans pour autant justifier) le nombre grandissant de VGO.

En effet, dans le monde des études de médecine, le sexisme est presque devenu une « tradition ».

Dans une thèse de médecine intitulée « *Violences sexuelles au cours des études de médecine* », deux internes mettent en lumière le nombre important de violences sexistes et sexuelles à l’encontre des étudiantes en médecine mais également une forme de harcèlement du quotidien particulièrement fréquente, et banalisée. Cette étude montre que 86% des internes de médecine déclarent avoir été exposées à du sexisme ; Près d’un interne sur 10 déclare avoir été victime de harcèlement sexuel ; La moitié de ces faits sont par ailleurs commis par des médecins eux-mêmes et supérieurs hiérarchiques¹¹¹. Le problème semble ancré dans les fondements même des études de médecine, et dans la formation par les supérieurs hiérarchiques des externes et des internes. La tradition du sexisme et des violences semble perdurer dans ce milieu.

L’humour carabin, est un humour propre au milieu de la médecine, qui désigne des canulars et des farces, ayant souvent un caractère morbide, sexuel ou sexiste¹¹². Souvent justifié par ceux qui l’emploient par la difficulté du métier, les nombreuses responsabilités, et le besoin de décompresser, cet humour se traduit par la verbalisation de propos sexistes ou bien encore par un harcèlement physique et/ou sexuel, venant perpétuer cette réalité de violence que sont les études de médecine.

¹¹¹ L’interSyndicale nationale des internes (ISNI), « *Hey Doc, les études médicales sont-elles sexistes ?* », 2017 ; Line Zou Al Guyna, « *Violences sexuelles au cours des études de médecine : Enquête de prévalence chez les externes d’Ile-de-France* », Octobre 2018

¹¹² *Le Monde*, « *Humour : une thèse de médecine sur les blagues médicales* », Octobre 2014

C'est connu de tous, les externes sont maltraités par les internes qui sont eux-mêmes maltraités par les médecins. De nombreux médecins estiment d'ailleurs normal le harcèlement qu'ils font subir à leurs étudiants, sous prétexte qu'ils ont subi le même. Que ce soient l'humiliation publique, les critiques injustifiées ou bien les tâches dévalorisantes, la coutume est ce qu'elle est et doit continuer. Pourtant les conséquences de cette maltraitance sont parfois dramatiques. Selon une étude de l'Intersyndicale nationale des internes publiée en 2021, 67 % des étudiants en médecine déclarent avoir des syndromes de burn-out, de nombreux étudiants arrêtent leurs études en cours de route, et il existe un fort taux de suicide dans les études de médecine¹¹³.

Pour ceux qui continuent, ils semblent alors condamnés à perpétuer cette tradition et utilisent le même prétexte que ceux qui les ont précédés.

Cette violence au sein même de la profession médicale, entre professionnels de santé, se traduit également par des violences sur les patients, et en particulier lorsqu'il s'agit de sexisme, étant donné que pour certains ce phénomène relève, à la fin de leurs études, de la banalité.

II. Sexisme systémique dans la profession de gynécologique/obstétrique

Il existe au croisement des VGO, les violences institutionnelles (exposées dans la partie précédente) et les violences de genre, c'est-à-dire les violences sexistes exercées contre les femmes parce qu'elles sont femmes. Selon la définition de la Convention d'Istanbul, les violences de genre désignent « *tous les actes de violence fondés sur le genre qui entraînent, ou sont susceptibles d'entraîner pour les femmes, des dommages ou souffrances de nature physique, sexuelle, psychologique ou économique, y compris la menace de se livrer à de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou privé*¹¹⁴ ».

¹¹³ Le Monde, « Chez les étudiants en médecine, le tabou des suicides », Janvier 2021 : « Les internes français étant environ au nombre de 30 000, il est possible d'en déduire un taux de suicide approximatif de 33 pour 100 000 étudiants. »

¹¹⁴ Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, Article 3, 2011

Le sexisme, dénoncé seulement depuis peu dans notre société, est très présent dans le milieu médical. Ainsi, en 2017, Marlène Schiappa, secrétaire d'État chargée de l'égalité entre les femmes et les hommes, a annoncé la commande d'un rapport au Haut Conseil à l'égalité au sujet du sexisme durant le suivi gynéco/obstétrique des femmes. Le but de ce rapport été de mettre en lumière une réalité mise bien trop longtemps sous silence et de trouver des solutions pour lutter contre ces violences. Quatre ans après la publication de ce rapport, les témoignages se multiplient, et de plus en plus de professionnels maltraitants sont exposés notamment pour leur injonctions sexistes et leur discrimination envers les femmes qui tend à confirmer la faible considération qu'on peut leur apporter quand il s'agit de VGO (A). Par ailleurs, si le paternalisme médical est en théorie aboli, il n'en reste pas moins toujours présent dans le domaine de la gynécologie/obstétrique et a de lourdes conséquences sur les femmes et leur suivi gynécologique (B).

A. Une faible considération des femmes en matière de maltraitance gynécologique : injonctions sexistes et discriminations

Le sexisme est souvent à l'origine de nombreux actes de maltraitance dans le milieu de la gynécologie et de l'obstétrique. Ce phénomène peut notamment être à la base de la non prise en compte de la douleur et de la gêne des femmes qui se manifeste par une infantilisation et un rabaissement de celles-ci (1).

Par ailleurs, la faible considération que certains professionnels de la santé peuvent avoir pour les femmes est d'autant plus visible chez une certaine catégorie de femmes qui sortent de la soi-disant « normalité » comme par les lesbiennes, les transsexuels, ou bien encore les personnes en surpoids. Ces groupes d'individus sont d'autant plus enclin, de par leur différence, de subir des injonctions sexistes ou des discriminations (2), et donc d'être victimes de VGO.

1. Non prise en compte de la gêne et de la douleur chez la femme

Dans l'imaginaire collectif, la douleur est intrinsèque à la nature féminine. Elle se manifeste tout d'abord par l'arrivée des règles puis par la première relation sexuelle pour ensuite se terminer pendant la grossesse et l'accouchement. Le fait d'assimiler les femmes à la souffrance a pour conséquence directe une absence de considération des femmes et de leur douleur de la part des médecins qui tendent alors à ne la prendre ni en compte ni en charge. Pourtant, l'article 3 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades dispose que « *Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée.* »

Le sexisme de certains médecins peut avoir pour conséquence un mépris voir une non prise en compte de la douleur. Ce phénomène revient fréquemment dans les témoignages des femmes qui expliquent qu'à de nombreuses reprises, leur douleur n'a pas été prise en charge, tant lors des actes pratiqués, comme par exemple avec l'insertion d'un speculum, que dans le diagnostic de certaines pathologies, comme c'est le cas avec l'endométriose¹¹⁵.

Par ailleurs, refuser de prescrire des anti-douleurs ou une péridurale pendant un accouchement ou bien encore recoudre une femme à vif est, et doit être, considéré comme une forme de violence, mais selon certains médecins, les patientes devraient enfanter dans la douleur. Ainsi, soit les médecins reconnaissent la douleur, et la normalise et la banalise, soit ils ne la reconnaissent pas, et infantilisent les femmes, conduisant donc certaines d'entre elles à interioriser ce qu'elles subissent en arrêtant « de se plaindre ».

Même si, aujourd'hui les femmes ne tolèrent plus tout, il existe encore une violence instaurée auprès des mères sous le prétexte que ce qui est réellement important dans un accouchement, et ce qui surpasse tout, c'est la bonne santé du bébé. Ainsi, de nombreuses nouvelles mamans mettent sous le tapis les maltraitances et justifient par exemple la non prise en charge de leur douleur, comme un phénomène sans trop peu d'importance puisque, *in fine*, elles se retrouvent

¹¹⁵ *L'endométriose est une maladie gynécologique chronique de la femme qui a longtemps été ignorée et qui se caractérise par le développement d'une muqueuse utérine (l'endomètre) en dehors de l'utérus, colonisant d'autres organes avoisinants provoquant de fortes douleurs pendant les règles, voir pendant les rapports sexuels.*

avec un bébé en bonne santé. Pourtant, les violences gynécologiques et obstétricales ne sont pas une fatalité, et engendrent bel et bien des douleurs qui ne peuvent pas être négligées. L'indifférence face à la douleur ou la minimisation systématique de celle-ci (qui peut tout aussi bien venir de femmes, que d'hommes), continue à perpétuer cette vision de « personne faible et douillette » que l'on peut avoir de la femme depuis des siècles, tout en renforçant l'idée collective de l'infériorité de celle-ci par rapport à l'homme quand il s'agit de la douleur.

Enfin, le caractère de la gêne n'est également pas à négliger. Lors d'une consultation gynécologique et/ou obstétrical, les femmes peuvent être amenées, de par le contexte, les actes pratiqués ou les questions posées, à ressentir une gêne¹¹⁶.

En effet, demander aux femmes de se déshabiller entièrement, et ne pas prendre en compte la gêne qui peut en découler relève de la maltraitance¹¹⁷. De la même manière, ne pas frapper à la porte de la chambre d'une femme qui vient d'accoucher ou bien entrer à plusieurs alors qu'elle est nue, peut mettre les patientes mal à l'aise, et témoigne encore une fois de la faible considération pour les femmes¹¹⁸.

Par ailleurs, le fait de demander à ce qu'une femme se dénude entièrement pour une palpation mammaire, par exemple, ne semble ni justifiée, ni nécessaire. Le fait de ne pas utiliser un drap pour recouvrir la patiente le temps de l'examen, favorise le sentiment de gêne que celle-ci peut déjà ressentir. Il ne faut pas négliger que, le plus souvent, la position que la femme doit adopter pour un examen, c'est-à-dire allongée sur le dos avec les jambes ouvertes et les pieds dans les étriers, est en elle-même très gênante de par l'extrême exposition du corps, mais aussi de par sa connotation on ne peut plus sexuelle. Dr. Borée, un médecin généraliste, qualifie cette

¹¹⁶ HCE, « Actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : reconnaître et mettre fin à des violences longtemps ignorées », Rapport n° 2018-0-26 SAN-034, Paris, 26 juin 2018, p.30

¹¹⁷ Guyard Laurence, « Consultation gynécologique et gestion de l'intime », *Champ psychosomatique*, vol. n° 27, 2002, p 81-92.

¹¹⁸ HCE, « Actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : reconnaître et mettre fin à des violences longtemps ignorées », Rapport n° 2018-0-26 SAN-034, Paris, 26 juin 2018, p.37

situation de « la classique position du « poulet à la broche » où la femme se trouve symboliquement « offerte » au praticien »¹¹⁹.

En plus de ne pas prendre en compte la douleur et la gêne de la patiente, quelques professionnels de santé peuvent faire preuve de discrimination envers des minorités, les poussant ainsi à limiter leur suivi gynécologique et obstétrical.

2. *Lesbophobie, transphobie et grossophobie : quand la différence devient une source de discrimination gynécologique*

Inégalité dans l'accès aux soins, manque de formation des professionnels, remarques inappropriées et sexistes, les femmes lesbiennes et homme transgenre¹²⁰ sont de plus en plus nombreux à abandonner tout suivi gynécologique après avoir vécu des moments traumatisants pendant ceux-là :

« Vous êtes lesbienne ? Ah bon, bah vous n'avez pas vraiment de rapports sexuels alors¹²¹».

« Il m'a demandé si j'avais des rapports avec des hommes... alors que ma compagne est dans la pièce. Je lui réponds 'non'... et sur son carnet, il note 'vierge'. C'est hyper violent quand on est une femme lesbienne de se faire délégitimer comme ça, en un mot. On invalide nos relations. ¹²²»

Comme vu précédemment, le refus de soins pour motif discriminatoire est une maltraitance qui incite les patientes à renoncer à leur droit aux soins. Selon l'enquête *LGBT dans l'UE : Enquête*

¹¹⁹ Interview dans *l'Obs*, « "Examen à l'anglaise" : on n'est pas obligées d'écarter les cuisses chez le gynéco », 18 novembre 2016

¹²⁰ Un homme trans ou homme transgenre est une personne dont l'identité de genre est masculine, alors que le genre qui lui a été assigné à la naissance sur la base de l'apparence de son sexe est féminin

¹²¹ *L'obs*, « Quand les gynécologues sont brutaux, elles témoignent », Septembre 2017

¹²² *Yahoo!Life*, « "Je suis sortie du cabinet en pleurs" : traumatisées par des gynécologues, elles témoignent », Janvier 2022

sur les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres dans l'Union européenne menée par l'Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne, « une personne interrogée sur 10 ayant eu accès à des services de soins de santé au cours de l'année précédant l'enquête a considéré avoir été victime de discriminations par le personnel médical »¹²³. Aussi, « 85 % des personnes transgenre déclarent avoir vécu de la transphobie ce qui les a conduits à renoncer à l'accès à certains services et notamment à des soins de peur de vivre plus de discriminations¹²⁴».

Les personnes LGBT rencontrent deux principaux types d'obstacles à leur prise en charge médicale : l'accès aux soins et l'attitude et le comportement que certains professionnels peuvent avoir envers eux. Par exemple, lorsque les personnes LGBT viennent à l'hôpital ou dans un cabinet médical pour un examen gynécologique ou obstétrical, les professionnels de santé font souvent preuve d'une présomption d'hétérosexualité et peuvent utiliser un langage inadapté, participant ainsi à la gêne mais aussi à l'invisibilisation et à l'exclusion des personnes lesbiennes et bisexuelles¹²⁵. De nombreuses femmes lesbiennes témoignent des violences verbales et propos sexistes dont elles sont victimes lors de consultations gynécologiques, ce qui les conduits à terme à mettre fin à leur suivi médical et renoncer aux soins. Ce phénomène est trop courant dans ce groupe d'individu et vient mettre à mal leur santé : « le taux d'infections sexuellement transmissibles est plus important chez cette population que chez les femmes hétérosexuelles puisqu'elles renoncent aux visites gynécologiques à la suite de refus de soins¹²⁶». Autre exemple, une étude anglaise a montré que les lesbiennes étaient dix fois moins nombreuses à pratiquer un test de dépistage contre le cancer du col de l'utérus dans les trois ans, alors que l'étude concluait qu'elles étaient tout aussi à risque de développer un cancer du

¹²³ L'agence des droits fondamentaux de l'Union européenne, « Enquête LGBT dans l'UE : Enquête sur les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres dans l'Union européenne. Les résultats en bref », 2019, p.13

¹²⁴ CNCDH, Avis sur les violences contre les femmes et les féminicides, adopté le 26 mai 2016, JORF n°0131 du 7 juin 2016, texte n° 45.

¹²⁵ Maryvonne Blondin, « Violences obstétricales et gynécologiques », Rapport assemblée parlementaire, 16 septembre 2019

¹²⁶ CNCDH, Agir contre les maltraitements dans le système de santé : une nécessité pour respecter les droits fondamentaux, 22 mai 2018, p.28

col que les femmes hétérosexuelles¹²⁷, étant donné que toute activité sexuelle est susceptible de transmettre le papillomavirus, qui est la première cause du cancer du col de l'utérus.

À l'inverse de certains professionnels de santé, le cancer ne fait pas de discrimination. Il est donc important que les lesbiennes et hommes trans (n'ayant pas subi de chirurgie de réassignation sexuelle) aient un suivi gynécologique régulier. Pour cela, les professionnels de santé ayant notamment une compréhension limitée des identités transgenre se doivent de s'informer et de se former pour dispenser de meilleurs soins.

Ce sont souvent les personnes les plus précaires et les plus discriminées, qui ont des diagnostics les plus tardifs.

Les femmes en surpoids sont, elles aussi, beaucoup plus enclin à être discriminées et à recevoir des propos sexistes et moralisateurs concernant leur poids.

« Vu votre poids, vous ne risquez pas d'avoir des partenaires réguliers ». J'ai passé huit ans sans voir de gynécologue. Je mentais à la pharmacie en disant que j'avais perdu mon ordonnance pour renouveler ma pilule, puis j'ai carrément arrêté de la prendre en faisant le choix de repasser au préservatif.¹²⁸ »

« Dans votre état, vous ne pensez pas avoir d'enfants, j'espère ? »¹²⁹ »

« De toute façon, ça m'étonnerait que je voie à travers autant de gras.¹³⁰ »

« Vous comprenez, comme c'est un peu spécial avec votre poids, je vais vous facturer la pose du stérilet 150 euros.¹³¹ »

¹²⁷ NHS, « Fake news putting 50,000 lesbian, gay and bisexual women at risk of cancer », Juin 2019

¹²⁸ Yahoo!Life, « "Je suis sortie du cabinet en pleurs" : traumatisées par des gynécologues, elles témoignent », Janvier 2022

¹²⁹ L'obs, « Quand les gynécologues sont brutaux, elles témoignent », Septembre 2017

¹³⁰ Témoignage sur Twitter sous l'hashtag #payetongynéco

¹³¹ L'obs, « Quand les gynécologues sont brutaux, elles témoignent », Septembre 2017

L'obésité est, certes, une maladie qui peut s'avérer dangereuse pour la santé, mais qui ne justifie en rien les remarques déplacées et humiliantes auxquelles certaines femmes rondes peuvent faire face lors de leur suivi gynécologique. Rapporter tous les problèmes d'une femme dite 'grosse' à son poids lors d'une consultation gynécologique est moralisateur voire parfois contre-productif et met à mal la notion d'alliance thérapeutique, conduisant ainsi de nombreuses femmes à arrêter leur suivi. Une étude a révélé que les femmes rondes étaient plus sujettes d'avoir des cancers gynécologiques que les femmes minces étant donné que leur dépistage était souvent soit trop tardif, soit inexistant à cause d'un refus de soins dû à la grossophobie médicale¹³².

Ainsi, les discriminations, dont peuvent faire preuve certains soignants, sont très largement à l'origine d'un grand nombre d'arrêt de suivi gynécologique.

Même si ces discriminations peuvent être faites autant par des hommes que par des femmes, le patriarcat médical reste considérablement présent dans la profession et a de lourdes conséquences sur les femmes.

B. Le patriarcat médical et ses conséquences sur les femmes ainsi que sur leur suivi gynécologique et obstétrical

La démocratie sanitaire, instaurée par la loi Kouchner du 4 mars 2002, est fondée sur un principe de codécision médicale et doit, comme le souligne Didier Tabuteau, « reconnaître la capacité de chacun à connaître, décider et agir pour sa santé ». En théorie, la loi de 2002 aurait dû permettre de réduire, voire d'abolir complètement le patriarcat médical, dans la mesure où la loi permet désormais à tous les patients d'être activement acteur de leur propre santé.

Cependant, la domination masculine et le patriarcat médical restent toujours très présents dans le milieu de la gynécologie et de l'obstétrique. En effet, pendant des siècles, les hommes ont été les seuls à pouvoir exercer dans ce milieu, puis quand les femmes ont de nouveau eu accès à la formation, les hommes sont cependant restés pendant de nombreuses années en sur

¹³² Jeanna-Eve Pousson, « Déterminants du recours au dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes obèses »

numérisation (1), rendant ainsi et souvent la volonté des femmes invisible au profit de ce savoir médical (2).

1. Une sur numérisation des hommes dans le domaine de la gynécologie/obstétrique pendant de nombreuses années

Patriarcale à ses prémices, la gynécologie et l'obstétrique, demeurent encore aujourd'hui très sexuées. Historiquement, la gynécologie a été conçue pour contrôler le corps des femmes, ainsi pendant des centaines d'années les femmes n'ont pas eu le droit d'exercer ce corps de métier. Aujourd'hui, même si les femmes sont beaucoup plus nombreuses à faire des études de médecine¹³³, et donc beaucoup plus nombreuses aussi dans le milieu de la gynécologie/obstétrique, il existe cependant toujours de grandes disparités de genre au sein même de l'ensemble de la profession gynécologique/obstétrique.

Pour rappel, il existe deux spécialités différentes dans ce milieu :

- La **gynécologie médicale** c'est-à-dire le suivi gynécologique des femmes tout au long de leur vie mais qui ne concerne pas les opérations chirurgicales ni les accouchements.
- La **gynécologie/obstétrique** : qui comprend une discipline chirurgicale et concerne les accouchements et les opérations chirurgicales.

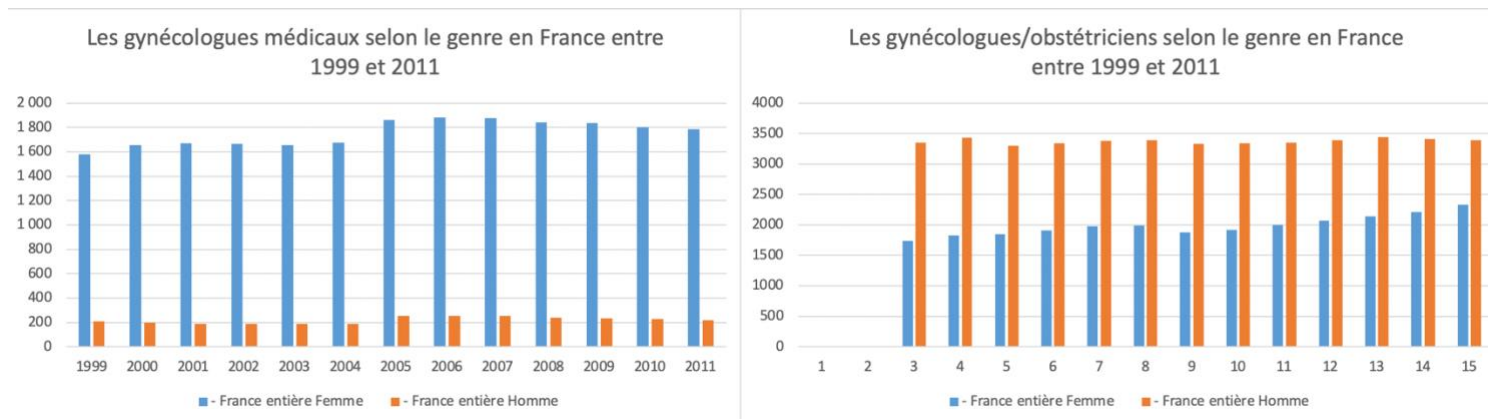
Comme dans tous les secteurs professionnels, la répartition sexuée des femmes et des hommes dans les spécialités médicales est corrélée au prestige social qui leur est associé¹³⁴. Ainsi, on observe un phénomène très marquant quant au choix des spécialités des étudiants au sein même

¹³³ Sur 7 978 étudiants qui ont choisi leur spécialité d'internat en 2017, 4 545 été des femmes contre 3 433 hommes (Le quotidien du médecin, « Internat : les spécialités que les femmes préfèrent, celles que les hommes fuient », 2017) ;

En 2019, les filles représentent près de 70 % des inscrits en PACES et sont au nombre de six sur dix des étudiants en deuxième année de médecine (Le Monde, « En médecine, plus de filles mais toujours autant d'enfants de cadres », Février 2019)

¹³⁴ Buscatto, Marie, « Chapitre 3. Ségrégations genrées dans l'emploi et le travail », Sociologies du genre, 2019, pp. 99-136

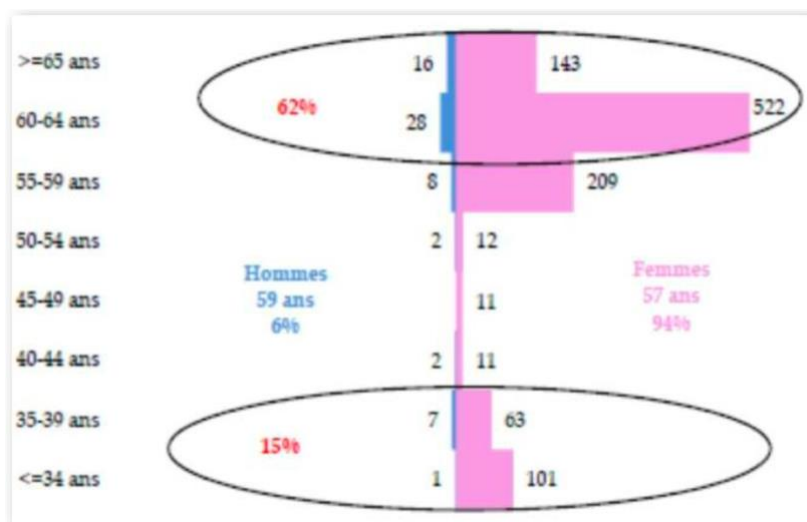
de cette profession. En effet, les femmes sont majoritaires au sein de la gynécologie médicale, et totalement en infériorité en gynécologie/obstétrique.



Source : tableau réalisé sur Excel à partir des données de la DREES : « La démographie des professionnels de santé de 1999 à 2011 ».

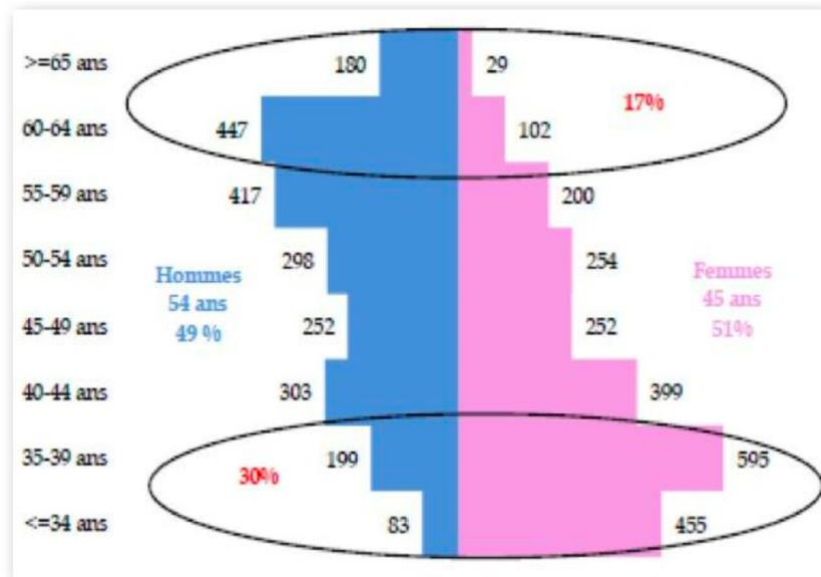
Ainsi, la gynécologie obstétrique, de par sa fonction chirurgicale semble avoir pendant longtemps été une spécialité plus prestigieuse et donc d'avantage favorisée par les hommes.

En 2017, les femmes représentent 94% des professionnels de la gynécologie médicale et sont majoritairement des femmes âgées de 55 à 65 ans¹³⁵.



¹³⁵ Données et graphique : Atlas de la démographie médicale (gynécologie médicale), CNOM, 2017

À l'inverse, même si les femmes représentent 51% des professionnels de la gynécologie obstétrique en 2017, cela est seulement dû à la féminisation du milieu, car la majorité des 51% est âgée de 30 à 45 ans. Les femmes âgées de plus de 55 ans ne représentent que 17% de cette catégorie, la grande partie de la spécialité étant donc encore exercée par des hommes de plus de 55 ans¹³⁶.



Le nombre de postes à l'internat en gynécologie médicale augmente chaque année : 30 places en 2012 contre 87 en 2022¹³⁷. Cependant il existe actuellement une pénurie de gynécologues médicaux, et les postes sont chaque année de plus en plus difficilement pourvus.

Quand la médecine s'est emparée du champ de l'obstétrique, elle a introduit un modèle patriarcal fort qui a perduré pendant des années de par le pourcentage d'hommes conséquent au sein de la profession. Aujourd'hui, même si la profession se féminise, il faudra encore plusieurs années avant que l'on puisse apercevoir les changements qu'apportera réellement la nouvelle génération de médecins.

¹³⁶ Données et graphique : Atlas de la démographie médicale (gynécologie médicale), CNOM, 2017

¹³⁷ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er852.pdf>
<https://www.letudiant.fr/etudes/medecine-sante/ecn-2022-le-nombre-de-places-par-specialite-est-sorti.html>

2. *La volonté des femmes souvent rendue invisible au profit du savoir médical*

L'abandon du paternalisme médical, qui, en théorie, favorise une collaboration entre le patient et son médecin, ne se retrouve que très peu dans le secteur de la gynécologie/obstétrique. Cela est notamment dû au profond patriarcat qui provient des stéréotypes du 19^{ème} siècle et qui caractérise ce milieu. Encore aujourd'hui, les croyances sexistes de certains professionnels de santé ont pour conséquence l'exclusion des femmes du processus décisionnel relatif à leur propre corps, et ce malgré la mise en place en 2002 d'une démocratie sanitaire fondée sur un principe de codécision médicale.

Ces stéréotypes sexistes renforcent l'idée selon laquelle la femme est fragile et incapable de prendre des décisions raisonnées, en particulier lorsqu'elle accouche. Le président du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français a d'ailleurs affirmé qu'« *au moment de l'accouchement, tout le sang est drainé vers l'utérus, au détriment du cerveau* »¹³⁸, affirmation qui n'est absolument pas basée sur des preuves scientifiques, et qui sous-entend par ailleurs, que la grossesse est un bouleversement physiologique et psychologique si conséquent, qu'il placerait la femme dans un état de telle fragilité et d'incapacité, qu'elle ne pourrait alors prendre de décisions pour elle-même¹³⁹. Ce genre de propos, d'autant plus lorsqu'ils proviennent du président du CNGO, ne font que légitimer l'autorité du corps et du savoir médical au détriment de la volonté de la femme, et favorisent donc les VGO.

Certes, un accouchement n'est pas un acte anodin, et draine et fragilise la femme, mais le corps médical à tendance à profiter de cette vulnérabilité pour imposer son autorité et son choix à travers des discours anxiogènes et axés sur les risques que la femme et le bébé pourraient encourir si elle ne se soumet pas aux décisions médicales. Ainsi, la peur du risque est alors utilisée comme un argument supplémentaire pour justifier cette soumission¹⁴⁰.

¹³⁸ M.-H. Lahaye, « *Le sexisme du Dr Israël Nisand, Président du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français* », 15 juin 2017 : disponible sur <http://marieaccouchela.net/index.php/2017/06/15/le-sexisme-du-dr-israel-nisand-president-du-college-national-des-gynecologues-et-obstetriciens-francais/>

¹³⁹ Sara Cohen Shabot, « *Making Loud Bodies "Feminine": A Feminist-Phenomenological Analysis of Obstetric Violence* », *Human Studies, A Journal for Philosophy and Social Sciences*, 2015.

¹⁴⁰ MAKE MOTHERS MATTER, « *Make Mothers Matter Submission: violence against women - Mistreatment and violence against women during reproductive health care with a focus on childbirth* », 17 mai 2019

Dans un monde où prédomine le paternalisme, la volonté des femmes est alors invisibilisée au profit du savoir médical qui semblerait toujours l'emporter sur la connaissance qu'a la femme de son propre corps, et ce, dans toutes circonstances.

Le paternalisme et la soi-disant légitimité du savoir médical sont tellement ancrés dans ce milieu, que l'on s'attend bien trop souvent à une passivité, voire à une soumission, de la femme jusque dans l'accouchement. On entend souvent dire que c'est l'obstétricien qui « *accouche la femme* », alors que de toute évidence, physiologiquement, c'est la femme qui accouche. D'ailleurs, comme l'a si bien souligné Diane Roman, ne serait-il alors pas normal que la femme soit grammaticalement le sujet actif de cette phrase ?¹⁴¹

In fine, la volonté des femmes n'est que très peu entendue et respectée par le corps médical dans ce milieu. Si les médias et la scène publique ont d'ores et déjà saisis l'importance du sujet et que la parole des femmes se cesse que de se libérer de plus en plus, il serait regrettable que le corps législatif ne saisisse pas ces temps à son tour pour légiférer plus, et mieux, sur le sujet des violences gynécologiques et obstétricales.

¹⁴¹ Diane Roman, « *Les violences obstétricales, une question politique aux enjeux juridiques* », RDSS, 2017, p.7

PARTIE 3 : LES VIOLENCES GYNÉCOLOGIQUES ET OBSTÉTRICALES : ÉTAT DES LIEUX JURIDIQUE ET PISTES D'AMÉLIORATION POUR LUTTER CONTRE CE PHÉNOMÈNE

« On ne peut plus considérer qu'à partir du moment où il y a entrée dans un cabinet gynécologique, il y a forcément consentement pour tout¹⁴² »

Après avoir étudié l'origine et le contexte des VGO en première partie, puis avoir mis en évidence que notre système de santé peut être générateur de VGO de par les violences institutionnelles et sexistes présentes dans le milieu, la dernière partie de ce travail a pour objectif de proposer un état des lieux juridique de la question des VGO ainsi que des pistes d'amélioration susceptibles de contribuer à éradiquer ce type de violence.

Il conviendra dans un premier temps de comprendre si le droit français permet de lutter contre les violences gynécologiques, ou si au contraire il est une entrave à la lutte contre ce phénomène (I), puis il s'agira de proposer des pistes d'amélioration (tant juridiques qu'en terme de santé) afin de pouvoir lutter contre l'amplification des VGO (II).

I. Les violences gynécologiques et obstétricales sous le prisme du droit français

À ce jour, en France, le Code pénal n'élève pas les violences obstétricales et gynécologiques en une infraction spécifique. En théorie, plusieurs lois permettent de protéger les femmes contre les violences obstétricales et gynécologiques, comme l'article 11 de la loi du 4 mars 2002, qui impose le consentement du ou de la patiente pour tout acte médical commis par un.e soignant.e. Mais si la loi Kouchner s'applique à tous les actes médicaux, elle ne prend pas en compte les spécificités de certaines situations qui peuvent par exemple survenir pendant les

¹⁴² Citation de Benjamin Pitcho, avocat spécialiste en droit de la santé, dans un éditorial de Libération « Violence gynécologiques : Ras les cons » du 9 août 2022

accouchements, comme les situations d'urgence, justifiant ainsi que le personnel médical puisse agir selon son bon vouloir, et ce sont généralement dans ce genre de situations, où le consentement ne va pas être recherché, que la plupart des violences sont commises.

Par ailleurs la question autour de la qualification de « viol » pour désigner des examens médicaux réalisés de manière brutale ou sans consentement, mais sans la moindre intention sexuelle, est-elle cohérente juridiquement ? Pour les victimes, une pénétration par un spéculum sans avoir été prévenue, ou un toucher vaginal non consenti est bien évidemment ressenti et perçu comme un viol, mais d'un point de vue strictement juridique, l'article 222-23 du Code pénal précise que pour qu'un acte soit qualifié de viol, il faut qu'il y ait une intention sexuelle¹⁴³. Mais quid de l'intention sexuelle qui est nécessaire pour qualifier l'infraction, lors d'un examen gynécologique ou obstétricale ?

Il existe ainsi plusieurs flous juridiques qui inscrivent les VGO dans un contexte de grande complexité.

Par ailleurs, de nombreuses autres difficultés sont relevées dans la mise en place actuelle du droit français ayant pour objectif de lutter contre ces violences gynécologiques et obstétricales (A). Celles-ci peuvent parfois plus être perçues comme des entraves à cette lutte plutôt qu'à des solutions. Il est tout de même important de préciser que plusieurs recours juridiques sont ouverts aux victimes comme l'intervention du défenseur des droits, la responsabilité disciplinaire, la responsabilité civile et la responsabilité pénale afin de permettre aux victimes d'obtenir une réparation. Ces recours ne seront pas traités dans le cadre de ce mémoire mais il est pertinent de souligner leur existence.

A. Les difficultés relevées dans la mise en place actuelle du droit français ayant pour objectif la lutte contre les violences gynécologiques et obstétricales

À ce jour, le droit français ne s'est toujours pas encore entièrement saisi de la question des violences gynécologiques et obstétricales, ce fait étant particulièrement marqué par l'absence

¹⁴³ Article 222-23 du code pénal : « tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, ou tout acte bucco-génital commis sur la personne d'autrui ou sur la personne de l'auteur par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol »

d'un consensus sur la définition même des violences gynécologiques et obstétricales (1). Même si le droit français comporte tout de même quelques outils permettant aux victimes d'obtenir une réparation en justice, les expertises médicales, entre autres, peuvent parfois être inadéquates face aux VGO (2). Enfin, il semblerait que le risque médico-légal qui pèse considérablement sur les gynécologues et obstétriciens ait tendance à influencer les praticiens dans leur choix de procédure, ce qui, paradoxalement, peut conduire à une hausse des VGO (3).

1. Absence de consensus sur la définition des violences gynécologiques et obstétricales

Depuis le 21 octobre 2021, les consultations gynécologiques et obstétricales font l'objet d'une charte du Collège national des gynécologues et obstétriciens, qui rappelle douze principes applicables à cette consultation qui « *n'est pas comme les autres puisqu'elle touche à l'intimité des patientes* ». Ce texte indique par exemple que « *l'accord oral de la femme doit être recueilli au préalable* » et que « *l'examen doit pouvoir être interrompu dès que la patiente en manifeste la volonté* », ou bien encore « *qu'aucune pression, en cas de refus, ne doit être exercée sur elle* »¹⁴⁴.

Cependant, même si la charte met en avant le fait que « *les professionnels ont parfaitement conscience de la particularité de la consultation de gynécologie ou d'obstétrique* », et que « *cette consultation nécessite une écoute, une attitude, un dialogue et un examen physique dans un esprit de bienveillance et de respect mutuel.* », cette charte ne propose cependant aucune définition de la notion de « *violences obstétricales et gynécologiques* », et n'en fait même pas état.

Par ailleurs, même si la parole se libère de plus en plus, et que de nombreux scandales voient le jour en France concernant les VGO, le droit français ne définit pas pour autant davantage ces violences, à l'inverse de certains pays tels que le Venezuela ou l'Argentine qui, comme

¹⁴⁴ CNGOF, « *Charte de la consultation en gynécologie ou en obstétrique* », 21 Octobre 2021

nous l'avons vu dans la partie 1, les ont inscrites dans leur législation depuis la fin des années 2000.

Une définition peut être trouvée dans le rapport de 2018 du Haut Conseil à l'Égalité portant sur les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical, selon lequel les violences obstétricales et gynécologiques sont les « *actes sexistes les plus graves qui peuvent se produire dans le cadre du suivi gynécologique et obstétrical des femmes*¹⁴⁵ », mais comme vu précédemment, les VGO ne sont pas uniquement dues aux violences sexistes, mais aussi aux violences institutionnelles. Ainsi, le manque de consensus sur l'origine des VGO (institutionnelles/genre) rend la conception d'une définition plus compliquée.

Plusieurs auteurs ont tenté de définir plus globalement ce type de violence comme Marie Hélène Lahaye qui définit les VGO comme « *tout comportement, acte, omission ou abstention commis par le personnel de santé, qui n'est pas justifié médicalement et/ou qui est effectué sans le consentement libre et éclairé de la femme enceinte ou de la parturiente* ». Sa définition permet couvrir l'ensemble des événements qui peuvent se produire dans une maternité ou lors d'une consultation, visent l'ensemble du personnel et renvoi à la loi Kouchner avec l'idée du « *consentement libre et éclairé* ». Cependant, aussi complète que cette définition puisse paraître, celle-ci n'est pas une définition juridique, et aucune définition des VGO n'apparaît aujourd'hui dans aucun code.

À ce jour, la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (la Convention d'Istanbul), est l'un des seuls instrument juridique dans ce domaine, qui traite par exemple des avortements et des stérilisations forcés dans son article 39¹⁴⁶.

Les normes sanctionnant les violences gynécologiques et obstétricales ne sont donc pas encore établies d'une manière générale. Il faudrait par conséquent appeler à l'élaboration de celles-ci.

¹⁴⁵ HCE, « *Actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : reconnaître et mettre fin à des violences longtemps ignorées* », Paris, 26 juin 2018, p.3

¹⁴⁶ Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, article 39 – Avortement et stérilisation forcés

Légiférer sur le sujet apporterait une réelle reconnaissance et visibilité de la maltraitance vécue par les femmes lors de leur suivi gynécologique et obstétrical ainsi qu'une sécurité juridique de par la sanction que l'article lui conférerait. L'ordre de médecins se devrait également de mettre en place des mécanismes pour sanctionner, voir interdire, tous propos et attitudes sexistes et actes de violence envers les femmes lors de leur suivi.

Enfin, il est cependant important de préciser que même si le terme n'est pas défini légalement, des lois sont censées protéger contre les violences obstétricales et gynécologiques, comme par exemple les lois sur les discriminations se trouvant aux articles 225-1 à 225-24 du code pénal qui viennent sanctionner tout acte discriminatoire. Ou bien encore les articles 222-22 à 222-33-1 du CP venant sanctionner les agressions sexuelles et le viol.

2. Les expertises médicales à la suite de violences

La phase d'expertise médicale est ordonnée par une juridiction judiciaire ou administrative dans le cadre d'un processus d'indemnisation¹⁴⁷. Si celle-ci est nécessaire pour permettre de traduire un état médical en une situation de droit, sa fiabilité peut légitimement être discutée, en particulier concernant les barèmes médico-légaux d'évaluation du dommage corporel dans le cadre de violences gynécologiques et obstétricales.

En effet, lors d'une expertise médicale, l'expert désigné doit impérativement relever de la spécialité correspondant à la nature des blessures subies par la victime mais aussi présenter une indépendance totale vis-à-vis de l'une et l'autre des parties ainsi que de l'assureur¹⁴⁸.

Il existe plusieurs problèmes par rapport à cette mise en place :

¹⁴⁷ <https://www.preziosi-handicap.org/fr/lexique-juridique/id-118-expertise-medicale>

¹⁴⁸ *Actu Juridique*, « Normes techniques en expertise médicale : valeur et rôle juridiques », 09 Juin 2021

- Premièrement, on demande à une femme venant de subir des violences gynécologiques et obstétricales de se faire examiner par un médecin ayant pour spécialité celle de l'agresseur, ne favorisant pas ainsi un climat de confiance patient-expert médical et pouvant même conduire à une rétractation de la plainte déposée tant la victime pourrait redouter la consultation gynécologique pourtant nécessaire à l'établissement de l'expertise.
- Par ailleurs, pour déterminer si le médecin a manqué à son devoir dans une affaire, l'expert se doit de comparer la conduite du médecin à la norme de diligence applicable, qui fait référence au degré de compétence et d'apprentissage que possèdent et exercent habituellement, dans des circonstances similaires, les membres en règle de sa profession¹⁴⁹. La norme de diligence est basée sur ce qui est habituel et coutumier dans la profession, or les VGO étant de plus en plus importantes dans le milieu, et la maltraitance gynécologique et obstétricale très peu reconnue par une partie non négligeable du corps médical, la fiabilité de l'expert peut être remise en question.

Quand les femmes victimes qui cherchent une réparation se heurtent à l'ignorance de certains professionnels ou à de l'incompréhension, voire du déni, cela ajoute de la violence à celle qu'elles ont déjà subie. C'est pourquoi les experts médicaux et les professionnels du secteur judiciaire doivent être sensibilisés aux VGO et informés de leur impact sur le vécu des femmes¹⁵⁰.

Pour ce faire, une première initiative a vu le jour en 2009, celle de « *l'expertise des patients dans l'amélioration de la qualité des soins* » qui est reconnue et créée par l'université des patients en partenariat avec l'Université de la Sorbonne¹⁵¹. En effet, ce diplôme universitaire « Démocratie en santé : s'outiller pour construire l'expertise en santé », permet à d'anciens

¹⁴⁹ *Ibid.*,

¹⁵⁰ CIANE, « *Violences obstétricales : comprendre, prévenir, réparer* », dossier de presse, 2017

¹⁵¹ HCE, « *Actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : reconnaître et mettre fin à des violences longtemps ignorées* », Paris, 26 juin 2018, p.110

malades de valider, sous forme de diplôme, leur expérience et vécu médical pour ensuite former des étudiants ou accompagner d'autres malades¹⁵².

L'expertise médicale étant nécessaire pour obtenir la reconnaissance d'une faute mais aussi réparation, il semblerait alors d'autant plus pertinent de former de manière plus efficace les experts à l'identification des VGO.

3. *Quand le risque médico-légal pèse plus dans la décision thérapeutique : l'exemple de la césarienne et de l'épisiotomie*

La gynécologie obstétrique est une spécialité particulièrement exposée aux risques médico-légaux. Le qualificatif « médico-légal » renvoie implicitement à l'idée que la responsabilité médicale est moins liée à la médecine qu'aux règles juridiques dont dépendent l'établissement. Selon le CNGOF, ce le terme de risque médico-légal serait « *concrètement utilisé par les médecins pour décrire les conséquences judiciaires de leur activité et vise les soucis éventuels que les patients pourraient leur causer en les renvoyant devant la justice pour qu'ils rendent compte de leurs pratiques* »¹⁵³. C'est ainsi qu'il faut comprendre le terme de « risque médico-légal ».

La gynécologie/obstétrique est l'une des spécialités médicales les plus attaquées en justice et dont l'assurance Responsabilité Professionnelle est la plus chère de toutes les spécialités (environ 22 000 euros par an)¹⁵⁴. Par conséquent, les médecins de cette profession ont tendance

¹⁵² « *DU Démocratie en santé : s'outiller pour construire l'expertise en santé* » de l'université des patients (Paris-Sorbonne) ; <https://universitedespatients-sorbonne.fr/diplome/du-democratie-en-sante-soutiller-pour-construire-l'expertise-en-sante/>

¹⁵³ CNGOF, « *Chapitre 39 Risques médico-légaux* », 2016 ; <http://www.cngof.net/E-book/GO-2016/CH-46.html>

¹⁵⁴ L'OBS, « *L'accouchement par césarienne privilégié au Brésil : une "mode" dangereuse et inquiétante* », 2015 ; <https://leplus.nouvelobs.com/contribution/1334141-l'accouchement-par-cesarienne-privilegie-au-bresil-une-mode-dangereuse-et-inquietante.html>

à avoir recours à la médecine dite défensive. La médecine défensive est « *une médecine de l'évitement dans laquelle la préoccupation des médecins consiste davantage à se prémunir contre le risque judiciaire qu'à dispenser des soins appropriés à leurs malades. Elle est aussi une médecine plus coûteuse qui conduit les médecins à prescrire des examens complémentaires le plus souvent inutiles, mais destinés, en cas de problème, à prouver aux juges qu'ils n'ont pas été négligents* »¹⁵⁵. De nombreux témoignages de victimes de VGO attestent par ailleurs de ce fait.

L'exemple de la césarienne est un parfait exemple du poids du risque médico-légal. En France, le taux de césarienne est en constante augmentation. En 30 ans, il est passé de 7% à plus de 22%¹⁵⁶. Si cette hausse peut notamment être expliquée par les nombreuses césariennes de convenance, le risque médico-légal semble lui aussi peser lourd dans la balance. En effet, pour 98% des praticiens, le risque médico-légal apparaît comme un facteur participant à l'augmentation du taux de césarienne »¹⁵⁷. À titre illustratif, la surveillance électronique du cœur fœtal (le monitoring) est un instrument médico-légal qui a eu pour conséquence la quasi-disparition de la mortalité fœtale pendant l'accouchement, mais qui est aussi à l'origine de l'augmentation de la fréquence des césariennes, dans le sens où cette surveillance est régie par une attitude de précaution. En effet, au moindre problème (même insignifiant) à la lecture de ce monitoring, le médecin peut préconiser la césarienne, par précaution pour la mère, l'enfant mais aussi et surtout pour lui. Lors d'une césarienne (qui plus est programmée), les complications s'avèrent moins importantes et moins imprévisibles que lors d'un accouchement par voie basse, incitant ainsi les praticiens à favoriser les césariennes par prudence et par principe de précaution¹⁵⁸. Selon un communiqué du CNGOF de 2008, « *l'évolution des pratiques médicales fondée sur le principe de précaution pourrait contribuer à l'augmentation*

¹⁵⁵ Barbot, Janine, et Emmanuelle Fillion, « La « médecine défensive » : critique d'un concept à succès », *Sciences sociales et santé*, vol. 24, no. 2, 2006, pp. 5-33.

¹⁵⁶ DREES, « La naissance : caractéristiques des accouchements », 2020 ; <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Fiche%2025%20-%20La%20naissance%20%20caractéristiques%20des%20accouchements%20.pdf>

¹⁵⁷ Ismaël Hamadou Ousseini, « Moins de césariennes : l'avis des obstétriciens français », thèse, université de Bordeaux

¹⁵⁸ Le principe de précaution consiste pour les autorités compétentes à prendre des mesures face à un risque potentiel évalué selon l'état de la technique et de la science. (HCSP,2004)

du nombre de césariennes à la demande des professionnels en raison de la crainte d'une hausse de recours juridiques à l'issue d'un accouchement présentant ne serait-ce qu'un petit risque (gros bébé, bassin un peu étroit, enfant prématuré, jumeaux...) »¹⁵⁹. Ainsi, il semblerait que par peur de représailles juridiques, les médecins soient influencés dans leur choix de procédure, souvent au détriment même du bien-être de la patiente (la césarienne n'étant souvent que peu choisis par les patientes).

L'épisiotomie est un deuxième exemple concret de l'influence du risque médico-légal. L'OMS préconise, depuis plusieurs années maintenant, un taux maximum d'épisiotomie de 10%¹⁶⁰. Pourtant en France, et ce depuis 2016, ce taux se situe au niveau national aux alentours des 20%¹⁶¹. Cette pratique, qui pour rappel, consiste en une incision du périnée censée prévenir une déchirure plus grave et faciliter la sortie du bébé lors de l'accouchement est la définition même du principe de précaution, c'est-à-dire prendre les devants et être dans le contrôle. En théorie, si cette pratique était réalisée dans une logique de bienveillance, elle serait appréciée : « prévenir pour ne pas subir la déchirure », mais la réalité est toute autre, et bien trop souvent ces actes et cette surmédicalisation de l'accouchement est en fait vécu comme une violence obstétricale puisqu'elle correspond à l'utilisation de la médicalisation non pas dans l'intérêt de la femme mais dans l'intérêt des équipes soignantes, pour notamment palier à ces risques médico-légaux.

Ainsi, une meilleure identification des différentes erreurs médicales possibles permettrait à la profession gynécologique/obstétriques d'améliorer la prévention des litiges médico-légaux, et par ailleurs de réduire les actes inutiles pouvant mener à des VGO.

¹⁵⁹ CNGOF, « *Recommandations pour la pratique clinique. Extractions instrumentales* », 9 décembre 2008

¹⁶⁰ OMS, « *Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement* », 2021

¹⁶¹ *episio.info*, « *taux d'épisiotomie en France* », 2016

II. Propositions d'actions et pistes de réflexions pour lutter contre l'amplification des violences gynécologiques et obstétricales

Le 29 juin 2018, le rapport publié par le Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes recommande 26 actions pour reconnaître l'existence et l'ampleur des actes sexistes, les prévenir, faciliter leur signalement, les condamner et informer les femmes sur leurs droits¹⁶². Cependant, de plus en plus de scandales relatifs aux VGO voient le jour en France, il devient alors impératif d'agir et de mettre à exécution ces recommandations afin de pallier à cette hausse de la violence envers les femmes lors de leur suivi gynécologique et obstétricale. Globalement, il s'agirait de réformer la pratique des soins pour rendre au milieu de la santé son humanité **(A)** puis de repenser le système de santé et le système juridique pour limiter de telles violences **(B)**.

A. Réformer la pratique des soins pour rendre au milieu de la santé son humanité

Pour lutter contre les violences, il est important de revoir la manière dont le soin est conçu et pratiqué pour lui rendre son humanité. Pour améliorer la prise en charge des patients, il importe tout d'abord de favoriser davantage les qualités humaines et la diversité dans la sélection des professionnels de santé **(1)**. Par ailleurs, il semble nécessaire de renforcer la formation continue des soignants et de mieux encourager les bonnes pratiques **(2)**. Enfin, il faut veiller à limiter l'asymétrie entre le médecin 'sachant' et le patient 'vulnérable' **(3)**.

NB : Les points mentionnés ne sont pas exhaustifs, et ne représentent qu'une partie des pistes d'améliorations possibles.

¹⁶² HCE, « Actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : reconnaître et mettre fin à des violences longtemps ignorées », Paris, 26 juin 2018

1. Favoriser les qualités humaines et la diversité de la sélection des professionnels à leur exercice

Depuis quelques années maintenant, différentes manières de diversifier le profil des étudiants en médecine ont vu le jour. Premièrement, la sélection initiale des futurs soignants a été modifiée via la réforme de la PACES, inscrite dans la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé et vient modifier l'accès à la deuxième année des filières de santé en instaurant deux voies d'accès, « Parcours d'Accès Spécifique Santé » (PASS) et « Licence Accès Santé » (L.A.S)¹⁶³. Ces deux filières fonctionnent sur un mode majeure-mineure pour favoriser l'intégration de disciplines hors santé et les réorientations et a pour avantage de favoriser la diversité de la sélection, notamment grâce aux étudiants venant de L.A.S qui n'ont plus le profil type de l'étudiant en médecine, c'est-à-dire « un bachoteur issu d'un baccalauréat scientifique avec mention très bien »¹⁶⁴. Ainsi, si la diversité dans la sélection est recherchée, peut-être conviendrait-il d'augmenter le taux de pourcentage d'admis en 2^{ème} année venant d'une L.A.S.¹⁶⁵ ?

Ensuite, la procédure de passerelle santé permet, elle aussi, de diversifier les profils en permettant aux titulaires de certains diplômes (n'ayant pas forcément de rapport direct avec les sciences), d'accéder directement en 2^e ou 3^e année d'une des quatre filières du cursus santé en France, sans suivre la formation de première ni passer le concours de cette même première année.

Cette procédure a pour avantage de varier la sélection qui ne se base plus exclusivement sur l'accumulation de connaissances scientifiques théoriques mais qui, en acceptant des personnes

¹⁶³ <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000038821260/>

¹⁶⁴ Une étude a démontré que parmi les inscrits en PACES à la rentrée 2015, plus des trois quarts des bacheliers S ayant obtenu une mention « très bien » avaient réussi le concours ;
https://www.lemonde.fr/campus/article/2019/02/09/en-medecine-plus-de-filles-mais-toujours-autant-d-enfants-de-cadres_5421479_4401467.html

¹⁶⁵ La répartition des étudiants de 2^{ème} année à l'Université de Paris en 2021/2022 se faisait comme suit : 70% des étudiants venaient d'une PASS, 40% des étudiants venaient d'une LAS.

venant d'autres filières, permet d'obtenir une approche différente de la santé et des réflexions qui accompagnent la prise en soins des patients.

Cette procédure étant encore très peu connue, peut-être pourrait-il être envisageable de la promouvoir davantage afin de favoriser les candidatures et donc de renforcer cette recherche de la diversité.

Enfin, un autre point positif concerne la réforme des Examens Classants Nationaux (ECN). Dès 2023, l'entièreté du parcours de formation des étudiants en médecine sera prise en compte pour accéder à l'internat. Il comptera pour 10% de la note du classement final, et tiendra compte du cursus académique, mais aussi de l'engagement, de l'expérience professionnelle ou bien encore de la mobilité linguistique¹⁶⁶. Ainsi, à termes, peut-être serait-il intéressant d'augmenter ce pourcentage pour favoriser la diversité ?

Afin de développer les qualités humaines des soignants, et de les doter des meilleurs moyens pour faire face à une patientèle très diverse, il est primordial d'insister tout particulièrement sur les aspects concrets et pratiques de leur formation.

Il serait alors pertinent de renforcer l'apprentissage des étudiants en matière de bienveillance, de respect du consentement, et d'égalité hommes/femmes tout en insistant sur la prévention du sexisme et des violences, et ce dès le début de leur formation.

Par ailleurs, il conviendrait de mettre un peu plus en avant les sciences humaines et sociales en faculté de médecine, plutôt que de les considérer uniquement comme des cours optionnels. Leur enseignement doit être dispensé tout au long de la formation afin de développer une aptitude à l'empathie, une réflexion sur l'éthique et l'esprit critique nécessaires à la pratique de la médecine¹⁶⁷.

¹⁶⁶ *L'étudiant*, « Accès à l'internat de médecine : comment le parcours de formation est pris en compte ? », 21 Janvier 2022

¹⁶⁷ Avis du 22 mai 2018 « Agir contre les maltraitances dans le système de santé : une nécessité pour respecter les droits fondamentaux »

Enfin, les stages doivent également intervenir dès le début des études et être ancrés dans la pratique dans la mesure où ils permettent de mieux appréhender la prise en charge du patient, les conditions de l'exercice et la relation médecin-patient.

2. *Renforcer la formation continue des professionnels et encourager les bonnes pratiques*

Le formation continue des professionnels est primordiale dans la mesure où elle favorise un développement des compétences, l'évolution des pratiques, et l'adaptation continue des professionnels.

Le 21 juillet 2009, la loi Hôpital, patients, santé et territoire a remodelé les dispositifs de formations continues existants et a créée le développement professionnel continu (DPC) des professionnels de santé qui est aujourd'hui prévu à l'article L4021-1 du code de la santé publique¹⁶⁸. Ce dernier a pour objectifs « *le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques. Il constitue une obligation pour les professionnels de santé. Chaque professionnel de santé doit justifier, sur une période de trois ans, de son engagement dans une démarche de développement professionnel continu comportant des actions de formation continue, d'analyse, d'évaluation et d'amélioration de ses pratiques et de gestion des risques. L'engagement dans une démarche d'accréditation vaut engagement dans une démarche de développement professionnel continu.*¹⁶⁹ »

Le DPC est donc une obligation individuelle, qui s'impose aux professions médicales, de la pharmacie, aux auxiliaires médicaux et aux aides-soignantes, cependant, d'après le dernier bilan de l'Agence nationale du développement professionnel continu (ANDPC), moins de la moitié des médecins se seraient engagés dans le DPC au cours du triennal 2020-2022.¹⁷⁰

¹⁶⁸ https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031929691/

¹⁶⁹ https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031929691/

¹⁷⁰ ANDPC, « *Chiffres clés de l'Agence nationale du Développement Professionnel Continu* », 31 mars 2022

Tous les deux ans, un arrêté détermine les orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé. Le dernier en date est l'arrêté du 31 juillet 2019 fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé pour les années 2020 à 2022 : pour l'ensemble de la profession, seulement 1 des 256 orientations fixées par l'arrêté concerne le « *repérage de la maltraitance et de la violence et conduite à tenir* ». En ce qui concerne plus particulièrement les orientations pour les gynécologues, obstétriciens et sages-femmes, aucune orientation spécifique aux violences faites aux femmes n'a été définie par cet arrêté.

Par ailleurs, le nombre de jours de formation indemnisés n'est seulement que de trois jours, avec un plafond de prise en charge pour l'année 2020 de 21 heures par praticiens pour des actions de DPC¹⁷¹. Trois jours de formation semblent très largement en deçà des besoins de formation nécessaire notamment quand il s'agit de se former à la prévention contre les VGO.

Enfin, le contrôle du respect de cette obligation de DPC, est assuré par les ARS, les employeurs, ou les Ordres Professionnels au moins une fois tous les 5 ans, mais un manquement à l'obligation de DPC n'est à ce jour pas sanctionnée. Peut-être conviendrait-il d'agir en sanctionnant ce manque à obligation ? Il s'agirait également d'autoriser une enveloppe plus importante pour le financement des formations continues afin d'attirer plus amplement les professionnels de santé, mais aussi pour leur permettre d'avoir accès à des formations plus pointues.

Enfin, dans un contexte de lutte contre les VGO et dans la mesure où les DPC restent obligatoires, peut-être serait-il pertinent de rendre également obligatoire le suivi de modules sur les questions de bientraitance, de respect du consentement et sur les violences sexistes et sexuelles pour tous les professionnels de santé prenant en charge les femmes.

¹⁷¹ ANDPC, « forfait médecin 2020 » ; https://www.agencedpc.fr/sites/default/files/documents/le-dpc/forfaitsdpc2020_medecins_vdef.pdf

3. Limiter l'asymétrie entre le médecin consulté pour ses connaissances médicales et le patient pour réduire la vulnérabilité du patient

La relation de médecin-patient est traditionnellement caractérisée par une asymétrie¹⁷² : l'un est généralement consulté pour son savoir, l'autre consulte car il ne sait pas. L'un est vêtu d'une blouse blanche au titre de sa fonction, l'autre est dénudé, signe de sa vulnérabilité. L'un est debout, l'autre allongé ou assis¹⁷³. Le médecin, de par la vulnérabilité du patient et de par son ascendant naturel que lui confère son savoir, peut avoir tendance à abuser de la confiance que lui octroie son patient. Cependant, en aucun cas, du fait de sa situation médicale ou sociale, le médecin n'est en droit d'abuser de cet ascendant. Il doit toujours avoir cette asymétrie à l'esprit et chercher à la corriger par les informations qu'il délivre et la recherche du consentement éclairé de la personne qu'il prend en charge, pour lui redonner sa part d'initiative. Cette asymétrie est régie par le paternalisme médical qui a longtemps conféré tous les savoirs aux médecins au détriment du patient, et participe donc aux violences gynécologiques et obstétricales du fait de cette relation basée sur l'inégalité de pouvoir.

En effet, les femmes (et en particulier les mères lors de l'accouchement) ont une confiance très élevée envers les professionnels de santé ce qui peut parfois conduire à ce que certains actes non justifiés et représentant des violences envers elle, soient réalisés.

La Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins, tout à fait consciente de l'impact de cette asymétrie, estime, par exemple, qu'une relation sexuelle entre un.e soignant.e et son.s.a patient.e est contraire au code de la santé publique dans ses dispositions r.4127-2, r.4127-3, r.4127-7 et r.4127-31, et que si de telles relations viennent à s'instaurer de façon à ce qu'elles soient consenties par les deux parties, le médecin se doit d'orienter son patient vers un autre praticien¹⁷⁴.

¹⁷² Une relation est dite asymétrique lorsqu'elle implique des protagonistes ayant des statuts différents

¹⁷³ Zielinski, Agata, « La vulnérabilité dans la relation de soin. « Fonds commun d'humanité » », *Cahiers philosophiques*, vol. 125, no. 2, 2011, pp. 89-106.

¹⁷⁴ Décision 12445 du 12 janvier 2016 de la chambre disciplinaire nationale de l'ordre des médecins ; <http://www.jurisprudence.ordre.medecin.fr/FicheDetailConsultation.do?ficId=18864>

Lorsqu'il y a asymétrie, il y a absence de réciprocité. La loi du 4 mars 2002 a tenté d'instaurer une relation plus égalitaire entre médecins et patients en proclamant le principe d'autonomie du patient à travers l'affirmation de ses droits, comme avec le droit au consentement libre et éclairé du patient, qui lui redonne une part d'initiative dans son propre parcours de santé.

Ainsi, la volonté de réduire l'asymétrie passe donc par le devoir d'informer, mais aussi par la recherche de la participation du malade quant aux décisions le concernant.

C'est en réduisant cette asymétrie qu'une partie des VGO pourront être évitées.

B. Repenser le système de santé et le système juridique pour limiter de telles violences

Le système de santé et le système juridique présentent tous deux des failles conséquentes qui tels qu'ils sont aujourd'hui ne permettent pas de lutter de manière totalement efficaces contre les VGO. Il convient alors de repenser ces deux instances afin de limiter les violences. Pour cela, plusieurs pistes de réflexions sont envisagées. La mise en place de véritables démocratie sanitaire et politique de santé publique semble dans un premier temps pertinente (1). Ensuite, il conviendrait d'augmenter significativement les moyens humains et financiers à l'hôpital (2). Enfin, il est nécessaire d'améliorer la prévention dans le cadre des VGO pour lutter contre la propagation de telles violences (3).

1. Mise en place de véritables démocratie sanitaire et politique de santé publique

La loi Kouchner de 2002 a mis en place les bases de la démocratie sanitaire, en reconnaissant l'importance du rôle des usagers du système de santé, et en consacrant leur droit à accéder à leur dossier médical tout en participant activement aux décisions thérapeutiques les concernant. Cependant, 20 ans après, certaines dispositions de cette loi ne sont pas toujours respectées en pratique et les patients connaissent souvent mal leurs droits.

La démocratie sanitaire, est fondée sur un principe de codécision médicale, sur un droit du patient à l'information et sur la recherche absolu du consentement libre et éclairé du patient mais comme nous avons pu le voir à travers ce mémoire, lorsqu'il est question de gynécologie/obstétrique, ces principes sont loin d'être toujours respectés et recherchés.

Respecter la volonté des patients en garantissant l'information et le consentement est un fondamental qui se doit d'être absolument rechercher pour lutter contre les violences gynécologiques et obstétricales.

Par ailleurs, la mise en place d'une véritable démocratie sanitaire doit permettre la participation des usagers dans toutes les instances et à tous les niveaux du système de santé. Par exemple, il s'agirait d'approfondir le rôle des Commissions des usagers (CDU), instituées au sein des hôpitaux pour garantir les droits des usagers et formuler des propositions pour améliorer l'accueil des patients¹⁷⁵. À ce jour, la CDU a un rôle qui reste très limité dans la mesure où la commission n'est que purement consultative et où elle ne dispose que d'un pouvoir de médiation. Afin de renforcer son rôle consultatif, peut-être s'agirait-il dans un premier temps de la faire, par exemple, présidé par un usager élu ?

Enfin, la mise en place d'une véritable démocratie sanitaire passe également par une meilleure reconnaissance de l'importance de la diversité, et notamment de genre, dans les instances professionnels des soignants. La composition des différents ordres professionnels se doit d'être plus paritaire.

2. Donner plus de moyens financiers et humains à l'hôpital

En France, les maternités continuent de perdre des lits et de fermer. En 2020, moins de 15 000 lits d'obstétrique dans 478 maternités étaient dénombrés contre plus de 20 000 lits dans 742 maternités en 2000¹⁷⁶. Pour autant, sur cette même période, le taux d'utilisation des lits est passé de 22 accouchements à 49 accouchements par an avec une durée moyenne de séjour ayant

¹⁷⁵ CNCDH, « Agir contre les maltraitances dans le système de santé : une nécessité pour respecter les droits fondamentaux, Avis du 22 mai 2018

¹⁷⁶ Drees, « panorama des établissements de santé » 2021

diminué de 8 jours à 4,6 jours¹⁷⁷. Par ailleurs, le nombre de sages-femmes en milieu hospitalier a baissé de 3% entre 2012 et 2021¹⁷⁸. Ces chiffres sont révélateurs d'un profond manque de moyens financiers et humains aux seins des hôpitaux et des maternités françaises. Ces manques ont un impact conséquent sur la prise en charge des patientes qui, comme nous avons pu le voir, peut aussi mener à des violences dites institutionnelles par manque de temps, d'équipement ou de personnel.

Nous avons vu que la surcharge de travail des soignants contribue à la maltraitance. C'est la raison pour laquelle il paraît primordial de prévoir une augmentation des ressources humaines et financières dans les services de gynécologie/obstétrique et en maternité.

De plus, une remise en question de la tarification à l'acte serait-elle aussi à envisager dans les maternités. En effet, les professionnels de la santé sont rémunérés à l'acte et non par rapport au temps et à la qualité des soins apportés aux patientes. Les objectifs financiers que poursuivent les hôpitaux amènent donc les médecins et les sage-femmes à privilégier les techniques les plus efficaces en termes de temps et d'argent. Cette manière de faire a d'ailleurs conduit à la fermeture de nombreuses « petites maternités », qualifiées de « non rentable » selon ce système, engendrant ainsi un plus grand nombre de visites dans les plus grandes maternités où le personnel hospitalier ne peut pas toujours être bienveillant par manque de personnel et de temps.

Enfin, il serait pertinent de revaloriser à tout prix le métier de sage-femme.

Les hommes et les femmes qui exercent ce corps de métier sont aujourd'hui à bout de force et revendiquent depuis plusieurs années une meilleure reconnaissance et valorisation de leur profession. Les sage-femmes ont cinq années d'études exigeantes avant d'être diplômées, ils/elles font de nombreuses gardes, travaillent les weekends, les nuits, et pourtant leur fatigue ne semble pas être entendue. Cela est notamment constaté lors de la première revalorisation des salaires dans les négociations du Ségur avec comme résultat une augmentation de 183 euros net par mois correspondant à la revalorisation minimale, pour les sage-femmes¹⁷⁹, ou par les nombreuses grèves du corps de métiers effectuées depuis de nombreuses années.

¹⁷⁷ *Ibid.*,

¹⁷⁸ IGAS, « L'évolution de la profession de sage-femme », juillet 2021

¹⁷⁹ Sénat, « Revalorisation du métier de sage-femme », 15^e législature, Avril 2021

Ainsi, il conviendrait de revaloriser le métier de sage-femme, tant d'un point de vue financier que d'un point de vue de la reconnaissance du diplôme. Cela permettrait peut-être de lutter contre la pénurie de sage-femme et donc, à termes, de lutter contre les violences institutionnelles qui persistent à l'hôpital par manque de moyens humains.

3. Améliorer la prévention dans le cadre des violences gynécologiques et obstétricales

Les campagnes de prévention visent à améliorer la santé publique et à diminuer l'incidence de certains comportements. Ainsi, afin de prévenir les actes sexistes et plus particulièrement toutes les VGO, une campagne de prévention plus importante se doit d'être déployée nationalement. Cette prévention doit commencer et avoir lieu tout du long de la formation des personnels de santé, comme vue précédemment, mais elle doit également avoir lieu auprès de tout public, et en particulier auprès des femmes.

À ce titre, cette prévention pourrait intervenir sous forme de campagnes mettant en avant les normes de bientraitance qui doivent avoir lieu lors des consultations gynécologiques et obstétricales. Ainsi, les jeunes filles consultant pour la première fois, seraient en mesure non seulement de comprendre si certains actes sont acceptables ou non lors de leur consultation, mais aussi d'obtenir des réponses à leurs interrogations sur le déroulement d'une consultation gynécologique.

La prévention se doit également de passer par la sanction et la pénalisation des actes sexistes et sexuelles par les Ordres en mettant par exemple en place, une procédure disciplinaire spécifique d'examen des plaintes pour violences sexistes et/ou sexuelles. Cette procédure, et les sanctions qui en ressortiraient permettraient, premièrement d'éduquer tous les professionnels de santé sur l'existence et la dangerosité des VGO, mais serviraient à les limiter en les sanctionnant. Par ailleurs, ces mêmes membres des chambre disciplinaires et des Ordres se doivent eux aussi

d'être formés pour reconnaître et ne plus nier l'existence des VGO. Cette sensibilisation est essentielle afin de comprendre l'ampleur des violences et leurs conséquences sur les femmes.

Il est également important de prévenir des violences sexistes et sexuelles commises par les professionnels de santé sur les patientes notamment basées sur les stéréotypes sexistes et discriminatoires. Pour ce faire, une formation approfondie concernant par exemple une prise en charge respectueuse des transsexuelles lors des consultations gynécologiques et obstétricales se doit d'être mise à disposition des gynécologues/obstétriciens/sage-femmes et doit être fortement incitée. Cette prévention permettrait sûrement par ailleurs, une réconciliation de certains patients avec le système de santé.

La prévention passe également par une meilleure prise en charge et suivi des femmes victimes de VGO, notamment en accordant plus de soutien juridique et financier aux associations faisant déjà de la prévention et de la prise en charges de victimes de VGO comme par exemple l'IRASF, Le CIANE ou bien encore Maman Blues¹⁸⁰.

¹⁸⁰ *Préconisations provisoires de L'Institut de Recherches et d'Actions pour la Santé des Femmes Contre les violences obstétricales et gynécologiques, octobre 2017*

CONCLUSION

Depuis le début de la rédaction de ce mémoire de nombreux scandales concernant les violences gynécologiques et obstétricales ont éclatés en France. Le plus récent et le plus médiatisés d'entre eux étant celui visant la secrétaire d'État chargée du Développement Chrysoula Zacharopoulou, qui se voit reprocher par des patientes des gestes qu'elle leur aurait imposés quand elle exerçait encore comme gynécologue.

En mai 2022, une enquête a été ouverte après le dépôt de deux plaintes pour viol : la première ayant été déposée le 25 mai puis une seconde a suivi le 16 juin pour des faits de même nature¹⁸¹. Selon Sonia Bisch, fondatrice de StopVOGfr, son collectif contre les violences gynécologiques et obstétricales aurait « reçu au moins trois témoignages » la concernant, datant de 2013, 2016 et 2020, évoquant « *des violences gynécologiques (...) provenant de trois autres patientes qui n'auraient quant à elles, pas encore porté plainte* »¹⁸².

La liste de témoignages contre Chrysoula Zacharopoulou continue de s'allonger depuis que les plaintes ont été rendues publiques. Le vendredi 24 juin, c'est une autre patiente de la gynécologue qui a porté une troisième plainte et relaté son agression qui aurait eu lors d'un rendez-vous en 2018 pour soigner son endométriose¹⁸³.

La secrétaire chargée du développement, après plusieurs semaines de silence, a finalement pris la parole pour nier toute violence et qualifier ces accusations à son encontre de « *graves, inacceptables et révoltantes*¹⁸⁴ ». Chrysoula Zacharopoulou est actuellement toujours en poste. Ces mises en cause successives de médecins pour des faits commis dans l'exercice de leurs fonctions interrogent notamment la qualification juridique qui pourrait être appliquée à des actes médicaux de pénétration vaginale ou rectale non consentis, en particulier, lorsqu'il s'agit de la qualification de ces actes en tant que « viol », quand l'intention sexuelle n'est pas caractérisée. Joëlle Beaisch Allart, présidente du Collège national des gynécologues et obstétriciens français, a d'ailleurs indiqué à l'AFP être « *très inquiète de l'usage actuel du mot*

¹⁸² Libération, « La secrétaire d'Etat Chrysoula Zacharopoulou visée par une enquête après deux plaintes pour viol », 22 juin 2022

¹⁸³ Le Point, « Accusations de violences : une 3^e plainte contre Chrysoula Zacharopoulou », 24 juin 2022

¹⁸⁴ Extrait du communiqué transmis par l'avocat de Mme Zacharopoulou à l'AFP

viol pour qualifier des examens gynécologiques, sans la moindre intention sexuelle ». Cependant, les polémiques et controverses autour du sujet des violences gynécologiques et obstétricales ne peuvent plus être ignorées, premièrement de par leur récurrence mais aussi de par leur gravité.

L'histoire, exposée dans la première partie de ce travail, illustre comment les femmes ont été exclues du monde médical et dépossédées de tout contrôle sur leur corps pendant des années. Ces pratiques du 19^{ème} siècle, qui ont écartés la femme en tant que sujet pensant tout en la réduisant à une simple « marmite », ont participé à développer une pratique de la gynécologie et de l'obstétrique sans la participation des femmes, alors même qu'elles sont les principales intéressées par le sujet. Ce contrôle patriarcal sur la profession se traduit aujourd'hui par une surmédicalisation de l'accouchement et par la multiplication d'interventions inutiles, voire dangereuses pour les femmes, qui globalement, conduisent à des violences gynécologiques et/ou obstétricales.

Ces violences sont très variées. Elles peuvent être verbales (propos sexistes, discriminants), ou être dues à un manque de communication, d'information, d'empathie, de non prise en compte de la douleur ou bien encore d'absence de recherche de consentement libre et éclairé. Mais elles peuvent aussi être physiques et/ou sexuelles, comme par exemple l'utilisation de l'expression abdominale lors de l'accouchement, l'insertion non consentie et répétée d'un speculum lors d'une consultation gynécologique, ou bien encore le recours à des actes considérés comme des mutilations sexuelles comme le point du mari. Ces violences envers les femmes peuvent être perpétrées par tous soignants, de manière individuelle ou collective, et dans tout le parcours gynécologique et obstétrical de la femme (consultation gynécologique, consultation prénatale, accouchement et suites de naissance), et ont des répercussions durables plus que conséquentes sur les victimes. On observe par exemple des conséquences physiques comme des douleurs périnéales ou bien des descente d'organes à la suite d'épisiotomie par exemple ou bien encore des conséquences psychologiques comme l'ESPT ou bien des troubles dans la relation avec l'enfant ou le conjoint. Ces violences ont aussi pour grave conséquence d'éloigner les patientes du système de soins par manque de confiance et par peur de récurrence, ce qui peut s'avérer très nuisible pour elles, notamment si elles évitent les dépistages pendant plusieurs années.

Même si le droit médical reconnaît bel et bien aujourd'hui au patient le droit de consentir librement à une intervention, après avoir reçu une information claire et précise sur le sujet, de nombreux professionnels de santé ne prennent toujours pas le temps de rechercher ce consentement et rejettent la faute sur le caractère de l'urgence. Il devient impératif de reconnaître la capacité des femmes à prendre des décisions pour elles-mêmes, par rapport à leur corps, leur sexualité et leur bébé. Si certaines d'entre elles souhaitent se soumettre à des examens médicaux ou recourir à certaines interventions médicales comme aux IVG, leur choix se doit d'être respecté. De même pour celles qui préfèrent ne pas s'y soumettre, leur volonté doit être prise en compte.

Le manque de prévention est à l'origine de nombreuses VGO. En effet, les femmes ont des droits, mais ne les connaissent souvent que très mal, ce qui conduit à ce qu'elles acceptent et tolèrent des actes qui n'ont pas lieu d'être.

Il ressort également que les violences gynécologiques et obstétricales sont le résultat d'un profond sexisme qui règne au sein de la profession et qui est perpétué depuis le début des études de santé notamment à travers l'humour carabin et les fresques pornographiques des salles de garde d'internats. Ainsi, ces représentations et pratiques sexistes banalisées et institutionnalisées au sein des formations médicales sont l'une des causes de ces violences sexistes commises par les professionnels de santé (quel que soit leur sexe), dont les femmes sont les cibles lors de leur suivi gynécologique et obstétricales.

Par ailleurs, les VGO sont également le résultat de maltraitances institutionnelles dues à un système de santé en crise qui depuis plusieurs années semble s'être basé sur une organisation du travail centrée sur le rendement engendrant ainsi et souvent un grand manque de moyens et de personnels notamment au sein des maternités qui se voient de plus en plus obligé de fermer, ne pouvant fonctionner correctement selon ce système. Ce manque de personnels et de moyens conduit à une maltraitance contre leur gré des soignants qui n'ont ni le temps ni les moyens de s'occuper pleinement des patientes dans les maternités. Il est grand temps que les femmes arrêtent de subir, à travers diverses violences, les insuffisances de notre système de santé.

Par ailleurs, le système juridique français, peut et se doit de faire mieux pour lutter contre les VGO. À ce jour, même si plusieurs recours juridiques existent pour obtenir réparation suite à des violences, l'accompagnement juridique est encore bien trop fragile. La notion même de

violences gynécologiques et obstétricales n'est à ce jour toujours pas défini légalement, à l'inverse de plusieurs autres pays qui ont déjà pris les devants. Les pressions médico-légales pèsent également souvent bien trop lourd pour les médecins, ce qui conduit à fortiori, à la multiplication d'actes inutiles, qui peuvent s'avérer violents, par simple principe de précaution pour les soignants. Par ailleurs, une perspective d'évolution de la loi pénale mérite d'être réfléchie lorsqu'il s'agit de « *viol gynécologique* » et serait utile pour sanctionner les actes imposés de pénétration vaginale ou rectale non consentis, mais qui n'ont cependant pas d'intention caractérisée sexuelle.

Enfin, de nombreuses propositions et pistes de réflexions ont été apportées ces dernières années par des associations et même par le gouvernement à travers le HCE et la commission nationale consultative des droits de l'homme. Ce mémoire a également tenté de reprendre certains points qui semble pertinent de suivre afin d'éradiquer ce phénomène sociétal que sont les VGO. Le but n'étant pas de revenir sur chacune de ces pistes, mais il ressort majoritairement de celles-ci une nécessité à la sensibilisation et la prévention. Les professionnels de santé doivent impérativement être mieux formés et plus sensibilisés afin que leur manière d'enseigner et de pratiquer la gynécologie et l'obstétrique change pour le mieux, en insistant particulièrement sur la nécessité de retrouver une médecine plus humaine et moins productiviste, ce qui passe par le respect permanent des droits fondamentaux des femmes en matière de soins.

Depuis le début de l'écriture de ce mémoire, j'ai parlé à plusieurs femmes de mon sujet, et toutes sans exception m'ont dit avoir subi une violence ou une maltraitance qui pourrait être qualifiée de VGO. Souvent, elles n'en avaient même pas conscience, d'autres fois c'était en connaissance de cause mais elles ne pouvaient physiquement rien dire sur le moment. Dans tous les cas, ce sont des actes qui ne sont pas anodins, ne le seront jamais, et qui marquent la vie des victimes pour toujours. Je suis pour ma part future étudiante en médecine, et j'envisage depuis plusieurs années l'obstétrique comme spécialité. Loin de moi l'idée de simplement critiquer cette spécialité à travers ce travail, mais toutes les recherches effectuées dans le cadre de ce mémoire m'ont réellement ouvert les yeux sur la réalité des VGO, et je sais que j'aspire à exercer plus tard un métier où les femmes seront traitées avec le respect qu'elles méritent de recevoir. C'est pourquoi j'espère qu'un changement effectif verra le jour, et qu'ainsi les VGO seront vouées à disparaître.

ANNEXES

Cette annexe a pour objectif de mettre en évidence la multitude de cas de violences gynécologiques et obstétricales à travers un certain nombre de témoignages, dans le but de comprendre leur gravité, leur fréquence, et leurs conséquences. Tous les témoignages ci-joints sont anonymes et ont été repris sur différents réseaux sociaux, articles de presses etc...

Il est également important de préciser que ces témoignages ne représentent qu'une infime partie d'exemples. Au fil des années, des milliers de témoignages ont été publiés et continuent d'apparaître sur les réseaux sociaux. Il convient donc de garder à l'esprit que cette annexe ne prétend malheureusement pas comprendre l'entièreté des témoignages jamais recueilli.

« Les femmes c'est comme les juments, celles qui ont de grosses hanches ne sont pas les plus agréables à monter mais c'est celles qui mettent bas le plus facilement ».

Source : phrase figurant sur une diapositive diffusée jeudi 5 décembre 2018, lors de la 42e Journée du Collège national des gynécologues et obstétriciens français à Strasbourg.

« Il commence à me recoudre à vif. Je sursaute à chaque point, à chaque fois que l'aiguille rentre dans ma chair. Personne ne réagit. Mes jambes se referment de douleur. Vraiment de douleur. Et là il me balance : « Alors là ma grande, je ne vais bientôt plus rien voir ». Ce « alors là ma grande », il restera gravé à jamais, j'ai trouvé ça tellement infantilisant, tellement irrespectueux... »

Source : Témoignage pour le documentaire « Tu enfenteras dans la douleur » de Ovidie.

Une autre maman se rappelle de sa première grossesse. Elle avait 22 ans, n'était pas très sûre d'elle et avait fait une dépression qui avait conduit à la prise de plus de 30 kilos. Le jour de l'accouchement, un moment stressant pour beaucoup, lorsque la sage-femme l'a installée en salle, elle a entendu l'obstétricien dire à ses collègues : « *Mais ça va jamais passer avec tout ce gras !* », se souvient-elle.

Source : J. Caron, « Elles ont subi des violences obstétricales et gynécologiques : elles témoignent », 26 juin 2020.



Source : Témoignages pour le magazine d'actualité l'OBS



Source : Témoignage Twitter sous l'hashtag #PayeTonUtérus

“

**QUAND ON VOUS
DESCENDRA AU BLOC,
N'OUBLIEZ PAS DE ME
RAPPELER QUE CE SONT
DES JUMEAUX, POUR NE
PAS QUE J'OUBLIE
D'ASPIRER LE DEUXIÈME**



”

””

TÉMOIGNAGE

**C'est l'épisiotomie ou la
méchante déchirure? Alors,
épisio ok ?**

BALANCE TON UTERUS



**JE VOUS FAIS UNE ÉPISIOTOMIE
DIRECT, LES ROUSSES ÇA À LA
PEAU FRAGILE**



””

TÉMOIGNAGE

**Ce n'est pas bien de mentir, je
vois que tu n'es plus vierge. Il
faut dire la vérité.**

BALANCE TON UTERUS



Source : témoignages sur la page Instagram *balancetonuterus* (aujourd'hui *lovetonuterus*)



Source : Témoignage Twitter sous l'hashtag #PayeTonUterus



Source : Témoignage Twitter sous l'hashtag #PayeTonUterus



Source : payetongynéco-blog

Elles racontent

« Témoignage de Louise : « Monsieur, votre fille n'est plus vierge »

« Louise, âgée de 17 ans, souhaite prendre la pilule. *« À l'époque, je croyais que pour avoir la pilule, il fallait forcément passer par le gynécologue. Pour la première fois de ma vie, j'ai donc pris rendez-vous chez un gynécologue. Mon père m'a accompagnée en voiture. »*

Trois gynécologues travaillent dans ce cabinet très réputé qui fonctionne « comme une usine » : chaque consultation dure un quart d'heure maximum, les patientes se succèdent à la chaîne. C'est le tour de Louise. Son père reste en salle d'attente. Face au médecin, la jeune fille explique qu'elle souhaite prendre la pilule.

— Vous avez quel âge ?

— J'ai 17 ans.

— Ah... Et pourquoi voulez-vous prendre la pilule ? lui demande le spécialiste. — J'ai des règles très irrégulières.

— Est-ce que vous êtes vierge ?

— Euh... Non, je ne suis plus vierge.

Sans un mot, le gynécologue se lève et sort du bureau. Il ouvre la porte et interpelle le père de Louise dans la salle d'attente. Il l'invite à entrer et pousse la porte derrière lui. « Monsieur, votre fille n'est plus vierge », annonce tout à trac le médecin. Le père en reste pantois. Il dévisage l'homme qui se tient debout devant lui, puis tourne son regard vers sa fille. Abasourdie, Louise est figée sur sa chaise. « D'accord », finit-il par répondre. Le praticien fait signe au père de s'asseoir face à son bureau et demande à la jeune fille de le suivre dans la pièce attenante. Il la fait se déshabiller entièrement et s'installer sur la table d'examen. Sans l'avertir, il lui introduit brutalement un spéculum en métal. Elle gémit sous la douleur. « Détendez-vous, sinon je ne vais rien pouvoir regarder », lui répète à trois reprises le praticien.

« Plus il m'ordonnait de me détendre, plus je me crispais, confie Louise. Après, il m'a palpé les seins. J'ai vécu cet examen comme une épreuve. Physiquement et psychologiquement. »

Cette investigation gynécologique terminée, le médecin retourne s'asseoir à son bureau. Face à Louise et à son père, il gribouille une ordonnance tout en marmonnant nerveusement des bribes de paroles incompréhensibles. Le père signe un chèque. Sa fille repart avec une prescription de pilule contraceptive. « Celui-ci, c'est terminé, déclare le père une fois dehors. On ne le verra plus jamais. »

« C'était ma première visite chez un gynécologue. Je n'ai plus voulu en consulter pendant plusieurs années, explique Louise. À l'époque, je ne savais pas que j'aurais pu me révolter face à une telle attitude de la part d'un médecin. Aujourd'hui, je ne réagis plus de la même façon. D'ailleurs, j'ai récemment appris par une amie, qui a presque 40 ans, que ce même gynécologue lui avait refusé un stérilet sous prétexte qu'elle n'avait jamais eu d'enfant et qu'il n'était pas trop tard pour changer d'avis. Elle a claqué la porte. »

Source : Le livre noir de la gynécologie, Mélanie DECHALOTTE

Source : HCE, « Les actes sexistes durant le suivi gynécologique », page 57

Elles racontent

Marie a 35 ans et est en fin de grossesse. C'est dans ce cadre qu'elle va voir un médecin généraliste suite à des complications. Sous prétexte de vérifier le col de l'utérus, il la pénètre digitalement en faisant des allers-retours brutaux et répétés.

L'appelante a mal et l'interpelle, elle lui dit mais il ne lui répond rien et continue pendant un quart d'heure. Elle a appris par la suite qu'il avait déjà eu des comportements inappropriés avec d'autres patientes. Elle se sent mal depuis, elle a des flashes réguliers de l'agression.

Clara est allée aux urgences la semaine dernière suite à des saignements rectaux. Le médecin l'a pénétrée digitalement en lui mettant un doigt dans le vagin. Choquée, elle lui demande ce qu'il fait, il répond qu'il s'est trompé.

Source : HCE, « Les actes sexistes durant le suivi gynécologique », page 145

«J'ai senti ma chair être coupée»

«Je ne sens plus les contractions, je ne sais pas quand il faut pousser !», dit-elle à la sage-femme. Voyant que le bébé ne sort pas, une personne se met à lui appuyer sur le ventre, poussant la tête du bébé vers le bas. La douleur irradie la jeune femme. Le médecin dit : «Bon, ça ne sort pas, on prend la ventouse». Il tire plusieurs fois, sans succès. Il s'empare alors des forceps et prévient : «Je coupe!». ✕ ✕ plaque ses mains sur son vagin en criant «Non ! Non !». La sage-femme lui attrape les mains tandis que le médecin réalise l'épisiotomie, un acte chirurgical qui consiste à sectionner partiellement le périnée des femmes au moment de l'expulsion.

«L'anesthésie par péridurale ne devait probablement pas faire effet à cet endroit-là car j'ai senti ma chair être coupée», se rappelle la jeune femme. Crucifiée par la douleur, elle hurle tout en poussant.

Source : Extrait du livre « Accouchement : les femmes méritent mieux ».

VIOLENCES ET SEXISME AU SEIN MÊME DE L'HOPITAL :

« Gynéco ? Une femme c'est fait pour faire des gosses, c'est tout. »

Le chef de service de gynécologie présent à ma thèse, qui me demandait ce que je voulais faire. (C'était l'époque où on choisissait sa spécialité après la thèse en passant les concours.)



Source : <https://payetablouse.fr>

Elles racontent

Une étudiante de 24 ans en externat dans un grand hôpital parisien témoigne du caractère omniprésent et banalisé du sexisme : « C'est simple, je ne peux même pas me souvenir de la blague sexiste qui m'a le plus choquée. Il y en a tellement qu'on finit par ne plus relever ».

« À l'hôpital, mon chef de service m'appelle "petite chienne" », raconte une jeune externe en médecine de 23 ans, étudiante à l'université Paris-V. « Je me souviens d'une opération en orthopédie, le chirurgien m'a regardée en me disant : "Tu vois, je plante ce clou dans l'os comme ma bite dans ta chatte." Sur le coup, on ne dit rien, on rit jaune, mais c'est violent. » témoigne une autre externe.

Témoignages recueillis par le journal Le Monde, article du 17 novembre 2017

Source : HCE, « Les actes sexistes durant le suivi gynécologique », page 98

BIBLIOGRAPHIE

Chaque élément présent dans cette bibliographie a contribué à nourrir de manière partielle ou intégrale, la réflexion de l'auteur, et ce même si tous ces éléments n'ont pas été cités dans le développement de cette recherche.

La bibliographie est composée comme suit : les ouvrages généraux et manuels (I), les articles de revues (II), les articles de presse et blogs (III), les conférences et colloques (IV), les rapports et enquêtes (V), les textes de loi, avis et propositions (VI), les mémoires et thèses (VII), les documentaires et audiovisuels (VIII), les sites internet (VIX).

OUVRAGES GÉNÉRAUX ET MANUELS

- **COSTE (F.-L.)**, *Le viol ou comment l'auteur se dispense du consentement de la victime ?*, Les cahiers de la justice, 2021, 595 pages.
- **DÉCHALOTTE (M.)**, *Le livre noir de la gynécologie. Maltraitances gynécologiques et obstétricales : libérer la parole des femmes*, Paris, First Editions, 2017.
- **GILIOLI (C.)**, *Réflexion éthique et pratiques soignantes : points de repère*. Lamarre, 2015.
- **KNIBIEHLER (Y.)**, *Histoire des mères et de la maternité en occident*. Presses Universitaires de France, 2000.
- **LAHAYE (M.-H.)**, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, Paris, Michalon, 2018, 187 pages.
- **LAHAYE (M.-H.)**, **HUSSON (A.-C.)**, **KAMMERER (B.)**, *Le consentement, point aveugle de la formation des médecins*, Paris, Médiapart Eds, 2015.

- **LAUDE (A.), TABUTEAU (D.),** *Les droits des malades*, Paris cedex 14, PUF, 2016.
- **LEBOYER (F.),** *Pour une naissance sans violence*. Seuil, 1990.
- **MUKWEGE (D.),** *La force des femmes*, Gallimard, Octobre 2021, 400 pages.
- **NÉGRIÉ (L.), CASCALES (B.),** *L'accouchement est politique : fécondité, femmes en travail et institutions*. Editions L'Instant Présent, 2016.
- **WINCKLER (M.)** *Les Brutes en blanc : La maltraitance médicale en France*. Flammarion, 2016.

ARTICLES DE REVUES

- **ARNAL (M.),** « Les enjeux de l'accouchement médicalisé en France et au Québec », *Travail, genre et sociétés*, 2018, vol. 39, p.201-206.
- **BERTHOD-WURMSER (M.), BOUSQUET (F.), LEGAL (R.),** « Patients et usagers du système de santé : l'émergence progressive de voix qui commencent à compter », *Revue française des affaires sociales*, 2017, vol. 1, p. 5-19.
- **CARON-LEULLIEZ (M.),** « L'accouchement sans douleur : une révolution culturelle au milieu du xxe siècle », *Spirale*, 2008, vol. 47, p.21-26.
- **CASCALES (B.), NÉGRIÉ (L.),** « L'accouchement, une question clivante pour les mouvements féministes ? », *Travail, genre et sociétés*, 2018, no. 39, p.179-185.
- **COHEN-SHABOT (S.),** « Making Loud Bodies "Feminine": A Feminist-Phenomenological Analysis of Obstetric Violence Human Studies », *Journal for Philosophy and Social Sciences*, 2015.
- **DENIS (A.), CALLAHAN (S.),** « État de stress post-traumatique et accouchement classique : revue de littérature », *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 2009, p.116-119.

- **DINIZ (SG.), CHACHAM (A-S.),** « The Cut Above” and “the Cut Below”: The Abuse of Caesareans and Episiotomy in São Paulo, Brazil », *Reproductive Health Matters*, 2004.
- **EVARD (A.),** « Reconnaître et analyser les violences obstétricales, une démarche pertinente d'évaluation et d'amélioration des pratiques », *Périnatalité*, 2020, vol.12, no. 4, p172–177.
- **JAUNAIT (A.), MATONTI (F.),** « L'enjeu du consentement », *Raisons politiques*, 2012, vol. 46, p.5-11.
- **KELLY (L.),** « Le continuum de la violence sexuelle », *Cahiers du Genre*, 2019, vol.66, p.17-36.
- **KUKURA (E.),** « Obstetric Violence », *Georgetown Law Journal*, 2018, p. 754 à 801.
- **LANGER (B.), MINETTI (A.),** « Complications immédiates et à long terme de l'épisiotomie », *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, vol. 35, 2006, p.59-67.
- **LAUSBERG (S.),** « Violences obstétricales, un enjeu de la lutte contre les violences envers les femmes », *Périnatalité*, 2020, vol.12, p.157–164.
- **LÉVESQUES (S.), BERGERON (M.), FONTAINE (L.), BEAUCHEMIN-ROY (S.), ROUSSEAU (C.),** « La violence obstétricale dans les soins de santé : une analyse conceptuelle », *Recherches Féministes*, 2018.
- **MILLER (S.), LALONDE (A.),** « The global epidemic of abuse and disrespect during childbirth: History, evidence, interventions, and FIGO's mother–baby friendly birthing », *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2015
- **MOREL (M-F.),** « Naître à la maison d'hier à aujourd'hui », *Travail, genre et sociétés*, 2018, vol.39, p.193-199.
- **QUÉRÉ (L.),** « Luites féministes autour du consentement. Héritages et impensés des mobilisations contemporaines sur la gynécologie », *Nouvelles questions féministes*, 2016, vol.35, p.32-47.

- **QUÉRE (L.)**, « Les formes ordinaires du consentement. Consciences du droit dans la consultation gynécologique », *Droit et sociétés*, 2019, p.413-432.

- **RÈGE-WALTHER (M.), THÉRY (G.), THIERRIN (L.), PEYTREMANN-BRIDEVAUX (I.)**, « Faut-il autoriser les femmes à boire ou à manger durant l'accouchement ? », *Revue médicale suisse*, 2010, p.1984.

- **ROMAN (D.)**, « Les mères vulnérables : le suivi médico-social de la maternité », REGINE, *La loi et le genre : études critiques de droit français*, CNRS Éditions, 2014, p.143-160.

- **ROMAN (D.)**, « Les violences obstétricales, une question politique aux enjeux juridiques », *Revue de droit sanitaire et social*, no. 5, 2017, p.1-15.

- **SADLER (M.), SANTOS (J.), RUIZ-BERDUN (D.), ROJAS (L.), SKOKO (E.), GILLEN (P.), CLAUSEN (J-A.)**, « Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence », *Reproductive health matters*, 2016, vol.24, p.47-55.

- **SIMPSON (M.), CATLING (C.)**, « Understanding psychological traumatic birth experiences: A literature review », *Women and Birth*, 2016, vol. 29, p.203-207.

- **VIRIOT-BARRIAL (D.)**, « La gynécologie-obstétrique, activité médicale sous haute pression éthique : le risque pénal au coeur des débats », *Revue Droit et Santé*, 2022, no.106, p.124-137.

- **VUILLE (M.)**, « Le respect dans les soins gynécologiques : un enjeu de mobilisation féministe », *Chronique féministe*, 2017, no. 118, p.5-7.

ARTICLES DE PRESSE ET BLOGS

- **BULLENS (L.)**, « La France fait "trop peu" dans la lutte contre les violences obstétricales et gynécologiques », *FranceInter*, 25 novembre 2021
- **CHRISTINAZ (C.)**, « Violences obstétricales : les femmes brisent le tabou », *Le Temps*, 7 septembre 2017.
- **COULAUD (A.)**, « Violences obstétricales : Les gynécologues n'écoutent pas les femmes », *Libération*, 6 décembre 2017.
- **DUPONT (G.)**, « Accouchement : la parole des femmes sur les violences obstétricales se libère », *Le Monde*, 30 août 2017.
- **JEANBLANC (A.)**, « Le toucher vaginal au bloc sans consentement préalable est un viol » *Le Point*, 6 février 2015.
- **JEANTET (D.)**, « Derrière le point du mari, le traumatisme de l'épisiotomie », *Le Monde*, 18 avril 2014.
- **JOSEPH-LOUDIN (C.)**, **PRIVEL (M.)**, « Violences gynécologiques et obstétricales : la délicate immixtion du droit entre professionnels de santé et patientes », *Village Justice*, 2021.
- **LAHAYE (M-H.)**, « Toucher vaginal, la mainmise sur le sexe des femmes. » *Le Monde*, 30 octobre 2013.
- **LAHAYE (M-H.)**, « Qu'est-ce que la violence obstétricale ? », *Blog Marie accouche là*, 9 mars 2016.
- **LAHAYE (M-H.)**, « Explorations politiques et féministes autour de la naissance », *Blog Marie accouche là*, 3 février 2020.
- **MALLAVAL (C.)**, **MORAN (A.)**, « Contre les violences gynécologiques, la lutte prend corps », *Libération*, 15 août 2017.

- **MICHEL (C.), SQUIRES (C.),** « Entre vécu de l'accouchement et réalité médicale : les violences obstétricales », *le Carnet PSY*, no. 220, 2018, p.22-33.
- **SCHIAPPA (M.),** « Violences sexistes et sexuelles : 2017 a marqué une rupture irréversible, 2018 sera l'année de l'action », *Huffington Post*, 29 décembre 2017.
- « Touchers vaginaux sur patientes endormies : « viol » ou pratique pédagogique ? », *L'Express*, 4 février 2015.
- « Le toucher vaginal remis en cause dans le suivi gynécologique de routine », *Le Quotidien du Médecin*, 7 juillet 2014.

CONFÉRENCES ET COLLOQUES

- **BOULET (F-X.),** « Histoire de la maternité des origines à nos jours. Le triomphe de la médicalisation », Conférence à l'université de Caen, 26 mai 2014.
- **CESBRON (P.),** « La violence historique dans la naissance », Colloque « Je suis la Sage-Femme », 2016.
- **LÉVESQUES (S.), BERGERON (M.), FONTAINE (L.), BEAUCHEMIN-ROY (S.), ROUSSEAU (C.),** « Détresse, souffrance ou violence obstétricale lors de l'accouchement », Perspectives des intervenantes communautaires membres du Regroupement Naissance-Renaissance, Québec, 2016
- **PHAN (E.),** « Maltraitance obstétricale : mythe, exagération ou fatalité ? », Intervention pour le Réseau périnatal Centre Val de Loire, 2016.
- **SIMON (A), SUPUIOT (E),** « Les violences gynécologiques et obstétricales saisies par le droit », Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, Décembre 2021.
- « Violence et sage-femme », Colloque, Paris, 2016.

RAPPORTS ET ENQUÊTES

- **ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE**, « *De la bienveillance en obstétrique. La réalité du fonctionnement des maternités* », 18 septembre 2018.
- **BISCH (S.), BERNARD (C.), RIGAUX (A.), BERTHOLD (J.)**, « *Rapport d'enquête sur la grossesse, l'accouchement et le post-partum pendant l'épidémie de Covid-19* », Toutes Contre les Violences Obstétricales et Gynécologiques, 2020.
- **CAMPAGNON (C.), GHADI (V.)**, « *Haute Autorité de Santé - Un état des lieux fondé sur des témoignages d'usagers et de professionnels : la maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé.* » Haute autorité de santé (HAS), 2009.
- **CIANE**, « *Épisiotomie : Etat des lieux et vécu des femmes* », 2013.
- **CIANE**, « *Déclenchement : l'importance cruciale de l'information et du consentement* », enquête no.9, décembre 2015.
- **CNOSF**, « *Rapport sur les violences obstétricales : une nécessité* », 20 Juillet 2017.
- **COLLECTIF STOPVOGFR**, « *Enquête Nationale sur la Naissance pendant la pandémie de Covid 19* », Avril 2021.
- **DÉTRAIGNE (Y.)**, « *Accouchement masqué* », question écrite n° 18597, JO du Sénat, 5 novembre 2020.
- **FNCGM**, « *Communiqué de presse : Non aux attaques contre les gynécologues* », Paris, 25 septembre 2017.
- **HCE**, « *Actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : reconnaître et mettre fin à des violences longtemps ignorées* », Rapport n° 2018-0-26 SAN-034, Paris, 26 juin 2018.
- **INSERM, DRESS**, « *Enquête nationale périnatale, rapport 2016* », 2017.

- **ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS)**, « *La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins* », Geneve, 2014.
- **TOURAINÉ (M-S.)**, « *Touchers vaginaux et rectaux sans consentement sur patientes endormies, communiqué de presse* », Paris, 27 octobre 2015.

TEXTES DE LOIS, AVIS ET PROPOSITIONS

- **Assemblée parlementaire**, résolution 2306 sur les violences obstétricales et gynécologiques, Paris, 23 octobre 2019.
- **Assemblée plénière**, avis du 22 mai 2018 « *Agir contre les maltraitances dans le système de santé : une nécessité pour respecter les droits fondamentaux* »
- **CAA**, n° 01PA01720, Lebon, Paris, 8 juin 2005.
- **CE**, n° 386165, Lebon, Paris, 27 juin 2016.
- **HAS**, « *Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales* », recommandation de bonne pratique, Paris, décembre 2017.
- **Loi n° 2002-303** du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- **Proposition de résolution n° 3305** invitant le Gouvernement à faire de la lutte contre les violences obstétricales et gynécologiques une priorité et à mettre en œuvre les recommandations du Haut Conseil à l'Egalité en la matière, 14 septembre 2020.

MÉMOIRES ET THÈSES

- **AUDIBERT (N.)**, « *Violence obstétricale : Emergence d'un problème public en France* », mémoire de fin d'études de l'Institut d'études politiques de Paris, 2016, 110 pages.
- **GINESTE (C.)**, « *L'impact du sexisme sur la qualité des soins en gynécologie* », mémoire en éthique du soin et recherche, Université de Toulouse, 2017, 105 pages.
- **JASSOGNE (P.)**, « *Les violences gynécologiques et obstétricales : médecine et droit sous le prime du genre* », mémoire de fin d'études, Université Catholique de Louvain, 2020.
- **LEFEBVRE (M.)**, « *Les enjeux éthiques autour de l'examen du toucher vaginal et leur impact sur la femme* », mémoire de fin d'études de sage-femme, Université Paris Descartes, 2016, 48 pages.

DOCUMENTAIRES ET AUDIOVISUELS

- **FAURE (N.)**, « *Paye (pas) ton gynéco* », documentaire, 2018.
- **France Culture**, « *Collection Témoignages : Maltraitance gynécologique* », 2015.
- **France Culture**, « *Les pieds sur Terre : Accoucher dans la violence* », 2017.
- **France Inter**, « *Le téléphone sonne : Les violences gynécologiques* », 2018.
- **OVIDIE**, « *Tu enfanteras dans la douleur* », documentaire ARTE France, 2019.
- **Public Sénat**, « *Épisiotomie : retour sur l'audition polémique de M. Schiappa* », 2017.

SITES INTERNET

- **Ciane** : <https://ciane.net>
- **Dalloz** : <https://www.dalloz.fr/>
- **Défenseur des droits** : <https://www.defenseurdesdroits.fr/>
- **Facebook - Paye Ton Gynéco** : <https://www.facebook.com/tongyneco/>
- **Justice.fr** : <https://www.justice.fr/>
- **Légifrance** : <https://www.legifrance.gouv.fr/>
- **Ministère des Solidarités et de la Santé** : <https://solidarites-sante.gouv.fr/>
- **Organisation Mondiale de la Santé** : <https://www.who.int/fr>
- **Santé Publique France** : <https://www.santepubliquefrance.fr/>
- **Village de la Justice** : <https://village-justice.com>
- **Twitter - #payetonutérus** : <https://twitter.com/hashtag/payetonut%c3%a9rus>