

## Les violences obstétricales et gynécologiques : l'appréhension par le droit en France et à l'étranger

### Violences gynécologiques et obstétricales : comment restaurer la confiance réciproque entre patientes et professionnels de santé ?

**Nathalie Boudet-Gizardin**

Avocat associé chez Ginestie Magellan Paley-Vincent

#### Résumé

La multiplication des scandales médiatiques liés à l'exercice de la gynécologie-obstétrique conjuguée à la libération de la parole des femmes qui ont dénoncé le caractère massif des actes sexistes réalisés lors de leur suivi gynécologique et/ou obstétrical ont mis en lumière une rupture du lien de confiance des patientes envers certains de leurs professionnels de santé, et notamment de leurs médecins. Le présent article a pour objet de présenter brièvement les quelques leviers d'actions qui pourraient permettre de restaurer cette confiance réciproque indispensable à la qualité et à la sécurité des soins.

#### Abstract

The multiplication of media scandals related to the practice of gynecology-obstetrics, coupled with the liberation of women's voices denouncing the massive sexist acts during their gynecological and/or obstetrical care, has highlighted a breakdown in the trust relationship between patients and some healthcare professionals, particularly their doctors. This article aims to briefly present a few strategies that could help restore this essential mutual trust for the quality and safety of care.

La multiplication des scandales médiatiques liés à l'exercice de la gynécologie-obstétrique conjuguée à la libération de la parole des femmes, qui ont dénoncé les actes sexistes auxquels elles sont quotidiennement confrontées lors de leur suivi gynécologique et/ou obstétrical, ont mis en lumière une rupture du lien de confiance des patientes envers certains de leurs professionnels de santé, et notamment de leurs médecins. Un lien de confiance qui doit être réciproque entre les patientes et les soignants pour garantir la qualité de leur prise en charge, qui ne se limite pas simplement à la sécurité des soins, mais intègre également une dimension humaine. Ce qu'on appelle aujourd'hui « *la bientraitance* ».

Comment restaurer cette confiance réciproque dans la relation de soins sur le terrain ? Cette confiance passe d'abord par une reconnaissance, par les professionnels de santé eux-mêmes et par les pouvoirs publics, de la réalité de certaines violences et de leur juste condamnation sur le plan disciplinaire et/ou pénal (I). Elle passe également par l'évolution effective des pratiques professionnelles et la prise de mesures préventives, par les praticiens, dans le cadre du suivi gynécologique et/ou obstétrical qu'ils assurent dans leur cabinet, ainsi qu'à l'occasion de la prise en charge des patientes au sein des maternités (II).

L'objectif de ces mesures : replacer l'information et le consentement de la patiente au cœur de sa prise en charge, comme l'impose la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 dite « Kouchner », ce qui devrait permettre d'apaiser les relations avec les professionnels de santé, de sécuriser davantage leur exercice quotidien et ainsi de maintenir la qualité des soins prodigués.

## I. La réalité des violences gynécologiques et/ou obstétricales : des pratiques diverses qui appellent des sanctions adaptées

Il est essentiel de cerner les contours de ce que l'on qualifie communément de « violences gynécologiques et/ou obstétricales » (1) avant d'examiner les procédures susceptibles d'être engagées lorsque de telles violences sont commises (2).

### I. Que recouvrent les « violences gynécologiques et/ou obstétricales » ?

La terminologie de « violences gynécologiques et obstétricales » ne fait encore, à ce jour, l'objet d'aucune définition légale<sup>1</sup> et recouvre en pratique des actes extrêmement variés, occasionnés de manière volontaire ou involontaire par des professionnels de santé, constitutifs, dans la très grande majorité des cas, de manquements déontologiques, pouvant même parfois être pénalement répréhensibles.

Le Haut Conseil à l'Égalité des Hommes et des Femmes (HCE) les a définies, de façon très générale, dans son rapport du 26 juin 2018<sup>2</sup> en ces termes :

*« Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical sont des gestes, propos, pratiques et comportements exercés ou omis par un 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. Ils sont le fait de soignants - de toutes spécialités - femmes et hommes, qui n'ont pas forcément l'intention d'être maltraitants. Ils peuvent prendre des formes très diverses, des plus anodines en apparence aux plus graves ».*

Ce rapport identifie, de façon graduée, **six types d'actes sexistes** durant le suivi gynécologique et/ou obstétrical :

- **La non prise en compte de la gêne de la patiente, liée au caractère intime de la consultation ou du contexte** (Exemples : demander aux femmes de se déshabiller entièrement pour un examen gynécologique, et ne pas prendre en compte la gêne qui peut découler de cette demande ; 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, peut mettre la patiente mal à l'aise).

- **Les 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 et peuvent parfois caractériser un outrage sexiste** (Exemples : propos dénigrants sur le poids d'une patiente, ou jugement porté sur l'orientation sexuelle d'une patiente)

- **Les injures sexistes** (Exemple de propos tenus à une patiente venue faire un dépistage : « Faut aussi arrêter d'être une salope »<sup>3</sup>)

- **Les actes (intervention médicale, prescription, etc.) exercés sans recueillir le consentement ou sans respecter le choix ou la parole de la patiente** (Exemples : introduire un spéculum sans en informer la patiente, pratiquer une épisiotomie sans explication ni recueil du consentement libre et éclairé)

- **Les actes ou refus d'acte non justifiés médicalement** (Exemples : des frottis pratiqués sur des femmes jeunes sans nécessité médicale, la pratique répétée et non justifiée de touchers vaginaux, la pratique d'épisiotomie systématique)

- **Les violences sexuelles comme le harcèlement sexuel, l'agression sexuelle ou encore le viol.**

Le cadre normatif actuel permet de distinguer les comportements répréhensibles relevant exclusivement du respect de la déontologie médicale de ceux qui, compte tenu de leur particulière gravité, constituent, au-delà d'un manquement déontologique, une infraction pénale.

Une proposition de loi visant à renforcer un suivi gynécologique et obstétrical bienveillant, enregistrée à la Présidence du Sénat le 12 janvier 2023, tend toutefois à supprimer cette bi-catégorisation en créant, dans le code

1 - Une proposition de loi n°238 visant à renforcer un suivi gynécologique et obstétrical bienveillant, enregistrée à la Présidence du Sénat le 12 janvier 2023, les définit comme suit : « Constitue une violence gynécologique et obstétricale le fait, pour un professionnel de santé, de procéder à un acte ayant pour effet de porter atteinte à la dignité d'une patiente en raison de son caractère dégradant ou humiliant ou de créer à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante ou de porter atteinte à son intégrité en raison de séquelles physiques et psychologiques. »

2 - HCE, « Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical », Rapport n°2018-06-26-SAN-034, voté le 26 juin 2018.

3 - Janvier 2017, « Paye ton gynéco », <https://www.facebook.com/tongynecol/>.

pénal, deux nouveaux délits, celui de violence gynécologique et obstétricale (intentionnelle et non intentionnelle) d'une part, et celui d'outrage sexiste gynécologique et obstétrical<sup>4</sup>, d'autre part. Ces délits seraient assortis de peines d'emprisonnement et d'amende et pourraient faire l'objet de circonstances aggravantes en fonction des discriminations croisées vécues par les victimes.

Faute d'adoption, à ce jour, d'un nouveau cadre législatif, il nous semble encore pertinent de catégoriser les actes de violences gynécologiques et obstétricales selon qu'ils relèvent ou non d'une qualification pénale, dès lors que la procédure susceptible d'être engagée par la victime dépend de la nature juridique de l'acte commis.

## 2. Quelles procédures engager en cas de violences gynécologiques et/ou obstétricales ?

En fonction de la nature juridique de l'acte commis, une patiente peut, lorsqu'elle est victime de violences gynécologiques et/ou obstétricales, déposer une plainte disciplinaire auprès du Conseil départemental de l'Ordre des médecins (CDOM) dont relève le praticien auteur **(a)** et/ou une plainte pénale si cet acte caractérise également une infraction pénale **(b)**.

Plus rares sont les actions civiles introduites à l'encontre d'un professionnel ou d'un établissement de santé, par une patiente qui aura souvent les plus grandes peines à démontrer l'existence d'une faute (manquement au devoir d'information, faute commise lors de la réalisation d'un acte de prévention, de diagnostic ou de soins, etc.) à l'origine de préjudices qu'elle subit (corporel, matériel, moral).

### a. Les actes de violences gynécologiques et obstétricales constituant uniquement des manquements déontologiques susceptibles de plaintes disciplinaires

Parmi les six types d'actes sexistes précités, relèvent à ce jour exclusivement de la déontologie médicale « *la non prise en compte de la gêne de la patiente liée au caractère intime d'une consultation ou du contexte* » ou encore « *le fait d'imposer un type de contraception sans respecter le choix ou la parole de la patiente* ».

Ces comportements, parfois involontaires, qui relèvent de négligences, maladresses, mauvaises habitudes ou encore d'un excès de paternalisme, sont directement contraires à plusieurs dispositions du Code de déontologie médicale, codifiés dans le Code de la santé publique aux articles :

- **R. 4127-2** : « *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* ».

- **R. 4127-3** : « *Le médecin doit, en toutes circonstances, respecter les principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine* ».

- **R. 4127-7** : « *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* ».

A la différence des infractions pénales, les manquements déontologiques sont imprescriptibles, ce qui signifie qu'ils peuvent faire l'objet d'une plainte disciplinaire déposée devant le CDOM et être sanctionnés par les Chambres disciplinaires de première instance ou nationale de l'Ordre des Médecins, durant toute la vie professionnelle du médecin concerné, ce qui est souvent très mal vécu par ce dernier.

A la différence d'une action civile dont la logique est avant tout indemnitaire, les sanctions disciplinaires susceptibles d'être prononcées par les Chambres disciplinaires de l'Ordre des Médecins 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 du médecin, et enfin la radiation. Ces sanctions peuvent dans certains cas particuliers s'accompagner d'une amende,

4 - Proposition de loi n°238 visant à renforcer un suivi gynécologique et obstétrical bienveillant, enregistrée à la Présidence du Sénat le 12 janvier 2023, préc.

de dommages-intérêts pour procédure abusive ou encore d'une condamnation indemnitaire à la prise en charge des frais de procédure.

De telles sanctions disciplinaires peuvent se cumuler avec d'éventuelles sanctions pénales lorsque l'acte commis constitue à la fois un ou des manquements déontologiques et une infraction pénale. Ainsi, un médecin peut, pour les mêmes faits ou accusations, être jugé devant une juridiction disciplinaire et une juridiction pénale, en dépit du principe « *non bis in idem* », compte tenu de l'indépendance des instances disciplinaires et pénales<sup>5</sup>.

b. Les actes de violences gynécologiques et obstétricales constituant à la fois des manquements déontologiques et des infractions pénales susceptibles de procédures disciplinaires et pénales

Parmi les actes qui constituent à la fois un manquement déontologique et une infraction pénale, il est possible de distinguer, comme le propose le Professeur Viriot-Barrial<sup>6</sup>, ceux attentatoires à la dignité d'une patiente, de ceux attentatoires à l'intégrité physique ou sexuelle d'une patiente.

i. *La distinction entre actes attentatoires à la dignité d'une patiente et actes portant atteintes à son intégrité physique ou sexuelle*

Ainsi, l'injure sexiste<sup>7</sup>, l'outrage sexiste<sup>8</sup> ou encore le harcèlement sexuel<sup>9</sup> peuvent être identifiés comme étant des actes portant atteinte à la dignité d'une patiente. Ils présentent nécessairement un degré de gravité moindre que les actes attentatoires à l'intégrité physique ou sexuelle d'une patiente. Ces derniers peuvent être classés en deux catégories : d'une part, les interventions médicales ou prescriptions réalisées sans recueillir le consentement ou sans respecter le choix ou la parole d'une patiente, ou encore les actes ou refus d'actes non justifiés médicalement, qui peuvent relever de la qualification pénale des violences physiques<sup>10</sup>, et d'autre part, les violences sexuelles comprenant les agressions sexuelles<sup>11</sup> et les viols en cas de pénétration<sup>12</sup>. Lorsque l'une de ces infractions est commise par un professionnel de santé, il s'agit d'une circonstance aggravante dès lors qu'il s'agit d'une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions.

ii. *Le consentement et la justification médicale, deux critères au cœur des qualifications déontologiques et pénales*

En pratique, la spécificité des actes gynécologiques et obstétricaux rend parfois difficile la qualification pénale de ces infractions. En effet, à la différence d'autres examens médicaux, les examens gynécologiques et obstétricaux comprennent intrinsèquement une atteinte à l'intégrité physique ou sexuelle : c'est le cas de la palpation mammaire, qui si elle est effectuée avec « *violence, contrainte, menace ou surprise* », peut relever de l'agression sexuelle, ou encore de la pratique d'un toucher vaginal ou d'un frottis, qui constituent des actes de pénétration vaginale par autrui qui, s'ils sont effectués avec « *violence, contrainte, menace ou surprise* », peuvent caractériser un viol.

Deux critères peuvent donc faire basculer certains actes gynécologiques ou obstétricaux vers une qualification pénale : l'absence de consentement de la patiente et l'absence de justification médicale à la réalisation de l'acte, puisqu' « *il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui* »<sup>13</sup>.

C'est également sur ces deux critères que se fondent les juridictions disciplinaires pour apprécier l'existence ou non d'une faute déontologique commise par un médecin : l'acte était-il médicalement justifié et conforme aux données acquises de la science ? La patiente y a-t-elle consenti ?

C'est ainsi qu'a été condamné à une interdiction d'exercer la médecine pendant 6 mois le praticien qui a effectué

5 - CE, avis, Section de l'intérieur, 29 avril 2004, n° 370136 ; CC, 18 mars 2015, n° 2014-453/454 QPC et 2015-462 QPC ; CC, 24 juin 2016, n° 2016-546 QPC.

6 - Pr. D. Viriot-Barrial « *La gynécologie-obstétrique, activité médicale sous haute pression éthique : le risque pénal au cœur des débats* », Revue droit & Santé - Revue droit & santé, n°106, Mars 2022.

7 - Art. 222-33-1-1 et art. R625-8-3 du code pénal.

8 - *Idem*.

9 - art. 222-33 du code pénal.

10 - art. 222-1 à 222-18-3 du code pénal.

11 - art. 222-22 du code pénal.

12 - art. 222-23 du code pénal.

13 - Art. 16-3 al. 2 du code civil.

des gestes à caractère érotique à l'occasion d'un examen gynécologique comportant des touchers vaginaux. Les gestes en cause ne présentaient aucune justification médicale mais avaient un caractère sexuel et constituaient des manquements graves aux obligations déontologiques faites au praticien<sup>14</sup>. De la même manière, un médecin généraliste qui pratiquait sur sa patiente une méthode d'ostéopathie intra-pelvienne, alors qu'elle se trouvait dans un état de vulnérabilité psychologique, a été condamné à une interdiction d'exercer la médecine pendant deux ans, sur le fondement de la prohibition du charlatanisme<sup>15</sup>.

D'autres décisions disciplinaires ont, au contraire, réfuté la qualification d'acte contraire à la déontologie médicale. Ainsi, pour une palpation mammaire liée à un renouvellement de prescription de contraception orale, la Chambre Disciplinaire Nationale de l'Ordre des Médecins a considéré que le consentement implicite de la patiente découlait de la demande même de la consultation gynécologique<sup>16</sup>. L'utilité de l'acte médical a également été retenue par la Chambre Disciplinaire Nationale de l'Ordre des Médecins pour justifier une épisiotomie, malgré les protestations de la patiente, au motif d'un besoin médical impérieux tenant à la santé et au bien-être de l'enfant à naître<sup>17</sup>.

### *iii. Une procédure disciplinaire inadaptée aux faits relevant de violences sexistes et sexuelles*

Dans son rapport sur l'Ordre des Médecins publié le 9 décembre 2019, la Cour des comptes a dénoncé le manque de rigueur dans le traitement des plaintes pour des faits à caractère sexuel (peu d'initiative de plaintes, peu d'association des CDOM aux plaintes de patientes, non transmission aux chambres disciplinaires des faits similaires antérieurs ou simultanés mettant en cause les mêmes médecins, etc.). L'implication du CDOM se pose avec une acuité particulière lorsque le médecin mis en cause exerce à l'hôpital public et que seul le CDOM peut porter plainte contre lui, puisque la patiente n'a pas de possibilité de saisir directement la chambre disciplinaire, compte tenu du statut hospitalier du praticien.

Le HCE a, quant à lui, pointé du doigt le fait que la procédure disciplinaire actuelle serait inadaptée aux violences sexuelles, dès lors que des réunions de conciliation sont organisées entre les victimes et leur agresseur désigné, alors que cette pratique est prohibée par 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 le 4 juillet 2014<sup>18</sup>.

Enfin, s'agissant des sanctions disciplinaires prononcées, le HCE constate que « *les décisions de la chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins font apparaître l'absence de radiation automatique dans les cas de relations sexuelles avec abus de faiblesse, viols, agressions sexuelles, proxénétisme reconnus* », ce qui signifie que « *des médecins reconnus coupables de tels actes continueront in fine leurs activités professionnelles et demeureront en contact avec des patientes* »<sup>19</sup>. Malheureusement, il n'existe pas à ce jour de transmission systématique aux juridictions pénales, des plaintes déposées auprès des CDOM relatives à des atteintes à l'intégrité physique ou sexuelle commises sur une patiente, quand bien même la victime aurait donné son accord. En revanche, toute condamnation d'un médecin par une juridiction pénale est communiquée au Conseil National de l'Ordre des Médecins 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* ».

Concrètement, lorsqu'un praticien est condamné pénalement et que cette décision de condamnation est devenue définitive, elle est revêtue de l'autorité de la chose jugée et s'impose aux juridictions disciplinaires concernant la constatation matérielle des faits, qui ne peut être remise en cause. Ainsi, un médecin généraliste, reconnu coupable de viol sur 32 patientes avec la circonstance aggravante d'avoir abusé de l'autorité que lui conférait la fonction de médecin qu'il exerçait, et d'atteinte à l'intimité de la vie privée de neuf patientes, a été condamné par la Cour d'assise à une peine de dix ans de réclusion criminelle et à une interdiction définitive de pratiquer la médecine. Devant la Chambre Disciplinaire Nationale de l'Ordre des Médecins, le moyen tiré de la contestation des faits constatés par la Cour d'Assise du Cher a été écarté et ce médecin généraliste a été radié<sup>20</sup>.

14 - Interdiction d'exercice de 6 mois, 16/04/2021.

15 - Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins, 11 mai 2017, décision n° 13031.

16 - Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins, 14 décembre 2018, décision n° 13460.

17 - Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins, 16 septembre 2010, décision n° 10563.

18 - Loi n° 2013-711 du 5 août 2013 ayant pour objet de transposer et d'adapter au droit pénal français 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 signée à Istanbul, le 11 mai 2011.

19 - HCE, Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical, Rapport n°2018-06-26-SAN-034, voté le 26 juin 2018.

20 - Conseil national de l'ordre des médecins, 5 octobre 2021, n° 14479.

Il est clair que la mobilisation du CDOM et le renforcement de la coopération des juridictions disciplinaires et pénales constituent un des leviers privilégiés pour permettre de restaurer le lien de confiance des patientes envers leurs médecins.

## II. La prévention des violences gynécologiques et/ou obstétricales : un impératif d'évolution des pratiques professionnelles

Fort heureusement, les praticiens condamnés pour agressions sexuelles ou viols sont peu nombreux et dans la majorité des cas, les plaintes disciplinaires sont relatives à des inconduites ou des maladroites commises par des médecins, de façon rarement volontaire. Elles affectent néanmoins la relation de confiance entre patientes et praticiens, et pourraient être évitées en adaptant les pratiques professionnelles lors des consultations et suivis gynécologiques **(1)** ainsi qu'à l'occasion des séjours en maternité **(2)**.

### I. Lors des consultations et suivis gynécologiques

En octobre 2021, le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) a établi une « *Charte de la consultation en gynécologie ou en obstétrique* », qu'il est recommandé à tous les praticiens d'afficher dans leurs lieux d'attente et à chaque femme d'en prendre connaissance avant leur consultation. Cette charte reprend les principes déontologiques, parfois élémentaires mais souvent oubliés, fondant la relation de confiance entre patiente et médecin, également rappelés par le Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) dans son Avis 142 adopté le 16 février 2023.

#### a. L'information orale et préalable de la patiente

Elle est au cœur de la loi du 4 mars 2002 et rappelée à l'article R. 4127-35 du code de la santé publique « *Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension* ».

Compte tenu de la spécificité de la consultation en gynécologie obstétrique, qui touche à l'intimité des patientes et est particulièrement intrusive, le CNGOF comme le CCNE insistent sur le fait que, même s'ils manquent de temps, les praticiens doivent faire preuve de pédagogie dans les explications données sur les objectifs, les modalités de réalisation de l'examen clinique (en quoi consiste l'examen ? à quoi sert-il ? est-il douloureux ?) et les risques éventuels associés, et veiller à la bonne compréhension de la patiente. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins invite les praticiens disposant de fiches techniques, ou de fiches anatomiques, sur les actes pratiqués, à les remettre à la personne avant l'examen clinique en les explicitant. Quelques minutes supplémentaires consacrées à dialoguer avec une patiente peuvent parfois éviter des années de procédure contentieuse... C'est également lors de cet entretien préalable qu'il peut être proposé à la patiente, en particulier si elle est mineure, d'être accompagnée par un tiers de confiance.

#### b. Le recueil du consentement préalable de la patiente

Le Code de la santé publique prévoit très clairement, dans ses articles L.1111-4 et R.4127-36, l'obligation de recueillir le consentement préalable, libre, et éclairé du patient, avant tout acte médical ou traitement, ce dernier pouvant le retirer à tout moment ou refuser les soins. Comme déjà exposé *supra*, compte tenu de la spécificité des examens gynécologiques, le consentement est au cœur de la relation de soins tissée entre une patiente et son gynécologue, à telle enseigne que l'absence de consentement est aujourd'hui un des critères permettant de caractériser une atteinte à l'intégrité physique ou sexuelle d'une patiente, sur un plan disciplinaire et/ou pénal. La Charte prévoit ainsi que l'accord oral de la femme doit être recueilli avant tout examen clinique et ce consentement doit être éclairé, compte tenu de l'information délivrée par le praticien. Il est par ailleurs essentiel de prendre les mêmes précautions avec les patientes qui ont déjà consulté qu'avec celles qui sont reçues dans le cadre d'une première consultation de gynécologie et ne plus considérer qu'il existe une présomption de consentement si la patiente se déshabille et s'allonge sur la table d'examen. Par ailleurs, la présence d'un tiers soignant (étudiant en médecine) doit être également soumise au consentement de la patiente ainsi que tout geste médical ou examen

clinique qu'il entend pratiquer<sup>21</sup>.

Dans son avis 142, le CCNE ne considère toutefois pas pertinent de recueillir le consentement de la patiente par écrit, ni de demander qu'un tiers soit systématiquement présent pendant l'examen. Il insiste en revanche sur le fait que le consentement ne doit plus être tacite ou présumé, mais explicite et différencié pour chaque examen pratiqué durant une consultation. Dans cette même ligne, le CNOM recommande que « *Le praticien recueille le consentement oral, et non écrit, de la personne au fur et à mesure de l'examen*<sup>22</sup> ». Reste la question délicate de la preuve de ce consentement donné uniquement à l'oral, aussi bien pour les patientes que pour les praticiens, en cas de litige.

### c. La réalisation de l'examen clinique dans le respect de l'intimité et de la dignité

La Charte rappelle que :

- L'examen clinique **n'est pas systématique, ni obligatoire**, notamment lors d'une première consultation pour prescription de contraception ou pour une patiente mineure, en l'absence de symptôme, ou lorsque la patiente n'a jamais eu de rapport.

- L'examen clinique doit être **respectueux de l'intimité** de la patiente, et notamment « *la femme doit pouvoir se dévêtir à l'abri des regards, dans le respect de sa pudeur* », et en cas d'examen pratiqué au moyen d'une sonde vaginale, la patiente doit être recouverte d'un drap si elle le souhaite.

- L'examen clinique doit **pouvoir être interrompu** notamment s'il est douloureux. Dans ce cas, il faut informer la patiente des conséquences éventuelles de la non-réalisation de l'examen, proposer un nouveau rendez-vous et l'informer des limites diagnostiques et thérapeutiques que cette absence d'examen clinique peut entraîner.

### d. L'attitude correcte et attentive du professionnel de santé

Durant toute la consultation, le praticien devra être attentif au vocabulaire qu'il emploie et maintenir la distance nécessaire dans la relation avec sa patiente, en évitant par exemple l'emploi de termes familiers, ou la séduction, un tutoiement inutile, des commentaires hors médecine... le paternalisme n'est plus accepté !

## 2. Lors des séjours en maternité

Parallèlement à la publication du rapport du HCE, l'Académie Nationale de Médecine s'est exprimée officiellement dans un Rapport intitulé « *De la bientraitance en obstétrique. La réalité du fonctionnement des maternités* », adopté le 18 septembre 2018, avec pour objectif de décrire la réalité du fonctionnement des maternités tout en faisant état des motifs d'insatisfaction exprimés par les patientes.

En réponse aux « *nombreuses critiques concernant l'hétérogénéité des pratiques et les carences manifestes dans l'accompagnement humain de la naissance* », l'Académie Nationale de Médecine a formulé les recommandations suivantes :

1. Améliorer la formation initiale et continue des soignants à l'information et au respect de l'autonomie des femmes enceintes.

2. Respecter la réalisation de l'entretien prénatal précoce au quatrième mois, promouvoir l'élaboration d'un projet de naissance et proposer des prises en charge adaptées à la situation médicale et aux attentes de chaque couple.

3. Inciter les maternités à mettre leurs pratiques en conformité avec les différentes recommandations pour la pratique clinique (RPC) et en informer les femmes.

4. Optimiser la prise en charge de la douleur en obstétrique par un engagement et un suivi spécifiques figurant dans la charte de l'établissement.

21 - À la suite d'une saisine de Marisol Touraine, à l'époque 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 patientes endormies.

Ce rapport confirme l'existence des pratiques suivantes : 33% des touchers vaginaux et rectaux avaient été pratiqués sans le consentement de la patiente lorsque ces gestes étaient effectués par des étudiant/es en première, deuxième et troisième année de médecine ; 20% l'étaient toujours sans consentement pour les étudiant/es de quatrième, cinquième et sixième année.

22 - CNOM « *L'examen pelvien dans le respect de l'éthique et de la déontologie médicale* », mars 2023.

5. Établir et respecter les normes des effectifs des personnels en salle de naissance.
6. Évaluer les résultats des maternités en continu et les rendre accessibles au public.

Ces réflexions collectives témoignent d'une réelle prise de conscience par les soignants du fait, qu'au-delà des scandales médiatiques, il existe bien une fracture dans la relation de confiance entre patientes et praticiens, susceptible de mettre en péril la qualité des soins gynécologiques et obstétricaux prodigués. Restaurer un dialogue est aujourd'hui primordial pour humaniser cette prise en charge, sans pour autant renoncer aux exigences de sécurité.

**Nathalie Boudet-Gizardin**