

**THESE  
POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

**Soutenue publiquement le 1<sup>er</sup> octobre 2024  
Par Mlle HOCHART Caroline**

---

**Violences gynécologiques et obstétricales  
Étude d'incidence dans les Hauts-de-France**

---

**Membres du jury :**

**Président :** **Dr GARAT Anne**  
Maître de Conférences des Universités, Université de Lille  
Praticien Hospitalier, CHRU de Lille

**Assesseur :** **Dr PINÇON Claire**  
Maître de Conférences des Universités, Université de Lille

**Membres extérieurs :** **Dr OBLED Aurélie**  
Pharmacien titulaire d'officine, Hallennes-lez-Haubourdin

**Mme GIRARD Marine**  
Sage-femme hospitalière réserviste





**Faculté de Pharmacie de Lille**  
3, rue du Professeur Laguesse – 59000 Lille  
03 20 96 40 40  
<https://pharmacie.univ-lille.fr>

### Université de Lille

Président  
Premier Vice-président  
Vice-présidente Formation  
Vice-président Recherche  
Vice-président Ressources humaines  
Directrice Générale des Services

Régis BORDET  
Etienne PEYRAT  
Corinne ROBACZEWSKI  
Olivier COLOT  
Bertrand DÉCAUDIN  
Anne-Valérie CHIRIS-FABRE

### UFR3S

Doyen  
Premier Vice-Doyen, Vice-Doyen RH, SI et Qualité  
Vice-Doyenne Recherche  
Vice-Doyen Finances et Patrimoine  
Vice-Doyen International  
Vice-Doyen Coordination pluriprofessionnelle et Formations sanitaires  
Vice-Doyenne Formation tout au long de la vie  
Vice-Doyen Territoire-Partenariats  
Vice-Doyen Santé numérique et Communication  
Vice-Doyenne Vie de Campus  
Vice-Doyen étudiant

Dominique LACROIX  
Hervé HUBERT  
Karine FAURE  
Damien CUNY  
Vincent DERAMECOURT  
Sébastien D'HARANCY  
Caroline LANIER  
Thomas MORGENROTH  
Vincent SOBANSKI  
Anne-Laure BARBOTIN  
Valentin ROUSSEL

### Faculté de Pharmacie

Doyen  
Premier Assesseur et  
Assesseur à la Santé et à l'Accompagnement  
Assesseur à la Vie de la Faculté et  
Assesseur aux Ressources et Personnels  
Responsable des Services  
Représentant étudiant  
Chargé de mission 1er cycle  
Chargée de mission 2eme cycle  
Chargé de mission Accompagnement et Formation à la Recherche  
Chargé de mission Relations Internationales  
Chargée de Mission Qualité  
Chargé de mission dossier HCERES

Delphine ALLORGE  
Anne GARAT  
Emmanuelle LIPKA  
Cyrille PORTA  
Honoré GUISE  
Philippe GERVOIS  
Héloïse HENRY  
Nicolas WILLAND  
Christophe FURMAN  
Marie-Françoise ODOU  
Réjane LÉSTRELIN

### Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers (PU-PH)

| Civ. | Nom          | Prénom    | Service d'enseignement                                 | Section CNU |
|------|--------------|-----------|--|-------------|
| Mme  | ALLORGE      | Delphine  | Toxicologie et Santé publique                          | 81          |
| M.   | BROUSSEAU    | Thierry   | Biochimie  | 82          |
| M.   | DÉCAUDIN     | Bertrand  | Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière      | 81          |
| M.   | DINE         | Thierry   | Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique | 81          |
| Mme  | DUPONT-PRADO | Annabelle | Hématologie  | 82          |
| Mme  | GOFFARD      | Anne      | Bactériologie - Virologie                              | 82          |
| M.   | GRESSIER     | Bernard   | Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique | 81          |
| M.   | ODOU         | Pascal    | Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière      | 80          |
| Mme  | POULAIN      | Stéphanie | Hématologie  | 82          |
| M.   | SIMON        | Nicolas   | Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique | 81          |
| M.   | STAELS       | Bart      | Biologie cellulaire                                    | 82          |

### Professeurs des Universités (PU)

| Civ. | Nom         | Prénom      | Service d'enseignement                                 | Section CNU |
|------|-------------|-------------|--|-------------|
| M.   | ALIOUAT     | El Moukhtar | Parasitologie - Biologie animale                       | 87          |
| Mme  | AZAROUAL    | Nathalie    | Biophysique - RMN                                      | 85          |
| M.   | BERLARBI    | Karim       | Physiologie  | 86          |
| M.   | BERTIN      | Benjamin    | Immunologie  | 87          |
| M.   | BLANCHEMAIN | Nicolas     | Pharmacotechnie industrielle                           | 85          |
| M.   | CARNOY      | Christophe  | Immunologie  | 87          |
| M.   | CAZIN       | Jean-Louis  | Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique | 86          |
| M.   | CUNY        | Damien      | Sciences végétales et fongiques                        | 87          |
| Mme  | DELBAERE    | Stéphanie   | Biophysique - RMN                                      | 85          |
| Mme  | DEPREZ      | Rebecca     | Chimie thérapeutique                                   | 86          |
| M.   | DEPREZ      | Benoît      | Chimie bioinorganique                                  | 85          |

|     |               |                 |   |    |
|-----|---------------|-----------------|---|----|
| M.  | DURIEZ        | Patrick         | Physiologie   | 86 |
| M.  | ELATI         | Mohamed         | Biomathématiques                                      | 27 |
| M.  | FOLIGNÉ       | Benoît          | Bactériologie - Virologie                             | 87 |
| Mme | FOULON        | Catherine       | Chimie analytique                                     | 85 |
| M.  | GARÇON        | Guillaume       | Toxicologie et Santé publique                         | 86 |
| M.  | GOOSSENS      | Jean-François   | Chimie analytique                                     | 85 |
| M.  | HENNEBELLE    | Thierry         | Pharmacognosie  | 86 |
| M.  | LEBEGUE       | Nicolas         | Chimie thérapeutique                                  | 86 |
| M.  | LEMDANI       | Mohamed         | Biomathématiques                                      | 26 |
| Mme | LESTAVEL      | Sophie          | Biologie cellulaire                                   | 87 |
| Mme | LESTRELIN     | Réjane          | Biologie cellulaire                                   | 87 |
| Mme | LIPKA         | Emmanuelle      | Chimie analytique                                     | 85 |
| Mme | MELNYK        | Patricia        | Chimie physique                                       | 85 |
| M.  | MILLET        | Régis           | Institut de Chimie Pharmaceutique<br>Albert Lespagnol | 86 |
| Mme | MUHR-TAILLEUX | Anne            | Biochimie   | 87 |
| Mme | PERROY        | Anne-Catherine  | Droit et Economie pharmaceutique                      | 86 |
| Mme | RIVIÈRE       | Céline          | Pharmacognosie  | 86 |
| Mme | ROMOND        | Marie-Bénédicte | Bactériologie - Virologie                             | 87 |
| Mme | SAHPAZ        | Sevser          | Pharmacognosie  | 86 |
| M.  | SERGHERAERT   | Éric            | Droit et Economie pharmaceutique                      | 86 |
| M.  | SIEPMANN      | Juergen         | Pharmacotechnie industrielle                          | 85 |
| Mme | SIEPMANN      | Florence        | Pharmacotechnie industrielle                          | 85 |
| M.  | WILLAND       | Nicolas         | Chimie organique                                      | 86 |

### Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers (MCU-PH)

| Civ. | Nom      | Prénom          | Service d'enseignement                                 | Section CNU |
|------|----------|-----------------|--|-------------|
| Mme  | CUVELIER | Élodie          | Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique | 81          |
| Mme  | DANEL    | Cécile          | Chimie analytique                                      | 85          |
| Mme  | DEMARET  | Julie           | Immunologie  | 82          |
| Mme  | GARAT    | Anne            | Toxicologie et Santé publique                          | 81          |
| Mme  | GENAY    | Stéphanie       | Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière      | 81          |
| M.   | GRZYCH   | Guillaume       | Biochimie  | 82          |
| Mme  | HENRY    | Héloïse         | Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière      | 80          |
| M.   | LANNOY   | Damien          | Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière      | 80          |
| Mme  | MASSE    | Morgane         | Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière      | 81          |
| Mme  | ODOU     | Marie-Françoise | Bactériologie - Virologie                              | 82          |

### Maîtres de Conférences des Universités (MCU)

| Civ. | Nom             | Prénom       | Service d'enseignement                                 | Section CNU |
|------|-----------------|--------------|--|-------------|
| Mme  | ALIOUAT         | Cécile-Marie | Parasitologie - Biologie animale                       | 87          |
| M.   | ANTHÉRIEU       | Sébastien    | Toxicologie et Santé publique                          | 86          |
| Mme  | AUMERCIER       | Pierrette    | Biochimie  | 87          |
| M.   | BANTUBUNGI-BLUM | Kadiombo     | Biologie cellulaire                                    | 87          |
| M.   | BERTHET         | Jérôme       | Biophysique - RMN                                      | 85          |
| M.   | BOCHU           | Christophe   | Biophysique - RMN                                      | 85          |
| M.   | BORDAGE         | Simon        | Pharmacognosie   | 86          |
| M.   | BOSC            | Damien       | Chimie thérapeutique                                   | 86          |
| Mme  | BOU KARROUM     | Nour         | Chimie bioinorganique                                  |             |
| M.   | BRIAND          | Olivier      | Biochimie  | 87          |
| Mme  | CARON-HOUDE     | Sandrine     | Biologie cellulaire                                    | 87          |
| Mme  | CARRIÉ          | Hélène       | Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique | 86          |

|     |                       |                 |   |    |
|-----|-----------------------|-----------------|---|----|
| Mme | CHABÉ                 | Magali          | Parasitologie - Biologie animale                          | 87 |
| Mme | CHARTON               | Julie           | Chimie organique  | 86 |
| M.  | CHEVALIER             | Dany            | Toxicologie et Santé publique                             | 86 |
| Mme | DEMANCHE              | Christine       | Parasitologie - Biologie animale                          | 87 |
| Mme | DEMARQUILLY           | Catherine       | Biomathématiques  | 85 |
| M.  | DHIFLI                | Wajdi           | Biomathématiques  | 27 |
| Mme | DUMONT                | Julie           | Biologie cellulaire                                       | 87 |
| M.  | EL BAKALI             | Jamal           | Chimie thérapeutique                                      | 86 |
| M.  | FARCE                 | Amaury          | Institut de Chimie Pharmaceutique<br>Albert Lespagnol     | 86 |
| M.  | FLIPO                 | Marion          | Chimie organique  | 86 |
| M.  | FRULEUX               | Alexandre       | Sciences végétales et fongiques                           |    |
| M.  | FURMAN                | Christophe      | Institut de Chimie Pharmaceutique<br>Albert Lespagnol     | 86 |
| M.  | GERVOIS               | Philippe        | Biochimie   | 87 |
| Mme | GOOSSENS              | Laurence        | Institut de Chimie Pharmaceutique<br>Albert Lespagnol     | 86 |
| Mme | GRAVE                 | Béatrice        | Toxicologie et Santé publique                             | 86 |
| M.  | HAMONIER              | Julien          | Biomathématiques  | 26 |
| Mme | HAMOUDI-BEN<br>YELLES | Chérifa-Mounira | Pharmacotechnie industrielle                              | 85 |
| Mme | HANNOThIAUX           | Marie-Hélène    | Toxicologie et Santé publique                             | 86 |
| Mme | HELLEBOID             | Audrey          | Physiologie   | 86 |
| M.  | HERMANN               | Emmanuel        | Immunologie   | 87 |
| M.  | KAMBIA KPAKPAGA       | Nicolas         | Pharmacologie, Pharmacocinétique et<br>Pharmacie clinique | 86 |
| M.  | KARROUT               | Younes          | Pharmacotechnie industrielle                              | 85 |
| Mme | LALLOYER              | Fanny           | Biochimie   | 87 |
| Mme | LECOEUR               | Marie           | Chimie analytique   | 85 |
| Mme | LEHMANN               | Hélène          | Droit et Economie pharmaceutique                          | 86 |
| Mme | LELEU                 | Natascha        | Institut de Chimie Pharmaceutique<br>Albert Lespagnol     | 86 |
| M.  | LIBERELLE             | Maxime          | Biophysique - RMN   |    |

|     |             |               |   |    |
|-----|-------------|---------------|---|----|
| Mme | LOINGEVILLE | Florence      | Biomathématiques                            | 26 |
| Mme | MARTIN      | Françoise     | Physiologie                                 | 86 |
| M.  | MENETREY    | Quentin       | Bactériologie - Virologie                   |    |
| M.  | MOREAU      | Pierre-Arthur | Sciences végétales et fongiques             | 87 |
| M.  | MORGENROTH  | Thomas        | Droit et Economie pharmaceutique            | 86 |
| Mme | MUSCHERT    | Susanne       | Pharmacotechnie industrielle                | 85 |
| Mme | NIKASINOVIC | Lydia         | Toxicologie et Santé publique               | 86 |
| Mme | PINÇON      | Claire        | Biomathématiques                            | 85 |
| M.  | PIVA        | Frank         | Biochimie                                   | 85 |
| Mme | PLATEL      | Anne          | Toxicologie et Santé publique               | 86 |
| M.  | POURCET     | Benoît        | Biochimie                                   | 87 |
| M.  | RAVAUX      | Pierre        | Biomathématiques / Innovations pédagogiques | 85 |
| Mme | RAVEZ       | Séverine      | Chimie thérapeutique                        | 86 |
| Mme | ROGEL       | Anne          | Immunologie                                 |    |
| M.  | ROSA        | Mickaël       | Hématologie                                 |    |
| M.  | ROUMY       | Vincent       | Pharmacognosie                              | 86 |
| Mme | SEBTI       | Yasmine       | Biochimie                                   | 87 |
| Mme | SINGER      | Elisabeth     | Bactériologie - Virologie                   | 87 |
| Mme | STANDAERT   | Annie         | Parasitologie - Biologie animale            | 87 |
| M.  | TAGZIRT     | Madjid        | Hématologie                                 | 87 |
| M.  | VILLEMAGNE  | Baptiste      | Chimie organique                            | 86 |
| M.  | WELTI       | Stéphane      | Sciences végétales et fongiques             | 87 |
| M.  | YOUS        | Saïd          | Chimie thérapeutique                        | 86 |
| M.  | ZITOUNI     | Djamel        | Biomathématiques                            | 85 |

### Professeurs certifiés

| Civ. | Nom      | Prénom    | Service d'enseignement |
|------|----------|-----------|------------------------|
| Mme  | FAUQUANT | Soline    | Anglais                |
| M.   | HUGES    | Dominique | Anglais                |
| Mme  | KUBIK    | Laurence  | Anglais                |
| M.   | OSTYN    | Gaël      | Anglais                |

### Professeurs Associés

| Civ. | Nom      | Prénom     | Service d'enseignement           | Section CNU |
|------|----------|------------|----------------------------------|-------------|
| M.   | DAO PHAN | Haï Pascal | Chimie thérapeutique             | 86          |
| M.   | DHANANI  | Alban      | Droit et Economie pharmaceutique | 86          |

### Maîtres de Conférences Associés

| Civ. | Nom       | Prénom     | Service d'enseignement                                 | Section CNU |
|------|-----------|------------|--|-------------|
| M.   | COUSEIN   | Etienne    | Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière      |             |
| Mme  | CUCCHI    | Malgorzata | Biomathématiques                                       | 85          |
| M.   | DUFOSSEZ  | François   | Biomathématiques                                       | 85          |
| M.   | FRIMAT    | Bruno      | Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique | 85          |
| M.   | GILLOT    | François   | Droit et Economie pharmaceutique                       | 86          |
| M.   | MITOUMBA  | Fabrice    | Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière      | 86          |
| M.   | PELLETIER | Franck     | Droit et Economie pharmaceutique                       | 86          |

### Assistants Hospitalo-Universitaire (AHU)

| Civ. | Nom       | Prénom   | Service d'enseignement                                 | Section CNU |
|------|-----------|----------|--|-------------|
| M.   | BOUDRY    | Augustin | Biomathématiques                                       |             |
| Mme  | DERAMOUDT | Laure    | Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique |             |

|     |         |           |   |  |
|-----|---------|-----------|---|--|
| Mme | GILLIOT | Sixtine   | Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière |  |
| M.  | GISH    | Alexandre | Toxicologie et Santé publique                     |  |
| Mme | NEGRIER | Laura     | Chimie analytique                                 |  |

### Hospitolo-Universitaire (PHU)

|     | Nom      | Prénom     | Service d'enseignement        | Section CNU |
|-----|----------|------------|-------------------------------|-------------|
| M.  | DESVAGES | Maximilien | Hématologie                   |             |
| Mme | LENSKI   | Marie      | Toxicologie et Santé publique |             |

### Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherche (ATER)

| Civ. | Nom             | Prénom  | Service d'enseignement                                 | Section CNU |
|------|-----------------|---------|--|-------------|
| Mme  | BERNARD         | Lucie   | Physiologie  |             |
| Mme  | BARBIER         | Emeline | Toxicologie  |             |
| Mme  | COMAPGNE        | Nina    | Chimie Organique                                       |             |
| Mme  | COULON          | Audrey  | Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique |             |
| M.   | DUFOSSEZ        | Robin   | Chimie physique  |             |
| Mme  | KOUAGOU         | Yolène  | Sciences végétales et fongiques                        |             |
| M.   | MACKIN MOHAMOUR | Synthia | Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière      |             |

### Enseignants contractuels

| Civ. | Nom           | Prénom    | Service d'enseignement                                 |
|------|---------------|-----------|--|
| M.   | MARTIN MENA   | Anthony   | Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière      |
| M.   | MASCAUT       | Daniel    | Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique |
| Mme  | NDIAYE-BOIDIN | Maguette  | Anglais  |
| M.   | ZANETTI       | Sébastien | Biomathématiques                                       |



**UFR3S - Pharmacie**

3, rue du Professeur Laguesse - 59000 Lille

03 20 96 40 40

<https://pharmacie.univ-lille.fr>

**L'Université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses ; celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

## Remerciements

### A mon jury,

Claire Pinçon, pour votre accompagnement au cours de ces dernières années, aussi bien sur le plan des études que le plan personnel. Merci de m'avoir épaulée durant les moments difficiles, vous comptez énormément pour les étudiants.

Anne Garat, pour avoir accepté de présider ce jury de thèse. Merci pour votre présence et votre implication auprès des étudiants.

Aurélie Obled, pour votre absence de jugement et la confiance que vous m'avez accordée dès mon arrivée à l'officine. Merci d'être une super titulaire et de créer un environnement de travail sain et formateur.

Marine, merci de t'être rendue disponible malgré tes allers-retours sur les îles. Trop contente d'avoir une sage-femme au top comme toi dans mon entourage.

### Aux équipes officinales qui m'ont formée,

Toute l'équipe de la pharmacie Obled ; Sarah, Laurie, Lucie, Vanessa, Florine. Merci pour tout ce que vous avez pu m'apprendre au cours de cette année. J'ai adoré travailler avec vous. Quel bonheur de se lever le matin pour retrouver sa famille de boulot. Définitivement la best pharmacy in town !

L'équipe de la pharmacie Delobelle-Savoie ; Aurélie, Manue, Nico, Perrine, Isabelle. Vous avez été les premiers à me donner ma chance, j'ai beaucoup appris à vos côtés et je vous remercie pour ces années de formation et de rires.

### A ma famille,

Maman, je te dédie cette thèse, que tu m'as plus que largement inspirée. Merci d'avoir toujours fait de nous ta priorité. Tu m'as transmis ta volonté et ta détermination, qui m'ont permis d'en arriver là. Je suis si fière d'être ta fille.

Ma Freena, ma deuxième maman, ma meilleure amie. Tu as toujours pris soin de moi, tu m'as toujours protégée. Je n'aurais pas pu rêver meilleure grande sœur. Merci de toujours être présente à mes côtés, à travers toutes les épreuves de la vie.

Mon filleul, Thibault. Te voir grandir et devenir le petit jeune homme drôle et attentionné que tu es est la plus belle chose qu'il m'ait été donné de voir. Sache que tu seras toujours capable d'accomplir ce que tu veux. Merci d'avoir changé ma vie.

Mamie Gisèle, pour toutes vos prières en période d'examens et votre soutien, votre gentillesse. Merci d'avoir été la meilleure des mamies pour l'amour de ma vie.

Mes neveux et nièces, Matthieu, Constance, Nathan, Lison. Vous rendez mon quotidien tellement plus agréable avec vos rires, vos joies et vos exploits.

Ma belle-famille, Franciane et Gilles, Soleyne et Quentin, Coralyne et Grégoire, Mary. Merci de m'avoir fait une place au sein de votre grande famille.

Et enfin toi, Melvyn. Merci pour ton soutien inconditionnel, ta patience et ta compréhension sans pareilles. Je ne serais pas la personne que je suis devenue aujourd'hui, sans toi. J'ai hâte de commencer le reste de nos vies.

À tous les copains,

Mes copines du premier jour ; Laura-Elisa et Océane. Dix années d'amitié, de rires, de confidences et de complicité qui ne sont pas prêtes de s'arrêter.

Mes copains de PACES, la team A6 ; Morgane, François, Méghan, Antoni, William, Marie, Corentin grâce à qui je suis arrivée en pharma.

Manon, la meilleure des binômes de PACES, ma cheerleader, pour toutes ces soirées en boîte et ces plans sur la comète. Où que tu sois, j'espère que tu as su trouver la paix que tu ne trouvais pas ici-bas. Tu me manques.

La fine équipe qui a rendu mes dimanches soirs plus musicaux et enivrés ; Claire, Lola, Simon et Brian. On n'aura pas été des plus productifs ensemble, mais qu'est-ce qu'on aura rigolé.

Mes besties de dernière année ; Axelle et Victor. Cette année est passée tellement plus vite grâce à vous. Je suis reconnaissante de vous avoir eu à mes côtés pour vaincre les plus grands des stress.

Ma famille de faluche, la grande lignée d'Ocarino ; Alex, Mario, Maxence, Rafaële, Pierre, Fabien et tous les autres, pour toutes ces soirées et ces beaux moments d'amitié.

Tous les copains que j'ai eu la chance de rencontrer sur les bancs de la fac, en congrès, en faluche, en asso, sur Lille, partout en France et même en Belgique. La dernière décennie aura été bien plus sympa grâce à vous.

Et pour finir, un grand merci aux personnes qui ont pris le temps de répondre au questionnaire ou de le partager sur leurs réseaux.

C'est en brisant le silence qu'on triomphera des violences.



## Table des matières

|   |    |
|---|----|
| Liste des abréviations .....                              | 2  |
| Introduction.....   | 3  |
| Partie 1 : Suivi gynécologique et accouchement .....      | 5  |
| I. Suivi gynécologique.....                               | 5  |
| 1. La consultation en gynécologie .....                   | 5  |
| 2. L'interruption volontaire de grossesse .....           | 5  |
| a. Avant l'IVG .....                                      | 5  |
| b. L'IVG médicamenteuse .....                             | 6  |
| c. L'IVG instrumentale.....                               | 7  |
| d. Après l'IVG .....                                      | 7  |
| II. L'accouchement .....                                  | 7  |
| 1. Accouchement par voie basse.....                       | 7  |
| a. La dilatation du col de l'utérus.....                  | 7  |
| b. L'expulsion .....                                      | 8  |
| c. La délivrance .....                                    | 9  |
| 2. Accouchement par césarienne .....                      | 9  |
| 3. Le déclenchement artificiel de l'accouchement .....    | 10 |
| a. Déclenchement pour indications médicales .....         | 10 |
| b. Déclenchement pour indications non médicales .....     | 10 |
| c. Méthodes de déclenchement .....                        | 11 |
| • Le décollement des membranes.....                       | 11 |
| • L'ocytocine .....                                       | 12 |
| • Les prostaglandines E2 .....                            | 13 |
| • Les méthodes non recommandées.....                      | 13 |
| 4. L'épisiotomie .....                                    | 13 |
| a. Définition .....                                       | 13 |
| b. Historique et taux .....                               | 14 |
| 5. L'expression abdominale.....                           | 14 |
| Partie 2 : Violences gynécologiques et obstétricales..... | 15 |
| I. Historique.....  | 15 |
| 1. Apparition du terme VGO en Amérique latine .....       | 15 |
| a. Au Venezuela.....                                      | 16 |
| b. En Argentine .....                                     | 16 |
| c. Au Mexique .....                                       | 16 |

|      |   |    |
|------|---|----|
| d.   | Au Brésil.....  | 17 |
| 2.   | Diffusion au monde anglo-saxon .....                                      | 19 |
| 3.   | En France : l'importance des témoignages .....                            | 19 |
| a.   | Dans les médias et sur les réseaux sociaux .....                          | 19 |
| b.   | En politique .....  | 20 |
| II.  | Définitions.....  | 23 |
| 1.   | Violences gynécologiques et obstétricales .....                           | 23 |
| 2.   | Suivi bientraitant.....   | 24 |
| a.   | Intimité, dignité .....   | 24 |
| b.   | Empathie .....  | 25 |
| c.   | Consentement.....   | 25 |
| III. | Chiffres clés.....  | 26 |
| 1.   | Le déclenchement .....  | 26 |
| a.   | Rapport du CIANE de 2012.....   | 26 |
| b.   | Rapport du CIANE de 2015.....   | 27 |
| c.   | Enquête Nationale Périnatale 2021 .....                                   | 27 |
| 2.   | L'épisiotomie .....   | 28 |
| a.   | Rapport du CIANE de 2013.....   | 28 |
| b.   | Enquête Nationale Périnatale 2021 .....                                   | 29 |
| 3.   | L'expression abdominale.....  | 29 |
| a.   | Rapport du CIANE de 2017.....   | 29 |
| b.   | Durant la pandémie de COVID-19 .....                                      | 30 |
|      | Partie 3 : Enquête dans les Hauts-de-France.....                          | 31 |
| I.   | Objectifs.....  | 31 |
| II.  | Matériel et méthode.....  | 31 |
| 1.   | Questionnaire .....   | 31 |
| 2.   | Critères d'inclusion et de non inclusion .....                            | 32 |
| III. | Résultats .....   | 33 |
| 1.   | Échantillon étudié .....  | 33 |
| 2.   | VGO dans les HdF .....  | 34 |
| 3.   | Demande de consentement lors du suivi gynécologique.....                  | 35 |
| 4.   | Arrêt de suivi par manque de confiance en les soignants .....             | 35 |
| 5.   | Rôle de l'entourage .....   | 36 |
| 6.   | VGO et arrêt de suivi avec le praticien concerné.....                     | 37 |
| 7.   | VGO et arrêt de suivi gynécologique régulier .....                        | 39 |
| 8.   | Perception du suivi gynécologique chez les professionnelles de santé..... | 41 |

|   |   |    |
|---|---|----|
| 9.  | Facteurs de risque de VGO .....   | 43 |
| 10.   | Lien entre environnement et suivi .....   | 47 |
| IV.   | Discussion .....  | 48 |
| 1.  | Proportion de femmes ayant subi des VGO .....   | 48 |
| 2.  | Le consentement.....  | 49 |
| 3.  | Parler à l'entourage permet-il de maintenir un suivi régulier ?.....  | 50 |
| 4.  | Arrêt de suivi avec le praticien concerné .....   | 51 |
| 5.  | Arrêt de suivi annuel.....  | 52 |
| 6.  | Perception du suivi gynécologique chez les professionnelles de santé.....   | 52 |
| 7.  | Facteurs de risque de VGO .....   | 54 |
| 8.  | Impact du milieu sur le suivi gynécologique .....   | 55 |
| V.  | Limites de l'étude.....   | 56 |
| 1.  | Biais de sélection.....   | 56 |
| 2.  | Limites du questionnaire.....   | 56 |
| Partie 4 : Accompagnement des patientes ..... |   | 57 |
| I.  | Recommandations du HCE, qu'en est-il aujourd'hui ?.....   | 57 |
| 1.  | Reconnaître l'existence et l'ampleur des actes sexistes dans le cadre du suivi gynécologique et obstétrical ..... | 57 |
| 2.  | Prévenir les actes sexistes relatifs au suivi gynécologique et obstétrical ....                                   | 58 |
| 3.  | Améliorer et faciliter les procédures de signalements et condamner les pratiques sanctionnées par la loi.....     | 59 |
| II.   | Repérage et accompagnement à l'officine .....   | 60 |
| 1.  | Repérage des victimes de VGO à l'officine .....   | 60 |
| 2.  | Comment accompagner les patientes .....   | 61 |
| 3.  | Le consentement à l'officine .....  | 61 |
| III.  | Associations .....  | 62 |
| 1.  | StopVOG .....   | 62 |
| 2.  | L'Institut de Recherche et d'Actions pour la Santé des Femmes .....   | 63 |
| 3.  | #NousToutes .....   | 63 |
| 4.  | L'Alliance Francophone pour l'Accouchement Respecté.....  | 64 |
| 5.  | Le Collectif Féministe Contre le Viol.....  | 64 |
| 6.  | L'Échappée .....  | 65 |
| 7.  | Un Maillon Manquant.....  | 65 |
| Conclusion.....                               |   | 66 |
| Bibliographie.....                            |   | 67 |
| Annexes.....                                  |   | 82 |



## Liste des abréviations

|       |  |
|-------|--|
| AFAR  | Association Francophone pour l'Accouchement Respecté                                     |
| CCNE  | Comité Consultatif National d'Éthique  |
| CEDEF | Convention sur l'Élimination de toutes les formes de Discrimination à l'Égard des Femmes |
| CFCV  | Collectif Féministe Contre le Viol   |
| CIANE | Collectif Interassociatif Autour de la Naissance   |
| CNGOF | Conseil National des Gynécologues et Obstétriciens Français                              |
| DIU   | Diplôme Inter Universitaire  |
| DPO   | Délégué à la Protection des Données  |
| ENP   | Enquête Nationale Périnatale   |
| FFRSP | Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité                                |
| HAS   | Haute Autorité de Santé  |
| HCE   | Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes                                  |
| HdF   | Hauts-de-France  |
| IRASF | Institut de Recherche et d'Actions pour la Santé des Femmes                              |
| IVG   | Interruption Volontaire de Grossesse   |
| MSF   | Médecins Sans Frontière  |
| OMS   | Organisation Mondiale de la Santé  |
| ONG   | Organisation Non Gouvernementale   |
| SA    | Semaines d'Aménorrhée  |
| SIVO  | Stop à l'Impunité des Violences Obstétricales  |
| UMM   | Un Maillon Manquant  |
| VGO   | Violences Gynécologiques et Obstétricales  |
| VSS   | Violences Sexistes et Sexuelles  |

## Introduction

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) conceptualise la violence obstétricale, sans mentionner explicitement le terme, comme tout abus, manque de respect et mauvais traitements lors de l'accouchement causés par des professionnels de la santé et entraînant des violations de la dignité des femmes. Cela peut consister en une violence physique pure et simple, une humiliation causée par une violence verbale, un manque de confidentialité et une négligence qui entraîne des douleurs inutiles et des complications évitables. (1)

Les violences gynécologiques et obstétricales (VGO) englobent de multiples formes de pratiques néfastes perpétrées lors des soins gynécologiques et obstétricaux. (2) Alors que les violences obstétricales peuvent être subies au cours de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum, les violences gynécologiques peuvent être subies durant des consultations en gynécologie tout au long de la vie des femmes.

Même s'il n'existe pas de consensus sur la définition des violences obstétricales et gynécologiques, la liste suivante détaille les formes qui ont été identifiées comme telles, sur la base de recherches antérieures :

- Les abus psychologiques, physiques et sexuels lors de consultations en obstétrique et en gynécologie - celles-ci incluent des comportements humiliants tels que le refus de respecter la vie privée (3) ; la violence physique ; la coercition, telle qu'une restriction des mouvements (4) ou l'absence de choix de position de naissance ; la pénétration vaginale ou rectale non consensuelle pour examens médicaux ; la discrimination, la négligence, le fait de ne pas être traitée avec dignité pendant la grossesse et les consultations gynécologiques (5) ; l'infantilisation (6) ; la violence verbale telle que des commentaires inappropriés par le personnel soignant ; le fait de ridiculiser et/ou d'élever leur voix avec les patientes (7)(8) ;
- Un acte médical forcé ou acte médical effectué sans consentement - y compris la contraception forcée ; la stérilisation forcée ; l'avortement forcé ; tout acte/examen médical réalisé sans consentement explicite ;
- Des procédures non médicalement nécessaires (nocives) - telles que le déclenchement systématique du travail ; les césariennes de routine ; les épisiotomies de routine ; les pratiques de médecine non fondées sur des preuves, comme l'utilisation de la sonde de Foley lors de l'accouchement et l'expression abdominale (9) ;
- Le refus ou retard de soins - cela inclut le retard ou le refus de fournir une gestion de la douleur médicamenteuse pendant les interventions (10) ; le retard ou le refus de fournir des soins d'avortement ; la retenue d'informations et de contacts (11) ; et le refus d'un accompagnant lors de la naissance (12).

Depuis 2014, les violences gynécologiques et obstétricales attirent de plus en plus l'attention des médias en France. (13)

Grâce à des mouvements tels que #payetongyneco et #payetonuterus sur les réseaux sociaux ainsi que la médiatisation de dénonciations d'épisiotomies abusives, la parole se libère. (14) Les témoignages de patientes se font de plus en plus nombreux et le sujet fait désormais l'objet de débats en politique. (15)

La première partie de ce travail s'intéressera au suivi gynécologique et au déroulement de l'accouchement. Nous commencerons par explorer les différents actes pratiqués en routine en gynécologie ainsi qu'en obstétrique afin de chercher les moments clés durant lesquels des violences peuvent être commises.

La deuxième partie sera consacrée aux VGO. Nous nous intéresserons à la naissance du terme de VGO ; bien que ces violences existent depuis longtemps, elles n'ont été abordées en tant que telles qu'à partir du début des années 2000, d'abord en Amérique latine puis en Europe et en Amérique du Nord. (16)

Nous définirons ce que sont les VGO ainsi que les notions apparentées au suivi médical dit « bientraitant », s'inscrivant dans une démarche de respect des choix des patients et d'adaptation à leurs besoins. (17)

La troisième partie de ce travail sera consacrée à une enquête réalisée sur un échantillon de femmes résidant dans les Hauts-de-France (HdF).

L'objectif principal de cette étude était de déterminer l'incidence des VGO dans les HdF et plus particulièrement si ces violences sont responsables ou non d'une perte de chance chez les patientes qui en sont victimes.

Nous nous sommes également intéressés à la perception de ce type de violences par les professionnelles de santé lorsqu'elles sont elles-mêmes patientes.

Enfin, nous avons cherché d'éventuels facteurs prédisposant à ces violences, à savoir : est-ce qu'une classe d'âge, une catégorie socioprofessionnelle est plus touchée qu'une autre ?

En quatrième et dernière partie, nous ferons un point sur l'état actuel des VGO, leur reconnaissance dans les textes de lois françaises et les avancées réalisées ces dernières années.

Nous aborderons les VGO à l'officine : comment repérer les patientes ayant subi ce type de violences et comment les accompagner dans la suite de leur suivi. Nous rappellerons l'importance majeure du consentement, et son application dans le quotidien du pharmacien d'officine. (18)

Nous terminerons par une présentation des différentes associations vers lesquelles patientes comme professionnels de santé peuvent se tourner. Nous évoquerons aussi bien des associations de patientes, dont le but est de récolter les témoignages de victimes pour lutter activement contre les VGO, que des associations proposant une formation aux personnels soignants afin de prévenir les VGO à leur source.

# Partie 1 : Suivi gynécologique et accouchement

## I. Suivi gynécologique

### 1. La consultation en gynécologie

Une femme connaît en moyenne entre 50 et 80 consultations gynécologiques au cours de sa vie. (19)

La première consultation en gynécologie peut avoir lieu à n'importe quel âge, de préférence avant 25 ans car il s'agit de l'âge du premier frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus.

Le motif le plus fréquent pour une première consultation est la contraception. (20)

La charte de la consultation en gynécologie ou en obstétrique du Conseil National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) précise que « l'examen clinique n'est pas systématique. Par exemple, il n'est pas conseillé lors de la première consultation d'une jeune femme pour contraception, en l'absence de symptômes » et il doit être « précédé d'une explication sur ses objectifs et ses modalités ». (21)

La consultation en gynécologie est particulière pour les patientes de par son caractère intime. C'est l'un des rares rendez-vous médicaux durant lesquelles la femme peut être amenée à se dévêtir ou à subir un acte gynécologique invasif, par exemple l'insertion du speculum ou encore un toucher vaginal.

Dans tous les cas, lors d'une consultation en gynécologie, le consentement de la patiente doit être demandé par le médecin. La patiente a tout à fait le droit de refuser la pratique d'un acte, ou de changer d'avis à tout moment, même si elle avait initialement donné son consentement. La communication joue un rôle majeur dans les soins, et d'autant plus en gynécologie.

### 2. L'interruption volontaire de grossesse

Depuis le 8 mars 2024, le droit à l'IVG fait partie de la Constitution française. (22)

En France, toute femme, majeure ou mineure, peut choisir d'interrompre sa grossesse. Le délai légal maximal pour la réalisation de l'IVG dépend de la méthode utilisée : médicamenteuse ou instrumentale.

#### a. Avant l'IVG

Avant l'intervention, deux temps préalables sont obligatoires à respecter :

- L'information à la patiente
- Le recueil du consentement de la patiente

Le premier temps avant l'IVG est une consultation médicale d'information pendant laquelle le médecin ou la sage-femme informe la patiente sur les différentes méthodes d'IVG. En complément, un entretien psychosocial est systématiquement proposé aux femmes ; il est obligatoire pour les personnes mineures non émancipées et doit être réalisé avant le recueil du consentement.

Le second temps correspond à la remise du consentement écrit de la patiente de demande d'avortement au médecin ou à la sage-femme. C'est au cours de ce temps que la patiente choisit sa méthode d'IVG en fonction de l'avancée de la grossesse ainsi que son lieu de réalisation.

Depuis mars 2022, il n'existe plus de délai de réflexion minimal entre le premier et le deuxième temps. La patiente peut prendre le temps de réflexion nécessaire pour sa décision. Pour les patientes majeures, ces deux temps peuvent avoir lieu au cours d'une seule et même consultation. (23)

### b. L'IVG médicamenteuse

L'IVG médicamenteuse consiste en la prise de 2 médicaments différents ; la mifépristone qui prépare l'expulsion de l'œuf puis, 24 à 48h plus tard, le misoprostol qui déclenche l'expulsion en provoquant des contractions de l'utérus.

Les médicaments sont remis par le médecin ou la sage-femme après recueil du consentement ou sont délivrés en pharmacie en cas de téléconsultation. (24)

L'IVG médicamenteuse est autorisée en France jusqu'à 7 semaines de grossesse, soit 9 SA.

L'IVG médicamenteuse se déroule :

- soit en cabinet médical de ville auprès d'un médecin ou d'une sage-femme, en centre de santé ou en centre de santé sexuelle (auparavant appelé centre de planification et d'éducation familiale) ;
- soit à domicile ;
- soit en établissement de santé (hôpital ou clinique).

Les médecins et les sages-femmes peuvent proposer la téléconsultation pour réaliser certaines ou l'ensemble des consultations prévues dans le parcours d'IVG médicamenteuse. La téléconsultation ne peut pas être imposée à la patiente : elle doit donner son consentement libre et éclairé au recours aux actes de téléconsultation.

Lorsque la prescription de médicaments nécessaires à la réalisation de l'IVG par voie médicamenteuse est effectuée lors d'une téléconsultation, le médecin ou la sage-femme établit la prescription et la transmet à la pharmacie choisie préalablement par la patiente. Le professionnel de santé l'envoie à cette pharmacie qui garantit la confidentialité des informations. Ces médicaments sont délivrés directement à la patiente par cette pharmacie sans frais et de manière anonyme.

### c. L'IVG instrumentale

L'IVG instrumentale (dilatation du col de l'utérus et évacuation du contenu utérin par aspiration) peut être réalisée en établissement de santé (hôpital ou clinique) ou en centre de santé autorisé jusqu'à la fin de la 14e semaine de grossesse (16 SA).

Le décret du 23 avril 2024 permet aux sages-femmes de pratiquer l'IVG instrumentale au sein des établissements de santé dans les mêmes conditions de sécurité que celles appliquées aux médecins. (25)

### d. Après l'IVG

Une consultation médicale de contrôle et de vérification de l'IVG doit avoir lieu entre le 14e et le 21e jour après l'IVG. Cette consultation permet au médecin ou à la sage-femme de vérifier que la patiente dispose du moyen contraceptif qui lui convient et qu'elle ne rencontre pas de difficulté dans son utilisation.

## II. L'accouchement

### 1. Accouchement par voie basse



Source : HAS 2023 (26)

### a. La dilatation du col de l'utérus

Pour une femme primipare (accouchant de son premier bébé), la phase de dilatation du col de l'utérus dure environ huit heures. Elle ne dure pas plus de quatre heures en moyenne chez une femme multipare (ayant déjà eu au moins un enfant).

Les contractions sont d'abord brèves et espacées, toutes les dix minutes. Puis elles se rapprochent, toutes les cinq minutes, puis moins, et deviennent régulières, plus intenses et douloureuses. Sous l'effet des contractions, le col de l'utérus s'ouvre très progressivement.

C'est durant cette phase que la patiente se rend à la maternité. À son arrivée, elle est prise en charge et examinée par la sage-femme ou l'obstétricien. Si le travail est suffisamment avancé, elle est installée en salle de travail.

La surveillance des battements du cœur du bébé lors des contractions utérines est assurée par un monitoring. Le but du monitoring est de détecter d'éventuels signes de souffrance du bébé lors des contractions.

Si la patiente souhaite accoucher sous péridurale, une analgésie locorégionale est réalisée au début du travail par un médecin anesthésiste. Une aiguille est introduite dans l'espace péridural entre deux vertèbres lombaires. Un fin cathéter est poussé par l'aiguille, puis l'aiguille est retirée. Le cathéter est laissé en place durant l'accouchement. Il est relié à une pompe d'auto-administration qui permet à la patiente de pouvoir gérer elle-même, sous contrôle médical, les douleurs ressenties. L'anesthésie supprime le caractère douloureux des contractions utérines, sans pour autant faire perdre conscience.

## b. L'expulsion

La phase d'expulsion du bébé est relativement courte. Elle ne dure qu'une trentaine de minutes environ.

Lorsque le col de l'utérus est ouvert complètement, donc lorsque la dilatation du col atteint 10 cm, et que la tête du bébé est bien engagée dans le bassin, la sage-femme ou l'obstétricien demande à la patiente de pousser. Ces poussées, lors des contractions, permettent l'expulsion du bébé. La sage-femme coupe ensuite le cordon ombilical, vérifie la bonne vitalité du bébé et pose l'enfant contre la mère.

Certains accouchements par voie basse requièrent des techniques instrumentales. On parle alors d'un accouchement médicalement assisté. L'obstétricien peut être amené à pratiquer ces techniques lorsque le bébé supporte mal la phase d'expulsion, lorsque des signes anormaux apparaissent sur le monitoring ou si la mère se fatigue trop ou ne peut fournir les efforts nécessaires à l'expulsion. À l'aide de forceps, de spatules ou de ventouse, cette extraction instrumentale est réalisée sous anesthésie locale, péridurale ou générale.

Les forceps se présentent sous la forme de deux cuillères, placées sur les tempes du bébé. Ils sont utilisés pour faire une rotation du bébé ou pour le tirer délicatement. L'utilisation de forceps peut occasionner des hématomes ou des rougeurs sur les tempes ou les joues du nouveau-né.

Les spatules sont également sous forme de deux cuillères, mais cette fois non reliées entre elles. Elles permettent au médecin d'orienter la tête de bébé jusqu'à la sortie. Elles présentent les mêmes risques que les forceps, à savoir l'apparition d'hématomes et de rougeurs chez le nouveau-né.

La ventouse permet d'accompagner les mouvements d'expulsion de la maman. Elle vient adhérer au cuir chevelu du bébé et permet au médecin d'exercer une traction supplémentaire lors des contractions de la maman. Elle permet également de maintenir la tension lorsque la maman est au repos, afin d'éviter la remontée du bébé. Elle peut aussi permettre de mieux orienter la tête du bébé pour faciliter l'accouchement. (27) L'utilisation de la ventouse peut engendrer deux complications principales pour le nouveau-né :

- La formation d'une bosse séro-sanguine, un épanchement bénin qui ne requiert aucun traitement ;
- L'apparition d'un céphalématome, une hémorragie sous-périostée au niveau du crâne du nouveau né, qui se résorbe en quelques semaines.

### c. La délivrance

L'accouchement ne s'achève réellement que vingt à trente minutes après l'expulsion du bébé. Sous l'effet de nouvelles contractions utérines, la mère expulse le placenta. C'est ce qu'on appelle la délivrance.

Pour prévenir le risque d'hémorragie du post-partum, de l'ocytocine est administrée à la mère au moment du dégageement des épaules, dans les minutes qui suivent la naissance ou après la délivrance.

Si une hémorragie survient alors que le placenta n'est que partiellement décollé ou si la délivrance n'a pas eu lieu 30 à 60 minutes après la naissance, une extraction manuelle du placenta hors de l'utérus est réalisée. (28)

## 2. Accouchement par césarienne

La césarienne est un acte opératoire pratiqué au bloc opératoire par un obstétricien. Elle est réalisée sous péridurale, sous anesthésie locorégionale ou générale.

La césarienne peut être programmée à l'avance dans certains cas, par exemple :

- Si le bébé se présente de manière particulière ;
- Si le bassin de la maman est trop étroit ;
- S'il s'agit d'un gros bébé ;
- Dans certains cas de grossesse à risque.

La césarienne peut être réalisée en urgence lorsque l'accouchement par voie basse se révèle au dernier moment difficile, voire impossible ou lorsque le monitoring enregistre des signes de souffrance fœtale.

Le taux de césarienne est stable depuis 2010 et concerne 21,4 % des accouchements en 2021. Le fait d'avoir accouché par césarienne lors d'un précédent accouchement reste le facteur de risque majeur de césarienne. (29)

### 3. Le déclenchement artificiel de l'accouchement

#### a. Déclenchement pour indications médicales

Depuis 2008, la HAS dénombre huit indications pour lesquelles un déclenchement pourrait être indiqué :

- Dépassement du terme
- Rupture prématurée des membranes
- Diabète
- Grossesse gémellaire
- Suspicion de macrosomie fœtale
- Retard de croissance intra-utérin
- Antécédent d'accouchement rapide
- Hypertension artérielle et pré-éclampsie

Lorsqu'il y a une indication médicale pour provoquer un accouchement, le déclenchement peut être envisagé quel que soit l'état du col.

#### b. Déclenchement pour indications non médicales

Un déclenchement pour une indication non médicale ne peut être envisagé que si les conditions suivantes sont réunies :

- Utérus non cicatriciel ;
- Terme précis ;
- À partir de 39 SA ;
- Col favorable : score de Bishop  $\geq 7$  ;
- Demande ou accord de la patiente et information des modalités et des risques potentiels.

Le score de Bishop est un système de notation utilisé en clinique obstétrique pour évaluer le stade d'avancement de maturation du col utérin et donc pour prédire l'état d'avancement du travail.

Pour obtenir le score total de Bishop, variant de 0 à 13, des points sont attribués à chaque élément selon des critères spécifiques, définis ci-dessous.

|              | 0               | 1                   | 2                 | 3               |
|--------------|-----------------|---------------------|-------------------|-----------------|
| Dilatation   | Fermé           | 1-2 cm              | 3-4 cm            | 5 cm            |
| Effacement   | Long<br>(0-30%) | Mi-long<br>(40-60%) | Court<br>(60-70%) | Effacé<br>(80%) |
| Consistance  | Ferme           | Moyenne             | Molle             | -               |
| Position     | Postérieure     | Centrale            | Antérieure        | -               |
| Présentation | Haute mobile    | Appliquée           | Fixée             | Engagée         |

Un score élevé, entre 6 et 13, indique un col utérin favorable à l'induction du travail.

En revanche, un score de 5 et moins est considéré comme insuffisant pour déclencher l'accouchement. Dans ce cas, il convient plutôt d'augmenter le score de Bishop à l'aide d'instruments obstétricaux tels que le ballonnet, par exemple. Il s'agit d'une sorte de sonde mécanique dont l'action contribue à ramollir l'utérus pour augmenter la dilatation du col. (30)

### c. Méthodes de déclenchement

Il existe trois méthodes de déclenchement recommandées par la HAS en obstétrique.

- Le décollement des membranes

Le décollement des membranes est pratiqué au cours d'un toucher vaginal en introduisant un doigt entre la face interne du col de l'utérus et le pôle inférieur de l'œuf et peut entraîner des contractions qui suffisent parfois à déclencher le travail. Il a une action à la fois mécanique et biochimique entraînant la production naturelle de prostaglandines localement.

Il peut être proposé quand un déclenchement sans raison médicale urgente est envisagé. Au moment où il est proposé, la patiente doit être informée du fait que le décollement de membranes n'est pas associé à une augmentation d'infections maternelles et néonatales, mais que cette pratique ne provoque pas à chaque fois le déclenchement de l'accouchement, qu'elle peut être douloureuse et entraîner une fréquence plus grande de saignements lors des touchers vaginaux.

## ▪ L'ocytocine

Au début du travail, l'ocytocine, une hormone naturelle, est relâchée de plus en plus par le cerveau et circule jusqu'à l'utérus. Une fois arrivée à l'utérus, l'ocytocine aide à contracter la paroi utérine. Ces contractions deviennent de plus en plus fréquentes et fortes au long du travail, poussant le bébé à se déplacer depuis l'utérus vers la filière pelvienne. Des études ont trouvé que le nombre de récepteurs d'ocytocine augmentent au cours de la grossesse. Pendant l'accouchement, l'augmentation de récepteurs d'ocytocine peut augmenter la sensibilité utérine, ce qui aide le travail à progresser. (31)

En cas de déclenchement, il est possible de poser une perfusion d'ocytocine à la patiente. La HAS recommande d'employer le protocole suivant :

- Commencer par 2,5 milli-unités par minute ;
- Augmenter progressivement la dose toutes les 20 à 30 minutes.

Il faut employer la dose d'ocytocine la plus faible possible en visant à obtenir au maximum trois à quatre contractions par dix minutes.

La dose maximum recommandée d'ocytocine est de 20 milli-unités par minute. Si des doses plus importantes sont nécessaires, elles ne doivent en aucun cas excéder 32 milli-unités par minute.

Après avoir obtenu une bonne dynamique utérine et des contractions régulières, on peut diminuer le débit de la perfusion d'ocytocine ou même arrêter celle-ci.

Les protocoles utilisant l'ocytocine dans le déclenchement doivent :

- Spécifier la dose d'ocytocine administrée (en milli-unités par minute) plutôt que le volume du liquide perfusé (en millilitres par minute) ;
- Administrer l'ocytocine à l'aide d'une pompe à perfusion électrique avec valve anti reflux ou d'une seringue électrique avec valve anti reflux. (32)

En cas de perfusion d'ocytocine chez une femme enceinte ayant des membranes intactes, une amniotomie sera pratiquée dès que possible.

L'amniotomie, également appelée rupture artificielle des membranes, est un geste médical fréquemment utilisé par les sages-femmes lors du travail. Elle consiste, à l'aide d'un amniotome, à percer intentionnellement la poche des eaux. Elle est utilisée dans le but d'augmenter les contractions en fréquence comme en intensité, d'aider la dilatation du col de l'utérus grâce à une meilleure accommodation de la tête fœtale sur le col et permet la surveillance cardiaque interne du fœtus. (33)

## ▪ Les prostaglandines E2

Les prostaglandines sont des hormones produites dans tout le corps et elles peuvent être utilisées pour déclencher le travail. Elles sont appliquées localement sous la forme de comprimés, de gels, de suppositoires ou de pessaires (éponge) afin de réduire les effets secondaires. La dose, le nombre de doses et le délai entre les doses varient considérablement. Les pessaires à libération prolongée réduisent le besoin de doses répétées et par conséquent, le nombre d'exams vaginaux.

Les prostaglandines vaginales augmentent la probabilité d'accouchement par voie vaginale dans les 24 heures, mais elles peuvent également trop stimuler les contractions utérines, ce qui peut provoquer un ralentissement du cœur du bébé. (34)

Le déclenchement par les prostaglandines E2 doit privilégier la forme intra vaginale car, à efficacité égale, cette voie d'administration se montre moins agressive que la forme intra cervicale.

L'utilisation des prostaglandines E2 est préférable à l'utilisation de l'ocytocine pour le déclenchement du travail quand le col est immature. Les deux méthodes peuvent être employées quand le col est mature.

L'état des membranes n'a pas d'incidence sur le choix de la méthode de déclenchement.

## ▪ Les méthodes non recommandées

D'autres méthodes, référencées dans la littérature, ne possèdent pas d'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) en France pour le déclenchement du travail :

- Le misoprostol et la mifépristone, qui sont indiquées dans le cadre d'une IVG ;
- La sonde de Foley, qui est une sonde à ballonnet utilisée pour le lavage de vessie en pré-opératoire, un éventuel drainage post-opératoire ou encore pour permettre l'évacuation de l'urine en cas de rétention urinaire.

## 4. L'épisiotomie

### a. Définition

L'épisiotomie est un acte chirurgical consistant à inciser le périnée au moment de l'accouchement lors de la phase d'expulsion fœtale. Elle est notamment pratiquée afin d'éviter les déchirures.

L'épisiotomie peut être une source d'infection, d'hémorragie et de douleur chronique. Elle ne doit pas être réalisée en routine. Une déchirure simple du premier ou deuxième degré cicatrise aussi bien voire mieux qu'une épisiotomie. (35)

## b. Historique et taux

Jusqu'en 1980, l'épisiotomie systématique est largement utilisée mais l'absence de preuves de son efficacité en routine, attestée par bon nombre de publications, remet en question cette habitude. En 1995, un véritable réquisitoire contre une large utilisation de l'épisiotomie basé sur une revue de la littérature sur 15 ans est publié. (36)

Il semble que les taux d'épisiotomie au niveau national ne soient pas représentatifs d'une homogénéité territoriale, certaines maternités affichant des taux de 72% quand d'autres affichent des taux de 21%. (37)

On constate également des variations de ce taux entre les régions, chez les primipares et les multipares indépendamment des caractéristiques individuelles et obstétricales des femmes et des caractéristiques des maternités.

Il existe une variation selon les professionnels pratiquant l'accouchement avec un taux moindre pour les sages-femmes qui peut s'expliquer par le fait que, dans le cas d'extraction instrumentale, les médecins ont plus facilement recours à l'épisiotomie.

Le Monde publie, en collaboration avec la Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité (FFRSP), des informations chiffrées sur les pratiques médicales ; nombre d'accouchements, taux de césariennes, péridurales ou épisiotomies dans chaque maternité en 2016. (38)

## 5. L'expression abdominale

L'expression abdominale se réfère à l'application d'une pression sur le fond de l'utérus, avec l'intention spécifique de raccourcir la durée de la 2<sup>ème</sup> phase de l'accouchement.

L'expression abdominale peut avoir des conséquences graves pour la santé de la femme et du nouveau-né, notamment des douleurs abdominales, des ecchymoses, des fractures de côtes ou des lésions périnéales. Selon la HAS, les complications exceptionnelles peuvent aller jusqu'à la rupture de la rate, la rupture hépatique, la rupture utérine et la déchirure du pédicule lombo-ovarien. Le traumatisme et des conséquences psychologiques sont également à prendre en compte.

Il n'y a pas d'indications médicalement validées pour réaliser une expression abdominale. Le vécu traumatique des patientes et de leur entourage et l'existence de complications, rares mais graves, justifient l'abandon de cet usage.

Dans les situations qui nécessitent d'écourter la 2<sup>ème</sup> phase de l'accouchement, le recours, en fonction du contexte clinique, à une extraction instrumentale (forceps, ventouse obstétricale, spatules) ou à une césarienne est recommandé.

Si une expression abdominale est pratiquée malgré les recommandations précédentes, elle doit être notée dans le dossier médical de la patiente par la personne en charge de l'accouchement, en précisant le contexte, les modalités de réalisation et les difficultés éventuellement rencontrées. (39)

## Partie 2 : Violences gynécologiques et obstétricales

### I. Historique

#### 1. Apparition du terme VGO en Amérique latine

Le concept de « violence obstétricale » est apparu en Amérique du Sud au début des années 2000, au cours d'une réflexion sur la prise en charge médicale de l'accouchement et d'une volonté d'humaniser la naissance.

Dans son mémoire intitulé « Violence obstétricale – Émergence d'un problème public en France », Nastassia Audibert souligne que le terme de violence obstétricale a été forgé dans un contexte particulier « faisant intervenir action des ONG, action des organisations internationales, politiques de développement intégrant de plus en plus la dimension du genre, groupes féministes luttant pour les droits reproductifs des femmes et « l'humanisation de la naissance », eux-mêmes souvent liés à la défense de l'activité de sage-femme, inégalement reconnue dans les États d'Amérique du Sud. » (40)

À cette époque, les discussions se focalisent plus sur la grossesse et l'accouchement que sur le suivi gynécologique, avec une revendication claire pour un accouchement plus humain. Les concepts utilisés s'appuient à la fois sur les violences faites aux femmes, appelées « violences de genre » en Amérique latine, et sur les droits humains. Les rapports institutionnels ainsi que la couverture médiatique latino-américaine critiquent principalement les césariennes imposées aux femmes, en particulier les femmes indigènes et les femmes pauvres, ainsi que l'hyper-médicalisation de l'accouchement.

Le congrès international sur l'humanisation de l'accouchement et de la naissance, en novembre 2000 à Fortaleza, au Brésil, représente un moment clé dans la réflexion sur les violences obstétricales à ce moment là.

Cet événement a mené à la création du réseau latino-américain et caribéen pour l'humanisation de la naissance, « Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento », une alliance de collectifs issus de plus de vingt pays, tous engagés sur la question des droits humains.

Dans le même temps, les pays sud-américains ont progressivement adopté des lois pour lutter contre les violences faites aux femmes, en accord avec les conventions internationales de référence dont les plus emblématiques sont :

- La Convention sur l'Élimination de toutes les formes de Discrimination à l'Égard des Femmes (CEDEF), adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 18 décembre 1979 ;
- La convention interaméricaine pour la prévention, la sanction et l'élimination de la violence contre la femme (Convention Belém do Pará), adoptée lors de la vingt-quatrième session ordinaire de l'Assemblée Générale de l'Organisation des Etats Américains, le 9 juin 1994. (41)

Dans ce contexte, la question des violences obstétricales a progressivement été intégrée dans les lois de lutte contre la violence de genre de deux pays d'Amérique

latine, le Venezuela et l'Argentine, puis déclinée dans de nombreux États fédérés comme le Mexique ou le Brésil.

Les réflexions et avancées dans ces pays visent un accompagnement respectueux et bienveillant de la grossesse et de l'accouchement.

#### a. Au Venezuela

Au Venezuela, la loi sur le droit des femmes à une vie sans violence, votée en 2008, définit la violence gynécologique et obstétricale comme « l'appropriation du corps et des processus reproductifs des femmes par le personnel de santé, qui se manifeste par : un traitement déshumanisant, un abus de médication et une pathologisation de processus naturels, entraînant une perte d'autonomie et de capacité de décision libre sur son corps et sa sexualité, affectant négativement la qualité de vie des femmes. » (42)

L'avortement est toujours considéré comme une infraction au Venezuela (43) et l'accès à l'avortement est restreint aux cas où la grossesse met en danger la vie de la femme enceinte et aux cas de viol.

#### b. En Argentine

En Argentine, la loi de santé publique de 2009 intègre la violence obstétricale dans la loi préexistante de protection intégrale pour prévenir, sanctionner et éradiquer la violence faite aux femmes dans les milieux où se déroulent leurs relations interpersonnelles et en donne la définition suivante : « La violence obstétricale est celle exercée par le personnel de santé sur le corps et les processus reproductifs des femmes, exprimées par un traitement déshumanisant, un abus de médicalisation et une pathologisation des processus naturels ». (44)

Comme pour le Venezuela, l'avortement n'est possible en Argentine que lorsque la grossesse résulte d'un viol ou si la vie de la femme enceinte est en danger. (45)

#### c. Au Mexique

Au Mexique, une dizaine d'États ont intégré les violences gynécologiques et obstétricales dans leur loi contre les violences masculines. Cependant, seuls les États de Chiapas et du Veracruz ont inclut un volet pénal à cette disposition de la loi.

Dans l'État de Chiapas, la violence obstétricale est définie comme « l'appropriation du corps et des processus reproductifs des femmes par le personnel de santé, qui se manifeste par un traitement déshumanisé, un abus de la médicalisation et de la pathologisation des processus naturels, qui entraîne perte d'autonomie et de la capacité à décider librement sur leurs corps et leur sexualité. » (46)

Depuis 2015, le code pénal du Chiapas prévoit deux à trois années de prison et une amende pour toute personne qui altère le processus naturel à travers l'utilisation de techniques d'accélération de l'accouchement, sans obtenir le consentement volontaire, explicite et éclairé de la femme. (47)

Depuis juillet 2024, l'avortement est dépénalisé dans 14 des 32 États du Mexique. Il reste donc interdit dans 18 États du Mexique. (48)

#### d. Au Brésil

L'État de Santa Catarina, au Brésil, a voté en janvier 2017 une loi prévoyant la mise en œuvre de mesures d'information et de protection pour les femmes enceintes et pour les femmes en train d'accoucher, ou parturientes, contre la violence obstétricale. Cette loi définit les violences obstétricales comme suit :

« Tout acte pratiqué par le médecin, le personnel de l'hôpital, un membre de la famille ou un accompagnateur qui offense verbalement ou physiquement les femmes enceintes, en cours de travail ou pendant le puerpérium (période allant de l'accouchement au retour des règles). Aux fins de la présente loi, sont considérées comme infraction verbale ou physique, entre autres, les conduites suivantes :

- Traiter la femme enceinte ou la parturiente de manière agressive, non empathique, grossière, moqueuse ou de toute autre manière qui provoquerait chez elle un malaise par rapport au traitement reçu ;
- Se moquer de la parturiente ou la réprimander pour tout comportement tel que : les cris, les pleurs, le fait d'avoir peur, d'avoir honte ou de douter ;
- Se moquer de la parturiente ou la réprimander pour toute caractéristique telle que l'obésité, les poils, les vergetures, les évacuations et autres ;
- Ne pas écouter les plaintes et les doutes émis par la femme hospitalisée, en travail ou en accouchement ;
- Traiter la femme comme une inférieure, lui donner des ordres et des surnoms infantilissants et diminutifs, la traiter comme une incapable ;
- Faire croire à une femme enceinte ou parturiente qu'elle a besoin d'une césarienne quand ce n'est pas nécessaire, en avançant des risques imaginaires ou hypothétiques qui ne sont pas prouvés et sans donner d'explication correcte quant aux risques pour elle et pour le bébé ;
- Refuser la prise en charge d'une urgence médicale ;
- Décider du transfert de l'hospitalisation de la femme enceinte ou de la parturiente sans avoir analysé et confirmé au préalable la disponibilité d'un lit et une garantie de soin, et sans garantie d'avoir suffisamment de temps pour arriver à destination ;
- Empêcher la femme d'être accompagnée par une personne de son choix tout au long du processus de travail ;
- Empêcher une femme de communiquer avec le « monde extérieur », lui refuser son droit de téléphoner, d'utiliser son téléphone portable, de marcher

dans la salle d'attente, de parler aux membres de sa famille et à son compagnon ;

- Soumettre les femmes à des procédures douloureuses, inutiles ou humiliantes, telles que le lavage intestinal, le rasage des poils pubiens, la position gynécologique en gardant les portes ouvertes, l'examen tactile par plus d'un professionnel ;
- Arrêter l'anesthésie alors que la parturiente en exige une ;
- Procéder à une épisiotomie lorsque cela n'est pas vraiment nécessaire ;
- Garder les détenues menottées pendant le travail ou l'accouchement ;
- Pratiquer tout acte sans avoir préalablement recueilli le consentement de la patiente et lui avoir expliqué, avec des mots simples, la nécessité de ce qui est proposé ou recommandé ;
- Après l'accouchement, tarder déraisonnablement à accueillir la femme dans sa chambre ;
- Soumettre la femme et/ou le bébé à des actes ayant pour but exclusif la formation des étudiants ;
- Soumettre un bébé en bonne santé à une aspiration de routine, à des injections ou des procédures dans les premières heures de sa vie, avant de l'avoir mis en contact avec la peau de la mère et sans qu'elle ait eu l'occasion de l'allaiter ;
- Empêcher la femme, après l'accouchement, d'avoir son bébé à ses côtés dans sa chambre et d'allaiter librement, sauf si la femme ou le bébé a besoin d'attention médicale ;
- Ne pas informer la femme de plus de 25 ans ou qui a plus de 2 enfants de son droit de bénéficier d'une ligature des trompes gratuite dans les hôpitaux publics et conventionnés au système de santé public ;
- Traiter le père du bébé comme un visiteur et gêner son accès libre à la parturiente et au bébé à n'importe quelle heure du jour. » (49)

Malgré une loi très complète pour promouvoir un accouchement bientraitant, au Brésil, l'avortement n'est autorisé qu'en cas de viol, de risque pour la mère ou d'anomalie cérébrale du fœtus. La législation brésilienne ne prévoit en outre aucun délai de prescription lorsque la grossesse est issue d'un viol. En dehors de ces exceptions, l'avortement est puni d'une peine d'emprisonnement pouvant aller jusqu'à quatre ans de prison.

Un texte en cours d'examen à la Chambre des Députés prévoit de qualifier d'homicide simple tout avortement pratiqué après vingt-deux semaines de grossesse, même lorsque celle-ci résulte d'un viol.

Il prévoit également de punir l'avortement d'une peine d'emprisonnement de six à vingt ans lorsqu'il est pratiqué après vingt-deux semaines de grossesse. C'est le double de la peine encourue par un violeur au Brésil. (50)

Bien que les pays d'Amérique latine semblent être en avance en termes de législation contre les VGO, les conditions d'accès à l'avortement nous permettent de nous rendre compte que ces avancées sont en réalité corrélées à la possibilité d'imposer la grossesse aux femmes.

## 2. Diffusion au monde anglo-saxon

L'usage du terme « violence obstétricale » s'est ensuite diffusé dans le monde anglosaxon, avec la création de :

- l'organisation Human Rights in Childbirth aux États-Unis et d'une conférence internationale sur les droits de la personne et de l'accouchement à La Haye, en 2012 ;
- l'organisation Humanize Birth, au Canada, en 2013 pour lutter contre les violences obstétricales ;
- l'organisation Birthrights, au Royaume-Uni, en 2013 également.

Ces trois organisations ont pour but de dénoncer et de lutter contre les violences obstétricales et de promouvoir de bonnes pratiques durant l'accouchement et le respect des droits humains des parturientes.

## 3. En France : l'importance des témoignages

### a. Dans les médias et sur les réseaux sociaux

La question des violences gynécologiques et obstétricales a d'abord été soulevée par Martin Winckler dans son ouvrage « Le chœur des femmes » en 2009.

Au travers d'un roman de fiction, il prône une médecine bienveillante, à l'écoute des patientes et où le respect des patientes est la base même des soins prodigués. Nombre des écrits de Winckler dénoncent les violences médicales, qui sont d'après lui, en partie dues à la manière dont la médecine est inculquée aux étudiants. (51)

En février 2012, le CIANE lance une enquête sur le déroulement des accouchements et la manière dont le vivent les femmes. Cette enquête est destinée à être permanente, de manière à suivre l'évolution des pratiques que ce soit dans les maternités classiques, les pôles physiologiques, les maisons de naissance ou à domicile. Elle recueille les expériences des femmes, leurs souhaits et leurs regrets. (52)

En mars 2014, Agnès Ledig, sage-femme et écrivain, dénonce sur le blog de la chroniqueuse Isabelle Alonso une pratique appelée le « point du mari », un geste qui consiste à recoudre une épisiotomie par quelques points de suture supplémentaires, supposés accroître le plaisir de l'homme lors des rapports sexuels. De nombreuses réactions d'étudiant(e)s, médecins et patientes sont alors publiées dans la presse, sur les réseaux sociaux et les forums. (53)

Le 19 novembre 2014, le hashtag #PayeTonUtérus est lancé sur Twitter. Plus de 7000 témoignages sont publiés en moins de 24 heures. (54)

En janvier 2015, le collectif « Stop à l'Impunité des Violences Obstétricales » (SIVO) est créé sur Facebook et collecte des témoignages de femmes victimes. Il devient plus tard une association, l'Institut de Recherches et d'Actions pour la Santé des Femmes (IRASF), qui vise à lutter contre les VGO au travers d'actions de rassemblements, d'informations, de sensibilisations, de communications et de manifestations. (55)

En janvier 2017 sont créés simultanément le tumblr et la page Facebook « Paye ton gynéco » recensant des témoignages de sexisme et de violences gynécologiques et obstétricales sur le modèle du tumblr « Paye ta shneck » qui recense des récits liés au harcèlement de rue.

La même année, Mélanie Déchalotte publie « Le livre noir de la gynécologie – Maltraitements gynécologiques et obstétricales : libérer la parole des femmes », qui se veut un inventaire des différentes violences possibles, au travers de témoignages de patientes concernées. (56)

En 2019, la réalisatrice Ovidie donne la parole aux femmes et aux professionnels de santé dans un documentaire intitulé « Tu enfanteras dans la douleur ». (57) Elle révèle la réalité des violences obstétricales mais aussi l'engagement de certains professionnels, notamment les sages-femmes, en faveur d'une plus grande considération et empathie à l'égard des patientes. Pour elle, il ne s'agit pas tant de mettre en accusation les acteurs ou leurs actes, mais plutôt de réaliser un changement culturel d'attitude d'une partie du corps médical à l'égard des femmes.

En mars 2024, Amina Yamgnane, gynécologue-obstétricienne depuis 24 ans, publie son livre « Prendre soin des femmes – pour en finir avec les violences gynécologiques ». (58)

Dans une interview d'avril 2024, elle raconte ses études à Louvain, en Belgique : « J'ai été formée à être maltraitante, dès l'université. Lors de mon tout premier stage à l'hôpital, j'étais dans un groupe d'une dizaine d'étudiants et le médecin chargé de nous former nous a fait effectuer, à chacun, un toucher rectal à un patient agenouillé, de dos. Cet homme n'avait pas connaissance de notre nombre et de ce que nous allions lui faire. Voilà ma première expérience avec un patient, et elle n'est pas exceptionnelle ! Ce n'est donc pas circonscrit à la gynécologie, loin de là. C'est pourquoi je me bats pour modifier la formation initiale des médecins, dès l'université, avant la séparation des spécialités. » (59)

## b. En politique

En février 2015, la maquette d'enseignement de la formation des internes en médecine à Lyon-Sud est relayée par les médias ; on y apprend que l'examen clinique de l'utérus et des annexes par le toucher vaginal et la palpation abdominale est pratiqué sur des patientes endormies lors d'anesthésie générale. (60)

La polémique entraîne la publication d'une tribune intitulée « Le consentement, point aveugle de la formation des médecins », le 6 février 2015. (61) Elle est signée par Marie-Hélène Lahaye, juriste et autrice du blog « Marie accouche là », Clara De Bort, directrice d'hôpital et autrice du blog « En jupe », et Béatrice Kammerer, journaliste.

La pétition « Non aux touchers vaginaux non consentis » est alors lancée (62) et adressée à Marisol Touraine, alors Ministre des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des femmes.

Marisol Touraine saisit la Conférence nationale des doyens pour réaliser une enquête sur les conditions d'apprentissage de l'examen clinique aux étudiants en médecine. (63) Les résultats de ce rapport sont jugés très préoccupants par la ministre ; « Lorsque l'examen pelvien est réalisé chez une personne sous anesthésie générale, le consentement préalable de la patiente n'est recueilli que dans 67% des cas pour les étudiants du diplôme de formation générale en sciences médicales, et dans 80% pour les étudiants du diplôme de formation approfondie. » (64)

Dans un communiqué de presse daté du 27 octobre 2015, Marisol Touraine rappelle que: « Les actes concernés, totalement illégaux, exposent à des poursuites pénales » et précise que « l'État sera d'une extrême fermeté face à ces pratiques inacceptables, qui portent atteinte à l'intégrité du corps humain et aux droits fondamentaux des patients. » (65)

Il s'agit là de la première prise de parole politique sur le sujet.

Au cours d'une audition devant la délégation aux droits des femmes du Sénat le 20 juillet 2017, Marlène Schiappa, alors Secrétaire d'État chargée de l'Égalité entre les femmes et les hommes, déclare avoir commandé un rapport au Haut Conseil à l'Égalité (HCE) sur les violences obstétricales. Elle évoque un taux d'épisiotomie à 75% et des pratiques obstétricales non consenties, avec notamment des violences obstétricales, semble-t-il, particulièrement sur les femmes étrangères, sur les femmes très jeunes, et sur les femmes handicapées. (66)

Le 29 juin 2018, le HCE rend public son rapport et formule 26 recommandations dont la nécessité de reconnaître l'existence et l'ampleur des VGO, le devoir de rendre explicite cet interdit ou encore l'amélioration de la prévention des professionnels et la facilitation des procédures de signalement. (67)

Lors de sa prise de parole durant la conférence, Marlène Schiappa a annoncé la décision d'Agnès Buzyn, Ministre de la Santé, de créer un groupe de travail visant à lutter contre ces violences.

En septembre 2019, le CNGOF lance le label Maternys avec pour but de distinguer les maternités qui mettent la bientraitance au centre de leurs préoccupations au travers de 12 recommandations clés comprenant par exemple la transparence des maternités sur leurs taux d'épisiotomie et d'accouchement par césarienne ou encore la formation du personnel à la bientraitance. (68)

Ce label est cependant encore beaucoup critiqué par les différentes associations de patientes qui lui reprochent de ne couvrir qu'une partie du problème, tout en se dédouanant à d'autres niveaux. Le label, par exemple, prévoit que « toute

intervention en urgence donne lieu à une explication avant la sortie de maternité », mais une information donnée a posteriori ne peut remplacer le consentement éclairé des patientes. On peut aussi noter le fait que d'avoir un simple « projet de formation de tous les personnels à la bientraitance » est suffisant pour répondre aux recommandations du label.

Ce n'est qu'en septembre 2020 qu'une proposition de résolution invitant le gouvernement à faire de la lutte contre les VGO une priorité et à mettre en œuvre les recommandations du HCE est enregistrée à l'Assemblée Nationale. (69)

Plusieurs personnalités politiques abordent la question des VGO au fil des années, mais aucune proposition de loi ne semble aboutir. On retrouve dans les archives du Sénat une question de Mme Laurence Cohen concernant l'expression abdominale. Elle demande « quelles mesures concrètes M. le ministre des solidarités et de la santé compte prendre en termes de formations auprès du personnel médical et de contrôles afin de s'assurer que cette pratique inhumaine et dangereuse ne soit plus utilisée lors des accouchements. ». La question est réattribuée à Mme la ministre de la santé et de la prévention, avant d'être finalement décrétée caduque. (70)

Fin 2021, le CNGOF publie une charte de la consultation en gynécologie ou en obstétrique qui appelle à la bienveillance et au respect des professionnels de santé envers les patientes et rappelle, entre autres, l'importance du consentement. (71)

En juillet 2022, la Première ministre Élisabeth Borne saisit le Comité Consultatif National d'Éthique au sujet de la notion de consentement dans le cadre des examens gynécologiques ou touchant à l'intimité. (72)

L'Avis 142 du CCNE est rendu en février 2023. (73) Cet avis expose les bénéfices d'une écoute réciproque entre soignants et patients. Il précise que la spécificité et la sensibilité particulière des examens qui touchent à l'intimité physique et psychique des personnes renforcent la nécessité de bâtir un cadre respectueux et sécurisant pour toutes et tous.

Les principales recommandations de l'Avis 142 sont les suivantes :

- Mettre en place un espace d'information durant la consultation sur l'intérêt, le déroulement et les risques éventuels des examens touchant à l'intimité ;
- Recueillir le consentement explicite et différencié du patient et respecter un éventuel refus ;
- Renforcer la vigilance quant à la difficulté à subir des examens touchant à l'intimité pour les femmes victimes de violences sexuelles ;
- Améliorer et renforcer les dispositifs permettant aux victimes ou témoins de violences par un professionnel de santé de s'exprimer sur le sujet de manière confidentielle ;
- Prévoir des aménagements spécifiques pour l'accueil en consultation gynécologique des personnes en situation de vulnérabilité ;
- Encourager l'intervention des patientes dans la formation des professionnels de santé pour aborder les enjeux multiples des examens touchant à l'intimité ;

- Systématiser et renforcer la sensibilisation aux humanités, à l'éthique et aux droits des patients dans la formation initiale des soignants ;
- Développer des enseignements spécifiques sur la réalisation des examens touchant à l'intimité dans la formation des soignants ;
- Encourager et privilégier la co-construction de recommandations et de chartes de bonnes pratiques par les organisations professionnelles et les associations de patients. (74)

Une proposition de loi visant à renforcer un suivi gynécologique et obstétrical bientraitant a été déposée au Sénat le 12 janvier 2023 mais n'a pas encore été promulguée, dix-huit mois plus tard. (75) (Annexe 2)

À ce jour, et ce malgré le rapport de 2018 du HCE, aucune loi concernant spécifiquement les VGO n'a été adoptée.

## II. Définitions

### 1. Violences gynécologiques et obstétricales

Depuis les années 2010, le concept de violences gynécologiques et obstétricales suscite une attention croissante en Europe, tant sur le plan public que politique.

En France, cette mobilisation sociale s'intensifie à partir de 2014, notamment grâce à la médiatisation des dénonciations du « point du mari » (76), mais aussi grâce à la diffusion de témoignages sur des blogs et via les réseaux sociaux, avec des hashtags tels que « #payetongyneco » et « #payetonuterus ».

Le rapport du HCE publié en 2018 donne largement la parole aux femmes et met en lumière le lien entre sexisme et violences dans le suivi gynécologique et obstétrical.

La définition des VGO retenue par le HCE est la suivante : « Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical sont des gestes, propos, pratiques et comportements exercés ou omis par un(e) ou plusieurs membres du personnel soignant sur une patiente au cours du suivi gynécologique et obstétrical et qui s'inscrivent dans l'histoire de la médecine gynécologique et obstétricale, traversée par la volonté de contrôler le corps des femmes (sexualité et capacité à enfanter). Ils sont le fait de soignant(e)s - de toutes spécialités - femmes et hommes, qui n'ont pas forcément l'intention d'être maltraitant(e)s. » (77)

Le HCE dresse une typologie de 6 types d'actes sexistes relatifs au suivi gynécologique et obstétrical :

- Non prise en compte de la gêne de la patiente, liée au caractère intime de la consultation ;
- Propos porteurs de jugements sur la sexualité, la tenue, le poids qui renvoient à des injonctions sexistes ;
- Injures sexistes ;
- Actes (intervention médicale, prescription, etc.) exercés sans recueillir le consentement ou sans respecter le choix ou la parole de la patiente ;
- Actes ou refus d'acte non justifiés médicalement ;
- Violences sexuelles : harcèlement sexuel, agression sexuelle et viol.

Ces différentes formes de violences sont toutes susceptibles de faire l'objet de peines ou de sanctions disciplinaires. ([Annexe 1](#))

Ce sont ces différents points qui ont été repris pour la création du questionnaire présenté en deuxième partie.

## 2. Suivi bientraitant

### a. Intimité, dignité

Selon l'OMS, l'intimité concerne le respect de l'espace personnel et des informations privées d'un individu. Dans un contexte médical, cela comprend :

- La confidentialité des informations : assurer que les informations médicales et personnelles des patients sont protégées et partagées uniquement avec le consentement de la personne concernée ;
- Le respect de l'espace personnel : veiller à ce que les examens physiques, les traitements et les conversations privées soient effectués de manière discrète et respectueuse, minimisant l'embarras ou l'inconfort ;
- Le consentement éclairé : s'assurer que les patients sont pleinement informés et ont consenti à toutes les procédures et traitements.

La dignité, quant à elle, fait référence au traitement des individus avec respect et estime, en reconnaissant leur valeur intrinsèque. Cela inclut :

- Le respect des droits humains : traiter chaque individu avec respect, sans discrimination ni préjugé, en reconnaissant et en respectant ses droits fondamentaux ;
- L'autonomie : soutenir et respecter la capacité des individus à prendre des décisions concernant leur propre vie et santé.
- Des soins centrés sur la personne : fournir des soins de manière empathique et humaine, prenant en compte les besoins, préférences et valeurs des patients ;
- L'égalité et la non-discrimination : assurer que chaque individu reçoit des soins équitables, indépendamment de son âge, genre, origine ethnique, statut socio-économique, etc.

Le droit à la dignité est aujourd'hui un droit fondamental. Il est inscrit à l'article L.1110-2 du Code de la santé publique. (78) En outre, le Conseil constitutionnel, qui est la plus haute juridiction française, lui a reconnu une valeur constitutionnelle (79). Ce droit fondamental revêt plusieurs aspects :

- Le droit à la dignité inclut le respect de la personne et de son intimité. Ce droit est inscrit dans la Charte de la personne hospitalisée du 2 mars 2006 qui précise que : « Le respect de l'intimité de la personne doit être préservé lors des soins, des toilettes, des consultations et des visites médicales, des traitements pré et post-opératoires, des radiographies, des brancardages et plus généralement à tout moment de son séjour hospitalier. La personne hospitalisée est traitée avec égards. » (80)
- Le respect du droit à la dignité ne cesse pas avec le décès de la personne. En effet, l'article R. 4127-2 du Code de la santé publique dispose que : « Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort. » (81)

Ces principes sont essentiels pour promouvoir un environnement de soins de santé qui respecte et protège l'intégrité et le bien-être des patients, tout en fournissant des soins de qualité.

## b. Empathie

L'empathie fait partie des compétences psychosociales définies pour la première fois par l'OMS en 1993. Il s'agit de compétences permettant à une personne de faire face aux exigences et aux défis de la vie quotidienne. Ces compétences peuvent être de nature sociale, émotionnelle ou cognitive.

Selon l'OMS, l'empathie est le fait d'être capable « d'imaginer ce que la vie peut être pour une autre personne même dans une situation qui ne nous est pas familière. Cela peut nous aider à accepter les autres qui sont différents de nous et améliorer nos relations sociales, par exemple dans le cas de diversité ethnique. Savoir partager différents points de vue nous aide à encourager un comportement humanitaire envers les gens qui ont besoin d'assistance ou de tolérance. » (82)

L'empathie est donc plus simplement la capacité à écouter et à comprendre les besoins et le point de vue d'autrui et à exprimer cette compréhension.

## c. Consentement

Le consentement est largement réglementé dans la loi française. On peut citer ici la loi Kouchner de 2002 qui indique que « 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. » (83)

Le consentement doit être libre et éclairé. Il ne doit pas être obtenu sous la contrainte, le patient doit donner son consentement après avoir reçu une information claire, complète, compréhensible et appropriée à sa situation de la part du médecin.

L'article 36 du code de déontologie médicale précise que « lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences. Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que la personne de confiance, à défaut, la famille ou un de ses proches ait été prévenu et informé, sauf urgence ou impossibilité. » (84)

Le fait d'intervenir sur un patient contre son consentement est pour un médecin une faute qui engage sa responsabilité civile et l'expose à une sanction disciplinaire. (85)

### III. Chiffres clés

#### 1. Le déclenchement

##### a. Rapport du CIANE de 2012

L'enquête du CIANE de 2012, réalisée sur 3 979 répondantes de France métropolitaine et d'Outre-Mer de février à mars 2012, a été à l'origine de nombreux dossiers et communiqués de presse. Le premier rapport rendu concernait le déclenchement et l'accélération du travail, et notamment le manque de transparence à ce sujet.

On y apprend que « un tiers des femmes dont l'accouchement a été déclenché disent ne pas avoir reçu d'information sur le déclenchement, les raisons justifiant d'y recourir, les conditions recommandées pour le pratiquer ; 36% d'entre elles disent ne pas avoir été sollicitées pour donner leur consentement. »

L'administration d'ocytocine est également pointée du doigt par les patientes, « elle se fait à l'insu des femmes dans près d'un tiers des accouchements non déclenchés. Cependant, même celles qui ont été informées de l'administration d'ocytocine n'ont pas, et de loin, toujours pu exprimer leur accord : 55% d'entre elles disent que l'on n'a pas demandé leur consentement. »

Le rapport fait aussi état de davantage d'interventions à la suite des accouchements déclenchés, avec un « taux de césarienne multiplié par 2,4 ; 30% d'épisiotomie en plus, 50% de forceps/ventouses/spatules en plus. »

Enfin, le rapport nous apprend que les femmes ayant subi ce type d'interventions sont plus nombreuses à avoir un ressenti négatif de leur accouchement que les femmes n'en ayant pas subi. (86)

## b. Rapport du CIANE de 2015

Un second rapport du CIANE concernant le déclenchement a été publié en 2015. L'enquête concerne 18 648 répondantes ayant accouché en milieu hospitalier en France métropolitaine et en Outre-Mer sur une période allant de janvier 2008 à décembre 2014.

« Le point le plus remarquable de cette étude est qu'elle permet de mettre en relation le vécu de l'accouchement déclenché avec le respect (ou non) des obligations d'information et de consentement. En effet, les femmes qui ont reçu une information sur le déclenchement ont vécu leur accouchement déclenché de manière très similaire aux femmes dont l'accouchement a été spontané : 22% l'ont mal ou très mal vécu contre 19% pour les accouchements spontanés. A l'opposé, celles qui n'ont pas été informées sont 44% à l'avoir mal ou très mal vécu. Les résultats sont similaires sur la question du consentement. »

Le dossier rapporte également que « seules 58% des femmes dont l'accouchement a été déclenché entre 2008 et 2014 disent avoir reçu une information préalable et s'être vu demander leur consentement. 15% n'ont pu bénéficier ni d'information, ni d'une demande de consentement, 14% ont seulement reçu l'information et 13% ont seulement pu donner leur consentement ». (87)

Ces chiffres sont alarmants. Il est important de rappeler ici que depuis la loi Kouchner de 2002, « aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne ». (88)  
Dans 42% des cas de déclenchements entre 2008 et 2014, le fondement même des lois relatives aux droits des malades et à la qualité du système de santé n'a pas été respecté.

## c. Enquête Nationale Périnatale 2021

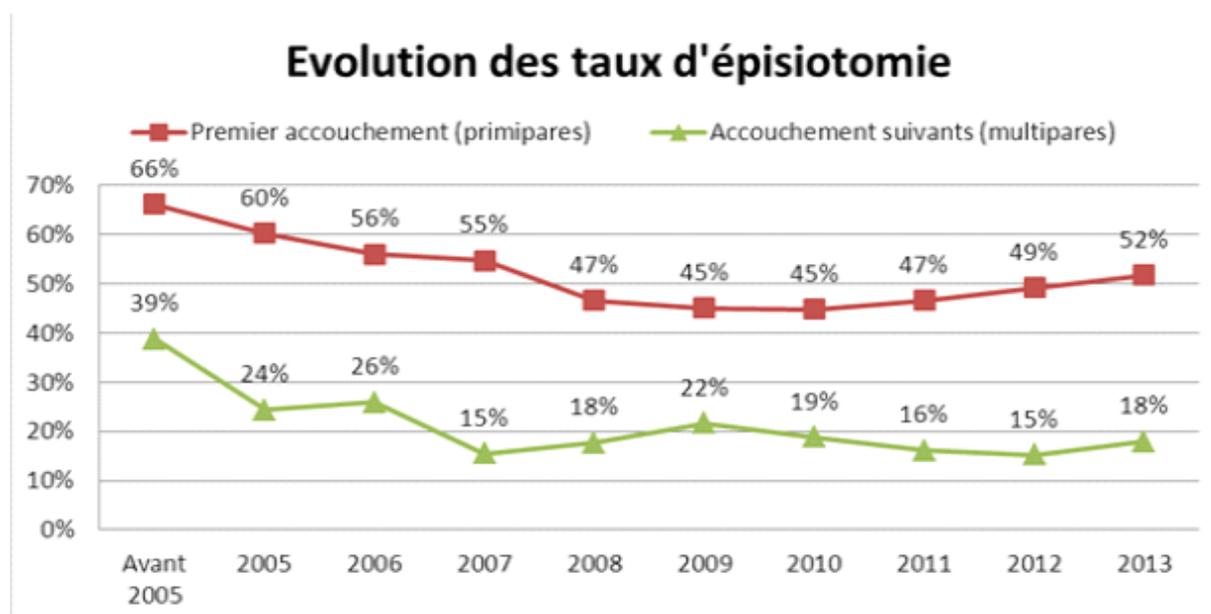
Selon l'ENP réalisée en 2021 sur 12 723 femmes en France métropolitaine, la fréquence de déclenchement du travail est en augmentation (25,8% contre 22,0% en 2016).

Cependant, la diminution du recours aux interventions médicales visant à accélérer le travail se poursuit chez la femme en travail spontané. On retrouve moins de rupture artificielle des membranes (33,2% contre 41,4% en 2016) et moins d'administration d'ocytocine (30,0% contre 44,4% en 2016), en accord avec les recommandations nationales. (89)

## 2. L'épisiotomie

### a. Rapport du CIANE de 2013

En 2005, le CNGOF publie des recommandations dans lesquelles il prend acte qu'il n'y a pas d'indications prouvées à l'épisiotomie systématique et propose de viser un taux global de 30% d'épisiotomies au lieu des 47% constatés à l'époque.



Source : Enquête Accouchement CIANE 2013

Le rapport du CIANE de 2013 est basé sur l'analyse de 8 284 réponses à l'enquête en ligne du CIANE concernant des accouchements intervenus en France entre 2005 et 2012. Ce rapport atteste d'un effort fait par la communauté médicale pour modifier ses pratiques : « le taux d'épisiotomie s'établit à 30% sur la période 2010-2013 (47% pour un premier accouchement, 16% pour les suivants). En outre, les femmes s'estiment mieux informées sur cet acte même si dans 85% des cas, le consentement n'est toujours pas demandé. »

Il est également important de noter que, selon cette même étude, « l'extraction instrumentale qui concerne 30% des primipares est associée à des taux élevés d'épisiotomie (70% des primipares avec extraction instrumentale quoiqu'en baisse depuis 2005 ». (90)

Les différents constats de ce rapport amènent le CIANE à formuler différentes réclamations et préconisations concernant :

- Le consentement : le CIANE demande des mesures pour que la demande de consentement soit effective et respectée pour toutes les femmes ;
- La transparence des informations : seuls les établissements dont les taux sont en dessous de la moyenne semblent publier leur taux. Une publication systématique des taux d'épisiotomie encouragerait les établissements à améliorer leurs pratiques ;

- Une redéfinition du taux maximal admissible : les 30% préconisés par le CNGOF ont déjà été atteints, mais certains établissements français ont des taux de l'ordre de 10% ;
- L'amélioration des pratiques associées à l'extraction instrumentale afin de diminuer le recours à l'épisiotomie

Le fait de donner à chaque professionnel son taux d'épisiotomie, qu'il pourrait comparer de façon anonyme à celui de ses collègues, suffirait à réduire le taux global, comme le montre une étude danoise qui a retrouvé une diminution de 6,6% de ce taux parmi les sages-femmes, après mise en place de ce retour individuel. (91) D'autre part, la diffusion aux équipes du taux d'épisiotomies de leur maternité, comparé aux taux régionaux et nationaux pourrait, elle aussi, avoir un réel impact sur le taux global d'épisiotomies.

### b. Enquête Nationale Périnatale 2021

Les résultats de l'ENP 2021 nous apprennent que le « taux d'épisiotomie, déjà en phase décroissante depuis plusieurs décennies, a fortement diminué, passant de 20,1% en 2016 à 8,3% en 2021, en accord avec les recommandations nationales. Cette diminution concerne aussi bien les primipares que les multipares, et les voies basses spontanées qu'instrumentales. Parallèlement, on observe une augmentation des déchirures périnéales, en particulier les déchirures non sévères. » On retrouve un taux d'épisiotomie à 16,5% en 2021 pour les primipares contre 4,6% pour les multipares.

En revanche, « les femmes déclarent que les professionnels de santé n'ont pas toujours demandé leur accord avant la réalisation d'acte (toucher vaginal au cours de la grossesse) ou d'intervention médicale (mise en place d'ocytocine, réalisation d'une épisiotomie ou d'une césarienne en urgence au cours de l'accouchement) ». (92)

## 3. L'expression abdominale

### a. Rapport du CIANE de 2017

L'enquête du CIANE sur le vécu de l'accouchement rassemble près de 20 000 réponses pour des accouchements ayant eu lieu entre 2010 et 2017 et 25 500 réponses au total.

Une femme sur cinq affirme qu'on lui a appuyé sur le ventre pour aider l'expulsion du bébé. Comme pour la plupart des interventions supposées faciliter la sortie du bébé, les primipares sont beaucoup plus concernées que les multipares (33% / 14% en 2013). Un quart des femmes au moins sont exposées une fois dans leur vie à une expression abdominale (23,5%).

« Vous a-t-on appuyé sur le ventre pour aider l'expulsion du bébé (expression abdominale) ? »

|                    | Oui<br>(primipares) | (calcul de<br>l'Intervalle de<br>confiance) | Oui<br>(multipares) | (calcul de<br>l'Intervalle de<br>confiance) |
|--------------------|---------------------|---|---------------------|---|
| <b>2005 à 2007</b> | 38,6%               | 36,10% - 41,10%                             | 12,1%               | 9,30% - 14,90%                              |
| <b>2008 à 2009</b> | 29,7%               | 27,70% - 31,70%                             | 11,6%               | 9,10% - 14,10%                              |
| <b>2010 à 2011</b> | 26,7%               | 25,30% - 28,10%                             | 10,3%               | 9% - 11,60%                                 |
| <b>2012 à 2013</b> | 30,0%               | 28,80% - 31,20%                             | 12,0%               | 10,70% - 13,30%                             |
| <b>2014 à 2016</b> | 24,3%               | 22,30% - 26,30%                             | 12,6%               | 10,50% - 14,70%                             |

Source : Enquête Accouchement CIANE 2017

Parmi les femmes qui ont subi ce geste, environ quatre sur cinq (82%) indiquent que leur consentement n'a pas été recherché. 18% se sont vu demander leur consentement, parmi lesquelles 17% ont accepté. (93)

Il est important de noter que le taux d'expression abdominale est corrélé au statut des établissements. Plus de 10% séparent les établissements privés (38%) des établissements publics (25%) pour des maternités de niveau 1 donc accueillant des futures mamans dont l'accouchement ne présente, a priori, aucun risque.

### b. Durant la pandémie de COVID-19

Le collectif « tous et toutes contre les violences obstétricales et gynécologiques » a réalisé un sondage sur la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement en période de crise sanitaire liée à la COVID-19.

Entre le 15 février et le 31 mai 2020, 3% des 2 700 femmes qui ont répondu à ce sondage ont dénoncé avoir subi une expression abdominale. (94)

Ce taux, bien que largement diminué en comparaison aux taux obtenus au cours de l'étude CIANE reste positif malgré une exclusion ferme du recours à l'expression abdominale par la HAS en 2007, soit treize ans auparavant.

L'exemple de l'expression abdominale montre les limites des recommandations en gynécologie et en obstétrique et montre l'importance d'avoir des textes de lois concernant les VGO.

## Partie 3 : Enquête dans les Hauts-de-France

### I. Objectifs

Les études au sujet des VGO étant peu nombreuses, il a été décidé ici de réaliser une étude concernant l'incidence des VGO dans les Hauts-de-France au travers d'un questionnaire anonyme diffusé en ligne. Ce questionnaire était destiné à toutes les personnes ayant déjà eu un rendez-vous de consultation en gynécologie.

Avant la diffusion du questionnaire, des objectifs d'analyse ont été définis et certains paramètres ont été retenus. Les différents objectifs sont :

- Évaluer la proportion de personnes ayant subi des VGO
- Évaluer la proportion de personnes ayant subi des violences sexuelles au cours de leur suivi gynécologique
- Évaluer la proportion de personnes à qui l'on a demandé le consentement
- Évaluer la proportion de personnes ayant arrêté d'être suivies parce qu'elles n'ont plus confiance en les soignants
- Déterminer s'il existe un lien entre les VGO et un arrêt de suivi avec le praticien concerné
- Déterminer quel type de VGO est le plus responsable d'un arrêt de suivi avec le praticien concerné
- Déterminer s'il existe un lien entre les VGO et un arrêt complet de suivi gynécologique
- Déterminer s'il existe un lien entre le fait de parler des VGO subies à l'entourage et la continuité du suivi gynécologique
- Déterminer si le fait d'être un professionnel de santé change la perception du suivi
- Déterminer quelles personnes sont les plus concernées par les VGO : y a-t-il une tranche d'âge ou une catégorie socioprofessionnelle plus concernée que les autres par les VGO ?
- Déterminer si les personnes ayant subi des VGO ont les mêmes chances d'accès aux soins en fonction de leur environnement

### II. Matériel et méthode

#### 1. Questionnaire

Le questionnaire ([Annexe 3](#)) a été divisé en 3 parties :

- Informations générales au sujet des patientes ;
- Questions concernant le suivi gynécologique et d'éventuelles VGO subies ;
- Discussion et ressenti des patientes concernant les VGO.

Comme mentionné précédemment, pour la partie concernant le suivi gynécologique, ce sont les définitions des VGO par le HCE qui ont été reprises lors de la création du questionnaire.

Les items correspondant à des VGO dans le questionnaire sont donc :

- Le praticien a refusé de pratiquer un acte médicalement justifié ;
- Je me suis sentie jugé(e) ou insulté(e) par le praticien ;
- J'ai ressenti des douleurs que je considère anormales ;
- J'ai subi des violences sexuelles pendant la consultation.

Les personnes ayant répondu parfois, souvent ou toujours à au moins l'un de ces items sont donc considérées comme ayant subi des VGO.

Pour l'analyse statistique, les réponses « parfois », « souvent » et « toujours » à ces items sont parfois regroupées comme « au moins une fois ». Il n'y a, par exemple, pas de distinction entre des personnes s'étant parfois, souvent ou toujours senti jugées. La fréquence importe peu ici : dès l'instant où la patiente s'est sentie jugée au moins une fois, elle est considérée comme victime de VGO.

Avant sa diffusion, le questionnaire a été soumis au bureau du Délégué à la Protection des Données (DPO) de Lille. ([Annexe 4](#))

Toutes les données issues de ce questionnaire sont anonymes.

Le questionnaire a été créé via LimeSurvey, mis à disposition par l'Université de Lille, et les analyses descriptives ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS (version 29.0.2.0).

Le questionnaire a été diffusé en ligne sur une période de 3 semaines en juillet 2024 et a permis de rassembler un total de 200 réponses.

## 2. Critères d'inclusion et de non inclusion

Certaines réponses ont été exclues de l'enquête :

- Les réponses incomplètes, ne pouvant être exploitées ;
- Les quelques réponses de personnes résidant hors des Hauts-de-France (HdF), par souci d'homogénéité ;
- Les réponses des personnes n'ayant jamais eu de suivi en gynécologie.

On étudie finalement un échantillon de 163 femmes.

### III. Résultats

#### 1. Échantillon étudié

|                           |  | Échantillon étudié<br>(n=163)  |
|---------------------------|--|--|
| Sexe                      | Féminin  | 163 (100%)   |
| Environnement             | Urbain<br>Péri-urbain<br>Rural   | 92 (56,4%)<br>34 (20,9%)<br>37 (22,7%)   |
| Âge                       | Moins de 18 ans<br>18-24 ans<br>25-34 ans<br>35-49 ans<br>50-65 ans<br>Plus de 65 ans  | 0 (0,0%)<br>13 (8,0%)<br>72 (44,2%)<br>45 (27,6%)<br>29 (17,8%)<br>4 (2,5%)  |
| Groupe socioprofessionnel | Agriculteurs exploitants<br>Artisans, commerçants et chefs d'entreprise<br>Cadres et professions intellectuelles supérieures<br>Professions intermédiaires<br>Employés<br>Ouvriers<br>Retraités<br>Étudiants<br>Sans activité professionnelle<br>Autre situation | 0 (0,0%)<br>4 (2,5%)<br>43 (26,4%)<br>10 (6,1%)<br>77 (47,2%)<br>5 (3,1%)<br>4 (2,5%)<br>15 (9,2%)<br>3 (1,8%)<br>2 (1,2%) |
| Profession                | Professionnel de santé<br>Autres professions   | 57 (35%)<br>106 (65%)  |

L'intégralité des répondantes sont des femmes.

Elles résident majoritairement en milieu urbain (56,4%), sont âgées de 25 à 34 ans (44,2%) et occupent un poste d'employée (47,2%).

Un peu plus d'un tiers des répondantes (35%) sont des professionnels de santé.

## 2. VGO dans les HdF

| Au cours de mon suivi gynécologique :                            | Échantillon étudié<br>(n=163) |
|--|-------------------------------|
| Le praticien a refusé de pratiquer un acte médicalement justifié |                               |
| Jamais   | 153 (93,9%)                   |
| Parfois  | 6 (3,7%)                      |
| Souvent  | 2 (1,2%)                      |
| Toujours   | 2 (1,2%)                      |
| Je me suis sentie jugée ou insultée par le praticien             |                               |
| Jamais   | 118 (72,4%)                   |
| Parfois  | 28 (17,2%)                    |
| Souvent  | 13 (8,0%)                     |
| Toujours   | 4 (2,5%)                      |
| J'ai ressenti des douleurs que je considère anormales            |                               |
| Jamais   | 134 (82,2%)                   |
| Parfois  | 21 (12,9%)                    |
| Souvent  | 8 (4,9%)                      |
| Toujours   | 0 (0,0%)                      |
| J'ai subi des violences sexuelles pendant la consultation        |                               |
| Jamais   | 153 (93,9%)                   |
| Parfois  | 10 (6,1%)                     |
| Souvent  | 0 (0,0%)                      |
| Toujours   | 0 (0,0%)                      |

Dans cette étude, sur 163 femmes, on recense :

- 10 femmes (6,1%) pour lesquelles le praticien a refusé de pratiquer un acte médicalement justifié ;
- 45 femmes (27,6%) s'étant senti jugées ou insultées par le praticien ;
- 29 femmes (17,8%) ayant ressenti des douleurs qu'elles considèrent comme anormales ;
- 10 femmes (6,1%) déclarant avoir subi des violences sexuelles durant une consultation.

### 3. Demande de consentement lors du suivi gynécologique

| Au cours de mon suivi gynécologique :     | Échantillon étudié<br>(n=163) |
|---|-------------------------------|
| Le praticien m'a demandé mon consentement |                               |
| Jamais                                    | 23 (14,1%)                    |
| Parfois                                   | 28 (17,2%)                    |
| Souvent                                   | 35 (21,5%)                    |
| Toujours                                  | 77 (47,2%)                    |

Nous avons précédemment abordé l'importance de la verbalisation du consentement et de l'explication des actes médicaux pratiqués.

Selon les résultats de l'étude :

- 47,2% des patientes se sont toujours vu demander leur consentement ;
- 21,5% des patientes se sont souvent vu demander leur consentement ;
- 17,2% des patientes se sont parfois vu demander leur consentement ;
- 14,1% des patientes ne se sont jamais vu demander leur consentement.

Cela signifie donc que dans 52,8% (n=114) des cas, le praticien n'a pas toujours expressément demandé le consentement de la patiente.

### 4. Arrêt de suivi par manque de confiance en les soignants

On recense 20 femmes ayant arrêté d'avoir un suivi gynécologique régulier à la suite de VGO. Il s'agissait ici d'une question à réponses multiples possibles.

|   | Personnes n'ayant plus de suivi gynécologique annuel (n=20) |
|---|---|
| Pourquoi avez-vous stoppé votre suivi gynécologique ? |   |
| Je n'ai pas le temps                                  | 4 (20%)   |
| Je n'ai pas envie                                     | 7 (35%)   |
| Je ne fais plus confiance aux soignants               | 8 (40%)   |
| Je ne vois pas l'intérêt                              | 3 (15%)   |
| La prise de rendez-vous est difficilement accessible  | 5 (25%)   |
| Autre   | 3 (15%)   |

40% (n=8) des personnes n'ayant plus de suivi gynécologique annuel à la suite des VGO dénoncent un manque de confiance envers les soignants.

## 5. Rôle de l'entourage

|  | Personnes ayant subi des VGO                                      |   |
|--|---|---|
|  | Personnes ayant parlé de cette expérience à leur entourage (n=34) | Personnes n'ayant pas parlé de cette expérience à leur entourage (n=27) |
| Avez-vous continué d'avoir un suivi gynécologique régulier ? |   |   |
| Oui  | 21 (61,8%)  | 20 (74,0%)  |
| Non  | 13 (38,2%)  | 7 (26,0%)   |
| À qui en avez-vous parlé ?                                   |   |   |
| Médecin traitant   | 10 (29,4%)  |   |
| Pharmacien   | 1 (2,9%)  |   |
| Sage-femme   | 5 (14,7%)   |   |
| Gynécologue  | 5 (14,7%)   |   |
| Endocrinologue   | 0 (0,0%)  |   |
| Autre professionnel de santé                                 | 2 (5,9%)  |   |
| Amis   | 27 (79,4%)  |   |
| Famille  | 26 (76,5%)  |   |

Parmi les femmes ayant subi des VGO au moins une fois au cours de leur suivi :

- 61,8% (n=21) ont continué d'avoir un suivi gynécologique annuel après en avoir parlé à leur entourage ;
- 74% (n=20) ont continué d'avoir un suivi gynécologique annuel sans en avoir parlé à leur entourage.

La question « À qui en avez-vous parlé ? » est une question à réponses multiples.

La majorité des patientes s'étant confiées sur les VGO qu'elles ont subies se sont tournées vers leurs amis (79,4%) et leurs familles (76,5%).

Le personnel de santé à qui les patientes se sont le plus confiées est le médecin traitant (29,4%).

## 6. VGO et arrêt de suivi avec le praticien concerné

| Au cours de mon suivi gynécologique :                            | Personnes ayant subi des VGO                 |  |
|--|--|--|
|  | N'étant plus suivies par le praticien (n=36) | Étant toujours suivies par le praticien (n=25) |
| Le praticien a refusé de pratiquer un acte médicalement justifié |  |  |
| Jamais   | 31 (86,1%)                                   | 20 (80,0%)                                     |
| Parfois  | 3 (8,3%)                                     | 3 (12,0%)                                      |
| Souvent  | 2 (5,6%)                                     | 0 (0,0%)                                       |
| Toujours   | 0 (0,0%)                                     | 2 (8,0%)                                       |
| Je me suis sentie jugée ou insultée par le praticien             |  |  |
| Jamais   | 7 (19,4%)                                    | 9 (36,0%)                                      |
| Parfois  | 18 (50,0%)                                   | 10 (40,0%)                                     |
| Souvent  | 9 (25,0%)                                    | 4 (16,0%)                                      |
| Toujours   | 2 (5,6%)                                     | 2 (8,0%)                                       |
| J'ai ressenti des douleurs que je considère anormales            |  |  |
| Jamais   | 18 (50,0%)                                   | 14 (56,0%)                                     |
| Parfois  | 11 (30,6%)                                   | 10 (40,0%)                                     |
| Souvent  | 7 (19,4%)                                    | 1 (4,0%)                                       |
| Toujours   | 0 (0,0%)                                     | 0 (0,0%)                                       |
| J'ai subi des violences sexuelles pendant la consultation        |  |  |
| Jamais   | 27 (75,0%)                                   | 24 (96,0%)                                     |
| Parfois  | 9 (25,0%)                                    | 1 (4,0%)                                       |
| Souvent  | 0 (0,0%)                                     | 0 (0,0%)                                       |
| Toujours   | 0 (0,0%)                                     | 0 (0,0%)                                       |

On observe :

- 50% (n=5) de répondantes qui ont changé de praticien suite au refus de la pratique d'un acte médicalement justifié contre 60,8% (n=31) de répondantes ayant changé de praticien sans avoir subi ce type de violences ;
- 64,4% (n=29) de répondantes qui ont changé de praticien suite à une insulte ou un jugement par le praticien contre 43,7% (n=7) de répondantes qui ont changé de praticien sans avoir subi ce type de violences ;
- 62,1% (n=18) de répondantes qui ont changé de praticien suite à des douleurs anormales ressenties lors d'une consultation contre 56,2% (n=18) de répondantes qui ont changé de praticien sans avoir subi ce type de violences ;
- 90% (n=9) de répondantes qui ont changé de praticien suite à des violences sexuelles subies au cours d'une consultation contre 53% (n=17) de répondantes qui ont changé de praticien sans avoir subi ce type de violences.

## 7. VGO et arrêt de suivi gynécologique régulier

| Au cours de mon suivi gynécologique :                            | Personnes ayant subi des VGO                      |   |
|--|---|---|
|  | N'ayant plus de suivi gynécologique annuel (n=20) | Ayant toujours un suivi gynécologique annuel (n=41) |
| Le praticien a refusé de pratiquer un acte médicalement justifié |   |   |
| Jamais   | 17 (85,0%)  | 34 (82,9%)  |
| Parfois  | 2 (10,0%)   | 4 (9,8%)  |
| Souvent  | 1 (5,0%)  | 1 (2,4%)  |
| Toujours   | 0 (0,0%)  | 2 (4,9%)  |
| Je me suis sentie jugée ou insultée par le praticien             |   |   |
| Jamais   | 5 (25,0%)   | 11 (26,8%)  |
| Parfois  | 7 (35,0%)   | 21 (51,2%)  |
| Souvent  | 6 (30,0%)   | 7 (17,1%)   |
| Toujours   | 2 (10,0%)   | 2 (4,9%)  |
| J'ai ressenti des douleurs que je considère anormales            |   |   |
| Jamais   | 10 (50,0%)  | 22 (53,7%)  |
| Parfois  | 8 (40,0%)   | 13 (31,7%)  |
| Souvent  | 2 (10,0%)   | 6 (14,6%)   |
| Toujours   | 0 (0,0%)  | 0 (0,0%)  |
| J'ai subi des violences sexuelles pendant la consultation        |   |   |
| Jamais   | 15 (75,0%)  | 36 (87,8%)  |
| Parfois  | 5 (25,0%)   | 5 (8,2%)  |
| Souvent  | 0 (0,0%)  | 0 (0,0%)  |
| Toujours   | 0 (0,0%)  | 0 (0,0%)  |

On observe :

- 30% (n=3) de répondantes qui ont arrêté d'avoir un suivi gynécologique régulier suite au refus de la pratique d'un acte médicalement justifié contre 33,3% (n=17) de répondantes ayant changé de praticien sans avoir subi ce type de violences ;
- 33,3% (n=15) de répondante qui ont arrêté d'avoir un suivi gynécologique régulier suite à une insulte ou un jugement par le praticien contre 31,2% (n=5) de répondantes qui ont changé de praticien sans avoir subi ce type de violences ;
- 34,5% (n=10) de répondantes qui ont arrêté d'avoir un suivi gynécologique régulier suite à des douleurs anormales ressenties lors d'une consultation contre 31,2% (n=10) de répondantes qui ont changé de praticien sans avoir subi ce type de violences ;
- 50% (n=5) de répondantes qui ont arrêté d'avoir un suivi gynécologique régulier suite à des violences sexuelles subies au cours d'une consultation contre 29,4% (n=15) de répondantes qui ont changé de praticien sans avoir subi ce type de violences.

## 8. Perception du suivi gynécologique chez les professionnelles de santé

| Au cours de mon suivi gynécologique :                            | Échantillon étudié               |                            |
|--|----------------------------------|----------------------------|
|  | Professionnelles de santé (n=57) | Autres professions (n=106) |
| Le praticien a refusé de pratiquer un acte médicalement justifié |                                  |                            |
| Jamais   | 56 (98,2%)                       | 97 (91,5%)                 |
| Parfois  | 1 (1,8%)                         | 5 (4,7%)                   |
| Souvent  | 0 (0,0%)                         | 2 (1,9%)                   |
| Toujours   | 0 (0,0%)                         | 2 (1,9%)                   |
| Je me suis sentie jugée ou insultée par le praticien             |                                  |                            |
| Jamais   | 42 (73,7%)                       | 76 (71,7%)                 |
| Parfois  | 12 (21,0%)                       | 16 (15,1%)                 |
| Souvent  | 2 (3,5%)                         | 11 (10,4%)                 |
| Toujours   | 1 (1,8%)                         | 3 (2,8%)                   |
| J'ai ressenti des douleurs que je considère anormales            |                                  |                            |
| Jamais   | 45 (78,9%)                       | 89 (84,0%)                 |
| Parfois  | 9 (15,8%)                        | 12 (11,3%)                 |
| Souvent  | 3 (5,3%)                         | 5 (4,7%)                   |
| Toujours   | 0 (0,0%)                         | 0 (0,0%)                   |
| J'ai subi des violences sexuelles pendant la consultation        |                                  |                            |
| Jamais   | 52 (91,2%)                       | 101 (95,3%)                |
| Parfois  | 5 (8,8%)                         | 5 (4,7%)                   |
| Souvent  | 0 (0,0%)                         | 0 (0,0%)                   |
| Toujours   | 0 (0,0%)                         | 0 (0,0%)                   |

Parmi les 57 professionnelles de santé, l'une d'entre elle s'est vue refuser la pratique d'un acte médicalement justifié (1,8%).

Ce taux est plus élevé dans les autres professions. On compte 8,5% de femmes qui se sont vu refuser la pratique d'un acte médicalement justifié au moins une fois au cours de leur suivi.

Parmi les 57 professionnelles de santé, 15 d'entre elles se sont senti jugées ou insultées par le praticien (26,3%).

Ce pourcentage est plutôt similaire à celui retrouvé pour les autres professions (28,3%).

Parmi les 57 professionnelles de santé, 12 d'entre elles ont ressenti des douleurs considérées comme anormales au cours de leur suivi gynécologique (21,1%).

Ce pourcentage est légèrement supérieur chez les professionnelles de santé par rapport aux autres professions (16%).

Parmi les 57 professionnelles de santé, 5 d'entre elles ont subi des violences sexuelles au cours d'une consultation (8,8%).

Le pourcentage de femmes ayant subi des violences sexuelles durant une consultation est supérieur chez les professionnelles de santé en comparaison aux autres professions (4,7%).

## 9. Facteurs de risque de VGO

| Au cours de mon suivi gynécologique :                            | Échantillon étudié |                       |                 |
|--|--------------------|-----------------------|-----------------|
|  | Urbain<br>(n=92)   | Péri-urbain<br>(n=34) | Rural<br>(n=37) |
| Le praticien a refusé de pratiquer un acte médicalement justifié |                    |                       |                 |
| Jamais   | 86 (93,5%)         | 33 (97,1%)            | 34 (91,9%)      |
| Au moins une fois  | 6 (6,5%)           | 1 (2,9%)              | 3 (8,1%)        |
| Je me suis sentie jugée ou insultée par le praticien             |                    |                       |                 |
| Jamais   | 67 (72,8%)         | 21 (61,8%)            | 30 (81,1%)      |
| Au moins une fois  | 25 (27,2%)         | 13 (38,2%)            | 7 (18,9%)       |
| J'ai ressenti des douleurs que je considère anormales            |                    |                       |                 |
| Jamais   | 77 (83,7%)         | 28 (82,4%)            | 29 (78,4%)      |
| Au moins une fois  | 15 (16,3%)         | 6 (17,6%)             | 8 (21,6%)       |
| J'ai subi des violences sexuelles pendant la consultation        |                    |                       |                 |
| Jamais   | 88 (95,7%)         | 31 (91,2%)            | 34 (91,9%)      |
| Au moins une fois  | 4 (4,3%)           | 3 (8,8%)              | 3 (8,1%)        |

Les résultats obtenus sont très variables selon le type de violences subi.

On retrouve 27,2% de femmes en milieu urbain s'étant senti jugées ou insultées par le praticien contre 18,9% de femmes en milieu rural.

La tendance s'inverse en ce qui concerne les violences sexuelles subies lors d'une consultation : 4,3% de femmes en milieu urbain vs 8,1% de femmes en milieu rural.

|  | Échantillon étudié  |                     |                     |                     |                         |
|--|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|-------------------------|
| Au cours de mon suivi gynécologique :                            | 18-24 ans<br>(n=13) | 25-34 ans<br>(n=72) | 35-49 ans<br>(n=45) | 50-65 ans<br>(n=29) | Plus de 65 ans<br>(n=4) |
| Le praticien a refusé de pratiquer un acte médicalement justifié |                     |                     |                     |                     |                         |
| Jamais   | 13 (100%)           | 69 (95,8%)          | 43 (95,6%)          | 25 (86,2%)          | 3 (75,0%)               |
| Au moins une fois  | 0 (0,0%)            | 3 (4,2%)            | 2 (4,4%)            | 4 (13,8%)           | 1 (25,0%)               |
| Je me suis sentie jugée ou insultée par le praticien             |                     |                     |                     |                     |                         |
| Jamais   | 11 (84,6%)          | 51 (70,8%)          | 30 (66,7%)          | 23 (79,3%)          | 3 (75,0%)               |
| Au moins une fois  | 2 (15,4%)           | 21 (29,2%)          | 15 (33,3%)          | 6 (20,7%)           | 1 (25,0%)               |
| J'ai ressenti des douleurs que je considère anormales            |                     |                     |                     |                     |                         |
| Jamais   | 9 (69,2%)           | 60 (83,3%)          | 37 (82,2%)          | 25 (86,2%)          | 3 (75,0%)               |
| Au moins une fois  | 4 (30,8%)           | 12 (16,7%)          | 8 (17,8%)           | 4 (13,8%)           | 1 (25,0%)               |
| J'ai subi des violences sexuelles pendant la consultation        |                     |                     |                     |                     |                         |
| Jamais   | 11 (84,6%)          | 68 (94,4%)          | 42 (93,3%)          | 28 (96,6%)          | 4 (100,0%)              |
| Au moins une fois  | 2 (15,4%)           | 4 (5,6%)            | 3 (6,7%)            | 1 (3,4%)            | 0 (0,0%)                |

Les patientes les plus nombreuses à s'être vu refuser la pratique d'un acte médicalement justifié sont les femmes de plus de 65 ans (25,0%).

Les femmes les plus concernées par les jugements et insultes émis par le praticien sont les femmes de 35 à 49 ans (33,3%).

Les violences physiques, à savoir les douleurs anormales ainsi que les violences sexuelles, touchent principalement la population la plus jeune étudiée, les 18-25 ans (15,4%). A contrario, les 18-25 ans représentent la population qui s'est le moins sentie insultée ou jugée par le praticien, actes qui correspondent plutôt à des violences verbales (15,4%).

|  | Échantillon étudié   |                     |                                   |                 |                |
|--|----------------------|---------------------|-----------------------------------|-----------------|----------------|
| Au cours de mon suivi gynécologique :                            | Artisans [...] (n=4) | Cadres [...] (n=43) | Professions intermédiaires (n=10) | Employés (n=77) | Ouvriers (n=5) |
| Le praticien a refusé de pratiquer un acte médicalement justifié |                      |                     |                                   |                 |                |
| Jamais   | 3 (75,0%)            | 42 (97,7%)          | 9 (90,0%)                         | 72 (93,5%)      | 5 (100,0%)     |
| Au moins une fois  | 1 (25,0%)            | 1 (2,3%)            | 1 (10,0%)                         | 5 (6,5%)        | 0 (0,0%)       |
| Je me suis sentie jugée ou insultée par le praticien             |                      |                     |                                   |                 |                |
| Jamais   | 3 (75,0%)            | 30 (69,8%)          | 8 (80,0%)                         | 56 (72,7%)      | 3 (60,0%)      |
| Au moins une fois  | 1 (25,0%)            | 13 (30,2%)          | 2 (20,0%)                         | 21 (27,3%)      | 2 (40,0%)      |
| J'ai ressenti des douleurs que je considère anormales            |                      |                     |                                   |                 |                |
| Jamais   | 3 (75,0%)            | 35 (81,4%)          | 8 (80,0%)                         | 65 (84,4%)      | 4 (80,0%)      |
| Au moins une fois  | 1 (25,0%)            | 8 (18,6%)           | 2 (20,0%)                         | 12 (15,6%)      | 1 (20,0%)      |
| J'ai subi des violences sexuelles pendant la consultation        |                      |                     |                                   |                 |                |
| Jamais   | 4 (100,0%)           | 2 (100,0%)          | 10 (100,0%)                       | 70 (90,9%)      | 5 (100,0%)     |
| Au moins une fois  | 0 (0,0%)             | 0 (0,0%)            | 0 (0,0%)                          | 7 (9,1%)        | 0 (0,0%)       |

|  |     | Échantillon étudié |                     |   |                          |
|--|-----|--------------------|---------------------|---|--------------------------|
|  |     | Retraités<br>(n=4) | Etudiants<br>(n=15) | Sans activité<br>professionnelle<br>(n=3) | Autre situation<br>(n=2) |
| Au cours de mon suivi<br>gynécologique :                               | ... |                    |                     |   |                          |
| Le praticien a refusé de<br>pratiquer un acte<br>médicalement justifié | ... |                    |                     |   |                          |
| Jamais   |     | 3 (75,0%)          | 14 (93,3%)          | 3 (100,0%)                                | 2 (100,0%)               |
| Au moins une fois  |     | 1 (25,0%)          | 1 (6,7%)            | 0 (0,0%)                                  | 0 (0,0%)                 |
| Je me suis sentie jugée ou<br>insultée par le praticien                | ... |                    |                     |   |                          |
| Jamais   |     | 3 (75,0%)          | 12 (80,0%)          | 2 (66,7%)                                 | 1 (50,0%)                |
| Au moins une fois  |     | 1 (25,0%)          | 3 (20,0%)           | 1 (33,3%)                                 | 1 (50,0%)                |
| J'ai ressenti des douleurs<br>que je considère<br>anormales            | ... |                    |                     |   |                          |
| Jamais   |     | 3 (75,0%)          | 12 (80,0%)          | 3 (100,0%)                                | 1 (50,0%)                |
| Au moins une fois  |     | 1 (25,0%)          | 3 (20,0%)           | 0 (0,0%)                                  | 1 (50,0%)                |
| J'ai subi des violences<br>sexuelles pendant la<br>consultation        | ... |                    |                     |   |                          |
| Jamais   |     | 4 (100,0%)         | 14 (93,3%)          | 3 (100,0%)                                | 2 (100,0%)               |
| Au moins une fois  |     | 0 (0,0%)           | 1 (6,7%)            | 0 (0,0%)                                  | 0 (0,0%)                 |

Le nombre de répondants varie énormément d'une catégorie socioprofessionnelle à une autre (n=4 chez les retraités vs n=77 chez les employés).

## 10. Lien entre environnement et suivi

|  | Personnes ayant subi des VGO |                              |                        |
|--|------------------------------|------------------------------|------------------------|
|  | Milieu urbain<br>(n=31)      | Milieu péri-urbain<br>(n=17) | Milieu rural<br>(n=13) |
| Avez-vous continué de consulter ce praticien ?               |                              |                              |                        |
| Oui  | 10 (32,3%)                   | 7 (41,2%)                    | 8 (61,5%)              |
| Non  | 21 (67,7%)                   | 10 (58,8%)                   | 5 (38,5%)              |
| Avez-vous continué d'avoir un suivi gynécologique régulier ? |                              |                              |                        |
| Oui  | 25 (80,6%)                   | 10 (58,8%)                   | 6 (46,2%)              |
| Non  | 6 (19,4%)                    | 7 (41,2%)                    | 7 (53,8%)              |

Dans les populations urbaines et périurbaines, on remarque que les femmes préfèrent changer de praticien lorsqu'elles ont subi des VGO. Elles sont 67,7% à avoir changé de praticien en milieu urbain et 58,8% en milieu péri-urbain. En revanche, en milieu rural, elles ne sont que 38,5% à avoir changé de praticien à la suite des VGO.

On observe également des disparités concernant la régularité du suivi gynécologique selon l'environnement. Les femmes ayant subi des VGO qui résident en milieu urbain semblent plus propices à continuer d'avoir un suivi gynécologique annuel que les autres : 80,6% continuent d'avoir un suivi régulier en milieu urbain vs 46,2% en milieu rural.

## IV. Discussion

### 1. Proportion de femmes ayant subi des VGO

Plus d'un quart de la population étudiée ici a déjà été victime de VGO au moins une fois au cours de son suivi gynécologique.

Les violences les plus fréquentes seraient verbales : insultes et jugement du praticien avec 27,6% des patientes de l'étude concernées.

La majorité des études disponibles en Europe concernent uniquement les violences obstétricales. Très peu utilisent d'ailleurs le terme de « violences ». Ces études se focalisent plutôt sur le ressenti des patientes au sujet de leur expérience avec le personnel soignant. (95)

Une étude menée sur 8 378 femmes en Pologne en 2018 rapporte que :

- 24% des femmes suivies ont entendu des commentaires inappropriés à leur sujet de la part de leur praticien ;
- 20% se sont senti jugées, infantilisées ;
- 17,1% considèrent qu'on leur a manqué de respect ;
- 11,8% ont fait état d'être critiquées par le praticien ;
- 10,1% ont été victimes de moqueries. (96)

Une seconde étude, plus récente, réalisée sur un échantillon de 10 257 femmes polonaises a révélé que 21% des femmes ont expérimenté des violences verbales au cours de leur suivi obstétrical en 2021. (97)

En Allemagne, deux autres enquêtes de 2023 ont apporté des résultats concordants :

- La première, sur un échantillon de 2 045 femmes, s'intéressant principalement à l'accouchement, révèle qu'une femme sur 5 (20%) a subi des violences verbales au cours des soins obstétricaux (98) ;
- La seconde, sur un échantillon de 1 079 femmes, s'intéressant plutôt au post-partum et à l'année suivant la naissance du bébé, révèle qu'une femme sur 3 (33%) a subi des violences verbales lors de soins obstétricaux sur cette période. (99)

Une dernière étude, de plus grande ampleur encore, réalisée sur 17 541 femmes en Espagne en 2021, indique que :

- 34,5% d'entre elles ont subi des commentaires ironiques ou remarques dévalorisantes ;
- 31,4% ont été appelées par des surnoms ou ont été infantilisées ;
- 25,1 ont subi des violences verbales pendant les soins obstétricaux. (100)

Les résultats des différentes enquêtes européennes semblent concordants et montrent que les VGO sont présentes de façon assez constante en Allemagne, en France, en Espagne et en Pologne ces cinq dernières années.

Une autre donnée importante est mise en avant par la présente étude ; la proportion de femmes ayant subi des violences sexuelles au cours de leur suivi gynécologique et obstétrical.

Ces violences correspondent à la forme la plus grave de VGO selon le HCE et comme ayant le plus de conséquences négatives pour les patientes.

Dans notre étude, plus d'une femme sur vingt (6,1%) a déjà subi une agression ou du harcèlement au cours d'une consultation en gynécologie.

Les violences sexuelles ont été identifiées comme un problème majeur de santé publique à travers le monde. (101)

En France, la prévalence des violences sexuelles est considérable. Selon l'enquête Virage de 2015, 14,5% des femmes et 3,9% des hommes ont subi des violences sexuelles au cours de leur vie. Parmi eux, 3,7% des femmes et 0,6% des hommes ont subi un viol ou une tentative de viol. (102)

Les violences sexuelles, incluant le harcèlement sexuel, ont souvent lieu dans les institutions présumées sûres et sans danger. Les études à ce sujet sont nombreuses, notamment en Afrique, en Asie du Sud et en Amérique latine.

A titre d'exemple, une étude menée auprès d'étudiantes au collège et au lycée aux États-Unis a révélé que sur 1 002 répondantes, 48% d'entre elles ont subi du harcèlement sexuel au cours de l'année scolaire 2010-2011. Parmi elles, 87% ont dit que cela avait eu un réel impact négatif sur elles. (103)

Les établissements de santé et cabinets médicaux font partie de ces lieux, comme les écoles, considérés comme sans danger.

## 2. Le consentement

L'étude nous montre que dans seulement 47,2% des cas, les praticiens ont toujours demandé le consentement de leurs patientes durant les consultations.

Cela signifie que dans 52,8% des cas, soit plus d'une fois sur deux, le praticien n'a pas toujours expressément demandé le consentement de la patiente.

Dans plus de la moitié des cas, donc, la demande de consentement n'est pas réalisée alors qu'elle est supposée être obligatoire. (104)

Une étude de 2021 menée en Belgique sur un échantillon de 4 226 patientes nous apprend que le consentement était absent dans 49% des actes médicaux réalisés au cours de soins obstétricaux. (105)

En Allemagne, les résultats d'une enquête réalisée sur 2 045 femmes en 2023, montrent que 42,8% des patientes ont signalé des interventions non consenties. (106)

En 2019, en Espagne, ce sont 45,8% de patientes qui ont signalé une absence de consentement éclairé au cours de leur suivi obstétrical. Ces données ont été obtenues au cours d'une étude réalisée sur un échantillon de 17 677 femmes. (107)

Une fois de plus, les études de plus grande envergure réalisées dans d'autres pays européens semblent confirmer les résultats obtenus par la présente étude.

Que ce soit en Allemagne, en Belgique, en France ou en Espagne, le consentement n'est pas recherché dans la moitié des cas en obstétrique.

Le consentement libre et éclairé est pourtant fondamental dans les soins médicaux. Pour rappel, trois bases sont nécessaires à l'obtention du consentement :

- Le patient doit être dans la capacité de donner son consentement ;
- Le patient doit être informé de manière adéquate, y compris sur les traitements alternatifs possibles ;
- Le patient doit pouvoir donner librement son consentement.

Les soins obstétricaux révèlent d'une situation particulière en ce qui concerne le consentement. Légalement, un patient est capable ou non de donner son consentement. Cependant, durant l'accouchement, la capacité de réflexion, de prise de décision, des femmes peut être biaisée par différents facteurs : la fatigue, l'épuisement, la douleur, la peur ou encore la prise de médicaments. C'est pourquoi il est important pour les praticiens de bien informer les patientes en amont de l'accouchement ou d'actes pouvant obstruer leur jugement. (108) Le ressenti de la patiente doit être pris en compte.

### 3. Parler à l'entourage permet-il de maintenir un suivi régulier ?

Parmi les femmes ayant subi des VGO au moins une fois au cours de leur suivi :

- 61,8% (n=21) ont continué d'avoir un suivi gynécologique annuel après en avoir parlé à leur entourage ;
- 74% (n=20) ont continué d'avoir un suivi gynécologique annuel sans en avoir parlé à leur entourage.

Dans notre enquête, le fait d'aborder les VGO avec l'entourage ne semble donc pas avoir d'influence sur la continuité du suivi gynécologique des patientes.

Dans la majorité des cas, les patientes qui se sont confiées au sujet de leur VGO l'ont fait auprès de leur famille (76,5%) et de leurs amis (79,5%).

Pourtant, l'importance du dialogue a largement été étudiée en sociologie, notamment l'impact du soutien par les pairs dans les problématiques de santé mentale. (109) (110)

Les pratiques d'accompagnement par les pairs se développent en France à l'heure actuelle et s'institutionnalisent dans les secteurs d'activité de la santé (et notamment de la santé mentale), du social et du médico-social. (111)

Le sense-making ou création de sens est enracinée dans la construction de l'identité. Il s'agit d'un processus particulièrement interpersonnel. Il a déjà été prouvé que les expériences traumatiques poussent les gens à s'engager dans des processus de

création de sens et de construction d'identité. C'est pourquoi les groupes de soutien sont si importants dans de nombreuses problématiques.

Grâce à la co-construction de leur identité, les participants sont capables de donner un sens à une expérience traumatisante et de progresser vers une identité plus consciente et centrée sur eux-mêmes. (112)

Le soutien par les pairs peut offrir une perspective unique d'expérience partagée qui peut aider les victimes et leurs familles à faire face à la situation. Les professionnels de santé peuvent jouer un rôle déterminant en mettant les victimes en relation avec les différentes associations de soutien existantes. (113)

#### 4. Arrêt de suivi avec le praticien concerné

Dans notre étude, 50% des patientes décident d'arrêter leur suivi avec le praticien qui leur a refusé la pratique d'un acte médicalement justifié.

Lorsque les patientes se sentent insultées ou jugées, elles sont 64,4% à décider de changer de praticien. Pour ce type de violences, les patientes semblent être plus décidées à arrêter leur suivi avec ce praticien.

On pourrait supposer que dans le cas d'un acte médicalement justifié, la parole du médecin peut prédominer sur le ressenti de la patiente.

Tandis que dans le cas d'insultes ou de jugement, la patiente se fie plus facilement à son ressenti et remet plus aisément en cause le praticien concerné.

Cela pourrait s'expliquer par les différents biais cognitifs du patient.

Un biais cognitif est un modèle systématique d'écart par rapport à une norme établie ou à la rationalité du jugement. (114) Les individus créent leur propre réalité subjective à partir de leur perception des données. En conséquence, la construction de la réalité par les individus peut guider leur comportement dans le monde. (115)

Dans le cas du refus de pratique d'un acte médicalement justifié, l'avis du patient serait biaisé par la dévalorisation de son ressenti. Il aurait tendance à plus facilement croire en la parole du praticien qu'en son ressenti personnel.

La suite de l'enquête nous apprend qu'en cas de douleurs considérées comme anormales par la patiente, on dénombre 62,1% de patientes qui arrêtent leur suivi avec le praticien concerné.

Ces proportions sont globalement les mêmes qu'en cas de jugement ou d'insultes par le praticien. Dans ces deux cas, la patiente fait donc confiance à son ressenti.

Concernant les violences sexuelles au cours d'une consultation, 90% des patientes concernées préfèrent changer de praticien que de continuer leur suivi avec celui-ci. Les patientes choisissent donc d'arrêter de consulter le praticien responsable de ces violences dans la grande majorité des cas.

Les violences sexuelles représentent donc le type de violences pour lequel l'avis des patientes est le plus tranché. Ce sont les violences qui causent le plus souvent un arrêt de suivi avec le praticien responsable des violences.

## 5. Arrêt de suivi annuel

Pour les femmes qui ont subi des VGO de type refus de pratique d'un acte médicalement justifié, jugement ou insultes par le praticien et douleurs anormales, le pourcentage de femmes ayant arrêté d'être suivies de façon régulière est plutôt constant et oscille entre 30% et 35%.

Ces taux sont globalement similaires chez les femmes qui n'ont pas subi ces types de violences.

Une fois de plus, les violences sexuelles semblent être celles ayant le plus de conséquences néfastes concernant le suivi des patientes.

Ces violences sont responsables d'un arrêt de suivi gynécologique régulier pour 50% des patientes concernées (contre 29,4% chez les patientes non concernées).

Une étude réalisée par l'Institut français d'opinion publique en juin 2024 révèle que 60% des femmes ont déjà renoncé ou repoussé leurs soins gynécologiques. (116)

Les conséquences des violences gynécologiques et obstétricales sont nombreuses : stress, dépression, anxiété en lien avec un traitement déshumanisant, parfois même de la violence physique voire sexuelle. Les patientes perdent en autonomie et ont le sentiment de perdre leur liberté de décision concernant leur corps et leur sexualité. (117)

Un traitement déshumanisant peut conduire à une méfiance générale à l'égard des services de santé, et donc mettre une distance psychologique entre les patientes et les soignants. (118)

Des études concernant les conséquences des violences obstétricales sur le quotidien des patientes existent en Europe. (119) Les conséquences sur la santé mentale sont les plus abordées, notamment le stress post-traumatique associé à l'accouchement et l'augmentation du risque de dépression post-partum. (120)

Des expériences violentes durant l'accouchement peuvent contribuer à une perte de confiance envers les soignants et une augmentation du renoncement aux soins pour les prochaines grossesses. (121)

## 6. Perception du suivi gynécologique chez les professionnelles de santé

Des différences ont été observées entre le ressenti des professionnelles de santé et celui des femmes exerçant d'autres professions, en particulier concernant le refus de la pratique d'un acte médicalement justifié.

1,8% de professionnelles de santé se sont vu refuser la pratique d'un acte médicalement justifié contre 8,5% de femmes exerçant une autre profession.

Plusieurs hypothèses pourraient expliquer cela :

- Soit les praticiens refusent moins souvent de pratiquer certains actes avec d'autres professionnels de santé, qu'ils considèrent formés sur la question ;
- Soit les professionnelles de santé imposent plus leurs souhaits auprès des praticiens ;
- Soit les professionnels de santé se fient plus facilement aux décisions prises par les praticiens.

Le questionnaire étant uniquement à destination des patientes et axé sur leur ressenti, il ne nous permettra pas de confirmer ou d'infirmer ces hypothèses.

Cependant, cette différence pourrait se justifier par les différents biais cognitifs et comportementaux qui peuvent exister entre deux professionnels de santé.

Si nous n'avions pas de filtres innés pour focaliser notre perception, il serait impossible de fonctionner dans un monde rempli de stimuli. À mesure que nous mûrissons, notre cerveau développe des filtres sophistiqués qui concentrent notre attention et atténuent les distractions. Les biais cognitifs se produisent lorsque nous filtrons des signaux importants que notre cerveau considère à tort comme sans importance. (122)

Les attitudes et les comportements des professionnels de santé ont été identifiés comme l'un des nombreux facteurs contribuant aux disparités en matière de santé. Les attitudes implicites sont des pensées et des sentiments qui existent souvent inconsciemment et sont donc difficiles à reconnaître et à contrôler. Ces attitudes sont souvent des automatismes et peuvent influencer le comportement humain sans volonté consciente. (123)

Il existe deux types de biais : les biais conscients et les biais inconscients.

Avec des biais conscients, les individus se rendent compte de leurs attitudes négatives ou de leurs préjugés envers des groupes de personnes et peuvent permettre à ces attitudes d'affecter leur comportement. La préférence pour un groupe particulier est consciente.

Les biais inconscients incluent les sentiments, attitudes, préjugés et stéréotypes subconscients qu'un individu a développés en raison d'influences et d'empreintes antérieures tout au long de sa vie. Les individus ne réalisent pas que ce sont les perceptions subconscientes, plutôt que les faits et les observations, qui affectent leur prise de décision. (124)

Différentes recherches indiquent, par exemple, que les personnes ayant un statut socio-économique inférieur reçoivent des soins de santé de qualité inférieure et connaissent de moins bons résultats de santé que celles ayant un statut socio-économique plus élevé, en partie à cause des préjugés des professionnels de la santé. (125)

De la même manière, il pourrait exister des biais de l'information entre deux professionnels de santé lorsque l'un d'eux est dans le rôle du patient.

## 7. Facteurs de risque de VGO

Si l'on s'intéresse aux différents facteurs abordés précédemment :

- On ne peut pas déduire un environnement prédisposant à des VGO car les taux observés varient en fonction du type de violences subies ;
- On ne peut pas non plus déterminer une catégorie socioprofessionnelle plus exposée que les autres aux VGO car les résultats obtenus dans les populations les moins représentées en nombre ne sont pas exploitables en tant que tels.

Parmi les facteurs observés durant l'étude, un seul est donc susceptible de donner des résultats : l'âge des répondantes.

On peut noter qu'un quart des femmes de plus de 65 ans (25%) se sont déjà vu refuser la pratique d'un acte médicalement justifié. Cela pourrait avoir un lien avec la difficulté d'accès à la contraception jusqu'à sa légalisation en 1967 (126) ou encore la pénalisation de l'avortement jusqu'en 1975. (127)

Il reste cependant important de préciser que le questionnaire, dans la façon dont il a été rédigé, ne permet pas de déterminer à quel moment de leur vie les répondantes ont subi des VGO.

D'autres études réalisées au sein de l'Europe nous permettent d'en savoir plus concernant les facteurs prédisposant à des violences, notamment obstétricales. Elles mettent en avant l'importance de l'âge, de l'origine ethnique, de la religion, des caractéristiques physiques, des handicaps et de l'orientation sexuelle dans la problématique des VGO.

Un âge plus jeune et un faible niveau d'éducation sont les facteurs les plus associés à la violence obstétricale en Belgique (128), en Italie (129) et en Pologne. (130)

Les minorités ethniques et les femmes migrantes courent un risque plus élevé de violence obstétricale, il s'agit :

- Des femmes roms en France (131), en Roumanie (132) et en Slovaquie (133) ;
- Des femmes roms et des migrantes en Espagne (134) ;
- Des migrantes en Belgique (135) ;
- Des réfugiées et migrantes en Grèce (136) ;
- Des migrantes d'Afrique subsaharienne en France (137) et en Italie (138) ;
- Des femmes afro-brésiliennes au Portugal (139) ;
- Des femmes du voyage en Irlande. (140)

L'enquête régionale réalisée par la Plateforme Citoyenne pour une Naissance Respectée en Belgique a constaté que, sur 5 983 répondantes, 1 femme sur 5 est victime de violences obstétricales. Pour les femmes ayant une couleur de peau pouvant amener à une discrimination, ce chiffre s'élève à 1 femme sur 3.

Chez les femmes qui ont un niveau d'étude du secondaire ou moins, le chiffre est de 1 femme sur 4. (141)

Des recherches menées en Pologne montrent que 14 % des femmes en surpoids estiment qu'elles sont moins bien traitées en matière de soins obstétricaux du fait de leur surpoids. (142)

Une étude réalisée en France a révélé que les femmes ayant un Indice de Masse Corporelle élevé étaient plus susceptibles de recevoir un contrôle gynécologique inapproprié, voire aucun suivi gynécologique. (143)

L'association à but non lucratif « Femmes & Santé », le centre de ressources « Handicap et Sexualité » et le projet « Handicap et Santé » ont publié un rapport sur les violences obstétricales et gynécologiques subies par les femmes ayant une déficience intellectuelle vivant en institution en Belgique. Ces femmes ont souffert d'obstacles à des soins respectueux et leur consentement ou leurs choix n'ont pas été respectés. (144)

Une enquête réalisée en Allemagne a révélé que 53,6 % des hommes transsexuels et des individus non binaires ont signalé une discrimination pendant la grossesse et l'accouchement, contre 21,4 % des personnes cisgenres. (145)

Les personnes transgenres et intersexuées ont également déploré un manque d'accès aux informations les concernant relatives à la grossesse et l'accouchement par rapport aux individus cisgenres.

Une recherche qualitative sur 12 hommes transsexuels en Suède au cours de la grossesse et de l'accouchement a mis en évidence un sentiment d'exclusion et d'ignorance lors des soins prénataux. Cela a été jusqu'à la crainte d'une éventuelle stérilisation au cours de l'accouchement. (146)

## 8. Impact du milieu sur le suivi gynécologique

Comme abordé précédemment, les femmes vivant en milieu urbain sont plus disposées à changer de praticien que les femmes vivant en milieu rural. Elles sont également plus nombreuses à continuer d'avoir un suivi gynécologique régulier.

Deux explications pourraient expliquer l'arrêt de suivi annuel prédominant chez les femmes vivant en milieu rural :

- Soit elles ont choisi de continuer à consulter le praticien responsable des VGO et elles cherchent à limiter le nombre de consultations qu'elles réaliseront avec lui au strict nécessaire ;
- Soit elles ont décidé d'arrêter leur suivi avec le praticien mais n'en ont pas trouvé d'autres, et n'ont donc plus la possibilité d'être suivies régulièrement.

Dans un cas comme dans l'autre, on observe une perte de chance chez les patientes résidant en milieu rural, et une diminution de l'accès aux soins.

On pourrait expliquer ces différences par la présence de déserts médicaux dans les milieux ruraux : une femme vivant en milieu rural aura accès à moins de praticiens qu'une femme vivant en milieu urbain ou péri-urbain. Certaines seront donc obligées de continuer à consulter le praticien, malgré elles, car elles n'auront pas accès à d'autres praticiens.

Le terme de « déserts médicaux » a commencé à être utilisé au début des années 2000 en France pour désigner les zones dans lesquelles les individus n'ont pas suffisamment accès aux soins, en raison du faible nombre de prestataires de services, des longs délais d'attente pour avoir accès à un professionnel de santé et des longues distances de déplacement vers les établissements de santé. (147)

Ces déserts médicaux sont considérés comme un problème de santé publique dans de nombreux pays occidentaux qui tentent de recourir à une multitude de politiques et d'initiatives pour parvenir à une meilleure répartition de leur personnel de santé. (148)

## V. Limites de l'étude

### 1. Biais de sélection

Différents biais de sélection peuvent avoir influencé les résultats obtenus :

- Partage du questionnaire via les réseaux sociaux donc exclusion des patients les plus âgés et des personnes n'ayant pas d'accès à internet ;
- Bouche à oreille ayant entraîné le partage du questionnaire par des personnes vivant majoritairement dans les HdF. Cela limite donc la portée de l'étude aux personnes résidant dans la région ;
- Temps d'ouverture de l'enquête court donc peu de réponses obtenues.

### 2. Limites du questionnaire

Il a d'abord été question d'aborder l'aspect traumatique des VGO pour les patientes et d'évaluer le stress post-traumatique chez les patientes ayant subi des VGO. Cet axe de l'étude a rapidement été abandonné car il fait partie du domaine de compétences du psychiatre et non pas du pharmacien.

Le choix a été fait de ne pas poser la question « Pensez-vous avoir subi des VGO ? » dans le questionnaire, afin de l'alléger au maximum et de le rendre accessible à une majorité de patientes. On ne peut donc pas savoir si les patientes se considèrent victime ou non de VGO. Cela limite l'analyse à la définition du HCE concernant les pratiques assimilées à des VGO.

Comme abordé précédemment, le questionnaire s'adresse uniquement aux patientes et ne prend en compte que leur ressenti. L'avis du praticien n'est jamais demandé au cours du questionnaire

Le peu de réponses exploitées rend l'étude assez peu représentative. Il n'est, de ce fait, pas possible de déterminer un environnement favorisant les VGO, ni même une classe professionnelle qui serait plus touchée par les VGO.

De la manière dont le questionnaire est formulé, il n'est pas possible de savoir à quel moment de leur suivi les patientes ont été victimes de VGO. Il n'est donc pas non plus possible de définir une tranche d'âge plus touchée qu'une autre par les VGO.

## Partie 4 : Accompagnement des patientes

### I. Recommandations du HCE, qu'en est-il aujourd'hui ?

Dans son rapport de 2018, le HCE exhorte les pouvoirs publics à reconnaître les actes sexistes dans le cadre du suivi gynécologique et obstétrical, à les prévenir, à simplifier les procédures de signalement et à sanctionner les pratiques illégales.

Il énonce 26 recommandations articulées autour de 3 axes. (149)

#### 1. Reconnaître l'existence et l'ampleur des actes sexistes dans le cadre du suivi gynécologique et obstétrical

Le suivi gynécologique et obstétrical fait partie intégrante de la vie des filles et des femmes mais il reste peu mesuré et peu connu. Il apparaît nécessaire de :

- Réaliser la première enquête de santé publique dédiée au suivi gynécologique ;
- Mesurer la satisfaction des femmes quant à l'ensemble de leur suivi gynécologique et obstétrical ;
- Rendre publiques les données relatives aux actes médicaux pratiqués lors de l'accouchement pour permettre une plus grande transparence et une amélioration des pratiques.

A ce jour, il n'existe toujours aucune enquête de santé publique dédiée au suivi gynécologique.

La seule étude pertinente à ce sujet est celle du collectif CIANE, lancée en 2012. Pour rappel, le CIANE est constitué d'associations françaises concernées par les questions relatives à la grossesse, à la naissance et aux premiers jours de la vie.

Il n'existe pas non plus d'enquête mesurant la satisfaction des femmes au cours de leur suivi gynécologique et obstétrical.

Certaines données relatives aux actes médicaux pratiqués lors de l'accouchement, tels que le taux d'épisiotomie ou de césarienne par exemple, sont disponibles. En revanche, la publication de ces données se fait selon le bon vouloir des maternités et établissements de santé concernés. Ceux ne souhaitant pas divulguer ces informations sont en droit de ne pas le faire.

## 2. Prévenir les actes sexistes relatifs au suivi gynécologique et obstétrical

Afin de promouvoir un suivi gynécologique et obstétrical médicalement adapté et respectueux des femmes, il apparaît nécessaire de :

- Renforcer la prévention et la lutte contre le sexisme au sein des études de médecine ;
- Renforcer la formation initiale et continue des professions médicales et paramédicales en matière de bientraitance, de respect du consentement et de dépistage des VSS ;
- Reconnaître dans le code de déontologie médicale l'interdiction des actes sexistes ;
- Préciser et faire appliquer les recommandations de bonnes pratiques de l'OMS et de la HAS, qu'il s'agisse de la position de l'accouchement, de la liberté de choix quant au moyen de contraception ou de la fréquence des épisiotomies et césariennes ;
- Permettre la mise en œuvre de ces bonnes pratiques par le renforcement des moyens humains et financiers.

Le ministère de la Santé a présenté le 31 mai 2024 une première série de mesures concrètes pour prévenir et lutter contre les VSS dans le secteur de la santé. (150) La formation sur les VSS sera rendue obligatoire à partir de 2024 avec un délai de 3 ans pour tous les professionnels travaillant dans les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière. Une formation sera également mise en place à destination des responsables et maîtres de stage en partenariat avec le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche.

Bien que le code de déontologie médicale mentionne le consentement et la non-discrimination, il ne fait toujours aucune mention des actes sexistes.

Le manque de personnel est toujours fortement ressenti dans les maternités françaises. Plusieurs hôpitaux peuvent être cités pour illustrer ce manque :

- Le CH du Nord-Mayenne n'a pas pu prendre en charge d'accouchements sur la période du 27 juillet au 5 août 2024, car il ne disposait pas de médecin anesthésiste-réanimateur à cette période ; (151)
- Faute de gynécologue-obstétricien, l'hôpital de Sarlat ne pourra pas prendre en charge les accouchements du 20 août jusqu'au 21 octobre 2024. (152)

### 3. Améliorer et faciliter les procédures de signalements et condamner les pratiques sanctionnées par la loi

Pour garantir l'accès aux droits et permettre une juste condamnation des faits dénoncés, il apparaît nécessaire de :

- Permettre l'accès de toutes les femmes à l'information concernant leurs droits : par la mise en œuvre effective d'une éducation à la sexualité, la diffusion d'outils leur permettant de faire un choix éclairé, la généralisation de l'entretien prénatal précoce et le soutien des associations spécialisées sur les VSS ;
- Renforcer l'implication des ordres professionnels : former les membres des chambres disciplinaires professionnelles aux VSS, prévoir une procédure spécifique pour ne pas confronter les victimes à leur agresseur désigné et systématiser la transmission à la justice des plaintes relatives à des pratiques réprimées par la loi, dès que la victime a donné son accord ;
- Renforcer la formation des forces de l'ordre et des magistrats sur les VSS.

Le programme scolaire d'éducation à la sexualité changera à partir de la rentrée de septembre 2024. Il évoquera les notions de respect mutuel et de consentement, la lutte contre les discriminations et les violences sexuelles. (153)

L'entretien prénatal précoce est rendu obligatoire en mai 2020. Il a pour objectif de permettre à la sage-femme ou au médecin d'évaluer, avec la femme enceinte, les besoins d'accompagnement au cours de la grossesse. Il prend en compte la dimension psychologique et émotionnelle, ainsi que l'environnement social de la grossesse. Il s'agit d'un entretien d'écoute et de partages. (154)

Il n'existe pas encore de procédure spécifique visant à éviter la confrontation entre victime et agresseur dans ce cas. Les textes actuels précisent que cette confrontation n'est pas obligatoire et n'est préconisée que lorsqu'elle permet d'apporter un plus à l'enquête.

En avril 2021, la Plateforme Numérique d'Accompagnement des Victimes (PNAV) est ouverte. Elle permet de mettre en contact des victimes de violences sexistes, sexuelles ou conjugales et des policiers ou gendarmes, spécifiquement formés pour les accompagner vers le dépôt d'une plainte. Si elles ne sont pas prêtes à déposer plainte, les victimes sont orientées vers des partenaires sur place pour faciliter leur accompagnement et pour une prise en charge sociale et psychologique. Elles sont également informées sur les associations d'aide aux victimes proches de leur domicile. (155)

## II. Repérage et accompagnement à l'officine

### 1. Repérage des victimes de VGO à l'officine

La pharmacie d'officine est un lieu de passage incontournable pour les patients, qu'ils aient un suivi médical régulier ou non. Dans sa carrière, le pharmacien sera donc amené à croiser des patientes victimes de VGO.

De plus, l'officine est un milieu relativement féminin avec :

- 68% de pharmaciennes en 2022 (156) ;
- 79% de pharmaciennes inscrites à la section D, donc adjointes à l'officine, en 2023 pour 21% de pharmaciens ;
- 90% de préparatrices pour 10% de préparateurs en pharmacie en 2023. (157)

Il s'agit donc d'un milieu accessible aux patientes souhaitant se confier et pour celles ayant peur d'aborder le sujet avec un homme. Il est important pour le pharmacien d'être à l'écoute, de prendre le temps d'ouvrir le dialogue avec les patientes.

Cependant, le pharmacien n'est pas formé aux VGO durant ses études. Il s'agit d'une problématique qui n'est pas abordée dans le cursus pharmaceutique à l'heure actuelle.

Il ne suffit pas simplement de rappeler aux patientes d'aller consulter un gynécologue mais de leur demander si elles ont un suivi régulier, de leur poser des questions et si elles n'ont pas de suivi régulier, leur demander pourquoi, sans être trop insistant.

Il existe de nombreuses situations, dans lesquelles le pharmacien peut repérer des patientes victimes de VGO. Parmi elles, quelques exemples :

- Une patiente qui a recours à l'automédication après une naissance est peut-être une patiente qui aura mal vécu son accouchement ;
- Une patiente qui vient demander un dépannage de pilule car elle n'a pas consulté son gynécologue, son généraliste ou sa sage-femme au cours des trois derniers mois. Pourquoi n'a-t-elle pas pris le temps de consulter ? ;
- Une patiente qui a recours à l'automédication régulièrement dans le cadre du traitement de la douleur des règles mais qui n'a jamais d'ordonnance pour ça.

L'objectif n'est pas de stigmatiser le suivi gynécologique en règle générale ou d'alerter à tort patients et pharmaciens, mais de toujours garder à l'esprit la possibilité d'une perte de chances chez certaines patientes.

Le mot « victime » est à éviter, sauf s'il est directement utilisé par la patiente, car il peut avoir une connotation négative. (158) Il faut essayer de ne pas offusquer, ne pas braquer les patientes lorsque l'on aborde le sujet d'éventuelles violences.

## 2. Comment accompagner les patientes

Tout pharmacien d'officine, même s'il n'est pas formé aux VGO et à leurs enjeux, peut rediriger les patientes vers des ressources plus adaptées.

Par téléphone, on peut par exemple contacter :

- Le numéro 3919 accessible 24h/24 et 7j/7. Créé et porté par la Fédération Nationale Solidarité Femmes (FNSF), le 3919 assure depuis 2014 un premier accueil téléphonique des femmes victimes de violences. Les répondantes de la plateforme téléphonique orientent les patientes vers les contacts et points d'accueil correspondant à leurs besoins. Pour ce faire, la FNSF s'appuie sur de nombreux partenariats associatifs dans les territoires, dans l'Hexagone comme les Outre-mer ;
- Le numéro Viol-Femmes-Informations porté par le Collectif Féministe Contre le Viol au 0 800 05 95 95.

Il existe également des ressources en ligne, par exemple :

- La Plateforme Numérique d'Accompagnement des Victimes (PNAV), qui permet aux victimes de violences sexuelles, sexistes ou conjugales d'échanger avec des policiers ou des gendarmes formés à la lutte contre les VSS. Il est possible d'être accompagné dans le dépôt de plainte si la patiente le souhaite ou d'être plus simplement redirigé vers un accompagnement psychologique et social ;
- Le tchat « Comment on s'aime ? » de l'association En Avant Toutes qui s'adresse particulièrement aux plus jeunes. Il est gratuit, anonyme et permet d'être mis en relation avec des professionnelles qui écoutent, conseillent et redirigent vers les structures adaptées. Le mot d'ordre y est la bienveillance ;
- L'annuaire des gynécologues bien traitants sur la page web de StopVOG, afin de trouver des professionnels de santé proche de chez soi.

## 3. Le consentement à l'officine

L'officine étant le point de passage de tous les patients, il semble primordial d'y instaurer les bonnes habitudes concernant le consentement libre et éclairé.

Par exemple, lors de la prise de mesure pour des bas de contention : prévenir le patient avant de prendre la mesure est une bonne chose, demander au patient si l'on peut prendre la mesure est encore mieux et permet au patient de s'habituer à ce qu'on lui demande son consentement, même pour des choses qui peuvent nous paraître anodines dans notre pratique quotidienne.

Il en va de même pour les entretiens pharmaceutiques et autres actions de santé publique se développant à l'officine, comme la vaccination ou la réalisation de TROD : au début de l'entretien, on explique au patient l'intérêt de l'entretien et on lui demande son accord, verbal ou écrit.

La question du consentement à l'officine a largement été étudiée durant la pandémie de covid-19 lorsque les officinaux ont reçu l'autorisation de vacciner. (159)

L'idée ici est de ne pas banaliser le consentement, de toujours prendre le temps de demander son avis au patient, même dans les situations qui peuvent sembler banales.

### III. Associations

De nombreuses associations se proposent de venir en aide aux patientes victimes de VGO, ou plus largement de VSS, que ce soit sur un plan psychologique, social ou même juridique. Une liste non exhaustive de différentes associations agissant sur le plan national comme local est proposée ci-dessous.

Il existe aussi une association cherchant à former les différents professionnels de santé français à ce que sont les VGO, comment les repérer et les éradiquer.

#### 1. StopVOG

En 2017, Sonia Bisch a créé le collectif Stop aux Violences Obstétricales et Gynécologiques France qui recense chaque mois environ 200 témoignages de femmes s'estimant victimes. Selon elle, l'inscription dans la loi de ces violences est nécessaire car les victimes sont trop peu écoutées. (160)



Le collectif invite les victimes à parler et à les contacter, tout comme les témoins de ces violences. En revanche, il n'incite personne à porter plainte, estimant qu'il s'agit toujours d'un choix personnel. Stop VOG dispose d'une force juridique avec des avocats spécialisés pouvant informer les patientes sur les recours possibles. Dans ce cas, la première chose à faire, avant toute démarche, c'est de récupérer son dossier médical, à demander par lettre recommandée. Il y a toujours des recours possibles, soit par un simple signalement envoyé à l'établissement ou bien une plainte adressée à l'ordre des médecins, à celui des sages-femmes, et/ou à la justice.

En 2023, le collectif StopVOG a été auditionné pour deux propositions de loi demandant d'inscrire les violences obstétricales et gynécologiques dans la loi et que la formation médicale soit la plus complète possible, notamment avec la participation des patients au cursus comme c'est déjà le cas au Canada.

## 2. L'Institut de Recherche et d'Actions pour la Santé des Femmes



L'IRASF est une association loi 1901 formalisée en mars 2017 après l'évolution du groupe facebook Stop à l'Impunité des Violences Obstétricales (SIVO) créé en 2015. L'objectif de l'IRASF est de lutter spécifiquement contre les VGO. (161)

L'IRASF regroupe à l'heure actuelle :

- Un observatoire composé d'une équipe pluridisciplinaire permettant la récolte, l'analyse et la production de données statistiques sur les VGO. Il vise à définir et à mesurer le manque de respect et les mauvais traitements survenant dans le monde pour mieux comprendre l'impact sur la santé des femmes et leurs choix ;
- Le collectif SIVO composé essentiellement de femmes qui se veulent être une force de propositions et d'actions dans un esprit inclusif de la participation des femmes à l'amélioration de la qualité des soins.

Son site web définit les VGO, leurs conséquences et précise les actes dénoncés par les patientes. Il est possible de témoigner directement sur cette page web. Il est également possible de remplir un formulaire en ligne afin d'être mis en contact avec d'autres victimes de violences. Cela peut être utile notamment pour regrouper les cas d'action en justice.

Le site de l'IRASF est très complet pour mieux comprendre rapidement les enjeux des VGO et leurs conséquences dans le quotidien des patientes concernées.

## 3. #NousToutes



#NousToutes est un collectif féministe constitué d'activistes bénévoles dont l'objectif est d'en finir avec les VSS dont sont victime les femmes en France. (162)

Le collectif est tourné vers l'action avec deux objectifs principaux :

- Exiger des politiques publiques efficaces contre les VSS
- Sensibiliser l'opinion publique aux faits et mécanismes des VSS au travers d'actions, de communications et de formations

Le collectif est également présent sur les réseaux sociaux et a l'avantage de la proximité ; chaque grande ville française possède ses propres pages sur les réseaux.

#### 4. L'Alliance Francophone pour l'Accouchement Respecté



L'AFAR s'attache à ce que les personnes aient accès aux informations qui leur permettent d'effectuer leurs propres choix et de faire en sorte que ces choix soient respectés, en matière d'accouchement et d'accueil du nouveau-né. (163)

Elle a également pour but d'agir par tous les moyens utiles, incluant les actions en justice, pour faire respecter et appliquer les droits des usagers de la périnatalité. Ces droits incluent la liberté de choix en matière d'interruption de grossesse.

Depuis sa création en 2004, l'AFAR dénonce la réalisation en routine d'interventions dépourvues d'indications médicales ou de validité scientifique, effectuées sans le consentement de la femme ou avec un consentement obtenu à partir d'une information déloyale.

En France, l'AFAR est membre du CIANE et bénéficie à ce titre de l'agrément national pour la représentation d'usagers de la santé. Elle participe également à la lutte contre les VSS au sein du collectif #NousToutes.

L'AFAR est aussi présente au Canada, en Australie et en Scandinavie.

#### 5. Le Collectif Féministe Contre le Viol



Le CFCV est une association féministe française créée en 1985 en réaction à des viols commis dans des lieux publics en région parisienne. Elle a pour mission d'accompagner les victimes de viols ou d'agressions sexuelles en France. Cela va de l'écoute téléphonique à l'accompagnement au procès.

La CFCV gère une plateforme d'écoute téléphonique, Viol-Femmes-Informations. Il s'agit d'un numéro vert anonyme et gratuit le 0 800 05 95 95, du lundi au vendredi, de 10h à 19h.

Elle est financée par le secrétariat chargé de l'Égalité entre les femmes et les hommes, la Fondation des femmes, la région Île-de-France et la ville de Paris.

En janvier 2024, la plateforme recense 78 000 témoignages de victimes de viols et d'autres agressions sexuelles depuis l'ouverture des lignes d'écoute dédiées. (164)

Il existe des groupes de parole du CFCV organisés à Paris pour des personnes habitant en Île-de-France. Le CFCV dispose également d'un réseau d'associations partenaires et de bénévoles pour permettre soutien et solidarité autour de la victime.

## 6. L'Échappée



L'Échappée est un collectif de lutte contre les VSS basé à Lille, il a été créé en 2011 par deux écoutantes du numéro vert national Viol-Femmes-Information. Il réunit une équipe pluridisciplinaire de professionnelles, bénévoles et salariées (médecin, sociologue, avocate, éducatrice, psychologue, militantes), réunies pour mutualiser leurs compétences et leurs engagements au service de la lutte contre le viol. (165)

L'association organise des groupes de parole et des ateliers d'auto-défense accessibles à toutes. Elle participe également à des actions de prévention et de sensibilisation aux VSS au travers de formations, d'interventions ponctuelles et d'événements tout au long de l'année.

Pour les victimes de viol et d'agression sexuelle, l'Échappée propose un espace d'écoute et de soutien, anonyme, gratuit et confidentiel, par des écoutantes professionnelles. Cet espace est ouvert à tous, à partir de 15 ans. (166)

Toutes les actions mises en place par l'Échappée sont financées et peuvent donc être proposées de façon gratuite aux participants afin que les moyens financiers ne soient jamais un obstacle à la lutte contre les violences sexuelles et au besoin d'accompagnement.

## 7. Un Maillon Manquant



Un Maillon Manquant est une association loi 1901 dont l'objet est la formation sur les conséquences médicales des violences faites aux femmes et aux enfants, à destination des professionnels de santé. (167)

Depuis 2017, UMM s'occupe de la mise en place, de l'élaboration et de la coordination du programme du Diplôme Inter Universitaire « Prise en charge des violences faites aux femmes, vers la bienveillance ». (168) Il s'agit de la seule formation universitaire médicale existante à ce jour. Elle est accessible aux médecins généralistes, gynécologues obstétriciens et médicaux, pédiatres, sages-femmes et kinésithérapeutes spécialisés en rééducation du périnée. Ce DIU est disponible dans les universités de Paris Descartes et de Grenoble Alpes.

Parallèlement au DIU, l'association propose également des formations courtes et des réunions de sensibilisation afin de toucher un maximum de professionnels de santé. UMM met notamment à disposition « Le Kit : Ouvrir la voix, ouvrir la voie », qui est une présentation PowerPoint destinée à être animée en interne de manière autonome, afin de former un maximum de professionnels de santé à la thématique des violences faites aux femmes. (169)

Une carte interactive sur leur site permet de s'informer sur les professionnels de santé ayant suivi le DIU sur les violences faites aux femmes en France. (170)

## Conclusion

Si les violences gynécologiques et obstétricales ont d'abord été dénoncées dans des pays d'Amérique du Sud, elles sont désormais largement abordées en France. Très longtemps silencieuses, les femmes se sont exprimées dans les médias, imposant l'action des pouvoirs publics. On déplore pourtant le manque d'enquêtes quantitatives au sujet des violences gynécologiques et obstétricales en France.

Dans son rapport de 2018, le HCE proposait 26 recommandations afin de reconnaître l'existence et l'ampleur des actes sexistes dans le cadre du suivi gynécologique, de prévenir ces actes sexistes relatifs au suivi gynécologique et obstétrical ainsi que de faciliter les procédures de signalements et la condamnation des pratiques sanctionnées par la loi.

La présente étude s'intéresse à l'incidence des VGO sur les femmes dans les Hauts-de-France ; la proportion de femmes ayant subi des VGO, les conséquences que peuvent avoir ces VGO sur le suivi des patientes et l'importance du consentement.

On estime qu'une femme sur quatre est amenée à subir des VGO au cours de son suivi médical et que plus d'une femme sur vingt est victime de violences sexuelles au cours d'une consultation.

Ces violences peuvent avoir de lourdes conséquences sur la santé mentale des patientes, les rendant plus sensibles à l'anxiété, la dépression ou encore au stress post-traumatique. Une autre conséquence est mise en avant par l'étude ; la perte de chance concernant l'accès aux soins, notamment pour les patientes résidant en milieu rural.

Parmi les victimes de VGO, une femme sur trois arrête d'avoir, à minima, un suivi gynécologique annuel à cause des violences qu'elle a subies.

La raison principale évoquée pour un arrêt de suivi gynécologique régulier est le manque de confiance envers les soignants, pour 40% des femmes concernées.

Dans plus de la moitié des cas (52,8%), le consentement de la patiente n'est pas expressément demandé par le professionnel de santé et ce malgré les nombreux textes de loi relatifs au consentement libre et éclairé. (171)

Des avancées récentes devraient permettre une meilleure prévention des VGO, notamment avec l'obligation de formation aux VSS pour tous les professionnels travaillant dans les établissements de santé (172) ou encore le nouveau programme d'éducation à la sexualité mis en place à la rentrée 2024. (173)

Les différentes associations de patientes telles que StopVOG ou #NousToutes, par exemple, ont joué un rôle majeur dans la reconnaissance des VGO en France et continuent d'avoir un rôle primordial dans l'accompagnement des patientes touchées. Ce sont des ressources à connaître pour tous les professionnels de santé, qu'elles agissent au niveau national ou local, notamment le pharmacien d'officine.

De par son rôle central dans l'accompagnement et le suivi des patients, le pharmacien d'officine est amené à croiser des patientes victimes de VGO et doit donc être en mesure de rediriger les patientes vers les structures adaptées.

## Bibliographie

1. World Health Organisation. Statement on the Prevention and Elimination of Disrespect and Abuse during Facility-Based Childbirth, World Health Organization; Geneva, Switzerland: 2015.
2. Silvia B, Magali GB, Beth S, Eneidia B, Clémence S, Virginie R. Obstetric and gynaecological violence in the EU – Prevalence, legal frameworks and educational guidelines for prevention and elimination. Avril 2024. Disponible sur : [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2024/761478/IPOL\\_STU\(2024\)761478\\_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2024/761478/IPOL_STU(2024)761478_EN.pdf)
3. Limmer C. M., Stoll K., Vedam S., Leinweber J., & Gross M. M. Measuring Disrespect and Abuse During Childbirth in a High-Resource Country: Development and Validation of a German Self-Report Tool, Midwifery, 2020. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103809>
4. Mena-Tudela D., Iglesias-Casás S., González-Chordá V.M., Cervera-Gasch Á., Andreu-Pejó L., Valero-Chilleron M.J. Obstetric Violence in Spain (Part II): Interventionism and Medicalization during Birth, International Journal of Environmental Research and Public Health, 2021; 18(1):199. Disponible sur : <https://doi.org/10.3390/ijerph18010199>
5. Limmer C. M. M. et al., Measuring Disrespect and Abuse During Childbirth in a High-Resource Country : Development and Validation of a German Self-Report Tool.
6. Mena-Tudela D., et al., Obstetric Violence in Spain (Part II) : Interventionism and Medicalization during Birth.
7. Fundacja Rodzic po Ludzku, Report on monitoring maternity wards. Perinatal care in Poland in the light of women's experiences, 2018. Disponible sur : <https://rodzicpoludzku.pl/raporty/raport-z-monitoringu-oddzialow-poloznicznych-opieka-okoloporodowa-w-polsce-w-swietle-doswiadczen-kobiet/>
8. IPPF European Network. Gynaecological & Obstetric Violence, 2022. Disponible sur : <https://europe.ippf.org/sites/europe/files/2022-12/Gynaecological%20and%20Obstetric%20Violence%20-%20IPPF%20EN%20Research%20%26%20Policy%20Paper.pdf>
9. Mena-Tudela D., et al., Obstetric Violence in Spain (Part II): Interventionism and Medicalization during Birth.
10. RODA, Research results : Availability of women's healthcare during the COVID-19 pandemic 2021. Disponible sur : <https://www.roda.hr/udruga/projekti/zagovaranje-za-zdravstvenu-skrb-zena-temeljenu-na-dokazima-u-doba-pandemije-covid-19/rezultati-istrazivanja-dostupnost-zdravstvene-skrbi-zena-tijekom-pandemije-covid-19.html>

11. Association for the Prevention and Treatment of Violence in the Family (SPAVO). Results from the Study on Obstetric violence in the Republic of Cyprus, 2023. Disponible sur : <http://www.familyviolence.gov.cy/upload/20240115/1705314704-01871.pdf>
12. RODA, Research results: Availability of women's healthcare during the COVID-19 pandemic 2021. Disponible sur : <https://www.roda.hr/udruga/projekti/zagovaranje-za-zdravstvenu-skrb-zena-temeljenu-na-dokazima-u-doba-pandemije-covid-19/rezultati-istrazivanja-dostupnost-zdravstvene-skrbi-zena-tijekom-pandemije-covid-19.html>
13. Les violences gynécologiques et obstétricales : construction d'une question politique et de santé publique [Gynecological and obstetric violence: the construction of a political and public health issue]. *Sante Publique*. 2022 Mar 11;Vol. 33(5):629-634. French. doi: 10.3917/spub.215.0629. PMID: 35485119.
14. Zaami S, Stark M, Beck R, Malvasi A, Marinelli E. Does episiotomy always equate violence in obstetrics? Routine and selective episiotomy in obstetric practice and legal questions. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2019 Mar;23(5):1847-1854. doi: 10.26355/eurrev\_201903\_17219. PMID: 30915726.
15. Rozée V, Schantz C. Les violences gynécologiques et obstétricales : construction d'une question politique et de santé publique. *Sante Publique*. 2022;33(5):629-634. French. doi: 10.3917/spub.215.0629. PMID: 35724096.
16. Tsapalas D, Parker M, Ferrer L, Bernales M. Gender-Based Violence, Perspectives in Latin America and the Caribbean. *Hisp Health Care Int*. mars 2021;19(1):23-37.
17. Graz B, Plancherel F, Gervasoni JP, Hofner MC. ["Bientraitance": conceptual exploration and an example of its application in public health. An experience from Fribourg, Switzerland]. *Sante Publique*. 2009;21(1):89-99.
18. Mackinnon Lacasa L, Abdulcadir J, Jacot-Guillarmod M, Widder O, Dominicé Dao M. [Applying consent, in healthcare and beyond]. *Rev Med Suisse*. 26 juin 2024;20(880):1238-42.
19. Comité Consultation National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé. Communiqué de presse. Avis 142 du CCNE « Consentement et respect de la personne dans la pratique des examens gynécologiques et touchant à l'intimité ». Mars 2023.
20. Burelli S, Occhiminuti H, Chamorey E, Maccagnan S, Delotte J, Prax J, et al. Principaux motifs de la première consultation gynécologique chez les jeunes femmes françaises de 15 à 25 ans. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. Juin 2021.
21. LOI constitutionnelle n° 2024-200 du 8 mars 2024 relative à la liberté de recourir à l'interruption volontaire de grossesse.

22. Ameli. IVG (avortement): quels sont les délais ? [Internet]. [cité 11 août 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/lille-douai/assure/sante/devenir-parent/grossesse/ivg/ivg-delais-france>
23. LOI n° 2022-295 du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement. Mars 2022.
24. Ameli. IVG [Internet]. [cité 11 août 2024]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/lille-douai/assure/remboursements/rembourse/contraception-ivg/ivg>
25. Un nouveau décret assouplit les conditions d'exercice des sages-femmes pour l'IVG instrumentale [Internet]. [cité 11 août 2024]. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A16989>
26. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 31 juill 2024]. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2820336/fr/accouchement-normal-accompagnement-de-la-physiologie-et-interventions-medicales](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2820336/fr/accouchement-normal-accompagnement-de-la-physiologie-et-interventions-medicales)
27. mpedia.fr [Internet]. [cité 30 juill 2024]. Césarienne, forceps, les conséquences des naissances médicalisées. Disponible sur : <https://www.mpedia.fr/art-naissances-medicalisees/>
28. Accouchement : les premiers signes et les étapes [Internet]. [cité 30 juill 2024]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/lille-douai/assure/sante/devenir-parent/accouchement-et-nouveau-ne/accouchement>
29. Enquête nationale périnatale : résultats de l'édition 2021 [Internet]. Salle de presse de l'Inserm. 2022 [cité 12 sept 2024]. Disponible sur: <https://presse.inserm.fr/enquete-nationale-perinatale-resultats-de-ledition-2021/65757/>
30. Tout savoir sur le score de Bishop [Internet]. Maternité. Juin 2023 [cité 11 août 2024]. Disponible sur : <https://maternite.org/score-bishop/>
31. Hôpital Général Juif [Internet]. 2024 [cité 11 août 2024]. Hôpital Général Juif | Oxytocine. Disponible sur : <https://www.hgj.ca/recherche/psychiatrie-division-de-la-recherche/research-units/oxytocine/>
32. Déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'aménorrhée. La Revue Sage-Femme. Février 2009.
33. Pratiques des sages-femmes concernant l'amniotomie au cours du travail physiologique.. | Health Data Hub [Internet]. [cité 11 août 2024]. Disponible sur : <https://www.health-data-hub.fr/projets/pratiques-des-sages-femmes-concernant-lamniotomie-au-cours-du-travail-physiologique>

34. Prostaglandine vaginale (PGE2 et PGF2a) dans le déclenchement du travail à terme [Internet]. [cité 11 août 2024]. Disponible sur : [https://www.cochrane.org/fr/CD003101/PREG\\_prostaglandine-vaginale-pge2-et-pgf2a-dans-le-declenchement-du-travail-terme](https://www.cochrane.org/fr/CD003101/PREG_prostaglandine-vaginale-pge2-et-pgf2a-dans-le-declenchement-du-travail-terme)
35. Barjon K, Mahdy H. Episiotomy. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [cité 10 sept 2024]. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546675/>
36. Zaami S, Zupi E, Lazzeri L, Centini G, Stark M, Malvasi A, Signore F, Marinelli E. Episiotomy: a medicolegal vicious cycle. Panminerva Med. 2021 Jun;63(2):224-231. doi: 10.23736/S0031-0808.20.03946-4. Epub 2020 May 14. PMID: 32414232.
37. Médicale MP. prevention-medicale.org. [cité 31 juill 2024]. L'épisiotomie : des recommandations pour ne pas en abuser. Disponible sur : <https://www.prevention-medicale.org/actualites-revues-de-presse-et-evenements/toutes-les-actualites/sage-femme/episiotomie>
38. Taux de césariennes, d'épisiotomies... : comparez les maternités près de chez vous. Le Monde.fr [Internet]. 31 janv 2018 [cité 29 juill 2024]; Disponible sur : [https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2018/01/31/nombre-d-accouchements-taux-de-cesarienne-ou-d-episiotomie-comparez-les-maternites-pres-de-chez-vous\\_5249599\\_4355770.html](https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2018/01/31/nombre-d-accouchements-taux-de-cesarienne-ou-d-episiotomie-comparez-les-maternites-pres-de-chez-vous_5249599_4355770.html)
39. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 29 juill 2024]. L'expression abdominale durant la 2e phase de l'accouchement. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_513170/fr/l-expression-abdominale-durant-la-2e-phase-de-l-accouchement](https://www.has-sante.fr/jcms/c_513170/fr/l-expression-abdominale-durant-la-2e-phase-de-l-accouchement)
40. Audibert Nastassia. Violence obstétricale ». Emergence d'un problème public en France, Sciences Po PSIA-Paris School of International Affairs, Master in International Development. 2016.
41. Convention of Belém Do Pará [Internet]. [cité 8 août 2024]. Disponible sur: <https://www.cidh.org/Basicos/French/m.femme.htm>
42. « Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia », article 15 alinéa 13. Traduction par le Haut Conseil à l'Égalité des femmes et des hommes. 2018.
43. Amnesty International [Internet]. [cité 20 août 2024]. Venezuela : la situation des droits humains. Disponible sur : <https://www.amnesty.org/fr/location/americas/south-america/venezuela/report-venezuela/>
44. « Ley 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 », article 6. Traduction par le Haut Conseil à l'Égalité des femmes et des hommes. 2018.

45. Fédération internationale pour les droits humains [Internet]. [cité 20 août 2024]. Argentine : l'avortement légalisé en 2020. Disponible sur : <https://www.fidh.org/fr/regions/ameriques/argentine/argentine-l-avortement-legalise-en-2020>
46. El Kotni M. La place du consentement dans les expériences de violences obstétricales au Mexique. Autrepart. 2018.
47. Proposition de résolution n°3305 [Internet]. [cité 11 août 2024]. Disponible sur : [https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b3305\\_proposition-resolution](https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b3305_proposition-resolution)
48. Bonifaz Alfonzo L, Mora Sierra R. Decriminalization of abortion by the Mexican Supreme Court. *Int J Gynaecol Obstet.* 2024 Apr;165(1):375-381. doi: 10.1002/ijgo.15433. Epub 2024 Feb 16. PMID: 38362912.
49. « Lei n° 17.097 de 17 de Janeiro de 2017 - Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina ». Traduction par le Haut Conseil à l'Égalité des femmes et des hommes. 2018.
50. Rafael R de MR, Angeli-Silva L, Cabral IE, Santos RGS dos. Sexual abuse, abortion and public health in Brazil : when moral judgment accentuates inequities. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. 2024 [cité 10 sept 2024];77(Suppl 4). Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11338527/>
51. Cousin S. Remede.org. [cité 20 août 2024]. Martin Winckler : « Tout soignant en formation devrait d'abord se colleter à la souffrance au quotidien ». Disponible sur : <http://www.remede.org/documents/martin-winckler-tout-soignant-en-formation-devrait-d-abord-se-colleter-a-la-souffrance-au.html>.
52. Bel B. Enquête Accouchement [Internet]. CIANE. [cité 11 août 2024]. Disponible sur : <https://ciane.net/publications/enquete-accouchement/>
53. Rodriguez SB. The Creation and Circulation of Evidence and Knowledge in American Medicine through the Lens of the « Husband's Stitch ». *Bull Hist Med.* 2024;98(1):93-121.
54. Leavy E, Cortet M, Huissoud C, Desplanches T, Sormani J, Viaux-Savelon S, et al. Disrespect during childbirth and postpartum mental health : a French cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 12 avr 2023;23:241. [cité 10 sept 2024]. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10091597/>
55. L'IRASF : l'évolution du groupe Facebook « Stop à l'impunité des violences Obstétricales » [Internet]. IRASF - Institut de Recherche et d'Actions pour la Santé des Femmes. [cité 20 août 2024]. Disponible sur : <https://www.xn--violences-obsttricales-gynecologiques-ogdm.org/irasf/>
56. Déchalotte Mélanie. Le livre noir de la gynécologie. Maltraitance gynécologiques et obstétricales : libérer la parole des femmes. Paris, First Éditions. Octobre 2017.

57. Messias T. Slate.fr. 2019 [cité 20 août 2024]. « Tu enfanteras dans la douleur », pour combien de temps encore ? Disponible sur : <https://www.slate.fr/story/179088/sante-documentaire-tu-enfanteras-dans-la-douleur-ovidie-violences-accouchement>
58. Yamgnane Amina. Prendre soin des femmes – pour en finir avec les violences gynécologiques. Flammarion. Mars 2024.
59. Amina Yamgnane, gynécologue maltraitante repentie : “Les femmes ont raison d’être en colère” [Internet]. 2024 [cité 10 août 2024]. Disponible sur : <https://www.telerama.fr/debats-reportages/amina-yamgnane-gynecologue-maltraitante-repentie-les-femmes-ont-raison-d-etre-en-colere-7020015.php>
60. Nau JY. [Education : practice of vaginal examinations (and/or rectal) without consent?]. Rev Med Suisse. 4 nov 2015;11(493):2088-9.
61. Je n’ai pas consenti [Internet]. Tribune : Le consentement, point aveugle de la formation des médecins [cité 20 août 2024]. Disponible sur : <https://jenaipasconsenti.tumblr.com/tribune>
62. Je n’ai pas consenti [Internet]. Pétition : Non aux touchers vaginaux non consentis [cité 20 août 2024]. Disponible sur : <https://jenaipasconsenti.tumblr.com/petition>
63. Rapport de la Conférence Nationale des Doyens de Médecine relatif à la formation clinique des étudiants en médecine - APHP DAJDP [Internet]. [cité 20 août 2024]. Disponible sur : <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/rapport-de-la-conference-nationale-des-doyens-de-medecine-relatif-a-la-formation-clinique-des-etudiants-en-medecine/>
64. Touraine Marisol. Ministère de la Santé et de la Prévention. Touchers vaginaux et rectaux sans consentement sur patient(e)s endormi(e)s. Octobre 2015.
65. Demande de rapport au HCE sur les violences obstétricales | Égalité-femmes-hommes [Internet]. 2017 [cité 20 août 2024]. Disponible sur : <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/demande-de-rapport-au-hce-sur-les-violences-obstetricales>
66. Actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : reconnaître et mettre fin à des violences longtemps ignorées - Haut Conseil à l’Égalité entre les femmes et les hommes [Internet]. [cité 20 août 2024]. Disponible sur : <https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et-reproductifs/actualites/article/actes-sexistes-durant-le-suivi-gynecologique-et-obstetrical-reconnaitre-et>
67. Les violences obstétricales reconnues par le Haut Conseil à l’Égalité | Marie accouche là [Internet]. [cité 20 août 2024]. Disponible sur : <http://marieaccouchela.net/index.php/2018/07/02/les-violences-obstetricales-reconnues-par-le-haut-conseil-a-legalite/>
68. Maternys | Les engagements du label [Internet]. [cité 11 août 2024]. Disponible sur : <https://www.maternys.com/label-cngof-maternys/>

69. Proposition de résolution n°3305 [Internet]. [cité 11 août 2024]. Disponible sur : [https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b3305\\_proposition-resolution](https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b3305_proposition-resolution)
70. Sénat [Internet]. 2021 [cité 11 août 2024]. Expression abdominale. Disponible sur : <https://www.senat.fr/questions/base/2021/qSEQ210220826.html>
71. Conseil National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Charte de la consultation en gynécologie ou en obstétrique. Octobre 2021.
72. Elisabeth Borne saisit le Comité consultatif national d'éthique sur le consentement en gynécologie. 6 juill 2022 [cité 20 août 2024]; Disponible sur : [https://www.lemonde.fr/police-justice/article/2022/07/06/elisabeth-borne-saisit-le-comite-consultatif-national-d-ethique-sur-le-consentement-en-gynecologie\\_6133662\\_1653578.html](https://www.lemonde.fr/police-justice/article/2022/07/06/elisabeth-borne-saisit-le-comite-consultatif-national-d-ethique-sur-le-consentement-en-gynecologie_6133662_1653578.html)
73. Avis 142 du CCNE « Consentement et respect de la personne dans la pratique des examens gynécologiques et touchant à l'intimité » | Comité Consultatif National d'Éthique [Internet]. [cité 20 août 2024]. Disponible sur : <https://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/avis-142-du-ccne-consentement-et-respect-de-la-personne-dans-la-pratique-des-examens>
74. Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé. Avis 142. Consentement et respect de la personne dans la pratique des examens gynécologiques ou touchant à l'intimité. Février 2023.
75. Sénat [Internet]. [cité 10 août 2024]. Suivi gynécologique et obstétrical bien traitant. Disponible sur : <https://www.senat.fr/leg/ppl22-238.html>
76. Audit Sécurité Systèmes [Internet]. [cité 20 août 2024]. Isabelle Alonso - Le. Disponible sur : <https://www.isabelle-alonso.com/textes-1/le-point-du-mari-195>
77. Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes. Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. Rapport n°2018-06-26-SAN-034, voté le 26 juin 2018.
78. Article L1110-2 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 4 août 2024]. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006685743](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006685743)
79. Décision n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994 | Conseil constitutionnel [Internet]. [cité 4 août 2024]. Disponible sur : [https://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/1994/94343\\_344DC.htm](https://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/1994/94343_344DC.htm)
80. Titre VIII. Charte de la personne hospitalisée. 2 mars 2006.
81. Article R4127-2 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 20 août 2024]. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006912860](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006912860)

82. Le cartable des compétences psychosociales || IREPS Pays de la Loire [Internet]. [cité 20 août 2024]. Disponible sur : <https://www.cartablecps.org/page-12-2-0.html>
83. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
84. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2019 [cité 20 août 2024]. Article 36 - Consentement du patient. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-36-consentement-patient>
85. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2019 [cité 8 août 2024]. Recueillir le consentement de mon patient. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/exercice/recueillir-consentement-patient>
86. Collectif Interassociatif Autour de la Naissance. Enquête Accouchement. Déclenchement et accélération du travail : information et consentement à revoir ! Avril 2012.
87. Collectif Interassociatif Autour de la Naissance. Enquête Accouchement. Déclenchement : l'importance cruciale de l'information et du consentement. Décembre 2015.
88. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Mars 2002.
89. SPF. Enquête nationale périnatale. Rapport 2021. Les naissances, le suivi à deux mois et les établissements [Internet]. [cité 12 août 2024]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/import/enquete-nationale-perinatale.-rapport-2021.-les-naissances-le-suivi-a-deux-mois-et-les-etablissements>
90. Collectif Interassociatif Autour de la Naissance. Enquête Accouchement. Épisiotomie : État des lieux et vécu des femmes. Novembre 2013.
91. Henriksen TB, Bek KM, Hedegaard M, Secher NJ. Methods and consequences of changes in use of episiotomy. BMJ 1994 Nov 12; 309: 1255–8.
92. SPF. Enquête nationale périnatale. Rapport 2021. Les naissances, le suivi à deux mois et les établissements [Internet]. [cité 12 août 2024]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/import/enquete-nationale-perinatale.-rapport-2021.-les-naissances-le-suivi-a-deux-mois-et-les-etablissements>
93. Collectif Interassociatif Autour de la Naissance. Enquête Accouchement. Expression abdominale : une pratique formellement déconseillée toujours en vigueur. Mars 2014.
94. Sénat. Question de Mme Cohen Laurence [Internet]. Février 2021 [cité 11 août 2024]. Expression abdominale. Disponible sur : <https://www.senat.fr/questions/base/2021/qSEQ210220826.html>

95. Silvia B, Magali GB, Beth S, Eneidia B, Clémence S, Virginie R. Obstetric and gynaecological violence in the EU - Prevalence, legal frameworks and educational guidelines for prevention and elimination.
96. Pietrusiewicz J. Fundacja Rodzić po Ludzku. 2018 [cité 15 sept 2024]. Raport z monitoringu oddziałów położniczych. Opieka okołoporodowa w Polsce w świetle doświadczeń kobiet. Disponible sur : <https://rodzicpoludzku.pl/raporty/raport-z-monitoringu-oddzialow-poloznicznych-opieka-okoloporodowa-w-polsce-w-swietle-doswiadczen-kobiet/>
97. Pietrusiewicz J. Fundacja Rodzić po Ludzku. 2021 [cité 15 sept 2024]. Raport "Opieka okołoporodowa podczas pandemii COVID-19 w świetle doświadczeń kobiet i personelu medycznego. Disponible sur : <https://rodzicpoludzku.pl/raporty/raport-opieka-okoloporodowa-podczas-pandemii-covid-19-w-swietle-doswiadczen-kobiet-i-personelu-medycznego/>
98. Limmer CM, Stoll K, Vedam S, Leinweber J, Gross MM. Measuring disrespect and abuse during childbirth in a high-resource country: Development and validation of a German self-report tool. *Midwifery*. nov 2023;126:103809.
99. Beck-Hiestermann FML, Gries S, Mehl S, Stenzel N, Erices R, Gumz A. Adverse Childbirth Experiences - Results of an Online Survey of Woman During Their First Year Postpartum. 2023.
100. Mena-Tudela D., Iglesias-Casás S., González-Chordá V. M., Cervera-Gasch A., Andreu-Pejó L., Valero-Chilleron M. J, 2021. Obstetric Violence in Spain (Part I): Women's Perception and Interterritorial Differences [Internet]. [cité 15 sept 2024]. Disponible sur : <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/21/7726>
101. García-Moreno C., Pallitto C., Devries K., Stöckl H., Watts C., Abrahams N. & World Health Organization. (2013). Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. World Health Organization.
102. Ined - Institut national d'études démographiques [Internet]. [cité 15 sept 2024]. Enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles - Documents de travail - Ined éditions. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/document-travail/enquete-virage-premiers-resultats-violences-sexuelles/>
103. Hill C, Kearl H. Crossing the Line: Sexual Harassment at School [Internet]. American Association of University Women; 2011 nov [cité 15 sept 2024]. Disponible sur : <https://eric.ed.gov/?id=ED525785>
104. Cocanour CS. Informed consent-It's more than a signature on a piece of paper. *Am J Surg*. déc 2017;214(6):993-7.

105. Guiot F, Cosentino C. In 2021 the first Belgian study around obstetric violence: the lived experiences of 4226 women during childbirth show that obstetric violence is systemic and institutional in the country. [Internet]. 2024 [cité 15 sept 2024]. Disponible sur : <https://nomadit.co.uk/conference/easa2024/paper/79852>
106. Limmer CM, Stoll K, Vedam S, Leinweber J, Gross MM. Measuring disrespect and abuse during childbirth in a high-resource country: Development and validation of a German self-report tool. *Midwifery*. nov 2023;126:103809.
107. Iglesias S, Conde M, González S, Parada ME. ¿Violencia obstétrica en España, realidad o mito? 17.000 mujeres opinan. *MUSAS Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*. 31 janv 2019;4(1):77-97.
108. Blake J. Consent in Obstetrics. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 1 avr 2020;42(4):391-3.
109. Roscoät ED, Léon C, Godeau E. Entre famille et pairs. Déterminants et effets du soutien social perçu chez les collégiens français. *Agora débats/jeunesses*. 6 déc 2016;(4):129-52.
110. Cyr C, Mckee H, O'Hagan M, Priest R. Commission de la santé mentale du Canada. Le soutien par les pairs : une nécessité. Juil 2016. [Internet]. [cité 15 sept 2024]. Disponible sur: [https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2016-10/Making\\_the\\_Case\\_for\\_Peer\\_Support\\_2016\\_Fr.pdf.pdf](https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2016-10/Making_the_Case_for_Peer_Support_2016_Fr.pdf.pdf)
111. Masson E. EM-Consulte. [cité 15 sept 2024]. The institutionalisation of peer support in France: Development of a social role and roll out of public policies. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1291986/the-institutionalisation-of-peer-support-in-france>
112. Webb L, Urban K, Capps N. Hospital Based Violence Intervention Programs Using Peer Support Specialists: A Concise Review. *J Trauma Nurs*. 1 juin 2024;31(3):171-7.
113. Badger K, Acton A, Peterson P. Aftercare, Survivorship, and Peer Support. *Clin Plast Surg*. oct 2017;44(4):885-91.
114. Kahneman D. *Thinking, fast and slow*. New York: Farrar, Straus and Giroux; 2011.
115. Landucci F, Lamperti M. A pandemic of cognitive bias. *Intensive Care Med*. 2021;47(5):636-7.
116. Médicale L. Qare. 2022 [cité 15 sept 2024]. Qare s'engage contre le renoncement aux soins gynécologiques. Disponible sur: <https://www.qare.fr/blog/qare-sacrifice-gyneco/>
117. Garcia LM. A concept analysis of obstetric violence in the United States of America. *Nurs Forum*. nov 2020;55(4):654-63.

118. Perera D, Lund R, Swahnberg K, Schei B, Infanti JJ, ADVANCE study team. « When helpers hurt »: women's and midwives' stories of obstetric violence in state health institutions, Colombo district, Sri Lanka. BMC Pregnancy Childbirth. 7 juin 2018;18(1):211.
119. European Commission: Directorate-General for Justice and Consumers and Quattrocchi, P., Obstetric violence in the European Union – Situational analysis and policy recommendations, Publications Office of the European Union, 2024. Disponible sur : <https://data.europa.eu/doi/10.2838/440301>
120. Silva-Fernandez CS, de la Calle M, Arribas SM, Garrosa E, Ramiro-Cortijo D. Factors Associated with Obstetric Violence Implicated in the Development of Postpartum Depression and Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review. Nurs Rep. 1 nov 2023;13(4):1553-76.
121. Leite TH, Pereira APE, Leal M do C, da Silva AAM. Disrespect and abuse towards women during childbirth and postpartum depression: findings from Birth in Brazil Study. Journal of Affective Disorders. 1 août 2020;273:391-401.
122. O'Sullivan ED, Schofield SJ. Cognitive bias in clinical medicine. J R Coll Physicians Edinb. 2018 Sep;48(3):225-232. doi: 10.4997/JRCPE.2018.306. PMID: 30191910. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30191910/>
123. Hall WJ, Chapman MV, Lee KM, Merino YM, Thomas TW, Payne BK, Eng E, Day SH, Coyne-Beasley T. Implicit Racial/Ethnic Bias Among Health Care Professionals and Its Influence on Health Care Outcomes: A Systematic Review. Am J Public Health. 2015 Dec;105(12):e60-76. doi: 10.2105/AJPH.2015.302903. Epub 2015 Oct 15. PMID: 26469668; PMCID: PMC4638275. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26469668/>
124. Shah HS, Bohlen J. Implicit Bias. [Updated 2023 Mar 4]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK589697/>
125. Job C, Adenipekun B, Cleves A, Gill P, Samuriwo R. Health professionals implicit bias of patients with low socioeconomic status (SES) and its effects on clinical decision-making: a scoping review. BMJ Open. 2024 Jul 2;14(7):e081723. doi: 10.1136/bmjopen-2023-081723. PMID: 38960454; PMCID: PMC11227794. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38960454/>
126. Assemblée nationale - 1967 : La légalisation de la pilule [Internet]. [cité 22 sept 2024]. Disponible sur: [https://www.assemblee-nationale.fr/13/evenements/1967\\_legalisation\\_pilule/](https://www.assemblee-nationale.fr/13/evenements/1967_legalisation_pilule/)
127. info.gouv.fr [Internet]. [cité 22 sept 2024]. IVG, la conquête d'un droit. Disponible sur: <https://www.info.gouv.fr/actualite/ivg-la-conquete-dun-droit>
128. Anissa, A. Cosentino, C., Richard, F., Guiot, F. Servais, J. and Warnimont, M. (2021). Les conditions d'accouchement en Belgique francophone avant et pendant le COVID. Plateforme pour une naissance respectée.

129. Scandurra, C., Zapparella, R., Policastro, M., Continisio, G.I., Ammendola, A., Bochicchio, V., Maldonato, N.M. and Locci, M. (2022). Obstetric violence in a group of Italian women: socio-demographic predictors and effects on mental health. *Culture, health & sexuality*, 24(11), 1466–1480.
130. Fundacja Rodzic po Ludzku, Report on monitoring maternity wards. Perinatal care in Poland in the light of women's experiences, 2018. Disponible sur : <https://rodzicpoludzku.pl/raporty/raport-z-monitoringu-oddzialow-pozniczych-opieka-okoloporodowa-w-polsce-w-swietle-doswiadczen-kobiet/>
131. Prud'homme, D. 'Du soin global au traitement discriminatoire, La prise en charge de patientes identifiées comme roms dans un service de gynécobstétrique parisien', ENS Paris-Saclay Terrains & travaux, 2016, 29(2), Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-terrains-et-travaux-2016-2-page-85.html>
132. LeMasters, K., Baber Wallis, A., Chereches, R., Gichane, M., Tehei, C., Varga, A. and Tumlinson, K. (2019). Pregnancy experiences of women in rural Romania: understanding ethnic and socioeconomic disparities. *Cult Health Sex.* 21(3), 249-262.
133. Thominet, M., Konrády Beliová, N. and Polivčáková, M. (2021). Let's talk openly about births: human rights approach when providing health care during childbirth. Publisher Public Defender of Rights. Disponible sur : [https://vop.gov.sk/wp-content/uploads/2021/09/Sprava\\_porody\\_FINAL.pdf](https://vop.gov.sk/wp-content/uploads/2021/09/Sprava_porody_FINAL.pdf)
134. Brigidi, S. and Busquets-Gallego, M. (2019). Interseccionalidades de género y violencias obstétricas. *MUSAS. Revista De Investigación En Mujer, Salud Y Sociedad*, 4(2), 37-52.
135. Anissa, A. Cosentino, C., Richard, F., Guiot, F. Servais, J. and Warnimont, M. (2021). Les conditions d'accouchement en Belgique francophone avant et pendant le COVID. Plateforme pour une naissance respectée.
136. Papadakaki, M., Iliadou, M., Sioti, E., Petelos, E., & Vivilaki, V. (2021). The Perinatal Journey of a Refugee Woman in Greece: A Qualitative Study in the Context of the ORAMMA Project to Elucidate Current Challenges and Future Perspectives. *Sexes*, 2(4), 452-467. Disponible sur : <https://www.mdpi.com/2411-5118/2/4/36>
137. Sauvegrain, P., Schantz, C., Gaucher, L., Chantry, A.A. and CNSF (Collège National des sages-Femmes de France – French National College of Midwives) (2023). Avenues for measuring and characterising violence in perinatal care to improve its prevention: A position paper with a proposal by the National College of French Midwives. *Midwifery*, 116, 103520.
138. Quagliariello, C. and Sauvegrain, P. (2022). 'Prendre soin des 'mères africaines'. Une étude des relations racialisées dans les maternités françaises et italiennes, *Anthropologie & Santé*, 24.
139. Barata, C. (2022b) 'Body Broken in Half: tackling an Afro-Brazilian migrant's experience of obstetric violence and racism in Portugal through art making'. *Revista (Con)textos*, 10(1), 65-84.

140. Kavanagh, L. (2018). 'Standing Alongside' and in Solidarity with Traveller Women: Minority Ethnic Women's Narratives of Racialized Obstetric Violence. National University of Ireland, Maynooth (Ireland). ProQuest Dissertations.
141. Citizen Platform for a Respected Birth, Giving Birth in Brussels and Wallonia Before and During COVID – The Results, 2022. Disponible sur : <https://www.naissancerespectee.be/accoucher-a-bruxelles-et-en-wallonie-avant-et-pendant-le-covid-les-resultats/>
142. Fundacja Rodzic po Ludzku. Report on monitoring maternity wards. Perinatal care in Poland in the light of women's experiences, 2018, Raport z monitoringu oddziałów położniczych. Opieka okołoporodowa w Polsce w świetle doświadczeń kobiet
143. Franck, J., Ringa, V., Rigal, L., et al. Patterns of gynaecological check-up and their association with body mass index within the CONSTANCES cohort, Journal of Medical Screening, 2021, 28(1):10-17.
144. El Konradi, S., Jacquet, M. & Rollin, L. Violences gynécologiques et obstétricales vécues par les femmes avec une déficience intellectuelle vivant en institution : Étude exploratoire sur la situation en Belgique francophone, 2020. Disponible sur : [https://assets.ctfassets.net/10gk3lslb1u3/2vcluHLvLz8ft5GYjhsrt/96a054afc2e4de6e2ceee73c485d1e3d/rapport\\_VGO-web.pdf](https://assets.ctfassets.net/10gk3lslb1u3/2vcluHLvLz8ft5GYjhsrt/96a054afc2e4de6e2ceee73c485d1e3d/rapport_VGO-web.pdf)
145. Von Ska Salden & Dem Netzwerk Queere Schwangerschaften. Queer und schwanger Diskriminierungserfahrungen und Verbesserungsbedarfe in der geburtshilflichen Versorgung, 2022.
146. Felicitas, F., Frisén, L., Dhejne, C. & Armuand, G. 'Undergoing Pregnancy and Childbirth as Trans Masculine in Sweden : Experiencing and Dealing with Structural Discrimination, Gender Norms and Microaggressions in Antenatal Care, Delivery and Gender Clinics', International Journal of Transgender Health, 2021, 22:1-2, 42-53.
147. Brînzac MG, Kuhlmann E, Dussault G, Ungureanu MI, Cherecheş RM, Baba CO. Defining medical deserts-an international consensus-building exercise. Eur J Public Health. 2023 Oct 10;33(5):785-788. doi: 10.1093/eurpub/ckad107. PMID: 37421651; PMCID: PMC10567127. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37421651/>
148. Flinterman LE, González-González AI, Seils L, Bes J, Ballester M, Bañeres J, Dan S, Domagala A, Dubas-Jakóbczyk K, Likic R, Kroezen M, Batenburg R. Characteristics of Medical Deserts and Approaches to Mitigate Their Health Workforce Issues: A Scoping Review of Empirical Studies in Western Countries. Int J Health Policy Manag. 2023;12:7454. doi: 10.34172/ijhpm.2023.7454. Epub 2023 Aug 15. PMID: 38618823; PMCID: PMC10590222. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38618823/>

149. Actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : reconnaître et mettre fin à des violences longtemps ignorées - Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes [Internet]. [cité 20 août 2024]. Disponible sur : <https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et-reproductifs/actualites/article/actes-sexistes-durant-le-suivi-gynecologique-et-obstetrical-reconnaitre-et>
150. Communiqué de presse. Frédérique Valletoux. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. [cité 13 août 2024]. Prévention et lutte contre les violences sexistes et sexuelles dans le secteur de la santé. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/prevention-et-lutte-contre-les-violences-sexistes-et-sexuelles-dans-le-secteur>
151. France Bleu et France 3 [Internet]. 2024 [cité 23 août 2024]. Pas d'accouchement à l'hôpital de Mayenne du 27 juillet au 5 août à cause d'une pénurie de médecins. Disponible sur : <https://www.francebleu.fr/infos/sante-sciences/pas-d-accouchement-a-l-hopital-de-mayenne-du-27-juillet-au-5-aout-a-cause-d-une-penurie-de-medecins-8252782>
152. Hôpital de Sarlat / Chirurgie / Maternité / MAIA du Périgord Noir. [Internet]. [cité 10 sept 2024]. Disponible sur: <https://ch-sarlat.wixsite.com/monsie>
153. Ministère de l'Éducation Nationale et de la Jeunesse. Éducation à la sexualité. Mars 2024.
154. DGS. Céline M. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. [cité 13 août 2024]. L'entretien prénatal précoce. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/1000jours/EPP>
155. Ma Sécurité | Violences sexuelles, sexistes ou conjugales [Internet]. [cité 23 août 2024]. Ma Sécurité | Violences sexuelles, sexistes ou conjugales. Disponible sur: <https://www.masecurite.interieur.gouv.fr/fr/demarches-en-ligne/portail-signalement-violences-sexuelles-sexistes>
156. CNOP [Internet]. [cité 16 août 2024]. Démographie des pharmaciens 2022 : principales tendances. Disponible sur : <https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/les-actualites/demographie-des-pharmaciens-2022-principales-tendances>
157. Chiffres clés sur les pharmaciens et professionnels d'officine [Internet]. 3S Santé. 2023 [cité 16 août 2024]. Disponible sur : <https://www.3ssante.com/chiffres-clés-pharmaciens-france/>
158. Pierre Nicolas Bourcier et Sandrine Bodson. CVFE - Dire NON aux violences conjugales ! [cité 23 août 2024]. A propos de l'usage du mot « victime ». Avril 2018. Disponible sur : <https://www.cvfe.be/publications/analyses/54-a-propos-de-l-usage-du-mot-victime>
159. Mrozovski JM, Guerriaud M. Le pharmacien et le consentement éclairé. Actual Pharm. oct 2021;60(609):57-8.

160. StopVOG. Stop aux violences obstétricales [Internet]. 2024 [cité 23 août 2024]. Disponible sur : <https://stop-vog.fr/>
161. IRASF - Institut de recherche et d'actions pour la santé des femmes [Internet]. [cité 23 août 2024]. Disponible sur : <https://www.xn--violences-obsttricales-gynecologiques-ogdm.org/>
162. #NousToutes [Internet]. [cité 23 août 2024]. #NousToutes. Disponible sur : <https://www.noustoutes.org/>
163. Alliance francophone pour l'accouchement respecté [Internet]. [cité 23 août 2024]. Violences obstétricales. Disponible sur : <https://afar.info/violences-obstetricales/>
164. Viols Femmes Informations 0 800 05 95 95 - CFCV contre le viol [Internet]. [cité 23 août 2024]. Disponible sur : <https://cfcv.asso.fr/>
165. L'Échappée | collectif lillois de lutte contre les violences sexistes et sexuelles [Internet]. [cité 23 août 2024]. Disponible sur : <https://www.lechappee-lille.fr/>
166. J'ai besoin d'aide | L'Échappée [Internet]. [cité 15 août 2024]. Disponible sur: <https://www.lechappee-lille.fr/jai-besoin-daide/>
167. Un Maillon Manquant [Internet]. [cité 23 août 2024]. Prise en charge des violences faites aux femmes. Disponible sur : <https://unmaillonmanquant.org/>
168. Diplôme Inter Universitaire - Un Maillon Manquant [Internet]. [cité 23 août 2024]. Disponible sur : <https://unmaillonmanquant.org/formation-universitaire/>
169. Actions de sensibilisation aux besoins de formation [Internet]. Un Maillon Manquant. [cité 23 août 2024]. Disponible sur : <https://unmaillonmanquant.org/actions-de-sensibilisation/>
170. Géolocalisation diplômés DIU [Internet]. Un Maillon Manquant. [cité 23 août 2024]. Disponible sur : <https://unmaillonmanquant.org/formation-universitaire/geolocalisation-diplome/>
171. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2019 [cité 22 sept 2024]. Article 36 - Consentement du patient. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-36-consentement-patient>
172. DICOM\_Raphaelle.B, DICOM\_Raphaelle.B. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. [cité 22 sept 2024]. Prévention et lutte contre les violences sexistes et sexuelles dans le secteur de la santé. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/prevention-et-lutte-contre-les-violences-sexistes-et-sexuelles-dans-le-secteur>
173. Ministère de l'Éducation Nationale et de la Jeunesse. Éducation à la sexualité. Mars 2024.

# Annexes

## Annexe 1 : Tableaux récapitulatifs du HCE des sanctions encourues pour VGO

| Comportements  | Contexte      | Exemples   | Infraction correspondante | Niveau d'infraction | Texte applicable  | Circonstances aggravantes mobilisables dans le cadre de la relation de soins  | Peines ou sanctions disciplinaires principales  |
|--|---------------|--|---------------------------|---------------------|---|---|---|
| Non prise en compte de la gêne de la patiente, liée au caractère intime de la consultation   | Gynécologique | Déshabillage systématique, position de l'examen.   | x                         | x                   | Article 2 du Code de déontologie (article R.4127-2 du code de la santé publique) :<br>« Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort. »  | x   | Les sanctions de la juridiction ordinaire pour manquement au code de déontologie médicale sont des peines professionnelles (avertissement, blâme, suspension temporaire du droit d'exercer avec ou sans sursis, radiation du tableau de l'Ordre). |
|  | Obstétrical   | Ne pas fermer la porte de la chambre ; entrer avec plusieurs internes dans la chambre d'une femme ayant récemment accouché.  |                           |                     |   |   |   |
| Propos dénigrants sur la sexualité, la tenue, le désir ou non d'avoir un enfant, le poids qui renvoient à des injonctions sexistes | Tous          | Propos dénigrants sur le poids d'une patiente, sur la multiplicité de ses partenaires sexuels. Propos porteurs de jugements sur l'orientation sexuelle de la patiente. | Outrage sexiste           | Délict              | Selon la version provisoire de l'article 4 du Projet de loi renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes :<br>« Constitue un outrage sexiste le fait (...) d'imposer à une personne but ou comportement à connotation sexuelle ou sexiste ou à raison de son sexe, de son identité de genre ou de son orientation sexuelle, éelle ou supposée, qui soit porte atteinte à sa dignité en raison de son caractère dégradant ou humiliant, soit créé à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante. » <sup>1</sup>  | L'outrage sexiste est puni de l'amende prévue pour les contraventions de la 4 <sup>e</sup> classe, soit 750 euros. Les peines sont portées à 1500 euros d'amende pour circonstances aggravées ou 3000 euros en cas de récidive. |   |
|  |               | Propos dénigrants sur son désir ou non d'avoir un enfant.  | Entrave à l'IVG           | Délict              | 1- Version du texte adoptée en première lecture à l'Assemblée nationale, le 17 mai 2018<br>Selon l'article L.22732 du Code la Santé Publique, est punie de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende « le fait d'empêcher ou de tenter d'empêcher une interruption de grossesse ou les actes préétablis prévus par les articles L. 2272-3 à L. 2272-8 :<br>-soit en perturbant de quelque manière que ce soit l'accès aux établissements mentionnés à l'article L. 2272-2, la libre circulation des personnes à l'intérieur de ces établissements ou les conditions de travail des personnels médicaux et non médicaux ;<br>-soit en exerçant des pressions morales et psychologiques, des menaces ou tout acte d'intimidation à l'encontre des personnels médicaux et non médicaux travaillant dans ces établissements des femmes venues subir une interruption volontaire de grossesse ou de l'enlèvement de ces dernières. » | Le délit d'entrave à l'IVG est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende  |   |
| Injures sexistes   | Tous          | L'injure non publique commise envers une personne ou un groupe de personnes à raison de leur sexe, de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre.          | Injure non publique       | Contra-vention      | Articles R.624-3 et R.624-4 du Code Pénal   |   | 750 euros d'amende  |

| Comportements   | Contexte      | Exemples   | Infraction correspondante  | Niveau d'infraction  | Texte applicable   | Circonstances aggravantes mobilisables dans le cadre de la relation de soins   | Peines ou sanctions disciplinaires principales   |
|---|---------------|--|--|--|--|--|--|
| Actes (intervention médicale, prescription, etc.) exercés sans recueillir/contre le consentement ou sans respecter le choix ou la parole de la patiente | Gynécologique | Imposition d'un type de contraceptif, pas de prise en compte de la douleur exprimée (endométriose)   | x  | x  | Article L1111-4 du CSP : « L'examen d'une personne malade dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informés de la nécessité de respecter les droits des malades énoncés au présent titre. »<br>+<br>Article 36 du Code de déontologie médicale (art. R4127-36 du CSP) : « Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'examen ou de soins, refuse les investigations ou le traitement proposé, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences. Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que la personne de confiance, à défaut, la famille ou un de ses proches ait été prévenu et informé, sauf urgence ou impossibilité. » | Article 222-24, 3° : « Lorsqu'il est commis sur une personne dont la particulière vulnérabilité due à son âge, une maladie, une infirmité ou un état de grossesse, est apparente et connue de l'auteur »<br>Article 222-24, 5° : « Lorsqu'il est commis par une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions. »<br>Article 222-28 : « 3° Lorsqu'elle est commise par une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions »<br>Article 222-29 : « sur personne dont la particulière vulnérabilité due à l'âge, la maladie, l'infirmité (...) ou un état de grossesse est apparente ou connue de l'auteur » | Les sanctions de la juridiction ordinaire pour manquement au code de déontologie médicale sont des peines professionnelles (avertissement, blâme, suspension temporaire du droit d'exercer avec ou sans sursis, radiation du tableau de l'Ordre). Le délit d'entrave à l'IVG est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende |
|   |               | Toucher vaginal ou toute autre pénétration (vaginale ou anale) sans recueil/contre le consentement, ou pratiqué en dehors des nécessités médicales posées par l'article 16-3 du code civil | Viol   | Crime  | Infraction définie à l'article 222-23 du Code Pénal : « Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol. »   |  |  |
|   |               | Toucher les seins d'une femme ou pratiquer une palpation mammaire sans recueil/contre le consentement de la patiente   | Agression sexuelle   | Délit  | Infraction définie à l'article 222-22 du Code Pénal : « Constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise. »  |  |  |
|   | Obstétrical   | Pratique d'une épisiotomie sans recueil/contre le consentement de la patiente.   | Ces actes sont susceptibles de recevoir les qualifications de violences ayant entraîné une incapacité totale de travail ou une infirmité permanente. | Délit  | Article 37 du code de déontologie médicale (Article R.4127-37 du CSP) : « En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement »<br>Article 18 du code de déontologie médicale (article R.4127-18 du code de la santé publique)<br>« Un médecin ne peut pratiquer une interruption volontaire de grossesse que dans les cas et les conditions prévus par la loi ; il est toujours libre de s'y refuser et doit en informer l'intéressée dans les conditions et délais prévus par la loi. »  |  |  |
| Refus de pratiquer une IVG sans orienter la patiente vers un.e confrère, refus de pratiquer une ligature des trompes                                    |               | Entrave à l'IVG  | Délit  | Articles L2223-2 du CSP, et 222-11 et suivants du code pénal |  |  |  |

| Comportements                                    | Contexte      | Exemples   | Infraction correspondante  | Niveau d'infraction | Texte applicable  | Circonstances aggravantes mobilisables dans le cadre de la relation de soins  | Peines ou sanctions disciplinaires principales  |
|--|---------------|--|--|---------------------|---|---|---|
| Actes ou refus d'acte non justifiés médicalement | Gynécologique | Pratique d'un frottis avant l'âge de 25 ans sur une femme en bonne santé.<br>Palpation mammaire sans aucune justification médicale.<br>Examen vaginal sans aucune justification médicale | x  | x                   | Article 8 du Code de déontologie médicale (art. R.4127-8 du CSP) : « <i>Le médecin doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins.</i> »<br>Article 32 du Code de déontologie médicale (art. R4127-32 du CSP) : « <i>Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents.</i> » | Les sanctions de la juridiction ordinaire pour manquement au code de déontologie médicale sont des peines professionnelles (avertissement, blâme, suspension temporaire du droit d'exercer avec ou sans sursis, radiation du tableau de l'Ordre).   |   |
|  | Obstétrical   | Episiotomie quasi systématique chez la primipare, pratique persistante de l'expression abdominale, touchers vaginaux multiples   | x  |                     |   |   |   |
| Harcèlement sexuel                               | Tous          | Invitations à dîner récurrentes, regards insistants, questions intrusives sur la vie sexuelle de la patiente sans lien avec la consultation.   | Infraction définie à l'article 222-33 du Code Pénal :<br>« <i>Le harcèlement sexuel est le fait d'imposer à une personne, de façon répétée, des propos ou comportements à connotation sexuelle qui soit portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante.</i><br>- Est assimilé au harcèlement sexuel le fait, même non répété, d'user de toute forme de pression grave dans le but réel ou apparent d'obtenir un acte de nature sexuelle, que celui-ci soit recherché au profit de l'auteur des faits ou au profit d'un tiers. » | Délit               |   | « <i>Abus d'autorité que lui confère sa fonction</i> »<br>Est également aggravé le harcèlement sexuel commis « <i>sur une personne dont la particulière vulnérabilité due à (...) un état de grossesse est apparue ou connue de leur auteurs.</i> » | 2 ans<br>d'emprisonnement et 30 000 € d'amende.<br>Les peines sont portées à 3 ans d'emprisonnement et 45 000€ en cas de circonstances aggravantes. |

| Comportements      | Contexte | Exemples  | Infraction correspondante | Niveau d'infraction | Texte applicable                        | Circonstances aggravantes mobilisables dans le cadre de la relation de soins   | Peines ou sanctions disciplinaires principales   |
|--------------------|----------|---|---------------------------|---------------------|---|--|--|
| Agression sexuelle | Tous     | Toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise   | Agression sexuelle        | Délit               | Code Pénal - Article 222-22             | Article 222-28 :<br>« 3° Lorsqu'elle est commise par une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions »  | Les agressions sexuelles autres que le viol sont sanctionnées par 5 ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende.<br>Les peines sont portées à 7 ans d'emprisonnement et 100 000 euros d'amende pour circonstances aggravantes. |
| Viol               | Tous     | Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol | Viol                      | Crime               | Code Pénal - Article 222-23 et suivants | Article 222-24 « Lorsqu'il est commis par une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions. »<br>Est également aggravé le viol commis « sur une personne dont la particulière vulnérabilité due à (...) un état de grossesse est apparente ou connue de leur auteur ». | Le viol est puni de 15 ans de réclusion criminelle.<br>Les peines sont portées à 20 ans de réclusion criminelle en cas de circonstances aggravantes.   |

Annexe 2 : Proposition de loi du 12 janvier 2023  
visant un suivi gynécologie et obstétrical bientraitant

N° 238  
**SÉNAT**

SESSION ORDINAIRE DE 2022-2023

---

Enregistré à la Présidence du Sénat le 12 janvier 2023

**PROPOSITION DE LOI**

*visant à renforcer un suivi gynécologique et obstétrical bientraitant,*

PRÉSENTÉE

Par Mme Raymonde PONCET MONGE, MM. Guy BENARROCHE, Daniel BREUILLER, Ronan DANTEC, Mme Monique de MARCO, MM. Thomas DOSSUS, Jacques FERNIQUE, Guillaume GONTARD, Joël LABBÉ, Paul Toussaint PARIGI, Daniel SALMON et Mme Mélanie VOGEL,

Sénatrices et Sénateurs

*(Envoyée à la commission des affaires sociales, sous réserve de la constitution éventuelle d'une commission spéciale dans les conditions prévues par le Règlement.)*

## EXPOSÉ DES MOTIFS

Mesdames, Messieurs,

La gynécologie est une spécialité médico-chirurgicale qui a pour objet le diagnostic et le traitement des maladies de l'appareil génital féminin et du sein, la prise en soin du traitement de la stérilité, la régulation des naissances ainsi que le traitement des troubles de la ménopause. Elle est divisée en plusieurs branches, parmi lesquelles on compte l'obstétrique relative à l'accouchement et à ses suites.

Donner la vie, c'est également risquer la sienne. Selon l'OMS (l'Organisation Mondiale de la Santé), en 2019, environ 830 femmes décédaient chaque jour dans le monde du fait de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement. En 2015, le ratio de mortalité maternelle dans les pays dits « en développement » était de 239 pour 100 000 naissances, contre 12 pour 100 000 dans les pays dits « développés ». Les inégalités sociales et d'accès aux services de santé créent des disparités entre les pays ainsi qu'en leur sein, selon le niveau socio-économique, le lieu de vie, et d'autres caractéristiques<sup>1</sup>. À titre d'exemple, le taux de mortalité maternelle est quatre fois plus élevé en Outre-mer qu'en France hexagonale.

L'accouchement est, en tout état de cause, un moment pivot, durant lequel les femmes sont en proie à des sentiments multiples, à des bouleversements physiques et émotionnels. Ces dernières années, les réseaux sociaux se font l'écho de témoignages de femmes portant sur certaines pratiques médicales maltraitantes dont elles sont victimes. À titre d'exemple, en 2014, c'est une sage-femme qui dénonce sur son blog le « point du mari », ce point de suture supplémentaire effectué après une épisiotomie afin de resserrer le diamètre d'entrée du vagin dans le but supposé de renforcer le plaisir du partenaire. Le scandale provoqué par ce témoignage a entraîné de vifs débats, sur internet comme dans la presse grand public. La même année, dans les 24 heures qui ont suivi le lancement sur twitter de l'hashtag #PayeTonUtérus, plus de 7 000 femmes ont dénoncé des injonctions sur leur poids ou leur sexualité, sur leur volonté ou non d'avoir un enfant, des examens vaginaux brutaux et des actes pratiqués

---

<sup>1</sup> « Les inégalités sociales et territoriales de santé », Santé publique France.

sans leur consentement. Les prises de parole des femmes se multiplient concernant les faits de violences gynécologiques et obstétricales, et ce, au niveau mondial. En 2019, la Rapporteuse spéciale de l'ONU sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences publie un rapport concernant l'adoption d'une démarche fondée sur les droits de la personne dans la lutte contre les mauvais traitements et les violences infligées aux femmes dans les services de santé procréative, en particulier les violences commises pendant l'accouchement et les violences obstétricales (A/74/137).

Enfin, l'accouchement dans un milieu institutionnel médical caractérisé par une grande technicité s'est souvent imposé au détriment d'autres choix : maisons de naissance, voire accouchements physiologiques à domicile.

Cela a fortement contribué à la mise en place de protocoles standardisés, de pratiques routinières, de gestes médicaux dont la nécessité est parfois contestée. Par conséquent, ceci complexifie la construction d'un rapport patientes – praticiens et praticiennes équilibré et favorise de possibles violences.

En 2018, à la demande de la Secrétaire d'État à l'égalité entre les femmes et les hommes, le Haut Conseil à l'Égalité (HCE) a remis un rapport définissant les violences gynécologiques et obstétricales comme « *les actes sexistes les plus graves qui peuvent se produire dans le cadre du suivi gynécologique et obstétrical des femmes* » et le HCE d'appeler à une prise de conscience des Pouvoirs Publics afin de reconnaître ces actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical, les prévenir, faciliter les procédures de signalements et condamner les pratiques sanctionnées par la loi. Ce dénominateur recouvre une grande variété d'actes et de comportements, comprenant tant des attitudes ou propos sexistes que des actes attentatoires à l'intégrité physique des personnes. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces violences gynécologiques et obstétricales. Elles sont les plus invisibles et les plus naturalisées des formes de violences qui pèsent sur les femmes dans notre société. Elles font partie d'un mécanisme de contrôle et d'appropriation du corps des femmes. En effet, la construction des différences biologiques entre les hommes et les femmes a justifié un système de représentations qui assigne à chaque genre des spécificités culturelles et sociales et des valeurs inégalitaires, établissant de ce fait un système de hiérarchie.

Selon le rapport précité de l'ONU, « *les mauvais traitements et les violences infligés aux femmes dans les services de santé procréative et pendant l'accouchement sont analysés comme s'inscrivant dans le*

*prolongement des violations commises plus largement du fait des inégalités structurelles, de la discrimination et du patriarcat, et qui sont aussi la conséquence d'une sensibilisation et d'une formation insuffisantes et du non-respect de l'égalité de statut des femmes et de leurs droits* ». Les violences gynécologiques et obstétricales renvoient à des violences de genre et à des violences institutionnelles. Se pose alors la question d'un droit des femmes à choisir les modalités de leur suivi gynécologique tout au long de leur vie et lors de leur accouchement ainsi que celle de la responsabilité civile et déontologique des professionnels de santé. Or, la restructuration des maternités s'est traduite par la fermeture, de plus en plus importante depuis une vingtaine d'années, des maternités de proximité (dites de type I, ayant vocation à accueillir les grossesses physiologiques sans complications prévisibles). Le phénomène continu, justifié par des contraintes budgétaires a abouti à la concentration des accouchements dans des établissements de type III ou II, théoriquement destinées à des grossesses à risque (III) ou nécessitant un suivi particulier (II). Selon la DREES, en 2021, les maternités de type II ou III concentrent 76 % des lits et 81 % des accouchements.

Faute de moyens humains et matériels suffisants, certain.e.s soignant.e.s dénoncent l'impossibilité d'accompagner les patientes tel qu'ils le souhaiteraient (notamment à travers le hashtag #Jesuismaltraitante). Le rapport précité invite les États à « *pallier le manque de personnel qualifié et ainsi réduire la charge de travail élevée qui en découle dans les établissements de santé* » et à « *allouer suffisamment de fonds, de personnel et de matériel aux services de maternité, conformément au droit international des droits de l'humain, au titre duquel les États sont tenus de consacrer le maximum des ressources dont ils disposent à la santé sexuelle et procréative, y compris aux programmes relatifs à la santé maternelle et aux accouchements* ».

Enfin, des prises de paroles traduisent un besoin d'humanisation des naissances. C'est ce que défendent les tenants d'une approche dite globale des naissances. Il s'agit de partir du principe que pour chaque femme, il y a une sage-femme. La femme enceinte dispose d'une seule référente qui la suit pendant sa grossesse, son accouchement et les suites de couches. C'est un élément de sécurisation pour la mère et pour l'enfant mais aussi pour le corps médical, car la sage-femme devient alors, en plus de ses compétences médicales, une personne pivot entre les professionnels de santé et les patientes.

En juillet 2022, le Comité pour l'élimination des discriminations contre les femmes de l'ONU a estimé que l'Espagne devrait indemniser une femme enceinte ayant subi des violences obstétricales. Le Comité a

demandé à l'Espagne « *de respecter l'autonomie des femmes et leur capacité à prendre des décisions éclairées concernant leur santé reproductive en leur fournissant des informations complètes à chaque étape de l'accouchement* » tout en exigeant que « *leur consentement libre, préalable et éclairé soit obtenu pour tout traitement invasif pendant l'accouchement* ».

Cette proposition de loi comptant 6 articles vise donc à améliorer le rapport patientes – praticiens et praticiennes dans le suivi gynécologique et obstétrical des femmes afin de sécuriser tant les femmes et les enfants à naître que les professionnels de santé. Cette proposition de loi entend également tenir compte des prises de paroles qui se multiplient évoquant ces violences proprement gynécologiques et obstétricales pratiquées au sein du corps médical et propose une catégorisation des situations dites de violences obstétricales et gynécologiques dans le champ du droit afin de clarifier le cadre normatif existant et de permettre tant de fonder les recours éventuels de patientes que de sécuriser les pratiques professionnelles.

**Le titre premier porte sur la caractérisation et l'établissement, dans le champ du droit, d'une échelle graduelle des situations dites de violences obstétricales et gynécologiques.**

**L'article 1 propose de caractériser dans le champ du droit les situations dites de violences gynécologiques et obstétricales afin de clarifier le cadre normatif existant, et de permettre de fonder les recours éventuels de patients comme de sécuriser les pratiques professionnelles.**

Le corps médical exerce un rapport d'autorité légitimé par des études et expériences cliniques. Il véhicule par ce biais des normes, instaurant un système de pouvoir dans lequel les patientes sont en position de vulnérabilité. Il s'agit de veiller à ce que les subjectivités des patientes quant à leurs corps et à leurs expériences corporelles soient respectées.

De fait, le Droit français ne définit pas explicitement ces violences, a contrario de certains pays d'Amérique latine tels que l'Argentine et le Venezuela qui les ont inscrites dans leur législation depuis la fin des années 2000. Une équipe de l'Institut des sciences juridique et philosophique de la Sorbonne travaille actuellement au recensement et à la catégorisation des situations dites de violences obstétricales et gynécologiques dans le champ du droit. Néanmoins, une définition apparaît dans le rapport de 2018 du Haut Conseil à l'Egalité 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 », étant précisé que :

*« Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical sont des gestes, propos, pratiques et comportements exercés ou omis par un.e ou plusieurs membres du personnel soignant sur une patiente au cours du suivi gynécologique et obstétrical et qui s'inscrivent dans l'histoire de la médecine gynécologique et obstétricale, traversée par la volonté de contrôler le corps des femmes (sexualité et capacité à enfanter). Ils sont le fait de soignant.e.s - de toutes spécialités - femmes et hommes, qui n'ont pas forcément l'intention d'être maltraitant.e.s. Ils peuvent prendre des formes très diverses, des plus anodines en apparence aux plus graves ».*

Ce rapport identifie six types d'actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical :

- *« Non prise en compte de la gêne de la patiente, liée au caractère intime de la consultation ;*
- *Propos porteurs de jugements sur la sexualité, la tenue, le poids, la volonté ou non d'avoir un enfant, qui renvoient à des injonctions sexistes ;*
- *Injures sexistes ;*
- *Actes (intervention médicale, prescription, etc.) exercés sans recueillir le consentement ou sans respecter le choix ou la parole de la patiente ;*
- *Actes ou refus d'acte non justifiés médicalement ;*
- *Violences sexuelles : harcèlement sexuel, agression sexuelle et viol ».*

Cet article suit également les préconisations du rapport de la Rapporteuse spéciale de l'ONU sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences datant de 2019 qui encourage à *« établir des mécanismes d'application du principe de responsabilité fondés sur les droits de la personne pour garantir réparation aux victimes de mauvais traitements et de violences, notamment sous la forme d'indemnisations, d'une reconnaissance des torts, d'excuses formelles et de garanties de non-répétition »*. De surcroît, il stipule que *« certaines femmes subissent des formes de discrimination croisées, ce qui en aggrave les effets négatifs, et la violence fondée sur le genre peut toucher les femmes à différents degrés ou de différentes façons, d'où la nécessité de réponses politiques et juridiques adéquates »* et qu'il s'agit de *« lutter contre la discrimination croisée et les stéréotypes aggravants visant des sous-groupes de personnes »*.

D'une part, le présent article crée dans le code pénal les délits de violence gynécologique et obstétricale (intentionnel et non intentionnel) et le délit d'outrage sexiste gynécologique et obstétrical. Il les assortit de peines, et définit des circonstances aggravantes en fonction des discriminations croisées vécues par les victimes.

D'autre part, concernant les agressions sexuelles, les viols et les actes de torture et de barbarie, l'article vise à ériger en circonstance aggravante le fait qu'ils soient commis par un professionnel de santé.

**L'article 2 prévoit une procédure disciplinaire spécifique pour l'examen des plaintes pour violences sexuelles, excluant toute conciliation et que le Président du conseil départemental de l'ordre des médecins et des sages-femmes adresse une copie de la plainte (accompagnée de l'avis du conseil) au parquet.**

L'ordre des médecins et celui des sages-femmes sont tenus de veiller au maintien des principes de moralité, probité, compétence et dévouement, et à l'observation par leurs membres des devoirs professionnels et des règles édictées par le Code de déontologie. En cas de manquement d'un praticien à ses obligations, la patiente peut déposer plainte auprès du conseil départemental de l'ordre des médecins. Celui-ci organise une réunion de conciliation entre la patiente et le professionnel. En cas d'échec de la conciliation, la plainte sera jugée par la chambre disciplinaire de première instance, dont la décision peut faire l'objet d'un appel devant la chambre disciplinaire nationale puis d'un pourvoi devant le Conseil d'État.

Toutefois, cette procédure disciplinaire apparaît inadaptée aux violences sexuelles dont peuvent faire partie les violences obstétricales et gynécologiques. En effet, elle prévoit la participation de la victime à des réunions de conciliation avec son agresseur, alors même que 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 (Convention d'Istanbul, 2011) interdit la médiation et la conciliation en cas de violences faites aux femmes.

**Le titre deux vise à renforcer la prise en compte de la volonté des patients et des patientes.**

**L'article 3 rend obligatoire la possibilité de faire appel à un.e traducteur-riche dans les établissements de santé publics et privés. Il vise ainsi à accroître le consentement éclairé des femmes qui ne maîtrisent pas la langue française, catégorie sociale particulièrement vulnérabilisée, et ce, afin de prévenir les violences gynécologiques et obstétricales les concernant.**

En effet, le rapport de la Rapporteuse spéciale de l'ONU de 2019 sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences aborde l'importance du « *consentement éclairé* » pour « *prévenir et combattre les mauvais traitements et les violences infligés aux femmes* » dans le cadre de la réalisation d'actes gynécologiques et obstétricaux. Le rapport encourage les États à « *veiller à ce que le principe du consentement éclairé soit dûment et effectivement appliqué, conformément aux normes relatives aux droits de la personne* » ; à « *adopter des lois et politiques de santé efficaces obligeant tous les services de santé procréative à appliquer le principe du consentement éclairé et à ne pratiquer des césariennes, des épisiotomies ou d'autres traitements invasifs durant l'accouchement qu'avec le consentement préalable, libre et éclairé des femmes* », et à « *respecter l'autonomie et l'intégrité des femmes, ainsi que leur capacité de prendre des décisions informées concernant leur santé procréative* ». Or, l'octroi d'un consentement libre et éclairé, nécessite, pour chaque femme, la possibilité de communiquer dans une langue qu'elle comprend et maîtrise.

**L'article 4 prévoit une formation à la non-discrimination à destination des professionnels de santé.**

Cet article répond aux recommandations du rapport de la Rapporteuse spéciale de l'ONU de 2019 sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences 19 qui invite les États à « *veiller à ce que tous les professionnels de la santé suivent des séances d'information ou des formations sur les droits [...] des femmes* ». Afin de prévenir les violences gynécologiques et obstétricales, il semble primordial de former les étudiant.e.s, professionnels de santé, les membres des chambres disciplinaires et les magistrat.e.s à reconnaître les processus discriminatoires qui visent les femmes en raison de leur genre, et également de leur statut socio-économique, leur âge, leur origine, leur santé, leur appartenance raciale, leur apparence physique, leur sexualité et d'autres critères qui induisent des dominations croisées. Cette formation viserait à mieux combattre les stéréotypes intériorisés afin d'en tenir compte lors de la réalisation d'actes médicaux. À titre d'exemple, le « *syndrome méditerranéen* » est une stigmatisation raciste qui vise spécifiquement les personnes originaires d'Afrique du Nord, d'Afrique subsaharienne, et d'autres minorités raciales, et qui induit une conduite particulière dans la prise en soin du patient ou de la patiente, à savoir, une minimalisation de ses douleurs. En outre, l'histoire des champs médicaux de la gynécologie et de l'obstétrique se sont développés à travers des expériences sur des femmes noires non consentantes, ce qui a marqué le traitement du corps de ces dernières. Encore aujourd'hui, différentes analyses montrent une

inégalité de traitement et des soins de « qualité moindre » durant l'accouchement, notamment en raison de pratiques discriminantes.

**L'article 5 propose d'étendre à la personne de confiance - si la femme enceinte en a désigné une conformément à l'article L1111-6 du code de la santé publique - la disposition de l'article L 1225-16 du code du travail, modifié par la loi n°2014-873 du 4 août 2014 (article 11) qui donne pour l'instant au seul conjoint de la parturiente trois autorisations d'absence rémunérée pour l'accompagner lors d'examens de suivi de grossesse.**

Cette autorisation d'absence comprend le temps de l'examen médical. L'employeur peut exiger du salarié qu'il justifie notamment d'un certificat du médecin suivant la grossesse et attestant que l'absence est liée à un examen prénatal obligatoire. Ces absences n'entraînent aucune diminution de la rémunération. Elles sont assimilées à une période de travail effectif pour la détermination de la durée des congés payés ainsi que pour les droits légaux ou conventionnels acquis par le salarié au titre de son ancienneté dans l'entreprise. En effet, la loi dite Kouchner de 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a traduit juridiquement la modification des relations existant entre les professionnels de santé et la patiente ou le patient en créant notamment un nouvel intervenant dans le cadre de la prise en charge médicale du patient : la personne de confiance. Cette loi s'était inspirée des travaux du Comité Consultatif National d'Éthique et des Sciences de la Vie (C.C.N.E.) sur le consentement éclairé et l'information des personnes qui se prêtent à des actes de soins et de recherche.

Les patients, comme le corps médical, ont tout intérêt au développement de ce nouvel « intervenant » qui vise à permettre :

- Un meilleur accompagnement du patient dans le cadre de la prise en charge médicale. Si le patient le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

- L'apaisement des tensions et faciliter la tâche du corps médical souvent confronté à des divergences d'opinion entre les membres de la famille du patient. À cet effet, la primauté de l'avis de la personne de confiance est consacrée par la loi, ce qui est de nature à couper court à toute polémique.

Si dans nombre de cas cette personne de confiance est le médecin traitant, il n'en demeure pas moins que dès qu'il s'agit d'un parent ou d'un

proche, il conviendrait que la loi améliore les conditions d'exercice de ce rôle.

**Le titre 3 - et son article 6 - vise à améliorer le dispositif d'assurance civile obligatoire des sages-femmes libérales pratiquant l'AAD (accouchement accompagné à domicile), dont le montant exorbitant<sup>2</sup> les conduit à abandonner cette pratique, en modifiant l'article L. 4135-1 du code de la santé publique relatif à la procédure d'accréditation et l'article 16 de la loi de 2004. Il s'agit ici de favoriser un accompagnement dit global des femmes.**

Les sages-femmes, celles qui pratiquent l'accompagnement global, accompagnent les femmes pendant leur grossesse, leur accouchement et pour les suites de couches mais aussi souvent tout au long de la vie : des douleurs des règles, à la contraception et à la ménopause, etc. C'est une vision plus globale qui permet de questionner différemment l'émergence de certaines maladies ou d'inconforts. C'est une approche environnementale car on parle de l'individu non seulement dans sa globalité mais également dans son milieu de vie et de l'influence de cet environnement sur sa santé. Les femmes qui souhaitent cet accompagnement global ont plusieurs possibilités pour accoucher : en maternité, en maison de naissance depuis fin 2015 et chez elles. Cette dernière option, nommée accouchement accompagné à domicile (AAD), concerne moins de 0,5% des naissances en France. Cette proposition de loi entend lever les freins - liés au système assurantiel - à la pratique de l'AAD afin que les femmes aient réellement le choix du dispositif d'accouchement. En effet, le choix d'une naissance considérée comme « alternative », ou non, suppose d'avoir accès à toutes les pratiques par ailleurs autorisées par la loi.

Le nombre de femmes ayant accouché à domicile est estimé à environ 2000 (recensement effectué par l'Association Professionnelle de l'Accouchement à Domicile - APAAD en janvier 2019). Dans le cadre d'un A.A.D, la loi dispose que la sage-femme est tenue d'apporter tout le matériel de santé nécessaire. Ainsi, elle prévoit les cas d'urgence (monitoring, médicaments, etc.). Elle surveille le travail. Elle apporte également son soutien si nécessaire. De plus, elle reste plusieurs heures après la naissance, afin de vérifier que tant la mère que le nouveau-né vont bien. Enfin, elle assure le suivi et les soins les jours suivant la naissance. Le projet d'accoucher, à domicile ou non, requiert donc une discussion

---

<sup>2</sup> Les accouchements à domicile programmés étant généralement exclus des garanties dans les contrats proposés par les assureurs, les sages-femmes doivent se tourner vers un bureau central de tarification (BCT) qui leur propose des tarifs similaires à ceux pratiqués par les gynécologues-obstétriciens, de l'ordre de 28 000 €, très proches de leur revenu moyen. Par conséquent, la majorité des sages-femmes pratiquant des AAD demandent des dépassements d'honoraires de montants très variables, pris en charge en tout ou partie par certaines mutuelles.

approfondie avec la sage-femme, avec laquelle la femme enceinte et son ou ses potentiel.les accompagnant.e.s ont pu établir une relation de confiance au cours des mois ou des semaines précédant la naissance.

Il s'agit de permettre le choix des femmes, qu'il soit d'accoucher à l'hôpital ou à domicile de façon programmée et encadrée. Or, il y a un écart entre le nombre de sages-femmes qui pratiquent l'accouchement à domicile, et le nombre de femmes qui auraient souhaité accoucher à domicile.

Actuellement, la loi offre le cadre suivant s'agissant des médecins soumis à des risques professionnels particulièrement élevés. Le III de l'article 16 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a ainsi créé un dispositif d'aide à la souscription d'assurance pour certains spécialistes conventionnés, à la charge de la caisse nationale d'assurance maladie<sup>3</sup>. Le décret n° 2006-909 du 21 juillet 2006 en a défini les modalités pratiques, prévues aux articles D. 185-1 à D. 185-4 du code de la sécurité sociale. Des médecins libéraux exerçant certaines spécialités en établissement de santé et accrédités par la Haute Autorité de santé peuvent ainsi bénéficier d'une aide de l'assurance maladie à la souscription d'une assurance en responsabilité civile professionnelle dès lors qu'ils sont conventionnés et qu'ils ont à leur charge le paiement de leur prime d'assurance (c'est-à-dire qu'ils ne sont pas couverts par l'assurance de l'établissement). 21 spécialités médicales sont concernées : chirurgie, gynécologie-obstétrique, anesthésie-réanimation, ophtalmologie, cardiologie.... Le montant de l'aide annuelle dépend de la prime versée et de la spécialité, dans la limite d'un plafond qui est de 25 200 € pour l'obstétrique, 21 000 € pour les spécialités chirurgicales, 9 800 € pour l'anesthésie-réanimation et la réanimation médicale et 15 000 € pour les autres spécialités. La part prise en charge varie de 35 % aux deux tiers selon la spécialité et les honoraires pratiqués (secteur 1 ou 2, adhésion ou non au contrat d'accès aux soins). En 2019, cela a représenté 37,3 millions d'euros selon le rapport d'information « *L'assurance responsabilité civile médicale : un bilan encore partiel, un suivi nécessaire* » fait au nom de la Commission des affaires sociales du Sénat, publié le 16 juin 2021.

---

<sup>3</sup> « III. - Les médecins soumis à l'obligation d'assurance mentionnée à l'article L. 1142-2 du code de la santé publique, qui exercent les spécialités mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 4135-1 du même code et qui sont accrédités ou engagés dans une procédure de renouvellement de leur accréditation, peuvent bénéficier d'une aide à la souscription d'une assurance dont le montant est fixé, en fonction des spécialités et des conditions d'exercice, par décret. Cette aide est à la charge de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. A titre transitoire et pendant une durée de trois ans, les médecins engagés dans une procédure d'accréditation peuvent également bénéficier de l'aide mentionnée ci-dessus. S'ils renoncent à demander l'accréditation ou si elle leur est refusée, les médecins qui ont perçu l'aide mentionnée à l'alinéa précédent sont tenus de la rembourser. »

**Proposition de loi visant à renforcer un suivi gynécologique et obstétrical  
bientraitant**

TITRE I<sup>ER</sup>

**CARACTÉRISER LES VIOLENCES OBSTÉTRICALES ET  
GYNÉCOLOGIQUES**

**Article 1<sup>er</sup>**

- ① I. – Après la section 3 *ter* du chapitre II du titre II du livre II du code pénal, est insérée une section 3 *quater* ainsi rédigée :
- ② « Section 3 quater
- ③ « **De la violence gynécologique et obstétricale**
- ④ « Art. 222-33-4. – Constitue une violence gynécologique et obstétricale le fait, pour un professionnel de santé, de procéder à un acte ayant pour effet de porter atteinte à la dignité d'une patiente en raison de son caractère dégradant ou humiliant ou de créer à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante ou de porter atteinte à son intégrité en raison de séquelles physiques et psychologiques.
- ⑤ « La violence gynécologique et obstétricale est punie de l'amende prévue pour les contraventions de la 5<sup>e</sup> classe lorsque ses effets sont involontaires. En cas de récidive, elle est punie de trois mois d'emprisonnement et de 7 500 euros d'amende.
- ⑥ « Lorsqu'au moins l'un des effets mentionnés au premier alinéa a été recherché par son auteur, la violence gynécologique et obstétricale est punie de trois ans d'emprisonnement et 45 000 euros d'amende. Les peines sont portées à cinq ans d'emprisonnement et 100 000 euros d'amende lorsqu'elle est commise :
- ⑦ « 1<sup>o</sup> Sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de son auteur ;
- ⑧ « 2<sup>o</sup> En raison de l'appartenance ou de la non-appartenance, vraie ou supposée, de la victime à une ethnie, à une nation, à une prétendue race ou à une religion déterminée ;
- ⑨ « 3<sup>o</sup> En raison de l'identité de genre.

- ⑩ « Art. 222-33-5. – Le fait, pour un professionnel de santé, hors les cas prévus aux articles 222-13, 222-32, 222-33 et 222-33-2-2, d'imposer à une patiente au cours du suivi gynécologique et obstétrical tout au long de sa vie un comportement à connotation sexuelle ou sexiste qui soit porte atteinte à sa dignité en raison de son caractère dégradant ou humiliant, soit crée à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante est puni de l'amende prévue pour les contraventions de la 5<sup>e</sup> classe.
- ⑪ « L'infraction mentionnée au premier alinéa du présent article est punie de trois mois d'emprisonnement et de 7 500 euros d'amende en cas de récidive ou lorsqu'elle est commise :
- ⑫ « 1<sup>o</sup> En réunion ;
- ⑬ « 2<sup>o</sup> Sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de son auteur ;
- ⑭ « 3<sup>o</sup> En raison de l'appartenance ou de la non-appartenance, vraie ou supposée, de la victime à une ethnie, une nation, une prétendue race ou une religion déterminée ;
- ⑮ « 4<sup>o</sup> En raison de l'identité de genre. »
- ⑯ II. – Le chapitre II du titre II du livre II du code pénal est ainsi modifié :
- ⑰ 1<sup>o</sup> Après le 7<sup>o</sup> des articles 222-3 et 222-28, il est inséré un 7<sup>o bis</sup> ainsi rédigé :
- ⑱ « 7<sup>o bis</sup> Par un professionnel de santé sur une personne qui recourt à ses services ou lui est confiée ; »
- ⑲ 2<sup>o</sup> Après le 7<sup>o bis</sup> des articles 222-8 et 222-10, il est inséré un 7<sup>o ter</sup> ainsi rédigé :
- ⑳ « 7<sup>o ter</sup> Par un professionnel de santé sur une personne qui recourt à ses services ou lui est confiée ; »
- ㉑ 3<sup>o</sup> Après le 5<sup>o</sup> de l'article 222-24, il est inséré un 5<sup>o bis</sup> ainsi rédigé :
- ㉒ « 5<sup>o bis</sup> Par un professionnel de santé sur une personne qui recourt à ses services ou lui est confiée ; ».

## **Article 2**

- ① L'article L. 4123-2 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ② « Par dérogation au deuxième alinéa, lorsque la plainte a pour objet une agression sexuelle ou des violences commises en raison du sexe de la personne, y compris des violences gynécologiques et obstétricales relevant du dernier alinéa de l'article 222-33-4 du code pénal, le président du conseil départemental ne procède pas à convocation en vue d'une conciliation. Il transmet directement la plainte à la chambre disciplinaire de première instance dans les conditions prévues au deuxième alinéa du présent article. Une copie de la plainte ainsi transmise est adressée au procureur de la République. »

## **TITRE II**

### **AMÉLIORER LA PRISE EN COMPTE DE LA VOLONTÉ DES PATIENTES**

## **Article 3**

- ① Après le premier alinéa du I de l'article L. 1112-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ② « Ces informations peuvent être transmises à la personne recevant ou ayant reçu des soins, soit au moyen de formulaires écrits dans une langue qu'elle comprend, soit par l'intermédiaire d'un interprète. L'assistance de l'interprète est obligatoire si la personne recevant ou ayant reçu des soins ne parle pas le français et qu'elle ne sait pas lire. »

## **Article 4**

La troisième phrase de l'article L. 4021-1 du code de la santé publique est complétée par les mots : « incluant une formation à la non-discrimination ».

## **Article 5**

Au troisième alinéa de l'article L. 1225-16 du code du travail, après les mots : « avec elle », sont insérés les mots : « , ou la personne de confiance désignée conformément à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique autre que le médecin traitant, ».

### TITRE III

## VALORISER LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

### Article 6

- ① I. – Le III de l'article 16 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie est ainsi modifié :
- ② 1° Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ③ « Peuvent également bénéficier de cette aide, dans les mêmes conditions, les sages-femmes soumises à l'obligation d'assurance mentionnée à l'article L. 1142-2 dudit code pratiquant l'accouchement à domicile et accrédités ou engagés dans une procédure de renouvellement de leur accréditation. » ;
- ④ 2° Aux première et seconde phrases du second alinéa, après le mot : « médecins », sont insérés les mots : « et les sages-femmes ».
- ⑤ II. – L'article L. 4135-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ⑥ 1° Le premier alinéa est ainsi modifié :
- ⑦ a) À la première phrase, après le mot : « santé », sont insérés les mots : « , ainsi que les sages-femmes pratiquant des accouchements à domicile, » ;
- ⑧ b) À la dernière phrase, les mots : « et les équipes médicales » sont remplacés par les mots : « les équipes médicales, dont les sages-femmes pratiquant des accouchements à domicile » ;
- ⑨ 2° Au second alinéa, après le mot : « médecins », sont insérés les mots : « et sages-femmes ».
- ⑩ III. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I<sup>er</sup> du livre III du code des impositions sur les biens et services.

### Annexe 3 : Questionnaire sur les VGO dans les HdF



Bonjour,

Je vous remercie de prendre le temps de participer à cette étude sur les violences gynécologiques et obstétricales en France. Cette recherche s'inscrit dans le cadre d'une thèse de pharmacie visant à révéler l'incidence de ces violences ainsi que leur impact sur le quotidien des patient(e)s touché(e)s. Ce questionnaire s'adresse à toutes les personnes ayant déjà eu un rendez-vous de suivi en gynécologie.

Je comprends qu'il puisse s'agir d'un sujet sensible et je tiens à souligner que vos réponses seront traitées de manière anonyme et confidentielle, et qu'elles seront utilisées uniquement à des fins de recherche. Il ne sera donc pas possible d'exercer vos droits d'accès aux données, droit de retrait ou de modification. Pour assurer une sécurité optimale, vos réponses ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de thèse.

Le questionnaire prendra 5 à 10 minutes selon les réponses. Pour toutes questions, remarques ou pour accéder aux résultats de l'étude, vous pouvez me contacter via mon adresse mail universitaire : [caroline.hochart.etu@univ-lille.fr](mailto:caroline.hochart.etu@univ-lille.fr)

#### Partie A: Partie 1 : Informations générales

A1. Vous êtes un(e) :

Femme

Homme

Non-binaire

Autre identité

Autre identité

A2. Dans quel environnement vivez-vous ?

Urbain

Péri-urbain

Rural



**A3. Dans quelle région vivez-vous ?**

- Auvergne-Rhône-Alpes
- Bourgogne-Franche-Comté
- Bretagne
- Centre-Val de Loire
- Corse
- Guadeloupe
- Grand Est
- Guyane
- Hauts-de-France
- Ile-de-France
- Martinique
- Mayotte
- Normandie
- Nouvelle-Aquitaine
- Occitanie
- Réunion
- Pays de la Loire
- Provence Alpes Côte d'Azur

**A4. A quelle tranche d'âge appartenez-vous ?**

- Moins de 18 ans
- 18-24 ans
- 25-34 ans
- 35-49 ans
- 50-65 ans
- Plus de 65 ans



**A5. A quel groupe socioprofessionnel appartenez-vous ?**

Agriculteurs exploitants

Artisans, commerçants et chefs d'entreprise

Cadres et professions intellectuelles supérieures

Professions intermédiaires

Employés

Ouvriers

Retraités

Etudiants

Sans activité professionnelle

Autre situation

**A6. Êtes-vous un(e) professionnel(le) de santé ?**

Oui

Non

**Partie B: Partie 2 : Suivi gynécologique**

**B1. Avez-vous déjà eu un rendez-vous pour une consultation gynécologique ?**

Oui

Non

**B2. Avec qui avez-vous déjà eu une consultation en gynécologie ?**

Gynécologue

Sage-femme

Médecin généraliste

Planning familial

Endocrinologue

Autre

Autre



**B3. Pourquoi n'avez-vous jamais eu de suivi gynécologique ?**

Je suis trop jeune

Je ne suis pas à l'aise

Il est difficile d'obtenir un rendez-vous

Je ne vois pas l'intérêt

On me l'a déconseillé

Je ne suis pas concerné

Autre

Autre

**B4. A quelle fréquence avez-vous un suivi gynécologique ?**

Plusieurs fois par an

Une fois par an

Moins d'une fois par an



**B5. Au cours de mon suivi gynécologique :**

|   | Jamais                   | Parfois                  | Souvent                  | Toujours                 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Le praticien m'a mis(e) en confiance  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Le praticien m'a expliqué le déroulement du rendez-vous et des examens qu'il allait réaliser  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Le praticien m'a demandé mon accord avant de réaliser les examens   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Je me suis senti(e) écouté(e) par le praticien  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Je suis sorti(e) du cabinet avec des réponses à mes interrogations  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Le praticien a refusé de pratiquer un acte médicalement justifié (par exemple un avortement ou la délivrance d'une contraception)                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Je me suis senti(e) mal à l'aise, gêné(e)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Le praticien a pris en compte ma gêne   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Le praticien a respecté mes choix   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Je me suis sentie jugé(e) ou insulté(e) par le praticien (par exemple sur ma sexualité, ma tenue, mon poids, ma volonté ou non d'avoir un enfant) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| J'ai ressenti des douleurs que je considère liée aux soins  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| J'ai ressenti des douleurs que je considère anormales   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| J'ai subi des violences sexuelles (harcèlement, agression) pendant la consultation  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Partie C: Partie 3 : Discussion et solutions**

**C1. Suite à cet événement, avez-vous continué à consulter ce praticien ?**

Oui

Non

**C2. Avez-vous continué d'avoir un suivi gynécologique annuel ?**

Oui

Non

**C3. Pourquoi avez-vous stoppé votre suivi gynécologique ?**

Je n'ai pas le temps

Je n'ai pas envie

Je ne fais plus confiance aux soignants

Je ne vois pas l'intérêt



La prise de rendez-vous est difficilement accessible

Autre

**C4. Avez-vous parlé de cette expérience à votre entourage ?**

Oui

Non

**C5. A qui en avez-vous parlé ?**

Médecin traitant

Pharmacien

Sage-femme

Gynécologue

Endocrinologue

Autre professionnel de santé

Amis

Famille

Autre

Autre



**Merci d'avoir pris le temps de participer à cette enquête. Si vous vous sentez concerné(e) par les violences gynécologiques et/ou obstétricales, n'hésitez pas à en discuter avec votre médecin traitant ou votre pharmacien d'officine. Si vous souhaitez témoigner ou trouver des ressources concernant les violences gynécologiques et obstétricales, vous pouvez consulter les différents réseaux du collectif Stop VOG : <https://www.facebook.com/StopVOGfr> | <https://www.instagram.com/stopvogfr/> Afin de partager votre expérience, d'être écouté(e) ou conseillé(e), vous pouvez vous mettre en relation avec **l'Institut de recherche et d'actions pour la santé des femmes (IRASF)** dont l'objectif est de lutter contre les violences obstétricales et gynécologiques au sein du système de santé français et international.**

**Pour toutes questions, remarques ou pour accéder aux résultats de l'étude, vous pouvez me contacter via mon adresse mail universitaire : [caroline.hochart.etu@univ-lille.fr](mailto:caroline.hochart.etu@univ-lille.fr)**

## Annexe 4 : Attestation de déclaration du questionnaire



### RÉCÉPISSÉ ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) : Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative : Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: [dpo@univ-lille.fr](mailto:dpo@univ-lille.fr)

#### Traitement exonéré

**Intitulé** : Incidence des violences gynécologiques et obstétricales en France

**Responsable chargée de la mise en œuvre** : Mme Claire PINÇON

**Interlocuteur (s)** : Mme Caroline HOCHART

Votre traitement est exonéré de déclaration relative au règlement général sur la protection des données dans la mesure où vous respectez les consignes suivantes :

- Vous informez les personnes par une mention d'information au début du questionnaire.
- Vous respectez la confidentialité en utilisant un serveur Limesurvey mis à votre disposition par l'Université de Lille via le lien <https://enquetes.univ-lille.fr/> (en cliquant sur "Réaliser une enquête anonyme" puis "demander une ouverture d'enquête").
- Vous garantissez que seul vous et votre directeur de thèse pourrez accéder aux données.
- Vous n'aurez pas accès aux adresses mails des participants au questionnaire.
- Vous supprimez l'enquête en ligne à l'issue de la soutenance.

Fait à Lille,

Le 27 juin 2024

Jean-Luc TESSIER

Délégué à la Protection des Données

Université de Lille  
UFR3S-Pharmacie  
**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE**  
Année Universitaire 2024/2025

**Nom : Hochart**  
**Prénom : Caroline**

**Titre de la thèse : Violences gynécologiques et obstétricales – Incidence dans les Hauts-de-France et conséquences sur le suivi des patientes**

**Mots-clés :** violences gynécologiques et obstétricales, perte de chance, abandon thérapeutique, ressenti, empathie, violences sexistes

---

**Résumé :**

Contexte : Les violences gynécologiques et obstétricales représentent un problème de santé publique de plus en plus reconnu en France.

Méthode : Un échantillon de 163 femmes résidant dans les Hauts-de-France a participé à l'étude. Ces dernières ont répondu à un questionnaire anonyme en ligne concernant leur suivi gynécologique et obstétrical.

Résultats : On estime qu'une femme sur quatre est amenée à vivre des violences gynécologiques et/ou obstétricales au cours de sa vie.

Parmi ces violences, on recense le refus de la pratique d'un acte médicalement justifié, les violences verbales telles que jugements et insultes, les douleurs considérées comme anormales par les patientes ainsi que les violences sexuelles durant le suivi gynécologique et/ou obstétrical.

Dans 52,8% des cas, le consentement des patientes n'est pas expressément demandé par le professionnel de santé.

Les taux de femmes ayant arrêté d'avoir un suivi gynécologique annuel après avoir subi des VGO oscillent entre 30 et 50% en fonction du type de violences subies. Les femmes les plus susceptibles d'arrêter leur suivi gynécologique régulier résident en milieu rural et ont donc une facilité d'accès aux soins réduite par rapport au reste de la population.

Conclusion : Les conséquences des violences gynécologiques et obstétricales sont diverses et multiples (stress post-traumatique, anxiété, dépression, etc.) et peuvent mener à une perte de chance en ce qui concerne l'accès aux soins.

---

**Membres du jury :**

**Président :** Garat Anne, MCU-PH à l'Université de Lille

**Assesseur(s) :** Pinçon Claire, MCU à l'Université de Lille

**Membre(s) extérieur(s) :** Obled Aurélie, titulaire d'officine à Hallennes-lez-H.  
Girard Marine, sage-femme à Mayotte