



Doc. 14965

16 septembre 2019

Violences obstétricales et gynécologiques

Rapport¹

Commission sur l'égalité et la non-discrimination

Rapporteure: Mme Maryvonne BLONDIN, France, Groupe des socialistes, démocrates et verts

Résumé

Les violences obstétricales et gynécologiques sont une forme de violence restée longtemps cachée. Dans l'intimité d'une consultation médicale ou d'un accouchement, des femmes sont victimes de pratiques violentes ou pouvant être perçues comme telles. Il s'agit d'actes non appropriés ou non consentis, tels que des épisiotomies, ou la non-utilisation de l'anesthésie pour des interventions douloureuses. Des comportements sexistes ont aussi été recensés.

Ces dernières années, des milliers de femmes dans le monde entier ont dénoncé, sur les réseaux sociaux et dans les médias, des actes sexistes et des violences subies pendant les consultations gynécologiques ou lors de leur accouchement. Ces violences reflètent une culture patriarcale encore dominante dans la société, notamment dans le domaine médical.

Les mesures préventives nécessaires devraient être prises pour que la dignité humaine et les droits humains de toutes et tous soient respectés, y compris dans le contexte des soins de santé. L'adoption d'une législation sur le consentement éclairé des patient·e·s, lorsque ce n'est pas encore le cas, des campagnes de sensibilisation, la mise en place de mécanismes de signalement et de dépôt de plainte et des ressources financières adéquates pour les établissements de soins de santé peuvent contribuer à fournir des soins de manière respectueuse à l'ensemble des patient·e·s.

1. Renvoi en commission: [Doc. 14495](#), renvoi 4378 du 27 avril 2018.



Sommaire	Page
A. Projet de résolution	3
B. Exposé des motifs par Mme Maryvonne Blondin, rapporteure	5
1. Introduction	5
2. Portée du rapport	6
3. Méthodes de travail	6
4. Formes de violences gynécologiques et obstétricales	7
5. Rapports d'inégalité entre le corps médical et les patientes	10
5.1. Discriminations envers les femmes lesbiennes	11
5.2. Stérilisations forcées	12
5.3. Dénoncer le sexisme dans le domaine médical	13
6. Violences institutionnelles et structurelles	14
7. Bonnes pratiques et recommandations	15
8. Conclusions	16

A. Projet de résolution²

1. Selon l'Agence européenne des droits fondamentaux, une femme sur trois est victime de violence fondée sur le genre en Europe. Cette violence est une violation des droits humains et la manifestation d'une discrimination fondée sur le genre et elle a des conséquences à long terme sur la vie des victimes. Aucun domaine n'est épargné par ce fléau qui a été reconnu comme un problème public engageant clairement la responsabilité des autorités avec l'adoption et l'entrée en vigueur de la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique ("Convention d'Istanbul", STCE n° 210).
2. L'Assemblée parlementaire rappelle son soutien indéfectible à la Convention d'Istanbul, confirmé dans la [Résolution 2289 \(2019\)](#) «La Convention d'Istanbul sur la violence à l'égard des femmes: réalisations et défis». Elle soutient la prévention et la lutte contre toutes les formes de violences faites aux femmes et rappelle que des activités de sensibilisation auprès de l'opinion publique sont essentielles afin d'y mettre fin.
3. Les violences obstétricales et gynécologiques sont une forme de violence restée longtemps cachée et encore trop souvent ignorée. Dans l'intimité d'une consultation médicale ou d'un accouchement, des femmes sont victimes de pratiques violentes ou pouvant être perçues comme telles. Il s'agit d'actes non appropriés ou non consentis, tels que des épisiotomies et des touchers vaginaux pratiqués sans consentement, l'utilisation de l'expression abdominale ou la non-utilisation de l'anesthésie pour des interventions douloureuses. Des comportements sexistes ont aussi été recensés lors de consultations.
4. Les violences obstétricales sont reconnues et sanctionnées par la loi en Argentine et au Venezuela. La Convention d'Istanbul condamne spécifiquement les stérilisations forcées, dans son article 39, mais elle ne traite pas de manière générale des violences gynécologiques et obstétricales. Dès 2014, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a dénoncé les traitements non-respectueux et abusifs dont peuvent être victimes les femmes lors de leur accouchement dans des hôpitaux. En août 2019, Dubravka Šimonović, rapporteuse spéciale des Nations Unies sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences, a soumis un rapport à l'Assemblée générale de cette organisation sur l'adoption d'une démarche fondée sur les droits de la personne dans la lutte contre les mauvais traitements et les violences infligés aux femmes dans les services de santé procréative, en particulier les violences commises pendant l'accouchement et les violences obstétricales.
5. Dans quelques États membres du Conseil de l'Europe, des campagnes de sensibilisation ont été lancées sur les réseaux sociaux et de nombreux témoignages ont été recueillis ces dernières années. Cette libération de la parole et ce partage d'expériences a permis aux femmes victimes de violences gynécologiques et obstétricales de réaliser qu'il ne s'agissait pas de cas isolés. Ces violences reflètent une culture patriarcale encore dominante dans la société, notamment dans le domaine médical. L'Assemblée réaffirme son engagement à promouvoir l'égalité de genre dans tous les domaines, qui permettra de prévenir et de lutter contre toutes les formes de violences faites aux femmes, y compris les violences gynécologiques et obstétricales.
6. L'Assemblée salue le travail et l'engagement du personnel soignant. Elle reconnaît que leurs conditions de travail au sein des établissements de santé peuvent être difficiles avec un manque d'effectif, de moyens et une surcharge de travail pouvant avoir un impact sur l'accueil des patient·e·s et des parturientes. Néanmoins, elle déplore toutes les formes de violences faites aux femmes, dont les violences gynécologiques et obstétricales, et appelle à ce que toutes les mesures soient prises afin de les prévenir et de garantir le respect des droits humains de toutes et tous, notamment dans le cadre de soins de santé.
7. La prévention et la lutte contre les violences gynécologiques et obstétricales ne sont pas encore considérées comme des priorités mais des pratiques bienveillantes peuvent être promues afin d'assurer un accueil et un accompagnement humain, respectueux et digne des patient·e·s et parturientes. L'Assemblée soutient pleinement les bonnes pratiques recensées par l'OMS et encourage leur diffusion au sein des États membres du Conseil de l'Europe.
8. Compte tenu de ces considérations, l'Assemblée appelle les États membres du Conseil de l'Europe:
 - 8.1. à prévenir les discriminations, quel qu'en soit le motif, dans l'accès aux soins de manière générale et à lutter contre elles;
 - 8.2. à assurer une prise en charge respectueuse des droits humains et de la dignité humaine, lors de consultations médicales, de soins et de l'accouchement;

2. Projet de résolution adopté à l'unanimité par la commission le 12 septembre 2019.

- 8.3. à demander aux ministères chargés des questions de santé et d'égalité de recueillir des données concernant les actes médicaux pratiqués lors des accouchements et les cas de violences gynécologiques et obstétricales, de mener des études sur ce sujet et de les rendre publiques;
 - 8.4. à diffuser les bonnes pratiques promues par l'OMS et à demander aux ordres nationaux des médecins de débattre de cette question et d'élaborer des recommandations afin de prévenir des violences gynécologiques et obstétricales, notamment dans le cadre d'une commission de promotion de la bientraitance en gynécologie;
 - 8.5. à mener des campagnes d'information sur les droits des patient·e·s et de sensibilisation sur la prévention et la lutte contre le sexisme et la violence à l'égard des femmes, comprenant les violences gynécologiques et obstétricales;
 - 8.6. à adopter et à mettre en œuvre une loi relative au consentement éclairé des patient·e·s et leur droit à l'information aux différentes étapes des procédures médicales, si cela n'est pas encore fait;
 - 8.7. à garantir un financement adéquat aux établissements de santé afin d'assurer des conditions de travail dignes au personnel soignant, un accueil respectueux et bienveillant des patient·e·s et parturientes et un accès aux traitements anti-douleurs;
 - 8.8. à assurer une formation spécifique des gynécologues obstétriciens et à mener des actions de sensibilisation sur les violences gynécologiques et obstétricales dans le cadre de cette formation;
 - 8.9. à s'assurer que la formation des médecins, des sages-femmes et des infirmier·ère·s accorde une place importante à la relation entre le personnel soignant et les patient·e·s, la notion de consentement éclairé, l'égalité entre les femmes et les hommes, l'accueil des personnes LGBTI, des personnes en situation de handicap et des personnes vulnérables, la communication, la prévention du sexisme et des violences et à la promotion d'une approche humaine des soins;
 - 8.10. à proposer des mécanismes de signalement et de dépôt de plainte spécifiques et accessibles aux victimes de violences gynécologiques et obstétricales, au sein des hôpitaux et en dehors, notamment auprès des défenseurs des droits;
 - 8.11. à prévoir un mécanisme d'examen des plaintes pour violences gynécologiques et obstétricales excluant toute médiation, et à prévoir des sanctions, si tel n'est pas encore le cas, à l'égard des professionnels de santé lorsqu'une plainte pour ce type de violences est avérée;
 - 8.12. à proposer un service d'assistance aux victimes de violences gynécologiques et obstétricales et à assurer la prise en charge des soins;
 - 8.13. à signer et ratifier, pour les États qui ne l'ont pas encore fait, la Convention d'Istanbul et la mettre en œuvre;
 - 8.14. à mettre en œuvre la Recommandation CM/Rec(2019)1 du Comité des Ministres sur la prévention et la lutte contre le sexisme.
9. L'Assemblée demande aussi aux parlements nationaux de débattre de la protection des droits des patient·e·s dans le cadre des soins et des violences gynécologiques et obstétricales afin de contribuer au débat public et à la levée des tabous.
10. L'Assemblée encourage les organisations non gouvernementales à poursuivre leurs actions de sensibilisation et d'information de l'opinion publique afin de prévenir et de lutter contre toutes les formes de violence à l'égard des femmes, dont les violences gynécologiques et obstétricales.

B. Exposé des motifs par Mme Maryvonne Blondin, rapporteure

1. Introduction

1. Des milliers de femmes dans le monde entier ont dénoncé des actes sexistes et des violences subies pendant les consultations gynécologiques ou lors de leur accouchement ces dernières années, sur les réseaux sociaux et dans les médias. Leurs témoignages démontrent, une fois de plus, que l'inégalité de genre peut mener à la violence, même dans le domaine des soins de santé. Ce sujet, trop longtemps resté tabou, fait enfin l'objet de débats mais reste délicat et difficile à aborder dans la plupart des pays.

2. Les violences gynécologiques sont les violences dont peuvent être victimes les femmes lors de consultations gynécologiques. Elles se retrouvent en position relativement vulnérable et peuvent être victimes de sexisme, d'humiliations ou de violences physiques lors d'exams.

3. Les violences obstétricales sont, quant à elles, les violences dont peuvent être victimes les femmes lors de leur accouchement. On peut les infantiliser, leur imposer une position, une surmédicalisation ou les culpabiliser de ne pas vouloir avoir un accouchement standardisé: elles peuvent être soumises à des actes médicaux tels que des déclenchements, des expressions abdominales³, des césariennes ou des épisiotomies⁴, parfois sans leur consentement ou sans recevoir des informations sur les risques et conséquences à long terme. Les violences obstétricales sont sanctionnées par la loi en Argentine et au Venezuela, mais restent peu reconnues en dehors de l'Amérique du Sud.

4. En France, il y a eu une libération de la parole ces dernières années via twitter et les hashtags #PayeTonUtérus et #balancetongyneco. Ce sujet intime a été porté dans les médias⁵ et les autorités ont été appelées à réagir. A la suite de ces témoignages, Marlène Schiappa, Secrétaire d'État chargée de l'Égalité entre les femmes et les hommes et de la Lutte contre les discriminations a demandé au Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes de préparer une étude sur cette question. Celle-ci a été publiée le 29 juin 2018⁶. Les résultats de l'étude ont confirmé ce qui avait pu être révélé par les témoignages et appellent à une reconnaissance officielle du problème, à des actions de prévention et des sanctions. Il y a aussi eu une libération de la parole en Croatie, où la campagne #prekinimošutnju («#brisonslesilence») lancée par l'ONG Roda a encouragé de nombreuses femmes à partager leur expérience⁷.

5. Toute forme de violence à l'égard des femmes est une violation des droits humains. Il existe de nombreux instruments internationaux de lutte contre les violences faites aux femmes. Peu d'instruments internationaux mentionnent spécifiquement les violences obstétricales et gynécologiques. La Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique («Convention d'Istanbul», STCE n°210), qui est l'instrument juridique le plus complet à ce jour dans ce domaine, traite spécifiquement des avortements et des stérilisations forcés dans son article 39⁸.

6. Dès 2014, l'Organisation mondiale de la santé (OMS)⁹ a dénoncé les traitements non-respectueux et abusifs dont peuvent être victimes les femmes lors de leur accouchement dans des hôpitaux dans une déclaration soutenue par 90 organisations. Ces traitements abusifs sont une menace pour leur intégrité physique.

3. Pression exercée sur l'utérus afin de tenter d'accélérer l'accouchement.

4. Incision du périnée pour faciliter le passage de la tête du bébé lors d'un accouchement. Cette incision est censée prévenir une déchirure plus grave.

5. «Quand l'accouchement se vit dans la violence », Enquête et témoignages, *Le Figaro*; «Quand l'accouchement vire aux violences obstétricales», RTBF, 14 janvier 2018.

6. [Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical: reconnaître et mettre fin à des violences longtemps ignorées](#), 29 juin 2018.

7. «Violences gynécologiques et obstétricales en Croatie: les femmes brisent le silence», *Le Courrier des Balkans*, 25 novembre 2018; [Croatian women challenge brutal pregnancy 'care'](#), BBC News, Zagreb, 11 January 2019.

8. «Article 39 – Avortement et stérilisation forcés

Les Parties prennent les mesures législatives ou autres nécessaires pour ériger en infractions pénales, lorsqu'ils sont commis intentionnellement:

a. le fait de pratiquer un avortement chez une femme sans son accord préalable et éclairé;

b. le fait de pratiquer une intervention chirurgicale qui a pour objet ou pour effet de mettre fin à la capacité d'une femme de se reproduire naturellement sans son accord préalable et éclairé ou sans sa compréhension de la procédure».

9. [Prevention and elimination of disrespect and abuse during childbirth](#), Déclaration de l'Organisation mondiale de la Santé, 2014.

7. Les violences gynécologiques et obstétricales ne sont pas un phénomène nouveau. Elles sont le résultat de la perpétuation d'une culture patriarcale au sein du milieu médical, notamment dans la formation du personnel soignant et de stéréotypes de genre persistants dans la société. Ensuite, les restrictions budgétaires des établissements de santé, qui sont devenus un objectif de management, freinent la pratique des soins respectueux de physiologie de l'accouchement. Enfin, un certain nombre de professionnels ne respectent pas les recommandations de bonnes pratiques (expression abdominale interdite depuis longtemps ou épisiotomies) et occasionnent, à ce titre, de la violence dans les soins. Cette question du non-respect de la physiologie de l'accouchement et des bonnes pratiques n'est à l'ordre du jour d'aucune institution: ordres, collèges professionnels, établissements. Nous devons traiter de cette question au niveau européen et appeler à ce que les femmes, tout au long de leur vie, soient traitées avec respect par tous, et notamment par le personnel médical et non médical en charge de leurs soins.

2. Portée du rapport

8. La proposition de résolution à l'origine de ce rapport prévoit que l'Assemblée fasse un état des lieux de la situation et recommande aux États membres les mesures nécessaires permettant de faire évoluer les pratiques et d'assurer une prise en charge médicale des femmes dans le respect de leurs droits, de leur corps et de leur santé.

9. Je ne souhaite pas pointer du doigt tout un corps professionnel car cela serait injustifié et disproportionné, mais contribuer à lever les tabous concernant l'accueil des femmes et leur accompagnement pour les soins en santé reproductive et sexuelle. Des pratiques pouvant être perçues comme humiliantes sont toujours enseignées et le personnel médical peut, sans en avoir l'intention, être maltraitant. La formation du personnel soignant peut donner les clés de la prévention des violences obstétricales et gynécologiques. Sans formation spécifique du corps médical, les attitudes et donc les actes n'évolueront pas.

10. J'ai tenté d'étudier les problèmes structurels qui peuvent mener à de mauvais traitements des patientes, notamment le manque de personnel amenant à des horaires rallongés de travail et la nécessité de suivre de nombreuses patientes simultanément pour des accouchements. Ce rapport ne traite pas de l'accès à la contraception qui fera l'objet d'un prochain rapport par M^{me} Petra Bayr (Autriche, SOC). Il ne traite pas spécifiquement de l'accès à l'avortement. Je ne traiterai pas non plus la question de l'accès aux soins des femmes en situation de handicap, des difficultés particulières qu'elles peuvent rencontrer lors d'un accouchement et des discriminations dont elles sont victimes.

3. Méthodes de travail

11. J'ai entamé mes travaux en effectuant une recherche documentaire et ai souhaité effectuer ce travail en lien avec les professionnels de santé, les patientes et les associations de défense des victimes. J'ai rencontré M^{me} Marie-Amélie Schmelck, sage-femme à Strasbourg, le 10 octobre 2018. Elle m'a fait part des conditions de travail des sages-femmes et d'un environnement devenu moins accueillant pour les patientes ces dernières années. Elle m'a dit qu'on apprenait au personnel médical à «faire» et non pas à «être» et estime que «les violences envers les patientes seraient le quotidien dans de nombreuses maternités pour des raisons structurelles, culturelles et sociologiques».

12. La commission a tenu une audition le 3 décembre 2018 avec la participation du Dr Amina Yamgnane, Gynécologue-obstétricienne et cheffe de service de la maternité de l'Hôpital Américain de Paris, et de M^{me} Anne-Mette Schroll, consultante, sage-femme, représentant l'Association danoise de sages-femmes.

13. La commission a également tenu une autre audition le 24 janvier 2019 avec la participation du Dr Özge Tunçalp représentant l'Organisation mondiale de la Santé. J'ai aussi pu en discuter avec M^{me} Liliane Maury Pasquier, Présidente de notre Assemblée et sage-femme de profession.

14. La commission a tenu le 9 avril 2019 une audition conjointe avec le Réseau parlementaire pour le droit des femmes de vivre sans violence sur la question spécifique des stérilisations forcées des femmes roms, avec la participation de M^{me} Elena Gorolová, Porte-parole, Groupe de femmes victimes de stérilisations forcées en République tchèque, M^{me} Gwendolyn Albert, défenseuse des droits humains, République tchèque, M. Adam Weiss, Directeur du Centre européen sur les droits des Roms (Budapest) et de M. Stefan Ivanco, Coordinateur de programmes et chercheur, Poradňa, Centre des droits civils et humains (République slovaque).

15. J'ai effectué les 3 et 4 juillet 2019 une visite d'information en Croatie, au cours de laquelle j'ai rencontré le Dr Željko Plazonić, Secrétaire d'État au ministère de la Santé, M^{me} Tena Šimonović, Médiatrice adjointe, des parlementaires et des représentants d'organisations non gouvernementales. Je me suis entretenue avec M^{me} Ninčević Lesandrić, députée, qui avait témoigné de son expérience au Parlement croate, ce qui avait lancé la campagne *#Breaking the silence* sur les réseaux sociaux. J'ai aussi eu l'occasion de visiter une grande maternité à Zagreb et d'y rencontrer du personnel soignant, médecins gynécologues et obstétriciens, sages-femmes et infirmières. J'ai pu m'entretenir avec des femmes ayant accouché dans cette maternité.

16. M^{me} Dubravka Šimonović, Rapporteuse spéciale des Nations Unies sur la violence à l'égard des femmes, ses causes et conséquences, a préparé cet été un rapport sur l'adoption d'une démarche fondée sur les droits de la personne dans la lutte contre les mauvais traitements et les violences infligés aux femmes dans les services de santé procréative, en particulier les violences commises pendant l'accouchement et les violences obstétricales. Nous avons pu discuter de nos travaux respectifs lors d'une rencontre au Parlement croate. Elle a présenté son rapport lors de la 74^{ème} session de l'Assemblée générale des Nations Unies au mois d'août 2019 ¹⁰.

17. Je souhaite remercier le Parlement croate de son soutien dans la préparation et la conduite de ma visite d'information, pendant laquelle j'ai rencontré des interlocuteurs-rices de divers horizons afin de discuter de cette problématique ainsi que les personnels médicaux dont je salue la disponibilité. J'ai choisi d'effectuer une visite d'information en Croatie en raison du témoignage fait par une parlementaire et de sa résonance sur les réseaux sociaux. Les violences gynécologiques et obstétricales sont un phénomène généralisé et des femmes en sont victimes dans de nombreux pays. Il ne m'est pas possible d'évaluer l'ampleur de ces violences partout en Europe, mais en recoupant les témoignages, en m'entretenant avec des professionnels de santé, je peux affirmer qu'il existe des pratiques pouvant mener à de telles violences et que le manque de moyens attribués aux établissements de santé a un impact sur la prise en charge des patientes et peut aussi mener à des violences dites institutionnelles par manque de temps, d'équipement ou de personnel.

4. Formes de violences gynécologiques et obstétricales

«Touchers vaginaux brutaux ou inexpérimentés, épisiotomies non consenties, expressions abdominales, décollement des membranes, propos infantilisants et déni du projet de naissance; les témoignages abondent qui attestent de la fréquence du phénomène des violences gynécologiques et obstétricales. Cette dernière formule a provoqué la colère des spécialistes qui oublient peut-être qu'en la matière, ce n'est pas l'intentionnalité du praticien dans ses actes ou paroles qui autorise la caractérisation mais le ressenti et les séquelles de celle qui les subit», Camille Froidevaux-Metterie^{11,12}

18. Je tiens tout d'abord à rappeler, comme l'a fait la Dr Yamgnane lors de notre audition, qu'il y a un aléa médical dans 20 à 30% des accouchements (en France). Il est alors nécessaire d'utiliser des forceps ou une ventouse, d'avoir recours à une césarienne, de faire une révision utérine, d'arrêter une hémorragie ou d'utiliser des services de réanimation néonatale. Selon ses propos, certains professionnels ne souhaitent pas effrayer les patientes et peuvent choisir de les sous-informer sur les risques éventuels pendant leur grossesse ou lors de l'accouchement. Ils peuvent aussi parfois devoir prendre des décisions rapidement, sans demander l'avis de la patiente, dans des situations d'urgence où le pronostic vital de la patiente ou de l'enfant serait engagé. Les complications lors d'un accouchement ne sont pas toujours prévisibles, ce qui peut avoir un impact sur la prise en charge des parturientes. Un accouchement peut être vécu comme une expérience brutale et traumatisante, éloignée de l'accouchement parfait qui avait été imaginé.

10. Le rapport peut être consulté en ligne: référence [A/74/137](#).

11. Camille Froidevaux-Metterie, *Le corps des femmes, la bataille de l'intime*, p. 129, Editeur Philosophie magazine, 2018.

12. Dans *Le livre noir de la gynécologie – Maltraitements gynécologiques et obstétricales: libérer la parole des femmes*, paru en 2017, Mélanie Déchalotte, journaliste, présente de nombreux témoignages de patientes victimes de violences gynécologiques et obstétricales.

19. Les violences gynécologiques et obstétricales peuvent prendre plusieurs formes et il est difficile d'avoir une vision d'ensemble du nombre de victimes. Les informations précises ne sont pas faciles à obtenir. Anne-Mette Schroll, sage-femme danoise, a partagé son expérience lors de notre audition et a cassé une idée reçue sur le traitement des patientes au Danemark:

«J'avais l'impression que les femmes danoises étaient bien traitées dans nos maternités. Nous avons fait une enquête qui a démontré que 25% des femmes interrogées ont une expérience de la violence dans nos services».

20. Selon l'Académie nationale de médecine (France), qui a publié un rapport intitulé «De la bientraitance en obstétrique. La réalité du fonctionnement des maternités», «le vocable de 'violences obstétricales' regroupe tout acte médical, posture, intervention non approprié ou non consenti. Il recouvre donc, non seulement des actes non conformes aux recommandations pour la pratique clinique (RPC) mais aussi des actes médicalement justifiés réalisés sans information préalable et/ou sans le consentement de la patiente ou avec une apparente brutalité. Enfin, les attitudes, comportements, commentaires ne respectant pas la dignité, la pudeur et l'intimité des femmes sont également cités sous ce terme et rapprochés de la non-prise en compte de la douleur pendant et après l'accouchement»¹³. Des actes médicaux et gestes invasifs sont parfois pratiqués en l'absence de consentement lors de consultations gynécologiques.

21. Des étudiant·e·s en médecine ont pratiqué, dans plusieurs pays, des touchers vaginaux sur des patientes sous anesthésie, encore inconscientes¹⁴. Les révélations choquantes dans la presse nous ont montré que certaines pratiques, perçues comme faisant partie d'un cursus, pouvaient être reconnues comme étant des pratiques invasives à l'encontre des patientes. Lors de notre audition, la Dr Yamgnane a témoigné de sa propre expérience: «Dans les années 1990, pendant mes études de médecine à Bruxelles, j'ai appris à faire des touchers vaginaux sur des femmes sous anesthésie générale. Je n'ai jamais eu l'idée pendant mes études de remettre ce type de pratique en question». Elle nous a dit avoir pris conscience par la suite du caractère inacceptable de cette pratique.

22. Il peut être nécessaire, afin de sauver des vies, de pratiquer des opérations ou manipulations invasives, sans demander le consentement de la patiente, notamment par exemple lorsque des césariennes d'urgence doivent être pratiquées en cas de risque pour la mère ou l'enfant. Mais dans certaines cliniques, le nombre de césariennes effectuées est supérieur au nombre qui serait nécessaire du point de vue médical (entre 10 et 15%), ce qui amène à se demander si les césariennes seraient imposées ou si les femmes les demanderaient¹⁵. Il existe des praticien·ne·s, qui, pour convenance personnelle en raison de contraintes de calendrier ou autre, imposeraient une date d'accouchement à leur patiente en vantant les mérites d'un accouchement par césarienne programmée, qui est moins dangereuse et traumatisante qu'une césarienne d'urgence. Il existe aussi des femmes qui souhaitent accoucher par césarienne et trouvent des praticien·ne·s qui acceptent de programmer des césariennes qui ne seraient pas nécessaires. Le nombre d'accouchements par césarienne varie fortement d'un pays à l'autre.

23. Les épisiotomies sont une autre pratique pouvant être ressentie comme une violence, qu'il convient d'analyser. Une épisiotomie est une incision du périnée visant à permettre au nouveau-né de passer plus facilement et de prévenir de graves déchirures. Si c'était une pratique relativement courante pour des primipares accouchant par voie basse dans certains services en France (20% en moyenne, 34,9% chez les primipares¹⁶), elle n'est presque plus utilisée dans quelques maternités qui contestent son utilité. Avec 1% d'épisiotomies, la maternité de Besançon en France fait figure d'exemple et ses patientes n'ont pas plus de complications que celles d'autres maternités. Cette incision n'est pas toujours nécessaire et est parfois pratiquée en vue d'accélérer l'accouchement. Elle peut avoir de graves conséquences, non seulement sur le plan physique mais aussi sur le plan psychologique. Elle peut être pratiquée sans demander ou attendre le consentement de la patiente, ou sans l'informer d'éventuelles conséquences. Le manque de communication sur ce sujet entre les praticien·ne·s et les patientes est réel. L'OMS recommande de ne pas dépasser le taux de 20% d'épisiotomies. La Dr Yamgnane a affirmé n'avoir jamais rencontré de patiente consentant à avoir une épisiotomie. Une fois que la parturiente est en train d'accoucher, il peut être difficile d'obtenir un consentement éclairé.

13. Ce rapport a été publié le 18 septembre 2018, www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2018/09/18.9.18-Rapport-CREPIN-bientraitance.pdf.

14. «Toucher vaginal sur patientes endormies: des médecins alertent le gouvernement», *Libération*, 6 février 2015.

15. «Les gynécologues mettent en garde contre une "épidémie de césariennes" dans le monde», France TV info, 12 octobre 2018.

16. *Ibid.*

24. Une épisiotomie peut entraîner des complications pour la patiente qui parfois découvre après l'accouchement que celle-ci a été faite¹⁷. La cicatrisation des points de suture peut être douloureuse et une femme peut avoir du mal à s'asseoir en raison d'une épisiotomie mal faite. Des points peuvent lâcher et des abcès se former. Les effets psychologiques peuvent être encore plus importants. Je suis de l'avis qu'une épisiotomie non consentie et non nécessaire est une violation de l'intégrité physique¹⁸. Nous devons nous demander pourquoi cette pratique est encore utilisée dans certains hôpitaux alors qu'elle n'est pas forcément nécessaire. Nous pouvons aussi nous demander pourquoi certaines parturientes semblent ne pas être informées de la réalisation d'une épisiotomie ou certains médecins minimisent la portée de cette pratique, en culpabilisant les futures mères ne souhaitant pas en avoir. La qualité de vie de la patiente, une fois sortie de la salle d'accouchement, n'est pas forcément une priorité¹⁹.

25. Le refus de l'accès à des anti-douleurs ou à la péridurale peut aussi être considéré comme une forme de violence. Les patientes devraient enfanter dans la douleur selon certains (rares) praticiens. L'accès à la péridurale n'est pas non plus encore généralisé partout en Europe, ou bien perçu.

26. Dans le documentaire «Tu enfanteras dans la douleur», diffusé sur la chaîne ARTE le 16 juillet 2019, la réalisatrice, Ovidie, présente des témoignages de femmes ayant été victimes de violences gynécologiques et obstétricales. J'ai été particulièrement touchée par le témoignage d'une femme qui a dit avoir été tuée de l'intérieur.

27. Lors de ma visite en Croatie, j'ai pu discuter longuement avec M^{me} Ivana Ninčević Lesandrić, députée, qui avait témoigné de son expérience d'un curetage sans anesthésie à la suite d'une fausse couche dans un hôpital de Split: «Ces brutalités créent un traumatisme physique, psychique et sont une violence. J'ai été laissée sans information, sans choix, attachée sur un lit pour un curetage à vif. J'ai ressenti chaque seconde de cette procédure médicale». Elle se souvient du regard de la gynécologue qui a fait ce curetage. Elle n'a rien dit mais M^{me} Ninčević Lesandrić a pu ressentir qu'elle était désolée des conditions de prise en charge. A la suite de son témoignage, elle a été accusée d'avoir menti sur son expérience. Elle a reçu des centaines de courriers électroniques de femmes partageant leur expérience et la remerciant d'en avoir parlé en public. Les témoignages de femmes croates sur les réseaux sociaux font part de la rudesse du corps soignant à leur égard et du mépris de la douleur.

28. Le «point du mari» reste un sujet tabou. Certains médecins ajoutent quelques points de suture supplémentaires lorsqu'ils recousent le périnée après une épisiotomie ou une déchirure²⁰. Ces points de suture supplémentaires seraient censés accroître le plaisir du mari ou compagnon lors de rapports sexuels. On parle alors de retrouver un «sexé de jeune fille», censé plaire davantage aux hommes. En revanche, le «point du mari» peut rendre les rapports sexuels très douloureux pour les femmes, ce qui ne semble pas être une grande préoccupation pour ceux qui maintiennent cette pratique.

29. L'expression abdominale est une autre pratique largement dénoncée. Il n'y a pas de données quantitatives quant à son utilisation. Elle peut être mal vécue par les femmes, ne pouvant plus être actrices de leur accouchement. Cette pratique est interdite en France depuis 2007. Il peut être difficile pour une femme qui accouche, épuisée par des heures de travail, de s'opposer à une pratique jugée nécessaire par le gynécologue obstétricien afin d'accélérer l'accouchement. Elle est en position de vulnérabilité et les soignants ont une certaine autorité sur leurs patientes qui s'en remettent à leur jugement et recommandations.

30. Les déclenchements d'accouchement peuvent être réalisés en cas de dépassement de la date du terme ou de risque pour l'enfant à naître ou sa mère. Ils peuvent s'avérer très douloureux pour la patiente, déclenchant et accélérant les contractions plus rapidement que le rythme naturel. Un déclenchement peut ne pas fonctionner ou entraîner un travail très long et particulièrement douloureux, chaque patiente réagissant différemment. Les hormones artificielles sont aussi fréquemment utilisées afin d'accélérer le travail. Des perfusions d'ocytocine peuvent être faites, sans avoir l'accord des patientes. L'objectif n'est pas systématiquement de prévenir certains risques en cas d'accouchement tardif, mais aussi de réduire la durée d'accouchement et de libérer les salles de travail et les chambres en maternité pour pouvoir accueillir de nouvelles patientes, avec un objectif de rentabilité. Ces pratiques peuvent être considérées comme des formes de violence si les professionnels y ont recours pour des raisons autres que la santé des femmes et de

17. En cas de pose d'une péridurale, une patiente ne devrait pas avoir mal lors d'une épisiotomie.

18. Les épisiotomies non consenties et non nécessaires n'entrent pas dans la définition des mutilations génitales féminines selon la Convention d'Istanbul.

19. «Derrière le «point du mari», le traumatisme de l'épisiotomie», *Le Monde*, 18 avril 2014.

20. *Ibid.*

l'enfant à naître. Selon l'Académie nationale de médecine (France), «le manque d'information, très courant sur l'indication, le bénéfice escompté, le déroulement, la durée, le risque d'échec de ces déclenchements est source de nombreuses insatisfactions»²¹.

31. Lors de notre audition, la Dr Özge Tunçalp a établi que les mauvais traitements au moment de l'accouchement peuvent prendre de multiples formes telles que des agressions physiques, des abus sexuels, des insultes, des préjugés et de la discrimination, de mauvaises relations entre les femmes et les personnels de soins (absence de consentement éclairé, absence de soulagement de la douleur) et le fait de ne pas respecter les normes professionnelles en matière de soins. En outre, elle a insisté sur le fait que ne pas être maltraitée ne signifie pas pour autant être traitée avec respect. En tant que parlementaire, je suis d'avis que nous devons sans relâche faire la promotion d'attitudes respectueuses et non discriminatoires envers les femmes de manière générale, sans oublier dans les systèmes de santé.

32. Les violences obstétricales et gynécologiques peuvent avoir de graves conséquences sur l'état de santé des patientes à court et long termes qui peuvent se répercuter sur les bébés. Ces conséquences sont encore sous-estimées. La dépression post-partum et un syndrome de stress post-traumatique peuvent être liés à des violences obstétricales ou gynécologiques²², et par là-même, conduire à une dégradation des relations mère-enfant dans les mois suivant la naissance.

33. De plus, les violences gynécologiques et obstétricales affectent la confiance des patientes dans le corps médical, qui vont peut-être hésiter à se rendre à une consultation. Cela peut avoir de graves conséquences pour leur santé génésique.

34. Les violences gynécologiques et obstétricales représentent un traumatisme pour la vie affective et sexuelle des années après les faits de violence. Dans son ouvrage «Le livre noir de la gynécologie», Mélanie Déchalotte explique que beaucoup de femmes parlent de viol lorsqu'elles parlent de violences gynécologiques. L'utilisation d'instruments tels que le speculum ou une paire de ciseaux, ou les doigts, sans consentement, peut être considérée comme une intrusion violente dans le corps.

5. Rapports d'inégalité entre le corps médical et les patientes

*«Il y a une vingtaine d'années, je suis entré dans la salle où je pratiquais des IVG, j'ai fermé la porte et je me suis allongé sur la table d'examen, avec mes jambes dans les étriers. Ça a changé ma manière de voir et d'exercer. Je l'ai fait régulièrement, au fil des années...», Martin Winckler, médecin.*²³

35. Le présent rapport nous amène à réfléchir sur les rapports d'inégalité entre le corps médical et les patientes. Une relation de supériorité, fondée sur une perception de supériorité d'un genre sur un autre ou sur la profession de médecin par rapport au patient, peut amener à des traitements vécus comme dégradants ou clairement violents. Mais l'inverse est aussi possible, avec des patientes qui peuvent agresser les personnels ou qui remettent en question leurs pratiques.

36. J'ai été choquée d'apprendre que, lors du Congrès des gynécologues-obstétriciens qui s'est tenu à Strasbourg le 7 décembre 2018, une diapositive avait été projetée, comparant les femmes à des juments: «Les femmes, c'est comme les juments, celles qui ont de grosses hanches ne sont pas les plus agréables à monter, mais c'est celles qui mettent bas le plus facilement»²⁴. Certaines femmes se «font accoucher» par des professionnels et ne sont pas considérées comme pouvant être pleinement actrices de leur accouchement. Quand les femmes ne sont pas infantilisées, elles sont déshumanisées. Je souhaite, avec ce rapport, promouvoir une bientraitance et des relations plus égalitaires entre le corps médical et les patientes. Il y a aussi une volonté de contrôle des accouchements, de la position, l'endroit et le suivi à apporter. Les projets de naissance sont encore trop souvent ignorés, l'avis de la patiente mis de côté.

21. «De la bientraitance en obstétrique. La réalité du fonctionnement des maternités», Académie nationale de médecine, 18 septembre 2018.

22. [The association between disrespect and abuse of women during childbirth and postpartum depression: Findings from the 2015 Pelotas birth cohort study.](#)

23. Compte twitter de Martin Winckler @MartinWinckler, 26 mai 2019.

24. Cette phrase est issue de l'ouvrage *Le Seigneur de Châlus* d'Yves Aubard (2012), un roman historique qui se passe au Moyen Âge entre 967 et 969.

37. Le tabou autour du corps des femmes est une opportunité de domination. Des patientes n'oseront pas s'opposer au médecin, par gêne de parler de l'intime. Elles ne se plaindront pas non plus en cas de violences, ce qui peut avoir des conséquences dévastatrices. Elles ne s'opposeront pas non plus forcément à des pratiques qu'elles considèrent comme étant humiliantes ou intrusives, ne souhaitant pas s'opposer au personnel soignant.

38. La non-maternité peut être un choix et est qualifiée par certains d'émancipation²⁵. Néanmoins, les jeunes femmes n'ayant pas eu d'enfants rencontrent de nombreuses difficultés, voire des refus, si elles souhaitent se faire stériliser. Les médecins les envoient consulter des psychologues et leur annoncent qu'elles pourraient regretter ce choix. Les stérilisations sont peu pratiquées en Europe alors qu'elles sont courantes en Amérique du Nord et en Inde, par exemple. La décision de ne pas avoir d'enfant n'est pas considérée comme étant définitive, de nombreuses femmes exprimant ce choix sont renvoyées à des platitudes autour de la notion d'instinct maternel, d'horloge biologique ou de désir d'enfant pouvant apparaître plus tard. Les femmes ayant fait ce choix sont stigmatisées dans nos sociétés et ne sont pas comprises. En dépit d'années d'avancées en matière d'égalité de genre, les femmes, quelles que soient les fonctions occupées, sont toujours ramenées à leur éventuel futur rôle de mère. Il semble que le corps médical, tout comme la société en général, trouve difficile d'accepter qu'une femme choisisse de vivre sa vie sans enfants, quelle qu'en soit la raison.

39. De même, les femmes reçoivent des injonctions à enfanter dès la trentaine passée, on leur demande de ne pas trop attendre, et les grossesses de femmes ayant 35 ans et plus sont qualifiées par certains médecins de grossesses gériatriques ou comme étant potentiellement à risque. Les femmes, tout au long de leur vie sexuelle, sont jugées, critiquées, appelées à entrer dans la norme ou dans un certain moule. Leur volonté n'est pas écoutée.

40. Les consultations gynécologiques et les accouchements sont des moments intimes de la vie d'une femme, pendant lesquels elle est particulièrement vulnérable. Un homme médecin et député a confié, lors de notre rencontre au Parlement croate, s'être lui aussi senti particulièrement vulnérable et victime de violences lors d'examens médicaux alors qu'il se faisait soigner.

5.1. Discriminations envers les femmes lesbiennes

41. Les examens médicaux peuvent être faits avec brutalité par certains praticien-ne-s. Dans les témoignages partagés sur les réseaux sociaux, de nombreuses femmes ont fait état des remarques faites par les gynécologues, critiquant leur mode de vie, leur orientation sexuelle ou leur apparence. Les femmes lesbiennes peuvent être stigmatisées par certains médecins, voire humiliées lors de consultations, ce qui peut les faire renoncer à un suivi médical régulier.

42. Selon l'enquête *LGBT dans l'UE: Enquête sur les personnes lesbiennes, gays, bissexuelles et transgenres dans l'Union européenne* menée par l'Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne (FRA)²⁶, une personne interrogée sur 10 ayant eu accès à des services de soins de santé au cours de l'année précédant l'enquête a considéré avoir été victime de discriminations par le personnel médical. Les personnes LGBTI rencontrent deux principaux types d'obstacles à leur prise en charge médicale: l'accès aux soins et l'attitude des professionnel-le-s en charge des soins envers les personnes LGBTI. Par exemple, les femmes lesbiennes ne se verraient pas systématiquement proposer de dépistage du cancer du col de l'utérus, considérées comme appartenant à un groupe à faible risque.

43. Lorsque les personnes LGBTI font appel aux services de santé, les soignant-e-s font souvent preuve d'une présomption d'hétérosexualité et peuvent utiliser un langage inadapté, participant ainsi à l'invisibilisation et l'exclusion des personnes lesbiennes et bissexuelles. Comme l'indiquent certaines enquêtes²⁷, le refus de soins pour motif discriminatoire est une maltraitance qui incite les patient-e-s à renoncer à leur droit aux soins. 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 soins²⁸. En France, elles sont cependant 12% à

25. Camille Froidevaux-Metterie, *Le corps des femmes, la bataille de l'intime*, op.cit.

26. *LGBT dans l'UE: Enquête sur les personnes lesbiennes, gays, bissexuelles et transgenres dans l'Union européenne – Les résultats en bref*.

27. «VIH, Hépatites, la face cachée des discriminations», rapport 2016, Aides. «Résoudre les refus de soins», rapport annuel sur le respect des droits des usagers du système de santé adopté en séance plénière de la Conférence nationale de santé le 10 juin 2010.

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

avoir contracté une IST au cours des dernières années²⁹, contre 3% pour les femmes hétérosexuelles³⁰. Le suivi gynécologique devrait constituer un cadre idéal pour la prévention et le dépistage. Néanmoins, les lesbiennes se retrouvent souvent exclues et mal conseillées.

44. Je ne donnerai pas de détails sur la situation des personnes intersexes dans ce rapport mais invite à consulter le rapport de M. Piet De Bruyn, ancien membre de l'Assemblée, sur la situation des personnes intersexes en Europe et les discriminations dont elles sont victimes³¹.

5.2. Stérilisations forcées

45. Les stérilisations forcées sont l'une des formes de violence les plus graves, enlevant aux femmes la possibilité de décider si elles souhaitent, ou non, avoir un enfant. Elles ne sont jamais nécessaires pour sauver des vies: d'autres moyens non irréversibles de prévention d'une grossesse existent et peuvent être proposés à toute femme pour qui une grossesse présenterait un risque grave pour sa santé.

46. La Convention d'Istanbul demande aux États parties de criminaliser les stérilisations forcées. Les premiers rapports d'évaluation du GREVIO démontrent que les États parties ont des approches différentes concernant les stérilisations forcées. Certains États n'incriminent pas cette pratique, tels que Monaco ou encore l'Albanie. Le GREVIO encourage notamment les autorités albanaises à introduire l'infraction des stérilisations forcées dans le droit pénal, et relève des lacunes sur ce sujet.

47. Cependant, le GREVIO note que la majorité des États ayant fait l'objet de rapports d'évaluation ont incriminé les stérilisations forcées. Tel est le cas de la Turquie, qui incrimine les stérilisations forcées à l'article 101 du Code pénal turc. Au Danemark, les stérilisations forcées constituent une infraction pénale. Le GREVIO invite les autorités danoises à élargir l'offre de conseils par téléphone disponible afin que cela inclue les stérilisations forcées. Dans le rapport envoyé au GREVIO³², les autorités autrichiennes indiquent que la loi autrichienne incrimine les stérilisations forcées, et les condamne en tant qu'«atteintes corporelles». La loi prévoit une peine de prison de 1 à 15 ans.

48. Le rapport du GREVIO relatif au Portugal fait apparaître que l'article 144 du Code pénal vise la stérilisation forcée et l'incrimine également. Le GREVIO encourage le Portugal à aller plus loin et à examiner dans le cadre de travaux de recherches les formes de violence à l'égard des femmes, telle que la stérilisation forcée. Le Monténégro a modifié son Code pénal en 2017 afin d'y intégrer l'incrimination des stérilisations forcées. Le GREVIO déplore cependant l'absence de mesures de prévention et de protection en parallèle de ces changements législatifs. D'une manière générale, le GREVIO salue les législations adoptées par les États incriminant toutes les formes de violence à l'égard des femmes, mais encourage ces derniers à aller plus loin, en améliorant notamment la prévention et la prise en charge des victimes.

49. Dans sa [Résolution 1945 \(2013\)](#) "Mettre fin aux stérilisations et castrations forcées", l'Assemblée a invité les États membres du Conseil de l'Europe «à réviser si nécessaire leur législation et leur politique pour faire en sorte que nul ne soit contraint, de quelque manière et pour quelque motif que ce soit, de subir une stérilisation ou une castration, [et] à faire en sorte qu'une réparation appropriée soit prévue pour les victimes de stérilisation ou de castration imposées récentes (et futures), y compris la protection et la réhabilitation des victimes, la poursuite des auteurs de ces actes et une indemnisation financière proportionnée à la gravité des violations des droits de la personne subies». Je salue le rapport de M^{me} Maury Pasquier sur ce sujet difficile. Elle présente une étude détaillée de la situation des femmes roms, mais aussi des personnes transgenres, des personnes en situation de handicap et des «personnes marginalisées, stigmatisées ou considérées comme inadaptes», ayant été victimes de stérilisations et de castrations forcées.

50. Le présent rapport me permet de souligner que les femmes roms peuvent se trouver dans une situation particulièrement vulnérable, que ce soit lors d'examens gynécologiques de routine ou lorsqu'elles vont accoucher. Elles peuvent être mal accueillies, mal soignées, stigmatisées, humiliées ou mises à l'écart dans une partie séparée du service de maternité. Parfois, les femmes roms ont été victimes de violences obstétricales ciblées, telles que les stérilisations forcées.

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

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

31. [Résolution 2191 \(2017\)](#) «Promouvoir les droits humains et éliminer les discriminations à l'égard des personnes intersexes», et Doc. 14404.

32. Rapport étatique: [GREVIO/Inf\(2016\)2](#).

51. Elena Gorolová, porte-parole du Groupe de femmes victimes de stérilisations forcées en République tchèque, a fait part de son expérience personnelle auprès de la commission lors d'une audition tenue en avril 2019. Elle a été stérilisée de force en 1990, juste après avoir donné naissance à son deuxième enfant par césarienne. Elle n'a pas eu la possibilité de donner son consentement libre et éclairé, mais on lui a simplement demandé, pendant son accouchement, de signer un papier sans lui expliquer de quoi il s'agissait précisément. Elle s'est sentie meurtrie après avoir appris qu'elle ne pourrait plus avoir d'enfants. Elle fait campagne en République tchèque depuis de nombreuses années afin de demander un dédommagement pour le préjudice causé, mais a été fortement critiquée dans sa démarche, tant par sa communauté que par les autorités.

52. Selon Adam Weiss, directeur du Centre européen sur les droits des Roms, les stérilisations forcées sont une discrimination de nature intersectionnelle et ont été faites dans plusieurs États membres du Conseil de l'Europe. Le Comité des droits de l'homme des Nations Unies a notamment demandé au Gouvernement slovaque de créer un organisme indépendant chargé de déterminer l'ampleur des cas de stérilisations forcées³³.

5.3. Dénoncer le sexisme dans le domaine médical

53. Nous pouvons aussi nous demander pourquoi la santé des femmes et le corps féminin sont encore perçus comme étant tabous. Le corps des femmes leur appartient, la question des violences gynécologiques et obstétricales nous questionne sur nos avancées en matière d'égalité de genre et d'égalité en général. La parole des femmes qui ont témoigné sur les violences gynécologiques et obstétricales qu'elles ont vécues a été attaquée et minimisée par certains médecins³⁴. Il est important de rappeler que, dans les pays où elle existe, la Charte des patient·e·s stipule que l'information du patient ou de la patiente sur les actes médicaux le ou la concernant est obligatoire ainsi que le respect de son intimité.

54. Selon Martin Winckler, médecin et écrivain, les professionnels de santé seraient incapables de se remettre en question: «Le problème des gynécologues est leur paternalisme, cette façon qu'ils ont de croire tout savoir. En outre, ils se pensent moralement supérieurs, encore plus avec les femmes en raison du sexisme ambiant. Il faut qu'ils revoient leur façon de penser»³⁵. Je ne souhaite pas faire de généralisation. Il faudrait réfléchir, comme l'a souligné la Dr Yamgnane, lors de notre audition, à «faire mieux, et ne pas stigmatiser».

55. Le sexisme de certains médecins peut avoir pour conséquence un mépris de la douleur. De nombreuses patientes victimes d'endométriose ont mis des années à découvrir de quelle maladie elles souffraient car leur douleur était systématiquement minimisée par leur gynécologue. L'indifférence à la douleur peut aussi être ressentie par les femmes lors d'examens routiniers ou lors de la pose d'un stérilet³⁶.

56. En Finlande, une campagne d'information intitulée «Minä myös synnuttäjänä» (moi aussi lors de l'accouchement) a été lancée par des sages femmes, des doulas et des parents afin de promouvoir le droit au respect lors de l'accouchement et le droit à l'information. «Nous exigeons que le droit à l'autodétermination prévu par le droit finlandais et les accords internationaux sur les droits humains soit pleinement respecté au sein des soins de maternité et des hôpitaux finlandais. Nous cherchons à ce que le consentement soit adopté comme principe de base des soins de maternité. La mère qui accouche doit être assistée et soignée de la manière exigée par la loi: en pleine coopération avec elle.» Cette campagne met l'accent sur la nécessité de reconnaître qu'il y a des violences obstétricales en Finlande comme ailleurs dans le monde. D'après ce collectif, «La naissance fait partie de la sexualité d'une femme, et l'expérience et les conséquences de la violence obstétricale sont à peu près les mêmes que les autres violences sexuelles. Pour cette raison, la violence obstétricale doit être considérée comme une forme de violence sexuelle. La différence avec d'autres violences sexuelles est que dans les soins de maternité, le pouvoir du professionnel est institutionnel et médical. L'agresseur peut également défendre ses actes en prétendant qu'ils étaient dans l'intérêt supérieur de la mère ou du bébé».³⁷

33. Observations finales du Comité des droits de l'homme sur le quatrième rapport de la Slovaquie, adoptées le 31 octobre 2016.

34. Documentaire *Paye (pas) ton gynéco*, Nina Faure (2018).

35. Catherine Mallaval et Anaïs Moran, «Contre les violences gynécologiques, la lutte prend corps», *Libération*, 15 août 2017.

36. *Violences gynécologiques: rencontre avec Martin Winckler*, Antigone XXI, 4 décembre 2018.

37. *Minä myös synnuttäjänä; Report on the Mistreatment and violence against women during reproductive health care and childbirth in Finland – A response to the call for submissions by the OHCHR-UN.*

57. En Croatie, des inspections ont été lancées dans les hôpitaux à la suite de #breakthesilence mais les résultats ne sont pas encore rendus publics. Les hôpitaux manquent de moyens et de personnel, comme dans d'autres pays. Il y aurait un manque d'analgésiques et de produits anesthésiants dans certains hôpitaux. De nombreux-ses professionnel-le-s de santé sont parti-e-s travailler à l'étranger. Des victimes ont parlé de la difficulté de porter plainte pour violences gynécologiques ou obstétricales au sein des hôpitaux. Une femme médecin m'a dit qu'elle ne pouvait pas accepter que nous utilisions le terme de violence, car cela impliquerait qu'un-e professionnel-le de santé souhaiterait infliger des douleurs aux patientes. Il est important de noter des différences au niveau des structures entre les grandes villes et les zones plus rurales, dont les îles, où les établissements de santé peuvent être moins bien équipés ou très éloignés.

58. Le nombre d'épisiotomies est en diminution (13 934 en 2012 et 9 035 en 2018) en Croatie. 67,5% des accouchements par voie basse se sont faits sans épisiotomie en 2018. Lors de la visite de la maternité de l'hôpital de Petrova à Zagreb, il m'a été affirmé que toutes les patientes sont informées de toutes les procédures médicales lors d'une consultation ou d'un accouchement. Une équipe composée de gynécologues, chirurgiens, urologues et anesthésistes se penche sur la question du traitement de l'endométriose (allant du traitement médicamenteux jusqu'aux interventions chirurgicales). Les gynécologues doivent renouveler leur licence tous les 6 ans en Croatie, ce qui leur permet de mettre à jour leurs compétences. Les médecins rencontrés m'ont fait part de leur vocation humaniste et de leur souhait que tous les accouchements et autres procédures se passent bien. J'y ai aussi rencontré des femmes qui semblaient très satisfaites de leur accouchement. Chaque accouchement, chaque grossesse, chaque patiente est unique.

59. En Italie, le mouvement #bastatacere (Arrêtons de nous taire) sur twitter a permis de recueillir de nombreux témoignages. Selon une étude mentionnée dans le documentaire «Tu enfanteras dans la douleur», 21% des mères italiennes auraient déjà subi des violences obstétricales et 64% des épisiotomies auraient été réalisées sans consentement.

6. Violences institutionnelles et structurelles

60. Les violences dites institutionnelles ou structurelles sont dues à l'organisation des services, au manque de temps, de personnels et aux impératifs de rentabilité. Le temps nécessaire pour un accueil dans les meilleures conditions possibles n'est pas le même que celui des exigences économiques. De même, les professionnel-le-s n'ont plus le temps de discuter de leurs expériences traumatisantes en salle de naissance et de recevoir le suivi nécessaire. Les professionnel-le-s de santé travaillent souvent dans des conditions difficiles et nombreux sont les hôpitaux en manque de personnel, ce qui affecte l'accueil des patientes. Souvent, les jeunes mères sont encouragées à rentrer chez elles le plus vite possible, sans qu'un accompagnement ne soit fait à domicile. Les professionnels de santé insistent sur l'importance d'avoir des moyens dans les hôpitaux.

61. Je ne souhaite pas faire l'apologie de l'accouchement à domicile, dans une maison de naissance ou dans un hôpital mais je soutiens qu'un accueil, un suivi bienveillant des patientes et un accompagnement humain de la grossesse et de l'accouchement ainsi que du post-partum sont essentiels. Dans les maisons de naissance, l'organisation prévoit une sage-femme par parturiente alors que dans les hôpitaux, une sage-femme peut être en charge de trois à cinq femmes de front. Cette disparité de moyens interroge. Il faut développer la préparation à l'accouchement qui doit être le lieu de partage d'informations, de discussions sur la prévention de violences et de la préparation du projet de naissance et de son suivi.

62. L'absence de prise en compte de l'histoire de la patiente, qui peut avoir été victime d'autres formes de violence, peut lui faire revivre cette expérience et lui causer de la douleur. Le manque de temps et de personnel et les exigences d'efficacité et de rentabilité demandent au médecin de passer moins de temps avec les patientes, et donc de ne pas poser de questions concernant leur vécu, ce qui peut amener des complications et faire revivre des traumatismes. Dans une société où le temps passé avec les parturientes est compté, il peut être difficile d'assurer un accueil bienveillant³⁸. Là aussi, l'entretien prénatal précoce est un outil qui permet d'échanger sur ses vulnérabilités et de s'accorder avec l'équipe sur un parcours de soins individualisés.

38. «Violences obstétricales: et si la solution, c'était de prendre le temps?», RTBF, 9 février 2019.

7. Bonnes pratiques et recommandations

63. La question fondamentale au cœur du rapport est celle de l'égalité entre les femmes et les hommes et du respect entre corps médical et patientes. Je suis d'avis que les violences et maltraitances gynécologiques et obstétricales peuvent être évitées. Elles reflètent, de manière générale, un état d'esprit et un mépris envers les femmes. Elles sont l'affirmation d'une volonté de domination et perpétuent une culture patriarcale, à laquelle nous devons tenter de mettre fin. La promotion de l'égalité de genre dans tous les domaines permettra de lutter contre toutes les formes de violence à l'égard des femmes, y compris les violences gynécologiques et obstétricales.

64. Ce sujet est considéré par certain·e·s comme étant tabou, devant rester dans la sphère privée, comme les autres types de violences faites aux femmes. Les violences gynécologiques et obstétricales affectent les femmes lorsqu'elles sont particulièrement vulnérables, que ce soit avant, pendant ou après un accouchement ou pendant une consultation chez le médecin, ou même endormies après une anesthésie. Ces violences sont de nature pernicieuse, elles peuvent être invisibles. Souvent, elles sont intériorisées par les femmes qui les ont subies, à qui il est dit que ces violences font partie des aléas d'un accouchement et à qui on demande d'accepter la douleur et d'arrêter de se plaindre. Or, les violences gynécologiques et obstétricales ne sont pas une fatalité. Nous devons tenter de briser ce tabou et appeler à un traitement respectueux des patientes, y compris dans des situations d'urgence.

65. Afin d'avoir une idée plus précise de l'étendue de ces violences, il serait important d'assurer la collecte de données, en appelant les États membres à recueillir des données concernant les consultations, les accouchements et les cas de violences gynécologiques et obstétricales auprès des hôpitaux, des professionnels de santé (médecins, sages-femmes, infirmiers et infirmières) et des patientes. Des analyses de ces données devront être effectuées afin d'identifier les domaines prioritaires d'action et les problèmes urgents auxquels il faut remédier.

66. Remettre les patient·e·s au cœur des systèmes de soins devrait être une priorité. Celle-ci implique l'allocation de financements suffisants aux établissements de santé afin de permettre une réelle écoute des patient·e·s, de leur histoire et de leurs besoins. L'ensemble du système de soins doit mettre en place les conditions nécessaires à des soins respectueux et assurer que les financements adéquats soient alloués aux établissements de santé afin de permettre un accueil digne et respectueux.

67. Je ne souhaite bien évidemment pas attaquer une profession mais amener à réfléchir au poids des habitudes dans les pratiques médicales. Les formations du personnel de santé devraient inclure, si cela n'est pas encore le cas, des cours spécifiquement dédiés à la relation entre médecin et patient·e, la notion de consentement, l'égalité entre les femmes et les hommes, l'accueil des personnes LGBTI et des personnes vulnérables, la prévention du sexisme et des violences.

68. L'OMS a publié des recommandations sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement³⁹ en 2018 selon lesquelles aucune intervention ne doit être entreprise sans indication médicale claire. Le recours systématique ou trop fréquent à l'épisiotomie n'est pas recommandé pour les femmes qui accouchent par voie basse normale. L'expression abdominale pour faciliter l'accouchement pendant le travail n'est pas recommandée non plus. L'OMS indique clairement que toutes les femmes ont droit à une expérience positive de l'accouchement et notamment le respect et la dignité, le soutien de la personne de leur choix, une communication claire du personnel de la maternité, des stratégies de soulagement de la douleur et la mobilité pendant l'accouchement et une position de naissance choisie.

69. Certains protocoles de soins peuvent être perçus ou vécus comme étant violents. Leur respect strict et non flexible peut amener des médecins à avoir des pratiques pouvant être perçues comme brutales. La décision d'effectuer une césarienne d'urgence peut se prendre très rapidement afin de sauver des vies mais celle-ci peut être mal vécue par la patiente. Informer les patientes dans la mesure du possible, expliquer les protocoles et adopter une approche humaine des soins pourraient amener des changements de pratiques.

70. Les normes sanctionnant les violences gynécologiques et obstétricales ne sont pas encore établies d'une manière générale. Il faudrait par conséquent appeler à l'élaboration de telles normes. Les ordres de médecins devraient mettre en place des mécanismes de sanction pour les médecins n'ayant pas une attitude respectueuse de leurs patient·e·s. De même, les propos et attitudes sexistes du corps soignant devraient être clairement interdites et sanctionnées, comme cela devrait être le cas pour tous les métiers.

39. [Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement – Transformer les soins des femmes et des nourrissons pour améliorer leur santé et leur bien-être.](#)

71. Des mécanismes simplifiés de dépôt de plainte au sein des hôpitaux et en dehors devraient être accessibles et garantir la protection des victimes. Elles peuvent porter plainte pour défaut d'information, défaut de consentement, une pratique abusive de l'expression abdominale ou de l'épisiotomie.

72. De nombreuses femmes victimes de telles violences ne le réalisent pas. Des campagnes d'information, de prévention et de sensibilisation devraient être menées afin d'alerter l'opinion publique sur ces risques et faits et d'encourager les victimes de violences à porter plainte. Une libération continue de la parole sur les violences gynécologiques et obstétricales fera évoluer les pratiques.

73. L'échange de bonnes pratiques dans le domaine de la lutte et de la prévention des violences gynécologiques et obstétricales devrait être encouragé. L'accès à l'information devrait également être assuré. Certes, des moyens financiers sont nécessaires afin d'éviter des violences dites structurelles, mais un changement des mentalités et une promotion active de l'égalité de genre dès le plus jeune âge, et lors des études de médecine notamment, pourrait appeler à une réflexion sur les pratiques médicales et contribuer à faire évoluer les mentalités et à prévenir des violences.

8. Conclusions

74. Les violences gynécologiques et obstétricales sont révélatrices d'une inégalité de genre profondément ancrée dans nos sociétés. La parole des femmes n'est pas écoutée, elle est même considérée comme étant de moindre importance. Les femmes ne seraient plus pleinement actrices de leur accouchement mais guidées par leurs émotions, fragiles et incapables de prendre des décisions raisonnables. Ces violences nous démontrent que les stéréotypes de genre ont des conséquences non seulement sur la place des femmes dans la société mais aussi dans l'accès aux soins et aux traitements. Selon Danièle Bousquet, ancienne présidente du Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, ces violences révèlent une volonté d'emprise sur le corps des femmes. Il est temps d'intensifier nos efforts pour la promotion de l'égalité de genre dans tous les domaines afin de mettre fin à de telles pratiques.

75. Les femmes victimes de violences gynécologiques et obstétricales sont victimes à la fois d'une domination patriarcale et d'une domination institutionnelle. Cependant, ces violences ne sont pas inéluctables et il est possible de les prévenir. Les pratiques médicales sont perçues par certaines patientes comme étant déshumanisées. Un accompagnement humain des patientes, lors de consultations, d'un suivi pour maladie ou lors d'un accouchement devrait être la norme. Je tiens à souligner que le personnel soignant ne devrait pas être stigmatisé mais accompagné, formé et soutenu afin de pouvoir garantir un accueil et un traitement digne et bienveillant des patient·e·s et des parturientes. Le poids des habitudes, des gestes techniques effectués mécaniquement, des automatismes et un manque de personnel et de moyens peuvent avoir des conséquences négatives sur les patient·e·s.

76. Prendre le temps d'écouter les femmes, de respecter leurs choix et de les informer sont des éléments essentiels de la prévention des violences gynécologiques et obstétricales. Nous devons nous mobiliser afin de garantir que les femmes puissent disposer de leurs corps, être actrices de leur accouchement et vivre dans une égalité réelle, libres de toute violence et de tout stéréotype. Il ne s'agit pas d'une question purement technique, mais bien d'une question de respect des droits humains, pour laquelle un engagement politique est utile.