

Novembre 2023

RAPPORT N°19.18



Institut des Études
et de la Recherche
sur le Droit et la Justice

Les violences gynécologiques et obstétricales saisies par le droit

Sous la direction de

Anne SIMON et Elsa SUPIOT



INSTITUT DES SCIENCES
JURIDIQUE & PHILOSOPHIQUE
DE LA SORBONNE - UMR 8103



**SYNTHÈSE DE
RECHERCHE**

Sous la direction de

Anne SIMON

Professeure de droit privé et de sciences criminelles à l'Université d'Artois

Elsa SUPIOT

Professeure de droit privé et de sciences criminelles à l'Université d'Angers

Membres de l'équipe

Margo BERNELIN,

Chargée de recherche au CNRS, Université de Nantes, Laboratoire Droit et changement social. Elle est spécialiste du droit de la santé, ses travaux portent essentiellement sur la protection des données en matière de santé, le traitement algorithmique et la protection des droits individuels en ce domaine.

Laurence BRUNET,

Juriste de droit privé, elle a aussi été chargée de mission au Centre d'éthique clinique du Groupe Hospitalier Cochin-Saint Vincent de Paul. Elle s'intéresse particulièrement aux enjeux éthiques des évolutions normatives. Elle travaille notamment sur les pratiques médicales et/ou techniques nécessitant l'utilisation d'éléments du corps humain, voire du corps en son entier, et qui ne sont possibles qu'à certaines conditions fixées par la loi (don de gamètes et d'ovocytes, ou gestion pour autrui notamment).

Laurie FRIANT,

Maître de conférences en droit privé à l'Université de Poitiers, post-doctorante sur le projet. Ses travaux de recherche et d'enseignement portent sur les produits défectueux, la responsabilité médicale et les mécanismes indemnitaires.

Caroline LANTERO,

Maître de conférences en droit public à l'Université Clermont Auvergne et avocate. Ses travaux de recherche portent sur le droit des patients, la déontologie médicale, la responsabilité des établissements de santé mais également le droit du dommage corporel. Elle est responsable d'un DU Droit de la responsabilité médicale à l'Université Clermont Auvergne.

Julie LEONHARD,

Maître de conférences et spécialiste de droit pénal au sein de la Faculté de pharmacie de l'Université de Lorraine. Elle est actuellement responsable de formations en droit médical et en droit de la santé. L'approche croisée entre droit pénal et droit de la santé lui permet de décliner ses travaux entre les questions de qualifications des infractions sexuelles dans un contexte médical et les enjeux de responsabilité pénale des médecins.

Anne PONSEILLE,

Maître de conférences en droit pénal à l'Université de Montpellier, elle est aussi habilitée à diriger des recherches. Spécialiste de nombreuses questions de droit pénal de la santé, elle s'intéresse également à la prise en compte de l'état de santé des auteurs d'infractions dans le cadre de la procédure pénale. Elle est notamment l'auteur d'un ouvrage intitulé Professions, professionnels et établissements de santé face au droit pénal.

Diane ROMAN,

Professeure de droit public à l'Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne. Ses domaines de recherche et d'enseignement portent sur les droits fondamentaux, le droit sanitaire et social et l'égalité femme-homme. Au sein du département de droit public, elle dirige le M1 Droit public général. Au sein de l'ISJPS (UMR 8103), elle codirige l'axe Genre & Normativité. Son article consacré aux violences obstétricales est l'un des premiers articles en droit posant la question de la qualification juridique du phénomène¹.

Marie ROMERO,

Chercheuse d'appoint de l'équipe. Docteure en sociologie et chercheuse correspondante au Centre Norbert Elias de Marseille. Ses domaines de recherche portent en particulier sur les qualifications pénales et l'application du droit à des cas concrets (enjeux de qualification, conflits de qualification) ainsi que sur l'étude des normes juridiques et sociales relatives aux violences sexuelles.

¹ D. Roman, « Les violences obstétricales, une question politique aux enjeux juridiques », *RDSS*, mai 2017, pp. 867 s.

Note de synthèse

Problématique et objectifs de la recherche

Le 12 janvier 2023 a été déposée une proposition de loi sénatoriale visant à renforcer un suivi gynécologique et obstétrical bienveillant. Elle peut être regardée comme l'une des dernières manifestations du mouvement de dénonciation des violences gynécologiques et obstétricales né en France au début de la décennie 2010 et dont la médiatisation s'est intensifiée à partir de 2015, au lendemain de l'affaire des touchers vaginaux imposés à des femmes endormies.

La dénonciation des violences gynécologiques et obstétricales apparaît comme le fruit de la rencontre des luttes féministes et des revendications en faveur d'un meilleur respect des droits des patients¹. En effet, l'affirmation historique de l'exercice de la gynécologie en tant que discipline médicale autonome ne peut être lue indépendamment des rapports de pouvoir inégalitaires qui ont distingué entre travail productif reconnu aux hommes dans l'espace public et travail reproductif assigné aux femmes dans l'espace privé. Aussi, la remise en cause de l'emprise médicale sur le corps des femmes a d'abord fait l'objet d'une critique féministe dénonçant une culture médicale au service du patriarcat et promouvant au contraire une prise de pouvoir de leur corps par les femmes. Mais elle s'inscrit aussi dans un mouvement plus large et le discours militant contre les violences gynécologiques et obstétricales soulève un enjeu plus global de partage du pouvoir entre patient et professionnels de santé. C'était précisément l'un des enjeux de la loi Kouchner du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé que de tenter un rééquilibrage de ce partage du pouvoir entre professionnels de santé et usagers du système de santé.

Il faut cependant attendre les années 2010 pour que la question des violences gynécologiques et obstétricales se pose clairement dans le débat public français. Les réseaux sociaux ont joué un rôle particulièrement important dans cette cristallisation, permettant de réunir d'innombrables témoignages autour de ce que l'on peut désormais qualifier de « #MeToo » obstétrical notamment grâce au « #PayeTonUtérus ». Parallèlement, la dénonciation des violences gynécologiques et obstétricales est relayée par les médias généralistes donnant une large visibilité à cet enjeu. Émissions de radio, bandes dessinées (comme celle du *Projet Crocodiles* ou *Le cœur des femmes* de M. Winckler), ouvrages (de celui de Martin Winckler, *Les brutes en blanc*, publié en 2016, à celui de la journaliste Mélanie Dechalotte, *Le livre noir de la gynécologie* publié en 2017) et documentaires (comme celui *Tu enfanteras dans la douleur*, réalisé par Ovidie et diffusé sur Arte en juillet 2019) se succèdent. Prenant acte de ce que la question des violences gynécologiques et obstétricales était devenue un enjeu politique, la nouvelle secrétaire d'État en charge de l'égalité entre les femmes et les hommes, Marlène Schiappa, demande, en 2017, au Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes

¹ L. Quéré, « Lutttes féministes autour du consentement. Héritages et impensés des mobilisations contemporaines sur la gynécologie », *Nouvelles questions féministes* 2016/1 vol. 35, p. 38 ; M. Azcué et L. Tain, L'émergence du concept de "violence obstétricale": l'impact du mouvement féministe, *Santé Publique*, 2021/5 vol.33, pp. 635-643.

de rédiger un rapport sur le sujet. Remis le 29 juin 2018², ce rapport définit les violences gynécologiques et obstétricales comme les « actes sexistes les plus graves qui peuvent se produire dans le cadre du suivi gynécologique et obstétrical des femmes [...] ».

Ces lectures politiques du phénomène de dénonciation des violences gynécologiques et obstétricales ne sont pas au cœur de cette recherche qui entend apporter un éclairage juridique d'ensemble sur les faits et les situations dénoncées. Les institutions reconnues compétentes en la matière ont proposé plusieurs formes d'appréhension de ces violences en se proposant de les définir. Mais si ces définitions ne semblent pas toujours coïncider avec les qualifications juridiques qui pourraient théoriquement s'en saisir car elles renvoient, dans les divers rapports étudiés, à un ensemble très hétérogène de pratiques et de situations, elles ont en commun d'être les objets de plaintes de patientes qui relatent des expériences négatives vécues dans le cadre de leur suivi gynécologique et/ou obstétrical. Ainsi, des paroles déplacées, ou l'absence de dialogue, un défaut de prise en compte de la douleur, un acte inutile et désagréable ou encore un vécu traumatique d'accouchement, qu'il soit médicalisé ou non, des séquelles graves – physiques ou psychiques –, faisant suite à une intervention médicale, sont autant d'hypothèses susceptibles d'être dénoncées au titre des « violences gynécologiques et obstétricales ». L'une des définitions de notre objet de recherche est donc large, plurielle et correspond à la dénonciation sociale de certains « vécus violents » dans les parcours de soin gynécologique ou obstétrical. Cette définition extensive est essentiellement fondée sur le vécu de violence des patientes (et parfois des patients) dont la parole mérite d'être entendue afin qu'elles soient aidées et accompagnées, notamment sur le plan juridique.

Néanmoins, le choix terminologie de « violences gynécologiques et obstétricales » a suscité un vif émoi au sein de la communauté médicale. En effet, nombreux sont les professionnels ayant entendu le terme de violence comme impliquant de leur part la volonté de blesser ou plus généralement de nuire à leurs patientes et se sont par conséquent inscrits en faux par rapport à une telle accusation. En dépit de ces tensions, force est de constater que les récits de femmes ont permis une prise de conscience collective ouvrant la voie à une évolution des pratiques déjà perceptible sur le terrain³. Dans le cadre de cette étude, les discussions et débats suscités par l'expression « violences gynécologiques et obstétricales » ne donneront pas lieu à des analyses ultérieures, le rapport reprenant l'expression en ce qu'elle a été vectrice de l'émergence d'un phénomène de société dont l'analyse juridique est l'unique objet de cette étude. L'expression sera cependant conservée entre guillemets pour marquer la distance de la recherche à l'égard de son objet. Car en effet, il n'existe pas une qualification juridique susceptible de saisir dans leur globalité les « violences gynécologiques et obstétricales ». Cependant, à titre d'exemple, un acte médical réalisé sans le consentement de la patiente sera éventuellement susceptible d'engager la responsabilité pénale du professionnel de santé, mais également ses responsabilités civile et professionnelle, l'établissement au sein duquel il exerce pouvant également, le cas échéant, voir sa responsabilité engagée. La possibilité de mobiliser ces différentes responsabilités dépend de la qualification juridique applicable aux situations dénoncées. Il s'agit donc d'examiner en détail les

² HCEhf, « Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme », 29 juin 2018.

³ V. notamment CNGOF, Charte de la consultation en gynécologie ou en obstétrique ; v. également les recherches en sociologie qui témoignent de ces évolutions sur le terrain dès 2018 (entretien sociologue).

différents actes actuellement englobés dans l'expression « violences gynécologiques et obstétricales » afin de restituer à chacun sa ou ses exactes qualifications juridiques et étudier les régimes de responsabilité y afférant.

La recherche est donc globale, couvrant tant le droit pénal que les droits civil, administratif et disciplinaire. Cette recherche se veut une première étude juridique approfondie de ces violences. Il s'agit de déterminer dans quelle mesure les actes dénoncés au titre des « violences gynécologiques et obstétricales » sont saisis ou peuvent être saisis par le droit, sous quelles qualifications (la violence obstétricale n'est pas nécessairement une violence aux sens juridiques du terme), quelles responsabilités peuvent y être attachées (pénales, civiles, disciplinaires, administratives) et comment ces sanctions s'articulent entre elles, le cas échéant. Il s'agit également d'explorer les « angles-morts » du corpus normatif en vigueur pour mieux comprendre les obstacles juridiques éventuels à une meilleure prévention et à une sanction efficace de ces violences.

Aspects méthodologiques

L'état de l'art. Afin d'élaborer l'état de l'art en matière de « violences gynécologiques et obstétricales », un panorama des recherches universitaires, des études et des rapports, toutes disciplines confondues, a été réalisé. Outre les recherches en sociologie qui aident à comprendre l'émergence de ce phénomène, de nombreux travaux réalisés par des médecins et des sages-femmes y sont également consacrés. Les « violences gynécologiques et obstétricales » recensées dans ces travaux sont un reflet médié des pratiques. Toutefois, la diversité des auteurs, aux intérêts parfois contradictoires, permet de considérer que, pris dans leur globalité, ces études fournissent un outil satisfaisant de travail pour une première analyse juridique systématique des « violences gynécologiques et obstétricales ». Ces éléments scientifiques ont offert à l'équipe de recherche une base de réflexion à partir de laquelle engager l'étude du droit. Il s'agissait dès lors d'identifier les mécanismes juridiques susceptibles d'appréhender théoriquement le phénomène, mais aussi de recenser les applications jurisprudentielles qui ont pu en être faites. Sur les textes applicables, le caractère très hétérogène des actes dénoncés a justifié la mobilisation d'une grande diversité de textes : recommandations de la Haute autorité de santé, Code de la santé publique (qui comprend en son sein les codes de déontologie), Code civil, Code pénal... Un état des lieux de la jurisprudence déployée dans ce champ a également été dressé à partir des bases de données *Légifrance* pour la jurisprudence judiciaire et *Ariane* pour la jurisprudence administrative, grâce à une convention passée avec le Conseil d'État. La jurisprudence des ordres professionnels des médecins et des sages-femmes a également fait l'objet d'un examen exhaustif grâce aux bases de données publiques disponibles sur leurs sites respectifs.

Analyse de cas concrets. Les situations ayant fait l'objet d'une procédure contentieuse, qu'elle soit ordinale, judiciaire ou administrative sont, dans leur très grande majorité, les situations les plus graves et ces affaires ne disent que peu de choses des sujets les plus courants de plaintes de la part des patientes. Aussi, l'accès aux courriers de réclamations adressés à plusieurs maternités françaises et auxquels nous avons eu accès dans une forme anonymisée, nous ont donné à voir une plus grande diversité de cas concrets ayant conduit les femmes à entreprendre des démarches pour faire reconnaître le caractère anormal de la situation qu'elles ont vécue. Grâce à ce matériau nous avons pu préciser, affiner notre réflexion sur le cadre juridique applicable. Nous avons ainsi eu accès à

une centaine de courriers de réclamation auprès des services de maternité pour la période allant de 2017 à 2022. Dans le cadre de nos réunions de travail, les associations représentant les intérêts des patients, qui participaient au projet, nous ont également présenté de nombreuses situations concrètes auxquelles elles avaient été confrontées et nous ont par la suite transmis certains courriers correspondant à ces situations, toujours après anonymisation. Si les comportements et les situations dénoncés dans ces courriers ne seront généralement pas portés au contentieux, ils nous permettent d'envisager les qualifications juridiques qui pourraient théoriquement les appréhender.

Implication des professionnels concernés. Outre l'analyse classique du droit positif, il nous a semblé particulièrement important d'impliquer activement les professionnels concernés par le projet. Tout d'abord, les professionnels de santé, gynécologues et sages-femmes ont été associés à notre recherche dès sa conception. L'enjeu de leur participation était double. Il s'agissait pour nous de mieux connaître et comprendre les pratiques dans le domaine objet de la recherche, d'une part ; nous étions aussi intéressées par la perception que ces professionnels ont du droit, notamment quant aux risques médico-légaux et à l'incidence de cette perception sur leur pratique, d'autre part. Cette implication a été faite de deux manières. Les réunions de travail qui ont jalonné le projet ont toujours associé des gynécologues et des sages-femmes, outre des chercheurs d'autres disciplines et les représentants d'associations de patientes et de patients victimes. Ces réunions de travail en petit comité nous ont permis un dialogue très riche entre la pratique et les enjeux professionnels concrets d'un côté, les principes et exigences juridiques de l'autre, ainsi que la rencontre plus ou moins réussie entre les deux. Ces journées ont été consacrées aux thématiques suivantes : « quels actes ? », « les bonnes pratiques en matière gynécologique et obstétricale : construction et incidences », « les contraintes structurelles : spécificité(s) des services de gynécologie et d'obstétrique ? ». Une dernière réunion a enfin été organisée pour discuter les premiers résultats de la recherche avec ces professionnels partenaires du projet et leur soumettre un premier plan de rédaction pour le rapport final.

Outre des journées de réunion, les professionnels de santé ont également été associés au projet par le biais d'entretiens individuels qui nous ont offert des discussions plus approfondies sur certains aspects des pratiques, mais également sur les trajectoires individuelles de ces professionnels et leurs réflexions personnelles sur la problématique que nous abordons dans le cadre du projet. Gynécologues, sages-femmes, kinésithérapeutes et anesthésistes ont été associés au projet par le biais de ces entretiens. Nous avons travaillé avec des professionnels de structures privées comme publiques qui témoignent de pratiques variées. Une série d'entretiens était également prévue avec des professionnels du droit mais il est rapidement apparu que, s'agissant pour l'heure d'un contentieux embryonnaire, les professionnels du droit n'avaient que des avis réservés sur la question. En particulier sur les qualifications d'infractions sexuelles, tant les membres du Ministère public que les juges d'instruction évoquent des incertitudes quant aux qualifications qui pourraient être retenues. Ils nous ont néanmoins témoigné leur vif intérêt quant aux résultats à venir de notre recherche.

La contribution au débat public. Outre ces différents aspects du travail de recherche qui ont permis la rédaction de ce rapport, le projet a permis de contribuer au débat d'intérêt général sur les « violences gynécologiques et obstétricales » en réunissant les témoignages en vidéo de personnes qui ont pris publiquement position. Ils sont les « grands témoins » de ce projet. L'objectif principal de ces

enregistrements était de constituer des archives orales sur l'état des pratiques médicales et sur les enjeux juridiques qui leur sont attachés. Des professionnels de santé, des patients mais aussi des juristes, des auteurs, des journalistes, des militants, des sociologues ont été invités à y participer, permettant ainsi la constitution d'un kaléidoscope des différentes visions de la problématique des « violences gynécologiques et obstétricales » à l'orée des années 2020. En dehors de consignes très générales, le contenu des interventions était tout à fait libre comme en témoigne la grande richesse des témoignages réunis sur le site de la médiathèque de l'Université Paris 1 Panthéon Sorbonne. Tous témoignent du fait que ce moment auquel il leur a été demandé de prendre la parole est un « tournant » majeur pour un monde professionnel confronté à la dénonciation des « violences gynécologiques et obstétricales ». Tous témoignent encore de l'importance des enjeux juridiques dans ce débat et de la nécessité pour les professionnels de mieux connaître les règles de droit qui organisent leurs pratiques.

Car le droit se retrouve partout en creux dans la relation médicale dont il se saisit lorsqu'elle présente des situations de violence ; c'est d'ailleurs essentiellement sous son visage répressif le plus sévère, avec les poursuites pénales, que l'intervention du droit a été la plus médiatisée, conduisant parfois à oublier que les sanctions offertes par le droit sont en réalité bien plus variées et peuvent, sous certaines conditions, être cumulées. Mais le droit est présent bien en amont de ces situations de crise et de dysfonctionnement de la relation médicale. Le droit est présent en filigrane, tout au long du colloque singulier entre le professionnel de santé et la personne, dès lors qu'il prescrit qu'il soit respectueux de la personne, de son intimité et de son autonomie. A l'issue de cette recherche consacrée aux « violences gynécologiques et obstétricales saisies par le droit », celui-ci est ainsi manifestement apparu comme un outil de prévention qui, malheureusement, est encore souvent trop mal connu ou mal compris. A ce droit outil de prévention vient correspondre, quasiment en miroir, le droit comme instrument de sanction dont la recherche a pu constater simultanément la pertinence et les limites.

Résultats de la recherche

Le droit, outil de prévention. Fort heureusement, pour beaucoup de femmes, le suivi gynécologique et obstétrical sera bien vécu. La relation médicale peut alors paraître étrangère au champ du droit qui, pourtant, la guide, l'encadre et impose les grands principes visant à garantir notamment le respect de la personne et de son autonomie. En cela, le droit apparaît donc comme un outil de prévention des « violences gynécologiques et obstétricales ». Le Code de la santé publique pose aujourd'hui plusieurs principes généraux visant à faire de la personne, non pas un simple patient dans la relation, mais bien un sujet, un acteur de la relation médicale. Deux principes sont à cet égard essentiels : le principe de codécision⁴ qui ménage une place prépondérante au respect de la volonté, et à travers elle de l'autonomie de la personne, et le principe de libre choix du praticien qui doit permettre à chacun d'établir une relation de confiance avec son professionnel de santé⁵. Ces principes ont naturellement vocation à s'appliquer en matière de gynécologie et

⁴ Article L.1111-4 alinéa 1er du CSP

⁵ Affirmé à l'article L.1110-8 du code de la santé publique, ce principe de liberté est également inscrit à l'article 6 du code de déontologie médicale (article R.4127-6 du CSP) et repris aux articles L.162-2 et L.863-8 du code de la sécurité sociale.

d'obstétrique. Or le mouvement de dénonciation des « violences gynécologiques et obstétricales », ou de malpractices, met en exergue la pénétration parfois encore difficile du principe d'autonomie dans ces contextes médicaux tandis que les facteurs institutionnels favorisent encore la probabilité d'un vécu violent de la prise en charge par les femmes.

Le principe d'autonomie. Le Code de la santé publique garantit l'autonomie du patient et lui permet d'accepter ou de refuser les traitements qui lui sont proposés. D'ailleurs, les dispositions de l'article L.1111-4 du Code de la santé publique datent de 2002 et posent ce qui a pu être décrit comme un principe de codécision. L'enjeu de la réforme de 2002 était précisément de consacrer l'autonomie de la personne et, corrélativement, de rééquilibrer la relation médicale. Les vingt ans de la loi Kouchner ont été l'occasion pour beaucoup de faire le point sur les évolutions de la pratique médicale suite à l'adoption de ce texte et d'en souligner une mise en œuvre encore perfectible. La gynécologie et l'obstétrique n'échappent pas à ce constat général et sous-tendent au contraire une forte médicalisation "ordinaire"⁶ du corps des femmes qui contribue à freiner une véritable intégration du respect de leur autonomie dans les pratiques des professionnels de santé. On constate alors l'importance pratique des principes juridiques visant à garantir le respect de l'autonomie de la personne dont la méconnaissance constitue un terreau de situations ou d'actes violents.

Le libre choix du praticien. Il est montré combien l'effectivité des dispositions légales relatives à l'autonomie du patient dépend de la qualité de la relation qui s'établit entre la personne et le professionnel de santé. Dès lors, la question du choix du professionnel de santé apparaît déterminante. Si, dans la continuité du célèbre arrêt Mercier, la relation médicale était encore appréhendée comme une relation contractuelle, l'*intuitu personae* de ce contrat serait sans doute l'un des plus déterminants du paysage contractuel français. Autrement dit, au-delà de la qualité technique, de l'expertise du professionnel de santé, lesquelles sont en principe assurées par les exigences en termes de formations initiale et continue de tout professionnel de santé, il est indispensable de laisser une place à l'appréciation subjective de la personne : se sent-elle à l'aise, en confiance dans son échange avec ce professionnel ? L'approche relationnelle de ce professionnel répond-elle à ses besoins ? Faire une place à l'appréciation subjective de la personne signifie que si la réponse à l'une de ces questions est négative, la personne doit pouvoir changer d'interlocuteur sans avoir à s'en justifier. Une telle possibilité semble ne concerner que le champ des professionnels de santé exerçant leur activité en libéral, les contraintes organisationnelles des établissements, publics en particulier, ne pouvant permettre une aussi grande liberté. Néanmoins, hors les cas d'urgence, la possibilité de choisir l'établissement dans lequel les soins vont être dispensés constitue déjà une manifestation de cette autonomie (lorsqu'elle existe). Aussi, la recherche aborde tout d'abord le principe affirmé par la loi du libre choix par la personne de son praticien et de son établissement de santé et les limites légales à ce choix pour ensuite s'arrêter sur les difficultés particulières qui existent quant au choix du lieu d'accouchement.

Le droit, instrument de sanction. Tous les actes dénoncés au titre des « violences gynécologiques et obstétricales » ne sont pas susceptibles d'être sanctionnés juridiquement, outre le fait que la

⁶ L'emploi du terme ordinaire ici vise à rendre compte d'un suivi très régulier, perçu ou institué comme obligatoire et réalisé en dehors de tout contexte pathologique.

grande majorité de situations ne feront simplement pas l'objet de plaintes. La gynécologie et l'obstétrique touchent à l'intime et à certains moments exceptionnels de l'existence. Ces disciplines médicales sont ainsi le théâtre de grandes déceptions et d'immenses douleurs pouvant résulter des circonstances (annonce d'une infertilité, d'une interruption de la grossesse, d'une pathologie de la mère ou de l'enfant, d'une séparation de son nouveau-né imposée pour des raisons médicales, par exemple) ou d'actes portant atteinte à l'intégrité physique et sexuelle qui peuvent s'imposer à l'occasion d'un accouchement notamment (épisiotomie, déchirure, extraction instrumentale de l'enfant, révision utérine...). La violence objective de ces situations est incontestable, mais ne préjuge pas en soi de la possibilité ou non qu'elles soient l'objet d'une sanction juridique. En revanche, le droit s'intéresse aux comportements contraires aux normes qu'il véhicule en ce qu'ils sont susceptibles de générer des dommages aux personnes qui en sont victimes. Par ailleurs, afin que le droit soit mobilisé pour sanctionner ces violences, une procédure doit être engagée par la personne plaignante. Ces procédures sont nombreuses et de différentes natures. La prédominance de la procédure ordinaire est à rappeler en matière médicale. Cette procédure constitue généralement un premier recours vers lequel pourront s'orienter les patientes. Elle semble d'ailleurs agir comme un filtre en amont du contentieux judiciaire, décourageant fréquemment les victimes déçues des décisions ordinaires peu enclines à condamner les médecins. Sont concernés tant l'ordre des sages-femmes que l'ordre des médecins. Outre cette procédure auprès des ordres professionnels existent aussi des procédures amiables de règlement des différends propres (ou non) au domaine médical. Cependant, ces procédures ne sont pas exclusives des recours judiciaires de droit commun dont les finalités peuvent être indemnitaires ou répressives. Aussi, pour que le droit puisse être mobilisé comme instrument de sanction des « violences gynécologiques et obstétricales », la violence doit tout d'abord être établie en application des règles de droit ; une (ou plusieurs) voie procédurale devra ensuite être choisie pour que le comportement dénoncé soit effectivement sanctionné.

Établir l'acte à l'origine des « violences gynécologiques et obstétricales ». Toutes les qualifications susceptibles d'être mobilisées évoquées dans la recherche apparaissent comme divers moyens juridiques de saisir les « violences gynécologiques et obstétricales ». L'établissement d'un acte violent susceptible d'être sanctionné par le droit suppose plusieurs opérations : la première consiste en la qualification juridique de l'acte en cause, la deuxième exige que cet acte puisse être imputé à une personne pour permettre d'engager une responsabilité, la troisième implique que cet acte et son imputation puissent être prouvés. Ces trois étapes sont donc envisagées par la recherche : identifier la bonne qualification du comportement en cause qu'elle relève du champ indemnitaire, pénal ou disciplinaire ; imputer le comportement à quelqu'un lorsque la causalité est avérée et que les conditions de la responsabilité sont remplies ; enfin apporter la preuve de ce comportement.

Choisir la procédure adéquate. Le traitement des réclamations des patientes dénonçant des « violences gynécologiques et obstétricales » dont elles auraient été victimes permet d'identifier les attentes et les motivations de ces dernières. Elles expriment ainsi le souhait d'obtenir des explications concernant leur prise en charge et de comprendre ce qu'il s'est passé ou encore le souhait qu'à l'avenir aucune autre patiente ne vive ce qu'elles ont vécu. Des patientes expriment aussi le souhait d'être reconnues comme victimes, que l'on reconnaisse que les événements dont elles se plaignent revêtent un caractère traumatique ou anormal. Elles peuvent également exprimer le souhait d'une sanction du professionnel de santé et solliciter une indemnisation de leurs préjudices. Ces différentes attentes peuvent être satisfaites plus ou moins aisément selon la procédure choisie.

Aussi, il apparaît indispensable pour les patientes d'identifier précisément ces attentes afin de s'orienter vers la procédure la plus pertinente. Deux voies procédurales peuvent être envisagées : la voie juridictionnelle et la voie non juridictionnelle au sein desquelles plusieurs possibilités s'offrent aux victimes. La voie juridictionnelle est celle qui consiste pour la patiente à saisir une juridiction afin qu'une solution juridictionnelle soit donnée au litige qui l'oppose à un professionnel ou un établissement de santé. Il s'agira de façon tout à fait classique d'une juridiction civile, pénale ou administrative, c'est-à-dire les juridictions étatiques. Cette voie est la plus connue des justiciables. Mais la notion de juridiction ne saurait être réduite à ces organes. Sous l'appellation juridiction, il convient également de ranger les juridictions des ordres professionnels. La voie non juridictionnelle, quant à elle, est celle qui se déroule en dehors d'une juridiction afin qu'une solution conventionnelle soit donnée au litige opposant la patiente à un professionnel ou un établissement de santé. Comme l'indique un auteur la « médiation est un processus de communication éthique, souple et confidentiel »⁷. Cette voie est moins connue du grand public mais fréquemment utilisée par les justiciables confrontés au système de santé. Afin de les distinguer, la recherche offre une étude approfondie de ces deux voies ouvertes aux victimes des « violences gynécologiques et obstétricales » : la voie contentieuse et la voie de la résolution amiable du différend.

Difficultés d'application du droit. Si les dispositions légales existantes sont de nature à assurer tant la prévention que la sanction des « violences gynécologiques et obstétricales », les principales difficultés résultent en réalité pour partie d'une méconnaissance de la loi tant par les professionnels de santé que par les usagers du système de santé ; pour partie de conditions matérielles d'exercice rendant parfois purement et simplement impossible la bonne application des principes légaux par les professionnels de santé, quand bien même ils auraient à cœur de le faire ; pour partie de restrictions légales à ces principes résultant d'un manque d'encadrement ou au contraire de dispositions laissant la porte ouverte à des dérogations importantes aux principes érigés comme fondamentaux. Ainsi, le cadre juridique peut être perfectionné pour rendre plus effectif les principes qu'il érige et qui sont en soi préventifs de situations de violences gynécologiques et obstétricales. Mais on retrouve en réalité ici les limites du droit : son effectivité dépend notamment de la manière dont les acteurs s'en saisissent. L'imprégnation du droit s'inscrit dans un temps long.

Perspectives de la recherche

Au-delà des résultats juridiques de la recherche et des nombreuses perspectives techniques qu'ils ouvrent, plusieurs pistes de réflexion et d'évolution de notre champ d'étude ont été ouvertes grâce à la parole recueillie dans le cadre des entretiens filmés des « grands témoins » de ce projet⁸.

Offrir une information de qualité pour permettre les choix éclairés des patientes en matière de santé gynécologique et obstétricale. « Écouter et respecter les choix des femmes » constitue l'une des premières réponses qui ont été formulées à la question posée aux « grands témoins » quant aux perspectives d'évolutions de la prise en charge des femmes en matière de gynécologie et

⁷ Ch. Arens, Préface in S. Amrani-Mekki et al (s/dir), *Les chimères de l'alternativité ? Regards croisés sur les modes alternatifs de règlement des conflits*, Mare & Martin, 2018.

⁸ Les vidéos sont disponibles sur le site de la médiathèque de l'Université Paris 1 : <https://mediatheque.univ-paris1.fr/isjps-institut-des-sciences-juridique-et-philosophique-de-la-sorbonne-umr-8103/les-violences-gynecologiques-et-obstetricales-saisies-par-le-droit/>

d'obstétrique. Il s'agit d'abord d'accepter les choix des femmes qui souhaitent une prise en charge particulière⁹. Pour permettre ces choix, une information claire et complète doit être donnée aux femmes quant à toutes les possibilités qui s'offrent à elle. Il s'agit d'un autre point faisant l'objet d'un consensus : les femmes et les familles ne reçoivent qu'une information tronquée faisant obstacle à l'expression de choix libres et éclairés. Même si, comme le soulignent nombre de nos « grands témoins », des progrès ont été faits en ce domaine¹⁰, la marge de progression demeure importante notamment pour offrir une place pleine et entière à la physiologie dans l'accompagnement des naissances¹¹. La prise en compte de la volonté des femmes dans les modalités de leur prise en charge permettrait sans doute de limiter leurs expériences négatives. Au-delà même de cette idée de pleine capacité des femmes, pourraient leur être reconnues des connaissances empiriques sur leurs propres corps et leurs éventuelles pathologies¹² grâce, notamment, aux acquis de l'expérience. Ces connaissances, partagées avec les soignants permettraient de définir les contours d'une prise en charge conjointement élaborée et comprise par les patientes.

Apprendre aux soignants à écouter et à comprendre les besoins de leurs patientes. Dans le prolongement de cette première piste d'écoute accrue des patientes, l'ensemble des acteurs interrogés s'accordent pour considérer la formation des soignants comme lacunaire en termes de posture, de savoir-être, d'humanité¹³, de bienfaisance, de bien traitance ou d'empathie. Décrite comme essentiellement « technique », « extrêmement médicale » ou « hospitalo-universitaire », la formation des soignants – sages-femmes comme gynécologues – gagnerait à être enrichie de cette écoute nouvelle des patients. L'empathie pourrait être travaillée par des mises en situation ou un travail de prise de parole et d'écoute à l'occasion d'ateliers pratiques. L'intervention systématisée de patients experts à tous les stades de la formation initiale et continue des soignants devrait également permettre de prendre en compte les préoccupations concrètes auxquelles sont confrontées les familles. La culture médicale en serait profondément transformée. Une proposition faite dans le cadre des témoignages consisterait à faire du vécu des parents ou des femmes un élément déterminant de l'analyse des pratiques¹⁴. Pour que ces éléments puissent intégrer efficacement les cursus de formation, il est indispensable que les soignants soient eux-mêmes invités à discuter et à s'impliquer dans ces changements de perspective.

Développer les moyens de diffuser les bonnes pratiques. Il apparaît indispensable que les organisations professionnelles et les organisations internationales, qui sont investies d'une grande autorité au sein de la communauté des soignants, participent activement à la diffusion des bonnes pratiques (conformes aux données acquises de la science) mais également à mettre un terme à des pratiques dorénavant considérées comme délétères et ainsi contraires au droit. En effet, si les études scientifiques sont nombreuses en matière de gynécologie et d'obstétrique, et si certaines font l'unanimité quant à leurs conclusions, on observe dans le milieu médical un temps long pour

⁹ Sur l'aspect gynécologique, v. le témoignage de Lucie Quéré.

¹⁰ V. le témoignage de Alba Horvat. Elle évoque notamment les podcasts grand public qui parlent de la naissance et en particulier des naissances physiologiques comme *Bliss Stories*.

¹¹ V. le témoignage de Chantal Birman.

¹² A cet égard, le cas des patientes atteintes d'endométriose est particulièrement parlant.

¹³ Cette référence à l'humanité de la prise en charge a été soulevée par Maïa Brami concernant la grande technicité et l'inhumanité des parcours de PMA dans lesquels la détresse humaine est pourtant souvent très grande.

¹⁴ Selon Anne Evrard, il faudrait des « RMM (revue de morbidité et de mortalité) de vécu ».

l'intégration de ces nouvelles « bonnes pratiques ». L'implication des professionnels de santé peut utilement être recherchée par l'élaboration de labels divers dont la mise en œuvre est aux mains des premiers concernés.

Redonner les moyens aux soignants de pratiquer une « bonne » médecine. L'unanimité des professionnels et des « grands témoins » entendus dans le cadre de ce projet s'accordent pour affirmer que la crise du système de santé est un frein à une meilleure prise en compte des « violences gynécologiques et obstétricales ». En effet, l'hôpital public connaît une crise sans précédent qui a nécessairement des répercussions sur la gestion des services de maternité. Le manque de moyens des services de santé a des conséquences dramatiques sur les conditions de travail des soignants et au bout de cette chaîne causale, sur la prise en charge des patients. Pour l'ensemble des partenaires à la recherche, la nécessité d'augmenter les effectifs apparaît comme un impératif. Sur cet aspect des moyens de la santé, personne ne s'y trompe, la question est politique. Il faut que les décideurs fassent de la bientraitance dans la prise en charge gynécologique et obstétricale des femmes une priorité.

Clarifier et renforcer l'accès au droit. La place du droit apparaît enfin déterminante au cœur de ce débat, y compris aux yeux des professionnels eux-mêmes. Alors que l'accès aux recours juridiques apparaît pour beaucoup de patients comme fastidieux et complexe et que le risque médico-légal est souvent sous-estimé ou surestimé par les médecins, il est indispensable que des informations juridiques fiables soient rendues disponibles tant au profit des familles que des professionnels de santé et soient délivrées par des juristes indépendants, notamment des assureurs médicaux. Les professionnels du droit - avocats et magistrats - pourraient quant à eux utilement bénéficier d'une formation approfondie sur ces questions pour gagner en indépendance face aux expertises médicales et faire évoluer la jurisprudence en admettant notamment que des soignants puissent commettre des fautes dans la posture qu'ils adoptent et non pas seulement dans leur technique médicale ou encore pour lutter contre l'inertie des Parquets en ce domaine. Améliorer le traitement des signalements comme point de départ d'éventuelles procédures judiciaires offrirait aux victimes un meilleur accès à la justice. Enfin, la crainte d'un développement excessif du contentieux ne doit pas faire oublier que le droit assure en premier lieu un rôle indispensable de régulateur social et que le souci de son respect est de nature à faire évoluer les pratiques dans l'intérêt commun des patients et des professionnels de santé, *in fine* donc, au profit de la qualité de la relation médicale et de la santé publique.



INSTITUT DES SCIENCES
JURIDIQUE & PHILOSOPHIQUE
DE LA SORBONNE - UMR 8103