HCE

République Française

HAUT CONSEIL à l'EGALITE ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES

Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical

Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaitre, prévenir et condamner le sexisme

Rapport n°2018-06-26-SAN-034, voté le 26 juin 2018.

Danielle BOUSQUET, Présidente du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes
Geneviève COURAUD, rapporteure
Margaux COLLET, co-rapporteure

Ce rapport a été rédigé conformément aux recommandations relatives à l'usage du féminin et du masculin du Guide pratique pour une communication publique sans stéréotype de sexe (HCE, 2015).

À retrouver sur notre site internet : haut-conseil-egalite.gouv.fr

En couverture : Photos de Audrey CERDAN, issues du recueil de témoignages « Quand les gynécos sont brutaux », publié le 20 septembre 2017 dans Le Nouvel Obs par Rozenn LE CARBOULEC, Audrey CERDAN et Grégoire HUMBERT : http://www.nouvelobs.com/rue89/nos-vies-intimes/20170920.OBS4907/violences-gynecologiques-ces-sept-histoires-vous-mettront-en-colere.html#sophie

SYNTHÈSE

Lancé sur Twitter le 19 novembre 2014, le hashtag #PayeTonUtérus a fait émerger plus de **7000 témoignages de femmes en 24h dénonçant par exemple** des propos porteurs d'injonction sur leur physique ou leur volonté ou non d'avoir un enfant, des examens vaginaux brutaux ou pratiqués sans leur consentement, jusqu'à des violences sexuelles. En 2015, des documents de la Faculté de médecine de l'Université Lyon-Sud sont publiés : ils révèlent qu'il est attendu, dans le cadre de leur formation, que les étudiant.e.s pratiquent des touchers vaginaux sur des patientes « *endormies* », donc sans leur consentement. Depuis, des lanceuses d'alertes ont relayé des témoignages de nombreuses maltraitances, propos sexistes et de violences, recouverts par le terme de « *violences gynécologiques et obstétricales* », un terme mobilisé depuis près d'une vingtaine d'années en Amérique latine — où plusieurs pays l'ont inscrit dans la loi — et dans le monde anglo-saxon.

Le suivi gynécologique et obstétrical, qu'est-ce que c'est ?

La gynécologie a pour objet le diagnostic et le traitement des maladies de l'appareil génital et du sein (maladie de l'utérus, de l'ovaire, du sein, maladies sexuellement transmises), le dépistage des cancers gynécologiques par des frottis et des mammographies en collaboration avec des radiologues, la prise en charge du traitement de la stérilité, la régulation des naissances (contraception ou IVG) et le traitement des troubles de la ménopause.

L'obstétrique est la surveillance du déroulement de la grossesse et de l'accouchement.

Leur ampleur atteste du fait qu'il ne s'agit pas de faits isolés et **appelle une prise de conscience et une action publique ambitieuse pour les combattre.** Le 28 juillet 2017, la Secrétaire d'État chargée de l'Égalité entre les femmes et les hommes, Marlène SCHIAPPA, commande un rapport au Haut conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes sur la question des violences gynécologiques et obstétricales, afin d'« *objectiver le phénomène* » et d'« *identifier des leviers pour améliorer la situation* ».

Pendant 9 mois, le HCE a entendu 25 professionnel.le.s de santé, représentant.e.s des ordres professionnels et de sociétés savantes, patient.e.s et associations, représentant.e.s de l'État, et la ministre des Solidarités et de la Santé, Mme Agnès BUZYN, dans le cadre de 19 auditions. Il en tire les conclusions suivantes.

De quoi parle-t-on ?

Les **violences gynécologiques et obstétricales sont les actes sexistes les plus graves** qui peuvent se produire dans le cadre du suivi gynécologique et obstétrical des femmes.

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**.

Le HCE identifie 6 types d'actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical, dont certains relèvent des violences :

- 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.

Les actes sexistes sont courants dans le suivi gynécologique et obstétrical des femmes :

- 1 accouchement sur 5 donne lieu à une épisiotomie : **1 femme sur 2 sur laquelle une épisiotomie a été réalisée déplore un manque ou l'absence totale d'explication** sur le motif de l'épisiotomie[1] ;
- Les taux d'épisiotomie — toutes grossesses confondues — sont très variables d'une maternité à l'autre, de **0,3 %** (dans une maternité de type 3 - accueillant les grossesses pathologiques et à grands risques) à **45 %** (dans une maternité de type 1 - accueillant des grossesses normales ou à bas risque), selon la cartographie 2018 Le Monde/ Fédération française des réseaux de santé en périnatalité ;
- **6% des femmes se déclarent « *pas du tout* » ou « *plutôt pas* » satisfaites du suivi de leur grossesse ou de leur accouchement**, cela représente par exemple 50 000 femmes pour l'année 2016[2] ;
- **3,4%** des plaintes déposées auprès des instances disciplinaires de l'Ordre des médecins en 2016 concernent des agressions sexuelles et des viols commis par des médecins[3].

Comment expliquer que les actes sexistes soient courants dans le suivi gynécologique et obstétrical des femmes ?

- **La multiplicité d'occasions en comparaison avec d'autres suivis médicaux** : le HCE estime qu'en moyenne, une femme va avoir **50 consultations gynécologiques et obstétricales au cours de sa vie** (frottis réguliers, renouvellement de contraception, interruptions volontaires de grossesse, consultations pré et post accouchements…).
- **L'insuffisante prise en compte du caractère particulièrement intime de ces consultations,** qu'il s'agisse :
  - Des sujets abordés lors des consultations (sexualité, vie de couple, maternité, etc.) ;
  - Des gestes pratiqués : toucher des seins (« palpation mammaire ») et du sexe, pénétration vaginale par les doigts du professionnel de santé ou des instruments ;
  - Des conditions dans lesquels ils sont pratiqués : nudité complète le plus souvent, jambes écartées à hauteur de vue du médecin.

Ces caractéristiques du suivi gynécologique et obstétrical nécessitent une prise en charge adaptée, ce qui est insuffisamment le cas aujourd'hui. Ce défaut de prise en compte témoigne d'un défaut d'empathie plus particulièrement affirmé vis-à-vis des femmes.

1- INSERM, DREES. Enquête nationale périnatale. Rapport 2016. Les naissances et les établissements, situation et évolutions depuis 2000. Novembre 2017

2- COLLET Marc, Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement. DREES, Études et résultats, n°660, septembre 2008

3- Données fournies par le Conseil National de l'Ordre des Médecins

Or, à ce jour, **la formation initiale et continue des professions médicales demeure centrée sur la technique**, au détriment de la relation humaine et du respect du consentement. L'obligation légale d'une formation sur les violences sexistes et sexuelles reste insuffisamment déployée et la formation continue insuffisante au regard des écarts entre les recommandations, élaborées notamment par la Haute Autorité de Santé, et les pratiques.

- **Cette spécialité médicale qui vise à accompagner les femmes dans la maîtrise de leur fécondité, échoue parfois à reconnaitre leur pleine autonomie**
  - Cela s'inscrit dans l'histoire de la médecine gynécologique et obstétricale, traversée par la volonté de contrôler le corps des femmes (sexualité et capacité à enfanter) ;
  - Dans le mouvement féministe des années 70, certain.ne.s médecins ont été de réel.le.s allié.e.s, mettant leurs savoirs au service de la volonté des femmes de maîtriser leur capacité reproductive (accès à la contraception, avortement clandestin) ;
- L'accouchement, longtemps impensé par les mouvements féministes, fait depuis peu l'objet de revendications liées à la critique de son hyper-médicalisation et à la volonté d'un accompagnement physiologique. Cette approche s'inscrit dans le sillage de nombreuses publications et mobilisations, ces dernières années, autour de la santé des femmes et de leur volonté d'autonomie et de libre-choix.
- **Aujourd'hui, et en dépit de l'augmentation importante de la part des femmes dans le secteur médical, le sexisme y est encore très présent** :
  - La répartition des spécialités reste très sexuée et les postes de décision, très majoritairement aux mains des hommes (ils représentent 90% des membres du Conseil national de l'Ordre des médecins ; 89% des doyen.ne.s des facultés de médecine ; 74% des membres du bureau du Collège national des gynécologues et obstétriciens français et 100% des membres du bureau, du Conseil d'administration, des présidents de comités, des présidents et secrétaires des commissions de l'Académie nationale de médecine) ;
  - les relations femmes-hommes demeurent empreintes de sexisme : 86% des internes de médecine (95% des femmes et 68% des hommes) déclarent avoir été exposé.e.s à du sexisme ; près d'1 interne sur 10 déclare avoir été victime de harcèlement sexuel.
- **Les actes sexistes dans le suivi gynécologique et obstétrical sont encore largement impunis.** Les associations qui accompagnent des victimes — qu'elles soient spécialisées sur les violences gynécologiques et obstétricales ou plus généralistes — font état des difficultés rencontrées par les femmes et les couples qui souhaitent engager une procédure, aussi bien auprès des organisations propres au système de soins qu'en justice.
  - **Les femmes méconnaissent leurs droits.** Les dispositifs propres au système de soins (commission des usager.e.s ou instances disciplinaires) sont peu identifiés comme des interlocuteurs par les victimes, de même que le Défenseur des droits. Comme pour toutes les formes de violences sexistes et sexuelles, le dépôt de plainte et la procédure judiciaire sont souvent synonymes de « parcours de la combattante ».
  - **Les procédures disciplinaires sont inadaptées**. En ce qui concerne particulièrement les violences sexuelles dans le cadre de la relation de soin : en 2016, l'Ordre des médecins a instruit 48 plaintes au niveau régional et rendu 15 décisions en appel au niveau national pour des faits relevant d'agressions sexuelles et de viols. Or, l'Ordre n'a, à ce jour, pas mis en place de procédure spécifique dédiée aux violences sexuelles et des réunions de conciliation sont organisées entre les victimes et leur agresseur désigné, 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 », ratifiée par la France en 2014, interdit formellement cette pratique en cas de violences faites aux femmes.

Comment agir ?

Le Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes appelle à une prise de conscience des pouvoirs publics pour reconnaitre les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical, les prévenir, faciliter les procédures de signalements et condamner les pratiques sanctionnées par la loi.

26 recommandations, articulées autour de 3 axes

AXE 1 : Reconnaître l'existence et l'ampleur des actes sexistes, dont certains relèvent des violences, 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 connu. Il apparait 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, maternité par maternité, relatives aux actes médicaux pratiqués lors de l'accouchement pour permettre une plus grande transparence et une amélioration des pratiques.

AXE 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, qui ne tolère aucun acte sexiste, il apparait 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 et respect du consentement et de dépistage des violences sexistes et sexuelles ;
- reconnaitre dans le code de déontologie médicale l'interdit des actes sexistes ;
- préciser et faire appliquer les recommandations de bonnes pratiques de l'Organisation mondiale de la santé et de la Haute autorité de santé, 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.

AXE 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 apparait 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 pré-natal précoce et le soutien des associations spécialisées sur les violences sexistes et sexuelles ;
- renforcer l'implication des ordres professionnels : former les membres des chambres disciplinaires professionnelles aux violences sexistes et sexuelles, 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 lors que la victime a donné son accord ;
- renforcer la formation des forces de l'ordre et des magistrat.e.s sur les violences sexistes et sexuelles.

SOMMAIRE

Synthèse . . . 3
Sommaire . . . 7
Recommandations . . . 11
Introduction . . . 15
Saisine . . . 17

SECTION 1 - RECONNAÎTRE L'EXISTENCE ET L'AMPLEUR DES ACTES SEXISTES DANS LE CADRE DU SUIVI GYNÉCOLOGIQUE ET OBSTÉTRICAL, DONT CERTAINS RELÈVENT DES VIOLENCES . . . 19

A. Eléments de cadrage : le suivi gynécologique et obstétrical dans la vie d'une femme . . . 21

1. Une vie rythmée par les consultations gynécologiques . . . 21

a. Suivi gynécologique . . . 21
b. Suivi obstétrical . . . 23

2. Le choix du.de la praticien.ne . . . 24

a. Les consultations par un.e gynécologue toujours privilégiées par les patientes . . . 25
b. Une évolution récente dans le choix du.de la professionnel.le, liée à la démographie médicale et la diversification des professionnel.le.s de santé compétent.e.s pour le suivi . . . 26

3. Une spécificité : entre sexualité et reproduction, le suivi de l'intime . . . 29

a. Par le contexte . . . 29
b. Par les gestes pratiqués . . . 29
c. Par les sujets évoqués lors de la consultation . . . 30

B. Des formes de maltraitances spécifiques . . . 31

1. Des manifestations très diverses, dont certaines relèvent des violences faites aux femmes . . . 32

a. Non prise en compte de la gêne de la patiente, liée au caractère intime de la consultation/du contexte . . . 37
b. Propos porteurs de jugements sur la sexualité, la tenue, le poids, qui renvoient à des injonctions sexistes . . . 37
c. Injures sexistes . . . 37

d. Actes (intervention médicale, prescription, etc.) exercés sans recueillir le consentement ou sans respecter le choix ou la parole de la patiente 37
e. Actes ou refus d'acte non justifiés médicalement 39
f. Violences sexuelles : harcèlement sexuel, agression sexuelle et viol 40

2. ...qui peuvent avoir un impact majeur sur la santé physique et psychique des victimes . . 41
a. Des conséquences très diverses 41
b. Une prise en charge insuffisante liée à une méconnaissance sociale et professionnelle 46

3. Une question émergente en France 47
a. Une problématique pensée depuis 20 ans en Amérique latine 48
b. Puis dans le monde anglo-saxon 51
c. En France : le rôle des lanceuses d'alerte 51

C. De quelle ampleur parle-t-on ? 55

1. Une libération de la parole sur les réseaux sociaux qui atteste du caractère massif de ces actes 55
a. Non prise en compte de la gêne de la patiente, liée au caractère intime 56
b. Propos porteurs de jugements sur la sexualité, la tenue, le poids qui renvoient à des injonctions sexistes 58
c. Injures sexistes 59
d. Actes (intervention médicale, prescription, etc.) exercés sans recueillir le consentement ou sans respecter le choix ou la parole de la patiente et actes ou refus d'acte non justifiés médicalement 60
e. Actes ou refus d'acte non justifiés médicalement 65
f. Violences sexuelles : harcèlement sexuel, agression sexuelle et viol 65

2. Des chiffres peu nombreux 66
a. Les enquêtes de santé publique 66
Suivi gynécologique : l'absence d'enquêtes régulières de santé publique 66
Suivi obstétrical : une mesure succincte des interventions médicales. 67
b. Les enquêtes menées par des associations 72

SECTION 2 - LUTTER CONTRE LE SEXISME AU SEIN DU SECTEUR MEDICAL 77

A. Le corps des femmes : enjeu de pouvoir et cœur de la domination masculine 79

1. Le pouvoir médical et les institutions : alliés de la domination historique du corps des femmes. 79
a. Le contrôle du corps des femmes 79
b. L'accouchement d'abord confié aux «matrones» puis aux sages-femmes, sous le contrôle des hommes 80
c. Une technicisation progressive des connaissances 81

2. Les années 1970 : la volonté des femmes de se réapproprier leurs corps et le début de la concentration des maternités. 84

3. Aujourd'hui : la recrudescence de publications et de collectifs de femmes autour de la santé et la sexualité . . . 89

a. De nombreux contenus et publications sur la santé sexuelle et reproductive et le plaisir féminin . . . 89

b. L'émergence de collectifs féministes centrées sur la santé sexuelle et reproductive des femmes . . . 91

c. Critique de l'hyper-médicalisation et volonté d'accoucher « autrement » . . . 92

B. lutter contre le sexisme au sein meme de la profession et former les professionnel.le.s de santé . . . 95

1. Le sexisme : de l'université aux salles de garde . . . 95

a. Un sexisme très présent entre professionnel.le.s de santé . . . 95

b. Des chiffres corroborés par de nombreux témoignages . . . 98

c. Un sexisme institutionnalisé et banalisé par la « culture carabine » . . . 99

d. Un sexisme trop peu dénoncé par peur de représailles . . . 101

2. Des professions médicales très sexuées et des instances de pouvoir encore largement aux mains des hommes . . . 102

a. Dans l'ensemble des professions médicales . . . 102

b. Gynécologie médicale . . . 103

c. Gynécologie obstétrique . . . 104

d. Sages-femmes . . . 104

e. Parmi les professeur.e.s et doyen.ne.s d'Université . . . 105

f. Au sein des instances de représentation des professions médicales . . . 106

g. Au sein de l'Académie nationale de médecine . . . 107

3. La nécessité de former les professionnel.le.s de santé . . . 107

a. La formation initiale . . . 108

b. La formation continue . . . 115

SECTION 3 - DÉFINIR DES NORMES POUR PROMOUVOIR UN SUIVI GYNÉCOLOGIQUE ET OBSTÉTRICAL RESPECTUEUX ET BIENTRAITANT . . . 119

A. Rendre explicite dans le droit l'interdit des actes sexistes dans la relation de soin . . . 121

1. Introduire le critère du sexe dans l'article 7, relatif à la non-discrimination, du Code de déontologie médicale . . . 122

2. Inscrire dans le Code de déontologie médical l'interdiction, pour les médecins, d'utiliser le caractère asymétrique de la relation médicale pour initier toute relation sexuelle avec leurs patient.e.s . . . 123

B. Préciser et faire appliquer les recommandations de bonnes pratiques . . . 127

1. Suivi gynécologique : définir des bonnes pratiques . . . 128

a. Recommandations existantes . . . 128

b. Manques identifiés . . . 129

2. Grossesse et accouchement : s'assurer de la mise en œuvre des recommandations existantes 131

a. Les recommandations récentes prennent mieux en compte le vécu des femmes et la volonté d'un accouchement moins médicalisé 131

b. Des écarts entre les recommandations et les pratiques. 134

c. La nécessité d'évaluer les pratiques et mieux diffuser les recommandations 135

d. Permettre la mise en œuvre des bonnes pratiques par le renforcement des moyens humains et financiers. 137

SECTION 4 - AMÉLIORER ET FACILITER LES PROCÉDURES DE SIGNALEMENTS ET CONDAMNER LES PRATIQUES SANCTIONNÉES PAR LA LOI 141

A. Les actes sexistes dans le suivi gynécologique et obstétrical font encore l'objet de tres peu de signalements et ceux-ci aboutissent rarement a des sanctions et des condamnations 143

1. Signalements auprès des associations d'accompagnement des femmes victimes de violences. 143

a. Associations généralistes sur les violences faites aux femmes. 143

b. Associations spécialisées sur les violences gynécologiques et obstétricales. 145

2. Signalements auprès des organisations propres au système de soin 146

a. Réseaux de périnatalité 146

b. Commission des usager.e.s de chaque établissement 146

c. Les recours devant les juridictions disciplinaires. 147

3. Signalements *via* le droit commun. 157

a. En Justice 157

b. Auprès du Défenseur des droits 157

B. Améliorer et faciliter les procédures de signalement et condamner les pratiques sanctionnés par la loi 159

1. Par une meilleure information des femmes, tout au long de leur vie 159

a. Mettre en place l'obligation légale d'éducation à la sexualité dès le plus jeune âge 160

b. Permettre un choix éclairé pour toutes les femmes par une information fiable et régulière. 160

c. Par une meilleure information concernant leurs droits et un meilleur accompagnement des victimes 165

2. Par une plus grande implication des Ordres nationaux professionnels. 166

a. Prévoir une procédure spécifique pour tous les faits relevant de violences sexistes et sexuelles. 167

b. Rendre obligatoire la formation des membre des chambres disciplinaires des ordres professionnels, à tous les niveaux. 167

C. Condamner les pratiques sanctionnées par la loi 169

1. Faciliter la transmission en justice des plaintes déposées auprès des juridictions disciplinaires. 169

2. Renforcer la formation des magistrat.e.s et des forces de l'ordre pour améliorer le traitement judiciaire 170

REMERCIEMENTS 171

RECOMMANDATIONS

Le HCE appelle à une prise de conscience des pouvoirs publics pour reconnaitre les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical, les prévenir, faciliter les procédures de signalements et condamner les pratiques sanctionnées par la loi. Il énonce 26 recommandations articulées autour de 3 axes :

AXE 1 : Reconnaître l'existence et l'ampleur des actes sexistes dans le cadre du suivi gynécologique et obstétrical, dont certains relèvent des violences

RECOMMANDATION 1 : Réaliser la première enquête de santé publique pour mieux connaitre tant le suivi gynécologique des femmes (âge moyen de la première consultation, fréquence de consultation, de frottis, d'examens vaginaux, de palpations mammaires…) que leur satisfaction quant à celui-ci (impression d'avoir été suffisamment informée des différents moyens de contraception, recueil du consentement avant un examen vaginal ou une palpation mammaire, etc.) ainsi que des actes sexistes éventuellement subis, dont les violences sexistes et sexuelles.

RECOMMANDATION 2 : Rendre publiques, sous forme de cartographie en ligne, les données maternité par maternité (selon la typologie des maternités I, II et III) relatives aux actes médicaux pratiqués lors de l'accouchement (césarienne, déclenchement, rupture artificielle de la poche des eaux, voie basse instrumentale, épisiotomie etc.).

RECOMMANDATION 3 : Mesurer la satisfaction des femmes quant à leur suivi obstétrical :

- par le déploiement, par la DREES, d'une nouvelle enquête sur la satisfaction des usagères, qui soit élargie à l'ensemble des parcours des femmes : suivi de grossesse, aide médicale à la procréation, IVG, IMG, fausse-couche…
- par l'intégration de questions spécifiques dans le questionnaire E-Satis diffusé par la Haute Autorité de Santé qui vise à mesurer la satisfaction et l'expérience des patient.e.s hospitalisé.e.s plus de 48h. Rendre ce questionnaire sexué et diffuser les résultats auprès des services concernés.

RECOMMANDATION 4 : Encourager la recherche académique sur les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical dans les projets financés par les ministères chargés de la Santé et de l'Enseignement supérieur.

RECOMMANDATION 5 : Intégrer la question des actes sexistes, dont les violences sexistes et sexuelles, durant le suivi gynécologique et obstétrical dans les démarches développées par le ministère chargé de la Santé sur la pertinence des actes.

RECOMMANDATION 6 : Intégrer dans les soins pris en charge à 100% par l'État les soins dispensés suite à un antécédent obstétrical traumatique par des psychologues et psychiatres formé.e.s aux conséquences psycho-traumatiques.

AXE 2 : Prévenir les actes sexistes relatifs au suivi gynécologique et obstétrical

RECOMMANDATION 7 : Renforcer la prévention et la lutte contre le sexisme et les violences sexuelles au sein de la profession par des campagnes de prévention et des cellules d'écoute dédiées aux violences sexistes et sexuelles.

1- Former les professionnel.le.s de santé

RECOMMANDATION 8 : Renforcer la formation initiale et continue des professions médicales et paramédicales pour prévenir les actes sexistes :

- rendre obligatoires et généraliser des modules sur les questions de bientraitance, de respect du consentement et sur les violences sexistes et sexuelles notamment à l'occasion de la réforme de la formation initiale des professions médicales ;
- intégrer ces thématiques dans les priorités de formations continues.

2- Définir des normes pour promouvoir un suivi gynécologique et obstétrical respectueux et adapté

Rendre explicite, dans le droit, l'interdit des actes sexistes dans la relation de soin

RECOMMANDATION 9 : Ajouter « *leur sexe, identité de genre ou orientation sexuelle* » à l'article 7 du Code de déontologie médicale (article R.4127-7 du CSP) : « *Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient* ***leur sexe, leur orientation sexuelle ou leur identité de genre,*** *leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée.*»

RECOMMANDATION 10 : Introduire dans le Code de déontologie médicale l'interdiction pour les médecins d'utiliser le caractère asymétrique de la relation médicale pour initier toute relation sexuelle avec leurs patient.e.s dans le cadre de la relation de soins.

Préciser et faire appliquer les recommandations de bonnes pratiques

RECOMMANDATION 11 : Élaborer et diffuser une recommandation globale de bonnes pratiques relatives au suivi gynécologique, notamment concernant la première consultation, qui intègre les spécificités rencontrées par les femmes handicapées, lesbiennes et primo-arrivantes.

RECOMMANDATION 12 : Évaluer l'expérimentation des 8 maisons de naissance destinées aux accouchements physiologiques, et en cas d'évaluation favorable, généraliser ce dispositif.

RECOMMANDATION 13 : Faire appliquer les recommandations de la Haute Autorité de Santé et de l'Organisation Mondiale de la Santé en matière de suivi gynécologique et obstétrical :

- par la mise en place de réunions dans les maternités à destination des soignant.e.s sur les dernières études et recommandations en matière de gynécologie et d'obstétrique ;
- par la transmission régulière de ces recommandations aux professionnel.le.s de santé, notamment *via* les organisations professionnelles et les sociétés savantes.

Permettre la mise en œuvre de ces bonnes pratiques par le renforcement des moyens humains et financiers

RECOMMANDATION 14 : Augmenter significativement les moyens financiers et humains dévolus à la santé, en particulier ceux consacrés aux maternités :

- dans le projet de loi de finances pour 2019 ;
- par la révision des décrets de périnatalité, identiques depuis 1998, afin de prévoir une augmentation des ressources humaines ;
- en anticipant les besoins démographiques en matière de soignant.e.s.

AXE 3 : Améliorer et faciliter les procédures de signalements et condamner les pratiques sanctionnées par la loi

1- Par une information des femmes concernant leurs droits, tout au long de leur vie :

RECOMMANDATION 15 : Mettre en place l'obligation, prévue par la loi depuis 2001, d'une éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées publics et privés.

RECOMMANDATION 16 : Mettre à jour et diffuser — par voie numérique et dans les centres de soins — **un livret d'information relatif à la première consultation gynécologique** (également disponible en langues étrangères et accessible aux personnes malvoyantes).

RECOMMANDATION 17 : Etablir un carnet de maternité type qui comprenne un module sur les droits des patientes et le généraliser à tous les établissements et aux professionnel.le.s de santé qui effectuent un suivi des grossesses en libéral (également disponible en langues étrangères et en braille).

RECOMMANDATION 18 : Permettre une plus grande implication des femmes dans le suivi de grossesse, l'accouchement et la suite des couches *via* :

- la possibilité, pour les futurs parents, d'élaborer un projet de naissance précisant leurs souhaits concernant le déroulement de l'accouchement, hors impératif médical ;
- la possibilité d'avoir recours à un.e interprète, choisi.e parmi les associations qui respectent le référentiel de la Haute Autorité de Santé d'octobre 2017 : « *Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé* », pour les femmes primo-arrivantes et/ou qui ne maîtrisent pas la langue française.

RECOMMANDATION 19 : Généraliser l'entretien pré-natal précoce (EPP) et créer un entretien post-natal, pris en charge par la Sécurité sociale, qui permette aux femmes d'échanger sur le déroulement de leur accouchement.

RECOMMANDATION 20 : Rappeler l'obligation d'inscrire tous les actes pratiqués au dossier médical de chaque parturiente.

RECOMMANDATION 21 : Informer les femmes concernant leurs droits et les possibilités de recours en cas d'actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical :

- lancer la première campagne d'information en direction du grand public rappelant les droits des patient.e.s, en présentant plusieurs situations où ceux-ci sont bafoués;
- diffuser des informations sur les droits des patientes sur le site de l'Assurance maladie, dans le carnet de maternité et dans les centres de protection maternelle et infantile et de planification familiale, en s'appuyant par exemple sur le Guide « Accouchement : mes droits, mes choix » de la Fondation des Femmes ;
- faire connaitre l'existence des commissions des usager.e.s et transmettre systématiquement toute déclaration aux services et soignant.e.s impliqué.e.s dans une optique d'amélioration de la qualité des soins ;
- intégrer, dans les huit séances de préparation à la naissance, un temps dédié aux droits des patientes.

RECOMMANDATION 22 : Soutenir financièrement les associations qui accompagnent des femmes victimes de violences sexistes et sexuelles, notamment dans le cadre du suivi gynécologique et obstétrical.

2- Par une plus grande implication des Ordres professionnels

RECOMMANDATION 23 : Prévoir une procédure disciplinaire spécifique d'examen des plaintes pour violences sexuelles, excluant toute médiation, conformément à 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, dite « Convention d'Istanbul ».

RECOMMANDATION 24 : Former les membres des chambres disciplinaires des ordres des sages-femmes et des médecins à la prise en compte des violences sexistes et sexuelles.

3- Par une meilleure réponse pénale concernant les pratiques sanctionnées par la loi

RECOMMANDATION 25 : Systématiser la transmission à la justice des plaintes formulées auprès des Ordres des médecins et des sages-femmes relatives à des pratiques réprimées par le Code Pénal, dès lors que la victime en a donné son accord.

RECOMMANDATION 26 : Renforcer la formation des forces de l'ordre et des magistrat.e.s sur les violences sexistes et sexuelles.

INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, les témoignages de femmes se multiplient dénonçant un suivi gynécologique porteur d'injonctions sexistes, des actes médicaux non nécessaires pendant l'accouchement voire des violences sexuelles dans le cadre du suivi gynécologique et obstétrical.

Ces témoignages, partagés sur Twitter, des *tumblrs*, des blogs ou dans les médias ont notamment émergé, en France, après le lancement du hashtag #PayeTonUtérus, fin 2014, mentionné par plus de 7000 tweets en 24 heures.

Les faits dénoncés par les femmes ont été regroupés sous l'appellation « violences gynécologiques et obstétricales », expression, apparue en Amérique latine aux débuts des années 2000, qui a permis de faire émerger une réflexion féministe sur la spécificité des maltraitances subies, par les femmes, dans le cadre de la relation de soins.

Dans ce contexte, la Secrétaire d'État chargée de l'Égalité entre les femmes et les hommes, Marlène SCHIAPPA a saisi en juillet 2017 le Haut Conseil à l'Égalité d'un rapport sur ce sujet, avec pour objectifs de «*mesurer et objectiver le phénomène en identifiant précisément la nature des problématiques soulevées*» et de « *mettre en exergue les différents leviers à mobiliser* », autant en termes de besoins de formation des professionnel.le.s concerné.e.s, que sur l'évolution des pratiques souhaitables dans le suivi gynécologique et obstétrical.

Pour réaliser ce rapport, le Haut Conseil à l'Égalité a mobilisé l'expertise des membres de sa Commission « Santé, droits sexuels et reproductifs » et de son Secrétariat général, ainsi que les recherches et recommandations existantes, tant nationales qu'internationales.

Le Haut Conseil s'est également appuyé de manière significative sur :

- 19 auditions et rendez-vous bilatéraux menés auprès d'ordres professionnels et de sociétés savantes, de patient.e.s et de leurs représentant.e.s, de professionnel.le.s de santé, de représentant.e.s de l'État, et auprès de la ministre des Solidarités et de la Santé, Mme Agnès BUZYN ;
- une consultation menée auprès des principales associations féministes spécialisées dans l'accompagnement des victimes de violences sexistes et sexuelles, à laquelle ont répondu le Planning Familial, la Fédération nationale des Centres d'Information des droits des femmes et des familles (FNCIDFF) et le Collectif féministe contre le viol (CFCV).

Le présent rapport a été élaboré :

Considérant la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes entrée en vigueur en 1981 ;

Considérant les lois françaises :

- le Code de la Santé Publique,
- le Code Pénal
- la loi du 27 janvier 2017 relative à l'égalité et à la citoyenneté,
- la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé,

- la loi du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes,
- la loi du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance ;
- la loi du 21 juillet 2009 « *Hôpital, Patients, Santé, Territoires* »,
- la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé,
- la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception,

Considérant les précédents travaux du Haut Conseil à l'Égalité et en particulier :

- Le « *rapport relatif à l'éducation à la sexualité* », publié le 13 juin 2016, qui évalue la mise en œuvre de l'obligation légale et propose des recommandations pour la rendre effective ;
- Le rapport « *La santé et l'accès aux soins : une urgence pour les femmes en situation de précarité* », publié le 29 mai 2017, qui fait état des inégalités de santé et des difficultés d'accès aux soins des femmes en situation de précarité ;
- « *L'avis pour une juste condamnation sociétale et judiciaire du viol et autres agressions sexuelles* », publié le 5 octobre 2016, qui rappelle notamment le besoin de formation de l'ensemble des professionnel.le.s sur les violences sexistes et sexuelles.

SAISINE

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

COURRIER ARRIVÉ
28 AOUT 2017
HCEfh

PREMIER MINISTRE
SECRETARIAT D'ETAT CHARGE DE
L'EGALITE ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES

Paris, le 28 JUIL. 2017

Madame la Présidente,

La relation entre la/le patient.e et la/le professionnel.le de santé constitue une pierre angulaire dans la prise en charge sanitaire, la prévention et le rétablissement de la santé. Elle permet à la patiente et au patient d'exprimer leurs doutes, leurs besoins et attentes et de mieux appréhender les différents actes médicaux susceptibles d'être réalisés.

Une étude de 2008 de la DREES sur la satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement dresse un tableau très positif de la satisfaction des parturientes sur leur prise en charge (95% des femmes interrogées se sont déclarées très ou plutôt satisfaites). Néanmoins, cette étude notait également une moindre satisfaction quant à la capacité des professionnels de santé à expliciter les actes médicaux lors de l'accouchement stricto sensu (sur le recours à l'épisiotomie, 16% ont déploré un manque d'information et 31% une absence totale d'information).

Ce qui était perçu à cette époque comme une insatisfaction apparaît aujourd'hui comme une réelle souffrance des femmes qui regrettent, entre autres, les immobilisations forcées, les épisiotomies non consenties ou les refus de péridurales.

Au-delà de la périnatalité, le suivi gynécologique des femmes tout au long de leur vie peut parfois être vécu comme une intrusion, voire une violation de leur intimité, ou perçu comme inadapté par rapport à leurs besoins. Ainsi les témoignages de femmes augmentent pour dénoncer des pratiques insatisfaisantes ou inadaptées et les souffrances qu'elles induisent. Certains médias (France Info, Elle) et de nombreux blogs en font écho.

La formation des professionnel.le.s de santé, médicaux, dans sa conception large, et paramédicaux, est en la matière un enjeu : former à l'écoute permet de mieux prendre en compte les besoins, même non exprimés des patient.e.s. S'agissant plus particulièrement des violences gynécologiques et obstétricales, des initiatives émergent, par exemple dans les universités de Grenoble-Alpes et de Paris-Descartes, pour mieux former les professionnel.le.s à l'écoute des patientes, prévenir et prendre en charge ces faits.

Madame Danielle BOUSQUET
Présidente du Haut conseil à l'égalité
Entre les femmes et les hommes
99 rue de Grenelle
75007 Paris

55 rue Saint-Dominique – 75007 PARIS – téléphone : 01 42 75 80 00

C'est dans ce cadre que je souhaite vous confier la réalisation d'un état des lieux permettant d'une part **de mesurer et objectiver** le phénomène en identifiant précisément la nature des problématiques soulevées, et d'autre part, de **mettre en exergue les différents leviers à mobiliser** le cas échéant pour améliorer la situation. Votre expertise pourra aussi bien porter sur les besoins de formation des professionnel.le.s concerné.e.s (formation initiale et continue), que sur l'évolution des pratiques souhaitables en termes de suivi gynécologique et d'accompagnement du suivi de la grossesse et de l'accouchement. Une étude comparée des éventuelles démarches sur ce phénomène engagées au niveau européen par d'autres pays, pourrait également s'avérer pertinente.

Sur la base des conclusions de vos travaux, le Secrétariat d'Etat chargé de l'Egalité entre les femmes et les hommes envisagera éventuellement alors des suites à donner et de la saisine, avec la Ministre des solidarités et de la santé, de la Haute Autorité de Santé en vue de l'élaboration de recommandations aux professionnel.le.s de santé.

Je souhaite pouvoir disposer de vos travaux au terme du premier trimestre 2018.

Je vous prie de croire, Madame la Présidente, à l'expression de ma considération distinguée.

Marlène SCHIAPPA

55 rue Saint-Dominique – 75007 PARIS – téléphone : 01 42 75 80 00

SECTION 1 :
Reconnaitre l'existence et l'ampleur des actes sexistes dans le cadre du suivi gynécologique et obstétrical, dont certains relèvent des violences

A. Éléments de cadrage : le suivi gynécologique et obstétrical dans la vie d'une femme

La première spécificité de la médecine gynécologique et obstétricale est de ne concerner que des femmes.

Les consultations dans le cadre du suivi gynécologique ou obstétrical ont par ailleurs deux particularités :

- elles ne concernent pas nécessairement un public atteint de pathologies : les femmes qui souhaitent se voir prescrire une contraception et celles qui accouchent ne sont pas malades ;
- elles sont très fréquentes au cours de la vie des femmes.

1. Une vie rythmée par les consultations gynécologiques

> « *Tout au long de leur vie, les femmes mettent leur corps entre les mains des gynécologues : pratiques contraceptives, recours à l'avortement, grossesse, accouchement, ménopause, etc.* »
>
> Mélanie DÉCHALOTTE, « *le livre noir de la gynécologie* »[4]

Il n'existe pas, à ce jour, d'enquête de santé publique qui permette de mesurer le nombre moyen de consultations gynécologiques et obstétricales qu'aura une femme au cours de sa vie. Néanmoins, il est possible de retracer le parcours gynécologique et obstétrical moyen des femmes, en se basant sur les principales informations de santé publique disponibles.

a. Suivi gynécologique

La plupart des études récentes[5] concernant le suivi gynécologique portent sur une population de femmes âgées de 15 à 50 ans, correspondant à la période moyenne de fécondité des femmes.

Il n'existe pas de données statistiques relatives à la fréquence des consultations pour motifs gynécologiques, sur l'ensemble de cette période. Nous pouvons néanmoins citer deux études éclairantes :

4- DECHALOTTE Mélanie. Le livre noir de la gynécologie. Maltraitance gynécologiques et obstétricales : libérer la parole des femmes. Paris, First Éditions, octobre 2017.

6- RAHIB Delphine, LE GUEN Mireille, LYDIÉ Nathalie. Baromètre Santé 2016. Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017, 8 p. ; INSERM, DREES. Enquête nationale périnatale. Rapport 2016. Les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2000. Octobre 2017 ; BAJOS, Nathalie et al. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? in « Populations et Sociétés », n°511, mai 2014 ; FOURCADE Nathalie et al. L'état de santé de la population en France. Rapport 2017. DREES.

- **Le baromètre sur la santé des jeunes réalisé par l'INPES** en 2010, nous renseigne sur la fréquence de consultations, chez un.e gynécologue, des femmes les plus jeunes : **plus d'une femme sur deux âgées de 15 à 30 ans déclarent avoir consulté un.e gynécologue dans l'année** (23,8% des 15-19 ans, 59,4% des 20-25 ans et 72,0% des 26-30 ans)[6].
- **L'étude réalisée par l'Observatoire Thales en 1999**[7] (publiée sur le site du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français) : bien que datée, elle nous indique que le nombre moyen de consultations pour motif gynécologique chez un.e médecin généraliste est **de 3,6 par femme et par an**. Ce chiffre croît avec l'âge de la patiente. Selon cette même étude, plus de 75% des consultations pour motifs gynécologiques réalisées chez un.e médecin généraliste sont liées à l'état de santé physiologique de la femme : en premier lieu la contraception, puis le suivi de grossesse, et la ménopause.

Fréquence annuelle de consultations par tranches d'âge

Tranche d'âge	Fréquence annuelle de consultations
15 à 20 ans	2,5
21 à 40 ans	2,8
41 à 50 ans	3,6
51 à 55 ans	4,1
56 à 65 ans	4,5
66 ans et plus	5,5
Total	**3,6**

La plupart des consultations gynécologiques ont pour motif un renouvellement de contraception : la pilule, qui reste le moyen de contraception privilégié aujourd'hui par près de 4 femmes sur 10[8] en France requiert en effet un renouvellement régulier d'ordonnance, tous les six mois à un an en moyenne.

Il est possible de prendre appui sur les recommandations de santé publique concernant la prévention des cancers du col de l'utérus et du sein :

Cancer du col de l'utérus

- La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande que les femmes de 25 à 65 ans, sauf cas particulier, fassent un frottis cervico-utérin tous les trois ans, après deux frottis consécutifs normaux réalisés à un an d'intervalle.
- À ces consultations de prévention s'ajoute la vaccination contre le virus HPV, recommandée pour les jeunes filles âgées de 11 à 15 ans.

Cancer du sein

La Haute Autorité de Santé recommande que les femmes à risque moyen de 50 à 74 ans fassent une mammographie tous les deux ans. Les femmes qui ont des antécédents personnels ou familiaux liés au cancer du sein doivent être suivies plus régulièrement.

Partant des études — insuffisantes — susmentionnées, des recommandations de santé publique et des pratiques contraceptives des femmes, **le Haut Conseil se base sur une consultation annuelle pour des motifs gynécologiques de 15 à 45 ans, quel.le que soit la.le professionnel.le qui l'effectue.**

Cette estimation vise uniquement à calculer la place qu'occupent les consultations gynécologiques et obstétricales dans la vie d'une femme et ne constitue en aucun cas une recommandation de santé publique. Les femmes continuent évidemment de consulter pour leur suivi gynécologique après 45 ans, et certaines consultent également avant l'âge de 15 ans.

6- BECK François, RICHARD Jean-Baptiste. Le comportement de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010. INPES, 2010.

7- http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm

8- Delphine Rahib, Mireille Le Guen, Nathalie Lydie, Santé publique France, BAROMÈTRE SANTÉ 2016, CONTRACEPTION, Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent, p.2

La ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès BUZYN, a récemment annoncé avoir élargi, dans son plan de prévention de la santé sexuelle, la consultation prise en charge à 100% pour la santé sexuelle et la contraception des filles, **aux jeunes garçons**[10]. Cette première consultation de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles pour les jeunes filles de 15 à 18 ans avait en effet été créée par la convention médicale de 2016[11].

Cette consultation désormais accessible aux jeunes des deux sexes permettra, selon la ministre, « *de distribuer des outils aux jeunes sur la prévention en matière sexuelle* »[12].

b. Suivi obstétrical

À ces consultations régulières, s'ajoutent celles liées à des **grossesses, menées à terme ou interrompues**, ainsi qu'à des pathologies.

En France, en 2017, le taux de fécondité est de 1,88[12] enfant par femme. Dans le cadre du suivi de grossesse, 7 consultations prénatales sont généralement recommandées — et prises en charge par la Sécurité sociale — lorsque la grossesse se déroule normalement.

À cela s'ajoute l'accouchement en lui-même, qui comporte un nombre important d'examens vaginaux.

Enfin, une visite post-natale est prévue dans le suivi normal de l'accouchement. En moyenne, une femme aura donc 17 consultations dans sa vie au titre du suivi obstétrical, en l'absence de toute pathologie et en se tenant aux consultations remboursées par la sécurité sociale.

En 2016, le nombre moyen d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) par femme était de 0,52[13]. Une IVG suppose entre trois et quatre consultations, selon qu'il s'agit d'une IVG médicamenteuse ou instrumentale (deux en amont, l'intervention elle-même, et une consultation post-IVG).

Chiffres-clés

En 2016, **784 000** naissances ont été recensées en France.

On dénombre **517** maternités sur l'ensemble du territoire.

Source : INSEE, INSERM et DREES

9- Ministère des Solidarités et de la Santé, Feuille de route stratégie nationale de santé sexuelle 2018-202, p10 http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route_pnsp_sante_sexuelle.pdf

10- Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, 25 aout 2016 https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/375829/document/texte_conventionnel_version_consolidee_au_16-03-18.pdf

11- Audition par le HCE, 12 avril 2018

12- https://www.insee.fr/fr/statistiques/3305173

13- INED. Avortements, 1976-2016. https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/avortements-contraception/avortements

Le suivi gynécologique a donc une place importante dans la vie d'une femme, rythmée par des visites assurées par différent.e.s professionnel.le.s de santé :

Type de suivi	Nombre de consultations en moyenne	Consultations en moyenne
Suivi gynécologique :	1 consultation par an en moyenne de 15 à 45 ans	30
Suivi obstétrique :		
Grossesses- IVG	1.88 enfant /femme : - 7 consultations pré-natales - 1 accouchement - 1 visite post-natale	17
IVG	0,52 IVG / femme : 3 à 4 consultations	2
		Environ 50 consultations par femme au cours d'une vie.

Chiffres-clés

En l'absence de pathologie, une femme suivra donc en moyenne près de **50 consultations gynécologiques** entre ses 15 et 45 ans.

Source : estimation HCE

2. Le choix du.de la praticien.ne

Peu d'études s'intéressent au choix des patientes quant au.à la professionnel.le à qui elles confient leur suivi gynécologique. Il apparait néanmoins que les gynécologues restent l'interlocuteur.rice privilégié par les femmes, même si l'on observe, ces dernières années, une tendance à une diversification des professionnel.le.s vers lesquel.le.s elles se tournent.

Le suivi gynécologue peut en effet être assuré par :

- **des sages-femmes** : ils et elles assurent la surveillance et le suivi médical de la grossesse et proposent des séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Ils et elles assurent, en toute autonomie, la surveillance du travail et de l'accouchement qui ne présentent aucune pathologie ou facteur de risque.

  Les sages-femmes peuvent également, depuis 2009[14], assurer le suivi gynécologique de prévention et de contraception des femmes.

- **des médecins généralistes** : ils et elles peuvent déclarer la grossesse et effectuer les consultations de suivi de grossesse, quand il n'y a pas de complications, jusqu'au 8e mois. Ils et elles peuvent également assurer le suivi gynécologique des femmes.

- **des gynécologues médicaux.ales** : ils et elles assurent la prise en charge de tous les problèmes gynécologiques médicaux pendant toute la vie d'une femme. Ils et elles n'opèrent pas et ne suivent pas les accouchements.

14- Loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires, 21 juillet 2009, https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id

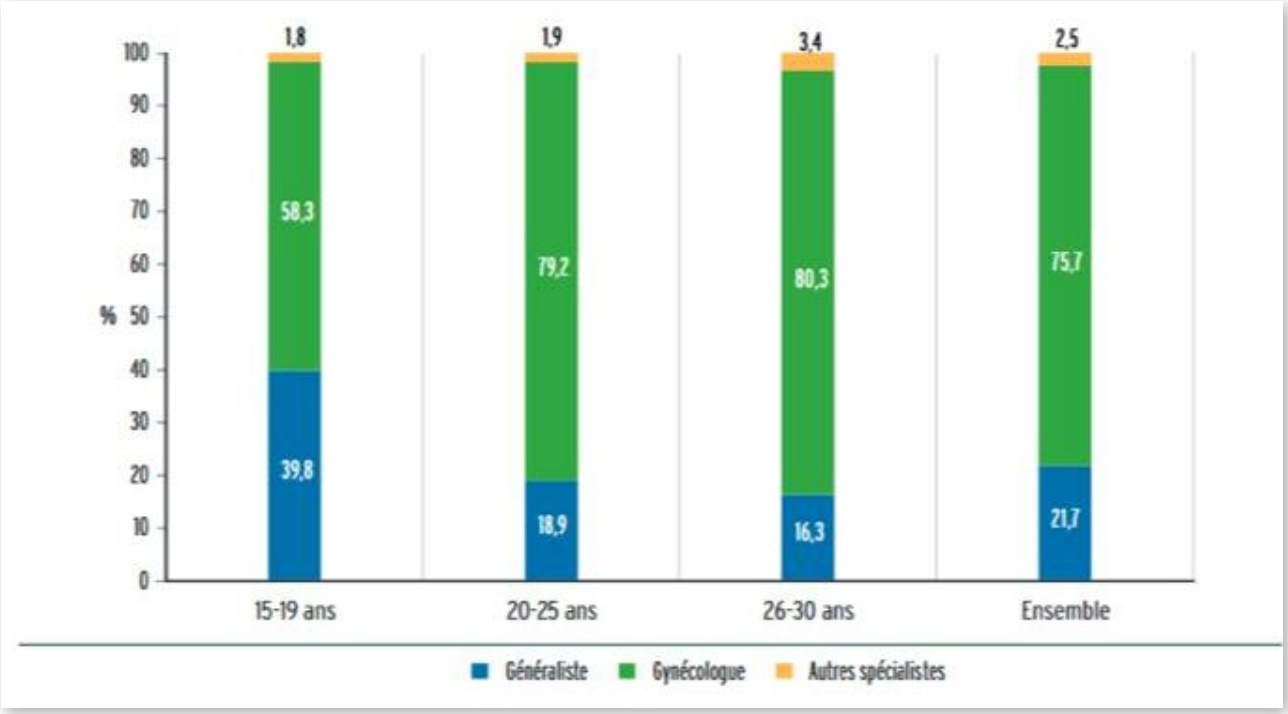
- **des gynécologues médicaux.ales et obstétricien.ne.s** : cette formation n'existant plus, cette spécialité est amenée à disparaître après le départ à la retraite des professionnel.le.s actuellement en exercice[15].
- **des gynécologues-obstétricien.ne.s** : si ils et elles suivent avant tout les grossesses, les accouchements et prennent en charge tout ce qui est chirurgical et pathologique, ils.elles peuvent également être amené.e.s à assurer le suivi gynécologique.

a. Les consultations par un.e gynécologue toujours privilégiées par les patientes

Le Baromètre santé 2010 de l'INPES, portant sur le comportement de santé des jeunes de 15 à 30 ans, indique que *« si le recours au gynécologue est privilégié à tout âge, le médecin généraliste demeure un interlocuteur chez les jeunes de 15-19 ans : lors de leur dernière visite pour raison gynécologique, 4 jeunes filles sur 10 avaient consulté un généraliste. Au-delà de 20 ans, le recours au gynécologue s'accentue. »*[16]

Le.la gynécologue — toutes spécialités confondues — semble donc être l'interlocuteur.rice privilégié.e des femmes dans le cadre de leur suivi gynécologique.

Professionnel consulté par des femmes de 15-30 ans lors de leur dernière visite pour motif de contraception ou gynécologique selon l'âge, en 2010 (base des femmes ayant consulté un médecin pour ce motif, n = 1 006)



Source : Le comportement de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010. INPES, 2010

Il serait intéressant de réaliser ce type d'étude sur l'ensemble des femmes, et d'analyser les déterminants qui amènent les femmes à privilégier tel.le ou tel.le professionnel.le.

15- https://abonnes.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2017/12/27/gynecologie-qui-fait-quoi_5234867_4355770.html
16- BECK François, RICHARD Jean-Baptiste. Le comportement de santé des jeunes.- Analyses du Baromètre santé 2010. INPES, 2010.

b. Une évolution récente dans le choix du.de la professionnel.le liée à la démographie médicale et la diversification des professionnel.le.s de santé compétent.e.s pour le suivi

L'effet conjugué de la raréfaction des gynécologues et de l'extension des compétences en matière gynécologique et obstétricale des médecins généralistes et des sages-femmes laisse présager une diversification des soignant.e.s choisi.e.s par les femmes pour assurer leur suivi gynécologique, une IVG ou le suivi de leur grossesse.

Selon l'Atlas de la démographie médicale élaboré, en 2017, par le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM), on dénombre aujourd'hui :

- **1 136 gynécologues médicaux[17].** Leur nombre a baissé de 41,6% en dix ans en raison de la décision des pouvoirs publics de ne plus en former entre 1987 et 2003. Seule une soixantaine de ces spécialistes sont désormais formé.e.s chaque année ;
- **1 148 gynécologues médicaux et obstétricien.ne.s[18] ;**
- **4 464 gynécologues-obstétricien.ne.s ;**
- **28 932 sages-femme enregistré.e.s au Conseil de l'Ordre[19] dont 22 721 en activité : 70% exerçant une activité salariée, 19% en libéral, 10% « mixte » et 1% d'autre[20] ;**
- **88 137 médecins généralistes[21] dont 56,3% en libéral, 37% salarié.e.s et 6,6% exercent de façon mixte.**

Suivi gynécologique

La raréfaction des gynécologues assurant des consultations gynécologiques complexifie l'accès des femmes à des consultations chez ce type de spécialiste. Les délais d'attente s'allongent, notamment pour prendre rendez-vous auprès des gynécologues conventionné.e.s en Secteur I et qui ne pratiquent pas de dépassement d'honoraires.

L'attention médiatique s'est concentrée ces derniers mois sur la raréfaction des gynécologues. Or, ce ne sont pas les seul.le.s professionnel.le.s de santé à effectuer des suivis gynécologiques.

En effet, on observe, dans le même temps, une augmentation de la part des consultations réalisées par les médecins généralistes et les sages-femmes.

Depuis la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite « loi HPST », les compétences des sages-femmes dans le suivi gynécologique et obstétrical ont été accrues. Ainsi, les sages-femmes sont désormais habilité.e.s à assurer des consultations en matière de gynécologie préventive et de contraception, auprès des femmes en bonne santé.

Ils et elles peuvent réaliser un frottis cervico-vaginal de dépistage et prescrire tous les examens complémentaires utiles au bon suivi de la patiente (dépistage IST, bilan biologique).

Les sages-femmes peuvent proposer à leurs patientes, y compris mineures, différentes méthodes contraceptives et prescrire l'ensemble des moyens contraceptifs, à savoir :

- les contraceptifs hormonaux locaux ou par voie orale,
- les contraceptifs intra utérins, les diaphragmes et les capes,
- les contraceptifs d'urgence.

17- Atlas de la démographie médicale en France situation au 1er janvier 2017, CNOM https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017.pdf

18- Atlas de la démographie médicale en France situation au 1er janvier 2017, CNOM https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017.pdf

19- http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/donnees-demographiques-de-la-profession /

20- Le reste des sages-femmes est répertorié sous « Autre » ou « Sans activité » http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/donnees-demographiques-de-la-profession/

21- Atlas de la démographie médicale en France situation au 1er janvier 2017, CNOM https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017.pdf

Ils et elles peuvent effectuer :

- l'insertion, la surveillance et le retrait de contraceptifs intra-utérins,
- la pose et le retrait de l'implant,
- le suivi de la contraception orale.

Les sages-femmes peuvent pratiquer des échographies gynécologiques et, depuis la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, réaliser des IVG médicamenteuses.

L'augmentation du coût de la première consultation de contraception susceptible d'encourager les femmes à se tourner vers les sages-femmes.

Depuis le 1er novembre 2017, les consultations dites « complexes » telles que la « première consultation de contraception » pour les femmes âgées entre 15 et 18 ans ont augmenté de 25 à 46€ pour les médecins (généralistes, gynécologues et pédiatres). La part remboursée par l'Assurance maladie est de 70%, soit 31€20. Le reste à charge des patientes qui ne disposent pas de mutuelles complémentaires est donc de 14€80. Les consultations réalisées par des sages-femmes demeurent quant à elles au tarif de 23€ sans qu'un dépassement d'honoraire ne soit possible.

Cette diversification des professionnel.le.s assurant le suivi gynécologique des femmes s'observe dans les faits. Selon une enquête du journal Le Monde parue en 2017[22], basée sur les données 2016 d'Open Médic, qui recensent les médicaments délivrés en pharmacie de ville :

- en 2016, environ la moitié des 6 500 sages-femmes exerçant en libéral (en hausse de 10% par an) proposaient un « *suivi gynécologique de prévention* » à des femmes en bonne santé ;
- les pilules contraceptives ont été prescrites pour moitié (51,2%) par des gynécologues, à 44,2% par des médecins généralistes et à 1,7% par des sages-femmes ;
- les actes relatifs au suivi gynécologique (frottis, pose de stérilet) ont été réalisés à 2,9% par des sages-femmes, en hausse de 52% par rapport à 2015, selon l'Ordre des sages-femmes.

Les services universitaires de médecine prévention et de promotion de la santé : bientôt de nouveaux lieux de consultations gynécologiques

Les services universitaires de médecine prévention et de promotion de la santé (SUMPPS) sont des services dédiés à la protection sanitaire des étudiant.e.s. Ils proposent des examens et entretiens médicaux, dans le but de dépister les affections médicales et les troubles de la santé éventuels et mettent en œuvre des programmes de prévention et d'éducation sanitaire. À ce jour, ces services ne peuvent pas faire de prescription.

Néanmoins, la ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès BUZYN, a annoncé que les compétences des SUMPPS vont être élargies.

La ministre souhaite qu'ils puissent bientôt « *prescrire une contraception, effectuer des dépistages des IST et dispenser de véritables consultations avancées de gynécologie, ophtalmologie, santé bucco-dentaire etc.* »[23]

Ces lieux deviendront alors de nouveaux centres de consultations gynécologiques pour les étudiantes.

22- http://abonnes.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2017/12/27/gynecologie-qui-fait-quoi_5234867_4355770.html
23- BUZYN Agnès, Audition par le HCE, 12 avril 2018

Suivi de grossesse

Les gynécologues-obstétricien.ne.s sont toujours priviligié.e.s par les femmes pour le suivi de leur grossesse.

La dernière enquête nationale périnatalité publiée en 2017 par l'INSERM et la DREES montre que la.le gynécologue-obstétricien.ne demeure la.le professionnel.le le plus fréquemment consulté.e pour la surveillance prénatale.

Les sages-femmes

Néanmoins, un quart des femmes déclare avoir été suivie par un.e sage-femme (en maternité publique ou en secteur libéral) dans les six premiers mois de la grossesse.

L'INSERM et la DREES notent que « *le rôle des sages-femmes comme professionnelles de premier recours dans la prise en charge des grossesses sans complication semble donc mieux pris en compte* »[24].

Les médecins généralistes

La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande que les médecins généralistes puissent suivre la grossesse jusqu'à 7 mois quand elle se déroule sans situation à risque ou que ces situations relèvent d'un faible niveau de risque[25].

Une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) menée sur un panel de médecins généralistes[26] montre que :

- 84% d'entre eux.elles estiment que le suivi des grossesses fait partie de leurs missions ;
- 87% d'entre eux.elles ont reçu au moins une fois par trimestre une patiente afin de confirmer sa grossesse ;
- 57% ont reçu au moins une fois par trimestre une patiente pour son suivi de grossesse.

Le recours au médecin généraliste dans le cadre de la grossesse est en hausse : selon les enquêtes nationales périnatales, 19,3% des femmes enceintes ont consulté au moins une fois un.e médecin généraliste dans le cadre de leur surveillance prénatale en 2016, contre 15% en 2003[27].

Un constat corroboré par le Collège de la médecine générale, lors de son audition par le HCE :

> *« Il y a de moins en moins de gynécologues et quand les femmes ont besoin d'un renouvellement de pilule, elles s'adressent de plus en plus à leur médecin généraliste, par ailleurs compétent pour suivre une grossesse jusqu'à 6 ou 7 mois. Pour le suivi de grossesse, cela va dépendre de la situation des hôpitaux. Lorsque les hôpitaux sont surchargés, les femmes sont plutôt suivies par leur médecin généraliste, et quand les hôpitaux ont de la place, elles vont plutôt être suivies par les gynécologues hospitalier.e.s. »*[28]
>
> Humbert DE FREMINVILLE, représentant du Collège de la Médecine Générale

La participation des médecins généralistes dans le suivi de grossesse de leurs patientes dépend également de leur niveau de formation en gynécologie-obstétrique. Cette formation est dispensée *via* des stages au cours du cursus universitaire et des formations complémentaires (diplômes universitaires, diplômes inter-universitaires et formations médicales continues). Les généralistes formé.e.s en gynécologie-obstétrique sont, logiquement, plus nombreux.euses à effectuer des suivis de grossesses. Une étude de la DREES montre en effet que 76% des médecins généralistes ayant suivi un DI ou DIU ou une formation continue en gynécologie-obstétrique recevaient des patientes pour un suivi de grossesse au moins une fois par trimestre[29].

24- Enquête nationale périnatale, INSERM et DREES, 2016 http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese-enp2017.pdf

25- Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées, Haute Autorité de Santé, Mai 2016, - https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_orientation_femmes_enceintes_synthese.pdf

26- Etudes et Résultats, « Attitudes et pratiques des médecins généralistes dans le cadre du suivi de la grossesse », Drees, octobre 2016 http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er977.pdf

27- Enquêtes nationales périnatales, Inserm et Drees, de 2016 et 2011
http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf
http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf

28- Audition par le HCE, Jeudi 14 décembre 2017

29- DREES, Etudes et Résultats « Attitudes et pratiques des médecins généralistes dans le cadre du suivi de grossesse », octobre 2016

En ce qui concerne l'accouchement en lui-même : l'enquête nationale périnatalité 2016 indique que, sur l'ensemble des maternités, les accouchements ont été réalisés à 59% par un.e sage-femme (contre 54% en 2010) et à 41% par un.e gynécologue-obstétricien.ne (contre 46% en 2010).

Plus particulièrement pour les accouchements par voie basse non instrumentale (qui représentent 67% des accouchements) : 87% ont été réalisés par un.e sage-femme (81.8% en 2010) et 12% par un.e gynécologue-obstétricien.ne (18.1% en 2010)[30].

Chiffres-clés

En 2016, **6 accouchements sur 10** ont été réalisés par des sages-femmes.

Dans **9 cas sur 10**, les accouchements par voie basse non instrumentaux (qui représentent 7 accouchements sur 10) ont été réalisés par des sages-femmes.

Source : DREES/INSERM

3. Une spécificité : entre sexualité et reproduction, le suivi de l'intime

Au-delà de leur régularité, la singularité des consultations gynécologiques et obstétricales tient à leur caractère intime, pouvant être perçu comme sexuel, lié au contexte, aux gestes pratiqués et aux sujets évoqués lors de la consultation.

a. Par le contexte

Elles racontent

« Il faut se mettre totalement à poil, les pieds dans les étriers... Je déteste ça. Et puis je me traîne une grosse culpabilité parce que je gère mal les questions de sexualité, le préservatif, etc.»[31]

Les consultations gynécologiques, contrairement à un rendez-vous dermatologique ou psychiatrique, impliquent — le plus souvent mais pas nécessairement — un examen. Cet examen se pratique sur une table et implique, le plus souvent, que la femme soit nue. De plus, il se concentre sur les parties intimes des femmes, ce qui le différencie d'autres types d'examens médicaux. La position gynécologique classique, en décubitus dorsal, peut susciter un malaise chez certaines femmes au moment de mettre les pieds dans les étriers, d'écarter les cuisses et d'avoir leur vagin près du visage du.de la médecin.

b. Par les gestes pratiqués

La palpation mammaire — qui consiste à palper les seins et les aires ganglionnaires sous axillaires et sus claviculaires — peut également comporter une connotation sexuelle. Si elle est effectuée avec « *violence, contrainte, menace ou surprise* »[32], cet acte relève de l'agression sexuelle définie par l'article 222-22 du Code Pénal.

L'examen en lui-même, que ce soit un toucher vaginal (introduction de deux doigts dans le vagin et palpation), un frottis (qui suppose l'introduction d'un spéculum dans le vagin), ou l'introduction d'une sonde dans le vagin, est un

30- INSERM/DREES, Enquête nationale périnatale, 2016, p.113
31- http://next.liberation.fr/vous/2007/03/05/chez-le-gyneco-la-peur-au-ventre_86583
32- https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417677

acte de pénétration vaginale par autrui. Effectué par « *violence, contrainte, menace ou surprise* »[33], cet acte relève du viol tel que défini à l'article 222-23 du Code pénal.

Cette possible connotation sexuelle est confirmée par le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) qui précise dans un rapport intitulé « Pratique médicale et sexualité », et publié en 2010, que « *la pratique médicale expose à des contacts qui ont naturellement une connotation sexuelle* »[34].

Les personnes auditionnées par le HCE ont relevé, à plusieurs reprises, la spécificité des actes réalisés dans le cadre du suivi gynécologique et obstétrical. Il ne s'agit pas d'examens anodins. Effectués sans explication suffisante ou sans recueillir le consentement libre et éclairé des patientes, ils peuvent susciter de la gêne, atteindre leur intégrité physique et parfois faire revivre des traumatismes liés à des violences sexuelles.

Perrine MILLET, gynécologue-obstétricienne à l'origine du Diplôme Inter-Universitaire *Prise en charge des violences faites aux femmes, vers la bientraitance, alerte également sur l'importance, pour les médecins chargé.e.s du suivi gynécologique et obstétrical, de prendre en compte le nombre de femmes qui ont été victimes de violences sexuelles parmi leur patientèle : « l'examen vaginal n'est pas anodin et laisse des traces sur le corps des femmes »*[35].

Pour Sophie GUILLAUME, présidente du Collège national des sages-femmes de France (CNSF), le fait même de toucher le ventre d'une femme peut la mettre mal à l'aise voire réveiller des traumatismes. C'est pourquoi, elle s'assure du consentement des femmes pour tous les gestes pratiqués :

> *« Plutôt que de dire "je vais toucher votre ventre pour voir comment va votre bébé", je dis plutôt "Est-ce que je peux…". Dans 95% des cas, la femme me répondra "oui, bien sûr !", et il n'y aura peut-être que 5% d'entre elles qui me diront "non, je ne préfère pas". Mais dans ces cas-là, il faut prendre le temps d'écouter ces femmes car il sera nécessaire d'adapter le parcours de grossesse.»*[36].

c. Par les sujets évoqués lors de la consultation

Les consultations gynécologiques, y compris « de routine » peuvent susciter une certaine appréhension chez les femmes, sans même qu'aucun acte sexiste ne s'y produise.

Au contexte et aux actes pratiqués s'ajoute le fait que l'entretien avec le.la gynécologue est l'une des premières occasions où les femmes évoquent leur vie sexuelle avec une personne qu'elles ne connaissent pas, ou très peu. Premiers rapports sexuels homosexuels ou hétérosexuels, volonté ou non de choisir une contraception, choix d'avorter, craintes suites à des rapports sexuels non protégés ou douloureux, infections sexuellement transmissibles, violences sexuelles etc. les consultations gynécologiques sont souvent l'occasion d'aborder des questions intimes, parfois traumatisantes.

Le tabou persistant sur la sexualité des femmes les empêche parfois d'avoir des espaces de discussion et d'information sur le sujet. La consultation gynécologique, quel.le que soit la.le professionnel.le qui la réalise peut ainsi constituer le seul espace où elles vont poser les questions ou faire part de difficultés relatives à leur vie sexuelle.

33- https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006417678&cidTexte=LEGITEXT000006070719
34- HOERNI Bernard, Pratique médicale et sexualité, rapport adopté lors de la session du CNOM, décembre 2000
35- Entretien avec le HCE, 16 novembre 2017
36- Entretien avec le HCE, 1er février 2018

B. Des formes de maltraitances spécifiques

Les comportements inadaptés et irrespectueux des patient.e.s, peuvent concerner tou.te.s les patient.e.s, dans toutes les spécialités médicales, comme l'a rappelé la ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès BUZYN, lors de son audition devant la Commission « Santé, droits sexuels et reproductifs[37] :

> *« Un diagnostic de cancer ou une annonce de fin de vie donnés tard le soir ou par téléphone sont des actes tout aussi violents. […] Mon enjeu est la formation initiale et continue des professionnel.le.s de santé à l'empathie, à savoir parler aux gens et cela ne s'arrête pas aux portes des examens gynécologiques. »*
>
> *Agnès BUZYN, ministre des Solidarités et de la Santé*

Il serait donc possible de supposer que les comportements déplacés, maltraitants ou manquant d'empathie commis dans le cadre gynécologique-obstétrical n'en sont qu'un exemple parmi d'autres.

La question des moyens, régulièrement évoquée par certain.e.s représentant.e.s des professions de santé, est un élément d'explication mais n'explique pas tout.

Selon Dominique LE GULUDEC, Présidente du Collège de la Haute Autorité de Santé :

« La tension financière dans les hôpitaux n'est pas récente, elle s'est accrue récemment. Avant cela, il y avait moins de pression humaine et matérielle mais il n'est pas garanti qu'il y avait de meilleures pratiques en gynécologie et en obstétrique. Le manque de moyens est donc un facteur aggravant mais ce n'est pas le seul facteur, loin de là. Les difficultés de moyens ne sont pas spécifiques à l'obstétrique : le manque de moyen est présent partout mais les violences elles, ne sont pas présentes partout. »[38]

Dans son avis publié le 22 mai 2018 « *Agir contre les maltraitances dans le système de santé : une nécessité pour respecter les droits fondamentaux* », la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH) relève l'existence de maltraitances spécifiques à l'encontre des femmes :

« *Dans l'ensemble, les femmes sont davantage victimes de préjugés que les hommes dans notre système de santé et cela entraine des formes de maltraitances spécifiques. Alors que les séjours en maternité sont généralement une des rares occasions heureuses de séjourner à l'hôpital, sur les 73 maternités d'Ile de France pour lesquelles les données sont disponibles, seules 5 ont un taux de satisfaction supérieur à 75%*[39]. »

Le HCE estime que le suivi gynécologique et obstétrical présente la spécificité de ne concerner que des femmes, et plus particulièrement, leur santé sexuelle et reproductive.

Constatant la nature et la répétition des actes dénoncés par les femmes et les associations, le HCE considère qu'ils prennent leur place dans le continuum des violences faites aux femmes, du fait de leur caractère commun, le sexisme.

37- Audition par le HCE, 12 avril 2018
38- Audition par le HCE, 26 avril 2018
39- Chiffres HAS - www.scopesante.fr, consulté le 6 avril 2018.

1. Des manifestations très diverses dont certaines relèvent des violences faites aux femmes

Les témoignages et études concernant les actes sexistes relatifs au suivi gynécologique et obstétrical recouvrent une **multitude de pratiques, actes et omissions**, exercées par un.e ou plusieurs membres du personnel soignant (infirmier.e.s, aide-soignant.e.s, anesthésistes, sages-femmes, médecins etc.) sur une patiente au cours du suivi gynécologique, obstétrical et post-partum.

Les manifestations peuvent prendre des formes très diverses : depuis la demande systématique de se déshabiller pour une consultation, alors même que cela n'est pas nécessaire, jusqu'à des violences sexuelles. Certaines relèvent du sexisme, parfois associé à un manque d'empathie, d'autres plus spécifiquement de violences faites aux femmes.

Le HCE en retient donc la définition suivante :

Définition

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.

Le Haut Conseil dresse une **typologie** de **6 types d'actes sexistes relatifs au suivi gynécologique et obstétrical** détaillés ci-après :

- 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.

Cette typologie se base sur les témoignages recensés sur les réseaux sociaux, dans les médias et les publications récentes sur le sujet. Pour chaque manifestation, des exemples sont donnés p. 56.

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) : « *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 ordinale 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 porteurs de jugements 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 *(sous réserve de l'adoption définitive du Projet de loi renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes)*	Délit	Selon la version provisoire de l'article 4 du Projet de loi renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes : « *Constitue un outrage sexiste le fait […] d'imposer à une personne tout propos ou comportement à connotation sexuelle ou sexiste ou à raison de son sexe, de son identité de genre ou de son orientation sexuelle, réelle 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.* »[1] 1- Version du texte adoptée en première lecture à l'Assemblée nationale, le 17 mai 2018	L'outrage sexiste est puni de l'amende prévue pour les contraventions de la 5e classe lorsque, lorsqu'il est commis « *par une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions.* »	L'outrage sexiste est puni de l'amende prévue pour les contraventions de la 4e classe, soit 750 euros. Les peines sont portées à 1500 euros d'amende pour circonstances aggravantes ou 3000 euros en cas de récidive.
		Propos dénigrants sur son désir ou non d'avoir un enfant. .	Entrave à l'IVG	Délit	Selon l'article L.2223-2 du Code la Santé Publique, est puni 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 préalables prévus par les articles L. 2212-3 à L. 2212-8 :* *- soit en perturbant de quelque manière que ce soit l'accès aux établissements mentionnés à l'article L. 2212-2, la libre circulation des personnes à l'intérieur de ces établissements ou les conditions de travail des personnels médicaux et non médicaux ;* *- 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 y subir une interruption volontaire de grossesse ou de l'entourage de ces dernières.* »	x	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	Contravention	Articles R.624-3 et R.624-4 du Code Pénal		750 euros d'amende

Comporte-ments	Contexte	Exemples	Infraction correspondante	Niveau d'infra-ction	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.* » + 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'exprimer sa volonté, 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.* »		Les sanctions de la juridiction ordinale 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'emprison-nement et de 30 000 euros d'amende
		Toucher vaginal ou toute autre pénétration (vaginale ou anale) sans recueillir/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.* »	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* » Article 222-24 5° « *Lorsqu'il est commis par une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions.* »	
		Toucher les seins d'une femme ou pratiquer une palpation mammaire sans recueillir/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.* »	Article 222-28 : « *3° Lorsqu'elle est commise par une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions* » 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* »	
	Obstétrical	Pratique d'une épisiotomie sans recueillir/contre le consentement de la parturiente.	Ces actes sont susceptibles de recevoir les qualifications de violences ayant entrainé 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.* » Article 18 du code de déontologie médicale (article R.4127-18 du code de la santé publique) « *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.* » Articles L.2223-2 du CSP, et 222-11 et suivants du code pénal		
		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			

Comporte-ments	Contexte	Exemples	Infraction correspondante	Niveau d'infra-ction	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. Palpation mammaire sans aucune justification médicale. Examen vaginal sans aucune justification médicale	x	x	Article 8 du Code de déontologie médicale (art. R.4127-8 du CSP) : « *[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.* » Article 32 du Code de déontologie médicale (art. R4127-32 du CSP) : « 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. »		Les sanctions de la juridiction ordinale 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 diner 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 : « *- 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.* *- 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	Code Pénal - Article 222-33	« *Abus d'autorité que lui confère sa fonction* » Est également aggravé le harcèlement sexuel commis « sur une personne dont la particulière vulnérabilité due à (…) un état de grossesse est apparente ou connue de leur auteur ».	2 ans d'emprisonnement et 30 000 € d'amende. Les peines sont portées à 3 ans d'emprisonnement et 45 000€ en cas de circonstances aggravantes.

Comporte-ments	Contexte	Exemples	Infraction correspondante	Niveau d'infra-ction	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 : « 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'emprison-nement et 75 000 euros d'amende. 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.* » 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. Les peines sont portées à 20 ans de réclusion criminelle en cas de circonstances aggravantes.

a. Non prise en compte de la gêne de la patiente, liée au caractère intime de la consultation / du contexte

Comme évoqué précédemment, une consultation liée au suivi gynécologique et obstétrical peut, de par le contexte, les actes pratiqués et les questions posées, susciter une gêne chez les femmes.

Demander aux femmes de se déshabiller entièrement, et ne pas prendre en compte la gêne qui peut découler de cette demande, peut être mal vécu par les femmes.

De la même manière, ne pas frapper à la porte de la chambre d'une femme qui vient d'accoucher, entrer à plusieurs alors qu'elle est nue, ou toute autre atteinte à sa dignité, peuvent mettre les patientes mal à l'aise.

> *« Quelqu'un.e qui n'est pas sympathique, qui vous houspille ou qui vous trimballe à moitié nue sur un brancard dans toute la maternité, c'est maltraitant. »*[40]
>
> Ghada HATEM, gynécologue obstétricienne

b. 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

La majorité des témoignages recensés *via* le hashtag #PayeTonUtérus relatent plus des propos que des gestes. Ces propos porteurs de jugements concernent essentiellement :

- la sexualité de la femme : son orientation sexuelle, le fait d'avoir des relations sexuelles ou non, le fait d'avoir plusieurs partenaires sexuels… ;
- la volonté ou non d'avoir un enfant ;
- le physique (son poids, sa tenue…).

c. Injures sexistes

Des injures à caractère sexiste prononcées lors de consultation gynécologique et/ou obstétrical sont également signalées.

d. Actes (intervention médicale, prescription, etc.) exercés sans recueillir le consentement ou sans respecter le choix ou la parole de la patiente et actes ou refus d'acte non justifiés médicalement ;

Ces faits relèvent en particulier de :

- **Actes ou prescriptions sans recueillir le consentement des femmes** (introduire un spéculum sans en informer la patiente, pratique d'une épisiotomie sans explication ni recueil du consentement libre et éclairé, toucher les seins d'une femme sans son accord au moment de lui expliquer l'allaitement par exemple…) ;
- **Imposition d'un type de contraception** (en raison de préjugés du.de la médecin ou de stéréotypes liés à l'âge ou l'origine sociale/ethnique de la patiente, en dépit de son avis, pouvant amener à utiliser une contraception inadaptée et à des grossesses non désirées). La Dre Emmanuelle PIET, médecin-gynécologue et présidente du Collectif féministe contre le viol (CFCV) y voit un abus de pouvoir des médecins qui « *continuent encore de choisir à la place des femmes* »[41].

40- Audition par le HCE, 14 décembre 2018
41- Intervention lors de l'assemblée plénière du HCE, 19 mars 2018

Les femmes en situation de précarité victimes de préjugés

Dans son rapport « *La santé et l'accès aux soins : Une urgence pour les femmes en situation de précarité* » (2017)[42], le HCE met en avant les stigmatisations et les pratiques discriminatoires auxquels font face les personnes en situation de précarité en matière de santé.

La précarité, et plus particulièrement les préjugés associés à la pauvreté, peuvent en effet susciter des pratiques professionnelles différentes, allant de la stigmatisation à la discrimination, avec pour conséquence une prise en charge de moins bonne qualité ou retardée ou encore un renoncement aux soins.

Le laboratoire de recherche LEPS-Paris XIII qui s'est intéressé à la perception des personnes précaires par les professionnel.le.s de santé, dans le cadre d'un rapport publié par le Défenseur des Droits[43], a montré dans une étude que, bien que les perceptions de ce qu'être « *pauvre* » ou « *précaire* » varient fortement selon les professionnel.le.s, des représentations négatives sont le plus souvent associées à cette catégorie.

Ces représentations peuvent se traduire par des pratiques professionnelles « *différentes voire qui ne respectent pas la liberté des patient.e.s (pose d'un implant de stérilet systématique pour les femmes migrantes pauvres, jugées inaptes à une prise régulière de contraception orale) ou par des pratiques discriminatoires (refus de soin ou délais anormalement longs lors de la prise de rendez-vous)* ».

L'association Agir pour la Santé des Femmes (ADSF), spécialisée dans la santé gynécologique des femmes en situation de précarité corrobore ce constat.

Nadège PASSEREAU, déléguée générale d'ADSF témoigne de retours de femmes à qui, des gynécologues ont refusé une prise en charge, car elles étaient « *en situation de précarité (VIH, AME, etc.)* ». Ces refus de soins ont de grandes conséquences sur la vie quotidienne des femmes et altèrent leur santé[44].

- **Fait d'imposer une certaine position à la parturiente** (en particulier la position décubitus dorsal souvent appelée « gynécologique », allongée sur le dos, pieds dans les étriers) ;
- **Actes ou refus d'acte ou de prescription non justifiés médicalement** (refus de la pose d'un dispositif intra-utérin à une nullipare en bonne santé ou refus de pratiquer une stérilisation définitive).

Femmes lesbiennes et refus de soins

expliquent qu'elles n'ont pas besoin de consulter régulièrement sous prétexte qu'elles ne prennent pas de moyen de contraception. La Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH) dans son avis « *Agir contre les maltraitances dans le système de santé : une nécessité pour respecter les droits fondamentaux* » indique notamment :

> « *Le cas des soins gynécologiques des lesbiennes en est symbolique : le taux d'infections sexuellement transmissibles est plus important chez cette population que chez les femmes hétérosexuelles puisqu'elles renoncent aux visites gynécologiques à la suite de refus de soins* »[45].

42- HCE, « La santé et l'accès aux soins : Une urgence pour les femmes en situation de précarité », mai 2017
43- Défenseur des droits, « Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination », 2017.
44- Selon les éléments fournis par l'ADSF
45- CNCDH, Agir contre les maltraitances dans le système de santé : une nécessité pour respecter les droits fondamentaux, 22 mai 2018, p.28

Visuel publié par l'association Osez le féminisme ! à l'occasion de la journée mondiale #IDABLHOT de lutte contre la bi.e.phobie, la lesbophobie, l'homophobie et la transphobie.

- **Pratique d'actes médicaux, voire chirurgicaux, avec une anesthésie défaillante**, et ce en dehors d'une situation d'urgence vitale : épisiotomies, suture d'épisiotomie, délivrance artificielle, révision utérine, césarienne… ;
- Plus largement, la **non prise en compte de la douleur** est une question fréquente dans les témoignages des femmes, que ce soit lors des actes pratiqués (examen vaginal brusque et sans tenir compte de la parole de la patiente) ou, plus globalement, dans le diagnostic, comme c'est le cas pour l'endométriose[46].

Le recueil du consentement - que dit la loi ?

L'article 11 de la **loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite « Loi Kouchner » stipule que :**

« *Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.*

- ***Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix.*** *Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en oeuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables.*
- ***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.***
- *Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.*
- *Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables.*
- *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.* »[47]

46- Voir campagne menée en 2016 par Info endométriose : « Les règles c'est naturel, pas la douleur »
47- Art. L. 1111-4 du Code de Santé Publique

e. Actes ou refus d'acte non justifiés médicalement

Les faits désignés dans cette catégorie concernent le plus souvent des écarts entre les recommandations de santé publique (formulées par la Haute autorité de santé ou l'Organisation mondiale de la santé) et les pratiques médicales. Il s'agit en particulier de :

- **Frottis sur des femmes jeunes sans nécessité médicale**, récurrence trop importante des frottis en dépit des recommandations médicales, pratique systématique d'un examen vaginal pour un renouvellement de contraception orale, palpation mammaire régulière sur une femme en parfaite santé, etc.
- **La pratique d'épisiotomie** — incision du périnée sur quelques centimètres, effectuée pour agrandir la taille de l'orifice vulvaire et faciliter l'expulsion du bébé — **et de césariennes** — opération chirurgicale visant à extraire le bébé après incision de l'utérus — **dites « de routine »**, en dépit des recommandations[48].
- **La pratique répétée et non justifiée de touchers vaginaux**[49] au cours de l'accouchement et après celui-ci, lors du séjour à la maternité, par différent.e.s professionnel.le.s et internes.
- **La pratique persistante de l'expression abdominale**[50], déconseillée par la Haute autorité de santé depuis 2007[51].
- **La pratique dite du « point du mari »**, soit le fait de recoudre une épisiotomie légèrement plus serrée de manière à rendre plus étroit le canal vaginal.

f. Violences sexuelles : harcèlement sexuel, agression sexuelle et viol

Enfin, parmi les faits signalés lors des auditions ou dans les témoignages publiés dans les différentes sources mobilisées, certains relèvent sans conteste de violences sexuelles, comme par exemple :

- Invitations à diner récurrentes, regards insistants, questions intrusives sur la vie sexuelle de la patiente sans lien avec la consultation ;
- Toucher les seins d'une femme ou pratiquer une palpation mammaire sans aucune justification médicale et/ou sans recueillir le consentement de la patiente ;
- Pénétrer une patiente avec ses doigts, un objet et à fortiori avec son sexe sans aucune justification médicale et/ou sans recueillir le consentement de la patiente ;
- Obtenir des relations sexuelles de patientes dans une situation de vulnérabilité.

➔ Cette typologie montre qu'il ne s'agit donc pas de mettre sur le même plan une remarque déplacée sur la pilosité ou le poids d'une patiente et un viol commis dans le cadre du soin, mais bien de montrer que ces actes s'inscrivent dans un continuum sexiste.

48- CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique. L'épisiotomie. 2005 ; Centre fédéral d'expertise des soins de santé. Recommandations de bonnes pratiques pour l'accouchement à bas risque. Belgique, 2010 ; Choisir avec soin. Recommandations en obstétrique et gynécologie. Canada, 2017.

49- Examen clinique consistant à explorer manuellement le vagin et le col de l'utérus, par l'introduction de l'index et du majeur dans le vagin, tout en palpant l'abdomen de l'autre main ; il permet de déceler la présence de grosseurs ou de varices, ou d'évoluer la progression de la dilatation du col de l'utérus

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

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

Les femmes en situation de handicap surexposées aux violences sexistes et sexuelles

De manière générale, plus de la moitié des femmes handicapées sont victimes de maltraitances dans leur vie quotidienne, contre un tiers des femmes valides.[52] Comme le rappelle le HCE dans son bilan du quatrième plan interministériel contre les violences faites aux femmes, « *difficilement surmontables pour les femmes valides, les obstacles propres aux parcours des victimes de violences peuvent être infranchissables pour les femmes handicapées.* »[53]

Cette surexposition aux actes et violences sexistes se retrouve dans le suivi gynécologique et obstétrical. Plus vulnérables physiquement et/ou psychiquement, plus isolées, plus dépendantes, les femmes handicapées subissent la double peine du sexisme et de leur handicap. Comme l'explique Maudy PIOT, ancienne présidente de l'association Femmes pour le Dire Femmes pour Agir, « *l'angoisse de la solitude, l'angoisse du rejet, l'angoisse de l'exclusion fait que les femmes se taisent. Elles se taisent encore plus que les femmes dites "valides".* »[54]

Le livre noir de la gynécologie de Mélanie DECHALOTTE et les témoignages qu'il relate, font état de violences sexistes et sexuelles subies par les femmes handicapées dans le cadre médical, et notamment gynécologique et obstétrique[55]. L'autrice a par ailleurs souligné lors de son audition que l'accueil des femmes handicapées pose en lui-même problème : « *les lieux ne sont pas adaptés, elles sont donc exclues d'emblées et maltraitées (elles sont posées sur la table par d'autres personnes, ne sont pas examinées si elles ne peuvent pas écarter les jambes…). Elles ne peuvent pas choisir leur praticien.ne parce qu'il n'y a que 3 services adaptés à Paris.* »[56]

2. …qui peuvent avoir un impact majeur sur la santé physique et psychique des victimes

Les actes sexistes relatifs au suivi gynécologique et obstétrical peuvent avoir des conséquences à court et à long terme, ainsi qu'à des degrés de gravité divers, sur la santé physique, psychique des femmes et sur leur rapport aux soins. Peu connu et reconnu, l'impact de ces manifestations sexistes fait encore peu l'objet d'un accompagnement et la prise en charge apparait insuffisante.

a. Des conséquences très diverses

Le Collectif Interassociatif autour de la naissance (CIANE) et l'Institut de recherche & d'actions pour la santé des femmes (IRASF) accompagnent des femmes qui ont été victimes de violences gynécologiques et obstétricales.

52- http://www.un.org/fr/women/endviolence/situation.shtml

53- http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_rapport_violences_eval_4e_plan_20161122.pdf

54- PIOT Maudy, Maudy PIOT parle des violences envers les femmes handicapées, Femmes pour le Dire, Femmes pour Agir, Youtube https://www.youtube.com/watch?v=6bHHncC_LcU

55- DECHALOTTE Mélanie, Le livre noir de la gynécologie, 2017

56- Audition par le HCE, 15 septembre 2018

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

L'Institut de Recherche et d'Actions pour la Santé des Femmes (IRASF) est une association loi 1901 formalisée en mars 2017 après l'évolution du groupe facebook créé en 2015 « *Stop à l'impunité des violences obstétricales* » qui compte plus de 3800 membres.

Les buts généraux de l'IRASF sont de lutter contre les violences obstétricales et gynécologiques au sein du système de santé français et international. L'association précise sur son site internet :

« *Nous nous sommes données pour mission d'étudier les origines et les conséquences de cette violence sur la globalité de la vie des femmes et de produire des données au sein de l'équipe de l'Observatoire des violences obstétricales et gynécologiques.*

Notre volonté est d'étudier les origines, les mécanismes et les conséquences des violences obstétricales et gynécologiques pour proposer des préconisations d'amélioration aux femmes usagères et aux institutions médicales. »

L'association s'inscrit dans une démarche de soutien aux femmes qui désirent dénoncer les actes sexistes subis pendant le suivi gynécologique et obstétrical. L'IRASF récolte, à l'aide d'un questionnaire confidentiel accessible sur son site, les noms des personnes et des maternités auteur.rice.s de ces actes dans le but de mettre en relation les victimes.

Dès lors que trois signalements sont fait sur le.la même soignant.e, les victimes sont contactées. Pour autant, elles peuvent refuser d'être mises en relation.
https://www.irasf.org/

Le Collectif interassociatif autour de la naissance (CIANE)

Le CIANE est un collectif constitué d'associations françaises concernées par les questions relatives à la grossesse, à la naissance et aux premiers jours de la vie. Il est agréé pour la représentation des usager.e.s dans le système de santé.

Le CIANE a pour ambition de faire mieux entendre les attentes, les demandes et les droits des femmes et des couples et d'améliorer les conditions de la naissance dans notre pays. Il vise à faire évoluer les attitudes et les pratiques entourant la maternité, de manière à les rendre plus respectueuses des personnes et de la physiologie de l'accouchement.

Le modèle qu'il défend est centré sur la mère, le bébé et la famille et se préoccupe avant tout de leur bien-être et de la qualité des soins. Il est fondé sur des données factuelles et probantes (evidence-based medicine) et considère le suivi personnalisé, la prévention, la responsabilisation comme des facteurs primordiaux à prendre en compte dans l'amélioration du système de soins.

https://ciane.net/

Ces associations spécialisées sur les violences gynécologiques et obstétricales font état de répercussions sur la santé physique et/ou mentale des femmes, mais aussi sur leur vie familiale, sociale et professionnelle.

Les conséquences listées ci-après sont issues :

- des RDV et auditions de représentantes du Collectif Interassociatif autour de la naissance (CIANE) et l'Institut de recherche & d'actions pour la santé des femmes (IRASF) réalisés le 17 octobre 2017 et le 2 février 2018 ;
- du rapport « *Préconisations provisoires de l'IRASF contre les violences obstétricales et gynécologiques* » publié le 11 octobre 2017 ;
- de témoignages de femmes issus du reportage réalisé par Charlotte BIENAIME, « *Le gynécologue et la sorcière* » et diffusé sur Arte radio.

Conséquences psychiques

Sentiment de culpabilité :

Cette inversion de la culpabilité est une constante dans les mécanismes des violences sexistes et sexuelles : les femmes se reprochent de n'avoir pas su repousser un geste ou répondre à une remarque humiliante.

> « *Une femme avocate que j'accompagne suite à un accouchement traumatique m'a dit "mon métier est de défendre des personnes toute la journée, et je n'ai même pas su me défendre moi-même".* »

Anne EVRARD, co-présidente du CIANE

Elles racontent

Élodie témoigne d'une consultation pré-IVG particulièrement traumatisante durant laquelle le médecin a tenu à dissuader son compagnon et elle d'interrompre cette grossesse, leur a fait écouter les battements du cœur du fœtus et leur a remis une photo de l'échographie en les encourageant à « réfléchir » :

« *Ce qui est vraiment difficile, je pense, c'est la culpabilité de ne pas avoir su réagir et de s'être vue si faible, dans une position de faiblesse. Je pense que c'est ça qui me reste encore après toutes ces année c'est vraiment le rapport inégalitaire et le fait qu'il y ait une personne qui profite de sa position de pouvoir puisqu'on est complètement dépendante. Pour avorter, on a besoin des médecins. Et du coup on a quelqu'un qui profite de cette situation et le sentiment de ne pas avoir trouvé les ressources pour faire face…alors que dans la vie de tous les jours on a l'impression de ne pas se laisser faire.* » [57]

Témoignage d'Élodie - Un podcast à soi (n°6)

Perte de l'estime de soi

Ce sentiment de culpabilité s'accompagne d'une perte de l'estime de soi et un mal-être.

État de stress post-traumatique : l'état de stress post-traumatique « *est un état se caractérisant par le développement de symptômes spécifiques faisant suite à l'exposition à un événement traumatique dans un contexte de mort, de menaces de mort, de blessures graves ou d'agression sexuelle.* »[58]

- Les principaux symptômes de l'état de stress post-traumatique sont :
- Des reviviscences : souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement, cauchemars, flashbacks, détresse ou réactivité physiologique lors de l'exposition à des stimuli associés à l'événement traumatique ;
- De l'évitement : évitement des souvenirs, pensées et sentiments liés au trauma, évitement des éléments rappelant le trauma ;
- Des altérations cognitives et émotionnelles : incapacité à se rappeler un aspect important de l'événement traumatique, croyances négatives persistantes et exagérées au sujet de soi, des autres ou du monde, tendance à se blâmer, émotions négatives persistantes (peur, horreur, colère, culpabilité, honte), diminution de l'intérêt pour les activités, sentiment de détachement d'autrui, restrictions des émotions positives ;
- L'hyperactivation du système nerveux : irritabilité ou excès de colère, comportement imprudent ou autodestructeur, hypervigilance, sursauts, difficultés de concentration, difficultés de sommeil.

57- BIENAIME Charlotte, « Le gynécologue et la sorcière » - Un podcast à soi (n°6), Arte radio, 2018
58- Classification internationale des maladies (CIM 10)

Elles racontent

« Les gens me disent "vous êtes en bonne santé, votre bébé est en bonne santé, de quoi vous vous plaignez ?" Mais moi clairement, ils m'ont tué à l'intérieur. Ils ont tué mon âme. Je suis retournée dans mon corps il y a à peine quelques mois. Quand je suis sortie de mon accouchement, j'avais stress post-traumatique, je pleurais tout le temps, crises de panique, de larmes, y a les images en boucle de l'accouchement qui reviennent. C'est la mort, c'est comme si on était mort, dans une enveloppe vivante. »

Témoignage d'Elise — Un podcast à soi (n°6)[59]

Comme le souligne le CIANE[60], « *les conséquences des violences obstétricales sont encore mal documentées. Il est cependant clair que, dans les cas les plus graves, les violences obstétricales sont l'une des causes du syndrome de stress post-traumatique après un accouchement* ».

Une étude menée en 2013[61] en Grande-Bretagne par Giliane FENECH, sage-femme, et Gill THOMSON, professeure en santé périnatale, et portant sur les conséquences psychosociales des violences obstétricales, a montré qu'une expérience traumatique de l'accouchement peut avoir des conséquences néfastes sur le long terme, notamment sur l'identité, la relation à soi et aux autres.

Conséquences physiques

L'IRASF constate que les femmes accompagnées souffrent « *de séquelles plus ou moins invalidantes qui auront des répercussions à court, moyen et long terme sur la qualité de leur vie* ».[62]

L'association fait état de séquelles fréquentes au niveau du périnée suite à des épisiotomies plus ou moins justifiées et plus ou moins bien réalisées, de lésions périnéales avec de fortes douleurs quotidiennes et très contraignantes (qui empêchent ces femmes de mettre un pantalon, de supporter un slip, de s'asseoir).

Conséquences sur le suivi gynécologique et obstétrical, voire médical en général

Mentir ou ne pas poser de questions de peur d'être jugée : cette stratégie d'évitement peut représenter une entrave au bon diagnostic.

La peur de consulter à nouveau et l'errance médicale :

Les stratégies d'évitement des femmes victimes d'actes sexistes durant leur suivi gynécologique et/ou obstétrical les conduisent parfois à **éviter les consultations gynécologiques**, voire à craindre un suivi médical de toute nature, car il réactive des traumatismes.

> *« Beaucoup de femmes que nous accompagnons n'ont plus du tout de suivi médical au long court car cela réactive le traumatisme. Pour exemple, j'ai accompagné une jeune femme qui, après son accouchement traumatique, faisait suivre son bébé, mais ne se faisait absolument plus suivre pour son asthme. Je pense aussi à une jeune femme qui a accouché il y a 4 ans et n'a vu aucun médecin depuis, elle n'a plus aucun suivi gynécologique et ne va même plus voir de dentiste. »*

Anne EVRARD, co-présidente du CIANE[63]

59- BIENAIME Charlotte, « Le gynécologue et la sorcière » - Un podcast à soi (n°6), 2018

60- CIANE. Violences obstétricales. Comprendre, prévenir, réparer. Dossier de presse, 17 octobre 2017.

61- FENECH, Giliane, THOMSON, Gill. Tormented by ghosts from their past: a meta-synthesis to explore the psychosocial implications of a traumatic birth on maternal well-being. In "Midwifery", n°30, 5 décembre 2013, p. 185-193.

62- IRASF, Préconisations provisoires de l'IRASF contre les violences obstétricales et gynécologiques. Octobre 2017, p.10

63- Audition par le HCE, 2 février 2018

Les accouchements traumatiques peuvent également avoir des conséquences néfastes sur des futur.e.s grossesses et accouchements[64].

L'IRASF a aussi recueilli la parole de victimes de violences obstétricales qui « *ont abandonné l'idée d'accouchement par voie basse. Pour ne pas s'exposer de nouveau à des violences, elles ont opté pour une césarienne lors de leur prochain accouchement.* »[65]

Clara DE BORT, directrice d'hôpital, souligne le danger de cette non-prise en charge :

> « *Les violences subies, notamment dans le suivi gynécologique, par les femmes alors qu'elles étaient jeunes filles les conduisent à refuser certaines prises en charge par la suite, quand elles sont plus âgées, et alors que c'est le moment où elles présentent le plus de risques.* »[66]

Un article paru dans le journal Libération, il y a plus de 10 ans, et titré « *Chez le gynéco : la peur au ventre* » relatait déjà les stratégies d'évitement des femmes :

Elles racontent

« *Gabrielle, musicienne frôlant la cinquantaine, avoue "une peur bleue" d'aller chez le gynécologue : "Je suis terrorisée à l'idée des maladies qu'il pourrait me trouver." L'examen en lui-même la glace : "Il faut se mettre totalement à poil, les pieds dans les étriers... Je déteste ça. Et puis je me traîne une grosse culpabilité parce que je gère mal les questions de sexualité, le préservatif, etc." Tout ça fait qu'elle loupe régulièrement le rendez-vous. "Ensuite, comme je n'ose pas rappeler, je me sens obligée de changer de gynéco. Et j'erre comme ça, de gynéco en gynéco depuis des années."* »[67]

Conséquences sur la vie professionnelle

Chez certaines femmes, c'est au moment du retour à la vie professionnelle qu'elles prennent conscience du traumatisme.

Le CIANE fait état de **nombreux arrêts de travail** « *soit consécutifs au congé maternité, soit éloignés de ce congé, car les femmes ne pensent pas leur traumatisme tout de suite. Les femmes vont s'effondrer plus tard, justement quand elles reprennent le travail, car elles pensaient échapper aux réminiscences en reprenant le travail et se rendent compte que ce n'est pas le cas.* » [68]

Conséquences sur la vie familiale et les relations affectives et sexuelles

Altération de la relation de couple :

Le CIANE note que les actes sexistes dans le suivi gynécologique peuvent entrainer une dégradation du climat conjugal :

> « *En général le père s'exprime peu, alors qu'il est lui-même traumatisé et tait ce traumatisme en raison de l'absence de lieu pour s'exprimer. Certains pères témoignent qu'ils ont le sentiment d'avoir assisté à l'agression de leur femme, et de ne pas avoir su/pu réagir, ils portent une grande culpabilité.* » [69]

64- WALDENSTRÖM, U. et al. A negative birth ewperience : prevalence and risk factors in a national sample. Mars 2004.
65- IRASF, Préconisations provisoires de l'IRASF contre les violences obstétricales et gynécologiques, Octobre 2017
66- Audition par le HCE, 15 septembre 2017
67- http://next.liberation.fr/vous/2007/03/05/chez-le-gyneco-la-peur-au-ventre_86583
68- EVRARD Anne, Audition par le HCE du 2 février 2018
69- Audition par le HCE, 2 février 2018

Anne EVRARD, co-présidente du CIANE

Altération ou arrêt de la vie sexuelle :

L'état physique et psychique des femmes, suite à des violences gynécologiques ou obstétricales, peuvent affecter leur sexualité. Le CIANE relève ainsi que la sexualité des victimes peut être « dégradée voire inexistante pendant des années »[70].

Dégradation de la relation avec l'enfant issu.e d'un l'accouchement traumatique :

En 2010, une étude portant sur le vécu de l'accouchement et ses conséquences[71] a montré que les femmes qui se sont senties dépossédées de tout contrôle lors de leur accouchement, ainsi que les femmes qui ont reçu un traitement inhumain et dégradant, ont constaté une **dégradation de leur relation avec leur enfant et leur partenaire**.

Ainsi, les conséquences de certaines formes de violences gynécologiques ou obstétricales apparaissent similaires à celles constatées sur les victimes de violences sexuelles. Selon Mélanie DECHALOTTE, autrice du *Livre noir de la gynécologie*, pour certaines femmes : « *la violence gynécologique et obstétricale est vécue comme un viol. Cela provoque les mêmes séquelles psychologiques que celles du viol : sidération psychique, état de stress post-traumatique...* »[72]

Des conséquences d'autant plus graves pour les femmes antérieurement victimes de violences sexuelles

Les femmes ayant vécu, par le passé, des violences sexuelles sont par ailleurs d'autant plus impactées que les actes sexistes vécus dans un parcours de soin gynécologique et obstétrical peuvent « *faire remonter des violences ou des traumatismes anciens* » selon Anne EVRARD, co-présidente du CIANE.

> *« Ce n'est pas parce qu'elles ont été victimes de violences par le passé qu'elles vivent ces situations comme une violence, c'est bien une violence supplémentaire. Une femme sur 10 est victime de violence conjugale, alors que très peu de médecins posent la question de l'existence de violences conjugales ou sexuelles. Les conséquences d'une violence gynécologique ou obstétricale, en plus de ces traumatismes, peuvent être désastreuses. »*

Anne EVRARD, co-présidente du CIANE

b. Une prise en charge insuffisante liée à une méconnaissance sociale et professionnelle

Une méconnaissance sociale des actes sexistes lors du suivi gynécologique et obstétrical et de leurs conséquences

Si les témoignages de femmes relatant des comportements maltraitants voire violents subis dans le cadre de leur suivi gynécologique et obstétrical se multiplient sur les réseaux sociaux et sont relayés par la presse, cette question demeure relativement taboue.

Il est compliqué pour une femme de parler d'un examen gynécologique ou de son accouchement à son entourage, dans son couple ou auprès d'un.e autre professionnel.le. Ce tabou est particulièrement présent suite à un accouchement :

> *« Il est déplacé pour une femme d'énumérer les piqûres et injections subies dans sa chair, ou de détailler le nombre de doigts et d'objets qui ont été introduits dans son vagin. De*

70- EVRARD Anne, Audition par le HCE, 2 février 2018
71- ELMIR, R. Women's perceptions and experiences of a traumatic birth : a meta-ethnography. Blackwell Publishing Ltd, 2010
72- Audition par le HCE, 16 septembre 2017

> *l'accouchement, l'entourage ne s'enquiert poliment que des éléments factuels n'appelant aucun débat, et jette un voile pudique sur toutes les atteintes au corps endurées par la jeune mère, étant entendu que, quelles que soient les souffrances infligées, elle ne peut être qu'heureuse à la vue de son bébé en bonne santé.* »[73]

Marie-Hélène LAHAYE, autrice du blog « Marie accouche là »

Le mal-être d'une femme suite à son accouchement peut d'ailleurs parfois être interprété à tort comme relevant du « *baby blues* », souvent confondu avec la dépression post-partum. Les manifestations de ce que l'on appelle « *le baby blues* » — tristesse, anxiété, culpabilité de ne pas accueillir le nouveau-né avec joie, sentiment de solitude — peuvent souvent s'expliquer par l'absence de conditions favorables lors de l'accouchement, du séjour en maternité ou lorsque les femmes rentrent chez elles.

Si les femmes se confient sur ces difficultés, elles ne sont pas toujours entendues et comprises, sous prétexte qu'elles seraient simplement dans une phase de « baby blues » due aux hormones.

Le manque de formation des professionnel.le.s sur ces questions

La méconnaissance voire la négation de l'existence de violences gynécologiques et obstétricales conduit à un défaut de **prise en charge médicale de leurs séquelles physiques et psychologiques**.

L'IRASF et le CIANE pointent les difficultés rencontrées par les femmes victimes qu'elles accompagnent, lorsqu'elles souhaitent une prise en charge médicale suite aux violences subies.

> « *La difficulté pour les femmes de faire constater des séquelles physiques dues à des accouchements avec violences obstétricales est un réel parcours du combattant. Du fait, dans un premier temps, de l'ignorance des soignant.e.s à prendre au sérieux les souffrances physiques qui sont exprimées. À cela s'ajoute un refus de la plupart d'entre eux d'accepter les faits rapportés par les femmes.* »[74]

Selon les faits vécus par les femmes, la prise en charge médicale requise peut être psychologique ou rééducatrice. Comme le signale Anne EVRARD, co-présidente du CIANE :

> « *Il existe des thérapies, comme pour les victimes d'autres types de traumatismes, mais ce sont des traitements longs et coûteux, pas toujours pris en charge par la sécurité sociale ou les mutuelles. On peut traiter ce type de traumatismes avec des séances d'hypnose, d'EMDR*[75]*, mais elles sont rarement remboursées. La rééducation périnéale est souvent prise en charge, mais cela ne convient pas à toutes les femmes, donc beaucoup ne sont pas suivies médicalement.* »[76]

La reconstruction suite à des actes médicaux traumatisants est donc difficile pour les victimes qui font face à la méconnaissance du phénomène et à des frais dissuasifs qui retardent leur accès à des soins adaptés.

3. Une question émergente en France

Les actes sexistes précédemment décrits sont issus de témoignages de femmes sur les réseaux sociaux et dans les médias. Ces récits sont souvent désignés sous l'expression « *violences gynécologiques et obstétricales* », dont l'utilisation en France est très récente. L'émergence de cette terminologie en France s'inspire de mobilisations en Amérique latine, puis dans le monde anglo-saxon.

73- LAHAYE Marie-Hélène, Les violences obstétricales et la parole confisquée, blog « Marie Accouche Là », 26 janvier 2015

74- IRASF, « Préconisations provisoires de l'Institut de Recherches et d'Actions pour la Santé des Femmes (IRASF) contre les violences obstétricales et gynécologiques », p.14

75- Note HCE : Eyes Movement Desensitization and Reprocessing est une thérapie qui mobilise une stimulation sensorielle par mouvements oculaires et utilisée dans les cas de psycho-traumatismes

76- Audition par le HCE, 2 février 2018

a. Une problématique pensée depuis 20 ans en Amérique latine

Le concept de violence obstétricale a vu le jour en Amérique latine au début des années 2000, dans le cadre d'un questionnement sur la prise en charge médicale de l'accouchement, et d'une volonté d'« *humanisation de la naissance* ».

Dans son mémoire intitulé « "*Violence obstétricale" - Emergence d'un problème public en France* »[77], Nastassia AUDIBERT relève 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 (« gender mainstreaming »), 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.* »

Les questionnements portés alors se centrent plus sur la grossesse et l'accouchement que sur le suivi gynécologique et revendiquent un « *parto humanizado* » (au sens littéral : accouchement humanisé). Les concepts mobilisés tiennent à la fois des violences faites aux femmes — plus souvent désignées comme « *violence de genre* » sur le continent latino-américain — et des droits humains. Les rapports institutionnels et le traitement de cette question dans les médias latino-américains dénoncent particulièrement les césariennes imposées aux femmes, notamment les femmes indigènes et les femmes pauvres, et l'hyper-médicalisation de l'accouchement.

Une étape marquante dans cette réflexion fut le congrès international sur l'humanisation de l'accouchement et de la naissance, organisé en novembre 2000 à Fortaleza, au Brésil. Cette rencontre a débouché sur la création de la *Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento* (« *réseau latino-américain et caribéen pour l'humanisation de la naissance* »), alliance de collectifs issus d'une vingtaine de pays travaillant autour des « *droits humains appliqués à la naissance* ».

Dans le même temps, les pays d'Amérique latine se sont progressivement dotés de lois cadres de lutte contre les violences faites aux femmes, conformément aux 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, dite** « convention CEDEF », adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 18 décembre 1979 ;
- La **Convention interaméricaine sur la prévention, la sanction et l'élimination de la violence contre la femme**, dite « Convention Belém do Pará » du nom de la ville brésilienne où elle fût adoptée, le 9 juin 1994, lors de la 24e session ordinaire de l'Assemblée Générale de l'Organisation des États américains (OEA).

C'est dans ce contexte que la question des violences obstétricales a progressivement été intégrée dans les lois intégrales de lutte contre la violence de genre de deux pays d'Amérique latine, et déclinée dans de nombreux États fédérés :

- Au **Venezuela**, la « *Loi organique sur le droit des femmes à une vie sans violence* », votée en 2008, définit la violence gynécologique et obstétricale comme suit :

  > « *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.* »[78]

- 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 :

77- *AUDIBERT, Nastassia. « Violence obstétricale ». Emergence d'un problème public en France, Sciences Po PSIA-Paris School of International Affairs, Master in International Development, 2016*

78- *« Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia », article 15 alinéa 13 – traduction HCE*

> *« 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 ».*[79]

Au **Mexique**, une dizaine d'États ont par ailleurs 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 suit : « *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* «[80]

Réformé en 2015, le code pénal du Chiapas prévoit désormais deux à trois années de prison ainsi qu'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* »[81].

Notons qu'au **Brésil**, l'État de Santa Catarina a également voté en janvier **2017** la loi « *prévoyant la mise en œuvre de mesures d'information et de protection pour les femmes enceintes et parturientes contre la violence obstétricale* » qui 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. Aux fins de la présente loi, sont considérées comme infraction verbale ou physique, entre autres, les conduites suivantes :*
>
> *I. 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 ;*
>
> *II. 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 ;*
>
> *III. Se moquer de la parturiente ou la réprimander pour toute caractéristique telle que l'obésité, les poils, les vergetures, les évacuations et autres ;*
>
> *IV. Ne pas écouter les plaintes et les doutes émis par la femme hospitalisée, en travail ou en accouchement ;*
>
> *V. Traiter la femme comme une inférieure, lui donner des ordres et des surnoms infantilisants et diminutifs, la traiter comme une incapable ;*
>
> *VI. 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 ;*
>
> *VII. Refuser la prise en charge d'une urgence médicale ;*
>
> *VIII. Décider du transfert de l'hospitalisation de la femme enceinte ou de la parturiente sans avoir analysé et confirmé au préalable de la disponibilité d'un lit et d'une garantie de soin, et sans garantie d'avoir suffisamment de temps pour arriver à destination ;*
>
> *IX. Empêcher la femme d'être accompagnée par une personne de son choix tout au long du processus de travail ;*

79 - « 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 HCE

80- Traduction de Mounia EL KOTNI, docteure en anthropologie médicale et culturelle

81- Traduction de Mounia EL KOTNI, docteure en anthropologie médicale et culturelle

X. 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 ;

XI. 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 ;

XII. Arrêter l'anesthésie alors que la parturiente en exige une ;

XIII. Procéder à une épisiotomie lorsque cela n'est pas vraiment nécessaire ;

XIV. Garder les détenues menottées pendant le travail ou l'accouchement ;

XV. 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 ;

XVI. Après l'accouchement, tarder déraisonnablement à accueillir la femme dans sa chambre ;

XVII. Soumettre la femme et/ou le bébé à des actes ayant pour but exclusif la formation des étudiants ;

XVIII. 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 ;

XIX. 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 ;

XX. 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 ;

XXI. 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. »[82]

Les réflexions et avancées dans ces pays visent un accompagnement respectueux et bientraitant de la grossesse et de l'accouchement, qui pourrait inspirer la France.

En revanche, il ne faut pas perdre de vue qu'aussi bien le Mexique, l'Argentine et le Brésil interdisent l'accès à l'avortement, malgré les revendications des mouvements féministes et que le Venezuela le restreint aux cas où la grossesse met en danger la vie de la femme enceinte. Un contexte dont il convient de tenir compte car il peut expliquer, en partie seulement, pourquoi ces États ont été conduits à améliorer les conditions de la grossesse et de l'accouchement.

Chiffres-clés

En Amérique latine, **2 pays** ont défini et inscrit les violences obstétricales comme une forme des violences faites aux femmes : le Venezuela en 2008 et l'Argentine en 2009.

82- « 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 HCE

b. Puis dans le monde anglo-saxon

Au-delà de l'Amérique latine, l'usage du terme « *violence obstétricale* » s'est ensuite diffusé dans le monde anglo-saxon, 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[83].

Au Canada, l'organisation *Humanize Birth*[84] a été créée en 2013 pour lutter contre les violences obstétricales, suivi de *Birthrights*[85] au Royaume-Uni la même année.

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.

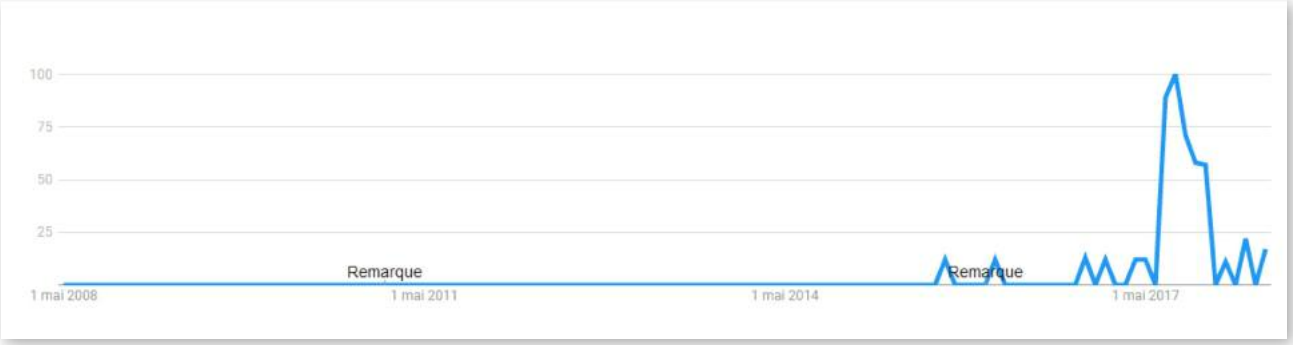
Enfin, notons qu'au-delà des États latino-américains et des organisations anglo-saxonnes, la branche uruguayenne d'Amnesty International a diffusé une vidéo dénonçant l'existence de « *violences pendant l'accouchement* »[86] et Oxfam International India a publié en 2015 un communiqué dénonçant le phénomène, utilisant pour la première fois le terme « *violence obstétricale* »[87].

c. En France : le rôle des lanceuses d'alerte

En France, la question des maltraitances sexistes lors du suivi gynécologique et obstétrical a récemment fait son apparition dans le débat public et dans les médias.

L'utilisation du terme même de « *violence obstétricale* » est d'ailleurs relativement nouvelle, comme en atteste sa prévalence dans le moteur de recherche Google[88].

Un graphique recensant les recherches du terme « *violence obstétricale* », en France, sur les dix dernières années permet de constater son apparition fin 2014, début 2015 :



Source : GoogleTrend — recherches de l'expression « violences obstétricales » entre avril 2008 et avril 2018.

Cet intérêt pour le sujet est concomitant avec plusieurs événements marquants, particulièrement relayés dans les médias :

- La question des violences obstétricales d'abord, puis gynécologiques, apparait dans la sphère publique et médiatique en **mars 2014**, lorsque la chroniqueuse Isabelle ALONSO relaie sur son blog un article de la romancière Agnès LEDIG intitulé « *Le **point du mari*** »[89]. De nombreuses réactions d'étudiant.e.s, médecins et patientes sont alors publiées dans la presse, sur les réseaux sociaux et les forums. L'« *enquête*

83- *www.humanrightsinchildbirth.org/?event=hague-2012*
84- *www.humanizebirth.org*
85- *www.birthrights.org.uk*
86- *www.youtube.com/watch?v=8nF59TXrbRc#t=11*
87- *https://www.oxfamindia.org/featuredstories/975*
88- *Google Trends est un outil permettant de connaître la fréquence à laquelle un terme a été tapé dans le moteur de recherche Google, avec la possibilité de visualiser ces données par région et par langue.*
89- *LEDIG Agnès. Le « point du mari ». Blog d'Isabelle ALONSO, 21 mars 2014.*

accouchement » menée depuis 2012 par le Collectif Interassociatif autour de la naissance (CIANE) et ses analyses de mauvaises pratiques persistantes gagnent alors en visibilité.

- Le **19 novembre 2014**, le hashtag **#PayeTonUtérus** est lancé sur Twitter. Plus de 7000 témoignages ont été publiés en moins de 24 heures[90]. Le mot-clé a même été « trending »[91] quelques heures sur le réseau social.

Chiffres-clés

Le hashtag #PayeTonUtérus, lancé sur Twitter le 19 novembre 2014, est repris en 24 heures dans **+ de 7000 témoignages** sur le réseau social Twitter.

Source : Twitter

- En **janvier 2015**, est créée la page Facebook « ***Stop à l'Impunité des Violences Obstétricales*** » (SIVO) qui collecte des témoignages de femmes victimes. Ce collectif se constitue par la suite en association, sous l'appellation « *Institut de Recherches et d'Actions pour la Santé des Femmes* » (IRASF).
- En **février 2015**, la publication de maquettes d'enseignement de la formation des internes en médecine révèle que des **touchers vaginaux sont pratiqués sur des patientes endormies** lors d'une anesthésie générale[92].

  La polémique est relayée sur les réseaux sociaux et dans les médias, et entraine la publication d'une tribune, le 6 février 2015, signée par Marie-Hélène LAHAYE, autrice du blog « *Marie accouche là* », Clara DE BORT, directrice d'hôpital et autrice du blog « *En jupe* », et Béatrice KAMMERER, journaliste, intitulée « ***Le consentement, point aveugle de la formation des médecins*** »[93], et au lancement d'une pétition « *Non aux touchers vaginaux non consentis* » 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. Les résultats de ce rapport sont jugés « *très préoccupants* » par la ministre. Il constate en effet que :

  > *« 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. »*

Dans un communiqué de presse daté du 25 octobre 201594, 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. »*

90- https://www.20minutes.fr/insolite/1484795-20141120-payetonuterus-femmes-epinglent-gyneco-twitter

91- Les sujets « trending » sont, sur Twitter, les sujets les plus tendances en l'espace de 10 minutes à 24 heures. Ils sont générés par un algorithme qui prend en compte le nombre de comptes qui interagissent, le nombre de tweets mentionnant un mot-clé précis et dédié au sujet, la vitesse d'évolution du nombre de tweets, et les horaires.

92- LORRIAUX Aude, Touchers vaginaux sur patientes endormies : un tabou à l'hôpital ? LCI, 2 février 2015

93- LAHAYE Marie-Hélène, HUSSON Anne-Charlotte, KAMMERER Béatrice. Le consentement, point aveugle de la formation des médecins, Marie Accouche Là, 6 février 2015

94- Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, Communiqué de presse, « Touchers vaginaux et rectaux sans consentement sur patient(e)s endormi(e)s : Marisol TOURAINE reçoit le rapport des doyens de médecine et réaffirme « l'extrême fermeté » de l'Etat face à des pratiques « inacceptables », 27 octobre 2015

C'est la première prise de parole politique sur le sujet.

- Le **28 septembre 2015**, France Culture diffuse, dans son émission *Sur les docks*, un reportage réalisé par Mélanie DECHALOTTE sur la maltraitance gynécologique[95]. L'émission bat des records d'audience. Suite à cette diffusion, la page Facebook de l'émission et son site Internet reçoivent plusieurs centaines de messages de témoignages dont une sélection sera publiée sur le site internet de la radio[96].
- La même année, le blog « ***Je n'ai pas consenti*** » recense une centaine de témoignages de patientes ayant subi des actes non consentis dans un cadre médical.
- En **janvier 2017**, sont créés simultanément le *tumblr* et la page Facebook « *Paye ton gynéco* » recensant des « *témoignages de sexisme et/ou de violences gynécologiques /obstétricales* »[97], sur le modèle du *tumblr* « *Paye ta shneck* » qui recense des récits liés au harcèlement de rue.
- **Le 20 juillet 2017**, lors d'une audition devant la délégation aux droits des femmes du Sénat, la Secrétaire d'État chargée de l'Égalité entre les femmes et les hommes, Marlène SCHIAPPA déclare avoir commandé un rapport au Haut Conseil à l'Égalité 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* ». Ces propos déclenchent des protestations de la part de certaines organisations représentatives des gynécologues-obstétricien.ne.s.
- Une lettre de saisine datée **du 28 juillet 2017** a précisé le périmètre de cette saisine et ses objectifs : « *objectiver le phénomène* » et « *identifier des leviers pour améliorer la situation* ».

Depuis 2013, c'est donc par la question des actes pratiqués sur des femmes sans leur consentement qu'a émergé la question des actes sexistes lors du suivi gynécologique et obstétrical. Portée par des blogueuses féministes et des praticien.ne.s, cette dénonciation a donné lieu à un afflux important de témoignages de femmes sur les réseaux sociaux, puis dans les médias.

Les actes sexistes lors du suivi gynécologique et obstétrical comptent aujourd'hui parmi les comportements dénoncés par les femmes, symbole d'un abaissement du seuil de tolérance au sexisme et à une véritable libération de la parole des femmes concernant des faits se produisant dans le cabinet médical et la salle d'accouchement.

95- https://www.franceculture.fr/emissions/sur-les-docks/collection-temoignages-maltraitance-gynecologique

96- DECHALOTTE Mélanie, Collection Témoignages : Maltraitance gynécologique. Emission Sur Les Docks, France Culture, diffusée le 28 septembre 2015

97- https://www.facebook.com/pg/tongyneco

C. De quelle ampleur parle-t-on ?

Comme pour toutes les manifestations du sexisme — et notamment les violences — la question des chiffres est centrale pour objectiver un phénomène. Il n'est pas rare de voir émerger la dénonciation d'une situation avant que des enquêtes permettent d'en quantifier l'ampleur.

Le HCE constate que les données disponibles sont, ici encore, peu nombreuses. Aux causes qui empêchent les femmes de dénoncer toutes les formes de violences sexistes qu'elles subissent, s'ajoutent d'autres raisons spécifiques à celles qui concernent plus précisément le suivi gynécologique et obstétrical :

- le phénomène est encore méconnu et mal appréhendé, en premier lieu par les victimes elles-mêmes pour qui il peut être difficile de révéler des faits trop souvent banalisés et perçus comme « *normaux* » ;
- les données disponibles via les enquêtes de santé publique se concentrent sur le suivi obstétrical et se bornent à quantifier les interventions médicales sans interroger la satisfaction des femmes et leur vécu ;
- les études traitant des violences faites aux femmes se concentrent davantage sur la sphère privée et les associations têtes de réseau spécialisées sur les violences sexistes se sont peu concentrées sur la spécificité des actes sexistes subis dans le cadre du suivi gynécologique et obstétrical ;
- les données recensées par la police, la gendarmerie ou la justice ne reposent que sur les crimes et délits reconnus comme tels et n'isolent pas le contexte de l'infraction ni la profession exercée par l'auteur.rice des faits.

C'est pourquoi le HCE se base sur les données disponibles et souligne la nécessité d'intégrer ces questions dans des enquêtes de santé publique.

1. Une libération de la parole sur les réseaux sociaux qui atteste du caractère massif des actes

La libération de la parole par le biais des réseaux sociaux (Twitter, blogs, association de recueil de la parole des patientes) a permis de révéler l'ampleur du phénomène.

Bien évidemment, il est erroné d'affirmer que tou.te.s les praticien.ne.s commettent des actes relevant du sexisme et de mettre en cause telle ou telle profession, puisque les témoignages évoquent le comportement aussi bien par de gynécologues que sages-femmes, médecins généralistes, aides-soignant.e.s, anesthésistes etc.

En revanche, le caractère massif des récits de femmes montre qu'il ne s'agit pas de faits isolés mais bien d'un sexisme très présent et qui touche un grand nombre de femmes.

Les témoignages listés ci-après sont issus de différentes sources :

- Tweets mentionnant le hashtag **#PayeTonUtérus** ;
- *Tumblr* « *Je n'ai pas consenti* »[98] ;

98- *http://jenaipasconsenti.tumblr.com/*

- *Tumblr* et page Facebook « *Paye ton gynéco* » ;
- Témoignages publiés par le site internet de France Culture, suite à la diffusion, le 28 septembre 2015, d'un documentaire « Sur les docks » traitant de la maltraitance gynécologique[99] ;
- Réunion sur les violences gynécologiques et obstétricales à l'initiative du collectif de soignant.e.s « *Pour une meuf* », le 30 novembre 2017 à Paris ;
- *Le livre noir de la gynécologie*, publié le 5 octobre 2017 par Mélanie DECHALOTTE, journaliste indépendante et documentariste à France Culture[100].

À titre d'illustration et suivant la typologie établie par le HCE, voici quelques exemples parmi les multiples témoignages de femmes

a. Non prise en compte de la gêne de la patiente, liée au caractère intime :

99- https://www.franceculture.fr/sciences/il-me-fait-un-bisou-sur-un-sein-maltraitance-gynecologique-vos-temoignages

100- DECHALOTTE, Mélanie. Le livre noir de la gynécologie. Maltraitance gynécologiques et obstétricales : libérer la parole des femmes. Paris, First Éditions, octobre 2017.

Elles racontent

« Témoignage de Louise : « Monsieur, votre fille n'est plus vierge »[101]

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

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

— Vous avez quel âge ?

— J'ai 17 ans.

— Ah… Et pourquoi voulez-vous prendre la pilule ? lui demande le spécialiste.

— J'ai des règles très irrégulières.

— Est-ce que vous êtes vierge ?

— Euh… Non, je ne suis plus vierge.

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

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

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

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

Source : Le livre noir de la gynécologie, Mélanie DECHALOTTE

101- DECHALOTTE, Mélanie. Le livre noir de la gynécologie. Maltraitance gynécologiques et obstétricales : libérer la parole des femmes. Paris, First Éditions, octobre 2017.

b. Propos porteurs de jugements sur la sexualité, la tenue, le poids qui renvoient à des injonctions sexistes

#PayeTonUtérus Le médecin me prescrit ma 1ère pilule "en espérant que ce soit celle qui fait pousser les seins ;)"

19 nov. 2014

· 20 nov. 2014

#PayeTonUterus "ah mais pour avoir un stérilet il ne faut pas coucher avec n'importe qui!" En couple stable depuis 8 ans...

4 3

· 22 nov. 2014

#PayeTonUterus quand on s'entend dire "mais pourquoi vous ne voulez pas le garder?"

3

· 20 nov. 2014

#Payetonuterus quand le gynéco explique que tu n'es pas une femme si tu n'as pas tes règles

6 3

Suivre

#PayeTonUterus A la visite post accouchement "Vous étiez plus jolie la dernière fois que je vous ai vu"

08:44 - 20 nov. 2014 depuis Caen, France

12 Retweets **11** J'aime

12 11

c. Injures sexistes

Elles racontent

« "Faut aussi arrêter d'être une salope". Je suis en entretien pour faire un dépistage. J'explique avoir eu un plan cul et ne pas avoir été prudente (d'où mon désir de faire un dépistage). C'est la réponse que l'infirmière ou médecin m'a donné. J'ai cru qu'elle allait me refuser le droit au dépistage. Heureusement non. »

Source : Paye ton gynéco

d. Actes (intervention médicale, prescription, etc.) exercés sans recueillir le consentement ou sans respecter le choix ou la parole de la patiente et actes ou refus d'acte non justifiés médicalement

Actes pratiqués sans recueillir le consentement

· 18 nov. 2015
#payetonuterus qd la gynéco aimable comme une porte de prison te fait mal en avec le speculum sans t'avoir prévenu qu'elle allait le mettre

· 3 oct. 2015
La gynéco nataliste :"je ne donne l'implant qu'aux gamines instables.1oubli de pillule ça peut être une bonne surprise aussi" #PayeTonUterus
2 27 14

· 26 nov. 2014
#PayeTonUterus quand lobtétricien te charcute avec sa sonde d'échographie, la secoue, pousse fort, si fort
1

· 20 nov. 2014
Ma contribution à #PayeTonUterus : pendant l'échographie obligatoire avant l'avortement, l'opérateur qui me fait écouter le coeur du foetus.
9 24 13

Toucher vaginal et viol

Quand à 14 ans mon premier gynéco m'a fait me mettre entièrement nue et m'a fait un violent toucher vaginal sans me prévenir de ce qu'il allait faire et sans m'informer que j'avais le droit de refuser, me faisant très très mal, je l'ai vécu comme un viol (c'en était un) et je n'ai pas consenti.

Si vous avez un témoignage lié au défaut de consentement dans les actes médicaux, vous pouvez cliquer sur "Soumettre un témoignage" en haut de la page ou envoyer un mail à l'adresse tvsousag@gmail.com.

5 notes, il y a 3 ans #JeNaiPasConsenti consentement gynécologie toucher vaginal #submission

Extraits du site internet « Je n'ai pas consenti »[102]

102- http://jenaipasconsenti.tumblr.com/post/113585236003/toucher-rectal-et-%C3%A9cho-anale-non-annonc%C3%A9s

Elles racontent

« Dans tout mon parcours, j'ai eu un certain nombre de touchers vaginaux et je ne me souviens pas d'une seule fois où j'ai pu avoir le choix »

Témoignage d'une patiente lors d'une réunion du collectif de soignant.e.s « Pour une meuf »

Toucher rectal et écho anale, non annoncés

A la suite d'un accouchement qui s'est relativement bien passé malgré une déchirure importante (gros bébé, épaules de travers), je fais un contrôle avec ma gynéco qui est très bien et attentionnée mais me dit qu'il faut que je consulte un spécialiste pour être sûre que la cicatrice est bien avant d'envisager une nouvelle grossesse.

Elle envoie un courrier au spécialiste, dont l'assistante m'appelle, me donne un rendez-vous. J'y vais ne sachant pas en quoi cet examen consiste. Et là le docteur (un homme pour rajouter à l'inconfort) me dit de me déshabiller, de m'installer sur la chaise avec étriers, monte la chaise à 1m30 du sol et se prépare à me faire un examen sans rien m'annoncer au préalable à part qu'on doit contrôler pour voir s'il faut une intervention. Une intervention, quelle intervention? Pour quoi? de quoi? Personne ne m'a parlé d'intervention! Je l'ai arrêté pour lui demander de m'expliquer. Monsieur était surpris, comme si c'était normal qu'on vous fasse un examen sans vous expliquer ce que c'est. Il se trouve que ma déchirure a touché le sphincter et qu'il voulait me faire un toucher rectal et une échographie de l'anus, comme ça, sans rien annoncer ni expliquer, sans consentement. Résultat, je me suis partie sans faire l'examen, en état de stress, et maintenant j'angoisse de devoir y retourner.

Extraits du site internet « Je n'ai pas consenti »[103]

Imposition d'un choix de contraception ou non-respect du choix de la patiente

103- http://jenaipasconsenti.tumblr.com/post/116033200568/echographie-endovaginale-sans-avertissement

Elles racontent

« Quand la seule contraception envisageable est un DIU cuivre et que le mec te dit : « Bah, quand vous serez stérile venez pas pleurer »

Source : #PayeTonUtérus

Elles racontent

« Témoignage d'Éléonore : « Je ne peux pas vous poser de stérilet : ça va vous déchirer l'utérus. »[104]

En 2013, Éléonore, âgée de 16 ans, vit à Toulouse avec sa mère. Elle a un petit ami depuis un an avec qui elle a des rapports sexuels. Le couple aimerait un moyen de contraception plus sûr et plus confortable que les préservatifs qu'ils utilisent habituellement. Prendre la pilule ne lui semble pas une bonne méthode : elle ne veut pas d'un contraceptif hormonal et elle craint de l'oublier. Elle opte pour le stérilet en cuivre. Sa mère l'engage à se renseigner sur la pose du stérilet et l'aide à contacter une gynécologue. Au téléphone, la praticienne confirme que, conformément aux recommandations de la HAS, elle pose des DIU sur les nullipares. Un rendez-vous est pris.

Le jour de la consultation, Éléonore, accompagnée de sa mère, explique qu'elle souhaite une contraception « efficace et simple », un DIU en cuivre. La spécialiste la dévisage avec méfiance. Elle l'interroge :

— Quel âge avez-vous ?

— J'ai 16 ans.

— Alors c'est impossible.

— Pourquoi ?

— Un stérilet, c'est dangereux quand on a plusieurs partenaires. Vous allez attraper tout un tas de maladies sexuellement transmissibles.

— Mais je n'ai qu'un seul partenaire, proteste la jeune fille.

— Á votre âge, je sais très bien comment ça fonctionne. Vous avez plusieurs partenaires.

— Je suis avec mon copain depuis un an. On ne veut plus des préservatifs et je ne souhaite pas prendre la pilule. Comment on va faire ?

104- DECHALOTTE, Mélanie. Le livre noir de la gynécologie. Maltraitance gynécologiques et obstétricales : libérer la parole des femmes. Paris, First Éditions, octobre 2017.

— *Il vous reste l'implant contraceptif. C'est très bien, ce sont des hormones sous le bras. Une fois l'implant posé, vous n'avez plus à y penser.*

Éléonore est coincée : elle accepte. Pour poser l'implant, la gynécologue lui donne un nouveau rendez-vous — que la jeune fille annule quelques jours plus tard. « J'ai changé d'avis parce que j'étais vexée et furieuse, s'insurge Éléonore. Comment a-t-elle pu s'adresser à moi de cette manière ? Sans me le dire, elle m'a traitée de menteuse quand je lui ai affirmé n'avoir qu'un seul partenaire. C'est scandaleux. »

Quelques mois plus tard, elle accepte de consulter une autre gynécologue recommandée à sa mère. Comme la fois précédente, elle s'assure que la spécialiste pratique la pose de DIU sur les nullipares, même sur une mineure. Elle se rend au rendez-vous, de nouveau accompagnée de sa mère, bien décidée à réagir si l'on malmène à nouveau sa fille. Lors de cette consultation, Éléonore expose ses arguments pour le DIU et contre la pilule.

— Je ne peux pas vous poser de stérilet. Ça va vous déchirer l'utérus, lui répond la praticienne.

— Ça dépend comment c'est posé, intervient la mère d'Éléonore.

Froissée par la remarque, la gynécologue contre-attaque :

— Et vous, madame, vous avez une contraception ?

— Á vrai dire, plus beaucoup aujourd'hui, lui répond la mère.

— Et avant, vous en avez eu une ?

— Oui, mais je ne vois pas le rapport.

— Vous avez pris la pilule dans votre vie ?

— Oui, j'ai pris la pilule pendant quelques années.

— Et voilà. Et vous n'en êtes pas morte ! Pour un DIU, elle est trop jeune et ça va lui déchirer l'utérus. Est-ce qu'au moins vous avez fait vacciner votre fille contre le papillomavirus ?

— Non, on en a parlé ensemble. Je me suis renseignée et je ne suis pas favorable à ce vaccin.

— Mais c'est complètement irresponsable ! Votre fille a une vie sexuelle depuis plus d'un an et elle risque d'avoir le cancer du col de l'utérus, sans compter plein d'autres maladies graves. Il faut faire vacciner les jeunes filles, c'est la base.

La tentative de diversion sur le vaccin tourne court. Les deux femmes repartent — sans la moindre prescription pour un contraceptif. »

Source : Le livre noir de la gynécologie, Mélanie DECHALOTTE

Non prise en compte de la douleur

Quand ils refusent de te donner un calmant/antidouleur lors d'une IVG non medicamenteuse pour 'que tu retiennes la leçon' #PayeTonUterus

19 nov. 2014

· 20 nov. 2014

#PayeTonUterus C'est ça qui vous fais mal ??(avec un air halluciné en parlant d'une cicatrice d'épisio) ben c'est minuscule...

2 2

· 20 nov. 2014

La gyneco qui suite à exam douloureux me montre le spéculum et me dis "oh ben ça va vous avez déjà eu plus gros quand même !" #payetonuterus

1 4 5

· 20 nov. 2014

Qd t'as un kyste ovarien de 4cm et qu'un gynéco homme te dit "Ça fait pas si mal que ça, arrêtez de pleurer" #PayeTonUterus

1 2 2

· 20 nov. 2014

Je sursaute car il me fait mal. Il me dit:" vous n'êtes pas censée prendre du plaisir,veuillez vous calmer!" #PayeTonUterus

1 2 2

e. Actes ou refus d'acte non justifiés médicalement

Elles racontent

« Lorsqu'à 13 ans tu as ton premier RDV gynéco et qu'on t'impose un frottis... »

Source : #PayeTonUterus

Elles racontent

« "Je te renouvellerai ta pilule qui te convient seulement si tu acceptes de faire un frottis...' Ultimatum normal. »

Source : #PayeTonUterus

f. Violences sexuelles : harcèlement sexuel, agression sexuelle et viol

Elles racontent

« Mon gynéco m'a dit une fois « votre col de l'utérus doit être parfait pour la levrette. »

Source : page Facebook de l'émission Sur les docks[105]

105- https://www.franceculture.fr/sciences/il-me-fait-un-bisou-sur-un-sein-maltraitance-gynecologique-vos-temoignages

Enfin, de nombreux témoignages attestent d'un manque d'empathie ou de respect des patientes et de leurs spécificités qui ne relèvent pas forcément du sexisme mais dont l'impact peut-être tout aussi important :

Absence de sensibilité dans la relation à la patiente

2. Des chiffres peu nombreux

Les données statistiques qui concernent spécifiquement les actes sexistes lors du suivi gynécologique et obstétrical sont rares, voire inexistantes :

- suivi obstétrical : si des enquêtes nationales sont menées auprès de maternités concernant les actes pratiqués, le HCE note l'absence de données qualitatives concernant le vécu des femmes (aussi bien pour un accouchement que pour une interruption volontaire ou médicale de grossesse) ;
- suivi gynécologique : le HCE relève la nécessité de mener une première enquête de santé publique.

a. Les enquêtes de santé publique

Suivi gynécologique : l'absence d'enquêtes régulières de santé publique

Au terme des auditions et des recherches effectuées par le HCE, il apparait qu'il n'existe pas d'enquête de santé publique spécifique au suivi gynécologique des femmes, aussi bien sur sa régularité que sur la satisfaction des patientes quant à l'information reçue et au recueil du consentement (pour les palpations mammaires ou les examens vaginaux notamment). C'est pourquoi le Haut Conseil recommande la réalisation de la première enquête de santé publique, quantitative et qualitative, dédiée sur le sujet.

RECOMMANDATION 1 : Réaliser la première enquête de santé publique pour mieux connaitre tant le suivi gynécologique des femmes (âge moyen de la première consultation, fréquence de consultation, de frottis, d'examens vaginaux, de palpations mammaires…) que leur satisfaction quant à celui-ci (impression d'avoir été suffisamment informée des différents moyens de contraception, recueil du consentement avant un examen vaginal ou une palpation mammaire, etc.) ainsi que des actes sexistes éventuellement subis, dont les violences sexistes et sexuelles.

Suivi obstétrical : une mesure succincte des interventions médicales

Les enquêtes statistiques de santé publique se bornent à mesurer la récurrence des actes médicaux pratiqués dans le cadre d'un accouchement, sans s'intéresser au contexte dans lesquels ces actes sont pratiqués ni à la satisfaction et au vécu des parturientes.

L'enquête nationale périnatalité

Tous les sept ans depuis 1995[106], l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) et la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) mènent l'enquête nationale périnatale.[107]

Ce rapport se propose de « *décrire l'état de santé des mères et des nouveau-nés, leurs caractéristiques, et les pratiques médicales durant la grossesse et au moment de l'accouchement, ainsi que les lieux d'accouchement et l'environnement des naissances.* »

Enquête nationale périnatale : méthodologie

La dernière enquête a porté sur la totalité des naissances dans les maternités publiques et privées survenues entre le 14 mars 2016 et le 20 mars 2016, en France et dans cinq départements et régions d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Mayotte et La Réunion), à l'aide d'un questionnaire pour chaque naissance (au nombre de 14 142 sur cette période, sachant qu'il y a eu environ 784 000 naissances en France en 2016[108]), et un questionnaire pour chaque maternité (513 ont accepté de répondre, sur les 517 maternités en activité en France, métropole et DROM compris).

« *L'enquête Périnatalité* » s'intéresse au contexte des naissances (âge de la mère, niveau d'études, situation socio-professionnelle des parents, nombre d'enfants, prématurité ou non, etc.) mais également aux actes pratiqués au cours de l'accouchement (déclenchement, épisiotomie, césarienne, accouchement instrumental, utilisation d'ocytocine, anesthésie, etc.).

Cette enquête nous apprend notamment que :

- Le **taux de déclenchement** des accouchements n'a pas évolué depuis 2010 : il est pratiqué dans **22% des accouchements**.
- Le **déclenchement par administration d'ocytocine et par rupture artificielle des membranes** a diminué, mais demeure fréquent. La DREES relève que « *ces deux tendances sont complémentaires dans une perspective de diminution des interventions médicales réalisées durant le travail, et vont dans le sens des données scientifiques actuelles, qui recommandent de ne réaliser ces interventions qu'en cas de dystocie du travail*[109]*. De par leur fréquence, la pratique de ces deux interventions semble toutefois toujours s'étendre au-delà du diagnostic posé de dystocie, en 2010 comme en 2016.* »

106- Enquêtes publiées en 1995, 1998, 2003, 2010 et 2017.

107- INSERM, DREES. Enquête nationale périnatale. Rapport 2016. Les naissances et les établissements, situation et évolutions depuis 2000. Novembre 2017.

108- https://www.insee.fr/fr/statistiques/2554860

109 - Terme désignant l'accouchement pathologique, l'accouchement au cours duquel survient une difficulté (présentation par le siège, par exemple)

- **Mode d'accouchement :** 66,7% des accouchements ont été réalisés, en 2016, par voie basse non instrumentale (sans l'usage de forceps, spatules ou ventouse) et 87,4% de ces accouchements ont été réalisés par un.e sage-femme.
- Le **taux de césarienne est de 20%**, contre 21% en 2010, alors que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) précise dans ses recommandations qu'un « *taux de césarienne supérieur à 10% n'est pas associé à une réduction des taux de mortalité maternelle et néonatale* ».[110]
- En ce qui concerne **l'épisiotomie**, elle concerne **20% des accouchements par voie basse** (contre 27% en 2010), soit 1 accouchement sur 5. Ce taux est de 34,9% pour les primipares et 9,8% pour les multipares. Dans son guide pratique, l'OMS recommande de tendre vers un taux d'épisiotomie de 10%[111]. L'enquête périnatalité note d'ailleurs que « *la limitation du nombre d'épisiotomies semble appliquée de manière très variable suivant les régions* » et que cette évolution à la baisse de l'épisiotomie « *ne s'accompagne pas d'une augmentation de la fréquence des lésions périnéales sévères.* »

  Le nombre d'épisiotomies pratiquées lors des accouchements varie de manière importante selon les maternités. L'enquête nationale périnatale 2016 de l'INSERM et de la DREES recense les taux d'épisiotomies pratiqués par région, tous types de maternités confondus.

  Ainsi, à titre d'exemple, le taux moyen d'épisiotomie pour les accouchements par voie basse est de 8,8% en Bourgogne-Franche-Comté, de 15,5% dans le Grand-Est, de 17,1% en Bretagne et de 28,2% à Paris.

  Le journal Le Monde corrobore ces chiffres, en comparant les différentes maternités, dans une enquête parue en janvier 2018. La base de données du Monde concerne 425 maternités publiques et privées (82% de l'ensemble des établissements) et se base sur les informations fournies par la Fédération française des réseaux de santé en périnatalité (FFRSP). Dans son enquête *Episiotomie : pourquoi de tels écarts entre les maternités ?*, le quotidien constate des taux d'épisiotomie, toutes grossesses confondues, variant de **0,3%** au centre hospitalier de Besançon (maternité de type 3 – accueillant les grossesses pathologiques et à grands risques) à **45%** à la clinique des Emailleurs de Limoges (maternité de type 1 – accueillant des grossesses normales ou à bas risque).

  Ces écarts ne peuvent s'expliquer par les seuls critères des types de maternité ou par le nombre de grossesses antérieures de la parturiente. Pour les premières grossesses uniquement, on relève par exemple un taux de 62% d'épisiotomie au Centre hospitalier de Péronne dans la Somme **(type 1)**, alors que ce taux est de **10%** dans la maternité du CHU de Nancy, pourtant classée en **type 3**, soit près de 6 fois moins.

Chiffres-clés

1 accouchement sur 5 donne lieu à une épisiotomie (35% pour un premier accouchement, 10% pour les femmes ayant déjà accouché).

Les taux d'épisiotomie — toutes grossesses confondues — sont très variables d'une maternité à l'autre, de **0,3%** au centre hospitalier de Besançon (maternité de type 3 - accueillant les grossesses pathologiques et à grands risques) à **45%** à la clinique des Emailleurs de Limoges (maternité de type 1 - accueillant des grossesses normales ou à bas risque).

Source : INSERM et DREES

Les résultats du questionnaire administrés aux parturientes indiquent par ailleurs que :

- 88,3% des femmes disent avoir été très ou plutôt satisfaites des méthodes reçues pour gérer la douleur et les contractions ; toutefois, près de **12% d'entre elles étaient peu ou pas du tout satisfaites**. Ce chiffre souligne, selon le rapport, « *le fait qu'il est important de continuer les efforts pour améliorer le confort des femmes pendant le travail* ».

110 - OMS, *Caesarean sections should only be performed when medically necessary*, 10 avril 2015

111 - OMS, *Les soins liés à un accouchement normal : guide pratique. Rapport d'un groupe de travail technique*, 1997

- Concernant la prise en charge de la douleur, **82%** des femmes qui ont accouché par voie basse ont bénéficié d'une analgésie **péridurale**. Parmi elles, 54% ont pu utiliser une pompe leur permettant de doser elles-mêmes l'analgésie pour gérer elles-mêmes la douleur.
- Parmi les femmes ayant accouché par voie basse, près de **89% étaient en décubitus dorsal** (allongées ou semi-allongées) au début des efforts expulsifs, et 8,4% en décubitus latéral (deuxième position la plus fréquemment utilisée). Au moment de l'expulsion, 95,5% des femmes étaient sur le dos. Chez les femmes ayant accouché par voie basse non instrumentale, la part de celles en décubitus dorsal au moment de l'expulsion est similaire, de 94,7%

Enfin, l'enquête pointe du doigt l'incidence importante de la fermeture des maternités depuis 1998 :

- « *Entre 1998 et 2003, nous avions constaté que la diminution du nombre de maternités n'avait pas beaucoup affecté les distances parcourues pour aller accoucher, mais cela avait réduit de manière importante le nombre de maternités à proximité de la résidence des femmes,* ***limitant ainsi leurs possibilités de choix***. »

Chiffres-clés

12% des femmes ayant accouché étaient peu ou pas du tout satisfaites des méthodes reçues pour gérer la douleur et les contractions.

Source : INSERM et DREES

Le HCE note que :

- **cette étude fournit une photographie des actes pratiqués lors des accouchements, mais ne donne aucun élément du contexte dans lequel ils ont été pratiqués**. Or, comme le montre la cartographie réalisée par le monde sur 425 maternités, ce ne sont étonnamment pas les maternités de type III, spécialisées dans les grossesses à risques et les complications néonatales, qui sont les plus « interventionnistes », mais plutôt des cliniques privées de type I ou IIA, destinées aux accouchements normaux ;.
- **les entretiens avec les femmes sont réalisés en suite de couche**, pendant la période où elles sont encore hospitalisées en maternité. Les auditions ont montré que c'est souvent lors du retour chez elles, voire de la reprise de leur activité professionnelle, que les femmes prennent conscience de traumatismes vécus lors de l'accouchement ;
- **cette étude ne renseigne pas non plus sur l'information des femmes** quant à l'ensemble des actes pratiqués et sur le recueil de leur consentement ;
- **l'enquête n'aborde que les naissances**, c'est-à-dire les grossesses menées à terme. En sont exclues les interruptions médicales de grossesse, les interruptions volontaires de grossesse et les fausse-couches ;
- **les résultats ne sont pas disponibles maternité par maternité**.

Une cartographie des résultats maternité par maternité

Le journal Le Monde a recensé, dans une enquête publiée le 31 janvier 2017[112], le nombre d'accouchements, le taux de césariennes, péridurales ou épisiotomies dans chacune des maternités en 2016. Le quotidien propose ainsi une carte des maternités de France renseignant les pratiques médicales de chacune d'entre elles.

Sans chercher à établir un classement des maternités qui n'aurait pas de sens, en raison de la variation des profils des parturientes selon la zone géographique et des types de maternité[113], le HCE recommande de rendre publiques les données disponibles, maternité par maternité, et selon leur type (de niveau I, II ou III), pour permettre une amélioration des pratiques des professionnel.le.s, une meilleure information des futurs parents et un choix éclairé des femmes quant à leur lieu d'accouchement.

RECOMMANDATION 2 : Rendre publiques, sous forme de cartographie en ligne, les données maternité par maternité (selon la typologie des maternités I, II et III) relatives aux actes médicaux pratiqués lors de l'accouchement (césarienne, déclenchement, rupture artificielle de la poche des eaux, voie basse instrumentale, épisiotomie etc.).

En 1998, les maternités ont été divisées en trois niveaux, selon leur degré de technicité :

- type I, avec une simple unité d'obstétrique, pour les grossesses à bas risques et les naissances normales ;
- type II, disposant en plus d'une unité de néonatalogie pour les risques modérés et les nouveau-nés nécessitant une surveillance particulière (avec une subdivision entre IIA pour les prématurés à partir de la 32e semaine et la IIB pour les soins intensifs) ;
- type III, offrant en plus un service de réanimation néonatale, pour les grossesses à risques et les grands prématurés.

La satisfaction et le vécu des parturientes abordés à la marge

L'enquête périnatalité précédemment mentionnée est quantitative plus que qualitative.

À ce jour, la seule enquête s'intéressant au vécu des parturientes est celle menée en 2006 par la DREES intitulée « *Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement* ».

Cette étude montrait que :

- **Plus de 95% des femmes se déclaraient très ou plutôt satisfaites[114] du suivi de leur grossesse et du déroulement de leur accouchement**. La DREES soulignait toutefois que « *des progrès peuvent encore être accomplis en matière de conseils et d'informations pour préparer la sortie de la maternité, une femme sur cinq déplorant des carences dans ce domaine.* » ;
- En cas de **césarienne**, programmée ou non, ***« 1 femme sur 10 juge les informations fournies insuffisantes et 1 sur 20 inexistantes »*** ;

112- *http://abonnes.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*

113- *Les types de maternité dépendent, en France, du niveau de soins pédiatriques qui y sont proposés : Type I : obstétrique seule ; Type II a: obstétrique et néonatalogie ; Type IIb : obstétrique, néonatalogie et soins intensifs de néonatalogie ; Type III : obstétrique, néonatalogie, soins intensifs de néonatalogie et réanimation néonatal*

114- *COLLET Marc, Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement. DREES, Études et résultats, n°660, septembre 2008*

- En cas **d'épisiotomie**, « ***plus d'1 femme sur 2 a déploré un manque (16%) ou l'absence totale d'explications (31%)*** ». Notons que l'enquête menée par le CIANE (2010-2013) relève des constats similaires : 85% des femmes ayant subi une épisiotomie déclarent que leur consentement n'a pas été demandé.
- Enfin, **6% des femmes interrogées se déclarent « *pas du tout* » ou « *plutôt pas* » satisfaites aussi bien quant au suivi de leur grossesse que pour leur accouchement,** ce qui représente près de 50 000 femmes pour l'année 2016.

Chiffres-clés

- En cas de césarienne, **1 femme sur 10** juge les informations fournies insuffisantes et 1 sur 20 inexistantes.
- 6% des femmes se déclarent « pas du tout » ou « plutôt pas » satisfaites du suivi de leur grossesse ou de leur accouchement, cela représente **50 000 femmes pour l'année 2016.**
- **1 femme sur 2** déplore un manque, ou l'absence totale d'explication sur le motif de l'épisiotomie.

Source : DREES

Cette enquête montre que des marges de progrès sont réalisables et attendues en matière d'information tout au long de la grossesse des femmes et de prise en compte du consentement des parturientes.

Il apparait donc nécessaire de préciser et d'actualiser les données disponibles sur le vécu et la satisfaction des femmes quant à leur grossesse, menée à terme ou non.

À l'étranger

Au Royaume-Uni : une commission sur la qualité des soins, s'intéressant au vécu des parturientes

Le *National Health Service* (NHS) (service national de santé) a créé une commission sur la qualité des soins qui publie notamment l'enquête « *Women's Experience of Maternity Care* » (Expérience des femmes quant aux soins périnataux).

Le questionnaire est centré sur leur expérience et leur satisfaction quant aux choix proposés[115]. Il explore de façon poussée ce que les femmes ont vécu et cette matière est réutilisée pour comprendre comment se vit l'obstétrique du point de vue des femmes.

Le questionnaire E-satis : un levier pour mieux prendre en compte le vécu des femmes

Ce questionnaire, initié en 2016, par la Haute Autorité de Santé vise à mieux prendre en compte la satisfaction des patient.e.s dans l'évaluation de la qualité des soins dans les hôpitaux et cliniques.

Aujourd'hui, chaque patient.e hospitalisé.e plus de 48 heures en court séjour (par exemple pour une intervention chirurgicale, un accouchement, une investigation à visée diagnostique ou l'initiation d'un traitement) est sollicité.e pour donner son avis. À partir de 15 jours après sa sortie, elle.il reçoit par courriel un questionnaire de satisfaction anonymisé et sécurisé.

Les réponses des patient.e.s permettent de calculer une note de satisfaction sur 100 pour chaque hôpital et clinique, publiée sur le site **www.scopesante.fr** et sur « **data.gouv.fr** ».

Le HCE encourage à s'appuyer sur cette enquête pour mesurer la satisfaction et le vécu des parturientes mais note que ce questionnaire et ses résultats ne sont pas sexués. Il est indispensable qu'ils le deviennent[116].

115- http://www.nhssurveys.org/Filestore/MAT17/MAT17_Questionnaire_v3.pdf
116- https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2814068/fr

RECOMMANDATION 3 : Mesurer la satisfaction des femmes quant à leur suivi obstétrical :

- par le déploiement, par la DREES, d'une nouvelle enquête sur la satisfaction des usagères, qui soit élargie à l'ensemble des parcours des femmes : suivi de grossesse, aide médicale à la procréation, IVG, IMG, fausse-couche…
- par l'intégration de questions spécifiques dans le questionnaire E-Satis diffusé par la Haute Autorité de Santé qui vise à mesurer la satisfaction et l'expérience des patient.e.s hospitalisé.e.s plus de 48h. Rendre ce questionnaire sexué et diffuser les résultats auprès des services concernés.

b. Les enquêtes menées par des associations

Depuis une dizaine d'années, certains collectifs et associations d'usager.e.s mettent en place des études afin d'aborder plus précisément le vécu des patientes.

L' « *enquête accouchement* » du CIANE

Faisant le constat de l'absence d'enquêtes sur certaines pratiques et du déficit d'information concernant le vécu des parturientes, le Collectif interassociatif autour de la naissance (CIANE) mène, depuis 2012, une enquête en ligne « *sur le déroulement des accouchements et la manière dont le vivent les femmes* ».

Enquête accouchement du CIANE : méthodologie

Cette enquête vise à mesurer et suivre l'évolution des pratiques que ce soit dans les maternités classiques, les pôles physiologiques, les maisons de naissance ou à domicile et à recueillir les expériences des femmes, leurs souhaits, leurs regrets[117]

Menée sur la base du volontariat, elle est destinée à toutes les femmes ayant accouché par voie basse, ou aux femmes pour lesquelles l'accouchement par voie basse a été tenté, même s'il s'est conclu par une césarienne.

Le CIANE recense à ce jour plus de 25 000 réponses, exploitées chaque année en réalisant un focus sur une thématique particulière.

Le CIANE a rendu publiques des analyses portant spécifiquement sur :

- Le déclenchement et l'accélération de l'accouchement (2012)
- La sortie de la maternité (2012)
- Le respect des souhaits et le vécu de l'accouchement (2012)
- La douleur (2013)
- L'épisiotomie (2013)
- L'accompagnement lors de l'accouchement (2014)
- L'expression abdominale (2014)
- Le déclenchement de l'accouchement (2015)

Ces études, qui n'ont pas vocation à remplacer les enquêtes de santé publique mais qui pallient certains manques, nous indiquent notamment que :

Concernant le déclenchement artificiel de l'accouchement[118], les femmes qui ont reçu une information sur le déclenchement ont vécu leur accouchement déclenché de manière très similaire aux femmes dont l'accouchement

117- https://ciane.net/publications/enquete-accouchement

a été spontané : **22% l'ont mal ou très mal vécu, contre 19% pour les accouchements spontanés**. Á l'opposé, celles qui n'ont pas été informées sont 44% à l'avoir mal ou très mal vécu.

L'expression abdominale est pratiquée dans 22% des accouchements et le consentement de la parturiente ne lui a été demandé que dans 18% des cas. Cette pratique est plus fréquente chez les femmes ayant accouché dans un établissement privé et pour les primipares[119].

L'étude consacrée, en 2013, à l'épisiotomie révèle un **taux de 30% sur la période 2010-2013** (47% pour un premier accouchement, 16% pour les suivants)[120]. Les femmes déclarent, pour 85% d'entre elles que leur consentement n'a pas été demandé**.**

En 2012, l'étude dédiée au « *respect des souhaits et au vécu de l'accouchement* » indique que **90% des femmes dont les souhaits ont été respectés ont très bien ou plutôt bien vécu leur accouchement que ce soit sur le plan physique ou psychologique**, alors que celles dont les souhaits ne l'ont pas été ne sont que 43% (plan physique) et 30% (plan psychologique)[121].

Chiffres-clés

90% des femmes dont les souhaits ont été respectés ont « très bien » ou « plutôt bien » vécu leur accouchement que ce soit sur le plan physique ou psychologique. Celles dont les souhaits ne l'ont pas été ne sont que 43% (plan physique) et 30% (plan psychologique)[122].

Source : CIANE

En parallèle de l'enquête menée depuis 2012 par le CIANE, l'Institut de recherche et d'action pour la santé des femmes (IRASF) a lancé, le 25 novembre 2017, une enquête menée en partenariat avec les maternités d'Avignon et de Nanterre, à destination des femmes ayant accouché. Le questionnaire est axé autour de trois domaines : le respect des droits de la patiente, les pratiques constatées, et la qualité de la relation entre la patiente et l'équipe soignante.

Ces enquêtes et consultations menées par des associations visent à pallier le manque de données statistiques disponibles au niveau national. Elles visent à objectiver le phénomène pour sensibiliser les pouvoirs publics.

118- CIANE, Expériences du déclenchement de l'accouchement, 2015
119- Selon l'étude publiée en 2014 par le CIANE sur l'expression abdominale et basée sur près de 17 000 réponses sur 3 ans
120- CIANE, Épisiotomie : État des lieux et vécu des femmes. Enquête sur les accouchements, dossier n°6, novembre 2013
121- CIANE, Respect des souhaits et vécu de l'accouchement, 2012
122- CIANE, Respect des souhaits et vécu de l'accouchement, 2012

À l'étranger

En Italie : un sondage commandé par le milieu associatif alerte les pouvoirs publics

Le collectif OVO Italia — « Observatoire de la violence obstétricale Italie » milite depuis plusieurs années pour le vote d'une loi spécifique sur les violences obstétricales, à l'instar de celles votées par plusieurs pays d'Amérique latine.

Faisant le constat du manque de chiffres disponibles et afin d'accélérer la prise de conscience des parlementaires, le collectif a financé et commandé une étude spécifique sur les violences obstétricales à l'institut de sondage italien DOXA.

Cette étude a été remise au Parlement le 21 septembre dernier et atteste du caractère massif des maltraitances dans le cadre du suivi obstétrical :

- 21% des mères italiennes ayant des enfants entre 0 et 14 ans déclarent avoir vécu un abus physique ou verbal à l'occasion de leur première expérience de maternité ;
- les traumatismes liés à ces expériences ont poussé 6% d'entre elles au cours des 14 dernières années à renoncer à une deuxième grossesse ;
- 4 femmes sur 10 déclarent que les soins à l'accouchement étaient, à certains égards, préjudiciables à leur dignité physique et mentale et à leur intégrité. Parmi ces expériences négatives, la plus courante est l'épisiotomie, qui concerne 54% des mères interrogées. Pour 15% d'entre elles, s'en est suivie une altération des organes génitaux, et 13% d'entre elles déclarent avoir perdu confiance dans le personnel hospitalier à la suite de cette expérience ;
- concernant l'appréciation globale des soins dispensés par les médecins et les professionnel.le.s de la santé, 1 femme sur 3 s'est sentie maintenue à l'écart des décisions et des choix fondamentaux relatifs à son suivi médical.

Source : synthèse de l'étude « la femme et l'accouchement » réalisée par OVO Italie et remise en septembre 2017 au parlementthématique particulière.

Au-delà des enquêtes statistiques nécessaires au niveau national, le HCE appelle à financer la recherche académique sur ces questions ainsi qu'à les intégrer dans les démarches développées par le ministère de la Santé sur la pertinence des actes.

Le HCE recommande également de prendre en charge à 100% les soins dispensés suite à un antécédent obstétrical traumatique.

RECOMMANDATION 4 : Encourager la recherche académique sur les actes sexistes relatifs au suivi gynécologique et obstétrical dans les projets financés par les ministères de la Santé et de l'Enseignement supérieur.

RECOMMANDATION 5 : Intégrer la question des actes sexistes relatifs, dont les violences sexistes et sexuelles, au suivi gynécologique et obstétrical dans les démarches développées par le ministère de la Santé sur la pertinence des actes.

RECOMMANDATION 6 : Intégrer dans les soins pris en charge à 100% par l'État les soins dispensés suite à un antécédent obstétrical traumatique par des psychologues et psychiatres formé.e.s aux conséquences psycho-traumatiques.

SECTION 2 :
Lutter contre le sexisme au sein du secteur medical

A. Le corps des femmes : enjeu de pouvoir et cœur de la domination masculine

« *Tota mulier in utero* »

La traduction latine de la formule d'Hippocrate qui signifie littéralement, « *la femme est toute entière dans son utérus* », résume, pour l'historienne Christine BARD, la pensée dominante :

> *« Le sexe féminin est défini par son aptitude à la maternité et la femme dominée par sa matrice. Sa vie est rythmée par les grossesses, réputées débilitantes, et les menstruations, à l'origine de sautes d'humeur telles qu'elles justifient qu'on écarte les femmes de tout rôle public. Ni urne, ni tribune pour celles qui saignent tous les mois et portent les enfants. Éternelles malades, c'est à la fois pour protéger l'ordre public et les protéger elles-mêmes qu'il convient de les confiner à la maison. »*[123]

Si ce discours ne serait certainement plus formulé ainsi en France, l'injonction des femmes à la maternité et les normes persistantes sur leur vie sexuelle et reproductive restent profondément ancrées dans notre culture.

L'histoire de la médecine gynécologique et obstétricale illustre ainsi les rapports de force fluctuants entre, d'un côté, la volonté patriarcale de mainmise sur les droits sexuels des femmes et, d'autre part, les revendications féministes en matière de santé sexuelle, notamment formulées à partir des années 1970 et qui connaissent une recrudescence ces dernières années.

1. Le pouvoir médical et les institutions : alliés de la domination historique du corps des femmes

a. Le contrôle du corps des femmes

Comme l'ont montré les travaux de l'anthropologue Françoise HERITIER[124], une constante s'observe dans toutes les sociétés : la volonté d'emprise des hommes sur le corps des femmes, afin de maitriser leur capacité d'enfanter. Selon elle, la capacité reproductive des femmes est d'ailleurs le fondement de la domination masculine : elle représenterait un « pouvoir » qu'il convient de contrôler.

Héritage hellénique et latin, dictats religieux, principes juridiques, vie familiale et hiérarchie sociale s'accordent à l'unisson pour faire de la maternité une étape obligatoire, et prétendument naturelle, de la vie des femmes.

123- BARD Christine, Histoire des femmes : dans la France des XIXe et XXe siècles, 2013
124- HERITIER Françoise. Une pensée en mouvement. Paris, Odile Jacob, 2009

Cette mainmise se traduit par une autorité plus ou moins explicite sur le corps des femmes qui se manifeste notamment par :

- le contrôle de leur sexualité et des grossesses qui peuvent en résulter (lois pénalisant la contraception et l'avortement) ;
- l'interdiction faite aux femmes de divorcer et la pénalisation plus grave de leur infidélité, par rapport à celle de leurs époux, jusqu'en 1975 ;
- la tolérance sociale voire légale des violences sexuelles, notamment au sein du couple (pénalisation tardive en 2010 du viol dans le cadre conjugal, circonstances atténuantes pour les crimes commis contre l'épouse qui ont perduré jusqu'en 1975[125], etc.) ;
- le double standard dans le jugement porté sur la sexualité des femmes et sur celle des hommes. Si les hommes sont souvent perçus comme ayant des besoins sexuels irrépressibles, les femmes qui ont une sexualité libre sont dénigrées et mises au banc.

La création de la médecine gynécologique et obstétricale s'inscrit dans cette perspective historique et son histoire témoigne d'une volonté conjointe de l'Église, de l'État et d'un pouvoir masculin d'affirmer leur autorité sur un aspect du corps des femmes qu'ils ne contrôlaient pas : l'accouchement.

b. L'accouchement d'abord confié aux « matrones » puis aux sages-femmes, sous le contrôle des hommes

Jusqu'au 16e : les femmes accouchent assistées par des matrones

Durant des siècles, le savoir et les rituels autour de l'accouchement étaient exclusivement dévolus aux femmes. Les parturientes étaient assistées de matrones, qui disposaient d'une science des techniques d'accouchement et de gestion de la douleur, fruits de l'expérience des matrones qui les avaient elles-mêmes formées. Ce savoir était le plus souvent transmis oralement.

Á compter du 16e siècle, la réputation des matrones est mise en cause à la fois par l'Église et par l'État. Soupçonnées de connaître des techniques d'avortement et de contraception — ce qui est certainement vrai —, et de participer à des « *infanticides* », elles étaient parfois accusées de sorcellerie. Dans une optique nataliste volontariste, les matrones sont mises sous surveillance de sages-femmes assermentées par l'Église. C'est le début de l'État moderne, « *gestionnaire de la vie, des corps* »[126], qui encadre voire surveille les pratiques liées à la naissance dans le but de lutter contre la mortalité maternelle et infantile. L'accouchement sort du domaine de l'intime pour entrer dans le ressort de la connaissance scientifique, de l'enseignement et de la science.

Médecins et érudits s'y intéressent, et « *alors que les principales sources de l'époque décrivent la grossesse et la naissance comme des affaires de femmes, ce sont bien les hommes qui en parlent et qui l'enseignent* »[127]. Les matrones et sages-femmes, ne lisant pas le latin, ne pouvaient accéder à ce savoir désormais érudit. Pour cette raison, elles furent rapidement considérées par les médecins comme ignorantes, malgré leur longue expérience auprès des parturientes.

« Accoucher les femmes » : un savoir progressivement monopolisé par les hommes

Au cours du 18e siècle, la connaissance de l'accouchement s'est donc étendue aux médecins, qui se sont arrogés le monopole de l'utilisation des instruments tels que forceps et tenettes. Le recours au médecin au moment de l'accouchement se généralisa, et avec lui, sa médicalisation, comme si le savoir technique nouvellement acquis par les chirurgiens et la mise à l'écart des matrones devaient être justifiés par l'utilisation croissante de leurs instruments. Les chaises d'accouchement, dont la forme en arc-de-cercle permettait aux sages-femmes de réceptionner l'enfant,

125- http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2015/08/27/01016-20150827ARTFIG00307-le-crime-passionnel-est-il-un-crime-a-part.php

126- FOUCAULT Michel (1976), Histoire de la sexualité, tome 1 : La volonté de savoir. Paris, Gallimard, 1994

127- CHAPUIS-DESPRÉS Stéphanie. Le genre en gynécologie et obstétrique. Médecins et sages-femmes dans le Saint-Empire Romain Germanique. Transtext(e)s, Transcultures, 11, 2016, mis en ligne le 30 juin 2017 http://journals.openedition.org/transtexts/651

mais qui les forçaient à s'accroupir sous la parturiente, furent abandonnées au profit de la position sur le dos, plus pratique pour les médecins et pour les sages-femmes. C'est ainsi que la position dite du « *décubitus dorsal* », particulièrement inconfortable pendant les douleurs, devint la seule convenable, aux yeux également de l'Eglise, qui voyait dans les autres positions un comportement bestial voire indécent. Cette position, qui empêche l'action de la gravité sur le travail, « *contraignait d'un côté la parturiente à davantage d'efforts, et de l'autre rendait plus difficile la gestion de la douleur* »[128], ce qui à son tour entraînait une plus grande utilisation des instruments et une plus importante médicalisation de l'accouchement.

Pour l'historienne, Yvonne KNIBIELHER, autrice de *La femme et les médecins*, les instruments deviennent alors le « *symbole d'un nouveau pouvoir masculin* »[129].

La médecine instrument de régulation des naissances

Les politiques étatiques ont fait de la médecine un des principaux instruments de régulation de la population en contrôlant le corps des femmes, soit dans une approche nataliste, soit dans une approche malthusienne.

> « *Lorsque l'on crée la gynécologie, ce n'est pas tant pour prendre soin des femmes que pour veiller à ce que les corps soient féconds afin de mettre au monde des enfants au service de la Nation.* »[130]
>
> *Muriel SALLE, historienne de la médecine*

La capacité naturelle de reproduction des femmes (la « *fertilité naturelle* »[131]) était ainsi surexploitée en mettant en place les conditions d'optimisation des fécondations ou, pour reprendre l'expression de l'anthropologue Paola TABET, de « *reproduction forcée* »[132].

Cette surexposition aux maternités venait renforcer l'état de faiblesse dans lequel la société maintenait les femmes, en raison de la fatigue engendrée par les grossesses répétées[133] et du travail constant représenté par les tâches domestiques et familiales, s'étalant du lever au coucher, sans contrepartie financière.

Deux siècles plus tard, le régime de Vichy, en faisant de l'avortement un « *crime contre la sûreté de l'État* », en menant une propagande pro-nataliste et en érigeant la fête des mères en fête nationale illustre cette volonté étatique de faire du corps des femmes la propriété de l'État.

c. Une technicisation progressive des connaissances

Force est de constater que le développement de la connaissance médicale ne s'est pas faite pour les femmes mais sans elles, sans prendre en compte leur ressenti et leurs envies.

Les femmes : perpétuelles malades ?

Renvoyées à leur destin supposé « *naturel* », les femmes sont pensées comme des corps régis par leur capacité reproductrice, qui les fragilise et les rend perpétuellement malades.

128- CHAPUIS-DESPRÉS, Stéphanie. Le genre en gynécologie et obstétrique. Médecins et sages-femmes dans le Saint-Empire Romain Germanique. Transtext(e)s, Transcultures, 11, 2016, mis en ligne le 30 juin 2017 http://journals.openedition.org/transtexts/651

129- KNIBIELHER Yvonne. La femme et les médecins. Paris, Hachette, 1983, p.177

130- https://www.lesinrocks.com/2018/01/27/actualite/penurie-de-gynecologues-le-reflet-de-linegalite-hommes-femmes-face-la-sante-111029272/

131- TABET Paola. Fertilité naturelle, reproduction forcée. In « La construction sociale de l'inégalité des sexes. Des outils et des corps » Paris, L'Harmattan, 1998

132- TABET Paola. Fertilité naturelle, reproduction forcée. In « La construction sociale de l'inégalité des sexes. Des outils et des corps » Paris, L'Harmattan, 1998

133- MATHIEU Nicole-Claude. Quand céder n'est pas consentir. In « L'anatomie politique. Catégorisations et idéologies du sexe. Paris, Côté femmes, 1991

La neurobiologiste Catherine VIDAL et l'historienne Muriel SALLE, co-autrices de *Femmes et santé, encore une affaire d'hommes ?*, soulignent la « *confusion entre le normal et le pathologique* »[134] prégnante dans la science médicale du XVIIIe et du XIXe siècle. Les femmes sont présentées comme étant malades « *20 jours par mois* »[135], et la douleur est considérée comme l'état naturel des femmes. Cela a conduit les médecins à ne pas prendre en compte les douleurs des femmes, que ce soit lors des menstruations ou de l'accouchement, et même à ignorer l'existence de pathologies dont les symptômes sont de fortes douleurs, comme l'endométriose.

Pour Muriel SALLE, « *la médicalisation du corps des femmes au XIXe siècle tend à le considérer comme « physiologiquement pathologique* »[136]. Cette pathologisation du corps des femmes[137] a permis un véritable contrôle de celui-ci par les médecins, majoritairement des hommes, partant du principe que ce que l'on fait pour elles est forcément bon.

Les femmes ne sont pas reconnues comme des sujets pensants et actants, mais infantilisées et dépossédées du processus d'accouchement. On dit aujourd'hui des médecins et sages-femmes qu'ils.elles « *accouchent les femmes* »[138], comme si la.le soignant.e accouchait à la place de la parturiente, comme si cette dernière n'était plus actrice de l'accouchement.

L'histoire de la prise en charge médicale de la grossesse et de l'accouchement montre ainsi nettement, pour la chercheuse Diane ROMAN » *le poids des stéréotypes de sexe dans la relation gynécologique et obstétricale* ».[139]

La toute-puissance des accoucheurs à l'origine de l'asepsie

Au 19e siècle, les médecins accoucheurs ne se lavaient pas les mains en passant d'une femme à une autre, sous le prétexte que les mains de l'accoucheur ne pouvaient transmettre de maladie.

L'accoucheur hongrois Ignace SEMMELWEIS met en évidence la transmission des maladies puerpérales en observant le fonctionnement de deux maternités viennoises. Dans la première, seules les sages-femmes accouchent les patientes, et dans la seconde, ce sont les étudiants en médecine qui accouchent les patientes, après avoir réalisé des autopsies de femmes décédées de fièvres puerpérales. Le taux de mortalité des femmes dans cette seconde maternité était particulièrement élevé.

À cette époque, on estime qu'en Europe, la fièvre puerpérale est responsable du décès de 5 à 20% des femmes au cours ou à la suite de l'accouchement dans les grands hôpitaux[140].

Sans disposer de preuves scientifiques, il impose en 1847 à tous les médecins de se laver les mains avant de procéder à des accouchements. Il inaugure ainsi l'asepsie, une méthode préventive contre la contamination par des micro-organismes étrangers. Sa découverte ne sera fondée scientifiquement que des années plus tard, à travers l'identification de l'action infectieuse des particules cadavériques invisibles qui souillaient les mains des médecins et contaminaient les patientes.

Sans disposer de preuves scientifiques, il impose en 1847 à tous les médecins de se laver les mains avant de procéder à des accouchements. Il inaugure ainsi l'asepsie, une méthode préventive contre la contamination par des micro-organismes étrangers. Sa découverte ne sera fondée scientifiquement que des années plus tard, à travers

134- SALLE Muriel, VIDAL Catherine. Femmes et santé, encore une affaire d'hommes ? Paris, Belin, coll. Égale à Égal, septembre 2017

135- « Élevée par sa beauté, sa poésie, sa vive intuition, sa divination, elle n'est pas moins tenue par la nature dans le servage de faiblesse et de souffrance. Elle prend l'essor chaque mois, et chaque mois la nature l'avertit par la douleur et par une crise pénible et la remet aux mains de l'amour. De sort qu'en réalité, 15 ou 20 jours sur 28 (on peut dire presque toujours) la femme n'est pas seulement une malade mais une blessée. » DUPAQUIER, Jaques. Histoire de la population française (vol. 4), PUF, 1988

136- https://www.lesinrocks.com/2018/01/27/actualite/penurie-de-gynecologues-le-reflet-de-linegalite-hommes-femmes-face-la-sante-111029272/

137- SALLE Muriel, VIDAL Catherine. Femmes et santé, encore une affaire d'hommes ? Paris, Belin, coll. Égale à Égal, septembre 2017

138- Audition de Clara DE BORT par le HCE le 15 septembre 2017

139- ROMAN Diane, Les violences obstétricales, une question politique aux enjeux juridiques, Revue de droit sanitaire et social, octobre

140- CODELL CARTER K., Puerperal Fever, Cambridge University Press, 1993 (ISBN 0-521-33286-9), p. 955-957

l'identification de l'action infectieuse des particules cadavériques invisibles qui souillaient les mains des médecins et contaminaient les patientes.

La technicisation des connaissances en matière gynécologique

La médecine gynécologique, elle aussi, s'est développée au XIXe siècle par une technicisation des connaissances. Les principales avancées en la matière sont l'œuvre du docteur James Marion SIMS, souvent appelé le « *père de la gynécologie moderne* »[141].

Médecin, il s'intéressa fortuitement à l'anatomie des parties génitales féminines lorsqu'il découvrit qu'en insérant plusieurs doigts dans la cavité vaginale d'une femme placée à quatre pattes et souffrant d'un déplacement de l'utérus, l'écartement provoqué lui permettait d'observer le canal vaginal et le col utérin[142].

Il réalisa par la suite d'innombrables expériences sur des femmes noires, esclaves, souffrant de fistules vaginales, que leur maître lui avait amenées dans l'espoir qu'il les soigne. Ces expériences se firent sans l'accord des femmes, et sans anesthésie.

Pour faciliter l'examen et l'intervention, il mit au point le spéculum à l'aide de deux cuillères, dont la forme est comparable à la version moderne de cet instrument. Il convia une douzaine de médecins à assister à sa première opération, qu'il réalisa à vif sur une esclave placée à quatre pattes, qui souffrit ensuite pendant des mois d'une infection du sang liée à l'opération.

Sexiste et raciste, l'approche du Dr SIMS témoigne de son incapacité à reconnaître ses patientes comme des personnes autonomes, dotées de sensibilité à la douleur, en somme, de les reconnaître comme des êtres humains et non comme des appareils génitaux[143].

Comme le souligne Stéphanie CHAPUIS-DESPRÉS, docteure en études germaniques, spécialisée sur les questions des femmes et du corps :

> « *Une distance vis-à-vis du corps féminin permettant de le considérer quasiment comme un objet (parfois jusqu'à l'excès) finit par légitimer l'action des hommes sur le corps des femmes, le rendant disponible à l'étude et aux pratiques proprement médicales.* »[144]

Il ne faut bien évidemment pas minimiser l'importance du rôle joué par les médecins et la prise en charge médicale du suivi gynécologique et de l'accouchement dans l'amélioration de la santé des femmes et la baisse de la mortalité infantile et maternelle en couche, aujourd'hui devenues très rares. Le temps du dicton « *Femme grosse, un pied dans la fosse* » est révolu : on compte environ 85 décès par an en France de mort maternelle[145].

L'appropriation de la capacité reproductive des femmes, qui démarre avec l'obligation de se marier et d'avoir des enfants, se poursuit par le contrôle du processus d'accouchement, dans une optique de « sexage » - concept défini par la sociologue Colette GUILLAUMIN comme l'appropriation collective du corps des femmes[146].

Cette appropriation n'a pas existé seulement du XVIe au XIXe siècle et n'a cessé de s'intensifier par la suite, « *notamment en fonction des besoins démographiques relatifs à l'exploitation de la force de travail et aux forces militaires* »[147].

141- DECHALOTTE Mélanie. Le livre noir de la gynécologie. Maltraitance gynécologiques et obstétricales : libérer la parole des femmes. Paris, First Éditions, octobre 2017

142- OJANUGA Durrenda. The medical ethics of the « Father of Gynaecology", Dr J Marion Sims. Journal of medical ethics, University of Alabama, 1993

143- AXELSON D. E., Women as victims of medical experimentation: J Marion Sims's surgery on slave-women (1845-1850). Sage, 1985, 2, 2.)

144- CHAPUIS-DESPRÉS, Stéphanie. Le genre en gynécologie et obstétrique. Médecins et sages-femmes dans le Saint-Emprie Romain Germanique. Transtext(e)s, Transcultures, 11, 2016, mis en ligne le 30 juin 2017 http://journals.openedition.org/transtexts/651

145- INSERM, Mortalité maternelle en France », 2013

146- GUILLAUMIN Colette. Pratique du pouvoir et idée de nature (1), l'appropriation des femmes. Nouvelles questions féministes, revue internationale francophone, éditions Antipodes, 1978

147- DECHALOTTE Mélanie. Le livre noir de la gynécologie. Maltraitance gynécologiques et obstétricales : libérer la parole des femmes. Paris, First Éditions, octobre 2017

Ainsi, les femmes, qui se transmettaient avant le XVIIIe siècle les connaissances sur leur corps et son fonctionnement, ont été par la suite maintenues dans l'ignorance de cette science par l'Église et la société. Ainsi, comme le résume la chercheuse Diane ROMAN :

> *« Dans un modèle où prédomine une logique paternaliste (« le médecin sait mieux et agit dans l'intérêt de la patiente et de l'enfant »), la volonté de la femme est invisibilisée au profit du savoir médical ».*

L'accouchement à l'hôpital devient la norme

Jusque dans les années 1950, les femmes qui accouchaient à l'hôpital étaient majoritairement des femmes pauvres. Le basculement s'opère en 1952 : plus de la moitié des Françaises choisissent l'hôpital. Un taux qui passe à 85% en 1962, puis à 96% en 1974. Seules les femmes de la haute bourgeoisie et des milieux ruraux accouchent encore à domicile.

Dans l'après-guerre, la mortalité maternelle régresse de manière spectaculaire : pour 100 000 naissances, on passe de 85 décès en couche en 1947 à 56 en 1957. En 1967, le nombre de décès en couche n'est plus que de 30[148].

Les débuts de « l'accouchement sans douleur »

En 1952, l'obstétricien Fernand LAMAZE met en place à la maternité des Bluets (Paris) des techniques psychologiques observées en URSS pour assurer un accouchement sans douleur (ASD), ensuite appelé *« méthode psychoprophylactique »*. Cette technique non médicamenteuse visait à préparer les femmes en leur proposant des exercices pour soulager l'utérus et déconditionner des réflexes de douleur. Cette technique a été remboursée par la Sécurité sociale en 1956.

> *« Les travaux de Fernand LAMAZE ont permis d'apprendre aux femmes qu'elles n'étaient pas « accouchées par » quelqu'un, mais que c'était elles qui accouchaient. »*
>
> Ghada HATEM, Gynécologue-obstétricienne

Cette technique est remise en cause aux débuts des années 1970 car elle ne fonctionnait pas pour toutes les femmes, culpabilisées de ne pas parvenir à maitriser leurs douleurs.

2. Les années 1970 : la volonté des femmes de se réapproprier leurs corps et débuts de la concentration des maternités

Défense du droit à l'avortement et ambivalences féministes vis-à-vis de la maternité

Une lutte tournée vers le droit à la contraception et à l'avortement

Dans les années 1970 de nombreux groupes de parole et collectifs se créent autour du *Mouvement de Libération des Femmes*, et militent pour que les femmes aient accès à l'avortement et à la contraception. Le 5 avril 1971 parait dans le magazine Le Nouvel Observateur le manifeste des 343, pétition appelant à la dépénalisation et à la légalisation de l'IVG. L'appel est signé par 343 femmes qui déclarent ouvertement avoir eu recours à l'avortement.

Même si une majorité de médecins suit la position du Conseil National de l'Ordre des Médecins, farouchement opposé à une légalisation de l'avortement, certain.e.s d'entre eux.elles se sont fait le relais du combat féministe.

148- HOUDAILLE, Jacques « Evolution de la mortalité maternelle dans les pays industriels (1947-1969) » Population, Persée, 1973

C'est le cas le 5 février 1973, quand 330 médecins — femmes et hommes — déclarent publiquement, à nouveau dans Le Nouvel Observateur, avoir aidé des femmes à avorter[149].

Alors qu'un certain nombre de médecins ont aidé les féministes françaises à obtenir la légalisation de l'avortement, la contestation de la médicalisation de la santé reproductive n'est pas aussi importante, à cette époque, en France qu'aux États-Unis. Les médecins sont même perçu.e.s, selon la sociologue Laurence GUYARD, docteure en sociologie, « *non pas comme des ennemis potentiels mais comme des alliés de la cause des femmes* »[150].

L'accouchement : un impensé du mouvement féministe

Le mouvement féministe de l'époque est dominé par les théories matérialistes qui voient dans la maternité une forme d'exploitation de la capacité reproductrice des femmes, voire d'esclavage.

Pour Béatrice CASCALES et Laëtitia NEGRIE, autrices notamment de *L'accouchement est politique. Fécondité, femmes en travail et institutions*, la grossesse et la maternité sont complètement passées sous silence par le mouvement féministe de l'époque :

> *« À partir des années 1970, la maternité est progressivement devenue un impensé féministe, même si nos recherches nous ont révélé que des mobilisations contre l'appropriation médicale et institutionnelle des femmes en travail et des mères existent depuis une cinquante d'années au moins. »*[151]

Selon Gail PHETERSON, enseignante-chercheuse américaine, le combat se déroule comme si « *le refus de la maternité était la seule réponse politique radicale* ».[152]

Cette ambivalence, encore prégnante dans les mouvements féministes aujourd'hui, provient de la perception de l'accouchement comme « *cheval de Troie de l'idée de nature* »[153]. En effet, l'un des principaux combats du féminisme, largement développé par Simone DE BEAUVOIR dans *Le Deuxième Sexe*, est de récuser l'idée qu'il existerait une « *nature féminine* » et une « *nature masculine* », la « *nature* » des femmes étant bien souvent entendue comme liée à leur capacité reproductrice.

Pour Béatrice CASCALES et Laëtitia NEGRIE, deux courants semblent émerger dans ce contexte : un courant défendant un accouchement dit « *naturel* » et un féminisme revendiquant un accouchement médicalisé, sécurisé, encadré par les institutions médicales, et libérant les parturientes de sa dangerosité. Le fait que l'hyper-médicalisation de l'accouchement ces dernières décennies ne soit devenue que très récemment un sujet de mobilisation féministe est certainement une illustration de cette ambivalence.

Notre corps, nous-mêmes : se réapproprier la connaissance pour se réapproprier son corps

Parallèlement à la lutte pour les droits sexuels et reproductifs, des militantes féministes prônent un mouvement de réappropriation, par les femmes, de leur propre corps, en diffusant à un large public les savoirs scientifiques sur le fonctionnement du corps humain en général, et la santé sexuelle et reproductive en particulier.

Partant du postulat selon lequel la connaissance de son propre corps est un outil de pouvoir sur sa propre vie et les relations sociales, le *Collectif de Boston pour la santé des femmes*, rédige collectivement et publie en 1971 un livre intitulé Our *Bodies, Ourselves*. Sa traduction française « *Notre corps, nous-mêmes*» — sous-titré « *écrit par des femmes*

149- FERRAND Michèle, *Les médecins face à l'avortement*, 1988, Sociologie du travail

150- GUYARD Laurence, *Sexualité féminine et consultation gynécologique : la part évincée du plaisir. Nouvelles questions féministes*, 2010, vol. 29, no 3, p. 44

151- CASCALES Béatrice, NEGRIE Laetitia, *L'accouchement, une question clivante pour les mouvements féministes ?*, Travail, Genre et Sociétés, 2018, pp.179-185

152 - CASCALES Béatrice, NEGRIE Laetitia, « *L'accouchement est politique* », 2010, préface de PHETERSON Gail

153- CASCALES Béatrice, NEGRIE Laetitia, « *L'accouchement est politique* », 2010, préface de PHETERSON Gail, p.181

pour des femmes » — parait en France en 1977 à 20 000 exemplaires. Il est réédité en 1981 puis en 1985, à 150 000 exemplaires au total, devenant ainsi l'un des best-sellers du début des années 1980[154].

Cet ouvrage explique l'anatomie et la physiologie du corps humain et de la reproduction, prodiguant une analyse féministe et des conseils en matière de sexualité, nutrition, santé sexuelle, contraception, soin au cours de la grossesse, accouchement, ménopause et santé générale. Cette initiative a pour but de permettre au plus grand nombre de femmes de connaître leur corps et de faire des choix éclairés.

Le collectif défend le **« *self-help gynécologique* »** (ou auto-gynécologie), qui consiste à partager des ressources entre femmes autour des sexualités, des pratiques sexuelles, de la procréation, du viol, des violences, de la contraception, de l'avortement, de la ménopause, etc.

Un concept que l'on peut mettre en lien avec cette citation datée de 1978 de la sociologue Colette GUILLAUMIN :

> *« Il importe que nous reprenions (et pas seulement avec notre tête) la possession de notre matérialité. Reprendre la propriété de nous-mêmes suppose que notre classe entière reprenne la propriété de soi-même, socialement, matériellement. »*[155]
>
> Colette GUILLAUMIN, sociologue

Du développement de la péridurale à la critique de l'hyper-médicalisation de l'accouchement

La péridurale : un progrès pour les femmes, dont l'usage est devenu quasi systématique

La péridurale — intervention médicale qui consiste à injecter avec une aiguille un anesthésique local dans l'espace péridural — se développe aux débuts des années 1970.

Son usage connait un essor très rapide, notamment à partir de son remboursement par la Sécurité sociale en 1994, alors que Simone VEIL est ministre des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville.

La péridurale est utilisée pour 4% des naissances en 1981, 48% en 1995 et 70% en 2012. Cette généralisation a accompagné la concentration des maternités, dont le nombre a diminué de 1 700 en 1972 à 517 aujourd'hui.

Quasiment systématique aujourd'hui, elle n'est pourtant pas souhaitée par toutes les femmes :

- en 2016, selon l'enquête nationale périnatalité, 14,6% des femmes ont indiqué ne pas souhaiter d'analgésie péridurale avant l'accouchement et 21,1% ont répondu « peut-être » ;
- 82,7% des femmes se sont finalement vues administrer une forme ou une autre d'analgésie durant le travail[156].

154- COLLECTIF DE BOSTON POUR LA SANTÉ DES FEMMES, Notre corps, nous-mêmes. Paris, Albin Michel, 1977

155- GUILLAUMIN Colette. Pratique du pouvoir et idée de Nature (1) L'appropriation des femmes. In « Questions Féministes », n°2, Les corps appropriés, février 1978, p. 5-30

156- INSERM/DREES, Enquête nationale périnatalité, 2016

En France, la péridurale est fréquente chez les femmes qui souhaitaient accoucher sans

Une étude de l'INSERM plus approfondie parue en 2015[157] faisait le constat que « *en France, la péridurale est fréquente chez les femmes qui souhaitaient accoucher sans* ».

Partant des données de l'enquête nationale périnatalité 2010, les chercheur.euse.s ont écarté de leur étude les femmes chez lesquelles une césarienne avait été pratiquée, ainsi que celles chez lesquelles la péridurale paraissait incontournable (en raison d'un haut risque de césarienne ou encore d'un déclenchement du travail induisant des contractions très douloureuses).

Parmi les autres, un quart (26%) avaient déclaré pendant leur grossesse ne pas vouloir de péridurale lors de l'accouchement, mais 52% ont finalement reçu une analgésie péridurale en cours de travail.

L'étude conclut que « *la décision d'avoir finalement recours à l'analgésie péridurale au cours de l'accouchement n'est associée ni à l'âge, ni au niveau d'étude, ni à la nationalité des femmes : il apparaît que cette situation est plus fréquente* ***chez les femmes qui accouchent pour la première fois, en cas de surcharge de travail des sages-femmes et de présence permanente d'un anesthésiste dans la maternité, ou encore chez les femmes qui ont reçu de l'ocytocine*** *en cours de travail (pratique très fréquente en France pour faciliter l'accouchement).* »

Pour Béatrice BLONDEL, responsable de ces travaux dans l'Equipe d'épidémiologie périnatale, obstétricale et pédiatrique (EPOPé) : « *Dans un sens, le recours fréquent à la péridurale est une bonne chose car cela répond aux besoins des femmes qui souhaitent une prise en charge efficace de leurs douleurs. Et cela réduit les risques associés à l'anesthésie générale en cas de complication du travail.* ***Mais d'un autre côté, cela laisse peu de choix à l'expression de la préférence de certaines femmes pour des formes moins médicalisées de l'accouchement ».***

Des « usines à bébé » ?

Depuis le début des années 70, le déploiement régulier de nouvelles normes et une volonté de regrouper les lieux de naissance ont contribué à une diminution drastique du nombre de maternités. Depuis 40 ans, alors que le nombre de naissances annuelles reste relativement stable — autour de 800 000 — le nombre de maternité a été divisé par trois. **On comptait 1747 maternités en 1972, elles ne sont plus que 517 en 2016 selon l'enquête nationale périnatalité.** Selon Le Monde, qui a réalisé un nouveau décompte en janvier 2018, 5 maternités supplémentaires auraient fermé depuis[158].

Ce sont les établissements les moins techniques (type I) qui ont fait les frais de cette concentration, alors que les grandes maternités de type III accueillent de plus en plus d'accouchements à bas risque.

Aujourd'hui, 99% des accouchements ont lieu à l'hôpital ou en maternité[159]. En 40 ans, on constate une évolution à la hausse de la péridurale, des césariennes et des déclenchements.

157- *https://www.inserm.fr/index.php/actualites-et-evenements/actualites/en-france-peridurale-est-frequente-chez-femmes-qui-souhaitaient-accoucher-sans*

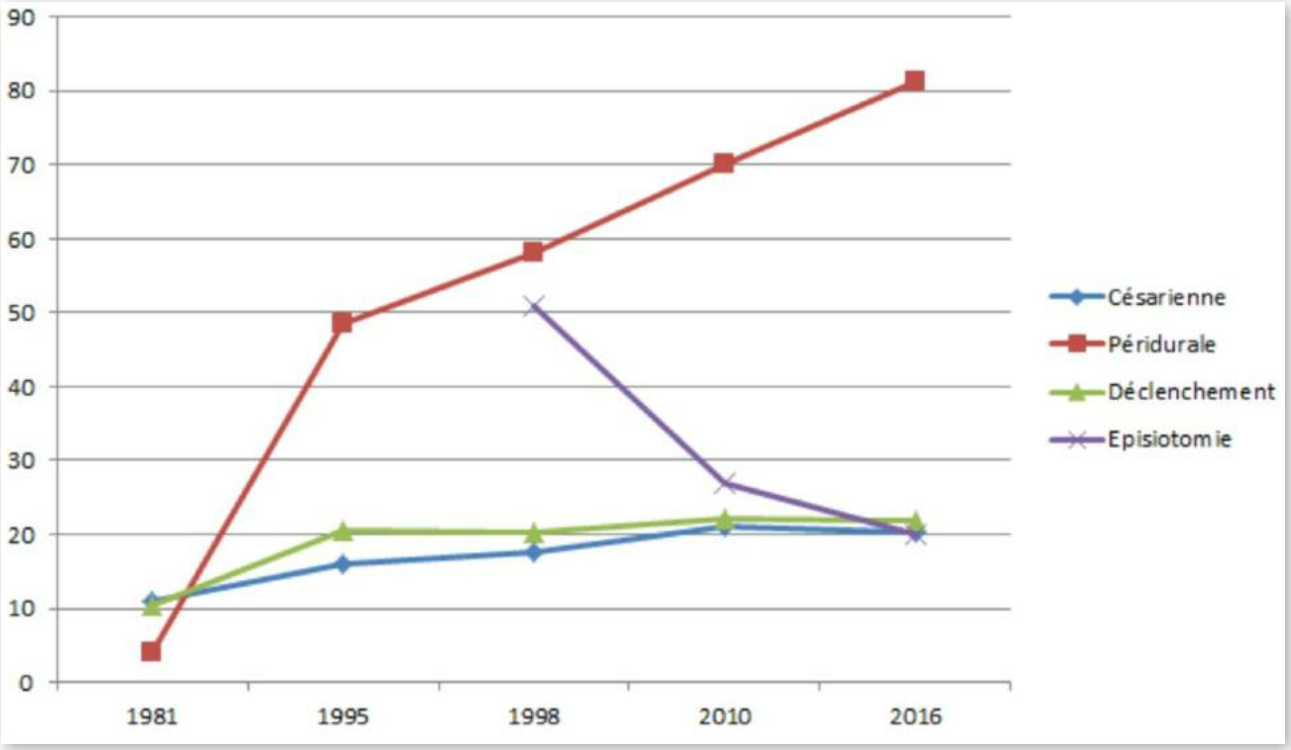
158- *https://abonnes.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2018/02/01/deux-tiers-des-maternites-ont-ferme-en-france-en-quarante-ans_5250322_4355770.html*

159- *https://www.insee.fr/fr/statistiques/3047024#titre-bloc-10*

Evolution des actes durant l'accouchement, de 1981 à 2016 :

	1981	1995	1998	2003	2010	2016
Césarienne	10,9	15,9	17,5	19,6	21	20,4
Péridurale	3,9	48,6	58	62,6	70	81,4
Déclenchement	10,4	20,5	20,3	19,7	22,1	22
Episiotomie	NR	NR	50,9	NR	27	20

NR : non renseigné
Source : Enquêtes périnatalité 1995, 1998, 2003, 2010, 2016 et Le Monde



Source : Enquêtes périnatalité 1995, 1998, 2003, 2010, 2016 et Le Monde — schéma par HCE

Cité dans un article du journal Le Monde intitulé « *Comment la naissance est devenue un acte médicalisé* »[160], Paul CESBRON, ancien chef de la maternité de Creil explique :

> *« Les grosses maternités doivent s'organiser pour éviter d'avoir 20 accouchements un jour et 70 le jour suivant. L'expression d'"usine à bébés" peut sembler démagogique, mais elle a du sens. »*

Or cette concentration des maternités ne s'est pas accompagnée de la redistribution attendue des moyens financiers et de ressources humaines suffisantes :

> *« À Saint-Denis, par exemple, il y a 4600 naissances par an, et seulement 70 sages-femmes. Nous ne pouvons pas être bientraitants dans des mégastructures. De plus, le turnover est très important, ce qui est dangereux en matière de santé. »*[161]
>
> Ghada HATEM, Gynécologue-obstétricienne

160- https://abonnes.lemonde.fr/maternite/article/2017/08/30/comment-la-naissance-est-progressivement-devenue-un-acte-medicalise_5178707_1655340.html

161- Audition par le HCE, 14 décembre 2017

Pour Marie-Hélène LAHAYE, autrice du livre *Accouchement : les femmes méritent mieux*, l'apparition de ces mégastructures s'accompagne d'un accompagnement standardisé des accouchements :

> *« La violence gynécologique et obstétricale est liée à une organisation des hôpitaux, véritables usines à bébés qui fonctionnent avec un modèle fordiste, avec une logique de rentabilité optimale et avec le moins de personnel possible. Cela implique une standardisation des accouchements, avec des durées maximum de dilatation du col, d'expulsion du bébé et des actes standardisés. Cela se traduit dans un protocole que les soignant.e.s doivent utiliser pour accompagner les accouchements. […]*
>
> *Cette organisation fordiste se traduit également par des rythmes de travail intenses. Les sages-femmes sont sous pression, et les accouchements sont monitorés dans une salle de contrôle pour gérer la cadence des accouchements, notamment par le dosage d'ocytocine, etc. »*[162]

La Haute Autorité de Santé partage, dans sa recommandation de bonne pratique sur « *l'accouchement normal* »[163], le constat d'un « *niveau de médicalisation et de technisation élevé, quel que soit le niveau de risque obstétrical.* »

Or, la HAS constate depuis plusieurs années, « *la demande croissante d'une prise en charge moins médicalisée de l'accouchement et plus respectueuse de la physiologie de la naissance, en particulier dans les situations de bas risque obstétrical* ».

3. Aujourd'hui : la recrudescence de publications et de collectifs de femmes autour de la santé et la sexualité

La question de la santé sexuelle et reproductive, et de l'information des femmes sur le fonctionnement de leur corps, semble redevenir une question actuelle. En attestent la multiplication de publications thématiques et la création de collectifs de femmes autour de la santé et la sexualité.

a. De nombreux contenus et publications sur la santé sexuelle et reproductive et le plaisir féminin

On observe, ces dernières années, un nombre de publications importantes — que ce soit sur internet, *via* des podcasts radios, dans des magazines ou en librairies — sur la santé des femmes, et plus particulièrement sur les questions sexuelles et reproductives.

Pour n'en citer que quelques-uns :

Livres et bandes dessinées

- « *Le clitoris, c'est la vie !* », Julie AZAN (2018)
- « *Les joies d'en bas : tout sur le sexe féminin* », Nina BROCHMANN (2018)
- « *Idées reçues sur l'endométriose* », Charles CHAPRON et Yasmine CANDAU (2018)
- « *Femmes et santé, encore une affaire d'hommes ?* », Muriel SALLE et Catherine Vidal (2017)
- « *Le grand mystère des règles ; pour en finir avec un tabou vieux comme le monde* », Jack PARKER (2017)
- « *Ceci est mon sang* », Elise THIEBAUT (2017)

162- Audition par le HCE, 3 octobre 2017

163- HAS, Recommandation de bonne pratique, Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales, 2017, p.6

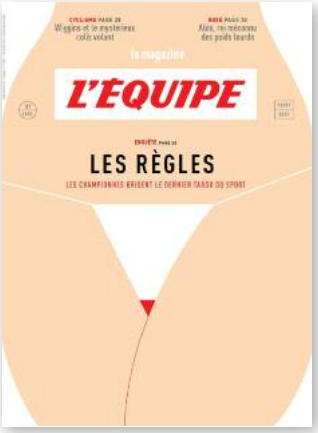
- « *Libres ! Manifeste pour s'affranchir des diktats sexuels* », bande-dessinée de OVIDIE et DIGLEE (2017)
- « *Episiotomie : vos réactions* », « *Check ta chatte* », EMMA (2016)
- Episode sur « *La vie sexuelle des françaises* » dans l'émission de France Culture « *Les pieds sur terre* » de Sonia KRONLUND (juin 2015).

Les blogs et tumblrs se multiplient sur ces questions :

- « **Pouletrotique** », blog de la journaliste Clarence EDGARD-ROSA sur la sexualité
- « **Mylittleivg** », blog d'une dessinatrice sur l'avortement
- « **Emmaclit** », blog de la dessinatrice EMMA qui évoque régulièrement la thématique du corps (*cf.* « **Check ta chatte** »)
- « **Les flux de clu** », tumblr de la militante féministe Clu sur le corps et la sexualité
- « **Cher corps** », série de vidéos-portraits sur Youtube réalisées par Léa BORDIER qui consiste à interroger des femmes sur la relation qu'elles entretiennent avec leur corps.

On observe de manière concomitante que la question du corps des femmes et des règles est particulièrement présente ces dernières années **dans les médias** :

- Série de documentaires en 4 volets « *Rouge comme les règles* » diffusée dans l'émission de France Culture « *LSD, la série documentaire* » présentée par Perrine KERVRAN (2017) ;



- Une de *l'Equipe magazine* du samedi 18 février 2017 sur le tabou des règles dans la pratique professionnelle du sport ;
- Diffusion du documentaire « *Tampon, notre ennemi intime* » sur France 5 dans l'émission « *Le Monde en face* » présentée par Marina CARRERE D'ENCAUSSE (avril 2017) ;
- Série en 5 volets de podcasts « *Le corps des femmes* » diffusée dans l'émission de France Culture « *Les nouvelles vagues* », présentée par Maylis BESSERIE (2016) ;
- Diffusion du documentaire « *Endométriose, une maladie qui sort de l'ombre* » réalisé par Claire CHOGNOT, sur France 5 (2016).

Osez le féminisme ! en campagne : Quels soins voulons-nous pour les filles et les femmes ?

Osez le féminisme ! présentera à partir de cet automne une campagne globale sur la santé des filles et des femmes qui permettra de montrer que les problématiques soulevées par les mouvements féministes dans le suivi gynécologique et obstétrical se retrouvent tout au long des parcours de soins des filles et des femmes. Après une enquête réalisée pendant l'été auprès de soignées et de soignant.e.s, la campagne s'articulera autour de cinq axes : prise en compte des spécificités biologiques et construites, lutte contre les agresseurs parmi les professionnels de santé, soins des psychotraumatismes, formation des professionnel.le.s de santé, place des filles et des femmes dans la recherche médicale. »

Les nouvelles technologies facilitent la diffusion du savoir et les informations sur les méthodes de contraception sont désormais facilement accessibles. Ainsi, les femmes ne dépendent plus seulement des informations transmises par le corps médical pour faire leur choix. **Plus informées sur les enjeux liés à leur santé, elles sont également plus à même d'échanger sur leurs expériences et de partager leurs savoirs.**

b. L'émergence de collectifs féministes centrés sur la santé sexuelle et reproductive des femmes

Comme dans les années 1970, émerge actuellement la revendication de femmes à remettre en cause le pouvoir médical. Plusieurs collectifs féministes, composés de femmes et/ou de professionnel.le.s de santé, se sont constitués ces dernières années pour dénoncer le sexisme persistant au sein de l'institution médicale. Ces collectifs revendiquent l'instauration d'un dialogue et d'une collaboration entre médecins et patientes, plutôt qu'une injonction unilatérale par laquelle le.la médecin dicte à la patiente la conduite à tenir « *pour son bien* », sans l'y associer. Ils développent une approche positive de la santé et de la sexualité, qui remet les femmes au centre.

C'est le cas, par exemple, de :

Notre corps, nous-mêmes… en 2018

Nous sommes dix femmes

Thyna Akeno, Mathilde Blézat, Naïké Desquesnes, Mounia El Kotni, Nina Faure, Hélène de Gunzbourg, Marie Hermann, Nana Kinski, Marie-Hélène Lahaye, et Yéléna Perret : certaines sont membres de la Revue Z, d'autres sont anthropologue, sage-femme, étudiante, ou tiennent les blogs *Marie accouche-là* et *Aloha Tallulah* ; toutes sont féministes.

Une partie du groupe en décembre 2017, lors de la réunion Santé et médecine

Le collectif « Notre corps, nous-mêmes »

L'ouvrage *Notre corps, nous-mêmes* de 1977 évoqué plus haut est épuisé depuis des années et n'a jamais été actualisé.

Force est de constater que depuis la date de sa parution, les réalités sociales ont évoluées. Les problématiques actuelles telles que le sida, l'homosexualité, les violences obstétricales ou le viol conjugal ne sont ainsi pas abordées dans l'ouvrage.

Un collectif de femmes s'est constitué en France en 2017 dans le but d'adapter ce livre conçu « *par des femmes, pour les femmes* »[164] au contexte actuel et de le republier en septembre 2019. En empruntant la même méthode que celle utilisée pour l'ouvrage de 1977, ses autrices ont pour ambition d'actualiser les informations disponibles, d'apporter de nouveaux témoignages, d'aborder de nouveaux sujets dans le but d'élaborer un savoir à destination de toutes les femmes.

La page Facebook du collectif :
https://www.facebook.com/notrecorpsnousmemes

Gyn&co : Recenser les soignant.e.s intégrant une perspective féministe de la gynécologie

Gyn&Co est un projet collaboratif qui vise à faire connaitre des « *soignant.e.s pratiquant des actes gynécologiques avec une approche plutôt féministe (qu'il s'agisse de gynécos, de médecins généralistes ou de sages-femmes).* »

Sur la base d'un questionnaire collectant les coordonnées de soignant.e.s le site Gyn&co propose une liste et une carte recensant les soignant.e.s selon leur situation géographique et leur conventionnement avec l'assurance maladie.

La cartographie : **http://gynandco.wordpress.com**

164- https://blogs.mediapart.fr/marie-hermann/blog/040118/notre-corps-nous-memes

« *Pour une meuf* » : une association de soignant.e.s contre le sexisme médical

L'association « *pour une M.E.U.F.* » a pour objet de lutter contre le sexisme dans le domaine de la santé par :

la défense des droits de toutes les femmes professionnelles de santé ;

la promotion d'une médecine et d'un enseignement en santé dénué de sexisme envers professionnelles et patientes ;

la création d'espaces de réflexions et de discussion, qui implique nécessairement la tenue de certains groupes de paroles en non-mixité.

Le site de l'association : **https://www.pourunemeuf.org/**

c. Critique de l'hyper-médicalisation et volonté d'accoucher « autrement »

Longtemps « *impensé* » des luttes féministes, l'accouchement devient ces dernières années un enjeu de réflexion et de revendications, de nombreuses femmes témoignant de leur volonté d' « *accoucher autrement* ».

« Il existe une réelle volonté d'humaniser la naissance dans la profession, avec des salles d'accouchement plus chaleureuses, une volonté de promouvoir la physiologie… L'évolution se fait selon un mouvement de balancier : d'abord, les sages-femmes étaient les premières à s'occuper des accouchements, avec une volonté de privilégier le physiologique. Ensuite, les médecins ont « repris la main » sur les accouchements, et ont multiplié l'usage des forceps, des actes médicaux (césariennes, épisiotomies…), et ont transformé la naissance en quelque chose de très médical, chirurgical. À présent, il faut faire pencher à nouveau le balancier du côté de la physiologie, parce qu'il a été montré que trop de médicalisation des accouchements augmentait les risques pour les patientes. Il faut se donner les moyens pour aller plus loin dans la physiologie et l'humanisation. »[165]

Ghada HATEM, gynécologue-obstétricienne

Cette question innerve d'ailleurs de plus en plus les mouvements féministes, comme a pu le constater Marie-Hélène LAHAYE qui porte une critique féministe de l'hyper médicalisation de l'accouchement :

> *« Le respect des femmes pendant leur accouchement est, à mes yeux, une question éminemment féministe. Ce qui m'a poussée à lancer mon blog, était l'absence de réflexion sur l'accouchement dans les milieux féministes. Les seuls positions considérées comme féministes étaient dans la droite ligne du discours médical traditionnel: « La médecine sauve des vies », « la péridurale libère les femmes de l'injonction biblique tu enfanteras dans la douleur ». »*

Marie-Hélène LAHAYE, autrice du blog « Marie accouche là »

La volonté de certaines femmes de ne pas avoir de péridurale, de pouvoir accoucher dans une autre position qu'allongée ou de demander à limiter strictement la pratique d'une épisiotomie à une situation d'urgence, est parfois mal accueillie, voir perçue comme un retour à une injonction au « *naturel* », combattue depuis toujours par les mouvements de défense des droits des femmes.

Un juste équilibre entre le tout médical et le refus de tout accompagnement parfois promu par des mouvements réactionnaires et essentialisant — est encore à trouver. Les réflexions et prises de position féministes sur le sujet de ces dernières années y contribueront certainement.

165- Audition par le HCE, 14 décembre 2017

Les maisons de naissance

La première maison de naissance — CALM (Comme à la maison) — a ouvert à Paris en 2008. Depuis, le lancement d'une expérimentation a permis l'ouverture de 7 autres maisons de naissance, structures juridiquement indépendantes des hôpitaux qui sont dirigées par des sages-femmes libérales.

Comme son nom l'indique, il s'agit d'une maison, c'est-à-dire un lieu de vie, avec un salon, une cuisine, une salle de bain, des toilettes et des chambres, dans lequel vont naître les bébés.

La même équipe suit les femmes enceintes tout au long de leur grossesse, pendant l'accouchement et après la naissance du bébé, selon le principe de l'« accompagnement global à la naissance ». Une différence fondamentale avec les suivis classiques à l'hôpital, où les futures mères rencontrent souvent, pour la première fois, leur sage-femme le jour de l'accouchement.

Ce type de structure, régie par un cahier des charges strict défini par la HAS, doit être attenante à une maternité et ne peuvent accueillir que des grossesses à bas risques.

À l'étranger

Aux Pays-Bas : 1 femme sur 6 accouche à domicile

Aux Pays-Bas, le lieu de naissance est une question essentielle qui préoccupe les parents.

« Quand on est enceinte, les gens demandent d'abord : "Fille ou garçon ?" Et juste après : "Où vas-tu accoucher ?"» raconte une jeune femme interrogée par le journal *Le Monde*.

En 2005, une hollandaise sur trois (29,4%)[166] décidait d'accoucher à la maison. Ce taux a aujourd'hui diminué et se situe autour d'une femme sur six (15,9%). Malgré cette baisse, la comparaison avec la France, est manifeste car 99% des naissances en France ont lieu à l'hôpital.

Pour accompagner les mères, les Pays-Bas comptent un nombre élevé de sages-femmes. Ces dernier.e.s sont très autonomes dans la prise en charge de l'accouchement à faible risque et effectuent en grande majorité le suivi de la grossesse, l'accouchement, le suivi de la période post-partum et de la période néonatale. Lorsque la grossesse ne présente pas de risques particuliers, l'accouchement à domicile semble aller de soi[167].

Les aspects pratiques de l'accouchement à domicile sont pris en charge par l'assurance des parents : ces derniers reçoivent un colis contenant les protections et alèses indispensables à la naissance et le matériel médical de la sage-femme.

Les *kraamzorgs*, soignant.e.s dont le travail est « *à mi-chemin entre l'infirmière et l'aide familiale* » viennent seconder la sage-femme à la fin de l'accouchement à domicile, encouragent la mère et s'occupent du nettoyage. Elles viennent ensuite seconder les jeunes parents chaque jour de la première semaine qui suit l'accouchement. Elles s'occupent du bébé, prennent sa température, le pèse et accompagnent les femmes si elles souhaitent allaiter.

Les aspects pratiques de l'accouchement à domicile sont pris en charge par l'assurance des parents : ces derniers reçoivent un colis contenant les protections et alèses indispensables à la naissance et le matériel médical de la sage-femme.

Les *kraamzorgs*, soignant.e.s dont le travail est « *à mi-chemin entre l'infirmière et l'aide familiale* » viennent seconder la sage-femme à la fin de l'accouchement à domicile, encouragent la mère et s'occupent du nettoyage. Elles viennent ensuite seconder les jeunes parents chaque jour de la première semaine qui suit l'accouchement. Elles s'occupent du bébé, prennent sa température, le pèse et accompagnent les femmes si elles souhaitent allaiter.

166- https://abonnes.lemonde.fr/societe/article/2016/08/22/les-pays-bas-le-pays-ou-les-femmes-accouchent-encore-a-domicile_4986307_3224.html

167- DE REU, Paul, « L'accouchement à domicile aux Pays-Bas », Naitre à la maison, 2016, p259-268

B. Lutter contre le sexisme au sein même de la profession et former les professionnel.le.s de santé

Le sexisme, que le HCE définit comme « *l'idéologie qui repose sur le postulat de l'infériorité des femmes par rapport aux hommes* », est à l'origine de la répartition du travail entre les sexes.

Aujourd'hui, alors même que la part des femmes dans le secteur médical connait une forte progression, le sexisme demeure très présent au sein des professions médicales et touche étudiant.e.s, professeur.e.s, soignant.e.s et soigné.e.s.

Afin de défaire ces logiques sexistes, il convient de mieux former les professionnel.le.s de santé à ces questions.

1. Le sexisme : de l'université aux salles de garde

a. Un sexisme très présent entre professionnel.le.s de santé

En septembre 2017, l'interSyndicale nationale des internes (ISNI) a lancé une enquête inédite sur le sexisme au cours du 3e cycle de formation aux études de médecine intitulée « *Hey Doc, les études médicales sont-elles sexistes ?* ».

Méthodologie

Près de 3000 internes en médecine ont participé (à 75% des femmes), sans doute les plus concerné.e.s, ce qui représente 10% de l'effectif total d'internes en France. Pour rappel, les données issues des résultats aux épreuves classantes nationales (fin de 6e année de médecine entre externat et internat) de 2012 à 2016 montrent une moyenne de 58% de femmes[168].

168- ISNI, « Hey Doc, les études médicales sont-elles vraiment sexistes ? », 17 novembre 2017.

Ses résultats attestent du caractère très répandu et banalisé du sexisme — sous toutes ses formes — durant les études de médecine :

- **86% des internes de médecine — hommes et femmes confondus — déclarent avoir vécu des manifestations du sexisme** (95% des femmes et 68% des hommes) ;
- **37% des répondant.e.s déclarent avoir subi une « *attitude connotée au moins une fois ou quelquefois* »**, dont 33% de femmes ;
- **8,6% des répondant.e.s sont victimes de harcèlement sexuel** : pour la moitié des faits recensés, il s'agit de « *gestes non désirés* » ; pour 15% de « *contacts physiques non désirés* » ; pour 14% de « *demandes insistantes de relations sexuelles* » ; pour 12% de « *chantage à connotation sexuelle* » et pour 9% de « *simulations d'actes sexuels* ». Notons que, si nous reprenons les formulations du questionnaire, certains de ces faits semblent plutôt relever de la définition des agressions sexuelles dans le Code pénal.

Les agresseurs : **la moitié de ces faits sont commis par des médecins et supérieurs hiérarchiques (**dont 10% de chef.fe.s de services).

Comme pour toutes les formes de violences sexistes, très peu de recours sont engagés : **les victimes déclarent avoir engagé une procédure judiciaire dans seulement 0,15% des cas.**

- **plus de 60% des femmes internes déclarent être victimes de sexisme et 7,20% des hommes**. Ces actes sexistes se déroulent dans un quart des cas au bloc opératoire, pour 22% lors d'une visite hospitalière et, dans 8% des cas, en cours. « *Au bloc, on est coupé du monde, et le chirurgien est une sorte de dieu qui peut se comporter de manière déplacée* » témoigne une jeune externe dans un article du Monde[169].
- **88,4% des internes déclarent avoir été témoin de blagues sexistes, dont 35% de manière répétée**. (90% des femmes et 85% des hommes).

Concernant ces « *blagues* » : 7% des femmes et 9% des hommes considèrent qu'il s'agit de sexisme, 75% des femmes et 74% des hommes considèrent que « *cela dépend des circonstances* » ou que c'est de « *l'humour* ».

Chiffres-clés

- **86%** des internes de médecine — hommes et femmes confondu.e.s - déclarent avoir été exposé.e.s à du sexisme (**95% des femmes et 68% des hommes**) ;
- Près d'**1 interne sur 10** déclare avoir été victime de harcèlement sexuel ;
- **La moitié de ces faits** sont commis par des médecins et supérieurs hiérarchiques (dont 10% de chef.fe.s de services) ;
- Les victimes déclarent avoir engagé une procédure judiciaire dans seulement **0,15% des cas**.

Source : ISNI

Aux États-Unis : 1 femme médecin sur 3 victime de harcèlement sexuel durant ses études ou sa carrière

L'étude de l'INSI fait suite à une étude américaine de 2016 publiée dans le *Journal of the American Medical Association* (JAMA) qui démontrait qu'une **femme médecin sur trois** avait été victime de harcèlement sexuel durant ses études ou sa carrière. Ce harcèlement sexuel était composé à 92% de comportements ou des remarques sexistes, 41% d'avances sexuelles non voulues, 9% de coercition, 6% de mise en avant du lien de subordination pour obtenir des relations sexuelles, et 1,3% de menaces.

169- *https://abonnes.lemonde.fr/societe/article/2017/11/17/un-syndicat-d-internes-en-medecine-veut-briser-le-tabou-du-sexisme-a-l-hopital_5216103_3224.html*

L'étude de l'ISNI renseigne également sur le sexisme vécu par les femmes dans leurs relations avec les partient.e.s :

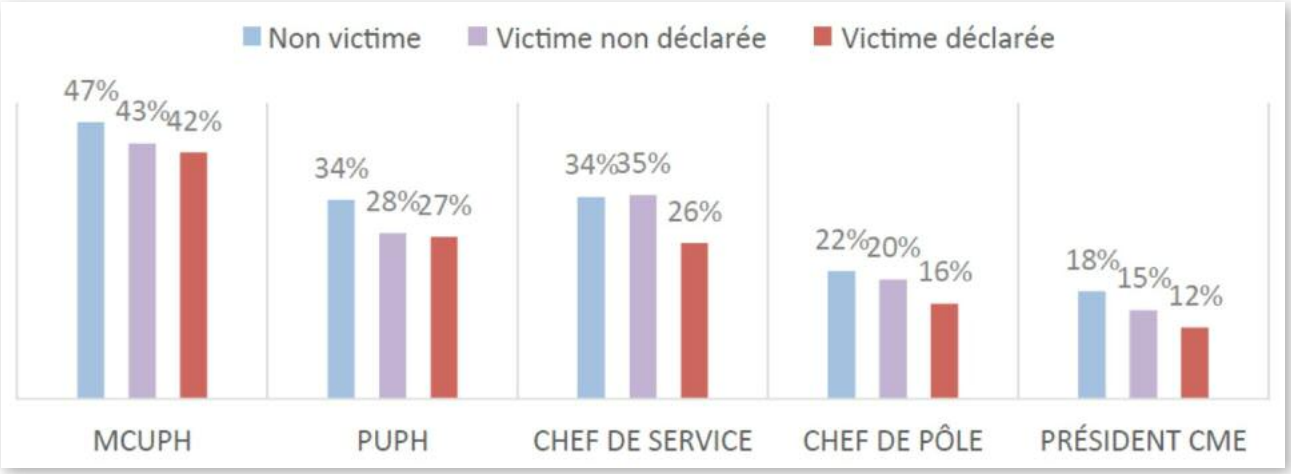
- Lorsqu'un interne homme entre dans la chambre d'un patient, dans 1,5% des cas, il est pris pour l'infirmier ;
- Lorsqu'une interne femme entre dans la chambre d'un.e patient.e, dans 71,5% des cas, elle est confondue avec une infirmière ;
- Après s'être présenté.e, avoir expliqué au patient ou à la patiente sa pathologie et l'avoir examiné.e ; la.le patient.e va demander de « *voir le médecin* » dans 7,1% des cas s'il s'agit d'un interne homme contre 60,6% des cas s'il s'agit d'une interne femme.

Conséquences :

- **altération des conditions de travail et du bien-être** : comme l'a montré le Conseil supérieur de l'égalité professionnelle (CSEP), le sexisme au travail a également un impact négatif sur le bien-être des personnes qui en sont les cibles puisqu'il agit comme un stress néfaste pour la santé physique et mentale[170]. Une autre enquête de l'ISNI réalisée en 2017 auprès des étudiant.e.s en médecine et consacrée aux risques psycho-sociaux, rapporte un taux d'anxiété très important et notamment chez les femmes[171]. Selon cette étude, plus de 66% des jeunes et futur.e.s médecins souffrent d'anxiété, contre 26% de la population française. De plus, ils.elles seraient près de 28% atteint.e.s de troubles dépressifs, contre 10% des français[172].
- **baisse de l'estime de soi des victimes de sexisme** : l'ISNI « *observe une diminution de la perception de sa capacité en fonction du niveau de sexisme* ». Ainsi, les hommes répondants sont plus nombreux à se considérer « *capable de devenir* » maître de conférences des Universités et praticien-hospitalier (MCUPH et PUPH), chef de service, chef de pôle, président de commission médicale d'établissement que les femmes.

Au-delà du fait que l'on observe des écarts dans les choix de carrière des femmes et des hommes dans tous les domaines, la différence est ici significative entre les personnes n'ayant pas subi de sexisme, celles ayant subi du sexisme mais ne se considérant pas « *victimes* », et celles se déclarant victimes de sexisme :

Perception de sa capacité à effectuer une carrière hospitalo-universitaire selon le degré de sexisme déclaré :



Source : ISNI

170- CSEP, Sexisme dans le monde du travail : entre déni et réalité, 2015

171- ISNI, « Hey Doc, les études médicales sont-elles vraiment sexistes ? », 17 novembre 2017, p.3

172 - Enquête Santé mentale jeunes médecins, ISNAR-IMG, ANEMF, ISNCCA, ISNI, 2017 http://www.isni.fr/wp-content/uploads/2017/07/EnqueteSanteMentale.pdf

b. Des chiffres corroborés par de nombreux témoignages de sexisme

En France, il existe de nombreux témoignages dénonçant le sexisme à l'hôpital[173] et durant les études médicales[174].

Paye ta blouse

« *Il faut pas que vous fassiez cardio, c'est trop dur pour les* femmes », « *Bon, là notre public est essentiellement féminin, mais apparemment de nos jours, on doit aussi enseigner aux filles* » ou encore « *Ça c'est de la chirurgie de vraie mec !* », tels sont les témoignages que compile le *tumblr* « *Paye ta blouse* », lancé en décembre 2016 par deux étudiantes en médecine[175].

Il fait suite au *tumblr* « *Paye ta schneck* »[176] recensant des récits de harcèlement de rue, et depuis décliné dans de nombreux « *Paye ta fac* », « *Paye ta robe* », « *Paye ta culture* » etc, qui dénoncent le sexisme dans toutes les sphères de la société.

Les études et les carrières en médecine ne semblent pas épargnées et les témoignages montrent à quel point les logiques sexistes, apprises sur les bancs de l'école, se répercutent dans le monde du travail.

Témoignages dans la presse

La couverture médiatique de l'enquête de l'ISNI en novembre 2017 a également mis en lumière de nombreux témoignages d'étudiant.e.s confronté.e.s à un sexisme omniprésent et banalisé.

Elles racontent

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

« *À l'hôpital, mon chef de service m'appelle "petite chienne"* », raconte une jeune externe en médecine de 23 ans, étudiante à l'université Paris-V.

« *Je me souviens d'une opération en orthopédie, le chirurgien m'a regardée en me disant : "Tu vois, je plante ce clou dans l'os comme ma bite dans ta chatte." Sur le coup, on ne dit rien, on rit jaune, mais c'est violent.* » témoigne une autre externe.

Témoignages recueillis par le journal Le Monde, article du 17 novembre 2017[177]

173- *AUSLENDER V., Omerta à l'hôpital. Editions Michalon - 2017*

174- *https://payetablouse.fr*

175- *Harcèlement : «Paye ta blouse », le Tumblr qui dénonce l'humour carabin dans le milieu hospitalier, LCI, https://www.lci.fr/societe/harcelement-sexuel-sexisme-paye-ta-blouse-le-tumblr-qui-denonce-l-humour-carabin-dans-dans-le-milieu-hospitalier-2019820.html*

176- *http://payetashnek.tumblr.com*

177- *https://abonnes.lemonde.fr/societe/article/2017/11/17/un-syndicat-d-internes-en-medecine-veut-briser-le-tabou-du-sexisme-a-l-hopital_5216103_3224.html*

Prises de parole de personnalités publiques

À la suite des nombreuses dénonciations publiques de violences sexuelles dans le monde de la culture, notamment aux États-Unis et désignées comme les conséquences de l'« *Affaire WEINSTEIN* », la question du sexisme et des violences sexuelles a pris, dans de nombreux pays et en France également, une ampleur nouvelle. Des représentantes de la profession médicale et des personnalités politiques ont dénoncé les faits subis pendant leurs études et leur activité professionnelle. Parmi elles :

- Catherine LAPORTE, présidente du Comité scientifiques du Congrès de la médecine générale a ainsi récemment déclaré lors du congrès 2018 de médecine générale : « *Être une femme médecin dans un congrès médical en 2018, ce n'est pas toujours une zone de confort* » et a fait allusion aux remarques sexistes quotidiennes dont elle avait été victime « *Ça va ma belle ? Tu vas bien ma grande ?* »[178] ;
- Agnès BUZYN, ministre des Solidarités et de la Santé, a également fait part, dans la presse[179], du contexte sexiste auquel elle avait pu être confrontée dans le cadre de sa pratique professionnelle en tant que médecin : « *Des chefs de service qui me disaient : Viens t'asseoir sur mes genoux. Des choses invraisemblables… qui faisaient rire tout le monde* ».

Ce constat est corroboré par les auditions menées par le HCE. Ghada HATEM, gynécologue obstétricienne et fondatrice de la Maison des Femmes à Saint-Denis auditionnée le 14 décembre 2017, considère néanmoins que les pratiques évoluent :

> « *Dans les années 80, les maîtres étaient des hommes, et ils avaient une médecine patriarcale, mais pas seulement en gynécologie. À l'époque, les agressions sexuelles commises par les médecins sur les étudiantes et internes étaient très courantes.*».

Une jeune sage-femme ayant récemment terminé ses études, confiait pourtant, lors d'un rendez-vous avec le HCE[180]:

> « *Je ne connais pas une seule sage-femme qui n'a pas eu une main aux fesses à un moment ou un autre de sa carrière* ».

c. Un sexisme institutionnalisé et banalisé par la « culture carabine »

Pour justifier et excuser le sexisme ambiant, il est souvent fait référence à « *l'humour carabin* », exutoire qui permettrait aux soignant.e.s d'évacuer les souffrances accumulées dans le climat pesant de l'hôpital. Force est de constater que l'humour carabin mobilise très souvent le sexisme et que les femmes en sont une cible privilégiée.

Les fresques pornographiques des salles de garde

La fresque du centre hospitalier universitaire (CHU) de Clermont Ferrand en est une illustration : elle représentait quatre superhéros violant l'héroïne Superwoman et avait suscité, lors de sa révélation en 2015, l'indignation, des collectifs féministes jusqu'au Gouvernement. L'association des internes de Clermont-Ferrand justifiait la fresque par un « *humour graveleux* »[181] et demandait le respect de leur « *liberté d'expression* ».[182] Plus récemment, c'est la fresque située dans la salle de garde d'un hôpital toulousain qui a suscité des tensions. Jugée sexiste par un collectif d'internes qui a réclamé son retrait dès le 11 janvier 2018, elle a finalement été effacée le 8 mars dernier. Là aussi « *l'humour carabin* »[183] avait été mobilisé pour tenter de justifier sa présence sur le lieu de travail des internes.

178- *https://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2018/04/05/le-congres-de-la-medecine-generale-sengage-contre-les-violences-sexistes_314380*

179- *http://www.lemonde.fr/societe/article/2017/10/22/agnes-buzyn-denonce-le-harcelement-sexuel-qu-elle-a-subi-lorsqu-elle-etait-medecin_5204447_3224.html#tr8f0Olov0yLOr80.99*

180- *RDV avec le HCE, 25 avril 2018*

181- *http://www.liberation.fr/societe/2015/01/19/la-fresque-du-chu-de-clermont-ferrand-fait-un-tolle_1183939*

182- *ibid*

183- *http://www.whatsupdoc-lemag.fr/actualites-article.asp?id=24409*

« Week-end d'intégration » ou violences sexistes ?

Les week-ends d'intégration des universités de médecine et qui s'apparente à une forme de bizutage prennent également souvent les femmes pour cibles[184]. En témoigne l'ouverture d'une enquête, en octobre 2017, à la suite de plaintes d'étudiant.e.s de la faculté de médecine de Caen, et l'annulation du week-end d'intégration dans ce même établissement. Les syndicats étudiants avaient alors dénoncé un climat « *d'incitation au viol* » au cours de ces événements[185], et recueilli des témoignages relatant de « *scènes d'humiliation, souvent à caractère sexiste* »[186]. Les enquêtes des journalistes font état de pratiques sexistes et délictueuses : affiche d'un gala de médecine mettant en scène des hommes en toge entourant une femme à terre, nue et ensanglantée, remise d'un prix de « *miss chaudasse* » à une jeune femme à son insu, incitation à la nudité, etc.

Le témoignage d'une jeune étudiante, paru dans la presse,[187] rapporte un environnement machiste au sein de ce même établissement, dont on peut supposer qu'il n'est pas un cas isolé.

Elles racontent

« Comme les autres, j'ai commencé à enchaîner les soirées. Il y avait beaucoup d'alcool. Les étudiants en médecine revendiquent pour beaucoup une sexualité très libre. Je ne voyais pas le problème. J'ai fait des choses que je ne faisais pas auparavant, poussée par l'esprit de groupe. J'ai vécu un an dans une bulle, sans m'en rendre compte.

Et puis un jour, j'ai compris que tout cela, ça n'était pas moi. Que j'avais accepté de faire et qu'on me fasse des choses qui ne me ressemblaient pas, lors des week-ends d'intégration ou des soirées. Je suis revenue brutalement à la réalité. Il m'a fallu du temps pour admettre que j'avais subi des violences. Dans cette ambiance-là, je me disais au départ que je l'avais bien cherché. J'ai mis du temps à déculpabiliser, à parler.

Je me suis aperçue que nous étions tous très limite sur la notion de consentement, entre nous. Ça m'a conduite à m'interroger sur nos futures pratiques de soignants : quelles conséquences sur notre comportement envers nos patients ?

On parle souvent du machisme ou du sexisme du monde médical. Ça démarre dès les études de médecine. Mais la plupart des étudiants n'ont aucune conscience des dérives possibles, de la gravité de ce qu'ils font. Le côté excessif, transgressif, ça les fait plutôt rire. Ils ne pensent pas aux conséquences, aux risques. Ils vivent dans une bulle. En tant que futur médecin, ça n'est pas le milieu dans lequel j'ai envie d'évoluer.

Je veux que chacun prenne conscience du ridicule du bizutage. Et qu'on n'arrête de dire que ça n'est pas grave. Si, c'est grave de subir autant puis de reproduire, au nom de la tradition. Si, c'est grave qu'une jeune fille se sente obligée de photocopier ses seins pour s'intégrer. Et c'est grave aussi de ne rien dire, même si on reste en marge. »

Un sexisme institutionnalisé jusque dans l'apprentissage et les sujets d'examen

Enfin, à titre d'exemple et parce que ce sexisme peut se retrouver dans le contenu même de la formation initiale des étudiant.e.s, rappelons qu'une question posée, en avril 2016[188], lors d'un examen d'élèves de sixième année, de trois universités de médecine parisiennes, présentait une patiente qui avait reçu une « *fessée* » sur son lieu de travail par son supérieur hiérarchique. Différentes réponses étaient proposées dont celle-ci : « *Vous lui demandez d'aller au coin car elle n'a pas été sage* »[189].

184- Intervention d'Emmanuelle PIET, médecin-gynécologue et présidente du CFCV lors de l'Assemblée plénière du 19 mars 2018

185- https://abonnes.lemonde.fr/campus/article/2017/10/23/le-week-end-d-integration-2017-a-la-fac-de-medecine-de-caen-annule-apres-une-enquete-pour-bizutage_5204929_4401467.html

186- https://www.francetvinfo.fr/sante/enfant-ado/enquete-pour-bizutage-a-la-faculte-de-medecine-de-caen_2434783.html

187- https://www.ouest-france.fr/education/universites/bizutages-en-medecine-caen-du-temps-pour-admettre-que-j-avais-subi-des-violences-5333640

188- La question posée était : « Une patiente de 35 ans reçoit une fessée sur son lieu de travail par son supérieur hiérarchique devant ses collègues. Elle consulte les urgences. Vous réalisez : »

189- http://abonnes.lemonde.fr/campus/article/2016/04/12/sexisme-ordinaire-lors-d-un-examen-blanc-de-medecine_4900495_4401467.html

d. Un sexisme trop peu dénoncé par peur de représailles

Le sexisme dans le milieu médical semble bénéficier d'une très grande tolérance et « faire partie du décor » comme le relève le « R*apport sur la qualité de vie des étudiants en santé* »[190] remis, le 3 avril 2018, par la Dre Donata MARRA à Agnès BUZYN, ministre des Solidarités et de la Santé et à Frédérique VIDAL, ministre de l'Enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation :

> *« La parole s'est libérée. Les réseaux sociaux y ont contribué, mettant en lumière des comportements inacceptables qui auparavant étaient passés sous silence et tolérés. Le sexisme a été très présent dans le système de santé et l'est encore, même si tous les seniors s'accordent à dire que la situation a évolué favorablement. Les propos sexistes, pas toujours approuvés, faisaient «partie du décor». Le harcèlement existe dans tous les métiers. Il est d'autant plus choquant lorsqu'il survient dans le milieu du soin, alors que l'on attendrait de ceux qui soignent qu'ils se comportent de manière exemplaire. »*[191]

Comme dans tous les milieux, le sexisme est particulièrement aggravé par la relation d'autorité, ici entre étudiant.e.s et médecins, le rapport pointe la difficulté, pour les étudiantes, de dénoncer les actes et propos sexistes de peur de mettre leur carrière en danger :

> *« La loi du silence perdure dans un milieu où les liens d'intérêt sont multiples, «tout le monde se connaît», «si je parle, ma carrière est finie». Ce n'est pas l'existence d'une forme de maltraitance qui est à mettre en doute mais les interventions à mettre en place qu'il faut questionner. Le plus bienveillant des responsables d'enseignement ne pourra pas facilement avoir accès à une parole libre de ses étudiants. En effet, les représentations que se font les étudiants des responsables enseignants, les liens d'intérêts qu'ils connaissent ou supposent ne leur permettent pas toujours d'être en confiance vis-à-vis de leurs propos et de ce qui en sera fait. »*
>
> *Rapport sur la qualité de vie des étudiants en santé, 2018*

L'autrice du rapport relève que les victimes de harcèlement sexuel ne sont pas toujours en confiance pour évoquer ces situations auprès de leurs supérieur.e.s hiérarchiques, dont on a vu qu'ils étaient souvent eux-mêmes auteurs de violences.

Le rapport recommande la généralisation de chartes spécifiques, internes aux universités, et de cellules d'accompagnement garantissant la confidentialité.

190- MARRA Donata, Rapport sur la qualité de vie des étudiants en santé, Ministère des solidarités et de la santé; FRANCE. Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, 2018

191- MARRA Donata, Rapport sur la qualité de vie des étudiants en santé, Ministère des solidarités et de la santé; FRANCE. Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, 2018, p.16

Bonne pratique

Campagne contre le harcèlement sexuel - UFR de médecine de l'Université Paris-Diderot

À la rentrée 2017, le service égalité femmes-hommes de l'Université Paris-Diderot (Paris 7) a lancé une campagne de sensibilisation basée sur les témoignages du site « *Paye ta blouse* ». Elle s'accompagne de la diffusion d'un guide à destination des étudiant.e.s sur les agissements et propos à caractère sexuel qui tombent sous le coup de la loi.

La campagne s'intègre dans un dispositif plus large de prévention et d'accompagnement des victimes mis en place à l'initiative du doyen de l'université, d'un groupe de travail composé d'élu.e.s, d'enseignant.e.s en médecine, de directeurs et directrices de groupes hospitaliers, de la direction administrative de l'UFR de Médecine et du pôle égalité femmes-hommes. Elle vise à orienter les victimes vers l'Institut en Santé Génésique, où elles peuvent bénéficier gratuitement d'un accompagnement spécialisé sur les violences sexistes et sexuelles.

RECOMMANDATION 7 : Renforcer la prévention et la lutte contre le sexisme et les violences sexuelles au sein de la profession par des campagnes de prévention et des cellules d'écoute dédiées aux violences sexistes et sexuelles.

2. Répartition sexuée des professions médicales

Au-delà des violences sexistes commises entre soignant.e.s et dans les relations d'autorité avec les étudiant.e.s, il est intéressant de noter que les professions médicales, notamment en ce qui concerne la gynécologie et l'obstétrique, demeurent très sexuées.

Pour l'année scolaire 2017-2018, les femmes représentent 64% des étudiant.e.s en médecine/odontologie et pharmacie[192], mais leurs choix de spécialités n'ont évolué que récemment.

Elles restent par ailleurs très minoritaires dans les instances de pouvoir : parmi les doyen.ne.s des facultés de médecine, au sein des instances de représentations des professions médicales, et au sein du Conseil de l'Ordre des médecins.

a. Dans l'ensemble des professions médicales

Si l'augmentation de la part des femmes dans les études de médecine est une réalité[193], le renouvellement se fait lentement, ce qui ne permet pas encore d'équilibrer la **supériorité numérique des hommes sur les femmes en milieu hospitalier** : on compte, en 2017, 42% de femmes médecins pour 58% d'hommes.

Au sein des professions médicales, certaines spécialités concentrent une proportion de femmes très élevée. C'est le cas pour la médecine du travail, la dermatologie ou encore la pédiatrie (71%). À l'inverse, les femmes ne représentent qu'1 anesthésiste sur 3 et 1 chirurgien.ne sur 5.[194] Comme dans tous les secteurs professionnels, la répartition sexuée des femmes et des hommes dans les spécialités médicales est corrélée au prestige social qui leur est associé et aux rôles sociaux de sexe.

192- MENESR, Filles et garçons sur le chemin de l'égalité, de l'école à l'enseignement supérieur, édition 2018

193- Antoine TESNIERE estime que les études de médecine se féminisent, au vu des données démographiques. Depuis plusieurs années il constate un ratio équilibré d'étudiant.e.s en 1ère année, mais 60 à 80% en 2e année sont des étudiantes.

194- Atlas de la démographie médicale en France situation au 1er janvier 2017, CNOM https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017.pdf

Cette inégale répartition s'observe également au sein des professions médicales liées à la gynécologie et à l'obstétrique.

> *« La gynécologique a été faite par des hommes pendant 200 ans, les femmes n'ont eu accès que depuis une génération à l'obstétrique. »*[195]
>
> Perrine MILLET, gynécologue-obstétricienne

La « gynécologie obstétrique » est une spécialité qui traite de la santé des femmes mais qui se divise en deux disciplines.

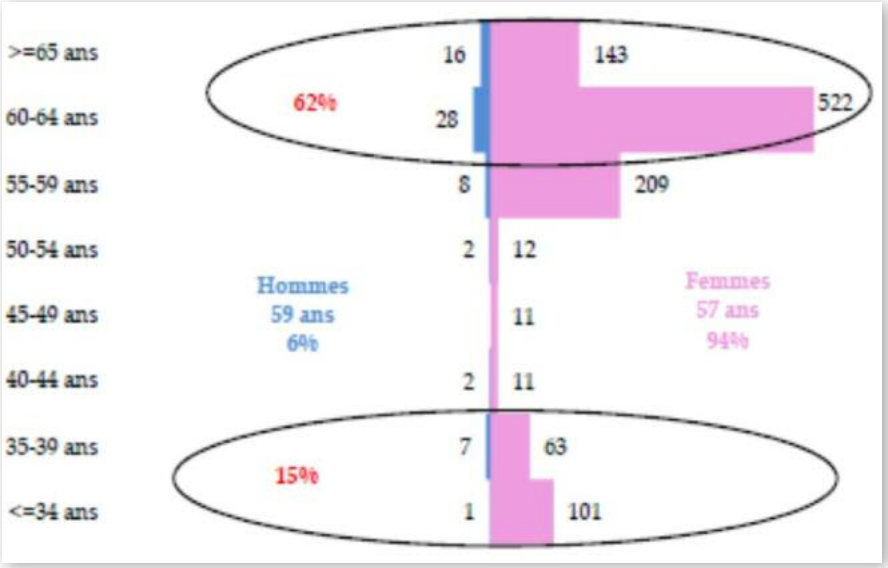
La « gynécologie médicale » comprend deux disciplines médicales : la gynécologie médicale et obstétrique et la gynécologie médicale. Elle concerne le suivi gynécologique des femmes tout au long de leur vie mais ne concerne pas les opérations chirurgicales ni les accouchements.

La « gynécologie obstétrique » comprend une discipline chirurgicale : la gynécologie-obstétrique. Elle concerne les accouchements et opérations chirurgicales.

b. Gynécologie médicale

Les femmes sont majoritaires au sein de la gynécologie médicale. Elles représentent 94% des praticien.ne.s de cette discipline au 1er janvier 2017.[196]

Pyramide des âges



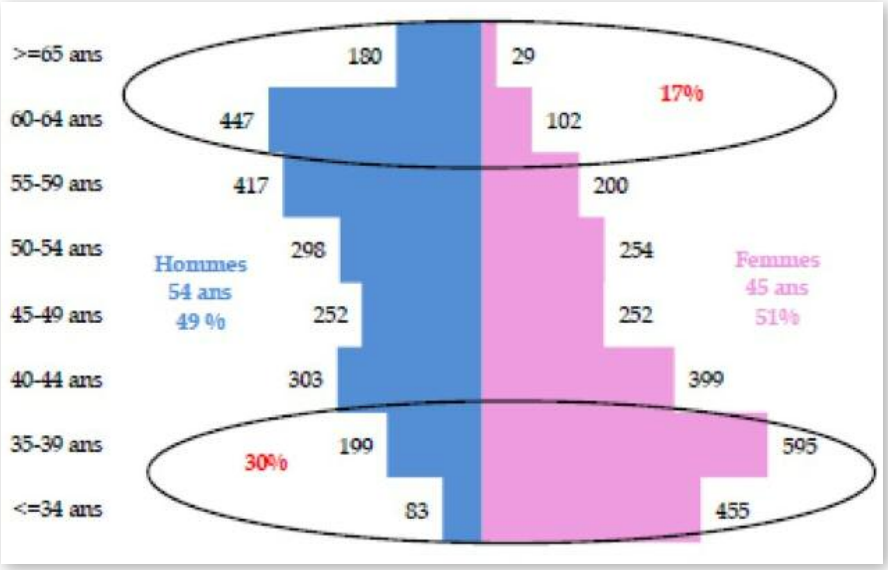
Source : Atlas de la démographie médicale (gynécologie médicale), CNOM, 2017

195- RDV avec le HCE, 17 novembre 2017
196- ibid

c. Gynécologie obstétrique

La gynécologie-obstétrique est exercée, au 1er janvier 2017, **à 51% par des femmes**, suite à une entrée massive et récente des femmes dans la profession, comme en atteste le graphique ci-dessous. La spécialité est exercée en grande partie par des hommes de plus de 55 ans et de femmes de moins de 44 ans.

Pyramide des âges



Source : Atlas de la démographie médicale (gynécologie-obstétrique), CNOM, 2017

d. Sages-femmes

En 2017, les hommes représentaient **2,6% des sages-femmes**. Un taux qui évolue assez peu, puisqu'on comptait 1% d'hommes parmi l'ensemble des sages-femmes au 1er janvier 2004[197].

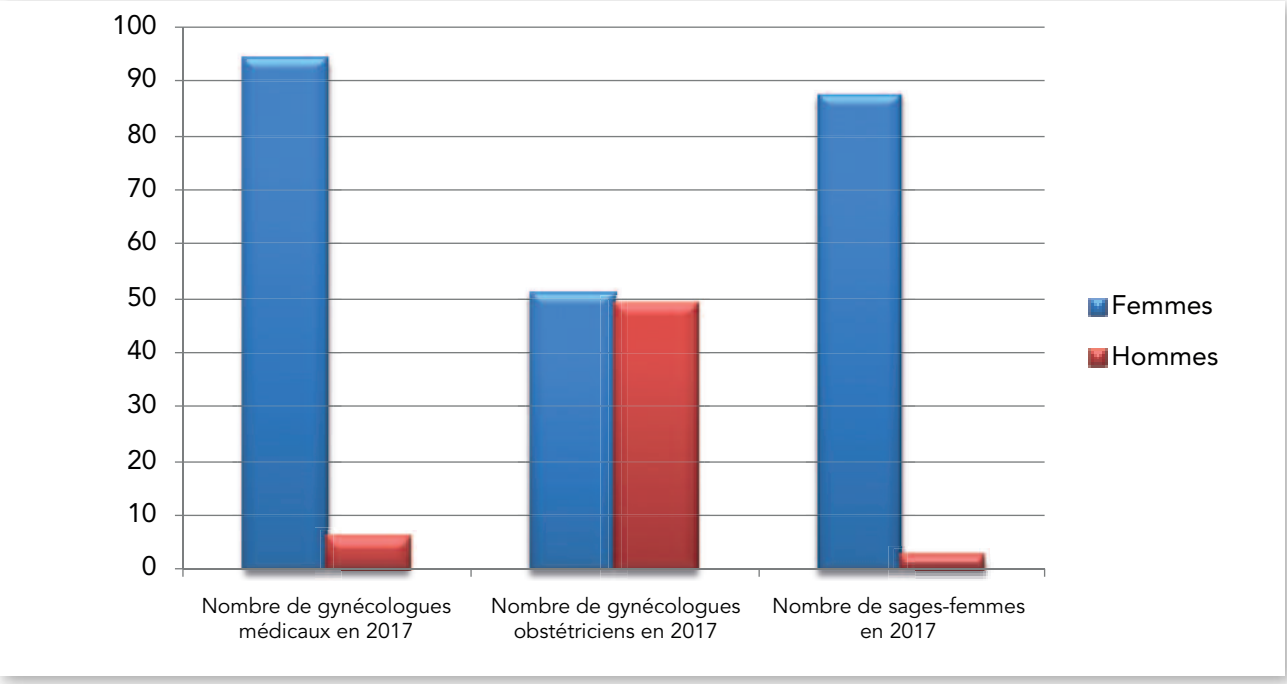
Nombre de sages femmes par genre en France au 01/01/2017 (Cnsof 2017)

Région	TOTAL	Nb Hommes	% Hommes
AUTRE*	1512	5	0,3%
GUADELOUPE	263	2	0,8%
MARTINIQUE	309	10	3,2%
GUYANE	194	13	6,7%
LA REUNION	529	24	4,5%
MAYOTTE	156	10	6,4%
ILE-DE-FRANCE	4590	98	2,1%
CENTRE-VAL-DE-LOIRE	893	29	3,2%
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE	1153	30	2,6%
NORMANDIE	1316	40	3,0%
HAUTS-DE-FRANCE	2211	97	4,4%
GRAND-EST	2514	44	1,8%
PAYS DE LA LOIRE	1433	38	2,7%
BRETAGNE	1312	46	3,5%
NOUVELLE-AQUITAINE	2175	48	2,2%
OCCITANIE	2412	61	2,5%
AUVERGNE-RHONE-ALPES	3709	98	2,6%
PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR	2134	63	3,0%
CORSE	117	2	1,7%
TOTAL	28932	758	2,6%

Source : Conseil national de l'Ordre des sages-femmes, 2017

197- BESSIERE Sabine, « La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage », Revue française des affaires sociales, p. 17-33. URL :- https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2005-1-page-17.html

Si la très grande majorité des gynécologues médicales et des sages-femmes sont des femmes, la moitié des gynécologues obstétriciens sont des hommes, et d'âge avancé. Cette démographie est le socle de rapports sociaux de sexe stéréotypés.



Source : HCE — Atlas de la démographie médicale 2017 du CNOM

Une répartition sexuée au sein des salles d'accouchement

Au sein des maternités et cliniques, la profession de gynécologie-obstétrique est perçue comme « *le graal* ». Bien que gynécologues-obstétricien.ne.s et sages-femmes prennent en charge conjointement l'accouchement des femmes, un rôle est dévolu à chacun.e.

En effet, les sages-femmes sont formé.e.s à la physiologie de l'accouchement, c'est-à-dire la prise en charge des patientes qui ne présentent aucune pathologie ou facteur de risque. Dès lors que le suivi devient pathologique, la situation est adressée aux gynécologues.

Il est ressorti des auditions qu'il peut exister des rapports de force entre gynécologues-obstétricien.ne.s (49% d'hommes) et sages-femmes (87,4% de femmes), liés à la fois à des questions de genre et à la répartition des rôles au sein de la salle de naissance.

e. Parmi les professeur.e.s et doyen.ne.s d'universités

L'augmentation massive de la part des femmes dans les études de médecine ne se traduit pas à tous les niveaux hiérarchiques, et notamment à la tête des universités : sur un total de 37 facultés de médecine en France**, 33 doyens sont des hommes et 4 seulement sont des femmes[198], soit 10,8%.**

198- http://www.cidmef.u-bordeaux2.fr/?q=doyens/12

f. Au sein des instances de représentations des professions médicales

Les sociétés savantes

Le Conseil National Professionnel des Gynécologues Obstétriciens (CNPGO) regroupe les organisations professionnelles les plus représentatives :

- Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français
- Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale
- Société Française de Gynécologie
- Syndicat National des Gynécologues-Obstétriciens de France
- Fédération des Gynécologues-Obstétriciens des Hôpitaux Généraux
- Syndicat des Gynécologues et Obstétriciens Libéraux
- Syndicat de Gynécologie Médicale
- Les enseignants de Gynécologie Obstétrique
- Les enseignants de Gynécologie Médicale.

Selon son site internet, les objectifs du CNPGO sont notamment l'organisation d'une réflexion commune et indépendante sur le développement professionnel continu, l'évolution des compétences, l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle, d'éventuelles procédures de re-certification, l'analyse professionnelle des recommandations et référentiels, la réponse à des saisines, en particulier pour la proposition d'expert.e.s, et tout autre sujet relatif à la qualité des pratiques. Le bureau du CNPGO compte 2 femmes et 3 hommes.

- Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) est une société savante créée en 1970. Avec 2000 membres titulaires et 150 membres associé.e.s, il est aujourd'hui l'organisation professionnelle la plus représentative dans la profession de gynécologues-obstétricien.ne.s,

Néanmoins, alors que les femmes représentent 94% des gynécologues médicaux.ales et 51% des gynécologues-obstétricien.ne.s en exercice[199], le CNGOF ne compte dans ses instances de décision que 26% de femmes dans le bureau, 2,7% parmi les président.e.s de commission.

L'Ordre des médecins

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) est un organisme de droit privé chargé d'une mission de service public. Il rassemble et fédère l'ensemble des médecins et représente la profession médicale auprès de la société française. Il est composé de 54 membres élu.e.s par les Conseils départementaux, d'un.e membre désigné par l'académie nationale de médecine et d'un.e Conseiller.e d'État nommé.e par le ou la garde des Sceaux.

Le Conseil National de l'Ordre des médecins est aujourd'hui composé, après un renouvellement par moitié le 16 juin 2016 et l'élection complémentaire du 19 mars 2018, de **5 femmes et de 49 hommes**[200]. Les membres nommés par le Conseil d'État et l'Académie nationale de médecine sont tous les deux des hommes.

L'élection des membres du Conseil National de l'Ordre des Médecins, et de tous les conseils de l'Ordre des médecins de manière générale, est soumise, depuis l'ordonnance n°2017-192 du 16 février 2017[201], à une obligation de parité, mise en place progressivement.

Cette ordonnance prévoit en effet que : « *Les membres des conseils de l'Ordre des médecins sont élus au scrutin binominal majoritaire à un tour. Chaque binôme est composé de candidats de sexe différent* »[202].

199- Atlas de la démographie médicale en France situation au 1er janvier 2017, CNOM https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017.pdf

200- https://www.conseil-national.medecin.fr/la-composition-du-conseil-national-1205

201- https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034053114&categorieLien=id

202- article L413-12

Selon les informations fournies par le CNOM :

- Pour les conseils départementaux : la grande majorité des conseils départementaux vont se renouveler au cours de l'année 2018. Les candidatures se font par binôme : une femme un homme. Les conseils seront paritaires à l'issue du 2e renouvellement par moitié, soit en 2021.
- Pour les conseils régionaux : le renouvellement sera total en février 2019 et les conseils paritaires.
- Pour le Conseil national : le prochain renouvellement par moitié aura lieu en juin 2019 (en binômes), le suivant en juin 2022. En juin 2022, le Conseil national sera donc paritaire.

Chiffres-clés

- Les femmes représentent **11% des doyen.ne.s** des facultés de médecine ;
- Le bureau du Collège national des gynécologues et obstétriciens français est composé à **26% de femmes** ;
- Le Conseil national de l'Ordre des médecins compte **10% de femmes** parmi leurs membres ;
- Au sein de l'Académie de médecine : le Bureau, le Conseil d'administration, les présidences des comités, la présidence et le secrétariat des 10 commissions thématiques sont composés à **100% d'hommes**.

Source : Conférence Internationale des Doyens et des Facultés de Médecine d'Expression Française, CNGOF,CNOM et Académie nationale de médecine

g. Au sein de l'Académie nationale de médecine

La loi du 22 juillet 2013 relative à l'enseignement supérieur et à la recherche actualise les statuts et les missions de l'Académie nationale de médecine, définis comme suit :

> *« L'Académie nationale de médecine est une personne morale de droit public à statut particulier, placée sous la protection du Président du République.*
>
> *Elle a pour mission de répondre, à titre non lucratif, aux demandes du Gouvernement sur toute question concernant la santé publique et de s'occuper de tous les objets d'étude et de recherche qui peuvent contribuer aux progrès de l'art de guérir.*
>
> *Ses membres sont élus par leurs pairs. Toutes les fonctions y sont électives.*
>
> *L'Académie nationale de médecine s'administre librement. Ses décisions entrent en vigueur sans autorisation préalable. Elle bénéficie de l'autonomie financière sous le seul contrôle de la Cour des comptes.*
>
> *L'administration de l'Académie est assurée par un secrétaire perpétuel, un bureau et un conseil d'administration.*
>
> *L'Académie peut recevoir des dons et des legs. »*

Son Bureau (5 membres), son Conseil d'administration (8 membres), les présidences des comités (4 membres), la Présidence et Secrétariat de ses 10 commissions thématiques (20 membres) sont composés à 100% d'hommes. On compte 1 femme parmi les 26 membres chargé.e.s de coordonner les groupes de travail.

3. La nécessité de former les professionnel.le.s de santé

Les constats de sexisme dans les témoignages et les auditions menées par le HCE mettent en exergue la nécessité de formation, tant initiale que continue, des professionnel.le.s de santé comme un levier incontournable.

a. La formation initiale

> « *La formation des professionnels de santé n'est pas au rendez-vous des besoins des français, des enjeux sociétaux et de ce que l'on attend aujourd'hui de la relation médecin-malade. Cette relation doit être équilibrée. Or, la formation médicale est aujourd'hui encore très paternaliste et autoritaire (…) Je veux faire du repérage des violences un enjeu de la formation initiale (…) ce sont des modules que je veux rendre obligatoires dans le premier cycle* »[203]
>
> Agnès BUZYN, ministre de la Santé et des Solidarités

Un projet de loi portant sur la réforme des études de médecine a été annoncé par la ministre pour 2019. L'objectif est notamment de mieux former les médecins aux enjeux de société, à l'éthique, à la relation médecin-malade et aux problématiques de discriminations.

Le HCE voit dans cette réforme une opportunité à saisir pour renforcer les contenus et le caractère obligatoire de la formation initiale concernant :

- les questions de bientraitance et de respect du consentement
- la lutte contre les violences sexistes et sexuelles, abordée sous plusieurs angles :
  - 1. Le repérage, la prise en charge et l'orientation des femmes (patientes) victimes de violences
  - 2. Prévention des violences sexistes et sexuelles commises par les professionnels de santés sur les patientes notamment basées sur les stéréotypes sexistes
  - 3. Le repérage, la prise en charge et l'orientation des femmes (professionnelles de santé/collègue/agente de l'établissement etc.) victimes de violences sexistes et sexuelles dans les relations de travail. Il apparait également nécessaire de faire de ces thématiques des objectifs prioritaires de la formation continue, notamment dans le cadre de la recertification voulue par la ministre.

Les dernières données de la science doivent également être mieux prises en compte de façon transversale, aussi bien dans la formation initiale que continue.

Les questions de bientraitance et de respect du consentement

La nécessité d'acquérir des compétences en matière de bientraitance, d'empathie et de respect du consentement des patient.e.s n'est évidemment pas circonscrite à la gynécologie et l'obstétrique, et concerne l'ensemble de la médecine.

Néanmoins, les caractéristiques de cette spécialité (nudité complète, rapport à l'intimité des personnes…) rendent l'enjeu encore plus crucial.

À ce jour, la question de la relation soignant.e.s/soigné.e.s et de la prise en compte du consentement fait partie du cursus de médecine :

- le 1er cycle inclut un module de formation sur la relation entre soignant.e.s et soigné.e.s, comprenant une réflexion sur le contexte et les décisions médicales ;
- au cours du 2e cycle, les étudiant.e.s apprennent à adopter une attitude « *guidée par l'éthique, le code de déontologie, un comportement responsable et approprié, intègre, altruiste, et à connaître le cadre médico-légal (dignité de la personne, fin de vie, respect des éléments et produits du corps humain, consentement éclairé)* »[204] ;
- au cours du 3e cycle, les étudiant.e.s suivent un enseignement spécifique sur la notion de relation entre patient.e.s et professionnel.le.s de santé, sur l'information éclairée, l'aide à la décision, et le consentement aux soins.

En maïeutique - science médicale pratiquée par les sages-femmes, les maquettes d'enseignement prévoient que les étudiant.e.s apprennent dès le premier cycle à « *favoriser l'émergence d'une réflexion éthique qui se poursuivra tout au long du cursus* » et à « *établir une relation d'écoute de qualité* ».

203- Audition par le HCE, 12 avril 2018
204- Audition par le HCE d'Antoine TESNIERE et Jean-Christophe PAUL, DGESIP, le 16 octobre 2017

Cet enseignement se poursuit au 2e cycle, avec l'apprentissage des notions de suivi de qualité adapté à la personne, d'expression des patientes, d'écoute et de respect de leur souhaits, ainsi que des notions juridiques et déontologiques.

Au-delà de la technique, enseigner l'empathie et le respect du consentement

Les témoignages et les auditions font néanmoins apparaitre le besoin de renforcer l'apprentissage des étudiant.e.s en matière de bientraitance et de respect du consentement.

> « *Il est nécessaire d'avoir une véritable révolution culturelle dans la formation initiale. Les étudiant.e.s apprennent la technique, la science, le corps humain, mais pas la relation humaine, le respect de l'autre* »[205].

Marie-Laure BRIVAL, Gynécologue-obstétricienne à la maternité des Lilas et membre de l'ANCIC

Ce constat est partagé par la ministre des Solidarités et de la Santé Agnès BUZYN qui lors de son audition au HCE, a indiqué :

> « *Mon enjeu est la formation initiale et continue des professionnel.le.s de santé à l'empathie, à savoir parler aux gens (…)* »[206].

Agnès BUZYN, ministre des Solidarités et de la Santé

Touchers vaginaux sur patientes endormies - l'apprentissage du non-respect du consentement

En 2015, la publication d'extraits de maquettes d'enseignement de l'université de médecine de Lyon évoquant des « TVAG » (touchers vaginaux sous anesthésie générale) déclenche de fortes protestations et un questionnement sur le respect du consentement des patientes.

Suite à une saisine de Marisol TOURAINE, alors ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, le président de la Conférence des doyens des facultés de médecine lui remet, le 27 octobre 2015, un rapport sur les conditions d'apprentissage de l'examen pelvien (vaginal et rectal) sur des patient.e.s endormi.e.s.

Ce rapport confirme l'existence de ces pratiques :

- 33% des touchers vaginaux et rectaux avaient été pratiqués sans le consentement du.de la patient.e lorsque ces gestes étaient effectués par des étudiant.e.s en première, deuxième et troisième année de médecine ;
- 20% l'étaient toujours sans consentement pour les étudiant.e.s de quatrième, cinquième et sixième année.

Ces pratiques sont contraires à la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002, qui stipule qu'« *aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.* » et au code pénal, si ces actes sont commis avec violence, surprise, contrainte ou menace, il s'agit d'un viol.

Condamnant fermement ces pratiques, Marisol TOURAINE avait alors annoncé :

- une mission d'inspection au sein des établissements de santé afin d'approfondir les résultats de l'enquête,
- la transmission d'une instruction aux directeur.rice.s des établissements de santé qui accueillent des professionnel.le.s de santé en formation et visant à leur rappeler leurs obligations légales,
- le développement de l'apprentissage par simulation (pratique sur des mannequins) avec pour objectif d'équiper l'ensemble des Centres hospitaliers universitaires (CHU) d'un centre de simulation en santé d'ici 2017.

Jean SIBILIA, président de la Conférence des doyens des facultés de médecine, a indiqué lors de son audition au HCE le 15 mai 2018 que ces pratiques se faisaient dorénavant sur des mannequins.

205- Audition par le HCE, 14 décembre 2017
206- Audition par le HCE, 12 avril 2018

Clara DE BORT[207], directrice d'hôpital et autrice du blog « *En jupe* », souligne également l'impact négatif de l'enseignement d'une pratique trop peu humaine et très orientée sur la dimension technique, voire « *fordiste* » :

« Il y a la vision que meilleur est le technicien sur l'organe, meilleur est le médecin, et celui-ci est considéré comme un robot omniscient qui agit. Or, une femme n'est pas un assemblement d'organes.»

Clara DE BORT, directrice d'hôpital

S'appuyer sur le vécu des patient.e.s

La stratégie nationale de santé 2018-2022 prévoit de développer la « *formation des étudiants au vécu du patient* ». Le HCE estime qu'il serait intéressant d'intégrer à la formation initiale l'expérience de patient.e.s expert.e.s, notamment en ce qui concerne le suivi gynécologique et obstétrical.

De nombreuses femmes et couples accompagné.e.s par les associations spécialisées telles que le CIANE ou l'IRASF sont d'ailleurs désireuses de partager leurs expériences « *pour que cela n'arrive pas à d'autres* »[208].

Elles racontent

« Moi je veux surtout éviter à d'autres femmes d'en passer par là, et de ne pas se laisser faire. Qu'on se sente plus informées avant de ce qui est acceptable ou pas, […] qu'on puisse poser des questions, et se sentir dans son droit quand on le fait.[209]»

Témoignage d'une victime de violence obstétricale – un podcast à soi (n°6)

Le Collectif Interassociatif autour de la Naissance (CIANE) indique également que des femmes et des couples accompagné.e.s par l'association témoignent régulièrement de leur volonté que leur cas soit utilisé pour des formations : « *est-ce que vous pouvez utiliser notre histoire pour former les étudiant.e.s ?* »[210]

Il serait intéressant de permettre à d'anciennes parturientes d'intervenir dans les facultés de médecine ou de s'appuyer sur leur cas pour identifier les défaillances et améliorer les pratiques.

Bonne pratique - L'université des patients

L'expertise des patient.e.s dans l'amélioration de la qualité des soins est reconnue par « *l'Université des patients* » créée en 2009[211], en partenariat avec l'Université de la Sorbonne. Cette université permet à d'ancien.ne.s malades de valider, sous forme de diplôme, leur expérience et vécu médical pour ensuite former des étudiant.e.s ou accompagner d'autres malades. Cette approche est d'ailleurs valorisée par la ministre des Solidarités et de la santé qui défend le principe du « malade partenaire »[212], associé à l'évaluation des pratiques médicales.

Le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes recommande par ailleurs de renforcer la place de l'usager.ère dans la formation initiale, en rendant systématique l'intervention du Collectif interassociatif autour de la naissance (CIANE) dans les écoles de sages-femmes. Cette proposition pourrait être étendue à l'ensemble des formations en gynécologie et en obstétrique.

207- Audition par le HCE, 15 septembre 2017
208- Audition d'Anne EVRARD par le HCE, 2 février 2018
209- BIENAIME Charlotte, « Le gynécologue et la sorcière » - Un podcast à soi (n°6), 2018
210- Audition d'Anne EVRARD par le HCE, 2 février 2018
211- http://www.universitedespatients.org
212- Audition par le HCE, 12 avril 2018

Bonne pratique - Des outils vidéos sur l'accueil d'une femme souhaitant avorter

Université Pierre et Marie Curie - Des outils vidéos mettant en scène des exemples d'un bon ou d'un mauvais accueil d'une femme désirant une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)

L'Université Pierre et Marie Curie a mis à contribution ses élèves en fin d'études de médecine, pour la réalisation de courts-métrages mettant en scène des exemples de bons ou mauvais accueils d'une femme désirant procéder à une IVG. Lors de son audition, la ministre Agnès BUZYN a déclaré vouloir mutualiser ce type d'initiatives afin d'outiller les étudiant.e.s sur l'empathie et le respect des patient.e.s.

Première séquence : la patiente fait face à un médecin, qui en appelle à sa clause de conscience pour refuser de prendre en charge la patiente. Il se montre à plusieurs reprises intrusif à son égard, lui demandant son âge, auquel il répond : « *30 ans, c'est parfait pour avoir un enfant* » après qu'elle a émis le souhait d'interrompre sa grossesse.

Deuxième séquence : la patiente fait face à une médecin qui accepte de la prendre en charge, mais qui, à nouveau, se montre intrusive et lui demande de justifier son souhait d'interrompre sa grossesse. Elle lui indique, par exemple, que certaines femmes « *culpabilisent* » après avoir pratiqué une IVG.

Dernière séquence : le médecin respecte le choix de la patiente, lui explique le déroulement et déconstruit la désinformation qui entoure l'interruption volontaire de grossesse (risque de dépression, de stérilité…).

Lien vers les vidéos : https://www.youtube.com/watch?v=PgaowpPQrRQ

La lutte contre les violences sexistes et sexuelles

La question des violences sexistes et sexuelles se pose à double titre dans la formation initiale et continue des professionnel.le.s de santé :

- d'abord parce que les professionnel.le.s de santé sont les premiers vers lesquel.le.s se tournent les femmes victimes de violences et que la consultation médicale constitue un moment-clé de dépistage des violences subies ;
- ensuite, parce que la formation elle-même des professionnel.le.s de santé est régulièrement pointée du doigt pour le sexisme qui peut y avoir cours.

Les soignant.e.s : professionnel.le.s-clés dans le repérage et l'accompagnement des femmes victimes

Les professionnel.le.s de santé constituent le.la premier.e professionnel.le vers lequel se tournent les femmes victimes de violences, devant les forces de sécurité et les travailleur.euse.s sociaux.ales : 24% des femmes victimes de violences physiques et/ou sexuelles au sein du couple ont été vues par un médecin à la suite des violences. [213]

Démarches entreprises par les femmes âgées de 18 à 75 ans victimes de violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur conjoint cohabitant au moment de l'enquête[214]

Parmi les 149 000 femmes victimes vivant avec l'auteur des faits au moment de l'enquête	%
A été vue par un médecin à la suite de cet incident	24
A consulté un psychiatre, un psychologue	19
A parlé de sa situation aux services sociaux	19
S'est rendue au commissariat ou à la gendarmerie	18
A appelé un numéro vert, un service téléphonique d'aide aux victimes	10
A rencontré des membres d'une association d'aide aux victimes	10
N'a fait aucune des démarches citées ci-dessus	52

Champ : Femmes âgées de 18 à 75 ans, vivant en ménage ordinaire en métropole. Source : CVS 2010-2013- INSEE-ONDRP
Lorsque la victime a connu plusieurs faits de violence durant l'année précédant l'enquête, les résultats concernant les démarches entreprises portent sur la description d'un seul de ces événements.

Les consultations gynécologiques et le suivi de la grossesse : un moment clé de repérage des situations de violences

Plusieurs enquêtes ont montré que **dans 40% des cas, les violences du conjoint débutaient à la première grossesse**, et que dans 40% des cas, elles redoublaient durant celle-ci[215]. Une autre étude a souligné que **23% des demandes d'interruption volontaire de grossesse (IVG)** étaient directement liées à des violences (viols, violences conjugales, violences familiales)[216].

Selon l'enquête nationale périnatalité 2017, 1,7% des femmes ayant accouché en 2016 déclarent avoir subi des violences physiques durant la grossesse, soit plus de 13 000 femmes sur une période d'un an.

Selon l'enquête nationale périnatalité 2017, 1,7% des femmes ayant accouché en 2016 déclarent avoir subi des violences physiques durant la grossesse, soit plus de 13 000 femmes sur une période d'un an.

213- Enquête CVS 2010-2013 – INSEE/ONDRP
214- Observatoire national des violences faites aux femmes, lettre n°4, novembre 2014, p.4.
215- SALMONA Muriel, L'Observatoire sur grossesse et violences conjugales : impact sur l'enfant, 2008
216- SARAFIS Cécile, « L'intérêt du dépistage systématique des violences faites aux femmes au cours de l'entretien préalable à un avortement dans la pratique des conseillères conjugales et familiales », 2009

Une obligation légale de formation qui doit encore se traduire dans les faits

La loi du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes[217] prévoit, dans son article 51, la généralisation de la formation initiale sur les violences intrafamiliales, les violences faites aux femmes et les mécanismes d'emprise psychologique:

> ***« La formation initiale et continue des médecins, des personnels médicaux et paramédicaux,*** *des travailleurs sociaux, des magistrats, des fonctionnaires et personnels de justice, des avocats, des personnels enseignants et d'éducation, des agents de l'état civil, des personnels d'animation sportive, culturelle et de loisirs, des personnels de la police nationale, des polices municipales et de la gendarmerie nationale, des personnels de préfecture chargés de la délivrance des titres de séjour, des personnels de l'Office français de protection des réfugiés et apatrides et des agents des services pénitentiaires* ***comporte une formation sur les violences intrafamiliales, les violences faites aux femmes ainsi que sur les mécanismes d'emprise psychologique. »***

Qu'en est-il dans les cursus de médecine et de maïeutique aujourd'hui en vigueur ?

Les Epreuves Classantes Nationales (ECN) intègrent, depuis 2013, un item sur les « *violences sexuelles* » dans l'UE 1 « *Apprentissage de l'exercice médical et de la coopération interprofessionnelle* ».

Cependant, le décret du 28 avril 2017 portant réforme de l'internat (3e cycle universitaire en médecine), ne comporte qu'une seule fois le mot « **violence** «, dans la partie concernant la médecine légale. Seul.e.s les légistes apprennent ce que sont les violences sexuelles et les mutilations sexuelles, les gynécologues et obstétricien.ne.s ne bénéficiant d'aucune formation lors de leur cursus.

En ce qui concerne les sages-femmes, un arrêté du 11 mars 2013[218] détermine les priorités de la formation préparant au diplôme d'État de sage-femme, parmi lesquelles : « *Prévenir et dépister les violences faites aux femmes » et l'« épidémiologie des violences faites aux femmes* ».

Or, l'obligation de formation est insuffisamment mise en œuvre. Une enquête nationale réalisée en collaboration avec l'Association nationale des étudiants de médecine (ANEMF), le département de médecine générale de l'université Pierre et Marie Curie et la mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) de juillet à octobre 2013 auprès de 1 472 étudiant.e.s de médecine montre que :

- 80% des étudiant.e.s ont indiqué **n'avoir suivi aucune formation** sur les violences (verbales, psychologiques, physiques et sexuelles) ;
- 83,8% d'étudiant.e.s **ne connaissaient pas le nombre de femmes violées** par an et estimaient que 10 000 femmes sont violées par an alors qu'elles sont entre 75 000 et 120 000, 72,9% **ne connaissaient pas le coût des violences** commises sur les femmes et 70,4% **ne connaissaient pas le nombre de viols sur mineur.e.s** ;
- Les étudiant.e.s estiment pourtant que la.le **médecin peut jouer un rôle « *majeur*** » auprès des victimes de violences sexuelles (95%), physiques (93,2%), psychologiques (84,8%) et verbales (68,5%) ;
- Plus de 95% des étudiant.e.s se sont dit.e.s **intéressé.e.s, voire très intéressé.e.s par une formation** sur les violences (96%), le dépistage des violences (96%) et le traitement de leurs conséquences sur les victimes (95%).

217- https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029330832&categorieLien=id
218- https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027231825

Chiffres-clés

- **80%** des étudiant.e.s en médecine ont indiqué **n'avoir suivi aucune formation** sur les violences (verbales, psychologiques, physiques et sexuelles ;
- Plus de **95% des étudiant.e.s se sont dit.e.s intéressé.e.s**, voire très intéressé.e.s par une formation sur les violences (96%), le dépistage des violences (96%) et le traitement de leurs conséquences sur les victimes (95%).

Source : étude conjointe ANEMF, université Pierre et Marie Curie, MIPROF

Intégrer les violences sexistes et sexuelles dans la formation initiale et continue

La stratégie nationale de santé 2018-2022[219] prévoit, en ce qui concerne la formation initiale des professionnel.le.s de santé, sociaux et médico-sociaux, de « développer la formation en matière de violences sexistes ».

La ministre des Solidarités et de la Santé a par ailleurs annoncé lors de son audition par le HCE, le 12 avril 2018, vouloir « faire du repérage des violences faites aux femmes et aux enfants un enjeu de la formation initiale et rendre ce module obligatoire dans le premier cycle. »

Bonne pratique - les stages de double-écoute

Des universités de médecine, comme Paris VI, proposent aux étudiant.e.s des stages de double-écoute au sein d'associations de soutien aux victimes de violences, telles que le Collectif Féministe Contre le Viol. Les stages de double écoute permettent à des étudiant.e.s d'écouter, sur des lignes consacrées à l'écoute, l'information et l'orientation de personnes victimes de violences sexistes et sexuelles, les conversations entre l'écoutant.e et l'appelant.e.

Il serait intéressant d'intégrer dans la formation initiale de médecine des étudiant.e.s un module obligatoire dédié au repérage et à l'accompagnement des violences qui comprendrait un stage de double écoute dans une association de soutien aux victimes de violences sexistes et sexuelles.

Le HCE salue la volonté affichée par la ministre et souhaite que la formation au repérage des violences sexistes et sexuelles (notamment par le questionnement systématique) et à l'accompagnement des victimes soit une des priorités de la refonte de la formation initiale des professionnel.le.s de santé annoncée pour 2019.

Bonne pratique - les outils de formation de la MIPROF

La Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) a créé, dans le cadre de la définition d'un plan national de formation des professionnel.le.s sur les violences faites aux femmes, des outils de formation déclinés en fonction des spécificités des différentes professions et des différentes formes de violences.

Ces outils de formation se composent d'un court-métrage et d'un livret d'accompagnement. Ils ont été réalisés avec le concours d'un collège de formateur.rice.s, d'universitaires, d'enseignant.e.s et d'expert.e.s et le soutien de partenaires institutionnels et professionnels.

Le kit « Elisa » traite des conséquences des violences sexuelles et de l'impact du repérage systématique sur la femme victime. Il est destiné d'abord aux sages-femmes et aux professionnel-le-s de santé. Il a été réalisé avec le soutien notamment des instances et associations professionnelles des sages-femmes.

Le kit est accessible *via* ce lien **http://stop-violences-femmes.gouv.fr/4-outils-pour-l-animation-sur-les.html**

219- http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf

b. La formation continue

Au-delà de la formation initiale des professionnel.le.s de santé, l'évolution des pratiques des soignant.e.s déjà en exercice passe évidemment par une formation continue ambitieuse et adaptée aux conditions de travail des professionnel.le.s qu'elle cible.

Le système de formation continue

La loi Hôpital, patients, santé et territoire du 21 juillet 2009 a remodelé les dispositifs de formations continues existants et a créé, pour tou.te.s les professionnel.le.s de santé, le Développement Professionnel Continu (DPC), géré par l'Agence Nationale de Développement Professionnel Continu (ANDPC).

Le ou la professionnel.le satisfait à son obligation de DPC dès lors qu'il.elle participe, chaque année, à au moins un programme de DPC conforme aux orientations arrêtées par le ministère de la Santé.

Tous les deux ans, un arrêté détermine les orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé. Le dernier en date est l'arrêté du 8 décembre 2015 fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé pour les années 2016 à 2018 :

Pour l'ensemble de la profession, 1 des 34 orientations fixées par l'arrêté concerne le « *repérage de la maltraitance et de la violence (enfants, personnes âgées, personne en situation de handicap, violences faites aux femmes…) et conduite à tenir* ». Des orientations par spécialité sont aussi définies.

Pour les médecins spécialisés en gynécologie médicale, aucune orientation spécifique n'a été définie par l'arrêté de 2015.

Pour les médecins spécialisés en gynécologie-obstétrique, les orientations sont les suivantes :

- « Orientation n° 1 : gestion des risques associés aux actes et aux modalités de prise en charge en gynécologie et obstétrique.
- Orientation n° 2 : prise en charge de l'infertilité.
- Orientation n° 3 : stratégie de prise en charge des troubles endocriniens.
- Orientation n° 4 : stratégie de prise en charge de la cancérologie gynécologique.
- Orientation n° 5 : stratégie de prise en charge des grossesses pathologiques.
- Orientation n° 6 : la demande d'imagerie et d'examens complémentaires en gynécologie et obstétrique. »

À notre connaissance, les questions des violences sexistes et sexuelles ou encore la bientraitance ne sont donc pas précisément ciblées.

Pour les sages-femmes, les orientations sont les suivantes :

- « Orientation n° 1 : consultation de contraception et de suivi gynécologique de prévention par la sage-femme (dépistage des cancers et des infections sexuellement transmissibles, vaccination).
- Orientation n° 2 : interruption volontaire de grossesse médicamenteuse par la sage-femme.
- **Orientation n° 3 : les patients en situation de vulnérabilité : repérage, accompagnement et orientation des femmes, des enfants et des couples (précarité sociale, addictions, troubles psychiques, violences, antécédents médicaux, maladie et handicap).**
- Orientation n° 4 : handicap et deuil périnatal dans la pratique de la sage-femme.
- Orientation n° 5 : diagnostic anténatal dans la pratique de la sage-femme, y compris l'échographie.
- Orientation n° 6 : douleurs de la grossesse et de la parturition : prise en charge pharmacologique et non pharmacologique.
- Orientation n° 7 : éducation et rééducation dans le cadre de la prise en charge des troubles pelvi-périnéaux de la femme.
- Orientation n° 8 : accompagnement de l'allaitement maternel. »

Tout organisme privé ou public remplissant certains critères peut, en tant que formateur, déposer un programme de DPC auprès de l'ANDPC. Les professionnel.le.s libéraux et les salarié.e.s des centres de santé choisissent alors librement leur programme de DPC dans cette liste.

L'ANDPC prend en charge les frais pédagogiques facturés par les organismes, dans la limite d'un forfait défini par profession, et indemnise les participant.e.s pour leur manque à gagner professionnel. Les salarié.e.s exerçant hors centre de santé voient leur DPC financé par leur employeur.se, tenu.e de prendre les dispositions permettant aux professionnel.le.s de respecter leur obligation de DPC.

La formation continue des professionnel.le.s de santé présente des limites

Le montant de l'indemnisation : le nombre de jours de formation indemnisés a été réduit de 10 jours à 3 jours. L'ANDPC a en effet fixé un plafond de prise en charge pour l'année 2017 de 21 heures par praticien.ne pour des actions de DPC à raison d'une indemnisation de 45 euros par heure pour les médecins[220] et de 37,85 euros pour les sages-femmes[221]. Trois jours de formation semblent largement en deçà des besoins de formation évoqués précédemment, notamment en matière de bientraitance, de respect du consentement, de la prise en compte des violences sexistes et sexuelles et du respect des bonnes pratiques médicales.

La tarification à l'acte : comme rappelé lors de son audition par la ministre Agnès BUZYN, la tarification à l'acte des médecins libéraux.ales ne les incite pas à se former. La ministre a indiqué travailler actuellement sur de nouvelles formes de tarification, plus adaptées aux « *parcours des patients, à la qualité de ces parcours, aux services de santé publique rendus ou encore à d'autres enjeux afin qu'elles [les tarifications] puissent porter des thèmes prioritaires* »[222].

Un catalogue de formation sans réelles priorités : l'offre et les choix de formation continue semblent, malgré les priorités affichées dans l'arrêté en vigueur, relativement libres et peu adaptés aux besoins identifiés[223]. La réforme annoncée par la ministre de la Santé pourrait prévoir des axes prioritaires. Le HCE recommande que les questions de bientraitance et de respect du consentement et les violences sexistes et sexuelles soient intégrées dans ces priorités.

Bonne pratique - Des diplômes universitaires spécialisés sur les violences sexistes et sexuelles

Des initiatives existent pour former les soignant.e.s au repérage des violences et à l'accompagnement des victimes. Pour n'en citer que deux :

- Le **diplôme d'Université « Violences faites aux femmes » à l'Université Paris 8**, en partenariat avec l'Observatoire des violences envers les femmes du département de Seine-Saint-Denis, se déroule de mars 2018 à février 2019, deux jours par mois. Ce diplôme a vocation à répondre aux attentes et aux besoins de tou.te.s les professionnel.le.s amené.e.s à identifier, signaler et traiter des situations de violences. Il est coordonné par Ernestine RONAI, responsable de l'Observatoire des violences envers les femmes du Conseil Départemental de Seine Saint Denis et Edouard DURAND, juge des enfants, tou.te.s deux co-président.e.s de la Commission « Violences de genre » du HCE.
- Le **diplôme Inter Universitaire Grenoble, Montpellier et Paris Descartes : « Prise en charge des violences faites aux femmes vers la bientraitance »** : 71 heures d'enseignement en présentiel réparties entre Paris, Grenoble et Montpellier et 35 heures d'enseignement en ligne. Ce DIU est piloté par des gynécologues-obstétricien.ne.s mais s'adresse à tout type de professionnel.le.s de santé.

Ses objectifs : connaître les différentes types de maltraitance ; aborder les maltraitances lors de la consultation ; dépister les situations à risque et pressentir les maltraitances qui ne se disent pas ; connaître les prises en charge (physique, psychique, juridique et sociale) ; travailler en interdisciplinarité ; orienter et construire un parcours de soin centré sur la patiente. Selon Perrine MILLET, gynécologue-obstétricienne à l'origine de ce cursus, le nombre restreint de journées de formation indemnisées est un véritable frein à la participation des soignant.e.s.

220- https://www.mondpc.fr/public/medias/mondpc/pdf/FORFAITS/FORFAITS2018_medecin.jpg
221- https://www.mondpc.fr/public/medias/mondpc/pdf/FORFAITS/FORFAITS2018_sagesfemmes.jpg
222- Audition d'Agnès BUZYN, 12 avril 2018
223- Audition d'Agnès BUZYN, 12 avril 2018

Les dernières données de la science en matière gynécologique et obstétricale

Le 20 mai 1936, la Cour de Cassation rend un arrêt dit « Arrêt Mercier », dans lequel il estime qu'un contrat médical se lie entre le.la médecin et son.sa patient.e. De ce contrat découle des obligations, dont celle pour le.la soignant.e de prodiguer des « *soins attentifs, consciencieux et conformes aux données acquises de la science* »[224].

L'article 32 du Code de déontologie médicale (art. R4127-32 du CSP) rappelle également que la pratique médicale s'exerce dans le respect des recommandations scientifiques :

> « *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.* »
>
> Code de déontologie médicale, art.32

Cette nécessité de pratiquer la médecine en se formant continuellement sur les nouvelles avancées médicales est reprise par le concept développé au Canada dès les années 80 *d'Evidence-Based Medicine* (Médecine Factuelle). *L'Evidence-Based Medicine* est une approche qui s'efforce de fonder les décisions cliniques sur les données actuelles les plus probantes de la recherche médicale[225].

Il apparait néanmoins, concernant les pratiques gynécologiques et obstétricales, que des décalages perdurent entre les recommandations de santé publique basées sur les dernières données de la science et les pratiques : frottis pratiqués avant 25 ans sur des jeunes femmes en parfaite santé, refus de pose d'un dispositif intra-utérin sur des femmes nullipares, pratique de l'épisiotomie et de la césarienne plus fréquentes que ne le recommande l'Organisation Mondiale de la Santé, persistance de l'expression abdominale, etc.

Il convient donc de renforcer de manière transversale cette approche de la médecine fondée sur les dernières données de la science en formation initiale et continue, et de permettre aux professionnel.le.s de santé de mettre à jour leurs pratiques régulièrement.

RECOMMANDATION 8 : Renforcer la formation initiale et continue des professions médicales et paramédicales pour prévenir les actes sexistes :

- rendre obligatoires et généraliser des modules sur les questions de bientraitance et de respect du consentement et sur les violences sexistes et sexuelles notamment à l'occasion de la réforme de la formation initiale des professions médicales ;
- intégrer ces thématiques dans les priorités de formations continues.

224- Arrêt Mercier, Civ., 20 mai 1936, DP 1936, 1, p. 88

225- DELVENNE Catherine, PASLEAU Françoise, Comment résoudre en pratique un problème diagnostique ou thérapeutique en suivant une démarche EBM?, Revue Médicale de Liège, 2000

SECTION 3 :
Définir des normes pour promouvoir un suivi gynécologique et obstétrical respectueux et bientraitant

A. Rendre explicite dans le droit l'interdit des actes sexistes dans la relation de soin

Au-delà des normes qui s'appliquent à tou.te.s, telles que les normes définies par la Constitution (alinéa 11 du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 : « *Elle [la Nation] garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé […]* ») et les codes en vigueur (en premier lieu ici le Code pénal), celles qui concernent spécifiquement les professionnel.le.s de santé font l'objet de textes dédiés :

- **Pour les médecins**, c'est le Code de déontologie médicale qui rassemble et codifie l'ensemble de leurs droits et devoirs professionnels. Ces dispositions figurent dans le Code de Santé Publique sous les numéros R.4127-1 à R.4123-112.

Etabli pour la première fois en 1941 sous l'intitulé « *Code de déontologie et statuts de la profession médicale* », le Code de déontologie médicale a été successivement modifié par décrets en 1947, 1955, 1979, 1995 et 2012.

Le Code de déontologie sert de référence aux instances juridictionnelles du Conseil de l'Ordre des médecins, chargées du respect de ces dispositions, et s'impose à tou.te.s les médecins. Les infractions au code sont passibles de sanctions disciplinaires.

L'Ordre national des médecins est chargé d'élaborer le texte, ensuite soumis à l'administration, au Conseil d'État et finalement au Gouvernement. Il est ratifié sous forme de décret par le conseil d'État et l'ensemble de ses dispositions sont intégrées au code de la santé publique.

Chaque article du Code est accompagné de commentaires, rédigés par la section « *Éthique et déontologie* » du Conseil national de l'Ordre des médecins et validés en session plénière, pour aider les médecins à intégrer ces principes dans leur pratique quotidienne.

- **Les sages-femmes** disposent également d'un code de déontologie depuis 1949. Il a été successivement modifié au fil des évolutions qui ont marqué la profession de sage-femme. Les infractions aux règles édictées dans le code sont, tout comme pour le code de déontologie médical, passibles de sanctions disciplinaires.
- Il existe également des codes de déontologie pour les professions d'infirmier.e.s, de pharmacien.ne.s ou de kinésithérapeutes.

Le Haut Conseil s'est attaché à analyser plus particulièrement les dispositions s'appliquant aux médecins et deux manques ont été identifiés :

- L'absence de reconnaissance du critère du sexe comme motif potentiel de discrimination, comme c'est le cas dans le Code pénal ou le Code du travail – et donc *a fortiori*, l'absence de l'interdit de telles discriminations ;
- La nécessité d'interdire aux médecins d'utiliser le caractère asymétrique de la relation médicale pour initier toute relation sexuelle avec leurs patient.e.s, dans le cadre de la relation de soins.

1. Introduire le critère du sexe dans l'article 7, relatif à la non-discrimination, du Code de déontologie médicale

Parmi les « *devoirs généraux des médecins* » listés dans le premier Titre du Code, l'article 7 intitulé « *Non-discrimination* » concerne les fonctions du.de la médecin — « *écouter, examiner, conseiller ou soigner* » - qui doivent être pratiquées sans discrimination :

> *« Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard.*
>
> *Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances.*
>
> *Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée. »*
>
> Article 7 (article R.4127-7 du code de la santé publique)

Au vu du caractère sexiste des faits précédemment mentionnés, il semble nécessaire d'inscrire le critère du sexe dans cet article relatif à la non-discrimination, au même titre que les autres critères déjà mentionnés.

Prise en compte du sexisme : un retard constant par rapport à d'autres types de critères, une prise de conscience récente

Le retard dans la reconnaissance du sexe comme facteur de discrimination dans les textes législatifs, par rapport à d'autres critères tels que l'origine par exemple, est une constante dans la construction de notre droit :

- La loi du 11 juillet 1975 inscrit l'infraction de discrimination en raison du sexe dans le Code Pénal, trois ans après la loi du 1 juillet 1972 relative à la lutte contre le racisme (dite Loi Pléven).
- Il faut par ailleurs attendre 2004 pour que, d'une part, la provocation à la haine, à la violence, à la discrimination et, d'autre part, l'injure ou la diffamation commises spécifiquement « *en raison du sexe* » soient reconnues par le droit, et 2014 pour que les délais de prescription en la matière soient alignés sur ceux prévus pour l'ethnie, la nation, la race ou la religion.
- Plus récemment, sous l'effet conjugué de l'abaissement du seuil de tolérance aux violences sexistes et à la mobilisation des pouvoirs publics, le sexisme a été inscrit :
  - dans le code du travail : la loi du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi — dite loi Rebsamen — introduit la notion d'agissement sexiste (article L. 1142–2–1) : « *Nul ne doit subir d'agissement sexiste, défini comme tout agissement lié au sexe d'une personne, ayant pour objet ou pour effet de porter atteinte à sa dignité ou de créer un environnement intimidant, hostile, dégradant, humiliant ou offensant.* »
  - comme circonstance aggravante générale pour tous les crimes et délits : La loi relative à l'égalité et la citoyenneté du 27 janvier 2017 a généralisé la circonstance aggravante de « *sexe* » à l'ensemble des crimes et délits : « *Lorsqu'un crime ou un délit est précédé, accompagné ou suivi de propos, écrits, images, objets ou actes de toute nature qui portent atteinte à l'honneur ou à la considération de la victime ou d'un groupe de personnes dont fait partie la victime à raison de son sexe, son orientation sexuelle ou identité de genre vraie ou supposée » (art 171).*
- Enfin, l'article 4 du Projet de loi renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes, actuellement examiné par le Parlement, prévoit la création d'un délit d'outrage sexiste : « *Constitue un outrage sexiste le fait […] d'imposer à une personne tout propos ou 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.* »

Pour que l'ensemble des discriminations soient reconnues et interdites avec la même force au sein du Code de déontologie médicale, le HCE recommande d'introduire la mention « *leur sexe, leur orientation sexuelle ou identité de genre* » [226] parmi les motifs listés à l'article 7 relatif à la non-discrimination :

RECOMMANDATION 9 : Ajouter « leur sexe, identité de genre ou orientation sexuelle » à l'article 7 du Code de déontologie médicale (article R.4127-7 du CSP) :

« *Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient* ***leur sexe, leur orientation sexuelle ou identité de genre,*** *leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée.* »

2. Inscrire dans le Code de déontologie médicale l'interdiction, pour les médecins, d'utiliser le caractère asymétrique de la relation médicale pour initier toute relation sexuelle avec leurs patient.e.s

Comme mentionné précédemment et comme le constate l'Ordre des médecins, les consultations gynécologiques et obstétricales peuvent comporter un caractère intime, pouvant être perçu comme sexuel, du fait du contexte, des actes pratiqués et des sujets évoqués lors de la consultation.

Le Code de déontologie médicale ne comporte pourtant aucune mention spécifique relative aux relations sexuelles entre médecins et patient.e.s.

Le Serment d'Hippocrate — considéré comme le texte fondateur de la déontologie médicale — comportait initialement une mention visant à prévenir toute relation sexuelle entre les médecins et les patient.e.s :

> « *Dans quelque maison que j'entre, j'y entrerai pour l'utilité des malades, me préservant de tout méfait volontaire et corrupteur, et surtout de la séduction des femmes et des garçons, libres ou esclaves.* »
>
> Traduction par Émile Littré (1819-1861)

Cet interdit a disparu dans la nouvelle version du Serment d'Hippocrate aujourd'hui diffusé par le Conseil de l'Ordre national des médecins[227], dont la portée est avant tout symbolique puisqu'il relève plus du « *rite de passage* » lorsque les étudiant.e.s soutiennent leur thèse pour l'obtention du diplôme de médecin.

226 Selon la formulation inscrite ces dernières décennies dans la loi, notamment la loi du 29 juillet 1881 sur la liberté de la presse ou dans la loi du 27 mai 2008 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de la lutte contre les discriminations

227- https://www.conseil-national.medecin.fr/le-serment-d-hippocrate-1311

Notons que le Code de déontologie, dans son article 2 relatif au « *Respect de la vie et de la dignité de la personne* » comporte, en annexe des commentaires de l'Ordre, une liste intitulée « *INCONDUITE à caractère sexuel - 10 conseils pour s'en préserver* » :

1. « Ne pas abuser de l'ascendant de la fonction de médecin notamment sur des patients vulnérables, du fait de leur état pathologique ou de leur situation, pour transformer la relation médicale en relation sexualisée.
2. Toujours, par une attitude de réserve consciente et de bonne tenue, sans familiarité déplacée, respecter la personne humaine et sa dignité.
3. Réserver le cabinet médical uniquement à la pratique médicale (prévention, soins, investigations para-cliniques, expertise).
4. Expliquer toujours le déroulement de l'examen au patient, en préciser le pourquoi et le comment, puis en recueillir le consentement.
5. Assurer l'intimité du déshabillage (box…).
6. Envisager l'opportunité, en accord avec le patient, de la nécessité de la présence d'un tiers (proche du patient, étudiant, autre collaborateur tenu au secret professionnel).
7. S'abstenir d'un comportement ambigu (palpation, commentaires…) et d'un jeu conscient de séduction.
8. Détecter les personnes à risques comme les séducteurs et érotomanes, clarifier la situation avec les patients et si nécessaire appliquer les dispositions de l'article 47 du Code de Déontologie Médicale qui permet "au médecin, hors le cas d'urgence et le respect de ses devoirs d'humanité, de refuser ses soins".
9. Analyser la situation en étant à l'écoute de ses émotions pour les canaliser entre ce qui peut ou ne peut pas, être vécu.
10. S'interroger sur ses actes, ses attitudes et, en cas de situation difficile, identifier la personne ressource comme un confrère, avec laquelle on peut, en confiance, en parler et bénéficier de l'écoute et de conseils, pour clarifier la situation. »

Les plaintes déposées auprès du Conseil national de l'Ordre des médecins concernent, pour une part non négligeable, des faits relevant d'agressions sexuelles de la part de médecins sur leurs patientes. **En 2016, le motif de « *comportement avec le patient à connotation sexuelle* » concerne 3,7% des décisions en appel rendues au niveau national et 3,4% des décisions rendues au niveau régional[228].**

Chiffres-clés

3,4% des plaintes déposées auprès des instances disciplinaires de l'Ordre des médecins en 2016 concernent des agressions sexuelles et des viols.

Source : CNOM

À la suite des révélations survenues autour de l' « *Affaire WEINSTEIN* » et des nombreux témoignages rendus visibles par le *hashtag* #MeToo, le Conseil national de l'Ordre des médecins a d'ailleurs publié un communiqué le 21 novembre 2017[229] affirmant, en introduction, que « *si le harcèlement et les abus sexuels dans le milieu médical ne sont pas une généralité, l'Ordre ne nie en aucun cas leur existence.* »

L'Ordre des médecins y précise :

> « *La relation médicale, entre un médecin et un patient, doit être sous-tendue par des comportements de confiance, de respect et d'empathie. Elle est aussi caractérisée par* ***l'asymétrie entre le médecin consulté pour ses connaissances médicales et le patient qui***

228- Ces décisions seront analysées plus précisément dans la Section 4 relative aux signalements des actes sexistes
229- https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_communication_harcelement.pdf

éprouve la maladie. Cette asymétrie est d'autant plus grande que le patient est vulnérable soit en raison de son âge, de sa personnalité et de la gravité ressentie ou avérée de son état de santé.

Le médecin doit toujours avoir cette asymétrie à l'esprit et chercher à la corriger par les informations qu'il délivre et la recherche du consentement éclairé de la personne qu'il prend en charge, en référence au principe d'autonomie du patient, pour lui redonner sa part d'initiative.

En aucun cas, du fait de sa situation médicale ou sociale, le médecin ne doit abuser de l'ascendant naturel que lui confère son savoir. »

Dans un rapport du Conseil National de l'Ordre des médecins précédemment cité, paru en 2000, et intitulé « *Pratique médicale et sexualité* », l'Ordre recommandait en outre :

« […] *d'éviter même une relation intime avec un ancien malade sur lequel le médecin dispose d'indications anciennes d'ordre professionnel (cependant une authentique relation amoureuse peut émerger entre un soignant et un soigné : le soigné doit alors être pris en charge par un autre soignant*) »[230]

Opération Serment Hippocrate

Le 28 mars 2017, une pétition -— lancée par trois victimes et soutenue par 16 personnalités du monde médical et féministe et baptisée « *Opération Serment Hippocrate* »[231] — défend l'ajout dans le Code de déontologie médicale de l'interdiction, pour la.le médecin, « *de toute relation sexuelle avec les patient.e.s dont elle.il a la charge* ».

L'une des victimes à l'origine de la pétition témoigne : « *Certains médecins reconnaissent que ces "relations" patients/médecins sont la plupart du temps destructrices mais trouvent "liberticide" de légiférer ainsi "au cas où de vraies belles histoires puissent naître"… Nous croyons que c'est un faux problème puisqu'une vraie belle histoire d'amour ne donnera pas lieu à une plainte. On ne peut pas mettre de côté les femmes abusées au nom de "potentielles belles histoires".* »[232]

La Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins estime régulièrement qu'une relation sexuelle entre un.e soignant.e et son.sa patient.e est contraire au code de la santé publique dans ses dispositions R.4127-2, R.4127-3, R.4127-7 et R.4127-31. Ce raisonnement figure dans la décision n° 12445 du 12 janvier 2016 de la Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins. La chambre estime dans cette décision qu'un médecin « *dispose nécessairement d'un ascendant sur ses patients* », qu'il doit « *s'interdire à l'égard de ses patients toutes relations intimes* » et enfin, que si de telles relations viennent à s'instaurer, le médecin doit « *orienter son patient vers un autre praticien* »[233].

230- HOERNI Bernard, Pratique médicale et sexualité, rapport adopté lors de la session du CNOM, décembre 2000

231- http://www.atoute.org/n/article366.html

232- Cheek magazine, « Opération serment d'Hippocrate » : abusées sexuellement par leur médecin, elles prennent la parole, 27 mars 2018.

233- Décision 12445 du 12 janvier 2016 de la chambre disciplinaire nationale de l'ordre des médecins http://www.jurisprudence.ordre.medecin.fr/FicheDetailConsultation.do?ficId=18864&isFromRecherche=listeResultats

À l'étranger

Au Québec : une disposition explicitement prévue dans le Code de déontologie des médecins

« *Le médecin doit s'abstenir d'abuser de la relation professionnelle établie avec la personne à qui il fournit des services.*

Plus particulièrement, le médecin doit s'abstenir, pendant la durée de la relation professionnelle qui s'établit avec la personne à qui il fournit des services, d'abuser de cette relation pour avoir avec elle des relations sexuelles, de poser des gestes abusifs à caractère sexuel ou de tenir des propos abusifs à caractère sexuel.

La durée de la relation professionnelle s'établit en tenant compte notamment de la nature de la pathologie, de la nature des services professionnels rendus et de leur durée, de la vulnérabilité de la personne et de la probabilité d'avoir à rendre à nouveau des services professionnels à cette personne. »

Article 22 du Code de déontologie des médecins, Québec[234]

Afin de lever toute ambiguïté sur le caractère intime voire sexuel que peut revêtir une consultation médicale — et *a fortiori* lors du suivi gynécologique et obstétrical, le Haut Conseil à l'Égalité recommande l'ajout, par décret, d'un article spécifique au sein du Code de déontologie médicale.

Il ne s'agit pas, ici, d'évoquer les relations sexuelles pré-existantes à la relation de soin, mais bien de celles qui sont initiées dans le cadre du soin par un médecin qui utiliserait le caractère de la relation médicale.

Cette disposition concerne la déontologie de la profession médicale et vient compléter les dispositions pénales existantes relatives aux violences sexuelles (harcèlement sexuel, agression sexuelle ou viol) qui définissent déjà « *l'abus d'autorité que lui confère sa fonction* » comme une circonstance aggravante.

RECOMMANDATION 10 : Introduire dans le Code de déontologie médicale l'interdiction pour les médecins d'utiliser le caractère asymétrique de la relation médicale pour initier toute relation sexuelle avec leurs patient.e.s, dans le cadre de la relation de soins.

Il serait intéressant d'étudier les autres codes de déontologie et, si besoin, d'envisager l'introduction d'une disposition semblable.

234- Site internet du Collège des médecins du Québec : http://www.cmq.org/publications-pdf/p-6-2015-01-07-fr-code-de-deontologie-des-medecins.pdf?t=1523383959143

B. Préciser et faire appliquer les recommandations de bonnes pratiques

Les recherches et les auditions préparatoires à l'élaboration de ce rapport ont permis de mettre en lumière :

- des manques dans les recommandations de bonnes pratiques existantes ;
- des écarts entre les recommandations et les pratiques.

Les recommandations de bonnes pratiques existantes émanent principalement de :

- **l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)** : l'OMS est une institution spécialisée de l'Organisation des Nations unies (ONU) pour la santé publique créée en 1948. Parmi ses missions, l'OMS a celle de fixer des normes et des critères, et de promouvoir et suivre leur mise en œuvre. Les normes et recommandations de l'OMS ne sont pas contraignantes pour les États.
- **la Haute Autorité de Santé (HAS)** : la HAS est une autorité publique indépendante à caractère scientifique, créée par la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie. Depuis le 1er avril 2018, son périmètre a été élargi aux champs social et médico-social avec l'intégration de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm). La HAS envisage ainsi la santé dans sa globalité. Au-delà de l'évaluation **des** produits de santé, de la **mesure et de l'amélioration de** la qualité des soins, la HAS a pour mission de proposer des recommandations aux professionnel.le.s de santé. L'objectif est d'informer les professionnel.le.s de santé et les patient.e.s et usager.e.s du système de santé sur l'état de l'art et les données acquises par la science afin d'améliorer la prise en charge et la qualité des soins.

  Nous nous attacherons notamment à rappeler les recommandations de bonnes pratiques (RBP) et les « fiches-mémo », outils à destination des professionnel.le.s pour expliquer ou rappeler les recommandations déjà émises.
- **du Conseil national des gynécologues et obstétriciens de France (CNGOF)**[235] : le CNGOF est une société savante créée en 1970. Le Conseil émet des recommandations pour la pratique clinique à destination de la profession.

235- www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique

1. Suivi gynécologique : définir des bonnes pratiques

a. Recommandations existantes

Des recommandations existent concernant le suivi gynécologique. Parmi les textes de référence on peut citer :

- Haute Autorité de Santé, « **Recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France** », juillet 2010[236]

  Cette recommandation préconise de **réaliser un frottis à partir de 25 ans (2 frottis à 1 an d'intervalle puis tous les 3 ans si les frottis précédents sont normaux)**. Néanmoins, la HAS note une « *couverture sous-optimale avec plus de 50% des femmes pas ou trop peu souvent dépistées, et environ 40% des femmes dépistées trop fréquemment* ». *In fine*, « *seulement 10% des femmes bénéficient d'un dépistage dans l'intervalle recommandé.* »[237]

- Haute Autorité de Santé et Collège national des gynécologues français (CNGOF), « Recommandation de bonne pratique, prise en charge de l'endométriose » décembre 2017[238]

  Ces recommandations, élaborées conjointement entre la HAS et le CNGOF visent à actualiser celles du CNGOF de 2006.

- Haute Autorité de Santé, Fiche Mémo, « Contraception : prescriptions et conseils aux femmes », juillet 2013 mis à jour en janvier 2015[239].

  Cette recommandation préconise que la consultation dédiée à la **première contraception** puisse permettre : d'évaluer les attentes et besoins de la personne, ses connaissances et ses habitudes de vie ; de fournir une information individualisée, claire et hiérarchisée sur les méthodes disponibles (y compris la stérilisation) et adaptées à la personne demandeuse et s'assurer de la compréhension de ces informations ; de conseiller et/ou prescrire la méthode choisie par la personne, la plus adaptée pour elle en fonction de ses préférences, de son état de santé, du rapport bénéfices/risques des différentes méthodes, et de la possibilité pour elle d'adhérer à la méthode en fonction de sa situation et de ses habitudes de vie.

Depuis **2004, la HAS préconise que le Dispositif Intra Utérin (DIU) soit proposé à toutes les femmes, nullipares comprises**. Pourtant, seules 1,3% des femmes de 15 à 49 ans sans enfant utilisent un stérilet[240] : ce faible recours au DIU chez les nullipares s'explique par les représentations des femmes[241], mais aussi des professionnel.le.s de santé eux-mêmes qui sont, pour certain.e.s, toujours porteur.euse.s de la croyance infondée que la pose d'un DIU pourrait empêcher toute grossesse ultérieure.

Le CNGOF élabore également régulièrement des « *recommandations pour la pratique clinique* », s'adressant principalement aux gynécologues-obstétricien.ne.s[242].

236- https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/fiche_de_synthese_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf

237- Haute Autorité de Santé, Recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France, juillet 2010

238- https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-01/prise_en_charge_de_lendometriose_-_recommandations.pdf

239- https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraception_prescription-conseil-femmes-060215.pdf

240- Enquête INED/INSERM, 2012

241- 54% des femmes interrogées en 2010 pour l'enquête INED/Inserm considèrent que la pose d'un DIU n'est pas indiquée chez les nullipares.

242- http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique

b. Manques identifiés

À partir des auditions réalisées et des échanges avec la Haute Autorité de Santé, le HCE identifie trois sujets prioritaires qui pourraient faire l'objet de futures recommandations :

- le suivi gynécologique dit « de routine » ;
- les injonctions sexistes ;
- la première consultation gynécologique.

Le suivi gynécologique dit « de routine »

Il n'existe pas de recommandation spécifique de la Haute Autorité de Santé, adressée à l'ensemble des professionnel.le.s qui pratiquent des consultations gynécologiques, qui aborde à la fois le respect de l'intimité des femmes, (notamment *via* la mise à disposition d'une tenue d'examen), le libre choix dans la position de l'examen, le consentement à l'examen vaginal et à la palpation mammaire.

N'y aurait-il qu'une seule position pour l'examen gynécologique ?

Au Québec : une disposition explicitement prévue dans le Code de déontologie des médecins

De nombreuses études attestent du fait que la position d'examen constitue l'un des freins à la consultation gynécologique mentionnés par les patientes[243]. L'examen vaginal se pratique le plus souvent en « *décubitus dorsal* » : les pieds de la patiente dans des étriers et le périnée installé au bord de la table d'examen, le ou la soignant.e se tenant entre les jambes de la patiente.

D'autres positions existent ; la position en décubitus latéral — le corps allongé à l'horizontal — dans le cadre de l'examen gynécologique a été particulièrement popularisée par le roman de Martin WINCKLER *Le chœur des femmes* paru en 2009 et vendu dans le monde entier.

Selon Armelle GRANGE CABANE qui y a consacré sa thèse pour l'obtention du diplôme d'État de docteure en médecine, « *contrairement aux autres positions d'examen, le décubitus latéral n'a fait l'objet d'aucune publication — aussi bien anglophone que francophone — sur son utilisation pour l'examen gynécologique ou sur son accueil par les patientes* »[244].

Elle a pourtant pu constater, à partir d'une étude menée entre 2013 et 2014 auprès de patientes ayant bénéficié d'un examen gynécologique en décubitus latéral par un.e professionnel.le ayant été formé.e à la pratique, que :

- 62% des patientes estiment que l'examen en décubitus latéral est moins douloureux que l'examen « classique » ;
- 73% des patientes estiment que l'examen en décubitus latéral est moins anxiogène que l'examen « classique » ;
- 68% estiment que l'examen en décubitus latéral est plus « confortable » que l'examen « classique » ;
- 87% qu'il est plus respectueux de leur intimité.

Enfin, 91% des patientes pensent demander à être examinées en décubitus latéral lors du prochain examen et 96% souhaitent le faire connaitre à une amie.

243- LARSEN M. Not so bad after all..., Women's experiences of pelvic examinations., 1997, pp 148-152

244- GRANGE CABANE Armelle, Le décubitus latéral : perspectives pour l'examen gynécologique du point de vue des patientes. Médecine humaine et pathologie, 2015, p.8

Les injonctions sexistes

Les consultations gynécologiques véhiculent des normes et des représentations de la sexualité des femmes qui contribuent à la reproduction des inégalités. La sociologue Laurence GUYARD, qui a mené une enquête sociologique pendant 5 ans lors de consultations gynécologiques, estime que :

> « *La sexualité prônée reste en effet profondément hétéro-normée, reproductive et conjugale, marquée par le primat du désir et du plaisir masculin.* »[245]

Parce qu'elles influencent la pratique clinique et parce que les consultations gynécologiques concernent uniquement des femmes, il pourrait être intéressant que la HAS émette des recommandations pour prévenir toute injonction sexiste, tant sur la vie sexuelle des femmes que sur leur volonté d'avoir un enfant.

Les témoignages cités précédemment montrent en effet que les propos porteurs de jugement sexiste durant les consultations gynécologiques dissuadent certaines femmes de consulter régulièrement ou en toute confiance.

La première consultation gynécologique

La HAS n'a pas publié à ce jour de recommandation de bonnes pratiques concernant la première consultation gynécologique au-delà de la première contraception. Les auditions attestent pourtant d'un véritable besoin en la matière, tant la première consultation marque le rapport qu'auront les femmes à leur suivi gynécologique.

Lors de l'audition de Mme Dominique LE GULUDEC, Présidente du Collège de la Haute Autorité de Santé et de Mme Catherine GRENIER, Directrice de l'Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de la Haute Autorité de Santé[246], les membres de la Commission « *Santé, droits sexuels et reproductifs* » du HCE ont d'ailleurs suggéré à la HAS d'inscrire cette thématique à leur programme de travail.

Enfin, de manière transversale aux consultations gynécologiques et au suivi obstétrical, le HCE note l'absence de recommandation relative à l'accompagnement des femmes en situation de handicap, des femmes lesbiennes ou primo-arrivantes ; ce manque a été régulièrement relevé lors des auditions réalisées par la commission.

RECOMMANDATION 11 : Élaborer et diffuser une recommandation globale de bonnes pratiques relatives au suivi gynécologique, notamment concernant la première consultation, qui intègre les spécificités rencontrées par les femmes handicapées, lesbiennes et primo-arrivantes.

245- GUYARD Laurence, Sexualité féminine et consultation gynécologique : la part évincée du plaisir, Nouvelles Questions Féministes, 2010/3 (Vol. 29), p.45

246- Audition par le HCE, 26 avril 2018

2. Grossesse et accouchement : s'assurer de la mise en œuvre des recommandations existantes

En comparaison avec le suivi gynécologique, les recommandations concernant le suivi obstétrical sont plus nombreuses et plus précises quant aux bonnes pratiques à appliquer, et aux pratiques à éviter.

Le HCE note que les publications récentes, tant de l'OMS que de la HAS, valorisent une approche moins médicalisée de l'accouchement « *physiologique* » ou qualifié de « *normal* » et en rappelle les grands principes.

Néanmoins, comme en attestent les enquêtes nationales périnatalité, les remontées des associations et les auditions, des écarts perdurent entre ces recommandations et les pratiques. Par conséquent, il convient de mieux les diffuser et d'évaluer plus régulièrement leur mise en œuvre.

a. Les recommandations récentes prennent mieux en compte le vécu des femmes et la volonté d'un accouchement moins médicalisé

> « *Ces deux dernières décennies ont vu croître substantiellement l'application d'une variété de pratiques d'accouchement visant à initier, accélérer, achever, réguler ou contrôler le processus physiologique de l'accouchement, dans l'objectif d'améliorer les résultats pour les femmes et leurs enfants. Cette médicalisation croissante des processus d'accouchement a tendance à amoindrir la propre capacité de la femme à donner naissance ainsi qu'à produire des effets négatifs sur son expérience d'accouchement.* »[247]

Organisation mondiale de la santé, 2018

Des recommandations récentes qui encouragent une prise en charge moins médicalisées de l'accouchement

Les recommandations incitant à développer une prise en charge moins médicalisée de l'accouchement répondent à une volonté des femmes de se réapproprier leur expérience de l'accouchement et d'être actrice de cette étape importante de leur vie. Elles sont relayées par l'OMS mais également, en France, par la HAS.

L'OMS préconise un accouchement moins médicalisé

La sous-directrice générale de l'OMS, Dre Princess NOTHEMBA SIMELELA indique :

> « *Nous voulons que les femmes accouchent dans un environnement sûr, avec l'assistance de personnel qualifié, dans des établissements bien équipés. Néanmoins, la médicalisation croissante des processus d'accouchements normaux diminue les capacités propres des femmes à accoucher et influe négativement sur leur expérience de l'accouchement. […] Si le travail progresse normalement et si la femme et l'enfant se portent bien, ils n'ont pas besoin d'interventions supplémentaires pour accélérer le travail.* »

Communiqué de presse de l'Organisation mondiale de la santé, 15 février 2018

Cette volonté se traduit notamment dans le texte de référence suivant :

Organisation Mondiale de la Santé, « Recommandation sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement - Transformer le soin des femmes et des nourrissons pour améliorer leur santé et leur bien-être », février 2018[248]

247- OMS, Recommandation sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement - Transformer le soin des femmes et des nourrissons pour améliorer leur santé et leur bien-être, février 2018

248- http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272434/WHO-RHR-18.12-fre.pdf?ua=1

Dans cette recommandation, l'OMS donne une définition de l'« expérience positive de l'accouchement » :

« Expérience positive de l'accouchement » - définition de l'OMS :

« Expérience qui remplit ou dépasse les attentes et croyances sociales, culturelles et personnelles existantes d'une femme, ce qui inclut l'accouchement d'un enfant en bonne santé dans un environnement clinique et psychologique sûr avec le soutien pratique et émotionnel continu d'un ou de plusieurs compagnons d'accouchement et de personnel clinique bienveillant et compétent sur le plan technique.

Il est basé sur le postulat que la plupart des femmes désirent un accouchement et une naissance physiologiques, ainsi qu'un sentiment de réalisation personnelle et de contrôle avec la participation à la prise de décision, même lorsque des interventions médicales sont nécessaires ou souhaitées. »

OMS, 2018

La HAS définit « l'accouchement normal »

À l'image des dernières recommandations et prises de position de l'OMS relatives à l'accouchement, le HCE note que les récentes recommandations formulées au niveau national répondent à *« la demande croissante d'une prise en charge moins médicalisée de l'accouchement et plus respectueuse de la physiologie de la naissance, en particulier dans les situations de bas risque obstétrical. »*[249]

Accouchement normal - définition de l'HAS - 2017

« Un accouchement normal débute de façon spontanée et ne s'accompagne que de faibles risques identifiés au début du travail.

Cette situation (quant aux risques évalués en continu) perdure tout au long du travail et de l'accouchement. L'enfant naît spontanément en position du sommet entre 37 et 42 semaines d'aménorrhée.

L'accouchement normal est confirmé par la normalité des paramètres vitaux de l'enfant et des suites de couches immédiates pour la mère.

Il permet la mise en place dans un climat serein d'un certain nombre d'attentions favorisant le bien-être maternel et familial et l'attachement parents/enfant.

Les modalités de prise en charge de l'accouchement normal respectent le rythme et la physiologie du travail et de l'accouchement. »

Cette volonté se traduit notamment dans le texte de référence suivant :

- Haute Autorité de Santé, « Recommandation de bonne pratique, Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales », décembre 2017[250]
- Haute Autorité de Santé, « Maisons de naissance - Cahier des charges de l'expérimentation», Septembre 2014[251]

Ces recommandations concernent l'accouchement « normal » et l'accompagnement physiologique de l'accouchement en France qui représentent 70% des accouchements.[252]

249 HAS, Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales, 2017, p.6
250- https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-01/fs_accouchement_v3.pdf
251- https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/cahier_charges_maisons_naissance_230914.pdf
252- CNGOF, Le suivi, l'accompagnement et la prise en charge de l'accouchement physiologique, 2012, p.2

Chiffres-clés

En France, en 2016, les accouchements physiologiques représentent **70%** des accouchements.

Les recommandations de la HAS relatives à « *l'accouchement normal* » et l'accompagnement physiologique de la naissance concernent :

- la bientraitance et les droits des patientes ;
- l'information des femmes ;
- l'admission ;
- les trois stades du travail ;
- l'accueil du nouveau-né.

Selon la HAS, les modalités de prise en charge de l'accouchement normal peuvent comprendre :

- soit un accompagnement de la physiologie de l'accouchement (soutien continu, prise en charge non médicamenteuse de la douleur…) ;
- soit des interventions techniques et médicales minimales, réduites aux données de la science (administration d'ocytocine pour accélérer le travail, anesthésie locorégionale…) destinées à assurer le confort et la sécurité de la mère et de son enfant.

L'expérimentation des maisons de naissance

S'il ne s'agit pas d'une recommandation en tant que telle, l'expérimentation des maisons de naissance répond à la définition de « *l'accouchement normal* ».

Suite à la loi du 6 décembre 2013[253] qui prévoit l'expérimentation des **maisons de naissance**, un cahier des charges a été élaboré en 2014 par la HAS qui précise :

> « *Depuis quelques années, la concentration des naissances dans des maternités à forte activité et la plus grande médicalisation de l'accouchement* ***ont conduit des femmes à demander la possibilité d'accoucher dans des structures moins médicalisées.*** *Le parlement a souhaité diversifier l'offre de soins en obstétrique et créer de nouvelles structures prenant en charge des femmes enceintes à bas risque de grossesse et d'accouchement.* »

L'expérimentation de 8 maisons de naissances a débuté fin 2016, pour une durée de 5 années. Si les maisons de naissance existent déjà dans de nombreux pays (Allemagne, Suisse, Australie, Italie, Espagne), elles n'étaient pas autorisées en France jusqu'alors.

Comme le prévoit le cahier des charges de la HAS, les maisons de naissance sont des structures où des sages-femmes réalisent l'accouchement des femmes enceintes dont elles ont assuré le suivi de grossesse. Elles doivent être contiguës à une structure autorisée à pratiquer l'activité de gynécologie-obstétrique, avec laquelle elles passent obligatoirement une convention. Un accès direct à la maternité est aménagé, permettant, notamment, un transfert rapide des parturientes en cas de complication.

Signalons par ailleurs que le coût d'un accouchement en **maison de naissance** est nettement moins onéreux qu'à l'hôpital. Selon le rapport publié en 2013 par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale sur l'expérimentation des maisons de naissance, **le coût d'un accouchement y serait de deux à cinq fois moins important qu'un accouchement à l'hôpital** :

253- https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000028279423&categorieLien=id

> « *Non seulement les maisons de naissance offriront un nouveau mode de prise en charge de la grossesse, mais elles seront source d'importantes économies, ce qui n'est pas à négliger vu l'importance du déficit de la sécurité sociale. Le coût d'un accouchement est évalué à 600 euros en maison de naissance, contre 1 200 dans le cadre d'une hospitalisation de courte durée et 3 000 dans le cadre d'une hospitalisation de 4,4 jours, ce qui correspond à la durée moyenne observée. Au total, nous réaliserions une économie de près de 30 millions d'euros par an.* »[254]

Selon les informations fournies par la Direction générale de la Santé, l'expérimentation de 8 maisons de naissance a commencé fin 2016 (5 maisons ayant ouvert en 2016 et 3 début 2017) pour une durée de 5 années ; une auto-évaluation est faite chaque année par la structure elle-même. Un bilan global sera tiré au bout des 5 ans par la DGOS, référente de cette expérimentation.

Le HCE encourage la publication de cette évaluation, qui, si les résultats sont positifs, pourra déboucher sur une généralisation du dispositif.

RECOMMANDATION 12 : Évaluer l'expérimentation des 8 maisons de naissance destinées aux accouchements physiologiques, et en cas d'évaluation favorable, généraliser ce dispositif.

Au-delà des maisons de naissance, d'autres approches de « *l'accouchement physiologique* » existent : selon l'enquête nationale périnatalité, 40% des maternités disposent d'un espace dédié pour réaliser un accouchement peu médicalisé tels qu'un espace physiologique ou une « *salle nature* »[255]. Il serait également nécessaire d'évaluer l'utilisation de ces espaces et la satisfaction des femmes quant à ceux-ci.

b. Des écarts entre les recommandations et les pratiques

Néanmoins, les recommandations émises par l'OMS, la HAS ou encore le CNGOF, ne se traduisent pas nécessairement dans la pratique gynécologique et obstétrical.

Comme indiqué précédemment, la dernière enquête nationale périnatalité publiée en octobre 2017 par la DREES et l'INSERM montre un décalage entre les interventions médicales pratiquées lors de l'accouchement et les recommandations de bonnes pratiques :

- un taux d'épisiotomie à 20%, alors que l'OMS recommande 10% ;
- un taux de césarienne à 20,4% alors que l'OMS recommande 10%, précisant qu'un « *taux de césarienne supérieur à 10% n'est pas associé à une réduction des taux de mortalité maternelle et néonatale* » ;
- en cas d'épisiotomie : un manque ou une absence totale d'explication sur le motif de l'épisiotomie pour une femme sur deux ;
- le non choix, pour les parturientes, dans la position de l'accouchement.

Par ailleurs, l'état de la recherche et les auditions révèlent la persistance de la pratique de l'expression abdominale : alors que la HAS recommande l'abandon de cette pratique depuis 2007, elle est encore saisie de cas de femmes témoignant en avoir subi une lors de leur accouchement[256].

254- Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, Rapport sur la proposition de loi autorisant l'expérimentation des maisons de naissance, Yannick Favennec, 19 novembre 2013

255- INSERM et DREES, Enquête nationale périnatalité, p. 201

256- Audition par le HCE, 26 avril 2018

c. La nécessité d'évaluer les pratiques et mieux diffuser les recommandations

Evaluer les pratiques médicales

Pour la ministre des Solidarités et de la Santé Agnès BUZYN, il est indispensable, afin d'améliorer le traitement des patient.e.s, d'évaluer les pratiques médicales :

> « *(…) Aujourd'hui, en dehors des réseaux sociaux, il n'y a aucune évaluation des pratiques médicales. Je portais déjà cette volonté d'évaluation à la HAS, je vais bien entendu la porter maintenant que je suis ministre de la Santé* »[257]

Ce constat est corroboré par la Haute Autorité de Santé, qui estime que la formation des professionnel.le.s de santé passe en premier lieu par l'évaluation de leurs pratiques. Cette évaluation est, pour l'autorité, un « *moteur de progression absolument majeur* »[258] permettant aux praticien.ne.s de connaitre le résultat global des actes qu'ils pratiquent.

Cette évaluation des pratiques peut notamment s'effectuer *via* les patient.e.s traceur.euse.s et la publication des actes pratiqués maternité par maternité.

Les « patient.e.s-traceur.euse.s » : un dispositif intéressant basé sur le retour d'expérience

Bonne pratique - Des diplômes universitaires spécialisés sur les violences sexistes et sexuelles

Les « patient.e.s-traceur.euse.s » sont de véritables patient.e.s que l'on interroge sur leur expérience durant l'hospitalisation : « *Le patient-traceur, dispositif du processus de certification permet également de mieux évaluer les actes médicaux. Le patient traceur est un vrai patient. On va aller le voir juste avant qu'il sorte de l'hôpital, on l'interroge sur le ressenti de sa prise en charge grâce à un questionnaire qualitatif et en parallèle, l'équipe qui l'a pris en charge se réunit autour de son dossier et essaie de revoir toute l'expérience de ce patient. Les professionnel.le.s de santé sont très intéressé.e.s par ce dispositif car il leur permet de mieux se former.* »

Dominique LE GULUDEC, présidente de la HAS

Mesurer les actes pour améliorer les pratiques

Une cartographie des actes pratiqués maternité par maternité (et selon la typologie des maternités en vigueur : de type I, II et III) pourrait également permettre une évolution des pratiques :

> « *Le taux de césarienne est un indicateur que nous avons et que nous donnons aux équipes. La HAS avait fait un classement des établissements selon les taux de césariennes pratiqués. Ça a été un moteur de progression absolument majeur. Quand les professionnel.le.s dérivent dans leur pratique, le plus souvent ils ne s'en rendent pas compte.*
>
> *Les praticien.ne.s ne connaissent pas le résultat global des actes qu'ils pratiquent. Quand on leur donne ces chiffres, ils sont atterrés. Certains établissements qui pratiquaient un fort taux de césariennes ont fait un plan d'action, ont amélioré leurs chiffres et sont revenus dans la moyenne nationale.* »[259]

Catherine GRENIER, directrice de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins à la HAS

257- Audition par le HCE, 12 avril 2018
258- LE GULUDEC Dominique, Audition par le HCE, 26 avril 2018
259- LE GULUDEC Dominique, Audition par le HCE, 26 avril 2018

Mieux diffuser les recommandations pour qu'elles se traduisent dans les pratiques

Rappels réguliers et fiches pertinences : le travail de pédagogie de la HAS

Pour la HAS, il est nécessaire de rappeler régulièrement les recommandations quand certaines mauvaises pratiques persistent.

La pratique de l'expression abdominale illustre ce principe : malgré la recommandation de la HAS d'abandonner cet usage depuis 2007, les témoignages relatent la persistance de cette pratique. Lors de leur audition Madame GRENIER et Madame LE GULUDEC de la HAS ont évoqué la possibilité de **publier à nouveau une fiche pertinence sur ce point**.

Madame LE GULUDEC a également abordé la nécessité de présenter les recommandations de manière synthétique et didactique, de manière à ce que les professionnel.le.s puissent se les approprier :

> *« La mise en œuvre des recommandations est plus problématique que leur rédaction.* ***Pour qu'elles soient appliquées, les recommandations sont accompagnées de chiffres-clés, de synopsis, d'algorithmes, de schémas et de fiches mémo à destination des professionnel.le.s.*** *Les professionnel.le.s ont peu de temps et il est nécessaire de leur communiquer des messages courts pour qu'ils et elles se les approprient. »* [260]
>
> *Catherine GRENIER, HAS*

La formation continue

La formation continue est évidemment un moyen de transmettre aux professionnel.le.s de santé les dernières recommandations de bonnes pratiques émises. Le nombre de jours de formation indemnisés doit être suffisant pour offrir aux soignants un réel temps d'apprentissage.

Or, comme indiqué précédemment, il n'existe aujourd'hui que trois jours de formation indemnisés par an. La ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès BUZYN, entend réformer la formation continue, notamment afin qu'elle réponde d'avantage aux « *besoins de santé des patients* ».

La recertification : un levier pour évaluer et mettre à jour les pratiques médicales

La recertification est un processus de « *certification et de valorisation périodique* »[261] des compétences des médecins.

Cette réforme a été pensée en partant du constat que la médecine et les pratiques évoluent rapidement et que les médecins doivent se remettre à niveau régulièrement. La ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès BUZYN, a initié un comité de pilotage pour définir les contours de cette recertification.

Quel.le.s médecins sont concerné.e.s ?

Selon le ministère de la Santé et des Affaires sociales, la procédure pourrait concerner, dans un premier temps, les médecins diplômé.e.s au terme du 3e cycle rénové des études médicales. Ainsi, la première promotion concernée serait celle des diplômé.e.s de 2021. Pour chaque spécialité, chaque médecin disposera d'un niveau de référence de ses compétences. Dans la continuité, un schéma de maintien et d'amélioration de ses compétences tout au long de sa carrière professionnelle lui sera proposé, avec pour objectif principal d'orienter et de mettre en valeur son parcours professionnel. Concernant les médecins actuellement en exercice, qu'ils.elles soient libéraux ou non, leur entrée dans le processus se fera sur le mode du volontariat.[262]

La recertification s'étendra, à terme, aux autres professions de santé en se basant sur les propositions formulées pour les médecins.

260- Audition par le HCE, 26 avril 2018
261- http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/recertification-medecins/article/le-comite-de-pilotage
262- http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/recertification-medecins/article/le-comite-de-pilotage

Ce projet de recertification est présenté comme un « *accompagnement tout au long de leur carrière, (…) vers la satisfaction de bien faire leur métier dans une perspective d'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des patients* »[263].

Comme l'a rappelé la Haute Autorité de Santé, lors de l'audition devant le HCE, la recertification est indispensable pour actualiser et améliorer les pratiques médicales :

« La médecine évolue tellement vite, il est clair qu'un médecin ne peut pas exercer pendant 30 ans sans mettre à jour ses savoirs et ses pratiques »[264]

La recertification des médecins permettrait notamment de s'assurer que les recommandations émises par la HAS ont été comprises et sont correctement appliquées.

La mise en place de réunions dans les maternités et l'échange de pratiques entre professionnel.le.s

L'organisation de temps d'échange entre soignant.e.s, ou entre soignant.e.s et soigné.e.s, au sein des maternités permettrait également aux professionnel.le.s d'échanger sur la pertinence des pratiques.

RECOMMANDATION 13 : Faire appliquer les recommandations de la Haute Autorité de Santé et de l'Organisation Mondiale de la Santé en matière de suivi gynécologique et obstétrical :

- par la mise en place de réunions dans les maternités à destination des soignant.e.s sur les dernières études et recommandations en matière de gynécologie et d'obstétrique ;
- par la transmission régulière de ces recommandations aux professionnel.le.s de santé, notamment *via* les organisations professionnelles et les sociétés savantes.

d. Permettre la mise en œuvre des bonnes pratiques par le renforcement des moyens humains et financiers

Si la mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques, notamment en matière d'accouchement physiologique, fait encore défaut, ce n'est pas uniquement lié à un manque de communication autour de ces documents.

Leur mise en œuvre, garantissant un environnement bientraitant et un accouchement respectueux des droits des patientes, requiert également des moyens humains et financiers adaptés.

La réduction du nombre de maternités et le mode de tarification des actes médicaux

Le nombre de maternités en France a drastiquement baissé depuis les années 1970. En 1998, elles ont été divisées en trois niveaux (I, II, III) selon leur degré de technicité.[265]

Les fermetures ont essentiellement concerné les établissements les moins techniques et les plus petits, destinés aux accouchements à bas risque[266]. Il y a aujourd'hui trois fois moins d'établissements qu'en 1970, alors que le nombre de naissances (autour de 800 000 par an) est resté relativement stable[267].

Or, la fermeture de petites maternités, au profit de regroupements dans des maternités plus importantes, a induit une réduction du nombre de postes de praticien.ne.s pour la même activité médicale.

263- http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/recertification-medecins/article/le-comite-de-pilotage

264- Audition par le HCE, 12 avril 2018

265 - Deux tiers des maternités ont fermé en France en quarante ans, Le Monde, 1er février 2018 http://abonnes.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2018/02/01/deux-tiers-des-maternites-ont-ferme-en-france-en-quarante-ans_5250322_4355770.html

266- http://abonnes.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2018/02/01/deux-tiers-des-maternites-ont-ferme-en-france-en-quarante-ans_5250322_4355770.html

267- http://abonnes.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2018/02/01/deux-tiers-des-maternites-ont-ferme-en-france-en-quarante-ans_5250322_4355770.html

Les maternités manquent de financements et sont, selon l'enquête de la Cour des comptes relative aux maternités de décembre 2014, structurellement sous-dotées[268] : parmi l'échantillon étudié (18 établissements), 16 étaient confrontés à un déficit au regard de la couverture des charges directes de la maternité, les obligeant alors à réduire leurs effectifs.[269]

Cette politique de santé, couplée au mode de financement des hôpitaux, a également contribué à la réduction de la durée des séjours en maternité. En effet, les hôpitaux publics reçoivent le même forfait pour un même type d'hospitalisation (un accouchement par exemple). Or, selon Clément NESTRIGUE, chercheur à l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) « *plus le séjour est court, plus les frais avancés sont réduits, plus l'établissement est gagnant* ».[270] En 2016, en France, le taux d'hospitalisation moyen des femmes est de 4,3 jours après l'accouchement.[271]

Le manque de moyens humains et financiers entrave la relation de soins

Cette diminution du nombre de maternités au profit de maternités de grande taille est vécue par les sages-femmes et les médecins comme un véritable frein à une relation bientraitante entre soignant.e.s et soigné.e.s.

Ghada HATEM, gynécologue-obstétricienne, estime que la grande taille des maternités, le nombre insuffisant de soignant.e.s et les séjours écourtés des parturientes ne permettent pas aux gynécologiques d'être bientraitant.e.s :

> « *À Saint-Denis, par exemple, il y a 4600 naissances par an, et seulement 70 sages-femmes. Nous ne pouvons pas être bientraitants dans des mégastructures (…) Nous n'avons plus le temps d'instaurer une relation de confiance avec la femme*».[272]

Cette vision est partagée par les représentant.e.s des sages-femmes rencontré.e.s :

> « *Le problème rencontré pour promouvoir un accompagnement humain est le manque de temps et de personnel* »[273]
>
> Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes

> « *Nous sommes moins entourantes, moins accompagnantes, parce qu'on ne prend plus le temps de faire et dire les choses.* »[274]
>
> Organisation Nationale Syndicale des Sages-Femmes

Cette insuffisance de moyens humains est incompatible, selon le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes qui revendique par exemple la possibilité pour les parturientes d'être suivies, tout au long de leur grossesse, par une seule et même sage-femme, impliquant une hausse des effectifs dans chaque maternité.

L'Ordre des sages-femmes questionne également le mode de tarification des actes médicaux, la tarification à l'acte (T2A), qui ne rémunère pas le temps que les sages-femmes passent auprès des parturientes : « *Le temps passé auprès des femmes, qui n'est pas facturable, doit le devenir* »[275].

268- Cour des comptes, Rapport « Les maternités », Décembre 2014

269- https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/20150123-rapport-les-maternites-premier-cahier.pdf

270- http://abonnes.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2014/07/11/sejours-en-maternite-ecourtes-une-tendance-europeenne_4446088_4355770.html

271- Étude nationale périnatale, Rapports 2016, INSERM et DREES, http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/11/ENP2016_rapport_complet.pdf

272- Audition par le HCE, 14 décembre 2017

273- Sylvaine COPONAT et Claire AKOUKA, audition par le HCE, 16 octobre 2017

274- BELHASSEN Willy, DURANT-TONNERRE Clémence, RAQUIN Caroline, Organisation Nationale Syndicale des Sages-Femmes, Audition du HCE du 26 avril 2018

275- COPONAT Sylvaine et AKOUKA Claire, audition par le HCE, 16 octobre 2017

Selon Gilles LAZIMI, médecin généraliste et maitre de conférence en médecine générale à l'université Pierre et Marie Curie :

> « *Le manque de temps dans les maternités empêche également les équipes de communiquer, d'échanger sur leurs pratiques et leur ressenti.*»

Gilles LAZIMI souligne qu'il faut donner les moyens aux services de « *se réunir, définir ce qui est acceptable, évaluer, mettre en place des cercles de qualité* »[276].

La politique de santé actuelle induit ainsi une détérioration des conditions de travail dans le champ gynécologique et médical. Ces circonstances instaurent un environnement propice aux maltraitances médicales de manière générale, vécues en particulier par les femmes, et d'autant plus dans le suivi gynécologique et obstétrical.

RECOMMANDATION 14 : Augmenter significativement les moyens financiers et humains dévolus à la santé, en particulier ceux consacrés aux maternités :

- dans le projet de loi de finances pour 2019 ;
- par la révision des décrets de périnatalité, identiques depuis 1998, afin de prévoir une augmentation des ressources humaines ;
- en anticipant les besoins démographiques en matière de soignant.e.s.

276- LAZIMI Gilles, réunion de commission du HCE, 15 septembre 2017

SECTION 4 :
Améliorer et faciliter les procédures de signalements et condamner les pratiques sanctionnées par la loi

A. Les actes sexistes dans le suivi gynécologique et obstétrical font encore l'objet de très peu de signalements et ceux-ci aboutissent rarement à des sanctions et des condamnations

Les recours possibles pour les victimes des faits précédemment listés semblent peu identifiés : qu'il s'agisse aussi bien des associations d'accompagnement des femmes victimes de violences, des associations spécialisées sur les violences gynécologiques et obstétricales, des organisations propres au système de soin ou des dispositifs de droit commun.

1. Signalements auprès des associations d'accompagnement des femmes victimes de violences

Le Haut Conseil à l'Égalité a mené une consultation auprès des associations féministes spécialisées dans l'accompagnement des victimes de tout type de violences. Les associations répondantes — Planning Familial, Fédération nationale des Centres d'Information sur les Droits des Femmes et des familles (FNCIDFF) et le Collectif féministe contre le viol (CFCV) — font état de plusieurs cas qui relèvent clairement des actes sexistes précédemment listés.

a. Associations généralistes sur les violences faites aux femmes

La consultation menée par le HCE a fait émerger plusieurs cas de femmes accompagnées par les associations :

Le Planning Familial :

« La question des violences gynécologiques et obstétricales émerge au moment du suivi médical par un.e médecin ou un.e sage-femme, lorsqu'il est nécessaire de faire un examen gynécologique ou bien dans les entretiens des femmes en vue d'une IVG ou d'un suivi contraceptif sans consultation médicale. Ce sont des dénonciations d'un vécu

direct ou bien la peur de la violence de l'examen gynécologique, à la suite d'un récit fait par une amie ou des proches, ou lu sur des forums.

Les femmes témoignent des paroles ou des gestes qu'elles ont vécus comme violents, elles ont peur de l'examen gynécologique car elles se le représentent comme systématiquement violent. »[277]

Fédération Nationale des Centres d'Information sur les Droits des Femmes et des familles :

7 CIDFF ont répondu avoir été contactés par des femmes souhaitant des conseils juridiques ou une prise en charge psychologique suite à des faits qui relèvent d'actes médicaux réalisés sans consentement, d'une anesthésie défaillante lors d'une césarienne ou encore d'agressions sexuelles dans un cadre médical.

Voici quelques exemples des cas rapportés :

« Une situation d'une femme évoquant à son gynécologue des douleurs lors de rapports sexuels. Il a alors dit que ce n'était pas possible parce qu'il l'avait examinée sans problème. Il a alors mis ses doigts dans le vagin de cette femme avec des va et vient rapides sans la prévenir. On est sur un acte inutile, sans consentement et avec humiliation au regard du ton et des remarques formulées par le praticien. Elle en est très bouleversée et cela s'est passé en 2001. Elle nous a envoyé un mail il y a quelques semaines, elle en parlait pour la première fois. »

« Défaut ou insuffisance d'anesthésie pour césarienne ; ce qu'avait pourtant constaté et signalé la patiente. Madame nous explique être toujours très « choquée », par ce défaut d'écoute et cette « absence de prise en considération de ses propos et de sa personne ». Elle nous explique son mal-être pendant son séjour à l'hôpital et lors du retour à la maison. Madame est déterminée aujourd'hui à engager une procédure en responsabilité, la tentative de médiation ayant échoué. »

« Femme témoignant d'une césarienne faite alors que l'anesthésie ne fonctionnait pas bien. Cette dernière se serait plainte auprès de l'équipe médicale qui lui aurait répondu que c'était dans sa tête. »

« Ce qui est ressorti des entretiens c'est plutôt : concernant les IVG et une réaction négative du corps médical concernant l'allaitement. Certaines femmes se sont plaintes de l'attitude des professionnels de santé lorsque ces dernières émettaient le souhait de ne pas allaiter leur enfant. Concernant des situations de viol, l'absence d'empathie, voire des questions et des réactions inadaptées. Il y a eu cette année le cas d'une femme qui s'est plainte d'attouchements sexuels de la part d'un aide-soignant lors de son hospitalisation. »

Les CIDFF répondants indiquent que les femmes signalant ce type de faits sont généralement prises en charge par un.e psychologue, mises en relation avec le.la référent.e « violences » de l'établissement hospitalier lorsqu'il y en a un.e, orientées vers l'Ordre des médecins ou accompagnées dans leur dépôt de plainte.

Le Collectif féministe contre le viol (CFCV) :

Le CFCV fait également état, en 2017, de 25 femmes suivies mentionnant des agressions sexuelles commises dans le cadre de la relation de soin — toutes spécialités confondues.

Selon sa présidente, Dre Emmanuelle PIET, en moyenne sur les 4 dernières années, les violences sexuelles dans le cadre d'une relation de soins représentent une trentaine de situations chaque année sur environ 2400 nouveaux appels de victimes, soit 1,3% des nouveaux appels.

Sur l'année 2017, 25 récits mentionnent un agresseur professionnel de santé, tous des hommes : chirurgien, infirmier, kinésithérapeute, médecin ou psychiatre.

Parmi les témoignages recueillis, en 2017, par le CFCV :

277- Contribution reçue le 15 novembre 2017

Elles racontent

Marie a 35 ans et est en fin de grossesse. C'est dans ce cadre qu'elle va voir un médecin généraliste suite à des complications. Sous prétexte de vérifier le col de l'utérus, il la pénètre digitalement en faisant des allers-retours brutaux et répétés. L'appelante a mal et l'interpelle, elle lui dit mais il ne lui répond rien et continue pendant un quart d'heure. Elle a appris par la suite qu'il avait déjà eu des comportements inappropriés avec d'autres patientes. Elle se sent mal depuis, elle a des flashs réguliers de l'agression.

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

b. Associations spécialisées sur les violences gynécologiques et obstétricales

Des associations sont également spécialisées sur ce type de violences : le Collectif Interassociatif autour de la naissance (CIANE) et l'Institut de Recherche et d'Action pour la Santé des Femmes (IRASF), auditionnées par le HCE.

Elles accompagnent de nombreuses femmes dans leurs démarches auprès des établissements de santé (*via* les commissions des usagers.e.s), auprès du Conseil de l'Ordre ou en Justice. L'IRASF accompagne par exemple, tout comme le CIANE, 4 à 5 femmes par semaine pour divers recours qui vont de la reconnaissance du préjudice en passant par l'obtention de leur dossier médical, à des demandes d'informations sur les recours possibles (chambres disciplinaires, pénal, administratif, civil…).

Le CIANE, intervient également auprès des commissions d'usager.e.s des établissements de santé car il est, depuis 2008, agréé pour représenter les usager.e.s du système de santé. Il constate que très peu de personnes connaissent leurs droits en termes de recours. Les démarches sont initiées et menées pour une très grande majorité par les femmes victimes (95% des recours) et de façon minoritaire par des couples.

Ces associations font état de grandes réticences des femmes et des couples, quant à ces poursuites :

- elles redoutent l'expertise, qui comprend un examen gynécologique ;
- elles sont découragées par le coût de la procédure ;
- suite à un traumatisme, beaucoup de femmes ne veulent pas se confronter aux violences qu'elles ont subies ;
- beaucoup de femmes souhaitent passer à autre chose. Elles y sont souvent encouragées, sous prétexte que « *l'enfant va bien, et que c'est l'essentiel* ».

2. Signalements auprès des organisations propres au système de soin

Il ressort des auditions que les instances propres au système de soins sont soit méconnues — c'est le cas des commissions des usager.e.s qui existent pourtant dans chaque établissement — soit peu sensibilisées au sujet des violences gynécologiques et obstétricales.

a. Réseaux de périnatalité

Les réseaux de périnatalité rassemblent des professionnel.le.s du champ de la périnatalité soit « *l'ensemble des processus qui précèdent, qui sont concomitants et qui suivent immédiatement la naissance* »[278]. Ils regroupent des gynécologues-obstétricien.ne.s, des sages-femmes, des puériculteur.rice.s, des pédiatres, des anesthésistes, etc.

Leurs missions sont déterminées par une circulaire ministérielle de juillet 2015[279] : ces réseaux sont un interlocuteur des Agences régionales de santé (ARS) pour mettre en œuvre la politique périnatale. Ils aident et accompagnent les acteur.rice.s de l'offre de soins dans ce domaine.

Il s'agit de structures essentielles pour relayer la parole et les expériences des femmes, notamment auprès de l'ARS, et former les professionnel.le.s dans le cadre de leurs missions. Ils participent également au recueil et à l'analyse des déterminants régionaux en matière de santé périnatale, en lien avec l'ARS et les structures compétentes.

Renforcer ces réseaux de périnatalité dans tous les territoires permettrait ainsi de mieux accompagner les femmes tout au long de leur grossesse et de garantir un meilleur signalement des actes sexistes durant le suivi obstétrical.

b. Commission des usager.e.s de chaque établissement

Chaque établissement de santé public ou privé est tenu, par la loi, de mettre en place une commission des usager.e.s[280] qui représente les patient.e.s et leur famille. L'ensemble des plaintes et réclamations adressées à un établissement est transmis à son.sa représentant.e légal.e. Ce dernier avise le.la plaignant.e de la possibilité qu'il.elle a de saisir un.e médiateur.rice[281] ou procède directement à cette saisine. Le.la plaignant.e peut se faire accompagner d'un.e représentant.e d'usager.e.s membre de la commission pendant la rencontre avec le médiateur. À l'issue de cette rencontre, le médiateur adresse au.à la plaignant.e ainsi qu'à la commission un compte rendu de l'audition[282].

Au vu de ce compte rendu, et après avoir rencontré l'auteur.rice de la plainte si celui ou celle-ci le désire, la commission formule des recommandations apportant une solution au litige ou invitant l'intéressé.e à prendre connaissance des voies de conciliation et de recours dont il ou elle dispose.

Le CIANE, association agréée pour représenter les usager.e.s lors de la commission[283], estime que la communication autour des possibilités de plaintes et du rôle de la commission est très faible[284] et qu'il conviendrait de mieux faire connaitre ce recours possible.

278- https://ffrsp.fr/qui-sommes-nous/

279- Instruction du 3 juillet 2015 relative à l'actualisation et à l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans un cadre régional

280 - Décret n° 2016-726 du 1er juin 2016 relatif à la commission des usagers des établissements de santé

281- Plusieurs profils de médiateur.rice sont possibles, tous.tes désignés par le.la représentant.e légal.e de l'établissement : un.e médiateur.rice médical.e pour traiter les préjudices liés à une activité médicale, un.e médiateur.rice non médical.e pour tout ce qui n'est pas lié au fonctionnement médical des services ou à l'organisation des soins.

282- https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10256

283- https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2017/01/ActiviteCiane2016.pdf

284- EVRARD Anne, co-présidente du CIANE, Audition par le HCE, 2 février 2018

c. Les recours devant les juridictions disciplinaires

Le fonctionnement des juridictions disciplinaires

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) est chargé par la loi de veiller au « *maintien des principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine et à* l'observation par tous ses membres, des devoirs professionnels ainsi que des règles édictées par le Code de déontologie »[285].

La juridiction ordinale de l'Ordre est chargée de sanctionner les éventuels manquements d'un.e médecin aux dispositions du code de déontologie.

Le.la plaignant.e peut être un particulier (la.le patient.e ou ses ayant-droits), un.e médecin, une institution (URSSAF, organismes de sécurité sociale, Impôts…), des autorités (le Conseil Départemental de l'Ordre National des Médecins, le ou la Ministre de la Santé, les Préfet.e.s, le.la Directeur.rice général.e de l'ARS, le.la Procureur.e de la République), une association de patient.e.s ou de médecins ou encore toute personne ayant un intérêt à agir[286].

La plainte est déposée dans un premier temps auprès du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins qui organise une réunion de conciliation. Si aucune conciliation n'est trouvée au niveau départemental, la plainte est obligatoirement transmise à la chambre disciplinaire de première instance (CDPI), placée auprès du Conseil Régional de l'Ordre. Les autorités peuvent saisir directement la CDPI sans passer par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins.

La CDPI instruit la plainte puis décide de la rejeter ou de condamner le.la médecin. La condamnation permet des sanctions qui sont, par ordre de gravité :

- l'avertissement,
- le blâme,
- l'interdiction d'exercice avec ou sans sursis de plusieurs ou de la totalité des fonctions de médecin,
- la radiation.

Les deux premières de ces peines comportent, en outre, la privation du droit de faire partie d'un conseil, d'une section des assurances sociales de la chambre de première instance ou de la section des assurances sociales du Conseil national, d'une chambre disciplinaire de première instance ou de la chambre disciplinaire nationale de l'Ordre pendant une durée de trois ans.

Les peines suivantes comportent la privation de ce droit à titre définitif. Le.la médecin radié.e ne peut se faire inscrire à un autre tableau de l'Ordre. La décision qui l'a frappé.e est portée à la connaissance des autres conseils départementaux et de la chambre disciplinaire nationale dès qu'elle est devenue définitive.[287]

Les parties peuvent faire appel devant la chambre disciplinaire nationale. Les décisions de la chambre nationale sont susceptibles de pourvoi devant le Conseil d'État.

La saisine des chambres disciplinaires de l'Ordre ne fait pas obstacle à une action judiciaire de droit commun au civil ou au pénal. Un médecin peut, pour les mêmes faits ou accusations, être jugé par un tribunal et devant l'Ordre.

Le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes

L'Ordre des sages-femmes dispose d'un pouvoir disciplinaire similaire à celui de l'Ordre des médecins.

À la suite d'un dépôt de plainte à l'encontre d'un.e sage-femme et avant toute saisine d'une juridiction disciplinaire, une réunion de conciliation entre la.le plaignant.e et le.la sage-femme est organisée par le conseil départemental compétent.

285- Article L4121-2 du Code de Santé Publique

286- COM DATA Comment fonctionne la juridiction disciplinaire de l'ordre des médecins ? https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_data_circuit_dune_plainte.pdf

287- Article L4124-6 du Code de Santé Publique

Si aucune conciliation n'est possible, la plainte est transmise à la chambre disciplinaire de première instance. Il existe cinq chambres disciplinaires de première instance, placées sous les cinq conseils interrégionaux de l'Ordre des sages-femmes. Un appel de leurs décisions est possible devant la chambre disciplinaire nationale.

Les décisions de la chambre nationale sont susceptibles de pourvoi devant le Conseil d'État.

Le cas particulier des médecins et des sages-femmes chargé.e.s d'une mission de service public

Les médecins et sages-femmes dit.e.s « chargé.e.s d'une mission de service public » (praticien.ne.s hospitalier.e.s hors activité libérale autorisée) ne peuvent pas être traduit.e.s devant la chambre disciplinaire de première instance (CDPI) par des particulier.e.s pour des actes accomplis dans le cadre de leur fonction publique.

Il revient au conseil départemental de l'Ordre des médecins de décider de la transmission de la plainte à la CDPI en relevant des fautes au regard du code de déontologie. Si le conseil départemental ne relève pas de faute, la plainte n'est pas transmise, alors qu'elle l'est automatiquement pour les autres médecins[288].

Il appartient alors au.à la plaignant.e de saisir « le ministère chargé de la santé, le représentant de l'État dans le département, le procureur de la république, ou, lorsque les actes ont été réalisés dans un établissement public de santé, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation »[289]. Ces autorités sont donc les seules à pouvoir directement saisir la CDPI et elles doivent expressément reprendre à leur compte les griefs formulés par la personne qui les a saisies.

Il apparait ainsi que les médecins et sages-femmes chargé.e.s d'une « mission de service public » bénéficient d'un statut qui, bien qu'ayant été reconnu constitutionnel par le Conseil d'État dans son arrêt du 2 octobre 2017[290], complique d'autant plus les recours des femmes. L'Institut de Recherche et d'Actions pour la Santé des Femmes (IRASF) partage ce constat et évoque une « inégalité manifeste de traitement des soignant.e.s »[291]

288- https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1515

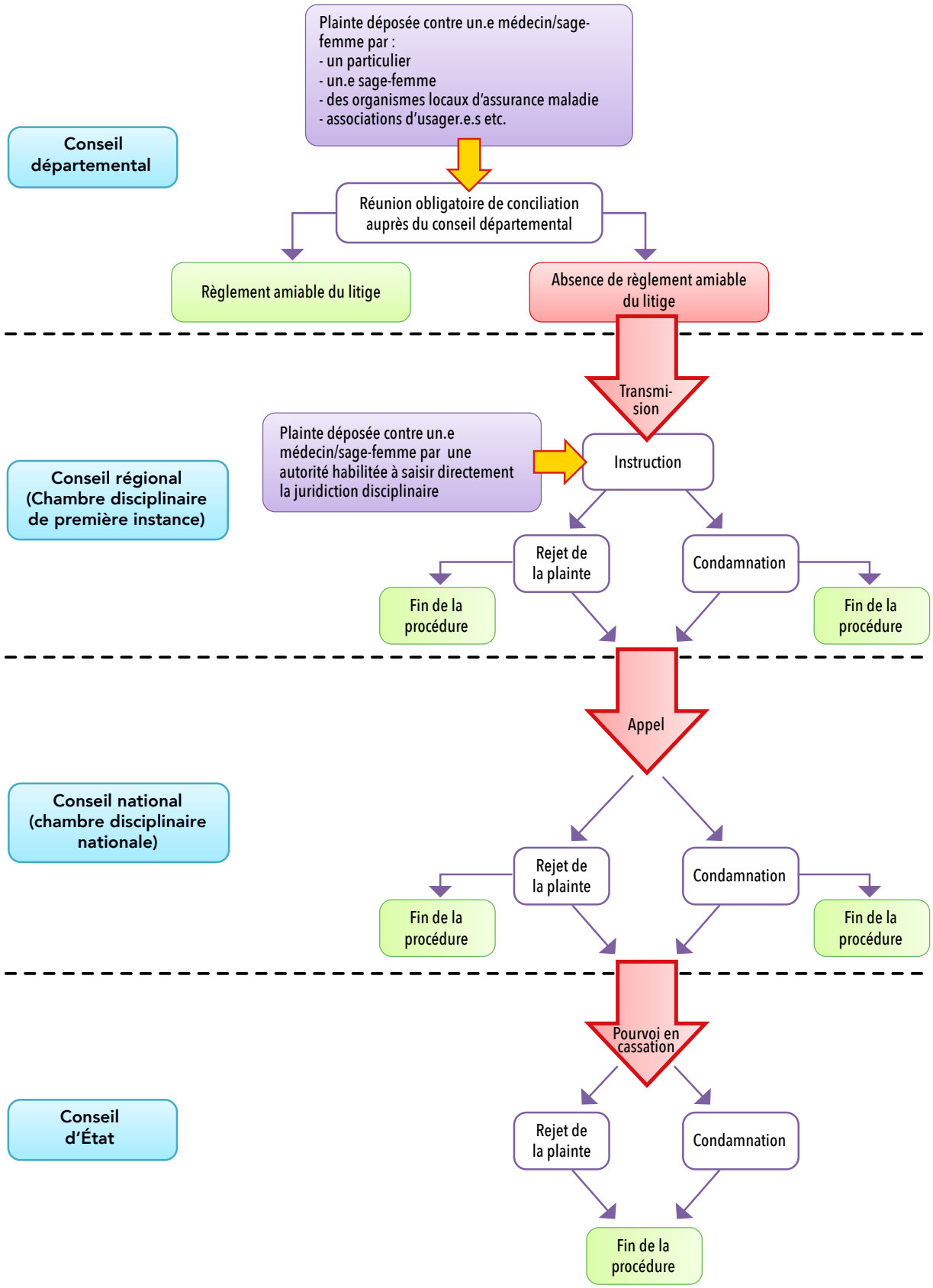
289- Article L4124-2 du Code de Santé Publique

290- https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?oldAction=rechJuriAdmin&idTexte=CETATEXT000035701549&fastReqId=1528002653&fastPos=11

291- Selon les éléments fournis par l'IRASF

Circuit d'une plainte auprès de l'Ordre des médecins et l'Ordre des sages-femmes

Source : HCE - basé sur les documents du Conseil national de l'Ordre des médecins et Conseil national de l'Ordre des sages-femmes



Les difficultés rencontrées par les femmes pour signaler les violences sexuelles

Le fonctionnement et la composition de la juridiction disciplinaire de l'Ordre des médecins questionnent l'impartialité et l'indépendance des jugements rendus. Les chambres sont en effet composées, hormis les présidences qui sont assurées par un.e magistrat.e administratif.ve ou un.e conseiller.e d'État[292], quasi-exclusivement de médecins[293]. La juridiction disciplinaire de l'Ordre des médecins constitue un corps de médecins, jugeant d'autres médecins.

L'Ordre des médecins estime qu'« *en confiant aux médecins eux-mêmes l'exercice du pouvoir disciplinaire, le législateur a entendu marquer à la fois une* ***exigence et une confiance :***

une exigence parce que, du fait des sanctions spécifiques qui peuvent les atteindre dans leur exercice professionnel, les médecins supportent des risques que ne connaissent pas la plupart des autres professionnels ;

une confiance parce que ce pouvoir de prononcer des sanctions - et parfois de graves sanctions - est confié à des médecins désignés par leurs pairs. »[294]

Sans contester aucunement cette confiance, **les auditions réalisées et les remontées des associations accompagnant des plaignantes font état de difficultés rencontrées par les victimes à différentes étapes de la procédure disciplinaire.**

Marilyn BALDECK, déléguée générale de l'Association européenne contre les Violences faites aux Femmes au Travail (AVFT) qui a été saisie, en 2016, par 223 femmes[295] victimes de violence sexuelles dans le cadre professionnel, estime ainsi que « *[les médecins] peuvent parfois compter sur le silence complice de leurs confrères pour compromettre le dévoilement des violences (…)* ».[296]

La psychiatre Muriel SALMONA corrobore ce constat. Après avoir rédigé un certificat médical contre un cardiologue pour des violences sexuelles envers sa secrétaire médicale, elle témoigne du fait que : « *Lui n'a pas été convoqué par le Conseil de l'Ordre. En revanche, moi, je l'ai été devant la juridiction du Conseil de l'Ordre des psychiatres car il a porté plainte contre moi pour certificat non déontologique.*[297] »

Marilyn BALDECK, rapporte dans l'ouvrage de Mélanie DECHALOTTE, *Le livre noir de la gynécologie* :

> « *Compte tenu du positionnement du Conseil de l'Ordre dans quelques « affaires » de violences sexuelles commises par des médecins, il est permis de se demander dans quelle mesure la « défense de l'honneur » des médecins mis en cause pour des violences sexuelles ne l'emporte pas sur le « maintien des principes de moralité et de probité » dans l'exercice de la médecine.*[298] »

Mme BALDECK mentionne notamment le procès du docteur André HAZOUT devant la Cour administrative d'appel de Paris le 29 octobre 2012. La cour avait alors condamné le Conseil départemental de l'Ordre en considérant que « *son inertie fautive avait fait perdre toutes chances aux patientes d'échapper aux agressions sexuelles du docteur* ».[299]

292- Ordonnance n°2017-192 du 16 février 2017

293- Hormis les assesseur.se.s, qui sont des médecins élus, la chambre disciplinaire de première instance est composée de membres aux voix consultatives : un médecin désigné par le directeur général de l'ARS, un professeur de médecine, un médecin-conseil désigné par le médecin régional de la Sécurité sociale et un.e représentant.e des médecins salariés.

294- http://www.conseil45.ordre.medecin.fr/content/plaintes-9

295- http://www.avft.org/2018/01/31/lavft-fait-une-pause/

296- BALDECK Marilyn « Violences sexuelles commises par des professionnels de santé : Hippocrate phallocrate ? », 2 février 2016 dans DECHALOTTE Mélanie, Le livre noir de la gynécologie, 2017

297- DECHALOTTE Mélanie, Le livre noir de la gynécologie, 2017

298- DECHALOTTE Mélanie, Le livre noir de la gynécologie, 2017

299- DECHALOTTE Mélanie, Le livre noir de la gynécologie, 2017

L'inertie de la juridiction : le procès HAZOUT

Le 4 février 2014, André HAZOUT, médecin gynécologue spécialiste de la fécondation in vitro est condamné, par la cour d'assises de Paris, à huit ans de prison pour viols et agressions sexuelles sur six anciennes patientes et à une interdiction définitive d'exercer.

Venant consulter suite à des problèmes d'infertilité, les femmes agressées s'entendaient dire par le médecin : « *Cet enfant, il va falloir que je le fasse moi-même* »[300].

Au total, une trentaine d'anciennes patientes se sont succédé à la barre pour dénoncer les violences sexuelles (sur 36 femmes ayant déclaré être victimes, 30 faits étaient prescrits, 6 ne l'étaient pas). Lors du procès, Claude KATZ, avocat des parties civiles accuse le médecin d'avoir usé de sa position de pouvoir : « *Votre autorité ne peut constituer un quelconque permis de violer* »[301].

Le Conseil de l'Ordre des médecins avait pourtant été alerté des agissements du gynécologue : « *Entre 1985 et 2005, le Conseil de l'Ordre avait été saisi d'une dizaine de plaintes ou de signalements de la part de patientes d'André HAZOUT, qui dénonçaient un comportement inapproprié.* ***Le Conseil n'a jamais donné de suite disciplinaire.*** *Ce qui lui a valu, comme l'a rappelé à la barre un de ses anciens membres, d'être condamné en octobre 2012 par la Cour administrative d'appel pour son «inertie coupable».* »[302]

Le médecin Hervé BOISSIN, Secrétaire général du Conseil de 2004 à 2007, témoigne également : « *Avec le recul, ce dossier n'a pas soulevé l'inquiétude qu'il aurait dû soulever* » et déclare « *En tant que secrétaire général, j'assume. Cela a été mal géré et je le regrette* » et admet : « *On aurait dû transmettre systématiquement.* »[303]

Des réunions de conciliation pour les cas de violences sexuelles

De plus, les réunions de conciliation, obligatoires dans le cadre d'une plainte auprès de l'Ordre des médecins et des sages-femmes, apparaissent contraires à 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[304], ratifiée par la France le 4 juillet 2014.

L'article 48 intitulé « *Interdiction des modes alternatifs de résolution des conflits ou des condamnations obligatoires* » de la convention indique en effet :

« *Les Parties prennent les mesures législatives ou autres nécessaires pour interdire les modes alternatifs de résolution des conflits obligatoires, y compris la médiation et la conciliation, en ce qui concerne toutes les formes de violence couvertes par le champ d'application de la présente Convention* ».[305]

En effet, la médiation, utilisée entre des personnes qui connaissent un rapport de domination et/ou de violence, doit être exclue « *car elle prendrait le risque d'entériner des rapports de force ou des fonctionnements pervers* »[306].

300- Libération, J'étais sous l'emprise du docteur Hazout, 12 février 2014

301- L'OBS, Procès du docteur Hazout : le gynécologue condamné à 8 ans de prison, 20 février 2014

302- L'OBS, Procès du docteur Hazout : les « excuses » du Conseil de l'ordre, 18 février 2014

303- Procès du Dr Hazout : les «excuses» du Conseil de l'ordre, Nouvel Obs, 18 février 2014, https://www.nouvelobs.com/justice/20140218.OBS6779/proces-du-dr-hazout-les-excuses-du-conseil-de-l-ordre.html

304- Dite « Convention d'Istanbul »

305- http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Convention_d_Istanbul.pdf

306- SASSIUER Monique « Construire la médiation familiale. Arguments et propositions » Préface de Ségolène Royal, 2001

Analyse sur 10 ans des décisions rendues par l'Ordre des médecins suite à des plaintes de violences sexuelles

Selon les chiffres fournis par l'Ordre des médecins, les décisions renseignées comme relevant d'une « connotation sexuelle » dans le comportement avec la.le patient.e en 2015 et 2016 représentent :

		Total des décisions	Décisions relevant d'une « connotation sexuelle » dans le comportement avec le.la patient.e	
2015	Conseil national de l'Ordre des médecins	375	7	Soit **1,8%** du nombre total de décisions
	Conseils régionaux de l'Ordre des médecins	1314	48	Soit **3,6%** du nombre total de décisions
2016	Conseil national de l'Ordre des médecins	401	15	Soit **3,7%** du nombre total de décisions
	Conseils régionaux de l'Ordre des médecins	1378	48	Soit **3,4%** du nombre total de décisions

Source : Section Ethique et Déontologie du Conseil National de l'Ordre des médecins

Le HCE a par ailleurs mené une analyse des décisions en appel de la chambre nationale de l'Ordre des médecins : il s'agit de plaintes renseignées comme relevant de « *connotation sexuelle* » dans « *le comportement avec le patient* » disponibles sur le site internet du Conseil National de l'Ordre des Médecins, entre 2006 et 2016.

Précisions méthodologiques

- Les décisions étudiées par le HCE sont celles rendues par la Chambre nationale de la juridiction disciplinaire, qui intervient en cas d'appel des décisions rendues par les chambres disciplinaires de première instance (CDPI).

  Or, la majorité des décisions sont rendues au niveau des Chambres disciplinaires de première instance. En 2015 par exemple, 261 décisions ont été rendues au niveau national et 994 au niveau régional[307]. Cette étude permet donc un **aperçu partiel** des décisions rendues dans les conseils de l'Ordre des médecins.
- Toutes les plaintes mettant en cause une connotation sexuelles portées devant la chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins de 2007 à 2016, soit 104 au total, **mettaient en cause des auteurs uniquement hommes, des victimes mineures des deux sexes et des victimes majeures uniquement femmes.**
- Les décisions sont désignées de la manière dont elles ont été qualifiées par le Conseil National de l'Ordre des Médecins : viol, relation sexuelle avec abus de faiblesse, agression sexuelle, proxénétisme, et pédopornographie.

307- https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/rapport_dactivite_de_la_juridiction_ordinale_en_2015.pdf

« L'abus de faiblesse »

La chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins estime que la relation sexuelle entre un.e médecin et un.e patient.e est contraire au code de la santé publique dans ses articles R. 4127-2[308], R. 4127-3[309], R. 4127-7[310] et R. 4127-31[311]. Dans une de ses décisions de janvier 2016, elle juge qu'un médecin « dispose nécessairement d'un ascendant sur ses patients », qu'il doit « s'interdire à l'égard de ses patients toutes relations intimes » et enfin, que si de telles relations viennent à s'instaurer, le médecin doit « orienter son patient vers un autre praticien »[312].

Conformément à ce raisonnement, la chambre nationale sanctionne très régulièrement, dans sa jurisprudence, les médecins ayant eu des relations sexuelles avec un.e patient.e, notamment si elle.il est en état de « fragilité psychologique et de faiblesse ».[313] De tels faits concernent 22,1% des décisions rendues par la chambre nationale en appel sur la période étudiée (2007-2016).

Les décisions de la chambre disciplinaire nationale de l'Ordre illustrent la fragilité psychologique et économique dans laquelle se trouvent certaines patientes victimes de violences sexuelles : « addiction aux benzodiazépines, addiction pour laquelle elle [la patiente] avait été placée, en 2010, en affection de longue durée »[314], « état de grande faiblesse et de grande fragilité psychique, état au demeurant aggravé par une situation d'isolement social et de précarité matérielle »[315], « fragilité de sa patiente et des problématiques liées à son histoire ».[316] Certaines victimes ont d'ailleurs été agressées ou violées dans le cadre d'un suivi médical et/ou thérapeutique qui faisait suite à des agressions sexuelles, dans leur enfance ou à l'âge adulte.

Or, la chambre qualifie parfois le comportement du médecin qui a des relations sexuelles avec sa patiente en état de fragilité « *d'abus de faiblesse* », faisant référence à la jurisprudence de la Cour de cassation du 19 février 2014.[317] Dans cet arrêt, la Cour a en effet qualifié les relations sexuelles entre un psychiatre et sa patiente atteinte de troubles bipolaires d'« abus de faiblesse ».

Le délit « d'abus de faiblesse » est défini à l'article 223-15-2 du code pénal comme : « […] l'abus frauduleux de l'état d'ignorance ou de la situation de faiblesse soit d'un mineur, soit d'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, ***soit d'une personne en état de sujétion psychologique ou physique*** résultant de l'exercice de pressions graves ou réitérées ou de techniques propres à altérer son jugement, pour ***conduire ce mineur ou cette personne à un acte ou à une abstention qui lui sont gravement préjudiciables ».*** Il est puni de trois ans d'emprisonnement et de 375 000 euros d'amende.

Or, le HCE voit dans cette qualification des actes un risque de disqualification de faits de viols en « relation sexuelle avec abus de faiblesse » et donc une minimisation de la gravité de l'acte, et des peines encourues.

- Les plaintes dénoncent parfois plusieurs actes (par exemple : agression sexuelle et viol). Nous avons choisi, dans ces cas-là, de classer ces plaintes en fonction de l'infraction la plus grave. Ainsi, une plainte d'une victime pour agression sexuelle et viol apparait uniquement dans la catégorie « viols ».

308- « 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 »

309- « Le médecin doit, en toutes circonstances, respecter les principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine »

310- « Il [Le médecin] ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée »

311- 311 « Tout médecin doit s'abstenir, même en dehors de l'exercice de sa profession, de tout acte de nature à déconsidérer celle-ci. »

312- Décision n° 12445 du 12 janvier 2016 de la Chambre disciplinaire nationale de l'ordre des médecins

313- Décision n°12839 du 17 mai 2016 de la Chambre disciplinaire nationale de l'ordre des médecins

314- Décision n° 12445 du 12 janvier 2016 de la Chambre disciplinaire nationale de l'ordre des médecins

315- Décision n°12622 du 27 octobre 2015 de la Chambre disciplinaire nationale de l'ordre des médecins

316- Décision n°10043 du 5 février 2009 de la Chambre disciplinaire nationale de l'ordre des médecins

317- Cour de cassation, , 19 février 2014 https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?oldAction=rechJuriJudi&idTexte=JURITEXT000028641711&fastReqId=36662944&fastPos=1

- La chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins prononce des peines comprises, par ordre de gravité croissant :
  - l'avertissement ;
  - le blâme ;
  - l'interdiction d'exercice avec ou sans sursis de plusieurs ou de la totalité des fonctions de médecin ;
  - la radiation du tableau de l'Ordre.

L'interdiction temporaire d'exercer peut être prononcée avec ou sans sursis et sa durée est variable : d'un mois à trois années.[318] Par souci de clarté, nous n'avons pas détaillé la durée ni le sursis des peines d'interdiction temporaires d'exercer.

Sur les 104 plaintes examinées par la chambre disciplinaire nationale et renseignées comme ayant une « connotation sexuelle », 53,8% décrivent des faits d'agressions sexuelles, 22,1% des relations sexuelles avec « abus de faiblesse », 20,2% des faits de viol, 0,9% des faits de proxénétisme et 0,9% des faits de pédopornographie.

318- https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006688753&dateTexte=&categorieLien=cid

Nombre de plaintes selon la catégorie de faits (104) et pourcentage correspondant (100%)	Décisions rendues en appel par la Chambre disciplinaire nationale de l'ordre des médecins pour l'ensemble des plaintes « à connotation sexuelle » reçues entre 2006 et 2017 (104)	
Plaintes pour relation sexuelle avec abus de faiblesse (23) **22,1%**	Radiation du tableau de l'ordre (3)	13,0%
	Interdiction temporaire d'exercer (15)	65,2%
	Avertissement (1)	4,3%
	Rejet de la plainte (4)	17,4%
Plaintes pour viol (21) **20 ,2%**	Radiation du tableau de l'ordre (12)	57,1%
	Interdiction temporaire d'exercer (4)	19%
	Rejet de la plainte (5)	23,8%
Plaintes pour agressions sexuelles (56) **53,8%**	Radiation du tableau de l'ordre (13)	23,2%
	Interdiction temporaire d'exercer (29)	51,8%
	Avertissement (1)	1,7%
	Rejet de la plainte (6)	10,7%
	Relèvement d'incapacité (1)	1,7%
	Rejet demande de relèvement d'incapacité (1)	1,7%
	Refus d'appliquer l'article 4124-3 du code de la santé publique (5)	8,9%
Plaintes pour proxénétisme (1) **0,9%**	Interdiction temporaire d'exercer (1)	100%
Plaintes pour pédopornographie (1) **0,9%**	Radiation du tableau de l'ordre (1)	100%
Autres[1] (2) **1,9%**	Rejet de la plainte (2)	100%

Source : jurisprudence disponible sur le site internet du Conseil National de l'Ordre des Médecins - HCE

Décisions rendues :

Décisions rendues par la Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins pour l'ensemble des plaintes « à connotation sexuelle » reçues entre 2006 et 2017 (104)	Pourcentage	
Radiation du tableau de l'Ordre ou le maintien de cette radiation / Rejet demande de relèvement d'incapacité[319] (30)	28,8%	
Interdiction temporaire d'exercer (49)	47,1%	
Avertissement (2)	1,9%	
Décisions n'entrainant pas de condamnation (23)	Rejet de la plainte de la plaignante en appel (7) : 30,4%	22,1%
	Réception de la plainte du médecin en appel et annulation de la décision prise en première instance (7) : 30,4%	
	Rejet de plainte des compagnons pour cause d'adultère: (3) : 13%	
	Relèvement d'incapacité (1) : 4,3%	
	Rejet d'appliquer l'article R 4124-3 du code de la santé publique (5) : 21,7%	

Source : jurisprudence disponible sur le site internet du Conseil National de l'Ordre des Médecins - HCE

Lecture des résultats

L'ensemble des plaintes en appel a donné lieu, pour 28,8%, à une radiation du professionnel de santé, 47,1% à une interdiction temporaire d'exercer, 1,9% à un avertissement et dans 22,1% à des décisions qui n'ont pas entrainé de condamnation.

Les décisions n'ayant pas donné lieu à des condamnations se répartissent de la sorte :

- les décisions qui ont rejeté en première instance et en appel les plaintes de femmes (30,4%) ;
- les décisions qui ont annulé la décision rendue en première instance et ont donc supprimé la condamnation du médecin qui s'y afférait (30,4%) ;
- les décisions ayant rejeté les demandes de compagnons et maris de femmes qui dénonçaient des faits d'adultère[320] (13%) ;
- les décisions ayant abouti à un relèvement de la peine de radiation des médecins prononcée en appel (4,3%) ;
- les décisions ayant conduit à un rejet de l'application de l'article R 4124-3 du Code de Santé Publique[321] (21,7%).

Les décisions de la chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins font apparaitre l'absence de radiation automatique dans les cas de relations sexuelles avec abus de faiblesse, viols, agressions sexuelles, proxénétisme reconnus. Des médecins reconnus coupables par la juridiction disciplinaire de tels actes continueront *in fine* leurs activités professionnelles et demeureront en contact avec des patient.e.s.

319- La demande de relèvement d'incapacité est la demande de médecins ayant été radiés de l'ordre des médecins à le réintégrer. Elle peut être rejetée ou acceptée.

320- C'est-à-dire d'une relation consentie hors mariage entre le médecin et sa patiente.

321- Cet article permet à une agence régionale de santé, à un conseil départemental ou national de saisir le conseil régional de la juridiction disciplinaire de l'ordre des médecins, afin que ce dernier déclare une suspension temporaire du droit d'exercer d'un.e praticien.ne.e. Elle est prononcée dans des cas « d'infirmité ou d'état pathologique rendant dangereux l'exercice de la profession ». Si le conseil régional n'a pas statué dans un délai de deux mois à compter de la réception de la demande, l'affaire est portée devant le Conseil national de l'ordre. Dans le cadre de notre étude de la jurisprudence de la chambre disciplinaire nationale de l'ordre, nous avons donc identifié quatre décisions qui refusaient l'application de cet article.

3. Signalements *via* le droit commun

a. En Justice

Pour l'heure, il semble compliqué d'isoler les cas de violences, notamment sexuelles, commises dans le cadre de la relation de soin et de disposer de chiffres de la part du ministère de la Justice, parmi l'ensemble des plaintes et des condamnations.

L'institut de recherche et d'actions pour la santé des femmes (IRASF) souligne l'absence de qualification juridique spécifique au contexte médical des faits de violences obstétricales et le fait que, jusqu'à récemment, « *aucun.e avocat.e, même spécialisé.e en santé, ne voulaient se saisir de tels dossiers* ».

L'infraction spécifique de violences obstétricales n'existe pas. Cependant, les violences gynécologiques obstétricales telles que décrites dans le présent rapport tombent sous le coup de la loi pénale. Ainsi, les infractions d'harcèlement sexuel, d'agression sexuelle ou de viol peuvent être retenues, avec la circonstance aggravante qu'elles ont été commises par une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions, en l'espèce le.la professionnel.le de santé, ou commises sur une personne dont la particulière vulnérabilité est connue de l'auteur.rice. L'absence de qualification spécifique n'empêche pas ces faits d'être constitutifs d'infractions et sanctionnés pénalement.

Néanmoins, l'IRASF estime qu'à ce jour, des procédures en justice ont été entamées par cinq femmes accompagnées par le collectif[322].

a. Auprès du Défenseur des droits

Le Défenseur des droits, institution indépendante, a pour missions de défendre les personnes dont les droits ne sont pas respectés et de permettre l'égalité de tous et toutes dans l'accès aux droits.

Il apparait, après interrogation des juristes du pôle droits des malades et dépendance du Défenseur des droits que l'institution n'a jamais été saisie pour des faits de violences obstétricales ou gynécologiques.

Or, l'institution est compétente pour la défense des droits des usager.e.s du service public. Toute personne physique ou morale peut la saisir directement et gratuitement, quand elle estime avoir rencontré des difficultés dans sa relation avec un établissement de soins exerçant une mission de service public[323].

De plus, l'institution est compétente pour la défense des droits des usager.e.s du service public. Toute personne physique ou morale peut la saisir directement et gratuitement quand elle estime avoir rencontré des difficultés dans sa relation avec un établissement hospitalier[324].

Le Défenseur des droits dispose de pouvoirs lui permettant de demander des explications et de convoquer le ou la mise en cause. Les personnes mises en cause ne peuvent refuser de communiquer une information au Défenseur des droits. Si elles refusent, ce dernier peut s'adresser au juge des référés pour une mise en demeure ou encore invoquer le délit d'entrave, qui punit d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende le fait de ne pas coopérer avec le Défenseur des droits.

Il peut ensuite demander à l'autorité qui en a le pouvoir que des sanctions disciplinaires soient prises contre le.la professionnel.le qui a commis une faute.

Enfin, le défenseur des droits peut intervenir devant toutes les juridictions nationales et européennes afin de présenter son analyse sur un dossier. Il présente ses observations oralement ou par écrit à la demande d'une des parties, si un juge le sollicite pour bénéficier de son expertise, ou de sa propre initiative.

322- Selon les éléments fournis par l'IRASF
323- https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/institution/competences/services-publics
324- https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/institution/competences/services-publics

B. Améliorer et faciliter les procédures de signalement et condamner les pratiques sanctionnées par la loi

1. Par une meilleure information des femmes, tout au long de leur vie

a. Mettre en place l'obligation légale d'éducation à la sexualité dès le plus jeune âge

L'éducation à la sexualité est, selon la définition du HCE dans son rapport relatif à l'éducation à la sexualité[325] du 13 juin 2016, « *une manière d'aborder l'enseignement de la sexualité et des relations interpersonnelles. Adaptée à l'âge, globale, positive et sans jugement de valeur, elle vise à doter les jeunes des connaissances, compétences, attitudes et valeurs, dont ils et elles ont besoin pour déterminer leur sexualité et s'y épanouir. Elle permet de transmettre des savoirs relatifs à l'anatomie et la reproduction, mais doit aussi permettre de construire une culture de l'égalité, dont elle constitue l'un des aspects.* »[326]

Cette éducation s'inscrit dans une conception holistique de la santé et est un outil indispensable pour atteindre l'égalité femmes-hommes[327].

L'éducation à la sexualité est encadrée par la loi du 4 juillet 2001[328] qui prévoit qu'une «*information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène* », et que ces séances « *contribuent à l'apprentissage du respect dû au corps humain* » (art. L312-16 du code de l'éducation). L'article 19 de la loi du 13 avril 2016[329] a ajouté que ces séances présentent « *une vision égalitaire des relations entre les femmes et les hommes* ».

Or, le rapport du HCE met en avant le fait que, parmi les 12 millions de jeunes scolarisé.e.s chaque année, seule une petite minorité bénéficie tout au long de leur scolarité de séances annuelles d'éducation à la sexualité, comme la loi l'a prévu.

325- Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes, Rapport relatif à l'éducation à la sexualité, 13 juin 2016 http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_rapport_sur_l_education_a_la_sexualite_synthese_et_fiches_pratiques.pdf

326- Ibid

327- Ibid

328- https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000222631&dateTexte=&categorieLien=id

329- https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032396046&categorieLien=id

Éducation à la sexualité : une mise en œuvre parcellaire et inégale sur le territoire

Selon le baromètre mené par le HCE auprès d'un échantillon représentatif de 3000 établissements scolaires au cours de l'année scolaire 2014/2015 :

- Un quart des écoles n'a pas mis en place d'actions en matière d'éducation à la sexualité nonobstant leur obligation légale ;
- Les personnels de l'Éducation nationale sont très peu formés à l'éducation à la sexualité ;
- Lorsque l'éducation à la sexualité est intégrée à des enseignements disciplinaires, elle est largement concentrée sur les sciences (reproduction) plutôt que d'être intégrée de manière transversale en lien avec la dimension citoyenne et l'égalité filles-garçons ;
- Lorsque des séances ou actions d'éducation à la sexualité sont menées, cela ne concerne pas toutes les classes du CP à la Terminale, mais en priorité des classes de CM1 et de CM2 pour l'école élémentaire, des classes de 4e et 3e pour le collège, et des classes de 2nde pour le lycée ;
- Les thématiques les plus abordées sont la biologie/reproduction, l'IVG/contraception, le VIH/Sida et la notion de « respect », notamment entre les sexes. À l'inverse, les questions de violences sexistes et sexuelles ou d'orientation sexuelle sont les moins abordées ;
- Le manque de moyens financiers, de disponibilité du personnel et la difficile gestion des emplois du temps sont perçus comme les principaux freins à la mise en œuvre.

Il est donc indispensable, afin de lutter contre les comportements et les violences sexistes dans le cadre gynécologique et médical, qu'une éducation à la compréhension et au respect du corps et des sexualités soit mise en place.

RECOMMANDATION 15 : Mettre en place l'obligation, prévue par la loi depuis 2001, d'une éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées publics et privés.

b. Permettre un choix éclairé pour toutes les femmes par une information fiable et régulière

La première consultation gynécologique

Le HCE a identifié, dans son rapport relatif à l'éducation à la sexualité de juin 2016, un besoin d'information de la part des jeunes sur la sexualité et les relations intimes :

Les jeunes, et en particulier les filles, méconnaissent leur corps, et le plaisir féminin reste tabou : 84% des filles de 13 ans ne savent pas représenter leur sexe alors qu'elles sont 53% à savoir représenter le sexe masculin, et une fille de 15 ans sur quatre ne sait pas qu'elle a un clitoris.[330]

De plus, la responsabilité de la prévention des grossesses non désirées et des maladies sexuellement transmissibles continue de peser principalement sur les filles et sur les femmes.[331]

Or, à un âge où elles ont leurs premières relations sexuelles, il est important que les jeunes filles connaissent leur corps et les enjeux que posent ces nouveaux rapports intimes.

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) diffuse une brochure — élaborée conjointement avec l'association Sparadrap[332] et l'association Adosen prévention santé MGEN — pour « *dédramatiser cette visite*

330- HCE, Rapport relatif à l'éducation à la sexualité, 13 juin 2016
331- HCE, Rapport relatif à l'éducation à la sexualité, 13 juin 2016
332- Association spécialisée dans l'accompagnement des enfants dans leur parcours de soin

et favoriser le dialogue des adolescentes avec les professionnel.le.s » intitulée « *La première consultation gynécologique* »[333].

La brochure s'adresse aux jeunes femmes de 14 à 20 ans et entend répondre à leurs principales interrogations sur le déroulement d'une consultation gynécologique.

Il serait intéressant d'actualiser et diffuser très largement ce type de ressources, afin d'éduquer les plus jeunes générations à une sexualité sans jugement ni stéréotypes.

RECOMMANDATION 16 : Mettre à jour et diffuser — par voie numérique et dans les centres de soins — un livret d'information relatif à la première consultation gynécologique (également disponible en langues étrangères et accessible aux personnes malvoyantes).

L'avortement

Les tentatives de désinformation concernant l'interruption volontaire de grossesse sont très importantes. Dans son « *Rapport relatif à l'accès à l'IVG* » (volet 1)[334], le HCE alertait les pouvoirs publics sur la présence de nombreux sites internet, ouvertement anti-IVG ou d'apparence neutre, qui condamnaient le recours à l'avortement et publiaient des informations erronées sur ses conséquences.

Suite à la recommandation du HCE de créer un site institutionnel dédié à l'avortement à destination des femmes et des professionnel.le.s, le site **ivg.gouv.fr** a été lancé en 2013. Il garantit une information fiable à toutes les femmes, recueille en moyenne 65 000 visiteur.euse.s par mois et figure en premier résultat sur les principaux moteurs de recherche pour la requête « IVG »[335].

En 2017, le Gouvernement a également étendu à internet le délit d'entrave, institué en 1993 pour lutter contre les « *commandos* » réactionnaires qui agressaient ou tentaient de dissuader les femmes aux abords des centres IVG. Désormais, les sites de « *désinformation* » sont passibles d'une peine pouvant aller jusqu'à deux ans d'emprisonnement et 30 000 euros d'amende.

Néanmoins, il convient d'exercer une vigilance sur le sujet et de renforcer l'information des femmes, tant sur internet que dans les consultations des centres de protection maternelle et infantile (PMI), de planification et d'éducation familiale (CPEF) et dans les établissements d'information, de consultation et de conseil familial (*EICCF*), notamment pour la connaissance de leurs droits.

333- http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1400
334- HCE, Rapport relatif à l'accès à l'IVG - Volet 1 : Information sur l'avortement sur Internet, 2013
335- http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_bilan_mise_en_oeuvre_recos_ivg_2017_01_17_vf-2.pdf

Le suivi de grossesse

L'enquête périnatalité menée par l'INSERM et la DREES en 2016 a étudié les « *demandes des femmes à propos de l'accouchement* ».

Interrogées sur leurs souhaits particuliers pour l'accouchement :

- 3,7% des femmes avaient rédigé un projet de naissance ;
- 17,2% des femmes avaient exprimé des demandes à l'arrivée à la maternité ;
- 1,9% des femmes avaient des demandes mais ne les avaient pas exprimées ;
- 77,2% des femmes n'avaient pas de demandes particulières.[336]

Ces résultats peuvent être expliqués par un manque important d'information des femmes sur la possibilité de formuler des demandes, dont un projet de naissance, lors de leur accouchement.

Sophie GUILLAUME, présidente du Collège National des Sages-femmes de France (CNSF), indique :

> « *Quand je demande aux femmes de quoi elles ont envie, elles restent bouche bée car on ne leur demande jamais* ».[337]

Ainsi, pour permettre aux femmes d'être actrices et de pouvoir formaliser leurs souhaits, il apparait nécessaire de généraliser le carnet de maternité et de mieux les impliquer dans le processus d'accouchement.

Le carnet de maternité

Il se présente en trois parties :

- un livret d'accompagnement de la grossesse comportant des espaces d'annotations pour la femme et les professionnel.le.s qui la suivent ;
- des fiches d'informations pratiques sur les examens à suivre, les soins, les services de préparation, les démarches à entreprendre, assortis de messages de prévention (conseils alimentaires, suivi dentaire, etc.) ;
- un dossier prénatal de suivi médical à remplir par les professionnel.le.s de santé, qui peut être remplacé par le dossier de suivi médical utilisé dans leur réseau de soins.

Lors de chaque examen médical, le médecin ou la sage-femme consigne ses constatations et indications sur le carnet de maternité. Le carnet est soumis au secret professionnel, aucune personne, y compris le futur père, ne peut en exiger la communication[338].

Il est néanmoins ressorti des auditions qu'il existait de nombreuses version de carnets de maternité, variable d'un établissement de santé à un autre et que son usage n'était pas généralisé.

Il pourrait être intéressant d'élaborer un modèle-type, qui comprenne notamment un volet sur les droits des patientes.

Le projet de naissance

Le projet de naissance est un document dans lequel les femmes ou les parents consignent leurs souhaits relatifs à l'accouchement. Ils et elles peuvent y évoquer les gestes médicaux qu'ils.elles veulent éviter, les positions qu'ils.elles privilégient etc.

L'enquête nationale de périnatalité nous apprend néanmoins que seulement 3,7% des femmes interrogées en 2016 avaient rédigé un projet de naissance.

336- DREES, INSERM, Enquête nationale périnatale, 2016
337- Audition par le HCE, 1er février 2018
338- https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F17365

En Angleterre, le projet de naissance est beaucoup plus commun puisque 20% des parturientes en rédigent un[339].

Le HCE recommande d'encourager le recours au projet de naissance.

Par ailleurs, afin de permettre une plus grande implication de toutes les femmes — y compris celles qui ne maitrisent pas le français — dans leur processus d'accouchement, il apparait nécessaire de rendre possible le recours à un.e interprète.

RECOMMANDATION 17 : Établir un carnet de maternité type qui comprenne un module sur les droits des patientes et le généraliser à tous les établissements et aux professionnel.le.s de santé qui effectuent un suivi des grossesses en libéral (également disponible en langues étrangères et en braille).

RECOMMANDATION 18 : Permettre une plus grande implication des femmes dans le suivi de grossesse, l'accouchement et la suite des couches *via* :

- la possibilité, pour les futurs parents, d'élaborer un projet de naissance précisant leurs souhaits concernant le déroulement de l'accouchement, hors impératif médical ;
- la possibilité d'avoir recours à un.e interprète, choisi.e parmi les associations qui respectent le référentiel de la Haute Autorité de Santé d'octobre 2017 : « *Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé* », pour les femmes primo-arrivantes et/ou qui ne maîtrisent pas la langue française.

Le retour à la maison

Le séjour des femmes à l'hôpital, dans le cadre de leur accouchement, ne laisse pas toujours le temps aux soignant.e.s de pouvoir débriefer avec la parturiente sur la manière dont il s'est déroulé.

Pour Ghada HATEM, gynécologue-obstétricienne auditionnée par le HCE, ce manque de temps est un véritable frein à la construction d'une relation de confiance entre soignant.e.s et soigné.e.s :

> « *Aujourd'hui, à 8h du matin, les médecins sont parti.e.s, et les femmes restent de moins en moins longtemps à l'hôpital, donc quand les médecins reviennent pour leur garde suivante, la femme sera souvent partie.* ***Nous n'avons plus le temps d'instaurer une relation de confiance avec la femme.***[340]**»**

C'est souvent quand elles sont de retour à la maison que les femmes s'interrogent et prennent conscience du traumatisme lié à l'accouchement et/ou des dysfonctionnements qui ont pu se produire.

Le Collège National des Sages-femmes de France (CNSF) perçoit également ce besoin de la part des femmes, d'être suivies postérieurement à l'accouchement :

> « *C'est souvent au moment de la reprise du travail que les femmes ne vont pas aller bien. Elles ont besoin d'explication, de comprendre, de savoir qu'elles n'ont pas mal fait les choses* »[341]
>
> Sophie GUILLAUME, présidente du CNSF

Il est donc essentiel, pour améliorer la prise en charge des femmes pendant l'accouchement :

- **de généraliser l'entretien prénatal précoce (EPP)**

L'entretien prénatal précoce, qui n'est pas compris dans les sept consultations obligatoires du suivi de grossesse, n'est pas obligatoire mais est pris en charge à 100% par la sécurité sociale. Il est réalisé par un.e professionnel.le de la naissance (médecin généraliste, gynécologue ou sage-femme).

339- Le contrat « Spirale », 2004 https://www.cairn.info/revue-spirale-2004-2-page-103.htm
340- Audition par le HCE, 14 décembre 2018
341- Audition par le HCE, 1er février 2018

La HAS lui fixe quatre objectifs : accéder au ressenti de la femme et du couple, les aider à avoir confiance en eux.elles, favoriser la coordination entre les différent.e.s intervenant.e.s de la naissance, consolider la confiance des patient.e.s en leur système de santé[342].

Or, l'entretien prénatal précoce est encore sous-mobilisé par les femmes et les couples. Selon l'enquête périnatalité de 2016, **28% des femmes ayant accouché avaient bénéficié d'un EPP**. Il apparait indispensable de le promouvoir et le généraliser[343].

Le plan national de santé publique, lancé conjointement par le Premier ministre et la ministre des Solidarités et de la Santé le 26 mars 2018, prévoit de rendre effectif, par une large diffusion de l'information, la réalisation de l'entretien prénatal précoce pour tous les futurs parents et femmes et ainsi informer sur les ressources mobilisables en matière de soutien à la parentalité[344].

Par ailleurs, dans son Rapport « *Santé et l'accès aux soins : une urgence pour les femmes en situation de précarité* » (2017), le HCE recommandait déjà de systématiser l'entretien prénatal précoce (EPP).

Chiffres-clés

En 2016, seules **28%** des parturientes avaient bénéficié d'un entretien prénatal précoce.

Source : INSERM/DREES

de créer un entretien post-natal

Depuis 2008, deux séances postnatales sont proposées dans les réseaux de périnatalité. Elles sont réalisées par un.e sage-femme ou par un.e autre professionnel.le référent.e du suivi entre le 8e jour suivant l'accouchement et la visite postnatale, examen médical de la mère réalisé entre 6 et 8 semaines après l'accouchement.

Ces séances sont en priorité proposées aux femmes en situation de vulnérabilité (isolement, insécurité etc.) décelée pendant la grossesse ou après l'accouchement[345].

La HAS recommande de renforcer cet accompagnement en **généralisant** l'entretien postnatal réalisé préférentiellement entre le 8e et le 15e jours suivant l'accouchement, permettant aux femmes d'exprimer leur vécu, leurs besoins voire leurs difficultés, afin que le suivi puisse être ajusté au regard de la discussion, en s'appuyant sur les ressources du réseau de santé en périnatalité[346].

La Direction Générale de la Santé (DGS) du ministère des Solidarités et de la Santé suggère également de prévoir un *débriefing* systématique, pendant le séjour en maternité, sur les conditions de l'accouchement avec la mère ou le couple. Ce *débriefing* serait effectué par le.la cadre de la maternité ou un.e membre de l'équipe (gynécologue-obstétricien.ne, anesthésiste, sage-femme ou pédiatre selon les situations)[347].

Il convient d'allouer les moyens humains et financiers suffisants pour que les soignant.e.s aient le temps et les capacités de mener à bien ce temps d'échange.

Il existe également, depuis 2010, un service de retour à domicile des patient.e.s hospitalisé.e.s — intitulé « *Prado* » — pris en charge par l'Assurance maladie. Il concerne les femmes pour lesquelles la maternité a autorisé une sortie standard (à partir de 72 heures après un accouchement par voie basse ou à partir de 96 heures après un accouchement par césarienne). Le programme a également été étendu à titre expérimental à certaines patientes qui étaient sorties moins de 72 heures après un accouchement par voie basse ou moins de 96 heures après une césarienne.

342- HAS, préparation à la naissance et à la parentalité, novembre 2015
343- DREES, INSERM, Enquête nationale périnatale, 2016
344- Selon les éléments fournis par la DGS
345- Selon les éléments fournis par la DGS
346- HAS, Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et des nouveaux-nés, mars 2014
347- Selon les éléments fournis par la DGS

L'accompagnement est mené par un.e sage-femme, choisie par la femme, qui assure la prise en charge de la maman et du nouveau-né dans le cadre d'une première visite, de préférence dans les 48 heures suivant la sortie de la maternité (et au plus tard dans les 7 jours). La deuxième visite est recommandée et planifiée selon l'appréciation de la sage-femme qui assure le suivi[348].

Néanmoins, ce suivi n'est pas garanti dans la pratique et pour Ghada HATEM :

> *« Les sages-femmes ne restent que 15 minutes, le suivi est quasiment inexistant. Il vaut mieux que la sécurité sociale paie pour que les femmes puissent rentrer chez elles avec un véritable accompagnement par une sage-femme. »*[349]

Le HCE recommande de généraliser l'entretien prénatal précoce et de créer un entretien postnatal.

RECOMMANDATION 19 : Généraliser l'entretien prénatal précoce (EPP) et créer un entretien post-natal, pris en charge par la Sécurité sociale, qui permette aux femmes d'échanger sur le déroulement de leur accouchement.

Enfin, pour faciliter les procédures de signalement et afin que les femmes puissent s'appuyer sur la description des actes réalisés au cours de l'accouchement, il apparait nécessaire de rappeler l'obligation d'inscrire, dans le dossier médical de chaque parturiente, l'ensemble des actes pratiqués.

RECOMMANDATION 20 : Rappeler l'obligation d'inscrire tous les actes pratiqués au dossier médical de chaque parturiente.

c. Par une meilleure information concernant leurs droits et un meilleur accompagnement des victimes

Le rapport de la Conférence nationale de santé « *Renforcer et mobiliser les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé* » du 8 février 2018350 pointe la nécessité de mettre l'information « *au cœur de la reconnaissance et de l'exercice des droits de l'usager du système de santé* »[351].

Le rapport estime en effet :

« Il ne peut y avoir de développement de la prévention et de la promotion de la santé sans information de l'usager sur la santé. Cette information doit pouvoir s'appuyer sur les données actualisées de la science. Pour ce faire, ***l'usager doit pouvoir identifier les sources d'informations valides et fiables, y accéder et s'approprier les connaissances.*** *Elle est une des conditions nécessaires de l'implication de l'usager et du patient dans sa prise en charge et dans la construction de son parcours de santé. Il ne peut y avoir d'accès à l'information de qualité pour tous, sans garantie d'un accompagnement des plus démunis ou isolés pour y accéder. Il ne peut y avoir de démocratie en santé, de participation de l'usager et de ses représentants aux organisations et aux politiques de santé, sans* ***information sur l'offre de biens et services présente, sur son utilisation et ses résultats en termes de santé. L'observation partagée du système de santé est une nécessité.*** *»*

Au vu du peu de recours précédemment mentionnés, il apparait nécessaire de renforcer l'information sur les droits des patientes.

Le HCE recommande le lancement d'une campagne sur les droits des usagèr.e.s du système médical, qui renseigne sur les recours possibles. Cette campagne pourrait être menée en partenariat avec le Défenseur Des Droits, autorité chargée de veiller à la protection des droits et des libertés et de promouvoir l'égalité.

348- https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/330728/document/prado_mat_memo_sf_pour_actu_ameli_06_2017.pdf
349- Entretien du HCE avec Ghada HATEM le 14 décembre 2017.
350- http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_acteurs_prevention_plen_0802_revu_gt_mis_en_ligne_160318.pdf
351- CNS, « Renforcer et mobiliser les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé », 8 février 2018, p15

Nous recommandons également de relayer le guide produit par la Fondation des femmes « *Accouchement : mes droits, mes choix* »[352], et plus généralement, que les informations sur le droit des patientes soient diffusées sur le site de l'Assurance maladie, dans le carnet de maternité, dans les centre de protection maternelle et infantile et de planification familiale et qu'elles soient abordées au cours des huit séances de préparation à la naissance.

De plus, les commissions d'usager.e.s, qui représentent les patient.e.s et leur famille dans le système de soin, sont des instances privilégiées de la protection des droits des patient.e.s. Encore trop peu connues, nous recommandons de les faire découvrir et d'obliger la transmission de toutes déclarations faites devant les commissions aux services et aux soignant.e.s concerné.e.s.

RECOMMANDATION 21 : Informer les femmes concernant leurs droits et les possibilités de recours en cas d'actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical :

- lancer la première campagne d'information en direction du grand public rappelant les droits des patientes, en présentant plusieurs situations où ceux-ci sont bafoués ;
- diffuser des informations sur les droits des patientes sur le site de l'Assurance maladie, dans le carnet de maternité et dans les centres de protection maternelle et infantile et de planification familiale, en s'appuyant par exemple sur le Guide « Accouchement : mes droits, mes choix » de la Fondation des Femmes ;
- faire connaitre l'existence des commissions des usager.e.s et transmettre systématiquement toute déclaration aux services et soignant.e.s impliqué.e.s dans une optique d'amélioration de la qualité des soins ;
- intégrer, dans les huit séances de préparation à la naissance, un temps dédié aux droits des patientes.

Enfin, le HCE recommande de visibiliser et soutenir financièrement les associations aussi bien généralistes d'accompagnement des femmes victimes de violence, que les associations spécialisées sur les violences gynécologiques, telles que CIANE et IRASF.

RECOMMANDATION 22 : Soutenir financièrement les associations qui accompagnent des femmes victimes de violences sexistes et sexuelles, notamment dans le cadre du suivi gynécologique et obstétrical.

2. Par une plus grande implication des Ordres nationaux professionnels

Le 21 novembre 2017, l'Ordre des médecins a publié un communiqué à destination des conseils départementaux ordinaux[353] sur l'engagement de l'Ordre contre le harcèlement sexuel. Dans une communication transmise aux Conseils départementaux ordinaux, le président du conseil national, Patrick BOUET, indique :

> « *La profession toute entière doit se mobiliser pour dénoncer et combattre le harcèlement sexuel dans le milieu médical […] Nous réitérons aujourd'hui notre appel : dès lors qu'un médecin est mis en cause, n'attendez plus et saisissez l'Ordre. Notre institution sera toujours un allié important aux côtés des victimes de harcèlement sexuel.* »

Le HCE salue la prise de conscience du CNOM quant à l'ampleur et la gravité des violences sexistes et sexuelles dans le milieu médical et tout particulièrement les annonces relatives à :

1. La **transparence** et la réaffirmation de « l'*obligation pour les Conseils départementaux, dès réception de signalements pour harcèlement sexuel, d'en prendre acte et d'entamer systématiquement la procédure disciplinaire habituelle* »[354].

352- https://fondationdesfemmes.org/guide-juridique-accouchement/
353- https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_communication_harcelement.pdf
354- https://www.conseil-national.medecin.fr/node/2392

2. La **prévention** et le rappel de « *la nécessité de sensibiliser les étudiants et les médecins à ces comportements tout au long de leur cursus universitaire et professionnel* »[355].
3. La **sanction** et le jugement « *en toute indépendance des chambres disciplinaires, lorsque de tels actes sont avérés* »[356].

Le HCE encourage le Conseil National de l'Ordre des Médecins et le Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes à aller plus loin par la mise en place d'une procédure spécifique pour tous les faits relevant de violences sexistes et sexuelles et d'une formation des membres des chambres disciplinaires de tous niveaux des deux ordres aux violences sexistes et sexuelles.

a. Prévoir une procédure spécifique pour tous les faits relevant de violences sexistes et sexuelles

Comme détaillé précédemment, dans le cadre de la juridiction disciplinaire de l'Ordre des médecins comme de l'Ordre des sages-femmes, une réunion de conciliation est obligatoirement organisée au niveau départemental entre la victime et son agresseur présumé[357]. Il existe une seule exception à la réunion de conciliation, admise par le Conseil d'État dans sa jurisprudence[358] : lorsque la plainte contre le médecin est directement portée par le conseil départemental ou national de l'Ordre.

Or, comme mentionné plus haut, 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 exclut toute forme de conciliation en cas de violences faites aux femmes.

La loi n°2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes[359] limite également le recours à la médiation pénale en cas de violences conjugales à la demande expresse de la victime.

Au vu des mécanismes d'emprise désormais connus en matière de violences et pour ne pas confronter une victime à son agresseur, il apparait indispensable de prévoir une procédure disciplinaire spécifique en cas de violences sexistes et sexuelles qui exclut toute médiation entre la victime et son agresseur.

RECOMMANDATION 23 : Prévoir une procédure disciplinaire spécifique d'examen des plaintes pour violences sexuelles, excluant toute médiation, conformément à 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, dite « Convention d'Istanbul ».

b. Rendre obligatoire la formation des membres des chambres disciplinaires des ordres professionnels à tous les niveaux

Les chambres de la juridiction disciplinaire de l'Ordre des médecins et des sages-femmes sont présidées par un.e magistrat.e administratif.ve ou un.e conseiller.e d'État. Elles sont composées de membres élu.e.s parmi les conseils des deux ordres et les décisions sont rendues en formation collégiale.[360]

Il apparait indispensable que les membres des chambres disciplinaires des deux ordres soient formé.e.s aux spécificités des violences sexistes et sexuelles. Cette sensibilisation est essentielle afin de comprendre les

355- https://www.conseil-national.medecin.fr/node/2392

356- https://www.conseil-national.medecin.fr/node/2392

357- Article L. 4123-2 du code de la santé publique

358- CE, 23 décembre 2011, n° 344762 : « Considérant qu'eu égard à l'objet de la procédure de conciliation, qui est de permettre aux parties de régler le différend qui les oppose avant qu'il ne soit éventuellement porté devant la juridiction disciplinaire, et à la mission de l'ordre, qui l'exerce à travers ses différents conseils, de veiller au respect de la déontologie médicale, la procédure de conciliation, qui doit en principe être organisée par le conseil départemental lorsqu'une plainte contre un médecin est portée devant lui, est sans objet lorsque la plainte émane d'une ou de plusieurs des instances de l'ordre. »

359- https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029330832&categorieLien=id

360- Ordonnance n°2017-192 du 16 février 2017

mécanismes de la violence et de l'emprise et leurs conséquences psycho-traumatiques et afin de ne pas faire peser la culpabilité de la violence sur la victime.

RECOMMANDATION 24 : Former les membres des chambres disciplinaires des ordres des sages-femmes et des médecins à la prise en compte des violences sexistes et sexuelles.

C. Condamner les pratiques sanctionnées par la loi

1. Faciliter la transmission en justice des plaintes déposées auprès des juridictions disciplinaires

Comme présenté par le D. Jean-Marie FAROUDJA, Président de la Section Ethique et Déontologie du Conseil national de l'Ordre des médecins, lors de son audition par le HCE :

« L'Ordre n'a aucune obligation de transmettre, les procédures — pénales et disciplinaires — sont séparées, même si elles peuvent se cumuler. L'Ordre n'est pas obligé d'attendre la condamnation pénale pour statuer. »[361]

Il n'existe donc **pas de transmission systématique des plaintes déposées auprès de la juridiction disciplinaire de l'Ordre des médecins et de l'Ordre des sages-femmes vers les juridictions judiciaires**.

En revanche, **toute condamnation d'un médecin ou d'une sage-femme par une juridiction pénale est communiquée au conseil national de l'Ordre** et « *la chambre de première instance de l'Ordre peut prononcer s'il y a lieu, à son égard […] une des sanctions prévues à l'article L.4124-6* ».[362]

De plus, comme l'explique Dr FAROUDJA : « *s'il y a eu une reconnaissance de culpabilité au pénal, l'Ordre est tenu par la qualification matérielle*»[363]. Ainsi, si une juridiction pénale a qualifié des faits d'agression sexuelle, la chambre disciplinaire de l'Ordre doit juger les faits en tant qu'agression sexuelle.

Afin que les actes commis dans le cadre gynécologique et obstétrical ne restent pas impunis, le HCE recommande de rendre obligatoire la transmission des plaintes déposées auprès des Ordres des médecins et des sages-femmes vers les juridictions pénales.

RECOMMANDATION 25 : Systématiser la transmission à la justice des plaintes formulées auprès des Ordres des médecins et des sages-femmes relatives à des pratiques réprimées par le Code Pénal, dès lors que la victime en a donné son accord.

361- Audition par le HCE, 16 octobre 2017.

362- Article L4126-6 du code de la santé publique https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006688806&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20070828

363- Audition par le HCE, 16 octobre 2017.

2. Renforcer la formation des magistrat.e.s et des forces de l'ordre pour améliorer le traitement judiciaire

L'article 51 de la loi pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes du 4 août 2014 instaure l'obligation de formation pour tou.te.s les professionnel.le.s en lien avec des femmes victimes de violences.[364]

Le HCE renouvelle la recommandation formulée dans son « *Avis pour une juste condamnation sociétale et judiciaire du viol et autres agressions sexuelle* « (2016) de renforcer cette formation pour les magistrat.e.s et les forces de l'ordre afin « *d'améliorer le repérage des violences faites aux femmes, y compris les violences sexuelles, de connaitre les mécanismes de la violence, de l'emprise et de leurs conséquences psychotraumatiques, tout en soulignant également l'importance du questionnement systématique, qui consiste à poser de façon récurrente la question des violences subies, passées comme présentes, à toute nouvelle patiente ou usagère* »[365].

RECOMMANDATION 26 : Renforcer la formation des forces de l'ordre et des magistrat.e.s sur les violences sexistes et sexuelles.

364- https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029330832&categorieLien=id#JORFARTI00002933123
365- HCE, Avis pour une juste condamnation sociétale et judiciaire du viol et autres agressions sexuelle, 5 octobre 2016, p.19

REMERCIEMENTS

Le présent rapport a été réalisé par la Commission « Santé, droits sexuels et reproductifs » du Haut Conseil à l'Égalité avec le concours de membres associé.e.s ainsi que de personnalités extérieures, et avec l'appui du Secrétariat général du HCE. Que l'ensemble de ces personnes en soient remerciées.

Membres de la Commission « Santé, droits sexuels et reproductifs » du Haut Conseil à l'Égalité :

***Geneviève COURAUD**, rapporteure, Présidente de la Commission « Santé, droits sexuels et reproductifs »*

Anne-Sophie AVE, haute fonctionnaire à l'égalité femmes-hommes, ministère des Armées, représentée par Pierre ARNAUD ● **Cécile COURREGES,** directrice générale de l'offre de soins du Ministère des Solidarités et de la Santé ● **Thierry DAMIEN**, membre du conseil d'administration de Familles rurales ● **Jean GALAND**, Conseiller départemental de la Gironde ● **Françoise LAURANT**, membre du bureau national de la Ligue de l'enseignement ● **Gilles LAZIMI**, médecin généraliste du centre municipal de santé, responsable des actions prévention santé de la ville Romainville en Seine-Saint-Denis, maître de conférence en médecine générale à l'Université Pierre et Marie Curie- **Christine MAUGET**, membre du Bureau national du Planning Familial et présidente de la Fédération du Poitou Charentes ● **Jérôme SALOMON,** directeur général de la Santé du Ministère des Solidarités et de la Santé, représenté par Béatrice FLORENTIN et Lionel LAVIN ● **Laurent SETTON,** haut fonctionnaire à l'égalité femmes-hommes pour les Ministères sociaux, représenté par Nelly HERIBEL ● **Pascale VION**, présidente de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes de Conseil économique, social et environnemental (CESE).

Membres issu.e.s d'autres Commissions du Haut Conseil à l'Égalité :

Gaël PASQUIER, maître de conférences en sociologie à l'École Supérieure du Professorat et de l'Éducation, Université Paris Est Créteil ● **Serge RABIER**, docteur en socio-démographie de l'université Paris Descartes ● **Claire SERRE-COMBE**, ancienne porte-parole d'Osez le féminisme !, représentée par Céline PIQUES ● **Jean-Philippe VINQUANT,** directeur général de la cohésion sociale (DGCS), représenté par Julie VANHECKE.

Pour le Secrétariat général du Haut Conseil :

Margaux COLLET, *co-rapporteure, Responsable du suivi des travaux de la commission « Santé, droits sexuels et reproductifs »*

● **Coline DELCOURT**, chargée de projet stagiaire (2017-2018) ● **Claire GUIRAUD**, Secrétaire générale ● **Lucie MICHEL,** chargée de projet stagiaire (2018).

Liste des personnes extérieures auditionnées ou rencontrées lors de RDV bilatéraux :

Claire AKOUKA, responsable de la communication et **Sylvaine COPONAT**, trésorière, Conseil national de l'Ordre des Sages-femmes (CNOSF) ● **Agnès BUZYN**, ministre des Solidarités et de la Santé ● **Basma BOUBAKRI** et **July BOUHALIER**, co-présidentes de l' Institut de Recherche et d'Action pour la Santé des Femmes (IRASF) ● **Dre Marie-**

Laure BRIVAL, Gynécologue-obstétricienne à la Maternité des Lilas et membre de l'Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception (ANCIC) ● **Clara DE BORT**, Directrice d'hôpital et autrice du blog « En jupe » ● **Dr Humbert DE FREMINVILLE**, Représentant du Collège de la médecine générale ● **Mélanie DECHALOTTE**, journaliste à France Culture et autrice du « Livre noir de la gynécologie » ● **Anne EVRARD**, co-présidente du Collectif Interassociatif Autour de la NaissancE (CIANE) ● **Dr Jean-Marie FAROUDJA**, Président de la Section Ethique et Déontologie du Conseil national de l'Ordre des Médecins ● **Catherine GRENIER,** Directrice de l'Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ● **Sophie GUILLAUME**, Présidente du Collège national des sages-femmes de France et sage-femme ● **Dr Ghada HATEM**, gynécologue-obstétricienne, fondatrice de la Maison des Femmes de Saint-Denis ● **Marie-Hélène LAHAYE,** autrice du blog « Marie accouche là » et du livre « Accouchement : les femmes méritent mieux » ● **Dominique LE GUDULEC**, Présidente du Collège de la Haute Autorité de Santé ● **Dre Perrine MILLET,** gynécologue-obstétricienne, responsable du diplôme inter-universitaire « Prise en charge des maltraitances rencontrées en gynécologie obstétrique » mis en place dans les universités de Grenoble-Alpes, Paris-Descartes et Montpellier ● **Jean-Christophe PAUL**, chef de département des formations de santé et **Antoine TESNIERE**, professeur, conseiller santé à la Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle (DGESIP) du Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche (MENEST) ● **Caroline RAQUIN, Clémence DURANT-TONERRE, Willy BELHASSEN,** Organisation Nationale des Syndicats de Sages-Femmes (ONSSF) ● **Alice ROCQ-HARVARD** sage-femme, sexologue et militante au sein du Mouvement Français pour le Planning Familial ● **Pr Jean SIBILIA**, président de la Conférence nationale des Doyens des Facultés de Médecine et doyen de la faculté de Strasbourg ● **Martin WINCKLER**, ancien médecin généraliste, blogueur et auteur de plusieurs essais et ouvrages sur le suivi gynécologique et la maltraitance médicale.

HCE
République Française

HAUT CONSEIL à l'EGALITE ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES

55, rue Saint-Dominique - 75007 Paris

Pour plus d'informations :

Suivez-nous sur **twitter** : **@HCEfh**

Découvrez les ressources et les travaux du HCEfh sur **notre site internet** : **www.haut-conseil-egalite.gouv.fr**

Abonnez-vous à la lettre d'information sur le site :
http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/autres-rubriques/article/lettre-d-information

Contactez-nous : haut-conseil-egalite@pm.gouv.fr

Maquette et impression : Pôle graphique, fabrication, déplacements, image – DSAF/DPL – Juin 2018.